



Spitzenverband

13.10.2011

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes

Entwurf eines Gesetzes
zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen
in der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG)
(Drucksache 17/6906)

GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51, 10117 Berlin
Telefon +49 (0) 30 206 288-0
Fax +49 (0) 30 206 288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Gliederung

- I. Vorbemerkung
- II. Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung
(Drucksache 17/6906)
- III. Weiterer Änderungsbedarf des GKV-Spitzenverbandes

Änderung der Verordnung zur Aufteilung und Geltendmachung der Haftungsbeträge durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei Insolvenz oder Schließung einer Krankenkasse (KKInsoV)

1. § 2 Abs. 2 Aufteilung auf die Krankenkassen im Schließungsfall

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

2. § 4 Abs. 4 Satz 2 Verwaltungsausgaben der Krankenkassen
3. § 87 Abs. 2g Anpassung des Orientierungswertes nach § 87 Abs. 2g Nr. 1
4. § 106a Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung
5. § 135 Abs. 2 Sicherung der Qualität der Leistungserbringung
6. § 242 Abs. 1 Kassenindividueller Zusatzbeitrag
7. § 275 Abs. 1c Symmetrische Ausgestaltung der Aufwandspauschale
8. § 295 Abrechnung ärztlicher Leistungen

Artikel 6 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

1. § 17 a Abs. 4b KHG – Vereinbarung von Richtwerten zur Angleichung der krankenhausindividuellen Finanzierungsbeträge (Ausbildungskosten)

- IV. Anlagen



Inhaltsverzeichnis

I.	Vorbemerkung	8
II.	Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung (Drucksache 17/6906)	13
	Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	13
	§ 2 Leistungen.....	13
	§ 11 Abs. 4 Leistungsarten.....	16
	§ 19 Abs. 1 Erlöschen des Leistungsanspruchs.....	22
	§ 28 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung.....	25
	§ 35c Zulassungsüberschreitende Anwendung von Arzneimitteln.....	30
	§ 39 Abs. 1 Krankenhausbehandlung.....	32
	§ 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.....	34
	§ 47a Höhe und Berechnung des Krankengeldes.....	35
	§ 71 Beitragssatzstabilität.....	36
	§ 73 Abs. 7 Vertragsärztliche Versorgung.....	38
	§ 73b Hausarztzentrierte Versorgung.....	39
	§ 75 Inhalt und Umfang der Sicherstellung.....	41
	§ 77 Kassenärztliche Vereinigungen und Bundesvereinigungen.....	42
	§ 79 Organe.....	43
	§ 79c Beratender Fachausschuss für hausärztliche Versorgung: weitere beratende Fachausschüsse.....	44
	§ 80 Wahlen.....	44
	§ 84 Arznei- und Heilmittelvereinbarung; Richtgrößen.....	45
	§ 85 Gesamtvergütung.....	49
	§ 85c Vergütung ärztlicher Leistungen im Jahr 2006.....	58
	§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte.....	59



§ 87a Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten	74
§ 87b Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung)	87
§ 87c Transparenz der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen	91
§ 87d Vergütung vertragsärztlicher Leistungen im Jahr 2012	92
§ 90 Landesausschüsse	94
§ 90a Gemeinsames Landesgremium.....	95
§ 91 Gemeinsamer Bundesausschuss	96
§ 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss	108
§ 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung	109
§ 98 Zulassungsverordnungen.....	110
§ 99 Bedarfsplan	111
§ 101 Überversorgung.....	114
§ 103 Zulassungsbeschränkungen.....	117
§ 105 Förderung der vertragsärztlichen Versorgung	119
§ 106 Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung	122
§ 111b Schiedsverfahren in der Ambulanten Rehabilitation	128
§ 111c Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen	129
§ 112 Zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlungen	131
§ 116 Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte.....	132
§ 116a Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung	133
§ 116b Ambulante spezialärztliche Versorgung.....	134
§ 127 Verträge	138
§ 128 Unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten	139
§ 130b Vereinbarungen zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmern über Erstattungsbeträge für Arzneimittel	143



§ 133 Versorgung mit Krankentransportleistungen.....	144
§ 134a Versorgung mit Hebammenhilfe	146
§ 136 Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen	150
§ 137c Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus.....	151
§ 137e Abs. 1 Satz 1 -Neu- Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.....	157
§ 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten	166
§ 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten	167
§ 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten	168
§ 137g Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme	169
§ 155 Abs. 2 Abwicklung der Geschäfte bei der Auflösung oder Schließung einer Krankenkasse).....	170
§ 171b Insolvenz von Krankenkassen.....	173
§ 172 Vermeidung der Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen.....	174
§ 173 Abs. 2 Allgemeine Wahlrechte.....	176
§ 175 Ausübung des Wahlrechts.....	177
§ 203a Meldepflicht bei Bezug von Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II oder Unterhaltsgeld.....	180
§ 242 Abs. 4 Kassenindividueller Zusatzbeitrag.....	180
§ 217f Abs. 6 Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.....	182
§ 221b Leistungen des Bundes für den Sozialausgleich	184
§ 225 Beitragsfreiheit bestimmter Rentenantragsteller	185
§ 232a Abs. 1 Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld oder Kurzarbeitergeld.....	186
§ 249 Abs. 1 Beitragstragung aus Arbeitsentgelt	188
§ 256 Abs. 1 Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen.....	190
§ 257 Abs. 1 Beitragszuschuss für freiwillig krankenversicherte Arbeitnehmer	191
§ 264 Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung.....	195



§ 265b Freiwillige finanzielle Hilfen	201
§ 266 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich)	202
§ 270 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für sonstige Ausgaben.....	203
§ 271 Gesundheitsfonds.....	204
§ 295 Abs. 1b Abrechnung ärztlicher Leistungen.....	206
§ 295 Abrechnung ärztlicher Leistungen	209
§ 300 (neue Überschrift:) Abrechnung der Apotheken und weiterer Stellen.....	211
§ 303a - 303f Datentransparenz	212
§ 321 (neu): Übergangsregelung für die Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137g Absatz 1	219
Artikel 2 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)	220
§ 35a Abs. 7 Vorstand bei Orts- Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie Ersatzkassen	220
Artikel 3 (Änderung des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch)	221
§ 66 Abs. 3; § 75 Abs. 2.....	221
Artikel 4 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	222
§ 40 Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	222
Artikel 5 (Änderung des zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte)	225
Artikel 6 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)	226
Artikel 7 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)	227
Artikel 8 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)	230
Artikel 9 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)	232
Artikel 10 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte)	245
Artikel 11 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)	246
§ 28d Anforderungen an Voraussetzungen und Verfahren der Einschreibung der Versicherten in ein strukturiertes Behandlungsprogramm einschließlich der Dauer der Teilnahme.....	246
§ 37 Abs. 4 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für sonstige Ausgaben.....	247
III. Weiterer Änderungsbedarf des GKV-Spitzenverbandes	248



Änderung der Verordnung zur Aufteilung und Geltendmachung der Haftungsbeträge durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei Insolvenz oder Schließung einer Krankenkasse (KKInsoV)	248
§ 2 Abs. 2 Aufteilung der Haftungsbeträge auf die Krankenkassen im Schließungsfall	248
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	250
§ 4 Abs. 4 Satz 2 Verwaltungsausgaben der Krankenkassen	250
§ 87 Abs. 2g Anpassung des Orientierungswertes nach § 87 Abs. 2g Nr. 1	252
§ 106a Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung	253
§ 135 Abs. 2 Sicherung der Qualität der Leistungserbringung	254
§ 242 Abs. 1 Kassenindividueller Zusatzbeitrag	255
§ 275 Abs. 1c Symmetrische Ausgestaltung der Aufwandspauschale	256
§ 295 Abs. 2 Abrechnung ärztlicher Leistungen	258
Artikel 6 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)	259
§ 17 a Abs. 4b KHG – Vereinbarung von Richtwerten zur Angleichung der krankenhausindividuellen Finanzierungsbeträge (Ausbildungskosten)	259
IV. Anlagen	264
§ 116b Ambulante spezialärztliche Versorgung	264
Gesetzentwurf des GKV-Spitzenverbandes vom 13.04.2011 - Innovationszentren in der GKV-Versorgung -	277
Beispiel für innovative Methoden mit unklarem Nutzen:	281



I. Vorbemerkung

Gesetzentwurf birgt Risiken

Die Zielsetzungen des Entwurfes eines Versorgungsstrukturgesetzes, insbesondere

- die flächendeckende, hochwertige, bedarfsgerechte und wohnortnahe gesundheitliche Versorgung auch in der Zukunft zu gewährleisten,
- die Verzahnung der Leistungssektoren zu verbessern,
- einen schnelleren Zugang zu Innovationen sicherzustellen und
- die Qualität und Effizienz der gesundheitlichen Versorgung durch wettbewerbliche Instrumente zu erhöhen

werden vom GKV-Spitzenverband begrüßt.

Es bestehen allerdings Zweifel, ob diese Ziele mit den jetzt vorgesehenen Maßnahmen erreicht werden. So ist zwar eine Reihe sinnvoller Maßnahmen zur Verhinderung von Unterversorgung im Gesetzentwurf enthalten, diese werden allerdings ihre Wirkung verfehlen, da der Abbau bestehender Überversorgung nicht konsequent angegangen wird. Gleichzeitig werden die im Grunde sinnvollen Regelungen zur spezialärztlichen Versorgung nicht in eine neue Architektur der Bedarfsplanung eingebaut. Damit auch künftig gesundheitliche Innovationen schnell und dauerhaft für den Patienten sicher zur Verfügung stehen, sollte das im Gesetzentwurf vorgesehene Konzept dringend vorsehen, dass in Zukunft die Finanzierung neuer nicht-medikamentöser Innovationen im Krankenhaus durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ausschließlich im Rahmen hochwertiger klinischer Studien erfolgt. Der Gesetzentwurf sieht darüber hinaus erweiterte Satzungsregelungen für die Krankenkassen vor, um die wettbewerblichen Handlungsmöglichkeiten zu stärken. Das Ziel, die Qualität und Effizienz der gesundheitlichen Versorgung zu steigern, wird allein mit den hier vorgesehenen Maßnahmen nicht erreicht. Notwendig sind darüber hinaus vor allem vertragswettbewerbliche Handlungsspielräume für Krankenkassen.

Der GKV-Spitzenverband teilt die mit dem Gesetzentwurf verbundene Aussage, dass für die GKV nur mit geringfügigen Mehrausgaben zu rechnen sei, nicht. Kostenrisiken entstehen insbesondere bei der Förderung der ärztlichen Niederlassung in unterversorgten Regionen, durch die Aufgabe des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität in der zahnärztlichen Versorgung und aufgrund der fehlenden Vorgaben zur Bedarfsplanung im Rahmen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung. Der GKV-Spitzenverband widerspricht der Annahme, den gesetzlich bewirkten finanziellen Wirkungen stünden an anderer Stelle kompensatorisch ausgabensenkende Wirkungen gegenüber. Auch hierfür fehlen den Krankenkassen u. a. die vertragswettbewerblichen Handlungsspielräume.



Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Vergütungsänderungen auf das Versorgungsgeschehen und die Finanzwirkungen auf die GKV evaluiert werden, um etwaige Mehrausgaben bei der Festlegung der Höhe der Zahlungen des Bundes für den Sozialausgleich ab dem Jahr 2015 mindernd zu berücksichtigen. Es ist daher zu befürchten, dass ein notwendig werdender Sozialausgleich für die Versicherten nicht aus Steuermitteln finanziert wird. Der Gesetzgeber hatte noch mit dem GKV-Finanzierungsgesetz den Grundsatz verfolgt, den Sozialausgleich in vollem Umfang aus Steuermitteln zu finanzieren. Finanzierungslücken beim Sozialausgleich, die durch steigende Ärztevergütungen entstehen, dürfen nicht zu Lasten der Beitragszahler gehen.

Einzelne Maßnahmen des Gesetzentwurfes im Überblick

Bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf soll die Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung auf eine neue Grundlage gestellt werden. Ziel ist es Unterversorgung zu vermeiden. Der Gesetzentwurf enthält eine Vielzahl von Regelungen, mit denen eine stärkere Flexibilisierung und Regionalisierung der Versorgungssteuerung erreicht werden kann. Diese Regelungen werden begrüßt. Sie allein werden allerdings nicht dazu führen, die vertragsärztliche Versorgung im ländlichen Raum zukünftig sicherzustellen. Der Gesetzentwurf lässt die in vielen Bezirken bestehende vertragsärztliche Überversorgung außer Acht. Dringend erforderlich ist es deshalb, die bestehenden Anreize für eine Niederlassung in bereits überversorgten Gebieten abzubauen. Besonders wirksam wäre hier die Verpflichtung zum Aufkauf und Stilllegung von in überversorgten Regionen frei werdenden Arztsitzen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Die vorgesehene „Kann-Regelung“ wird nicht zum Erfolg führen, da bereits heute die Möglichkeit eines freiwilligen Aufkaufs besteht. Für die Zukunft sollten befristete Zulassungen nicht nur auf Planungsgebiete beschränkt werden, die einen Versorgungsgrad von 100 – 110 Prozent aufweisen. Damit kann dieses effektive Instrument in der überwiegenden Mehrheit der zum Teil deutlich überversorgten Regionen nicht angewendet werden. Zudem ist es ein Schritt in die falsche Richtung, nicht mehr mit Abschlägen auf den Orientierungswert einer Überversorgung entgegenzusteuern.

Arzthonorare

Die im Entwurf des Versorgungsstrukturgesetzes vorgesehene Reform der ärztlichen Vergütung basiert nicht auf einer Analyse der noch 2009 durchgeführten Honorarreform. Die Änderungen greifen in erster Linie ärztliche Kritik auf und zielen darauf ab die Krankenkassen auf die Rolle des Zahlers zu reduzieren. Zukünftig sollen Kassenärztliche Vereinigungen alleine über die Honorarverteilung entscheiden können. Während alle Regelungen in Kraft bleiben, die den Ärzten in den letzten Jahren erhebliche



Honorarzuwächse beschert haben, soll die Vergleichbarkeit der ärztlichen Vergütungen zwischen den Regionen und auch zwischen den Krankenkassen wieder aufgegeben werden. Völlig fehl geht zudem der Ansatz, einerseits die einzige Regelung zur Sicherung der Qualität der Diagnosen, die verbindliche Anwendung von Kodierrichtlinien, aufzuheben und andererseits daran festzuhalten den Honoraranstieg weiterhin über Diagnosen und deren Veränderungen festzulegen. Im Ergebnis muss von überproportionalen Ausgabensteigerungen für ärztliche Honorare ausgegangen werden, ohne dass diese durch eine Verbesserung der Versorgung von Patienten gerechtfertigt werden könnten.

Ambulante spezialärztliche Versorgung

Für den Bereich, in dem Krankenhäuser und Vertragsärzte gleichermaßen an der Versorgung teilnehmen, wird ein gesetzlicher Handlungsbedarf gesehen. Ziel ist es insbesondere, die widersprüchlichen und zersplitterten Regelungen in einem neuen Ordnungsrahmen zu harmonisieren. Allerdings wird die hier vorgenommene Blickverengung auf den Bereich der hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen dem umfassenden Neuordnungsbedarf nicht gerecht. Viele hochspezialisierte ärztliche Leistungen werden heute parallel von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten erbracht, ohne dass es eine Abstimmung zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich gibt. Das deutsche Gesundheitswesen leistet sich hier eine unnötige und teure Doppelstruktur. Ohne steuernde Maßnahmen und bei Einbeziehung weiterer Leistungen aus dem Bereich des ambulanten Operierens zeichnen sich hier deutliche Kostensteigerungen für die GKV im ambulanten Segment ab. Ein Gesetzentwurf mit dem Ziel, die Versorgung neu zu strukturieren, sollte den Gestaltungsrahmen weiter ziehen. Entscheidendes Problem – und aus Kassensicht ordnungspolitisch falsch – ist eine Art Zulassungsanspruch nach dem Motto „Wer kann, der darf“. Unabhängig vom Bedarf hätte jeder Leistungserbringer einen Anspruch auf Zulassung. Unwirtschaftlichkeit wäre vorprogrammiert. Im übrigen wird sich das Ländarztproblem kaum lösen lassen, wenn nicht gleichzeitig das Überversorgungsproblem im spezialärztlichen Bereich in den Ballungszentren in Angriff genommen wird.

G-BA - Reform

Für die Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung hat die vorgesehene Neugestaltung der Beschlussstrukturen zu den verschiedenen Leistungssektoren weitreichende Folgen. Die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführte neue G-BA-Struktur hat bei der Etablierung einer sektorenübergreifenden Betrachtungsweise wesentliche inhaltliche Fortschritte gebracht und auch zu einer Straffung der Arbeitsprozesse im G-BA beigetragen. Beratungsthemen und Richtlinienentscheidungen des G-BA, die mehrere Sektoren betreffen, können heute im Diskurs aller Beteiligten erarbeitet und entschieden werden. Die Beteiligten im G-BA sollen sich der gemeinsamen Verantwortung für das Versorgungssystem stellen und gemeinsam nach am Patienten-



wohl orientierten Lösungen zu suchen. Auch in Zukunft sollten alle Entscheidungen im G-BA im sektorenübergreifend besetzten Plenum gefällt werden. Die vorgesehene Neuverteilung der Stimmanteile bei Beschlüssen zu den Leistungssektoren schmälert den sinnvollen und notwendigen Ansatz der sektorübergreifenden Beratung und Verantwortung. Die vorgesehene Einführung eines Mindestquorums von 9 Stimmen bei Beschlüssen zum Ausschluss von (bisherigen) GKV-Leistungen ist kontraproduktiv. Eine solche Regelung würde Beschlüsse zum Ausschluss von GKV-Leistungen, die einer qualitativ hochwertigen und sicheren Versorgung der Patienten nicht gerecht werden, deutlich erschweren. Der G-BA könnte seinem Auftrag, den Leistungskatalog entsprechend der medizinisch-wissenschaftlichen Datenlage zu bereinigen, weniger und nur mit einer zusätzlichen formalen Hürde nachkommen.

Bei der künftigen Berufung der Unparteiischen Mitglieder im G-BA ist ein neues Vorschlags- und Widerspruchsverfahren mit Beteiligung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages vorgesehen. Dieses Vorgehen stellt die Entscheidung der gemeinsamen Selbstverwaltung unnötig in Frage. Politische Erwägungen könnten die Auswahl von Unparteiischen Mitgliedern dominieren und letztlich durch die Ersatzvornahmemöglichkeit des BMG auch durchgesetzt werden. Die Legitimation der Entscheidungsträger wird nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts durch deren Anbindung an die Selbstverwaltung gestützt. Hinzukommt die Vorgabe im Gesetzentwurf, wonach künftig zu berufene Unparteiische Mitglieder im G-BA in den 3 vorangegangenen Jahren nicht bei den Trägerorganisationen des G-BA und deren Verbänden sowie als Arzt, Zahnarzt, Psychotherapeut oder im Krankenhaus tätig sein dürfen. Dies lehnt der GKV-Spitzenverband ab. Qualifikation und Erfahrung der Unparteiischen im Gesundheitswesen ist unverzichtbar für die Qualität der Beratungen und der Beschlussfassung. Die erforderliche fachliche Qualifikation für die G-BA-Arbeit ist grundsätzlich im Kreise der Trägerorganisationen und der Patientenversorgung eher gegeben als außerhalb. Bei unzureichender fachlicher Qualifikation der Unparteiischen im G-BA wird die G-BA-Arbeit insgesamt leiden und das Ansehen Schaden nehmen.

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Der GKV-Spitzenverband begrüßt, dass dem G-BA die Möglichkeit eröffnet wird, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit dem „Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative“, aber bisher unklarem Nutzen einer Erprobung zuzuführen. Allerdings wird nicht sichergestellt, dass eine Finanzierung der medizinischen Leistung durch die GKV ausschließlich im Rahmen hochwertiger klinischer Studien erfolgt. Der GKV-Spitzenverband schlägt vor, dass medizinische Innovationen und nicht allgemein alle medizinischen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Fokus stehen. Innovationen werden nach dem Gesetzentwurf auch weiterhin nicht regelhaft auf ihr Nutzen- und Schadenspotential untersucht, sobald ihr Einsatz in der GKV-Versorgung bevorsteht, sondern erst nach gezielter Antragstellung und somit nach (ggf. mehrjähriger) flächendeckender Anwendung. Im Sinne des Patientenschutzes ist der Vorschlag



des GKV-Spitzenverbandes günstiger als die Variante des Gesetzentwurfes. Der konkrete Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes ist unter Artikel 1 Nr. 44 dargestellt.

Wettbewerb

Der Gesetzentwurf weitet die Angebotsmöglichkeiten der Krankenkassen für Satzungsleistungen aus. Dabei geht es um Leistungen, die eine Krankenkasse zusätzlich und im unmittelbaren Zusammenhang zum allgemeinen Leistungskatalog der GKV ihren Versicherten gewähren kann. Es erscheint jedoch fraglich, ob sich allein aus den im Gesetzentwurf genannten Maßnahmen ein stärkerer Wettbewerb entwickelt, in dessen Mittelpunkt die Interessen der Versicherten, Patienten und Beitragszahler stehen. Notwendig ist es vielmehr, den Krankenkassen darüber hinaus vor allem mehr Möglichkeiten für Direktverträge einzuräumen, um über einen Vertragswettbewerb die Effizienz und Qualität der Leistungen zu verbessern.



II. Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung (Drucksache 17/6906)

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 2 Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Gesetzesänderung soll der Geltungsumfang des sog. Nikolausbeschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 6. Dezember 2005 (1 BvR 347/98) für das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt klargestellt werden.

Danach sollen Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder in der Regel tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, auch eine nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Leistung beanspruchen können, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.

B) Stellungnahme

Die Änderung hat klarstellenden Charakter und vollzieht die bisherige - über die vom GKV-Spitzenverband verabschiedete Begutachtungsanleitung Außervertragliche „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB ohne Fertigarzneimittel)“ verbindlich geregelte - Praxis der Krankenkassen im Kern nach.

Allerdings hat das Bundessozialgericht (BSG) die Anspruchsvoraussetzungen in der weiteren Folge dahingehend konkretisiert, dass das Vorliegen einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung (Verlust eines nicht kompensierbaren Sinnesorgans oder einer herausgehobenen Körperfunktion) nicht reicht. Zusätzlich muss eine notstandsähnliche Situation vorliegen, in der nach den konkreten Umständen des Falles voraussichtlich ein tödlicher Krankheitsverlauf bzw. der Verlust eines nicht kompensierbaren Sinnesorgans oder einer herausgehobenen Körperfunktion innerhalb eines kürzeren, überschaubaren Zeitraums mit großer Wahrscheinlichkeit droht (stellvertretend BSG-Urteil vom 14. Dezember 2006 – B 1 KR 12/06 R – RdNr. 20, juris). Diese Konkretisierung findet sich allerdings nur in der Gesetzesbegründung wieder und sollte deshalb zur Vermeidung von Rechtsstreitigkeiten ebenfalls in das Gesetz aufgenommen werden.



Darüber hinaus sieht die Rechtsprechung vor, dass der Leistungsanspruch unter den beschriebenen Voraussetzungen besteht, wenn Versicherte an einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung leiden. Der Gesetzentwurf weist aus, dass Versicherte an einer lebensbedrohlichen oder in der Regel tödlichen Erkrankung leiden müssen. Die Vorschrift könnte – im Rahmen des Regel-Ausnahme-Verhältnisses – auch so verstanden werden, dass eine Leistungspflicht ausnahmsweise auch besteht, wenn es sich nicht um eine tödliche Erkrankung handelt. Daher sollte zur Vermeidung von Rechtsunsicherheiten der von der Rechtsprechung verwendete Begriff "regelmäßig" verwendet werden.

Des Weiteren soll für den Arzneimittelbereich eine Kostenübernahme dann nicht erfolgen, wenn der Patient in eine klinische Prüfung bzw. in ein Härtefallprogramm („compassionate use“-Programm) zu diesem Arzneimittel eingeschlossen werden kann. Das ist zu begrüßen, da der Arzneimittelhersteller in der Verpflichtung steht, die Kosten für die Durchführung einer Studie zu tragen und somit eine Umgehung der Forschungsfinanzierung durch die Arzneimittelhersteller verhindert wird. Auch diese Voraussetzung sollte zur Vermeidung von Rechtsstreitigkeiten in das Gesetz aufgenommen werden.

Ein vergleichbares Vorgehen sollte im Übrigen konsequenterweise auch für nichtmedikamentöse Verfahren gelten. Dies hat – anders als im Arzneimittelbereich – zwar keine Auswirkungen auf die Kosten, die – bei Erfüllung der übrigen Voraussetzungen – ohnehin zu übernehmen sind. Die Anwendung würde jedoch im Rahmen einer (ggf. auch multizentrischen) Studie und damit unter kontrollierten Bedingungen erfolgen. Das hat für den Patienten den Vorteil, dass die Behandlung unter besseren qualitativen Voraussetzungen erfolgt, da sich die im Rahmen einer Studie behandelnden Ärzte mit der Erkrankung, insbesondere deren Ursachen und Verläufen sowie mit der erprobten Behandlung in der Regel besonders gut auskennen und so z. B. auch bestimmte Risikosituationen eher erkannt und demgemäß auch frühzeitiger Gegenmaßnahmen ergriffen werden können. Darüber hinaus profitieren auch zukünftig erkrankte Versicherte, da die über eine Studie gewonnenen Erkenntnisse in eine wissenschaftliche Evaluation einfließen und somit im Zusammenhang mit der Behandlung von zukünftig erkrankten Patienten zur Verfügung stehen.

Die Vorrangigkeit der Behandlung in Studien sollte ausdrücklich gesetzlich geregelt werden.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderung zu Artikel 1 Nr. 1 wird folgendermaßen modifiziert:

In Satz 1 werden die Wörter „in der Regel“ durch „regelmäßig“ ersetzt und nach den Wörtern „wenn eine“ die Wörter „notstandsähnliche Krankheitssituation vorliegt und eine“ eingefügt.



Nach Satz 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Wird für die beanspruchte Leistung eine Studie durchgeführt, in die der Versicherte eingeschlossen werden kann, besteht der Anspruch nach Satz 1 nur im Rahmen dieser Studie. Satz 1 gilt nicht, wenn die beanspruchte Leistung ein Arzneimittel ist, und der Versicherte in eine klinische Prüfung oder in ein Härtefallprogramm („compassionate use“-Programm) zu diesem Arzneimittel eingeschlossen werden kann. Ansonsten gilt die arzneigesetzliche Zulassung als Mindestvoraussetzung.“



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2a)

§ 11 Abs. 4 Leistungsarten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Entlassmanagement nach Krankenhausbehandlung wird in § 39 Absatz 1 (sowie in Folge im KHEntgG, BpflV und § 112 Absatz 2) als Teil des Anspruchs auf Krankenhausbehandlung konkretisiert.

Die Streichung des Verweises auf die Möglichkeiten zum Vertragsschluss nach §§ 112 und 115 stellt hierzu eine Folgeänderung dar.

B) Stellungnahme

Der Anspruch der Versicherten auf ein Versorgungsmanagement ist bereits bisher im Gesetz festgeschrieben. Der gesetzliche Auftrag richtete sich an die Leistungserbringer, die Krankenkassen waren zur Unterstützung verpflichtet. Nun sollen die Krankenkassen stärker in die Verpflichtung genommen werden, für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten zu sorgen. Die Krankenkassen hatten im Rahmen des GKV-WSG gefordert, dass Krankenkassen und Leistungserbringer gemeinsam zu einem zielgerichteten, versorgungsbedarfsorientierten Management verpflichtet werden. Diese Forderung wird von den Krankenkassen aufrecht erhalten.

Der Streichung des Bezuges auf die §§ 112 und 115 ist zu begrüßen. In § 284 SGB V muss jedoch jeweils eine Anpassung erfolgen. In § 301 SGB V sollte die Verpflichtung für die Krankenhäuser aufgenommen werden, wenn ein absehbarer poststationärer Versorgungsbedarf besteht und, wenn ja, welcher Leistungsart. (Die Verpflichtung, 112er Verträge nach Nr. 7 (neu) abzuschließen, wird abgelehnt.)

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2b)

§ 11 Leistungsarten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung sollen die bisherigen Angebotsmöglichkeiten der Krankenkassen für Satzungsleistungen ausgeweitet werden. Dabei geht es ausschließlich um Leistungen, die eine Krankenkasse zusätzlich und im unmittelbaren Zusammenhang zum allgemeinen Leistungskatalog der GKV allen ihren Versicherten gewähren kann.

Die für erweiterte Satzungsregelungen in Betracht kommenden Leistungsbereiche sind im neuen § 11 Abs. 6 SGB V ausdrücklich und abschließend genannt. Es handelt sich um medizinische Vorsorgemaßnahmen (§ 23 SGB V), künstliche Befruchtung (§ 27a SGB V), zahnärztliche Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz (§ 28 Abs. 2 SGB V), die Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (§ 34 Absatz 1 Satz 1 SGB V), Heilmitteln (§ 32 SGB V) und Hilfsmitteln (§ 33 SGB V), häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V), Haushaltshilfe (§ 38 SGB V) und medizinische Rehabilitationsleistungen (§ 40 SGB V) sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern.

Den Krankenkassen soll in den genannten Bereichen ein weiter Gestaltungsspielraum eingeräumt werden. Allerdings dürfen die Leistungen vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossen sein. Auch die gemäß § 34 SGB V ausgeschlossenen Arznei- und Hilfsmittel können mit Ausnahme der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V nicht Gegenstand von Satzungsleistungen sein. Die erweiterten Satzungsmöglichkeiten im Bereich der zahnärztlichen Behandlung umfassen jedoch nicht den Zahnersatz.

Das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V ist zu beachten. Die Leistungen sind in der fachlich gebotenen Qualität zu erbringen. Die Art, die Dauer und der Umfang der jeweiligen Satzungsleistungen müssen klar durch die Krankenkasse definiert sowie transparent und für den einzelnen Versicherten verständlich dargestellt werden. Die zusätzlichen Leistungen sind von den Krankenkassen in ihrer Rechnungslegung gesondert auszuweisen.

B) Stellungnahme

Grundsätzlich wird sich der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen weiter verstärken, da das Leistungsspektrum der Krankenkassen untereinander heterogener werden dürfte. Für die Versicherten werden sich damit die Auswahlmöglichkeiten auf dem „Leistungsmarkt“ vergrößern. Satzungsleistungen sind zwar bislang auch schon zur ambulanten Vorsorge nach § 23 Abs. 2 Satz 2 und 3 SGB V (Zuschuss zur Badekur), häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V, Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 2 SGB V und nicht verschreibungspflichtigen Arz-



neimitteln der besonderen Therapierichtungen über Wahltarife nach § 53 Abs. 4 SGB V möglich. Allerdings gehen die nunmehr vorgesehenen Gestaltungsmöglichkeiten sowohl in Bezug auf die Leistungen selbst (künstliche Befruchtung, zahnärztliche Behandlung ohne Zahnersatz, Heilmittel, Hilfsmitteln, medizinische Rehabilitationsleistungen) als auch auf den Umfang der Leistungen (z. B. Versorgung mit sämtlichen nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V bzw. noch nicht vom G-BA ausgeschlossene Leistungen) darüber hinaus.

Die Krankenkassen bieten im vertragszahnärztlichen Bereich schon seit einiger Zeit zusätzliche vom G-BA nicht ausgeschlossene Leistungen an, wie beispielsweise professionelle Zahnreinigungen, besondere parodontologische Leistungen, Wurzelbehandlungen oder besondere kieferorthopädische Leistungen. Insofern folgt der Gesetzgeber der bereits gängigen Praxis. Durch diese Regelung wird eine eindeutige gesetzliche Grundlage geschaffen.

Die augenblickliche Formulierung lässt in Bezug auf Arzneimittel offen, ob durch Konkretisierung in der Arzneimittelrichtlinie ordnungsmäßig eingeschränkte und damit faktisch ausgeschlossene nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel Satzungsleistungen sein können. Es bedarf daher einer redaktionellen Klarstellung, dass nur nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V, die nicht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss durch Richtlinien ausgeschlossen sind bzw. deren gesetzlicher Ausschluss durch Richtlinien konkretisiert ist, als Satzungsleistung der Krankenkassen aufgenommen werden können. Hierbei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass sich die Erweiterung von Satzungsleistungen der Krankenkassen nicht auf nichtverschreibungspflichtige Präparate zur Nikotinersatztherapie erstrecken kann. Deren gesetzlicher Verordnungsaußchluss nach § 34 Abs. 1 Satz 7 SGB V ist in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V konkretisiert.

Unklar ist, welche Hilfsmittel als Satzungsleistungen in Frage kommen sollen, da die erforderlichen und zweckmäßigen Hilfsmittel ohnehin in die Leistungspflicht der GKV fallen. Die Vorschrift dürfte insoweit ins Leere laufen. Dies dürfte gleichermaßen auch für das Gebiet der häuslichen Krankenpflege gelten. Darüber hinaus ist durch das Gesetz bereits die Möglichkeit der Verlängerung des grundsätzlich beschränkten Leistungszeitraums im Bereich der sog. Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 Abs. 1 SGB V vorgesehen (§ 37 Abs. 1 Satz 4 SGB V). Die Leistungspflicht im Bereich der Sicherungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V ist zeitlich ohnehin nicht begrenzt. Die erforderlichen Leistungen der häuslichen Kranknrenpflege fallen somit bereits in die Leistungspflicht der GKV und nicht notwendige Leistungen dürfen im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V richtigerweise auch im Rahmen der Neuregelung nicht übernommen werden.



Zudem können Leistungen nunmehr auch von nicht zugelassenen Leistungserbringern – ohne die besonderen Voraussetzungen nach § 13 Abs. 2 Satz 5 SGB V (vgl. Schreiben des BMAS vom 28. April 2004) – übernommen werden. Unklar ist, ob dies bei der gewählten offenen Formulierung auch Leistungen umfassen kann, die vom Heilpraktiker erbracht werden dürfen. Richtig ist, dass die Leistungserbringung nur in der fachlich gebotenen Qualität möglich ist. Darüber hinaus werden berufsrechtliche Vorgaben einzuhalten sein; z. B. Heilmittel dürfen nur durch Heilmittelerbringer oder durch Ärzte erbracht werden. Allerdings wird es sich nicht um zugelassene Leistungserbringer nach dem 4. Kapitel des SGB V handeln müssen. Unklar ist allerdings, wie dies bei Berufsgruppen ohne Berufsordnung oder einheitliche Ausbildungswege (z. B. Homöopathen) erfolgen soll. Daher sind Leistungserbringungen, in denen qualitativ gebotene einheitliche Standards nicht sichergestellt sind, abzulehnen.

Rechtsunsicherheiten könnten allerdings dahingehend auftreten, ob auch weiterhin Leistungen ausgeschlossen sind, die nicht das in § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V geforderte Qualitätsgebot erfüllen, deren Nutzen also (noch) nicht nachgewiesen ist, da in der Vorschrift eindeutige Hinweise hierauf fehlen, während die fachlich gebotene Qualität in der Leistungserbringung ausdrücklich erwähnt ist. Eine solche Praxis ist jedoch abzulehnen, da hierdurch nicht nur unwirksame, sondern auch schadhafte Maßnahmen zum Einsatz kommen könnten, was wiederum haftungsrechtliche Fragen für die GKV aufwirft. Daher sollte ausdrücklich in der Vorschrift geregelt werden, dass auch das unter § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V geregelte Qualitätsgebot gilt.

Zweifel bestehen, ob die Ausweitung der Gestaltungsmöglichkeiten dazu führen wird, dass sich der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen „auf eine gesunde Weise“ weiterentwickeln wird. Die Krankenkassen werden für diese Leistungen keine zusätzlichen Mittel aus dem Gesundheitsfonds erhalten, da diese Ausgaben nicht in die Ermittlung der standardisierten Aufwendungen für Satzungs- und Ermessensleistungen einfließen sollen (siehe Art. 1 Nr. 76 [§ 270]). Das heißt, die Mehrausgaben müssen entweder über die – insoweit nicht erhöhten – Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, über vorhandene Finanzreserven oder aus Zusatzbeiträgen finanziert werden. Krankenkassen wollen aber auf jeden Fall den Zusatzbeitrag verhindern, der – bei den ohnehin schon hohen Krankenversicherungsbeiträgen – sicherlich aus der Sicht der Versicherten schwerer gewichtet wird als zusätzliche Leistungen. In erster Linie werden somit zunächst einmal nur Krankenkassen Satzungsleistungen anbieten, die die hierdurch entstehenden Mehrausgaben über die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds abdecken können. Das erhöht den Wettbewerbsdruck jedoch auf die Krankenkassen, die keine finanziellen Spielräume haben und gerade auch unter Wettbewerbsgesichtspunkten versuchen müssen, den Zusatzbeitrag entweder zu verhindern oder aber ihn zumindest nicht steigen zu lassen. Um dennoch „mitzuhalten“, könnten sich



Krankenkassen gezwungen sehen, die Ausgaben für neue Leistungen auch über die Streichung oder Absenkung von Satzungsleistungen, die im Rahmen der Mittelzuweisung aus dem Gesundheitsfonds berücksichtigt werden, zu „finanzieren“, so dass es auch zu Leistungsreduzierungen an Stellen kommen könnte, die von der Politik unter versorgungspolitischen Gesichtspunkten gerade nicht gewünscht sind (z. B. Streichung der Satzungsleistungen Haushaltshilfe nach § 38 Abs. 2 SGB V oder häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V).

Insgesamt erscheint die Neuregelung – vor allem im Hinblick auf das erforderliche Qualitätsgebot und die Finanzierung – nicht ausreichend, um für einen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen im Hinblick auf eine qualitativ hochwertige Versorgung der Versicherten zu sorgen.

Des Weiteren besteht die Gefahr, dass über diesen Weg Fehlanreize in Bezug auf die Weiterentwicklung der Regelversorgung gesetzt werden, da Leistungserbringer „neue Leistungen“ unter finanziellen Gesichtspunkten eher außerhalb der Regelversorgung erbringen wollen.

Darüber hinaus ist zu befürchten, dass mit der Einführung erweiterter Satzungsregelungen die Grundlage geschaffen werden soll, um dann in weiteren gesetzlichen Schritten wesentliche Kernleistungen aus der Regelversorgung der GKV vollständig auszugliedern und in die Satzungsautonomie der Krankenkassen zu legen. Dies würde zur Entsolidarisierung der GKV und zu inakzeptablen Ergebnissen bei der Versichertenversorgung führen und ist deshalb entschieden abzulehnen.

Als Alternative zur beabsichtigten Regelung könnte es sich daher auch anbieten, den Krankenkassen bei den in Rede stehenden Leistungen mehr Möglichkeiten für Direktverträge einzuräumen, um – gerade auch aus der Sicht der Versicherten – über einen Vertragswettbewerb die Effizienz und Qualität dieser Leistungen kontinuierlich auszubauen.

Im Hinblick auf die sich aus der Gesetzesbegründung ergebende Absicht der Bundesregierung, die Auswirkungen der erweiterten Satzungsleistungen auf den Wettbewerb innerhalb der GKV und den Wettbewerb mit privaten Versicherungsanbietern zu evaluieren, ist es für die spätere Ziehung qualifizierter Rückschlüsse und unter verwaltungsökonomischen Gesichtspunkten erforderlich, bereits im Vorfeld zum Inkrafttreten der Regelung unter Berücksichtigung methodischer Fragen zu klären, welche Auswirkungen in einem vertretbaren Aufwand-/Nutzenverhältnis konkret untersucht werden können/sollen und welche Daten die Krankenkassen in diesem Zusammenhang letztlich zur Verfügung stellen und somit erheben sollen. Ggf. wären insoweit auch flankierende Regelungen zur Erhebung und Weiterleitung von Daten durch die Krankenkassen notwendig.



- C) Änderungsvorschlag
Streichung der vorgesehenen Neuregelung.

Sollte weiterhin an eine Einführung der Regelung gedacht sein, ist Artikel 1 Nr. 2b folgendermaßen zu modifizieren:

In Satz 1 werden nach den Wörtern „Gemeinsamer Bundesausschuss,“ anstelle der Wörter „nicht ausgeschlossene Leistungen“ die Angabe „in der Verordnung nicht ausgeschlossene oder eingeschränkte Leistungen, die dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen,“ und nach den Wörtern „Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern“ die Angabe „, bei denen die fachlich gebotene Qualität in der Leistungserbringung durch einheitliche Standards sichergestellt ist,“ eingefügt.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 19 Abs. 1 Erlöschen des Leistungsanspruchs

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung sieht vor, dass im Falle eines Kassenwechsels anlässlich einer Schließung oder Insolvenz nach §§ 153, 163, 170, 171b SGB V ein nahtloser Versicherungsschutz gewährt wird und Leistungsentscheidungen der geschlossenen Krankenkasse fortgelten. Die Aufhebung einer Leistungsentscheidung ist nur ausnahmsweise und insbesondere unter Beachtung des Vertrauensschutzes möglich.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist im Sinne der Versicherten zweifellos als positiv zu bewerten, gerade weil Versicherte ihren Versicherungsschutz bei einer geschlossenen Krankenkasse nicht aktiv selbst beenden.

Grundsätzlich gilt die Bindungswirkung eines Verwaltungsaktes nur innerhalb eines konkreten Sozialversicherungs- bzw. Sozialleistungsverhältnisses, nicht aber darüber hinaus (§ 39 SGB X). Die §§ 45 ff SGB X, die nur unter speziellen Voraussetzungen die Rücknahme (§ 45 SGB X) oder die nachträgliche Änderung (§ 48 SGB X) begünstigender Verwaltungsakte gestatten und im Übrigen unter Vertrauensschutzgesichtspunkten weitgehend Bestandsschutz gewähren, gelten ebenfalls nur im Verhältnis zwischen dem Versicherten und der den Verwaltungsakt erlassenden Verwaltungsbehörde bzw. deren Rechtsnachfolger (z. B. bei der Vereinigung von zwei Krankenkassen) oder Funktionsnachfolger (z. B. bei Aufgabenverlagerung von einer Behörde zur anderen), nicht aber im Verhältnis des Versicherten zu einem nach Kassenwechsel zuständig gewordenen anderen Versicherungsträger, soweit in besonderen gesetzlichen Regelungen keine Bindungswirkung angeordnet worden ist (BSG-Urteil vom 13. Mai 2004 – B 3 P 3/03 R –, RdNr. 18, juris). Da eine solche Regelung für das Leistungsrecht der GKV nicht besteht, wäre die Änderung im Hinblick auf das politisch verfolgte Ziel einer für diese Fälle nahtlosen Leistungsgewährung rechtlich notwendig.

Da die Neuregelung keine Eingrenzung hinsichtlich des Zeitpunkts der Leistungsentscheidung trifft, steht sie im Einklang mit § 155 Abs. 2 Satz 4 SGB V, wonach u. a. Ansprüche aus der Versicherung auch nach Ablauf von 6 Monaten nach der Schließung noch zu erfüllen sind und somit die Regelungen zum Leistungsverweigerungsrecht nach § 155 Abs. 2 Satz 2 und 3 SGB V nicht greifen. Das heißt, die Krankenkasse hat auch nach der Schließung noch Leistungsentscheidungen für erfüllungsbedürftige Ansprüche zu treffen, die sich auf die Zeit vor der Schließung beziehen. Durch die Neuregelung gelten auch diese Leistungsentscheidungen mit Wirkung für die aufnehmende Krankenkasse weiter. Zur Vermeidung von Rechtsunsicherheiten sollte allerdings klargestellt werden, dass



es sich nicht nur um Leistungsentscheidungen handelt, die – im wörtlichen Sinne – durch eine geschlossene Krankenkasse getroffen wurden, sondern auch die – eigentlich von der Neuregelung gemeinten – Leistungsentscheidungen von der Fortgeltung erfasst werden, die die Krankenkasse vor der Schließung oder der Insolvenz getroffen hat.

Allerdings ist zu beachten, dass es z. B. satzungsbedingte Unterschiede im Leistungsumfang zwischen den Krankenkassen geben kann, die sich zukünftig mit der geplanten Ausweitung der Satzungsleistungen in § 11 Abs. 6 SGB V-E noch vergrößern dürften (siehe Artikel 1 Nr. 2b). Fraglich erscheint deshalb, ob die aufnehmende Krankenkasse auch Leistungen übernehmen soll, die in der Haushaltsplanung nicht vorgesehen und für die somit auch keine Mittel eingeplant bzw. eingestellt wurden. Darüber hinaus dürfte die aufnehmende Krankenkasse vielfach auch gar nicht über alle Informationen verfügen, die für die Erfüllung solcher Leistungen erforderlich sind (z. B. Bonusprogramme nach § 65a SGB V). Klargestellt werden sollte daher, dass der von der geschlossenen Krankenkasse erlassene Verwaltungsakt nur dann Bindungswirkung für die aufnehmende Krankenkasse entfaltet, wenn es sich um Leistungen handelt, die von allen Krankenkassen verpflichtend zu erbringen sind (sog. Regelleistungen, wie z. B. häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 Satz 1 – 3 SGB V oder Zahnersatz nach § 55 SGB V). Über Satzung oder Vertrag individuell durch die Krankenkasse gestaltbare Leistungen müssten hiervon also ausgenommen sein (z. B. Wahltarifleistungen nach § 53 SGB V).

Andernfalls müsste die aufnehmende Krankenkasse, die eine solche Leistung nicht oder nicht in Umfang bzw. Höhe identisch anbietet, den Verwaltungsakt nach § 48 SGB X – sofern es sich um einen Verwaltungsakt mit Dauerwirkung handelt – aufgrund „wesentlicher Änderungen in den rechtlichen Verhältnissen“ (das Leistungsrecht der aufnehmenden Krankenkasse sieht z. B. eine solche Leistung nicht vor) unverzüglich – ggf. insoweit – aufheben, was jedoch der gesetzlichen Intention, eine Vertrauensschutzregelung zu schaffen, entgegenlaufen würde.

Die Aufhebung dürfte sich wiederum in der praktischen Umsetzung schwierig gestalten, da die aufnehmende Krankenkasse vermutlich in der Regel zunächst einmal keine Kenntnis über die bewilligte Leistung haben wird und der Versicherte aufgrund einer Leistungszusage der geschlossenen Krankenkasse keinen Grund sehen dürfte, sich die Leistung nochmals von der aufnehmenden Krankenkasse bewilligen zu lassen bzw. die aufnehmende Krankenkasse über die bewilligte Leistung zu informieren.

Ungeachtet dessen erscheint es aus Gründen des Vertrauensschutzes sachgerecht, Leistungsentscheidungen, die auf der Basis von Satzungsregelungen nach §§ 20d Abs. 2, 23 Abs. 2 Satz 2 und 3, 37 Abs. 2 Satz 4 oder 38 Abs. 2 SGB V



getroffen wurden, gegenüber der geschlossenen Krankenkasse mit der Konsequenz fortgelten zu lassen, dass die geschlossene Krankenkasse diese Ansprüche noch gegenüber dem Versicherten erfüllt.

Sofern auch die aufnehmende Krankenkasse diese Mehrleistung vorsieht, besteht für die geschlossene Krankenkasse im Rahmen der Abwicklung die Möglichkeit, die Aufwendungen im Rahmen von Erstattungsansprüchen nach § 105 SGB X ganz oder teilweise zu kompensieren. Erhält die Krankenkasse nicht alle Kosten erstattet, weil die aufnehmende Krankenkasse die Leistung zwar vorsieht, aber Umfang oder Höhe geringer bzw. niedriger vorgesehen werden, verbleiben die Aufwendungen bei der geschlossenen Krankenkasse und müssten über den Haftungsverbund abgedeckt werden. Dies ist gerechtfertigt, da die Leistungszusage durch die geschlossene Krankenkasse erfolgte und der Vertrauensschutz des einzelnen Versicherten höher wiegt als die dem Haftungsverbund verbleibenden Kosten.

Die in § 19 Abs. 1a Satz 2 SGB V vorgesehene Regelung stellt klar, dass eine Rücknahme von Leistungsentscheidungen möglich und nicht aufgrund der über § 19 Abs. 1a SGB V ausdrücklichen geregelten Weitergeltung von Verwaltungsakten als abschließende Spezialregelung ausgeschlossen ist (§ 37 SGB I). Allerdings bezieht sich Satz 2 vom Wortlaut auf den Fall der Rücknahme von Leistungsentscheidungen, verweist aber gleichzeitig auf die §§ 44 bis 48 SGB X, die neben der Rücknahme auch die Fälle des Widerrufs vorsehen. Darüber hinaus werden z. B. die allgemeinen verwaltungsrechtlichen Möglichkeiten der Umdeutung einer Leistungsentscheidung (§ 43 SGB X) und der Erstattung zu Unrecht erbrachter Leistungen (§ 50 SGB X) im Falle aufgehobener Leistungsentscheidungen nicht erfasst. Zur Vermeidung von Rechtsunsicherheiten sollte deshalb klargestellt werden, dass die Vorschriften des Zehnten Buches, insbesondere zur Rücknahme von Verwaltungsakten unberührt bleiben und damit anwendbar sind.

C) Änderungsvorschlag

Die Änderung zu Artikel 1 Nr. 3 wird folgendermaßen modifiziert:

„Endet die Mitgliedschaft durch die Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse, gelten die von dieser Krankenkasse vor oder nach der Schließung oder Insolvenz getroffenen Leistungsentscheidungen mit Wirkung für die aufnehmende Krankenkasse fort. Abweichend von Satz 1 gelten die Entscheidungen über die Gewährung von Leistungen auf der Grundlage von Satzungsregelungen nach §§ 20d Abs. 2, 23 Abs. 2 Satz 2 und 3, 37 Abs. 2 Satz 4 oder 38 Abs. 2 mit Wirkung für die geschlossene Krankenkasse fort, längstens jedoch für ein Jahr. Die Vorschriften des Zehnten Buches, insbesondere zur Rücknahme von Leistungsentscheidungen, bleiben hiervon unberührt.“



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 28 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Um die Möglichkeiten der Delegation ärztlicher Leistungen zu stärken, erhalten die Partner der Bundesmantelverträge die Aufgabe, eine Festlegung darüber zu treffen, welche Leistungen hierfür in Frage kommen und welche Anforderungen an die Erbringung zu stellen sind. Ihnen wird hierfür eine Frist von 6 Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes eingeräumt.

B) Stellungnahme

Die Erweiterung der Delegationsmöglichkeiten wird grundsätzlich begrüßt. Es ist hierbei jedoch klarzustellen, dass Ziel der Delegation eine Entlastung der Vertragsärzteschaft, nicht jedoch eine zusätzliche Möglichkeit zur Ausweitung ärztlicher Leistungen ist, durch die es zu medizinisch unnötigen Mehrausgaben der GKV kommt. Es ist vielmehr zu prüfen, inwiefern ärztliche Leistungen bereits heute durch nichtärztliche Leistungserbringer erbracht werden bzw. künftig erbracht werden können und wie die Vergütungen der betreffenden Leistungen daher entsprechend anzupassen sind. Unklar ist, was mit einer „beispielhaften“ Festlegung von delegierbaren Tätigkeiten und Anforderungen gemeint ist. Hier empfiehlt sich eine eindeutige Formulierung. Nur dadurch ist die gewünschte Rechtssicherheit auch zu erreichen.

C) Änderungsvorschlag

§ 28 Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt geändert: Das Wort „beispielhaft“ wird gestrichen.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 32 Absatz 1a Heilmittel – Langzeitgenehmigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen werden verpflichtet, Versicherten mit einem langfristigen Behandlungsbedarf die erforderlichen Heilmittel auf Antrag binnen einer Frist von 4 Wochen für einen geeigneten Zeitraum zu genehmigen. Anderenfalls gilt die Genehmigung als erteilt. Das Nähere zu den Genehmigungsvoraussetzungen soll der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Heilmittel-Richtlinie regeln.

Die Neuregelung erfolgt im Zusammenhang mit einer Änderung des § 106 Abs. 2 Satz 18 (vgl. Artikel 1 Nr. 38 a) bb), wonach Verordnungen, die auf Grundlage des neuen § 32 Abs. 1a SGB V genehmigt wurden, künftig nicht mehr der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V unterliegen. Diese Wirtschaftlichkeitsfiktion führt im Ergebnis zu einer Verlagerung der Wirtschaftlichkeitsverantwortung der Vertragsärzte auf die Krankenkassen.

B) Stellungnahme

Ein langfristiges Genehmigungsverfahren führt zu unnötiger Bürokratie

Ein Großteil aller Heilmittel-Verordnungen ist nicht genehmigungspflichtig, da es sich um Verordnungen im Regelfall handelt. Außerhalb des Regelfalles verzichtet die Mehrzahl der Krankenkassen auf ein Genehmigungsverfahren für Verordnungen. Die Versicherten dieser Krankenkassen können die Therapie ohne jede Bürokratie beginnen.

Aus der Wirtschaftlichkeitsfiktion für langfristig genehmigte Verordnungen entsteht für die Ärzte ein erhebliches Interesse daran, auch solche genehmigungspflichtigen Verordnungen zur langfristigen Genehmigung vorlegen zu lassen, die keinen langfristigen Behandlungsbedarf begründen. Dies dürfte den Prüfaufwand bei den Krankenkassen künftig auf einen nicht unerheblichen Teil der derzeit ca. 30 Millionen Heilmittelverordnungen pro Jahr ausdehnen. Zum Prüfaufwand kommt der Aufwand, alle Anträge per Verwaltungsakt zu bescheiden und ggf. ein Widerspruchsverfahren zu führen.

Zusammengefasst führt das vorgeschlagene Genehmigungsverfahren zu einem erheblichen bürokratischen Aufwand für die Versicherten, die Vertragsärzte und die Krankenkassen sowie wie zu erheblichen Bürokratiefolgekosten. Im Gegenzug schafft das Genehmigungsverfahren jedoch keinerlei quantifizierbaren Nutzen für die Versicherten oder die Versorgung.

Das gesetzgeberische Ziel, die Behandlungskontinuität zu fördern, ließe sich besser dadurch erreichen, dass Heilmittelverordnungen – analog zum Arzneimittelbereich – generell keiner Genehmigung der Krankenkasse bedürfen und die



Wirtschaftlichkeitsinstrumente der §§ 84 und 106 SGB V zielgerichtet und effizient ausgestaltet werden.

Die Genehmigungsvoraussetzungen sind durch die Krankenkassen zu regeln. Die Prüfung eines Leistungsantrags ist nach § 15 SGB V eine Kernaufgabe der gesetzlichen Krankenkassen. Insofern ist die Definition von Prüfungs- oder Genehmigungsvoraussetzungen sowie die Leistungsentscheidung eine originäre Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen.

Die Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses besteht hingegen nach § 92 Abs. 1 SGB V darin, das Wirtschaftlichkeitsgebot der §§ 12, 70 Abs. 1 SGB V dadurch zu konkretisieren, dass er die verordnungsfähigen Heilmittel sowie die Zuordnungen der Heilmittel zu den Indikationen mit verbindlicher Wirkung in Richtlinien beschließt. Die Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit im Einzelfall ist hingegen den Vertragspartnern nach §§ 84 und 106 SGB V vorbehalten und kann nicht abstrakt in Richtlinien festgelegt werden.

Der GKV-Spitzenverband weist auch darauf hin, dass ein Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Genehmigungsvoraussetzungen einen entsprechenden Beratungs- und Beschlussprozess durchlaufen muss. Erfahrungsgemäß ist nicht damit zu rechnen, dass dies bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes abgeschlossen sein wird. Durch die Wirtschaftlichkeitsfiktion für langfristig genehmigte Verordnungen ist zudem zu erwarten, dass die ursprünglich sehr zielgenau geschaffene Regelung im Beratungsprozess des G-BA seitens der Ärztevertreter allein schon aus wirtschaftlichen Gründen erheblich erweitert wird.

- C) Änderungsvorschlag
Streichung der beabsichtigten Neuregelung.

Hilfsweise wird vorgeschlagen, § 32 Abs. 1a so zu formulieren, dass die gesetzliche Aufgabenteilung trennscharf erhalten bleibt.

„(1a) Bei langfristigem Behandlungsbedarf prüfen die Krankenkassen auf Antrag der Versicherten, ob die erforderlichen Heilmittel für einen geeigneten Zeitraum genehmigt werden können. Über Anträge nach Satz 1 ist unverzüglich zu entscheiden. Verzichtet eine Krankenkasse auf das Genehmigungsverfahren, informiert sie hierüber die Kassenärztliche Vereinigung.“

und in § 275 Abs. 3 SGB V nach Nummer 4. folgende Nummer 5. einzufügen

„5. ob ein Bedarf für eine langfristige Heilmittelbehandlung nach § 32 Abs. (1a) SGB V besteht.“



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 33 Abs. 9 – Hilfsmittel (Intraokularlinsen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Dem § 33 wird nach Absatz 8 folgender Absatz angefügt:

„(9) Absatz 1 Satz 5 gilt entsprechend für Intraokularlinsen beschränkt auf die Kosten der Linse.“

B) Stellungnahme

Mit der geplanten Erweiterung des § 33 SGB V um einen Absatz 9 ist vorgesehen, dass Versicherte Mehrkosten sowie ggf. aus der Behandlung resultierende Folgekosten selbst tragen, wenn sie im Rahmen einer Kataraktoperation eine Sonderlinse, z. B. eine Multifokallinse, wählen, die das Maß der medizinischen Notwendigkeit überschreitet. Die Kosten der medizinisch notwendigen Leistungen sollen nach der neuen Regelung auch in diesem Fall von den Krankenkassen übernommen werden.

Gemäß § 2 Abs. 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf eine Versorgung, die dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht und den medizinischen Fortschritt berücksichtigt. Wenn neben dem relevanten klinischen Behandlungsziel vergleichbar zweckmäßige Maßnahmen zur Verfügung stehen, ist dem Wirtschaftlichkeitsgebot Rechnung zu tragen. So müssen die zu erbringenden Leistungen nach § 12 SGB V ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können von Versicherten nicht beansprucht und von den Krankenkassen nicht bewilligt werden. Die intendierte Mehrkostenregelung stellt eine Abkehr von diesem Grundsatz dar.

In der medizinischen Evidenz zur Kataraktchirurgie ist kein signifikanter, medizinischer Zusatznutzen für die Implantation einer multifokalen Intraokularlinse gegenüber der Versorgung mit einer herkömmlichen, monofokalen Intraokularlinse im Hinblick auf erzielte Qualitätsparameter wie Sehschärfe, Kontrastsehen und Farbsehen belegt. Auf Basis der durchgeführten Nutzenbewertungen lassen sich keine gesicherten, medizinisch begründeten Indikationen zur Implantation einer multifokalen Intraokularlinse formulieren. Zudem lassen sich aufgrund der Studienlage keine abschließende Aussagen bezüglich möglicher Nebenwirkungen und Schäden durch Implantation von Multifokallinsen generieren.

Der Hinweis in der Begründung des Referentenentwurfs, dass die Versicherten bei der Wahl einer Sonderlinse nur die Mehrkosten, zuzüglich etwaiger Folgekosten, die durch die Sonderlinse bedingt sind, zu zahlen haben, ist unscharf. Ein verlässlicher Überblick über die Preise von Multifokallinsen liegt nicht vor, da in



diesem Produktbereich keine bindenden Preislisten existieren, sondern die Preise mit den Anwendern individuell verhandelt werden. Insofern kann keine Kalkulation vorgenommen werden, in welcher Höhe zusätzliche Kosten auf die Versicherten zukommen würden. Gleiches gilt aufgrund fehlender Aussagen über mögliche Nebenwirkungen und Risiken für komplikationsbedingte Folgekosten, die durch eine Reimplantation und einen Austausch der Multifokallinse entstehen können.

Vor diesem Hintergrund wird die geplante Mehrkostenregelung vom GKV-Spitzenverband abgelehnt.

- C) Änderungsvorschlag
Absatz 9 wird gestrichen.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 35c Zulassungsüberschreitende Anwendung von Arzneimitteln

A) Beabsichtigte Neuregelung

Neben den bereits bestehenden Expertengruppen zur Bewertung von zugelassenen Arzneimitteln in nicht zugelassenen Anwendungsgebieten (off-label-use) in den Bereichen Onkologie, HIV/AIDS, Neurologie und Ophthalmologie soll eine ständige Expertengruppe beim BfArM eingerichtet werden, die Themen außerhalb der vorgenannten Bereiche bearbeiten soll. Darüber hinaus soll die Arbeitsweise in einer Geschäftsordnung festgelegt werden, die vom BMG genehmigt werden muss. Da die berufenen Experten möglichst unabhängig sein sollen, haben sie mögliche Interessenskonflikte offenzulegen.

B) Stellungnahme

Die Einrichtung einer nicht fachgebietsbezogenen Expertengruppe off-label kann sinnvoll sein. Die arzneimittelrechtliche Zulassung lässt Rückschlüsse auf die Wirksamkeit und Unbedenklichkeit des geprüften Medikaments nur zu, soweit ihre rechtliche Bedeutung reicht. Wegen der Beschränkung auf die vom Hersteller genannten Anwendungsgebiete sagt die Zulassung nichts darüber aus, ob das betreffende Arzneimittel auch bei anderen Indikationen bzw. Darreichungsformen verträglich und angemessen wirksam ist. Für eine Änderung bzw. Erweiterung der Indikation bzw. Anwendungsart sind daher zusätzliche Erkenntnisse aus klinischen Prüfungen für eine erneute Nutzen-Risiko-Bewertung bei der zuständigen Zulassungsbehörde vorzulegen, die auf dieser Grundlage eine Erweiterung der Zulassung erteilen kann.

Mit dem durch Expertengruppen empfohlenen off-label-Use wird ein nicht mit einer arzneimittelrechtlichen Zulassung vergleichbares paralleles Verfahren etabliert. Damit werden Patienten dauerhaft Arzneimittel vorenthalten, die auch in der off-label-Indikation in einem staatlichen Zulassungsverfahren nach den Kriterien des Arzneimittelgesetzes geprüft wurden.

Bereits heute arbeiten die Expertengruppen auf Basis einer Geschäftsordnung, die das BMG genehmigt hat. Die bestehende Praxis wird durch eine gesetzliche Regelungsbefugnis bestätigt.

Die Verpflichtung der Experten zur Offenlegung von möglichen Interessenskonflikten ist zu begrüßen. Zur Erhöhung der Transparenz sollten die Interessenserklärungen auf der website des BfArM veröffentlicht werden. Bei der Europäischen Arzneimittel-Agentur sind die Veröffentlichungen der Interessenserklärungen gängige Praxis.



Neben den Regelungen zur Geschäftsordnung sieht der GKV-SV die Notwendigkeit einer gesetzlichen Klarstellung, dass alle Expertengruppen ihre Bewertungen auf der Grundlage eines einheitlichen Methodenpapiers vornehmen. Bewertungen zum Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis über die Anwendung von zugelassenen Arzneimitteln für Indikationen und Indikationsbereiche, für die sie nach dem Arzneimittelgesetz nicht zugelassen sind, sind nach dem international anerkannten Standards der evidenzbasierten Medizin vorzunehmen.

C) Änderungsvorschlag

Es wird vorgeschlagen, Nr. 7 b) wie folgt neu zu fassen:

b) Nach Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:

„Das Nähere zur Arbeitsweise der Expertengruppen regelt eine Geschäftsordnung der ständigen Expertengruppe, die der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf. Zur Sicherstellung der fachlichen Unabhängigkeit der Experten gilt § 139b Absatz 3 Satz 2 entsprechend. *Die Interessenserklärungen sind zu veröffentlichen. Bewertungen nach Satz 1 werden einheitlich nach einem für alle Expertengruppen geltenden Methodenpapier vorgenommen, dass den international anerkannten Standards der evidenzbasierten Medizin entspricht.* Der Gemeinsame Bundesausschuss kann die Expertengruppen mit Bewertungen nach Satz 1 beauftragen; das Nähere regelt er in seiner Verfahrensordnung. Bewertungen nach Satz 1 kann auch das Bundesministerium für Gesundheit anfordern.“



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 39 Abs. 1 Krankenhausbehandlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Gegenüber dem bisherigen grundsätzlichen Anspruch der Patienten auf ein Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V wird das Entlassmanagement als Bestandteil der Krankenhausbehandlung definiert. Das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf dabei nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen.

B) Stellungnahme

Die vorgeschlagene Änderung ist eine Konkretisierung des Umfangs der Krankenhausbehandlung und erfordert eine Folgeänderung in § 284 SGB V.

Durch die Herauslösung des Entlassmanagements aus § 11 Abs. 4 und die Verankerung in § 39 SGB V entfiele die bisherige Verpflichtung der Krankenhäuser, für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten zu sorgen. Es ist sicherzustellen, dass die Regelungen des § 11 Abs. 4 auch für das Entlassmanagement der Krankenhäuser nach § 39 gelten (z. B. gegenseitige Unterstützung, Zusammenarbeit und Information). Einer einseitigen Verpflichtung der Krankenkassen zur Sicherstellung des Entlassmanagements - wie in der Begründung ausgeführt - wird nicht gefolgt.

Ergänzend ist die Datenübermittlung und -speicherung für das Entlassmanagement in § 284 SGB V aufzunehmen. Dabei ist sicherzustellen, dass entweder bei Aufnahme, Verlegung oder unabhängig davon im Bedarfsfall die Informationen an die Krankenkasse übermittelt werden können.

C) Änderungsvorschlag

Der Verweis zu § 11 Abs. 4 darf sich nicht auf den Satz 4 beschränken, sondern muss lauten: „§ 11 Absatz 4 SGB V gilt entsprechend.“

Um die Verantwortung des Entlassmanagements nicht allein auf die Kostenträger zu übertragen, ist die Formulierung aus der Begründung zu § 39 Abs. 1 SGB V („Die Krankenkassen, gegen die sich der Anspruch auf Krankenhausbehandlung richtet, sind verpflichtet dafür zu sorgen, dass die Erbringung der Leistung sichergestellt ist.“) zu streichen.

In § 284: ggf. in Nummer 13 zu ergänzen (zusätzlicher Bezug auf § 39 Abs. 1 SGB V erforderlich, da das Versorgungsmanagement speziell bei Krankenhausbehandlung nicht mehr in § 11 Abs. 4 enthalten ist). Wird jedoch der vollständige



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV

(Drucksache 17/6906)

Seite 33 von 282

Verweis zu § 11 Abs. 4 in den § 39 SGB V aufgenommen, so ist eine Änderung des § 284 SGB V entbehrlich.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9

§ 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 40 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „§ 111 besteht, oder, soweit dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen ambulanter Rehabilitation erforderlich ist, durch wohnortnahe Einrichtungen“ durch die Wörter „§ 111c besteht“ ersetzt.

B) Stellungnahme

Die Änderung stellt klar, dass künftig in der ambulanten Rehabilitation § 111c die Grundlage für Versorgungsverträge zwischen Krankenkassen als Rehabilitationsträgern und Leistungserbringern bildet. Bislang ließen die Krankenkassen über ihre Landesverbände Leistungsanbieter, die ausschließlich ambulante Leistungen erbringen wollten, durch Verwaltungsakt zu.

Die Neuregelung in § 40 Abs. 1 und die Schaffung eines neuen § 111c sorgen für eine Annäherung der leistungserbringerrechtlichen Regelungen in der ambulanten und stationären Rehabilitation. Gleichzeitig wird damit klargestellt, dass das Leistungserbringerrecht in der Rehabilitation der GKV der prinzipiellen Konzeption der §§ 19 ff. SGB IX folgt, die als Rahmenvorschriften für alle Rehabilitationsträger ebenfalls Verträge als Instrument zur Regelung der Zusammenarbeit von Rehabilitationsträgern und Leistungserbringern vorsehen. Die beabsichtigte Neuregelung ist daher zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV

(Drucksache 17/6906)

Seite 35 von 282

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10

§ 47a Höhe und Berechnung des Krankengeldes

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 47a SGB V regelt die Berücksichtigung von Einmalzahlungen bei der Krankengeldberechnung in „Übergangsfällen“ des Jahres 2000. Diese Vorschrift ist inzwischen gegenstandslos und kann gestrichen werden.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 71 Beitragssatzstabilität

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird eine aufsichtsrechtliche Prüfung für Verträge gemäß § 73c Abs. 3 und 140a SGB V vorgesehen. Für Verträge gemäß § 73b galt dies auch bereits nach bisherigem Recht. Künftig sind die Länder unabhängig von ihrer aufsichtsrechtlichen Zuständigkeit an der Prüfung zu beteiligen. Die Länder sollen damit einen weiteren Überblick über Verträge mit Auswirkungen auf das landesbezogene Versorgungsgeschehen erhalten. Daneben sollen die Länder den Krankenkassen zur Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung vorschlagen können, Verträge nach §§ 73b, 73c und 140a Abs. 1 abzuschließen.

B) Stellungnahme

Offenbar möchte der Gesetzgeber mit diesen Änderungen dem Wunsch der Länder nachkommen, ihre aufsichtsrechtlichen Kompetenzen auch bei einer zunehmenden Zahl von überregional tätigen Kassen möglichst weitgehend beizubehalten. Auch wenn dieses Anliegen grundsätzlich nachvollzogen werden kann, darf hierdurch kein bürokratischer Mehraufwand entstehen, dem für die Versorgung kein erkennbarer Mehrwert gegenüber steht. Da die Landesbehörden in erster Linie einen Überblick über die vor Ort bestehenden Verträge haben wollen, ist die Benehmensherstellung für die Gesamtheit der Verträge zu weitgehend. Im Ergebnis könnte das hier verankerte Beanstandungsrecht in Verbindung mit der Benehmensherstellung mit den Ländern dazu führen, dass der Abschluss von Selektivverträgen erschwert wird. Daneben ist die Benehmensherstellung für einen bundesunmittelbaren Vertrag mit 16 verschiedenen Ländern nur aufwändig zu bewirken.

Bislang müssen die Verträge nach § 73c und § 140a lediglich den Landesaufsichten vorgelegt werden. Diese Regelung hat sich bewährt und soll daher beibehalten werden. Der zuständigen Aufsichtsbehörde – bei den Ersatzkassen das BVA – mussten bislang nur die Verträge nach § 73b vorgelegt werden. Die zusätzliche Vorlageverpflichtung bei Verträgen nach §§ 73c und 140a bei der zuständigen Aufsichtsbehörde bewirkt im Zweifel einen unverhältnismäßigen administrativen Mehraufwand.

Mit dieser Regelung wird auch ein neues Beanstandungsrecht für die Verträge nach §§ 73c und 140a geschaffen. Dies stellt einen Eingriff in den Wettbewerb dar. Je nach Ausgestaltung der Verfahrenspraxis kann das Zustandekommen der o. a. Selektivverträge erschwert werden. In der Vergangenheit hat sich zudem immer wieder gezeigt, dass gleiche Sachverhalte durch unterschiedliche Aufsichtsbehörden unterschiedlich bewertet wurden. Im Zweifel könnte sich dieses auch auf den Selektivvertragsbereich auswirken und zu Wettbewerbsverzerrun-



gen führen, indem gleiche oder ähnliche Selektivverträge durch BVA und Landesbehörde unterschiedlich bewertet, beanstandet und mit Auflagen versehen werden.

Das Vorschlagsrecht der Länder gegenüber den Krankenkassen für den Abschluss von Versorgungsverträgen nach §§ 73b, 73c und 140a ist - trotz der explizit ausgeschlossenen Bindungswirkung - abzulehnen. Selektivverträge sind Wettbewerbsinstrumente der Krankenkassen. Es entspricht der Natur wettbewerblicher Handlungsmöglichkeiten, dass über den Abschluss von Verträgen frei und ohne Einflussnahme der (Landes) Politik entschieden werden kann.

- C) Änderungsvorschlag
Streichung der Ergänzung zu Abs. 4

Streichung des neu vorgesehenen Absatzes 6.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 73 Abs. 7 Vertragsärztliche Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung stellt klar, dass es Vertragsärzten nicht gestattet ist, sich für die Zuweisung von Patienten wirtschaftliche Vorteile zu versprechen bzw. gewähren zu lassen.

B) Stellungnahme

Bei der Regelung handelt es sich um eine Übernahme berufsrechtlicher Vorgaben in das SGB V; damit stellen Zuweisungen gegen Entgelt künftig auch einen zu ahndenden Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten dar. Diese Klarstellung ist ausdrücklich zu begrüßen.

Konsequent ist in diesem Zusammenhang auch die vorgesehene Konkretisierung der Zulassungsvoraussetzungen von Teilberufsausübungsgemeinschaften mit dem Ziel, eine Umgehung des Verbots der Zuweisung gegen Entgelt zu verhindern (Änderung in § 33 Ärzte-ZV).

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13

§ 73b Hausarztzentrierte Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung soll klargestellt werden, dass sich Klagen gegen die Festlegung von Vertragsinhalten in Verträgen nach § 73b, die im Schiedsverfahren nach § 73b Absatz 4a getroffen wurden, nicht gegen die Schiedsperson, sondern gegen eine der beiden Vertragsparteien zu richten hat.

B) Stellungnahme

Der Gesetzgeber begründet die Notwendigkeit einer Klarstellung mit unterschiedlicher Rechtsprechung in dieser Frage. Eine unterschiedliche Rechtsprechung in dieser Frage ist jedoch nicht ersichtlich. Es erscheint auch sachlich nicht nachvollziehbar, dass eine Vertragspartei, die an der Ausgestaltung der Vertragsinhalte durch die Schiedsperson ggf. gar nicht beteiligt war oder sich sogar explizit gegen eine solche Vereinbarung ausgesprochen hat, hierfür rechtlich zur Verantwortung gezogen werden soll. Die vorgesehene Regelung ist weder aus fachlichen noch aus rechtlichen Gründen erforderlich. Das Ziel einer Konfliktlösung wäre hierdurch nicht zuverlässig erreichbar.

Nach der derzeit herrschenden Meinung ist die jeweilige Schiedsperson passivlegitimiert für die Klage gegen den Schiedsspruch als Verwaltungsakt. Ein Bedarf für die hier tatsächlich vorliegende konstitutive Neuregelung eines gesetzlichen Parteiwechsels, mit der der Bundesgesetzgeber in zahlreiche laufende Gerichtsverfahren eingreifen würde, ist nicht ersichtlich.

Offenbar soll durch die Gesetzesänderung dem Umstand Rechnung getragen werden, dass die Schiedspersonen nicht für eine Prozessführung ausgestattet sind. Auch die hier in der Begründung als Parallelregelung angeführte Vorgängerregelung des § 77 Abs. 1 S. 5 SGB XII wurde vom Bundesverwaltungsgericht (BVerwGE 116, 78 ff.) als konstitutive gesetzliche Änderung ausgelegt. Dort handelte es sich um einen gesetzlichen Parteiwechsel.

Würde dagegen die Gesetzesänderung in der Begründung als „Klarstellung“ bezeichnet und würden die Sozialgerichte dieser Begründung folgen, hätte dies zum Einen zur Folge, dass ggf. die Klagefristen für Klagen gegen die andere Vertragspartei versäumt wären, wenn auf der Basis der bisher vorliegenden Rechtsprechung und Literatur Klage nur gegen die Schiedsperson erhoben worden ist. Zum Anderen hätte eine solche „klarstellende“ Regelung zwingend die Kostentragslast für die gegen die Schiedsperson klagende Partei zur Folge. Ein solcher Eingriff in laufende Gerichtsverfahren ist unangemessen.



Es handelt sich folglich nicht um eine klarstellende Regelung. Die Begründung zur beabsichtigten Rechtsänderung leitet daher fehl, sodass zumindest eine Korrektur der entsprechenden Aussage in der Gesetzesbegründung im Interesse der Rechtssicherheit zu erfolgen hat.

Des Weiteren würde eine zukünftige Einordnung der Rechtsnatur des Schiedsspruchs als bloßer Gestaltungsakt – ebenfalls ohne nachvollziehbare Rechtfertigung – zu einer geringeren Überprüfbarkeit des Schiedsspruches in formeller und materieller Hinsicht führen. Z. B. würde, anders als bei einer Anfechtungsklage gegen einen Verwaltungsakt, die gerichtliche Feststellung der Rechtswidrigkeit einzelner Regelungen nicht zur Aufhebung des Schiedsspruches führen, sondern das Gericht wäre nach § 319 BGB verpflichtet, die offenbar unbilligen Regelungen durch nicht offenbar unbillige Regelungen zu ersetzen. Der Gesetzgeber würde damit bis zur rechtskräftigen gerichtlichen Klärung das Risiko erheblicher Nachteile für die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Versichertengemeinschaft sowie mögliche Rechtsverstöße gegen sonstiges Recht (z.B. Wirtschaftlichkeitsgebot, Grundsatz der Beitragssatzstabilität) in Kauf nehmen. Das Beanstandungsrecht der zuständigen Aufsichtsbehörden bekäme damit erhebliche Bedeutung.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen. Im Sinne einer wettbewerblich orientierten Versorgung sollte im Bereich der Selektivverträge darauf verzichtet werden, einen Vertragsabschluss durch einen Schiedsspruch zu erzwingen, wenn es zwischen den Vertragsparteien nicht zu einer Einigung kommt. Um den Vertragswettbewerb zu fördern und unwirtschaftliche Mehrausgaben der Krankenkassen zu vermeiden, sollten stattdessen sowohl der Kontrahierungszwang als auch das Vertragsmonopol des Hausärztesverbandes endgültig beseitigt werden. Sofern dennoch an der geplanten Änderung festgehalten wird, ist die Gesetzesbegründung jedenfalls wie folgt zu fassen (Änderungen fett hervorgehoben):

Zu Nummer 13 (§ 73b)

Nach § 73b Absatz 4 Satz 2 besteht die Möglichkeit der Einleitung eines Schiedsverfahrens, wenn sich die Vertragsparteien über den Inhalt eines Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nicht einigen können. In diesem Fall wird der Inhalt des HzV-Vertrages von der Schiedsperson festgelegt (§ 73 Absatz 4a Satz 1). Mit dem neuen Satz 5 im § 73b Absatz 4a wird konstitutiv geregelt, dass sich eine Klage gegen die Festlegung des Vertragsinhalts nicht gegen die Schiedsperson, sondern gegen eine der beiden Vertragsparteien zu richten hat. Die Regelung orientiert sich am Wortlaut der vergleichbaren Regelung des § 77 Absatz 1 Satz 5 SGB XII. Sie dient der Entlastung der Schiedspersonen von der Prozessführung, für die diese organisatorisch nicht ausgerüstet sind.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

§ 75 Inhalt und Umfang der Sicherstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung stellt klar, dass die KVen die medizinische Versorgung außerhalb der üblichen Sprechzeiten (Notdienst) künftig auch in Kooperation und organisatorischer Verknüpfung mit Krankenhäusern sicher stellen können.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist grundsätzlich zu begrüßen. Sie erleichtert es den KVen, die Notdienstversorgung sicher zu stellen und entlastet ggf. auch die Vertragsärzte, die gerade in Gebieten mit niedrigerer Arztdichte oft verhältnismäßig viele Notdienste leisten müssen. Dabei ist jedoch klarzustellen, dass der ärztliche Notdienst in sprechstundenfreien Zeiten auch weiterhin dem Sicherstellungsauftrag der KVen unterliegt.

C) Änderungsvorschlag

In der Begründung sollte klargestellt werden, dass der ärztliche Notdienst in sprechstundenfreien Zeiten auch weiterhin dem Sicherstellungsauftrag der KVen unterliegt.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15

§ 77 Kassenärztliche Vereinigungen und Bundesvereinigungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Den Kassenärztlichen Vereinigungen wird gemäß Absatz 2 die Möglichkeit eingeräumt, unter der Voraussetzung der Zustimmung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden, länderübergreifend zu fusionieren, um so gegenüber den Kassen ein Verhandlungsgleichgewicht zu erhalten bzw. Effizienzvorteile aus dem Zusammenschluss zu nutzen. Auch innerhalb eines Landes soll der freiwillige Zusammenschluss mehrerer KVen möglich sein. Gültige Gesamtverträge können im Falle eines Zusammenschlusses längstens bis zu vier Quartale weitergelten, die unterschiedlichen Vergütungen in den KVen müssen nach einer zu bestimmenden Übergangsfrist angepasst werden.

In Eigeneinrichtungen der KVen bzw. kommunaler Träger angestellte Ärzte sollen Mitglieder der jeweiligen KV werden können.

Die Änderungen des Absatzes 6 räumen den KVen die Möglichkeit ein, die Wahrnehmung gesetzlicher Aufgaben wie z. B. Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung auf andere KVen zu übertragen.

B) Stellungnahme

Die Änderungen des Absatzes 2 entsprechen denen der regionalen Krankenkassen. Die von den Gesamtvertragspartnern zu schließenden Vereinbarungen können - im Einvernehmen mit der zuständigen Aufsichtsbehörde - zur Berücksichtigung landesspezifischer Besonderheiten unterschiedliche Vergütungen vorsehen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV

(Drucksache 17/6906)

Seite 43 von 282

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16

§ 79 Organe

A) Beabsichtigte Neuregelung

Aus Gründen der Flexibilisierung erfolgt eine Anpassung der Amtsdauer der Vorstände der KVen auf bis zu 6 Jahre, wobei bereits gewählte Vorstände von dieser Neuregelung unberührt bleiben.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV

(Drucksache 17/6906)

Seite 44 von 282

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17; Nr. 18

§ 79c Beratender Fachausschuss für hausärztliche Versorgung: weitere beratende Fachausschüsse

§ 80 Wahlen

- A) Beabsichtigte Neuregelung
Verpflichtende Bildung beratender Fachausschüsse sowohl für den hausärztlichen als auch für den fachärztlichen Versorgungsbereich in den KVen und der KBV sowie nach Versorgungsbereichen getrennte Vorschlagsrechte für jeweils ein Mitglied des Vorstandes bei den Vorstandswahlen.
- B) Stellungnahme
Diese Regelung, die eine ausgewogene Interessenvertretung beider Versorgungsbereiche vorsieht, wird begrüßt.
- C) Änderungsvorschlag
Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19 a) bis e) und Nr. 19 g)

§ 84 Arznei- und Heilmittelvereinbarung; Richtgrößen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Gesetzliche Klarstellung, dass alle nach § 31 SGB V verordneten Leistungen den Vorschriften nach § 84 SGB V zur Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung unterliegen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die gesetzliche Klarstellung, dass alle Leistungen nach § 31 in die Steuerungsregelungen zur Arzneimittelversorgung einbezogen sind.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV

(Drucksache 17/6906)

Seite 46 von 282

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19 f) aa)

§ 84 Arznei- und Heilmittelvereinbarung; Richtgrößen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der für den Heilmittelbereich relevante Teil von § 84 SGB V wird um Absatz 4a erweitert. Damit gilt die mit § 84 Absatz 4a SGB V verbundene und zwischenzeitliche entfallene Vorstandshaftung auch wieder für den Heilmittelbereich.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung korrigiert einen redaktionellen Fehler.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19 f) bb)

§ 84 Arznei- und Heilmittelvereinbarung; Richtgrößen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen werden beauftragt, ergänzend zu den Praxisbesonderheiten auf der Landesebene, bundesweite Praxisbesonderheiten zu definieren. Bei Nichteinigung ist ein Schiedsamsverfahren vorgesehen.

Die auf Praxisbesonderheiten und langfristig genehmigte Heilmittel entfallenden Kosten sind bei der Vereinbarung von Richtgrößen zu berücksichtigen.

B) Stellungnahme

Bundesweite Praxisbesonderheiten:

Vertragsärzte unterliegen nur in den Kassenärztlichen Vereinigungen der Wirtschaftlichkeitsprüfung, in denen sie zugelassen sind. Inwieweit regional unterschiedliche Regelungen zu Praxisbesonderheiten den Arzt belasten, erschließt sich daher nicht. Auch erschließt sich nicht, wie die mit der gesetzlichen Neuregelung angestrebte Kombination aus bundes- und landesweiten Praxisbesonderheiten zu einer Entlastung der Vertragsärzte führen soll.

Die Bundesregierung hat mit Bundestagsdrucksache 17/738 (vgl. Antwort zu Frage 1-3) den Standpunkt vertreten, dass regionalen Besonderheiten am besten auf regionaler Ebene von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen Rechnung getragen werden kann. Der GKV-Spitzenverband schließt sich dieser Einschätzung an. Die Vielfalt und -zahl der vereinbarten Praxisbesonderheiten auf der Landesebene zeigt zudem, dass die gegebenen Steuerungsmöglichkeiten sensibel und zielgerichtet genutzt werden. Ein gesetzlicher Auftrag zur bundesweiten Vereinbarung von Praxisbesonderheiten ist daher nicht nur unnötig, sondern mitunter auch schädlich, insbesondere wenn sie zielgenauere Regelungen auf der Landesebene verdrängen.

Nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes ist die angestrebte Neuregelung auch nicht dazu geeignet, die vereinbarten Praxisbesonderheiten zu harmonisieren. Vielmehr ist zu erwarten, dass die bundesweit vereinbarten Praxisbesonderheiten als Sockel genutzt werden, der lediglich um regionale Regelungen ergänzt wird.

Nach Rechtsprechung des BSG (vgl. Urteile des BSG vom 06.09.2000 AZ.: B 6 KA 24/99 und vom 23.02.2005 AZ.: B 6 79/03 R) sind Praxisbesonderheiten aus der Zusammensetzung der Patienten herrührende Umstände, die sich auf das Behandlungsverhalten des Arztes auswirken und in den Praxen der Vergleichsgruppe nicht in entsprechender Weise anzutreffen sind.



Inwieweit sich die Zusammensetzung der Patientenklientel einer einzelnen Arztpraxis von anderen unterscheidet, kann jedoch nicht vorab, sondern nur im Nachhinein festgestellt werden. Folgt man diesem Gedanken des BSG so erschließt sich nicht, wie Praxisbesonderheiten pauschal auf der Bundesebene definiert werden können.

Berücksichtigung u. a. von Praxisbesonderheiten bei der Vereinbarung von Richtgrößen:

Die Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten und genehmigten Verordnungen nach § 32 Abs. 1a SGB V bei der Vereinbarung von Richtgrößen nimmt einzelne Leistungen generell von der Wirtschaftlichkeitsprüfung aus. Diese Wirtschaftlichkeitsfiktion führt im Ergebnis zu einer Verlagerung der Wirtschaftlichkeitsverantwortung der Vertragsärzte auf die Krankenkassen, ohne diesen im Gegenzug adäquate Steuerungsmöglichkeiten bereitzustellen.

C) Änderungsvorschlag

Aufgrund der regional höchst unterschiedlichen Bewertung, was überhaupt vom Begriff der Praxisbesonderheit umfasst ist, hält es der GKV-Spitzenverband für sinnvoll und erforderlich, einheitliche Kriterien und Maßstäbe für die Struktur von Praxisbesonderheiten verbindlich auf der Bundesebene vorzugeben. Auf dieser Basis können regionale Praxisbesonderheiten vereinbart werden. Dies trägt zu einer zielgerichteten und transparenten Anwendung von Praxisbesonderheiten bei und kann so zu einer Entlastung der Vertragsärzte beitragen.

Formulierungsvorschlag:

§ 84 Abs. 8 SGB V werden folgende Sätze angefügt:

„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen geben erstmals bis zum 30. September 2012 eine Strukturempfehlung für die Vereinbarung von Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 6 SGB V.“



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV

(Drucksache 17/6906)

Seite 49 von 282

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20 a)

§ 85 Gesamtvergütung

Abs. 2 Satz 7

- A) Beabsichtigte Neuregelung
Wegfall der Regelung zur Vermeidung der Überschreitung des Ausgabenvolumens der Gesamtvergütung, soweit die Gesamtvergütung auf der Grundlage von Einzelleistungen vereinbart wird
- B) Stellungnahme
Die Änderung ermöglicht eine unbegrenzte Einzelleistungsvergütung mit unkalulierbaren Mehrausgaben für die Krankenkassen und wird daher abgelehnt.
- C) Änderungsvorschlag
Beibehaltung der bisherigen Regelung.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20 b)

§ 85 Abs. 2a Gesamtvergütung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vergütungen in der vertragszahnärztlichen Versorgung werden neu justiert, indem die historisch bedingten Punktwertunterschiede zwischen Primärkassen und Ersatzkassen und die durch die Honorarbegrenzung bedingten Verwerfungen („Budgetüber- und unterschreitungen“) in den Gesamtvergütungen einmalig ausgeglichen werden sollen. Die Umsetzung dieser Vorgabe obliegt den Verhandlungspartnern auf der Landesebene. Für die Angleichung der Punktwerte sollen landesdurchschnittliche Punktwerte des Jahres 2012 für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz von den Vertragspartnern bis zum 31.12.2012 ermittelt werden. Bei der Berechnung der landesdurchschnittlichen Punktwerte sollen die in 2012 mit den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abgerechneten Punktmengen berücksichtigt werden. Weiterhin wird vorgegeben, wie zu verfahren ist, wenn regionale Punktwerte in 2012 nicht vereinbart sind, um eine Durchschnittsberechnung durchführen zu können. Außerdem haben die Vertragspartner aufgrund der neuen landesdurchschnittlichen Punktwerte die Gesamtvergütungen für 2012 neu festzulegen und als Ausgangsbasis für Verhandlungen in 2013 zugrunde zu legen.

B) Stellungnahme

Eine Neujustierung der vertragszahnärztlichen Vergütungen ist nicht möglich, ohne dass es unter den Beteiligten Gewinner und Verlierer gibt. Die vorgesehene Lösung die landesdurchschnittlichen Punktwerte des Jahres 2012 mit den in 2012 abgerechneten Punktmengen zu gewichten, birgt die Gefahr, dass eine Leistungsmengenausweitung bei den Krankenkassen mit überdurchschnittlichen Punktwerten die in 2012 zu ermittelnden durchschnittlichen Punktwerte zusätzlich ansteigen lässt.

Der GKV – SV spricht sich daher dafür aus, dass zur Errechnung der landesdurchschnittlichen Punktwerte in 2012 die Leistungsmengen herangezogen werden, die in 2010 mit den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abgerechnet wurden.

C) Änderungsvorschlag

Der Text in § 85 Abs. 3 soll wie folgt ersetzt werden:

In der vertragszahnärztlichen Versorgung vereinbaren die Vertragsparteien des Gesamtvertrages die Veränderungen der Gesamtvergütungen unter Berücksichtigung der Zahl und Struktur der Versicherten, der Versorgungsstruktur, der für die vertragszahnärztliche Tätigkeit aufzuwendenden Arbeitszeit sowie der Art und des Umfangs der zahnärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs beruhen. Bei der Vereinbarung der Veränderungen der Gesamtvergütungen ist der Grundsatz der



Beitragssatzstabilität (§ 71) in Bezug auf das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragszahnärztlichen Leistungen ohne Zahnersatz zu beachten. Absatz 2 Satz 2 bleibt unberührt. Die Krankenkassen haben den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die Zahl ihrer Versicherten vom 1. Juli eines Jahres, die ihren Wohnsitz im Bezirk der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung haben, gegliedert nach den Altersgruppen des Vordruckes KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung bis zum 1. Oktober des Jahres mitzuteilen.

Bei den Verhandlungen über die Vereinbarungen nach Satz 1 für das Jahr 2013 sind die gegenüber der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen für das Jahr 2010 abgerechneten Punktmengen für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz nach erfolgter sachlich-rechnerischer Berichtigung sowie nach der Prüfung der Plausibilität von Art und Umfang der zahnärztlichen Leistungen in Bezug auf die angegebenen Befunde angemessen zu berücksichtigen.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20 c)

§ 85 Abs. 2b Gesamtvergütung

- A) Beabsichtigte Neuregelung
Regelungen zur Absenkung von Punktwerten für zahnärztliche Leistungen aus dem Jahre 1993 werden gestrichen.

- B) Stellungnahme
Die Streichung scheint sachgerecht, weil diese Regelung ab dem 01.01.1993 Gültigkeit hatte und heute keine Relevanz mehr hat. Es sei denn, dass der Wegfall dieser Bestimmung eine Diskussion um die Frage eröffnet, ob die Wirkung der gesetzlichen Absenkung der Punktwerte auf heutige Punktwerte rückgängig zu machen ist, weil die gesetzliche Grundlage für die Absenkung entfallen ist. Dass dies in der Streichung nicht beabsichtigt ist, sollte daher in der Begründung klar- gestellt werden.

- C) Änderungsvorschlag
Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20 d)

§ 85 Abs. 3 Gesamtvergütung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit den Neuformulierungen in Abs. 3 werden die bisherigen Budgetierungsregelungen und der Grundsatz der Beachtung der Beitragssatzstabilität bei Vereinbarungen zur Entwicklung der Gesamtvergütungen für die vertragszahnärztliche Versorgung abgeschafft. Ferner werden für die Vereinbarungen über die Anpassung der Gesamtvergütungen neue Kriterien vorgegeben, wie Zahl und Struktur der Versicherten, orale Morbiditätsentwicklung sowie Kosten- und Versorgungsstruktur.

Die mitgliederbezogene Zahlung der Gesamtvergütungen wird durch eine versichertenbezogene Zahlung nach dem Wohnort der Versicherten ersetzt. Die Beitragssatzstabilität ist gegenüber der derzeit geltenden Gesetzesformulierung lediglich zu berücksichtigen und hat demnach keinen Vorrang mehr vor den weiteren Kriterien.

B) Stellungnahme

Der Vorrang der Beitragssatzstabilität und die strikte Anbindung an die Grundlohnsummenentwicklung haben seit 1993 zu einem moderaten Anstieg der Ausgaben für die zahnärztliche Behandlung beigetragen. Die mit der gesetzlichen Regelung verbundene Abkehr von der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik wird unter anderem zur Folge haben, dass die Ausgaben für die zahnärztliche Behandlung stärker steigen als bisher und die Krankenkassen keine Kalkulationsicherheit mehr über die Ausgabenentwicklung haben.

Zu erwartende Mehrausgaben, die von einzelnen Krankenkassen nicht mehr über den Beitragssatz finanziert werden können, müssen von den Versicherten allein in Form von Zusatzbeiträgen gezahlt werden, ohne dass sich dadurch die Versorgung qualitativ verbessert. Der GKV-Spitzenverband empfiehlt dringend, den gesetzlichen Grundsatz des Vorrangs der Beitragssatzstabilität beizubehalten. Bei der Weiterentwicklung der Gesamtvergütung sollte den Vertragspartnern die Möglichkeit eröffnet werden, Verbesserungen in der Versorgungsstruktur besser als bisher Rechnung zu tragen.

Darüber hinaus erhöhen die neuen Kriterien zur Anpassung der Gesamtvergütungen die Anforderungen an die Vertragspartner erheblich. Die neuen Kriterien bieten zwar die Chance, die Gesamtvergütungen zielgenauer fortzuentwickeln, gleichzeitig wird aber das Streitpotenzial zwischen den Gesamtvertragspartnern erhöht, weil die neu anzuwendenden Kriterien nicht operabel genug sind, aber in der Anwendung wegen des Wegfalls des Vorrangs der Beitragssatzstabilität erhöhte Bedeutung haben. Zu diesen Kriterien zählen insbesondere die Kriterien



zur Beachtung der Kosten- und Versorgungsstruktur sowie der Morbiditätsentwicklung. Bei dem Kriterium „Morbiditätsentwicklung“ bleibt unklar, welche genauen Parameter zur Beurteilung einer Veränderung der Morbidität zukünftig in der zahnärztlichen Versorgung gemessen werden sollen und welche Bedeutung diese Parameter auf die Fortentwicklung der Gesamtvergütungen haben werden.

Die Umstellung auf einen Versichertenbezug statt eines Mitgliederbezugs zur Weiterentwicklung der Gesamtvergütungen vollzieht die für andere Bereiche geltenden gesetzlichen Regelungen nach, die ebenfalls auf einen Versichertenbezug abstellen, wie z. B. die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds im Risikostrukturausgleich. Sie führt dazu, dass Veränderungen in der Versichertenstruktur zukünftig in den Gesamtvergütungen besser abgebildet werden können.

C) Änderungsvorschlag

Der Text in § 85 Abs. 3 soll wie folgt ersetzt werden:

In der vertragszahnärztlichen Versorgung vereinbaren die Vertragsparteien des Gesamtvertrages die Veränderungen der Gesamtvergütungen unter Berücksichtigung der Zahl und Struktur der Versicherten, der Versorgungsstruktur, der für die vertragszahnärztliche Tätigkeit aufzuwendenden Arbeitszeit sowie der Art und des Umfangs der zahnärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs beruhen. Bei der Vereinbarung der Veränderungen der Gesamtvergütungen ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71) in Bezug auf das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragszahnärztlichen Leistungen ohne Zahnersatz zu beachten. Absatz 2 Satz 2 bleibt unberührt. Die Krankenkassen haben den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die Zahl ihrer Versicherten vom 1. Juli eines Jahres, die ihren Wohnsitz im Bezirk der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung haben, gegliedert nach den Altersgruppen des Vordruckes KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung bis zum 1. Oktober des Jahres mitzuteilen.

Bei den Verhandlungen über die Vereinbarungen nach Satz 1 für das Jahr 2013 sind die gegenüber der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigung für das Jahr 2012 abgerechneten Punktmengen für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz nach erfolgter sachlich-rechnerischer Berichtigung sowie nach der Prüfung der Plausibilität von Art und Umfang der zahnärztlichen Leistungen in Bezug auf die angegebenen Befunde angemessen zu berücksichtigen.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV

(Drucksache 17/6906)

Seite 55 von 282

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20 e)

§ 85 Abs. 3a bis 3e Gesamtvergütung

- A) Beabsichtigte Neuregelung
Abs. 3a bis 3e werden aufgehoben

- B) Stellungnahme
Die entfallenden Regelungen beziehen sich auf abgelaufene Übergangsregelungen und auf Mitteilungspflichten, die in § 85 Abs. 3 neu geregelt sind.

- C) Änderungsvorschlag
Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20 f)

§ 85 Abs. 4 Gesamtvergütung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neufassung des Abs. 4 bewirkt, dass der Honorarverteilungsmaßstab für die Auszahlung der Gesamtvergütungen an die Vertragszahnärzte nicht mehr im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und mit den Ersatzkassen, sondern nur noch im Benehmen zu verabschieden ist. Dabei soll der Honorarverteilungsmaßstab sicherstellen, dass die Gesamtvergütungen gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt werden. Der neue § 85 Abs. 4 soll ausschließlich für den vertragszahnärztlichen Bereich gelten, die Verteilung der ärztlichen Gesamtvergütung wird im neuen § 87 b geregelt.

B) Stellungnahme

Der GKV-SV begrüßt die Vorgabe, dass die zahnärztlichen Gesamtvergütungen gleichmäßig auf das gesamte Jahr zu verteilen sind. Parallel hierzu muss aber die bisherige Verpflichtung bestehen bleiben, den Honorarverteilungsmaßstab im Einvernehmen mit den Krankenkassen festzusetzen. Damit stehen beide Vertragspartner in der Pflicht, die Gesamtvergütungen für die Begleichung der Forderungen der Vertragszahnärzte so aufzuteilen, dass die Forderungen der Vertragszahnärzte während des gesamten Jahres bezahlt werden können.

C) Änderungsvorschlag

In § 85 Abs. 4 Satz 2 sollte der Text „im Benehmen“ durch „im Einvernehmen“ ersetzt werden.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV

(Drucksache 17/6906)

Seite 57 von 282

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20 g

§ 85 Abs. 4a

- A) Beabsichtigte Neuregelung
Wegfall der Regelung zur Bestimmung der Verteilung der Gesamtvergütung durch den Bewertungsausschuss.

- B) Stellungnahme
Die Bestimmung der Verteilung der Gesamtvergütung in die Vergütungsanteile für Haus- und Fachärzte wird in § 87b Abs. 4 geregelt.

- C) Änderungsvorschlag
Siehe Stellungnahme § 87b.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV

(Drucksache 17/6906)

Seite 58 von 282

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21

§ 85c Vergütung ärztlicher Leistungen im Jahr 2006

- A) Beabsichtigte Neuregelung
Die Regelung zur Vergütung ärztlicher Leistungen im Jahr 2006 wird aufgehoben.
- B) Stellungnahme
Der Aufhebung ist zuzustimmen.
- C) Änderungsvorschlag
Keiner.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV

(Drucksache 17/6906)

Seite 59 von 282

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22

§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

Grundsätzliche Stellungnahme:

Mit dem vorgelegten Referentenentwurf wird die vertragsärztliche Vergütung in weiten Teil wieder regionalisiert und die Ergebnisse der Honorarreform größtenteils wieder rückgängig gemacht. Damit verabschiedet sich die Politik von der Zielsetzung annähernd gleicher Vergütungsverhältnisse, der EURO-Gebührenordnung und einer Vergütungskonzeption, die die verschiedenen Steuerungselemente systematisch miteinander verbindet. Neben der neuen komplexeren und in Teilen nicht systematischen Regelungsstruktur entstehen aber für die GKV zusätzlich erhebliche Ausgabenrisiken, die sich aus der Kombination der Veränderungsfaktoren, den regionalen Gestaltungsspielräumen und der Bestimmung der Ausgangsgrößen für die Gesamtvergütung ergeben. Im Ergebnis ist außerdem mit einer neuerlichen Zunahme von regionalen Vergütungsunterschieden und einer Zementierung der unterschiedlichen regionalen Versorgungssituationen zu rechnen.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV

(Drucksache 17/6906)

Seite 60 von 282

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22 a) b) c)

§ 87 Abs. 2a bis 2c

Bundemantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Bewertungsausschuss prüft, in welchem Umfang telemedizinische Leistungen erbracht werden können und beschließt, inwieweit der einheitliche Bewertungsmaßstab angepasst werden sollte.

B) Stellungnahme

Die Einführung der Telemedizin zur Sicherstellung der Versorgung im ländlichen Raum ist zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22 d)

§ 87 Abs. 2d

Bundemantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

- A) Beabsichtigte Neuregelung
Streichung Bezug § 295 Abs. 3 Satz 2 (Kodierrichtlinien).

- B) Stellungnahme
Die Streichung der Wörter „insbesondere gemäß § 295 Abs. 3 Satz 2“ (Kodierrichtlinien) muss im Zusammenhang mit der Frage der Bestimmung der Veränderung der Morbiditätsstruktur betrachtet werden. Nur wenn diese ohne Nutzung der vertragsärztlichen Diagnosen bestimmt wird, kann auf die genannte Bestimmung verzichtet werden.

- C) Änderungsvorschlag
Beibehaltung der bisherigen Regelung § 295 Abs. 3 Satz 2.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22 e)

§ 87 Abs. 2e

Bundemantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Streichung der Zu- und Abschläge auf den Orientierungswert zur Steuerung des Niederlassungsverhaltens.

B) Stellungnahme

Es ist nicht nachvollziehbar, warum „im Rahmen des Ausbaus der Instrumente zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung“ (Begründung S. 91) auf Preisabschläge als ein wirksames Steuerungsinstrument verzichtet werden soll. Vor dem Hintergrund, dass der überwiegende Teil der Planungsgebiete durch Überversorgung gekennzeichnet ist, wird sich der Verzicht auf dieses Instrument negativ auf die Steuerung des Niederlassungsverhaltens der Ärzte auswirken; dies geht letztendlich zu Lasten der Gebiete mit Unterversorgung. Der vorgesehene vollständige Verzicht engt die Steuerungsmöglichkeiten der ärztlichen Versorgung ein, zementiert Versorgungsungleichgewichte und teure Strukturen. Offensichtlich wird aber nicht die Wirksamkeit von Preisanreizen in Frage gestellt, sondern es sollen den Ärzten Vergütungsabschläge erspart werden. Denn mit der Einführung von Zuschlägen gemäß § 87a Absatz 2 soll ja gleichfalls die „Steuerung des Niederlassungsverhaltens von Vertragsärztinnen und -ärzten über Vergütungsanreize weiter entwickelt“ (Begründung S. 93) werden; nunmehr aber nur noch in Form von Zuschlägen.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelung sollte grundsätzlich beibehalten werden, sich aber bei Abschlägen nur auf sog. Neuärzte beziehen. Damit kann sichergestellt werden, dass ökonomische Anreize zur Niederlassung in unterversorgten Gebieten beibehalten werden und sog. Altärzte, bei denen eine Änderung des Niederlassungsortes nicht mehr erwartet werden kann, von möglichen Abschlägen nicht betroffen sind.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22 f)

§ 87 Abs. 2f

Bundemantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Zuständigkeit des Bewertungsausschusses für die Festlegung der Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur entfällt.

B) Stellungnahme

Mit Wegfall der Zuständigkeit des Bewertungsausschusses für die Festlegung der Indikatoren wird auf bundesweit gültige Faktoren verzichtet. Es obliegt nunmehr den regionalen Vertragspartnern, entsprechende Festlegungen zu treffen (§ 87a Abs. 2). Damit ist voraussehbar, dass bei Verhandlungen auf Landesebene keine vergleichbaren Ergebnisse erzielt werden können und es in Folge zu weiteren Verzerrungen im Preisgefüge kommen wird.

C) Änderungsvorschlag

Beibehaltung der bisherigen Regelung.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV

(Drucksache 17/6906)

Seite 64 von 282

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22 g)

§ 87 Abs. 7

Bundemantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

- A) Beabsichtigte Neuregelung
Folgeänderung Streichung Absatz 2e.
- B) Stellungnahme
Siehe Stellungnahme zu Absatz 2e
- C) Änderungsvorschlag
Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22 h)

§ 87 Abs. 3

Bundsmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass die Beratungen des Bewertungsausschusses vertraulich sind. Diese Klarstellung gilt nach der in Art 1 Nr. 22 k) vorgeschlagenen Änderung von § 87 Abs. 5 auch für den Erweiterten Bewertungsausschuss.

B) Stellungnahme

Die bereits in der Geschäftsordnung des Bewertungsausschusses geregelte Vertraulichkeit ist für die Funktionsfähigkeit des (Erweiterten) Bewertungsausschusses unabdingbar. Die Klarstellung ist daher zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22 i)

§ 87 Abs. 3a

Bundemantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Auftrag an den Bewertungsausschuss zur regelmäßigen Übermittlung von Daten und Berichten über die Vergütungs- und Leistungsstruktur an das BMG zur Vorlage im Deutschen Bundestag entfällt.

B) Stellungnahme

Die Einschränkung der allgemeinen Transparenz und der parlamentarischen Kontrolle ist nicht nachvollziehbar.

Nicht präzisiert werden der Umfang, Inhalt und Adressat der Analysen.

Das BMG wird lediglich optional („kann“) mit der Bestimmung von Näherem zu den Inhalten betraut. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist die Herstellung von Transparenz durch ein neutrales Institut auch für die Politik unabdingbar, um relevante Informationen zu erhalten.

C) Änderungsvorschlag

Die Streichung des vom Institut des Bewertungsausschusses zu erstellenden Berichts ans BMG ist daher zurückzunehmen. Die Neuregelung des § 87c kann dies nicht ersetzen.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV

(Drucksache 17/6906)

Seite 67 von 282

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22 j)

§ 87 Abs. 3b Satz 1

Bundemantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

- A) Beabsichtigte Neuregelung
Folgeänderung Streichung § 85 Abs. 4a
- B) Stellungnahme
Siehe Stellungnahme zu Absatz 2e
- C) Änderungsvorschlag
Keiner.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV

(Drucksache 17/6906)

Seite 68 von 282

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22 k)

§ 87 Abs. 5

Bundsmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Siehe Nr. 22 h)

B) Stellungnahme

Keine.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV

(Drucksache 17/6906)

Seite 69 von 282

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22 I

§ 87 Abs. 5a (neu)

Bundemantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

- A) Beabsichtigte Neuregelung
Folgerregelung aus §116b: Erweiterung des Bewertungsausschusses um Mitglieder der DKG bei Beschlüssen zur Vergütung der Leistungen gem. § 116b.
- B) Stellungnahme
Die Regelung ist nachvollziehbar.
- C) Änderungsvorschlag
Keiner.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV

(Drucksache 17/6906)

Seite 70 von 282

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22 m)

§ 87 Abs. 5

Bundemantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

- A) Beabsichtigte Neuregelung
Bekanntmachung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses im Deutschen Ärzteblatt oder im Internet.
- B) Stellungnahme
Sachgerechte Neuregelung.
- C) Änderungsvorschlag
Keiner.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV

(Drucksache 17/6906)

Seite 71 von 282

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22 n)

§ 87 Abs. 7

Bundemantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

- A) Beabsichtigte Neuregelung
Folgeänderung Streichung Absatz 2e.
- B) Stellungnahme
Siehe Stellungnahme zu Absatz 2e.
- C) Änderungsvorschlag
Keiner.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV

(Drucksache 17/6906)

Seite 72 von 282

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22 n)

§ 87 Abs. 8

Bundemantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

- A) Beabsichtigte Neuregelung
Folgeänderung Streichung Absatz 2e.
- B) Stellungnahme
Siehe Stellungnahme zu Absatz 2e.
- C) Änderungsvorschlag
Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22 n)

§ 87 Abs. 9

Bundemantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung Absatz 9 zur Konvergenz entfällt.

B) Stellungnahme

Die gesetzliche Regelung Absatz 9 zur Konvergenz der Vergütungen ist völlig unbestimmt und stellt daher keine geeignete Vorgabe für den Bewertungsausschuss dar. Die Ursachen für die bestehenden geringen Vergütungsunterschiede zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen resultieren im Wesentlichen aus Unterschieden in Umfang und Struktur der erbrachten Leistungen. Darüber hinaus besteht vor dem Hintergrund der erheblichen Ausgabenerhöhung im Bereich der ärztlichen Vergütung der letzten Jahre kein Bedarf für eine weitere Verbesserung der ohnehin sehr guten finanziellen Ausstattung der Ärzte. Die Streichung ist deshalb zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV

(Drucksache 17/6906)

Seite 74 von 282

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23 a) und b) aa)/bb)/cc)/ee) c) aa)/bb)

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

- A) Beabsichtigte Neuregelung
Folgeänderung Streichung § 87 Abs. 2e und Abs. 2f. Folgeänderungen aus Neuregelung § 87a Absätze 2, 3 und 5.
- B) Stellungnahme
Siehe umfangreiche Stellungnahme zu den beabsichtigten Neuregelungen der § 87 Abs. 2e und Abs. 2f sowie § 87a Abs. 2, 3 und 5.
- C) Änderungsvorschlag
Siehe Stellungnahmen zu den beabsichtigten Neuregelungen der § 87 Abs. 2e und Abs. 2f sowie § 87a Abs. 2, 3 und 5.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23 b) dd)

§ 87a Abs. 2 Satz 4 Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung sieht vor, dass auf Grundlage festzulegender Kriterien ein Zuschlag auf den Orientierungswert gemäß § 87 Abs. 2e für besonders förderungswürdige Leistungen sowie für Leistungen von besonders zu fördernden Leistungserbringern vereinbart werden kann.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist unpräzise und wird zu erheblichen Auslegungsproblemen führen. Zu befürchten ist, dass auch Gebiete mit Überversorgung in Teilbereichen unter diese Regelung fallen könnten, obwohl die Kassenärztliche Vereinigung hier die Möglichkeit hat, für eine gleichmäßige Versorgung zu sorgen, z. B. durch Ausgestaltung der Honorarverteilung. Damit werden Versorgungsdisparitäten zementiert bzw. fehlendes Eingreifen der Kassenärztlichen Vereinigung sogar noch belohnt. Darüber hinaus eröffnet diese Regelung den Kassenärztlichen Vereinigungen einen weiten Spielraum, über die bereits vorhandenen besonders förderungswürdigen Leistungen auch neue Leistungen als solche zu definieren und regionale Zuschläge zu fordern. Vor dem Hintergrund sehr unterschiedlicher Verhandlungssituationen in den Regionen ist nicht auszuschließen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen sukzessive Preiszuschläge durchsetzen werden. Die Steuerungsfunktion dieser Regelung wird damit nachhaltig geschwächt oder sogar in ihr Gegenteil verkehrt. Darüber hinaus sind je nach Umsetzungsgrad erhebliche Ausgabensteigerungen zu erwarten.

Die einseitige Festlegung von Zuschlägen auf den Orientierungswert ist abzulehnen, da hierdurch nur weitere preisliche Disparitäten ohne erkennbare Steuerungsfunktion erzeugt werden. Es ist auch nicht nachvollziehbar, warum Zu- und Abschläge gem. § 87 Abs. 2e Nr. 2 und 3 gestrichen werden, wenn offensichtlich das Instrument der Preissteuerung in Form von Zuschlägen als wirksam angesehen wird.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelung ist zu streichen.

Hilfsweise wird folgende Änderung vorgeschlagen:

In Satz 4 (neu) ist nach den Worten „vereinbart werden“ folgender Halbsatz anzufügen:

„Preiszuschläge dürfen gezielt nur für besonders förderungswürdige Leistungserbringer, die in strukturschwachen Gebieten tätig sind, vereinbart werden.“



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23 c) cc)

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

- A) Beabsichtigte Neuregelung
Vorgesehen sind lediglich redaktionelle Anpassungen.
- B) Stellungnahme
Die Regelung zum nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs sollte gestrichen werden. Die Erfahrungen im Bewertungsausschuss bei der Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs der Morbidität haben gezeigt, dass ein konsistentes und aussagefähiges statistisches Messkonzept hierfür nicht entwickelt werden konnte. Ein wesentlicher Grund hierfür liegt in der fehlenden Abgrenzungsmöglichkeit zur Morbiditätsrate, die als entscheidender Anpassungsfaktor bereits in die Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung einfließt. Damit ist das Risiko einer Doppelfinanzierung deutlich höher einzuschätzen als der Nutzen dieser Regelung. Insofern sollte auf diese Regelung verzichtet werden; mindestens sollte der nicht vorhersehbare Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs auf Epidemien eindeutig begrenzt werden.
- C) Änderungsvorschlag
Der Satz 4 wird gestrichen.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23 e)

§ 87a Abs. 4 Satz 1 Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Grundsätzlich Beibehaltung der bisherigen Anpassungsfaktoren zur Bestimmung der Gesamtvergütung bzw. des Behandlungsbedarfs. Als Aufsatzwert für die Vereinbarungen des Behandlungsbedarfs wird der insgesamt für alle Versicherten mit Wohnort in einer Kassenärztlichen Vereinigung vereinbarte Behandlungsbedarf des Vorjahres herangezogen.

B) Stellungnahme

Die Regelung zur Zugrundelegung des insgesamt für alle Versicherten mit Wohnort in einer Kassenärztlichen Vereinigung vereinbarten Behandlungsbedarfs des Vorjahres ist sachgerecht. Hierdurch wird gewährleistet, dass der Behandlungsbedarf in einer KV insbesondere durch die gesetzlich bestimmten Faktoren verändert wird.

Die Anpassung des Behandlungsbedarfs erfolgte auch in der bisherigen Form über Anpassungsfaktoren. Das bisher vorhandene Problem der Mehrfachdynamisierung zwischen den sich additiv ergänzenden Faktoren wird auch in diesem Gesetzentwurf nicht beseitigt; durch die bislang unpräzise Formulierung zur Bestimmung des Ausgangsbetrags des Behandlungsbedarfs findet sogar noch eine zusätzliche Dynamisierung der Gesamtvergütung statt, indem neben den bestehenden Anpassungsfaktoren noch die Ausgangsleistungsmenge neu verhandelt werden soll. Damit ergibt sich weiterhin das Problem, dass die ärztliche Vergütung nicht stabil und sachlich angemessen weiterentwickelt werden kann. Die Anpassungsfaktoren sollten deshalb in ihren Auswirkungen begrenzt werden und nur sachlich fundierte Anpassungen möglich sein. Die verschiedenen Anpassungsfaktoren sollten überschneidungsfrei ermittelt werden; hierzu hat der Bewertungsausschuss ein entsprechendes Verfahren zu entwickeln.

Ein besonderes Problem stellt der Anpassungsfaktor Verlagerung von ambulanten bzw. stationären Leistungen gemäß § 87a Abs. 4 Nr. 4 dar. Die Bestimmung von Verlagerungseffekten kann mit statistisch-mathematischen Methoden nicht seriös und valide festgestellt werden und der Einfluss solcher Verlagerungseffekte durch die Herauslösung spezialärztlicher Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung wird stark begrenzt, sodass auf eine Berücksichtigung bei den regionalen Verhandlungen verzichtet werden kann. Zudem hat die DRG-Begleitforschung belegt, dass es keine Verlagerung in den vertragsärztlichen Bereich im Zusammenhang mit der Einführung des DRG-Systems gegeben hat. In der Region werden diese Probleme nicht gelöst werden, während der Bewer-



tungsausschuss gemäß Absatz 5 Satz 8 (neu) nur Empfehlungen vornehmen kann. Damit wird die Regionalisierung der Vereinbarung keine sachgerechten Ergebnisse erzeugen.

Problematisch ist im neuen Mechanismus der Bemessung der kassenspezifischen Gesamtvergütung nach Satz 2 die Nicht-Berücksichtigung von Ergebnissen der Prüfungen nach § 106 und § 106a. Dies wurde auch durch den Bundesrechnungshof bereits für die Vergangenheit angemahnt. Der Anteil der krankenkassenspezifischen Gesamtvergütung würde durch die Nichtberücksichtigung dieser Prüfungsergebnisse zu hoch angesetzt. Daher ist bei der Festsetzung der Gesamtvergütungen ein Abzug um den Umfang der Prüfungsergebnisse vorzunehmen.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 4 Satz 1 Nr. 4 wird gestrichen. Aus Nr. 5 wird Nr. 4.

In Satz 1 wird eine neue Nr. 5 eingefügt:

„5. des Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen aufgrund der Prüfungen nach § 106 und § 106a,“

Siehe außerdem § 87a Abs 5 Sätze 3 und 4.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23

§ 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 und Satz 3

Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Beibehaltung der Morbiditätsmessung mit dem Patientenklassifikationssystem trotz vorgesehenen Wegfalls der Ambulanten Kodierrichtlinien.

B) Stellungnahme

Problematisch ist die Beibehaltung der Morbiditätsmessung mit dem Patientenklassifikationssystem trotz vorgesehenen Wegfalls der Ambulanten Kodierrichtlinien.

Eine Berücksichtigung der Morbiditätsstruktur der Versicherten zur Anpassung des Behandlungsbedarfs ist ohne die flächendeckende qualitätsgesicherte Anwendung von Kodierrichtlinien nicht möglich. Im stationären Bereich wurden bei der Einführung des DRG-Systems stationäre Kodierrichtlinien ebenfalls verpflichtend eingeführt.

C) Änderungsvorschlag

In Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 wird das Wort „Morbiditätsstruktur“ durch „Alters- und Geschlechtsstruktur“ ersetzt. In Satz 3 werden die Wörter „auf Grundlage der vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 2 sowie“ gestrichen.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23 e)

§ 87a Abs. 4 Satz 2 Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Anpassung der Morbiditätsstruktur soll auf Basis eines Aufsatzwertes für den Behandlungsbedarf auf der Grundlage der im Vorjahr in der KV vereinbarten Gesamtleistungsmenge fortentwickelt werden. Zur Grundlage des kassenspezifischen Anteils an der vereinbarten Leistungsmenge wird ihr aktueller Anteil an der Menge der für vier Quartale abgerechneten Leistungen herangezogen.

B) Stellungnahme

Mit dieser Regelung wird die Grundlage der Bestimmung der Gesamtvergütung für die regionalen Vergütungsverhandlungen gelegt. Gemäß § 87 Abs. 3 Satz 2 vereinbaren die Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung den Behandlungsbedarf. Die Feststellung von KV-spezifischen Aufsatzwerten auf Basis der insgesamt für eine KV vereinbarten Leistungsmenge des Vorjahres sowie die Regelungen zur Bestimmung des kassenspezifischen Anteils sind sachgerecht. Um auf regionaler Ebene eine systematische Umsetzung zu garantieren, legt der Bewertungsausschuss gemäß Absatz 5 Satz 4 das Verfahren zur Berechnung der Ausgangswerte fest. Hierzu ist es allerdings erforderlich, verbindlich eine Datenbasis festzulegen, auf welcher die nötigen Berechnungen des Bewertungsausschusses für die KV-spezifischen Aufsatzwerte und die kassenbezogenen Anteilswerte ermittelt werden können.

C) Änderungsvorschlag

Es wird vorgeschlagen, nach Satz 2 folgenden Satz einzufügen:

„Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum 31. März 2012 zu Art, Umfang, Zeitpunkt und Verfahren der für die Berechnung der Anteilswerte nach Satz 1 und der kassenspezifischen Anteile nach Satz 2 erforderlichen Datenübermittlungen gemäß § 87 Abs. 3f an das Institut des Bewertungsausschusses, welches die erforderlichen Berechnungsgrundlagen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie den GKV-Spitzenverband den Vertragspartnern nach Abs. 2 Satz 1 bis zum 30. Juli eines Jahres übermittelt.“



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23 e)

§ 87a Abs. 4 Sätze 3 und 4 Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Veränderungen der Morbiditätsstruktur sind auf Grundlage der Behandlungsdiagnosen sowie auf Grundlage demografischer Kriterien zu vereinbaren.

B) Stellungnahme

Grundsätzlich ist die Aufnahme von demografischen Kriterien zu begrüßen. Die Fortschreibung des Behandlungsbedarfs/Morbidität der Patienten über manipulations sichere Verfahren und auf valider Datengrundlage wird allerdings nicht konsequent umgesetzt; nicht nur durch Streichung der Vereinbarung zu den Kodierrichtlinien (§ 295 Absatz 3 Satz 2), sondern auch aufgrund von Right- und Up-Coding-Effekten ist die Anwendung eines diagnosebezogenen Verfahrens zur Messung von Morbiditätsveränderungen nicht sinnvoll. Während im Krankenhausbereich bei der Einführung der DRGs eine mehrjährige Einführungsphase gewählt wurde und hier einschlägige Kodierrichtlinien vorliegen, soll auf einer wesentlich ungünstigeren Datenbasis im vertragsärztlichen Bereich die Vergütungshöhe bestimmt werden. Zudem haben bisherige mehrjährige Arbeiten im Bewertungsausschuss gezeigt, dass es kein sachgerechtes Messkonzept für eine aus Diagnosen abgeleitete Veränderungsrate gibt. Insofern sollte auf die Anwendung der diagnosebezogenen Rate sowie weiterer Morbiditätskriterien verzichtet werden und die Gesamtvergütung ausschließlich durch die demografischen Raten (ergänzt um weitere geeignete Anpassungen) fortgeschrieben werden; hierdurch wird eine ausreichende, sachlich korrekte und planbare Fortentwicklung der Gesamtvergütung garantiert.

C) Änderungsvorschlag

In Abs. 4 Satz 3 werden nach „Morbiditätsstruktur sind“ die Wörter „auf Grundlage der vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 2 sowie“ gestrichen.

Satz 4 wird aufgehoben.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23 f)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 5 wird geregelt, nach welchen Maßgaben die Veränderungsraten nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 1-5 vereinbart werden. Der Bewertungsausschuss beschließt nicht mehr Vorgaben, sondern nur noch Empfehlungen. Die Empfehlungen beziehen sich auf den nicht vorhersehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfs nach Absatz 3 Satz 4, die Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach Absatz 4 Nummer 2. Er kann zudem Empfehlungen zu Veränderungen von Art und Umfang der ärztlichen Leistungen zu Verlagerungseffekten, zu Wirtschaftlichkeitsreserven sowie zu weiteren Morbiditätskriterien nach Abs. 4 Satz 4 sowie ein Verfahren zur Bereinigung von Relativgewichten des Klassifikationsverfahrens bei Vergütungen nach Absatz 3 Satz 5 beschließen. Der Bewertungsausschuss hat weiterhin Vorgaben zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs zu beschließen.

Als Veränderung der Morbiditätsstruktur werden vom Institut des Bewertungsausschusses für jeden Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung zwei Veränderungsraten ermittelt – eine auf Basis der Behandlungsdiagnosen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 2 und eine auf Basis demografischer Kriterien. Diese Raten werden vom Bewertungsausschuss den in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien jährlich bis zum 15. September mitgeteilt.

Als methodische Grundlage für die Ermittlung der Veränderungsraten wird der Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 Teil B Ziffer 2.3, als Klassifikationssystem die derzeit geltende Variante H festgelegt.

B) Stellungnahme

Entsprechend dem Änderungsvorschlag in Nr. 23 c) cc), wonach eine Feststellung des nicht vorhersehbaren Anstiegs der Morbidität als nicht sinnvoll angesehen wird und dementsprechend nicht erfolgen soll, ist auch ein Beschluss des Bewertungsausschusses über Empfehlungen zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs der Morbidität nicht erforderlich. Daher sollte die entsprechende Regelung aufgehoben werden. Auch die Kann-Regelung zu den durch den Bewertungsausschuss ggf. festzulegenden Vorgaben für die Bereinigung der Relativgewichte des Klassifikationssystems ist ebenso überflüssig wie die Empfehlungen zur Berücksichtigung weiterer für die ambulante Versorgung relevanter Morbiditätskriterien.

Ebenfalls nicht sinnvoll ist eine Empfehlung oder Vorgabe zu den Vereinbarungen von Verlagerungseffekten durch den Bewertungsausschuss, da die Messung von



Verlagerungseffekten methodisch nicht möglich ist und für die Anpassung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf auch nicht sinnvoll ist.

Zur demografischen Veränderungsrate (Satz 2) sowie zu den Veränderungskriterien nach Absatz 4 Satz 1 Nr. 3 und 5 (Satz 7 zweiter Halbsatz) sollte der Bewertungsausschuss keine Empfehlungen, sondern verbindliche Vorgaben treffen, damit auf regionaler Ebene Klarheit über die Veränderungen des Behandlungsbedarfs hergestellt wird und eine sachgerechte und nicht manipulierbare Messung der Veränderung der Morbidität sowie von Wirtschaftlichkeitsreserven und deren Berücksichtigung bei der Vereinbarung des Behandlungsbedarfs erfolgen kann, ohne dass zu dieser sehr komplexen Frage die Schiedsämter eingeschaltet werden müssen.

Die Regelung nach Absatz 5 Satz 7 erster Halbsatz, wonach der Bewertungsausschuss ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs zu beschließen hat, schafft Klarheit über die Gültigkeit und verpflichtende Anwendung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs her und ist daher zu begrüßen.

Ebenfalls zu begrüßen ist die Regelung, wonach der Bewertungsausschuss Verfahrensvorgaben für die Ermittlung der Aufsatzwerte nach Abs. 4 Satz 1 sowie der Anteilswerte nach Abs. 4 Satz 2 festzulegen hat. Hiermit wird die Umsetzbarkeit auf der regionalen Ebene gestärkt.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 5 Satz 1 Nr. 1 wird aufgehoben.

In Absatz 5 Satz 1 werden die Worte „beschließt Empfehlungen“ durch die Worte „hat Vorgaben“ ersetzt.

In Satz 2 wird das Wort „Empfehlungen“ durch das Wort „Vorgaben“ ersetzt.

In Satz 3 nach „Kassenärztlicher Vereinigung“ wird das Wort „zwei“ gestrichen und statt „Veränderungsraten“ durch das Wort Veränderungsrate ersetzt sowie die Worte „wobei eine Rate auf den Behandlungsdiagnosen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 2 und die andere Rate auf demografischen Kriterien basiert.“ gestrichen. Die Sätze 5 und 6 werden gestrichen.

Im Absatz 5 Satz 7 zweiter Halbsatz wird nach „er“ das Wort „kann“ durch das Wort „hat“, nach „insbesondere“ das Wort „Empfehlungen“ durch das Wort „Vorgaben“ das Wort „festlegen“ durch das Wort „festzulegen“ und die Worte „ 3 bis 5“ durch die Worte „ 3 und 4“ (vgl. Änderungsvorschlag zu § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 4 – Verlagerung) ersetzt. Außerdem werden im Absatz 5 Satz 7 zweiter Halbsatz die Worte „...sowie ein Verfahren zur Bereinigung der Relativgewichte des Klassi-



fikationsverfahrens im Falle von Vergütungen nach Absatz 3 Satz 5 festlegen.“ gestrichen.

Nach Satz 8 wird folgender Satz ergänzt: „Der Bewertungsausschuss legt ein Verfahren fest, dass die Abstimmung der Anpassung des Behandlungsbedarfs gemäß Absatz 4 Satz 1 regelt, insbesondere um Überschneidungen oder Doppelfassungen zu vermeiden.“

C) Änderungsvorschlag Alternative

Sollte ungeachtet der aufgrund des Wegfalls der ambulanten Kodierrichtlinien und der nicht lösbaren methodischen Probleme offensichtlichen Nichtbegründetheit an der Messung der Morbidität durch die Behandlungsdiagnosen weiter festgehalten werden, wird vorgeschlagen, vom Bewertungsausschuss vorzugeben, wie die beiden Veränderungsdaten auf regionaler Ebene umgesetzt werden sollen. Der Bewertungsausschuss sollte auf der Grundlage des geltenden Modells ein Klassifikationssystem entwickeln, welches sicherstellt, dass die diagnosebezogene Veränderungsrate nicht durch Kodiereffekte (Upcoding, Rightcoding) erhöht ist. Eine analoge Regelung gilt auch für die Weiterentwicklung des DRG-Systems im Krankenhausbereich. Für die Messung der diagnosebezogenen Morbidität sollten sowohl die Datengrundlagen als auch die Relativgewichte des Klassifikationssystems aktualisiert werden. Eine Bereinigung der Relativgewichte im Falle von Vergütungen nach Absatz 3 Satz 5 ist fachlich nicht erforderlich.

Zur Erhöhung der Transparenz auf regionaler Ebene übermittelt das Institut des Bewertungsausschusses die der Berechnung der Veränderungsrate zugrundeliegenden Daten über die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie den GKV-Spitzenverband an die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragspartner.

Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

(5) Der Bewertungsausschuss beschließt Vorgaben zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2. Im Rahmen der Vorgaben teilt der Bewertungsausschuss den in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragspartnern die Ergebnisse der Berechnung des Instituts des Bewertungsausschusses zu den Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 sowie Vorgaben zur gewichteten Zusammenfassung der beiden Veränderungsdaten zu einer Veränderungsrate nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 mit. Das Institut des Bewertungsausschusses errechnet für jeden Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung zwei einheitliche Veränderungsdaten, wobei eine Rate auf den Behandlungsdiagnosen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 2 und die andere Rate auf demografischen Kriterien basiert. Die Veränderungsdaten werden auf der Grundlage des Beschlusses des erweiterten Bewertungsausschusses vom 2. September 2009 Teil B Ziffer 2.3 bestimmt, mit der Maßgabe, die Datengrundlagen sowie die Relativgewichte des Klassifikationssystems zu aktualisieren. Zur Ermitt-



lung der diagnosenbezogenen Rate ist vom Bewertungsausschuss auf Grundlage des geltenden Modells des Klassifikationsverfahrens ein geeignetes Modell zu beschließen. Dabei ist sicherzustellen, dass aufgrund einer veränderten Kodierung der Diagnosen keine Erhöhung der diagnosebezogenen Rate entsteht. Der Bewertungsausschuss überprüft das Modell in bestimmten Zeitabständen auf seine weitere Eignung für die Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung. Der Bewertungsausschuss hat zudem Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs zu beschließen; er hat darüber hinaus insbesondere Vorgaben zur Vereinbarung von Veränderungen nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 3 bis 5 sowie nach Absatz 4 Sätze 4 und 5 festzulegen, die sicherstellen, dass bei den Vereinbarungen Mehrfachanrechnungen von Veränderungskriterien ausgeschlossen werden. Die Vorgaben nach Satz 1 sind jährlich bis spätestens zum 31. August zu beschließen; die Mitteilungen nach Satz 1 erfolgen jährlich bis spätestens zum 15. September. Das Institut des Bewertungsausschusses übermittelt bis zum 30. Juli die zur Berechnung der Veränderungsdaten nach Satz 2 erforderlichen Datengrundlagen an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den GKV-Spitzenverband, die diese jeweils an die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragspartner weiterleiten.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23 g)

§ 87a Abs. 6 Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Absatz 6 regelt die für die Vereinbarungen nach Absatz 2 bis 4 erforderlichen Datenübermittlungen an das Institut des Bewertungsausschusses, welches die erforderlichen Datengrundlagen bis zum 30. Juni eines Jahres an die Vertragspartner nach Abs. 2 Satz 1 übermittelt.

B) Stellungnahme

Da der Bewertungsausschuss Empfehlungen sowie Vorgaben nach Absatz 5 treffen muss, ist es erforderlich, die Daten vom Institut an die regionalen Vertragspartner ebenfalls der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie dem GKV-Spitzenverband zu übermitteln.

C) Änderungsvorschlag

Nach den Worten „... die jeweils erforderlichen Datengrundlagen...“ werden die Worte „...jeweils über die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den GKV-Spitzenverband...“ eingefügt.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 24

§ 87b Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Honorarverteilungsautonomie wird ausschließlich den KVen übertragen. Der Honorarverteilungsmaßstab wird im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen angewandt. Die KV verteilt die vereinbarte Gesamtvergütung dabei getrennt nach haus- und fachärztlichen Versorgungsbereichen. Der Honorarverteilungsmaßstab hat Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausweitung der Tätigkeit vorzusehen und den Leistungserbringern Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe des zu erwartenden Honorars zu ermöglichen.

Bei festgestellter bzw. drohender Unterversorgung finden für die betroffenen Ärzte Maßnahmen zur Fallzahlbegrenzung bzw. -minderung keine Anwendung. Die kooperative Behandlung von Patienten in eigens dafür gebildeten Versorgungsformen ist in den Verteilungsmaßstäben angemessen zu berücksichtigen. Die Regelungen des Verteilungsmaßstabes müssen die Sicherstellung der medizinischen Versorgung gewährleisten.

Die KBV hat im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband Vorgaben zur Festlegung und Anpassung des haus- und fachärztlichen Vergütungsvolumens festzulegen. Weiterhin hat die KBV Vorgaben zu Mengenbegrenzungsmaßnahmen und zur angemessenen Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen festzulegen, für die das Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband herzustellen ist. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben diese Vorgaben zu beachten.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Übertragung der Honorarverteilungsautonomie auf die KVen wird abgelehnt. Eine Verbesserung der Versorgung der gesetzlich Versicherten ist damit nicht verbunden, stattdessen ist zu befürchten, dass es zu Einschränkungen in der Versorgung bzw. zu Benachteiligungen einzelner Arztgruppen und – trotz der vorgesehenen Regelung in Abs. 2 Satz 2 zumindest punktuell – ärztlicher Kooperationsformen in der Honorarverteilung kommt. Eine zur Begrenzung der nicht bedarfsnotwendigen Leistungsausweitung dienende Mengensteuerung kann sinnvoll im Interesse der Patientenversorgung nur gemeinsam von KVen und Landesverbänden der Krankenkassen festgelegt werden, um so das Versorgungsgeschehen im Interesse aller Beteiligten aktiv zu gestalten. Absatz 2 Satz 1 ist im Hinblick auf die im Honorarverteilungsmaßstab vorzusehenden Mengenbegrenzungsregelungen dahingehend zu konkretisieren, dass klargestellt wird, dass die der Mengensteuerung unterliegenden Leistungen mit dem nach § 87a Absatz 2 Satz 1 regional vereinbarten Punktwert zu vergüten sind.



Die in Absatz 3 vorgesehene Nichtanwendung von Fallzahlabstaffelungen bzw. die Möglichkeit der Aussetzung mengenbegrenzender Maßnahmen im Falle von festgestellter bzw. drohender Unterversorgung sind bereits jetzt Gegenstand des entsprechenden Beschlusses des Bewertungsausschusses. In Bezug auf die Aussetzung der Fallzahlbegrenzung bzw. -minderung findet sich eine missverständliche Formulierung („...bei der Behandlung von Patienten des betreffenden Planungsbereiches...“), die einer Klarstellung bedarf.

Die weiterhin im Einvernehmen vorgesehene Festlegung von Verfahrensvorgaben für die Trennung der Gesamtvergütung in einen haus- und einen fachärztlichen Anteil ist zu begrüßen, wobei der GKV-Spitzenverband Wert auf die Feststellung legt, dass diese Vorgaben in den KVen verpflichtend umzusetzen sind. Die alleinige Verantwortung der KBV insbesondere für Regelungen zur Mengenbegrenzung und zur Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen, für die lediglich das Benehmen mit dem GKV-SV herzustellen sind, wird abgelehnt, da Regelungen zur Mengensteuerung in hohem Maße versorgungsrelevant für die Versicherten der GKV sind. Eine ausgewogene Regelung, die sowohl die Interessen der Versicherten als auch der Ärzte berücksichtigt, kann nur von beiden Trägern des Bewertungsausschusses im Einvernehmen vereinbart werden.

Die in den letzten Jahren vom Bewertungsausschuss erreichte Transparenz der Vergütung und deren Verteilung wird durch die Neuregelung aufgegeben. Dies würde dazu führen, dass die Verteilungswirkungen auf die Versorgung der Patienten und damit für die Krankenkassen nicht mehr nachvollziehbar wären. Dadurch könnten Situationen entstehen, in denen regionale Defizite bei der medizinischen Versorgung der Versicherten unentdeckt blieben bzw. nur verzögert erkannt werden. Den Krankenkassen würden dadurch wichtige und für die Verhandlungen auf Landesebene unverzichtbare Informationen verloren gehen. Zur Vermeidung solcher Informationsasymmetrien zwischen den Partnern der Gesamtverträge sollte der Absatz 4 um entsprechende Regelungen, die von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband zu beschließen sind und den Informationstransfer zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Verbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen festlegen, ergänzt werden.

Der Bewertungsausschuss wird durch die vorgesehene Neuregelung in § 87a Abs. 5 ermächtigt, Vorgaben zur Bereinigung der Gesamtvergütung festzulegen. Die sachgerechte Berücksichtigung der Bereinigung bei der Verteilung der Gesamtvergütung an die Ärzte, Psychotherapeuten, medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigten Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, wird dagegen nicht geregelt, d. h., dies liegt ausschließlich im Ermessen der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Seit 2009 hat der Bewertungsausschuss Vorgaben zur Bereinigung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen beschlossen, um Benachteiligungen



oder ungerechtfertigte Vorteile für die an den Selektivverträgen teilnehmenden Ärzte als auch für die nicht am Selektivvertrag teilnehmenden Ärzte abzuwenden. Zur Vermeidung von Strategien im Rahmen der Honorarverteilung zur Beeinflussung und Steuerung des politisch gewollten Vertragswettbewerbs ist es auch weiterhin erforderlich, Grundsätze zur Berücksichtigung der Bereinigung bei der Honorarverteilung durch den Bewertungsausschuss festzulegen.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 1 Satz 2 wird das Wort „Benehmen“ durch das Wort „Einvernehmen“ und das Wort „Verteilungsmaßstab“ durch das Wort „Honorarverteilungsvertrag“ ersetzt. In Satz 3 wird das Wort „Verteilungsmaßstab“ durch die Worte „neuen Honorarverteilungsvertrag“ ersetzt.

In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „Verteilungsmaßstab“ durch das Wort „Honorarverteilungsvertrag“ ersetzt und hinter den Worten „Honorarverteilungsvertrag hat“ die Worte „in Anwendung des gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 vereinbarten regionalen Punktwertes“ eingefügt.

Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen einen Beschluss nach § 100 Absatz 1 oder 3 getroffen, dürfen auf Ärzte der betroffenen Arztgruppe der betreffenden Gebiete (§ 100 Absatz 1 bzw. 3) im Honorarverteilungsvertrag beschlossene Maßnahmen zur Fallzahlbegrenzung oder -minderung keine Anwendung finden.“

In Absatz 4 wird Satz 2 wie folgt neu gefasst: „Darüber hinaus kann die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen Vorgaben insbesondere zu Regelungen des Absatzes 2 Satz 1 und 2 bestimmen.“

In Absatz 4 werden Satz 3 gestrichen und die Sätze 3 und 4 wie folgt gefasst:

„Der Bewertungsausschuss beschließt Grundsätze zur Berücksichtigung von Bereinigungen des Behandlungsbedarfs in den durch dieses Gesetz vorgegebenen Fällen bei der Verteilung der vereinbarten bereinigten Gesamtvergütungen an die Ärzte, Psychotherapeuten, medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigten Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Die Vorgaben nach Satz 1, 2 und 3 sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu beachten.“

Nach Absatz 4 Satz 4 (neu) werden folgende Sätze ergänzt:

„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen haben Vorgaben festzulegen, nach denen die Kassenärztlichen Vereinigungen die für die notwendige Transparenz der Ergebnisse der Honorarvertei-



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV

(Drucksache 17/6906)

Seite 90 von 282

lung erforderlichen Daten zeitnah an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen zu übermitteln haben. Darüber hinaus haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Verfahrensgrundsätze für die Bereinigung der Gesamtvergütung bei Abschluss von Verträgen nach §§ 73b, 73c und 140a zu vereinbaren.“



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25

§ 87c Transparenz der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die KBV soll für jedes Quartal zeitnah für jede KV einen Bericht über die Ergebnisse der Honorarverteilung, über die Gesamtvergütung je Arzt und je Fachgruppe veröffentlichen. Zusätzlich ist zur Erklärung möglicher regionaler Honorarunterschiede über Arztzahlen, Fallzahlen und Leistungsmengen zu informieren.

B) Stellungnahme

Die vertragsärztliche Vergütung ist ein zentraler Ausgabenbereich der GKV mit einem Ausgabenvolumen von über 30 Mrd. Euro. Transparenz ist vor diesem Hintergrund unbedingt erforderlich, um problematische Entwicklungen frühzeitig abschätzen zu können und regional und im Bewertungsausschuss auf Augenhöhe verhandeln zu können. Aus diesem Grund ist die Einbindung und Expertise des neutralen Instituts des Bewertungsausschusses sinnvoll, da dadurch gesichert bleibt, dass wesentliche Informationen weiterhin zur Verfügung gestellt werden. Das Institut trug seit 2009 wesentlich dazu bei, fundierte Entscheidungsgrundlagen zu schaffen. Vor diesem Hintergrund stellt die vorgesehene Gesetzesänderung einen nicht akzeptablen Rückschritt dar.

C) Änderungsvorschlag

Streichung und Beibehaltung § 87 Abs. 3a in der bisherigen Formulierung.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 26

§ 87d Vergütung vertragsärztlicher Leistungen im Jahr 2012

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Neufassung des § 87d wird die bisher vorgesehene Begrenzung des Vergütungsanstiegs vertragsärztlicher Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Jahr 2012 wieder aufgehoben. Die ursprüngliche Regelung des GKV-FinG sah hingegen vor, dass die diesbezüglichen Regelungen des Jahres 2011 entsprechend für das Jahr 2012 gelten mit der Maßgabe, dass das Ausgabenvolumen 2012 das des Jahres 2011, erhöht um die um 0,5 Prozentpunkte verminderte Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 für das Jahr 2012, nicht überschreiten soll.

B) Stellungnahme

Die Regelung zum Wegfall der Ausgabenbegrenzung vertragsärztlicher Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung wird abgelehnt, da hierdurch deutlich höhere Steigerungen der Gesamtvergütung mit entsprechenden Ausgabenwirkungen für die GKV möglich werden. Dies wäre vor dem Hintergrund der in den letzten Jahren bereits erfolgten Honorarerhöhungen nicht zu rechtfertigen.

Nach Artikel 1 Nummer 26 in § 87d Absatz 2 Satz 4 sollen die Regelungen nach § 87a Abs. 4 Nummer 1, 2, 4 und 5 für das Jahr 2012 nicht angewendet werden. Die Aussetzung der Regelung nach Nummer 1 bezieht sich auf die Aktualisierung der Versichertenzahlen für das aktuelle Jahr. Es ist davon auszugehen, dass es sich hier um einen redaktionellen Fehler handelt. Eine Nichtberücksichtigung der aktuellen Versichertenzahlen bei der Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen in 2012 wäre nicht sachgerecht. Würde beispielsweise eine Krankenkassen Versicherte im Jahr 2012 gegenüber dem Vorjahr verlieren, müsste diese Krankenkasse Gesamtvergütung für nicht mehr bei ihr versicherte Personen entrichten. Umgekehrt würden diejenigen Krankenkassen, die neue Versicherte hinzugewinnen, für diese Versicherten keine Gesamtvergütung entrichten.

C) Änderungsvorschlag

Beibehaltung der bisherigen Regelung zur Ausgabenbegrenzung vertragsärztlicher Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Um zu gewährleisten, dass die Krankenkassen eine Gesamtvergütung gemäß ihrer tatsächlichen Versichertenzahlen entrichten, wird folgende Änderung vorgeschlagen:



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV
(Drucksache 17/6906)

Seite 93 von 282

In Artikel 1 Nummer 26 werden in wird in § 87d Absatz 2 Satz 4 die Wörter
"Nummer 1, 2, 4 und 5 " durch die Wörter "Nummer 2, 4 und 5" ersetzt.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 27

§ 90 Landesausschüsse

A) Beabsichtigte Neuregelung

Künftig erhalten die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden ein Mitberatungsrecht in den Landesausschüssen, das auch die Anwesenheit bei Beschlussfassung einschließt. Gleichzeitig erhalten die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden eine Rechtsaufsicht über die Landesausschüsse und können Beschlüsse innerhalb von zwei Monaten beanstanden.

B) Stellungnahme

Zu den Aufgaben der Landesausschüsse gehören insbesondere die Feststellung von Unter- und Überversorgung sowie die Anordnung von Zulassungsbeschränkungen.

Eine Rechtsaufsicht der Länder mit Beanstandungsrecht hat zunächst wenige Konsequenzen für die Bedarfsplanung und das Zulassungsrecht, stellt aber eine Erweiterung der Einflussmöglichkeiten der Länder dar. Dabei muss klargestellt werden, dass die Länder lediglich eine Rechts- und keine Fachaufsicht erhalten.

Auch wenn das politische Interesse der Länder an einer Erweiterung ihrer Einflussmöglichkeiten in der Versorgungssteuerung grundsätzlich nachvollziehbar erscheint, lehnt der GKV-Spitzenverband dies ab. Eine Stärkung der Einflussmöglichkeiten der Länder wäre mit einem problematischen Auseinanderfallen von Planungshoheit und Finanzverantwortung verbunden, das keine Verbesserung der Versorgung erwarten ließe.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 28

§ 90a Gemeinsames Landesgremium

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht die Schaffung eines zusätzlichen Gremiums auf Landesebene vor, das Empfehlungen zu sektorübergreifenden Versorgungsfragen abgeben kann. Beteiligt werden sollen das Land, die KV, die Kassen, die LKG sowie weitere Beteiligte auf Landesebene. Landesrecht kann vorsehen, dass dieses Gremium bei der Aufstellung der Bedarfspläne nach § 99 SGB V und zu den Entscheidungen der Landesausschüsse ein Stimmrecht erhält.

B) Stellungnahme

Die Schaffung eines neuen sektorübergreifenden Gremiums ohne Entscheidungskompetenzen ist nicht geeignet, die notwendige Abstimmung und Steuerung im Bereich der sektorübergreifenden Versorgung zu gewährleisten.

Eine sektorübergreifende Versorgungssteuerung ist jedoch dringend erforderlich. Ein entsprechendes Planungsgremium mit Entscheidungskompetenz müsste dabei paritätisch mit Vertretern der Kassen und Leistungserbringer besetzt sein. Darüber hinaus wären bundeseinheitliche Vorgaben im G-BA notwendig, die auch entsprechende Auswirkungen auf das Zulassungsrecht haben.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29 a) aa)

§ 91 Gemeinsamer Bundesausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der künftigen Berufung der Unparteiischen Mitglieder im G-BA werden neue Anforderungen an die Neutralität der Unparteiischen gestellt. Diese dürfen in den 3 vorangegangenen Jahren nicht bei den Trägerorganisationen des G-BA und deren Verbänden, sowie als Leistungserbringer oder im Krankenhaus beschäftigt gewesen sein.

B) Stellungnahme

Die vorgesehenen Anforderungen an die Neutralität der Unparteiischen werden abgelehnt. Die fachliche Qualifikation im Gesundheitswesen der Unparteiischen ist unverzichtbar für die Qualität der Beratungen und der Beschlussfassung. Die erforderliche fachliche Qualifikation für die G-BA-Arbeit ist grundsätzlich im Kreise der Trägerorganisationen und der Patientenversorgung eher gegeben als außerhalb. Die Anforderungen würden den Kreis der in Frage kommenden Personen deutlich einschränken und die Suche nach geeigneten Kandidaten erschweren. Es besteht die Gefahr, dass eine Einigung der Träger auf einen Vorschlag für ausreichend qualifizierte Personen mit unnötigen Kompromissen an die Qualifikation verbunden wäre. Bei unzureichender fachlicher Qualifikation der Unparteiischen könnte die G-BA-Arbeit insgesamt leiden und das Ansehen Schaden nehmen.

Darüber hinaus ist die Regelung der Anforderungen an die Neutralität unvollständig und in sich nicht schlüssig. Die Neutralität könnte nicht nur durch eine Tätigkeit bei den Trägerorganisationen beeinträchtigt werden. Es wären konsequenterweise auch z. B. Wissenschaftler, die u. a. im Auftrag der Industrie tätig sind, Vertreter der PKV, der Pharmaindustrie, der stellungnahmeberechtigten Organisationen (z. B. Ärzte- und Psychotherapeutenkammern, Pflegerat) und der Medizinproduktehersteller sowie Verwaltungsleiter von Klinikketten und in Privatpraxen tätige Leistungserbringer prinzipiell als Unparteiische auszuschließen. Letztendlich stellt sich dann aber die Frage, welche Kandidaten denn überhaupt noch übrig blieben.

Im übrigen muss sichergestellt werden, dass es für Mitglieder des G-BA, die von den Trägerorganisationen kommen, keine Amtszeitbeschränkungen gibt.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung im Gesetz und neu: § 91 Abs. 2; 2.Halbsatz wird gestrichen.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29 a) bb)

§ 91 Gemeinsamer Bundesausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Berufung der Unparteiischen ist ein neues Widerspruchsverfahren mit Beteiligung des Ausschusses für Gesundheit im Bundestag vorgesehen.

B) Stellungnahme

Das vorgesehene Widerspruchsverfahren für die Berufung der Unparteiischen wird abgelehnt. Das neue Vorschlags- und Widerspruchsverfahren für die Unparteiischen stellt die Entscheidungen der gemeinsamen Selbstverwaltung unnötig in Frage. Die Legitimation der Entscheidungsträger wird nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts durch deren Anbindung an die Selbstverwaltung gestützt. Ihre Systemverantwortlichkeit wäre mit dem neuen Verfahren geschwächt und zumindest partiell in eine Verantwortlichkeit gegenüber dem Parlament überführt. Das Ergebnis wäre eine nicht funktionsfähige Mischform aus Staatsverwaltung und allgemeiner Selbstverwaltung. Im Übrigen gewährleistet das bisherige Verfahren eine hohe Akzeptanz im Gesundheitswesen, weil Entscheidungen durch Systemvertreter getroffen werden. Mit dem Widerspruchsrecht des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages wird der politischen Einflussnahme zu einem frühen Zeitpunkt Raum gegeben. Politische Erwägungen könnten die Auswahl von unparteiischen Mitgliedern dominieren und letztlich durch die Ersatzvornahmemöglichkeit des BMG auch durchgesetzt werden. Es ist in Frage zu stellen, ob die auf diesem Weg „gefundenen“ Unparteiischen den Sach- und Versorgungsfragen im G-BA gerecht würden. So führt dieser Vorschlag letztendlich weg von einem selbstverwalteten Gesundheitswesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV

(Drucksache 17/6906)

Seite 98 von 282

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29 a) cc)

§ 91 Gemeinsamer Bundesausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für die Unparteiischen wird eine neue Amtszeit von 6 Jahren ohne Wiederwahlmöglichkeit vorgesehen.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Verlängerung der Amtszeit von bisher 4 auf 6 Jahre wird abgelehnt. Eine Amtszeitverlängerung mit Streichung der Wiederwahloption könnte die Kontinuität in der G-BA-Arbeit gefährden.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29 b)

§ 91 Gemeinsamer Bundesausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im G-BA sollen die Stimmanteile bei Beschlüssen zu den verschiedenen Leistungssektoren nach Zuordnungsliste von Richtlinien- und Beschluss-themen neu verteilt werden.

B) Stellungnahme

Die Neuverteilung der Stimmanteile bei Beschlüssen zu den verschiedenen Leistungssektoren wird abgelehnt. Die mit dem GKV-WSG eingeführte neue G-BA-Struktur hat bei der Etablierung einer sektorenübergreifenden Betrachtungsweise wesentliche inhaltliche Fortschritte gebracht und auch zu einer Straffung der Arbeitsprozesse im G-BA beigetragen. Beratungsthemen und Richtlinienentscheidungen des G-BA, die mehrere Sektoren betreffen, können jetzt im Diskurs aller Beteiligten erarbeitet und entschieden werden. Entscheidungen im Plenum, von denen nur ein Sektor betroffen ist, stellten in den letzten Jahren auch kein grundsätzliches Problem dar. Bezüglich solcher Beratungsthemen gibt es keinen strukturellen Handlungsbedarf. Zahl und Bedeutung der rein sektorspezifischen Themen sind gering. Der Änderungsvorschlag stellt die gesamte grundsätzlich sektorenübergreifende Ausrichtung des G-BA in Frage. Auf der Arbeitsebene in den Arbeitsgruppen und Unterausschüssen gibt es bereits themen- und sektorbezogen pragmatische Zusammensetzungen.

Alle Leistungserbringer sollten sich für die Versorgungsketten in unserem Gesundheitssystem insgesamt interessieren und auch in Entscheidungen außerhalb ihres primären Tätigkeitsbereichs einbezogen sein. Die Beteiligten im G-BA sollten sich der gemeinsamen Verantwortung für das Versorgungssystem stellen und gemeinsam nach am Patientenwohl orientierten Lösungen zu suchen. Alle Entscheidungen im G-BA sollten auch in Zukunft im sektorenübergreifend besetzten Plenum gefällt werden. Bei der vorgesehenen Zuordnung der gesetzlichen Aufgabe zu sektorspezifisch unterschiedlichen Stimmverhältnissen könnten sich im konkreten Einzelfall Abgrenzungsprobleme ergeben, ob und welcher Leistungsbereich betroffen ist oder nicht.

Die Neuverteilung der Stimmanteile bei Beschlüssen zu den Leistungssektoren schmälert den sinnvollen und notwendigen Ansatz der sektorübergreifenden Beratung und Verantwortung und wäre eine kontraproduktive Rückzugsoption der Leistungserbringer in ihre Sektoren.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV

(Drucksache 17/6906)

Seite 100 von 282

- C) Änderungsvorschlag
Streichung.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV

(Drucksache 17/6906)

Seite 101 von 282

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29 c)

§ 91 Gemeinsamer Bundesausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Ersetzung ist eine folgerichtige redaktionelle Änderung.

B) Stellungnahme

Entfällt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29 d)

§ 91 Gemeinsamer Bundesausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei bestimmten Beschlüssen wird für den Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit ein Stellungnahmerecht vorgesehen.

B) Stellungnahme

Das Stellungnahmerecht für den Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit wird abgelehnt. Das bisherige Verfahren sieht vor, dass das BMG im Rahmen seiner Rechtsaufsicht auch datenschutzrechtliche Fragen prüft. Vertreter des BMG sind auch bei der Vorbereitung der Beschlüsse in den Unterausschüssen beteiligt. Neue zusätzliche Vorgaben bergen die Gefahr der Überfrachtung und weiteren Verzögerung der Beratungen. Die Beratungsprozesse dürfen nicht unnötig verlängert werden.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.



Ergänzender Änderungsvorschlag des GKV-Spitzenverbandes:
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 29 e)
§ 91 Gemeinsamer Bundesausschuss Abs. 6

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-Spitzenverband schlägt die folgende Streichung in § 91 Abs. 6 vor:
Die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Ausnahme der Beschlüsse zu Entscheidungen nach § 137b ~~und zu Empfehlungen nach 3-137f~~ sind für die Träger nach Absatz 1 Satz 1, deren Mitglieder und Mitgliedskassen sowie für die Versicherten und die Leistungserbringer verbindlich.

B) Stellungnahme

Redaktionelle Anpassung zu § 137f: Anstelle von Empfehlungen beschließt der G-BA künftig Richtlinien. Daher sind diese Empfehlungen hier zu streichen.

C) Änderungsvorschlag

In Abs. 6 wird der folgende Passus ersatzlos gestrichen:
„und zu Empfehlungen nach 137f“.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29 f) aa)

§ 91 Gemeinsamer Bundesausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei Beschlüssen zum Ausschluss von bisherigen GKV-Leistungen ist ein Mindestquorum von 9 Stimmen vorgesehen.

B) Stellungnahme

Die Einführung eines Mindestquorums bei Beschlüssen zum Ausschluss von (bisherigen) GKV-Leistungen wird abgelehnt. Die Regelung würde Beschlüsse zum Ausschluss von GKV-Leistungen deutlich erschweren. Der G-BA könnte seinem Auftrag, auch den Leistungskatalog entsprechend der medizinisch-wissenschaftlichen Datenlage zu bereinigen, weniger und nur mit einer zusätzlichen formalen Hürde nachkommen. Ein über die bisherige einfache Mehrheit hinausgehendes Mindestquorum von 9 Stimmen für das Zustandekommen von Ausschlüssen ist kontraproduktiv und würde die Handlungsfähigkeit des G-BA in diesem wichtigen Arbeitsfeld einschränken.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV

(Drucksache 17/6906)

Seite 105 von 282

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29 f) bb)

§ 91 Gemeinsamer Bundesausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für die nichtöffentlichen Beratungen im G-BA wird ein Vertraulichkeitsschutz eingeführt.

B) Stellungnahme

Ein Vertraulichkeitsschutz für die nichtöffentlichen Beratungen im G-BA wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29 g)

§ 91 Gemeinsamer Bundesausschuss Abs. 9

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit Absatz 9 wird jedem Stellungnahmeberechtigten ergänzend auch ein mündliches Stellungnahmerecht vor der abschließenden Beschlussfassung gegeben.

B) Stellungnahme

Die Erweiterung des bisherigen Stellungnahmerechts um ein zusätzliches mündliches Stellungnahmerecht wird abgelehnt. Die bisherigen gesetzlichen Vorgaben haben dazu beigetragen, dass Beratungsprozesse im G-BA ohnehin schon sehr kompliziert und langwierig sind. Beispielsweise ist für bestimmte Fallkonstellationen bei der Festbetragsgruppenbildung zusätzlich ein mündliches Anhörungsverfahren gesetzlich vorgeschrieben. Optional besteht für den G-BA die Möglichkeit auch zu anderen Beschlussentwürfen zusätzliche mündliche Anhörungen durchzuführen. Liegt den Beschlüssen ein Bericht des IQWiG zugrunde, sind diese Empfehlungen an den G-BA bereits im IQWiG zum Berichtsplan als auch zum Vorbericht sowohl schriftlich als auch mündlich (auch und besonders unter Beteiligung von Patientenvertretern und Vertretern pharmazeutischer Unternehmen) angehört worden. Antragsrechte zur Aktualisierung von Beschlüssen bei Vorliegen neuen wissenschaftlichen Erkenntnismaterials sind ebenfalls in der Verfahrensordnung des G-BA ausreichend geregelt. Dieses ausdifferenzierte Verfahren führt schon heute dazu, dass alleine für die Durchführung von Anhörungsverfahren vor einer Entscheidung insgesamt 6 Monate vergehen können. Neue zusätzliche Vorgaben bergen die Gefahr der Überfrachtung und weiteren Verzögerung der Beratungen. Die Beratungsprozesse dürfen nicht unnötig verlängert werden.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29 g)

§ 91 Gemeinsamer Bundesausschuss Abs. 10

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll künftig bei seinen Entscheidungen die entstehenden Bürokratiekosten abschätzen. Durch die Verweisung auf § 2 Abs. 2 und 3 des Normenkontrollratsgesetzes wird vorgegeben, dass die Bürokratiekosten mit dem Standard-Kosten-Modell (SKM) abzuschätzen sind. Die ermittelten Bürokratiekosten sind nachvollziehbar in den Beschlussbegründungen darzulegen.

B) Stellungnahme

Der GKV-SV setzt sich für die Vermeidung unnötigen bürokratischen Aufwands ein und begrüßt den Vorschlag, in Zukunft eine Abschätzung der Bürokratiekosten bei Richtlinienbeschlüssen des G-BA vorzunehmen. Die Ausgestaltung und Umsetzung im G-BA sollten allerdings so erfolgen, dass die Beratungsverfahren nicht unnötig erschwert und die Beschlussfassungen nicht unangemessen verzögert werden. Hierzu schlägt der GKV-SV ein Verfahren vor, dass die professionelle Erfassung (auch extern und durch eine neutrale Institution) angemessen berücksichtigt. Das Verfahren soll von der Geschäftsstelle des G-BA in Abstimmung mit dem Nationalen Normenkontrollrat und mit Unterstützung des Statistischen Bundesamtes durchgeführt werden. Zusätzlich sollte gesetzlich bestimmt werden, dass die nach dem Standard-Kosten-Modell ermittelten Größen ausschließlich dem Zweck einer möglichst sparsamen und verwaltungseffizienten Ausgestaltung von Informationspflichten dienen und nicht als Grundlage für Forderungen in nachfolgenden Vergütungsvereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen bzw. deren Verbänden Verwendung finden.

C) Änderungsvorschlag

§ 91 Absatz 10 wird um die folgenden Sätze ergänzt:

„Die Identifizierung neuer Informationspflichten oder die Erweiterung bestehender Informationspflichten sowie die Ermittlung der durch diese erzeugten zusätzlichen Bürokratiekosten obliegen der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses in enger Abstimmung mit dem Nationalen Normenkontrollrat; das Statistische Bundesamt unterstützt die Geschäftsstelle bei der Auswertung vorliegender Daten und bei der Durchführung von Aufwandsschätzungen. Die nach Satz 1 ermittelten und ausgewiesenen Bürokratiekosten dienen allein dem Zweck der besseren Rechtsetzung des Gemeinsamen Bundesausschusses; sie bilden keine Grundlage für Vergütungsvereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen bzw. deren Verbänden und sie können auch ansonsten keine Ansprüche begründen.“



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 30

§ 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 7e räumt den Ländern ein Mitberatungsrecht im G-BA in Fragen der Bedarfsplanungsrichtlinie ein. Hierfür werden zwei Vertreter von der GMK benannt.

B) Stellungnahme

Einerseits kann die Beteiligung der Länder zu einer größeren Akzeptanz der Vorgaben des G-BA beitragen, andererseits ist durch die Erhöhung der Teilnehmerzahl eine Verlängerung der Beratungsprozesse zu erwarten, die nicht zwingend zu sachlich besseren Ergebnissen führen wird.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 31

§ 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bestehenden Regelungen zu den Medizinischen Versorgungszentren werden umgestaltet. Dabei wird vorgegeben, dass der ärztliche Leiter eines MVZ künftig auch selbst als Vertragsarzt oder angestellter Arzt in dem betreffenden MVZ tätig sein muss. Dies gilt auch für Einrichtungen, für die ein Bestandsschutz nach Absatz 1a Satz 3 gilt.

Die Gründungsmöglichkeiten werden eingeschränkt. Künftig können MVZ in der Regel nur noch durch Vertragsärzte oder zugelassene Krankenhäuser gegründet werden. Dabei wird auch die Rechtsform eingeschränkt. In Zukunft dürfen MVZ insbesondere nicht mehr in Form einer Aktiengesellschaft gegründet werden.

Daneben sollen auf Antrag des anstellenden Arztes genehmigte Anstellungen nach Absatz 9 Satz 1 (ohne Zulassungsbeschränkungen) in Zulassungen umgewandelt werden können.

B) Stellungnahme

MVZ stellen eine sinnvolle Ergänzung zu den bisherigen Formen der ambulanten Behandlung dar. Wettbewerb ist ein zentrales Instrument zur Verbesserung der Ressourcensteuerung im Gesundheitswesen. Hierzu zählt grundsätzlich auch ein Wettbewerb zwischen Versorgungseinrichtungen in unterschiedlicher Trägerschaft und Rechtsform.

Die vorgesehenen Einschränkungen und die systematische Benachteiligung nicht-ärztlicher MVZ durch das Vorkaufsrecht von Vertragsärzten gemäß § 103 Abs. 4d (neu) sind daher abzulehnen.

C) Änderungsvorschlag

Beibehaltung der bisherigen Regelungen.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 33

§ 98 Zulassungsverordnungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung wird die rechtliche Grundlage für eine Befristung von Zulassungen im Rahmen der Zulassungsverordnung-Ärzte geschaffen.

B) Stellungnahme

Vor dem Hintergrund der fast flächendeckenden Überversorgung, insbesondere im fachärztlichen Bereich und den bisher fehlenden Möglichkeiten zum Abbau der Überversorgung, wird die neu geschaffene Möglichkeit zur Begrenzung von Zulassungen nachdrücklich begrüßt. Überversorgung setzt Fehlanreize in der Versorgung; sie verursacht medizinisch unnötige Behandlungen und vermeidbare Ausgaben für die GKV. Zudem bindet sie personelle Kapazitäten, die in anderen Regionen dringend benötigt werden. Es ist daher unbedingt notwendig, Maßnahmen zum Abbau von Überversorgung zu ermöglichen. Die Erteilung von befristeten Zulassungen ist dafür ein grundsätzlich geeignetes und wirksames Instrument.

Dabei muss jedoch sicher gestellt werden, dass diese Möglichkeit praktisch auch genutzt werden kann. Die vorgesehene Beschränkung in § 19 Ärzte-ZV auf Planungsbereiche, für die ein Versorgungsgrad zwischen 100 und 110 v. H. besteht, ist hierbei eine unnötige und nicht nachvollziehbare Einschränkung, die befristete Zulassungen nur unter sehr eng gefassten Bedingungen ermöglicht; aktuell wäre nur eine sehr geringe Anzahl von Arztpraxen einbezogen. Daneben handelt es sich lediglich um eine Kann-Regelung. Wichtig wäre es aber, eine verpflichtende Regelung für alle Planungsbereiche ab einem Versorgungsgrad von 100 v. H. zu schaffen.

C) Änderungsvorschlag

Keine Änderung in § 98.

§ 19 Absatz 4 Ärzte-ZV wird wie folgt gefasst:

In einem Planungsbereich mit einem bedarfsgerechten Versorgungsgrad ab 100 v. H. hat der Zulassungsausschuss die Zulassung zu befristen.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 34

§ 99 Bedarfsplan

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass bei der Erstellung der Bedarfspläne durch die KV im Einvernehmen mit den Krankenkassen künftig von den Richtlinien des G-BA abgewichen werden kann, soweit dies zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere der regionalen Demografie und Morbidität für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist. Der zuständigen Landesbehörde ist hierbei Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde erhält eine Rechtsaufsicht und kann den Bedarfsplan innerhalb von zwei Monaten beanstanden.

Auswirkungen auf den zahnärztlichen Bereich:

Die in der vertragsärztlichen Versorgung vorgesehenen Änderungen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Ärzteversorgung, wie z. B.

- die Berücksichtigung von regionaler Demografie und Morbidität bei der Bedarfsplanung
- die Flexibilisierung von Planungsbereichen
- das Mitberatungsrecht der für die Sozialversicherung zuständigen Landesbehörden bei der Bedarfsplanung

gelten im gleichen Umfang für den vertragszahnärztlichen Bereich, es sei denn, es sind im Gesetz explizit Ausnahmeregelungen für den vertragszahnärztlichen Bereich vorgesehen, wie z. B. die Nichtgeltung von Zulassungsbeschränkungen. Damit gelten auch die im ärztlichen Bereich vorgesehenen Neuregelungen zur Veräußerung von Praxen und zur Nachbesetzung von Praxissitzen für Zahnärzte nicht.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sehr unklar formuliert und schafft dadurch Unsicherheiten und Interpretationsspielräume, vor allem hinsichtlich der Gestaltungskompetenz von Bundes- und Landesebene.

Obwohl die G-BA-Richtlinie maßgeblich bleiben soll, erhält die regionale Ebene nach dem Wortlaut der Begründung die Möglichkeit, hiervon in allen wesentlichen Punkten (Planungsbereiche, Verhältniszahlen) abzuweichen. Der G-BA erhält explizit nicht das Recht, den Spielraum für regionale Besonderheiten zentral vorzugeben. Dies wäre jedoch die Voraussetzung dafür, dass die Bedarfsplanung und die Zulassungsbeschränkungen auch künftig auf eine verlässliche rechtliche Grundlage gestellt bleiben.



Der Bedarfsplan ist die Basis zur Festlegung von Zulassungsbeschränkungen. Diese bedeuten eine Einschränkung der ärztlichen Berufsfreiheit nach Art. 12 GG und sind daher nur unter besonderen Voraussetzungen und unter Abwägung von Gemeinwohlinteressen gerechtfertigt. Insbesondere ist hierfür eine klare rechtliche Grundlage erforderlich, die eine Gleichbehandlung der niederlassungswilligen Ärzte sicherstellt und vor diesem Hintergrund auch einheitliche Kriterien in der Bedarfsplanung erfordert. Dieser Grundsatz wäre mit der vorgesehenen Regelung gefährdet, die im Zweifel eine erhebliche Abweichung von den einheitlichen Vorgaben des G-BA ermöglichen und damit zu sehr unterschiedlichen regionalen Vorgaben führen könnte. Vor diesem Hintergrund ist es unabdingbar, dass der G-BA den Auftrag erhält, entsprechende regionale Spielräume zu definieren.

Auswirkungen auf den zahnärztlichen Bereich:

Derzeit besteht im vertragszahnärztlichen Bereich keine Unterversorgung. Insgesamt ist die zahnärztliche Versorgung nicht gefährdet, so dass erst recht nicht die Notwendigkeit zur Feststellung eines Sonderbedarfs in nicht unterversorgten Gebieten besteht. Die Aufnahme einer solchen Regelung hätte zur Konsequenz, dass immer dann, wenn der Landesausschuss einen solchen Sonderbedarf feststellen würde und dieser nicht behoben würde, Sicherstellungszuschläge gezahlt werden müssten. Diese Sicherstellungszuschläge wären hälftig von KZVen und Krankenkassen zu zahlen. Da die zahnärztliche Versorgung momentan insgesamt nicht gefährdet ist, wären dies unnötige Ausgaben, die nicht für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehen.

Von den weiteren vorgeschlagenen Änderungen, wie der Flexibilisierung der Planungsbereiche oder der Berücksichtigung der regionalen Demografie und Morbidität bei der Bedarfsplanung, ist der zahnärztliche Sektor derzeit nur wenig tangiert. Die vorgeschlagenen Regelungen sollen die Versorgung auch in Zukunft sicherstellen und werden daher auch für den zahnärztlichen Sektor befürwortet.

C) Änderungsvorschlag

§ 99 Abs. 3 wird wie folgt gefasst: „Soweit dies zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere der regionalen Demografie und Morbidität, für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist, kann nach den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses von dessen Richtlinien abgewichen werden. Die Abweichung bedarf einer gesonderten Begründung.“



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 35 a)

§ 101 Überversorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird festgelegt, dass die Anpassung der Verhältniszahlen insbesondere unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung zu erfolgen hat.

B) Stellungnahme

Der Regelungsinhalt ist grundsätzlich nachvollziehbar und sinnvoll. Die gesetzliche Regelung ist jedoch entbehrlich, da der G-BA bereits heute die Möglichkeit zur Berücksichtigung der demografischen Entwicklung hat und diese mit einer entsprechenden Anpassung der Bedarfsplanungsrichtlinie auch genutzt hat.

C) Änderungsvorschlag

Ggf. Streichung.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 35 a) aaa)

§ 101 Überversorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung legt fest, dass in den Richtlinien des G-BA künftig auch Regelungen zur Berücksichtigung des spezialärztlichen Leistungsbereiches und zur Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten vorzusehen sind. Die ermächtigten Ärzte sollen insbesondere bei der Ermittlung des Versorgungsgrades berücksichtigt werden.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings reicht die Berücksichtigung der genannten Leistungserbringer allein nicht aus; dies muss zwingend auch Konsequenzen für die Zulassung zur Leistungserbringung haben.

C) Änderungsvorschlag

Änderung der Zulassungsvoraussetzungen zur Erbringung von Leistungen nach § 116b neu. Einführung von Zulassungsbeschränkungen.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 35 b) bb)

§ 101 Überversorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die regionalen Planungsbereiche sollen künftig so festgelegt werden, dass sie eine flächendeckende Versorgung sicherstellen.

B) Stellungnahme

Dadurch wird die bisherige Regelung, nach der die Planungsbereiche Stadt- und Landkreisen entsprechen sollen, flexibilisiert. Der G-BA erhält damit die Möglichkeit, die unterschiedliche Bedeutung der Wohnortnähe für verschiedene ärztliche Angebote zu berücksichtigen und die Größe der Planungsbereiche nach Arztgruppen zu differenzieren. Dabei kommt nach dem Wortlaut der Begründung auch eine Differenzierung zwischen hausärztlicher, allgemeiner fachärztlicher und spezialisierter fachärztlicher Versorgung in Betracht, wie sie in ähnlicher Form auch in dem Bedarfsplanungskonzept des GKV-SV vorgesehen ist. Die Regelung ist sinnvoll und uneingeschränkt zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

Entfällt.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 35

§ 101 Abs. 6 Überversorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Formulierungsänderungen in § 101 Abs. 6 bewirken, dass künftig auch im vertragszahnärztlichen Bereich ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf in nicht unterversorgten Planungsbereichen festgestellt werden kann. Die Richtlinie über die Bedarfsplanung in der vertragszahnärztlichen Versorgung ist entsprechend anzupassen. Den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen wird damit die Möglichkeit gegeben, Sicherstellungszuschläge an Vertragszahnärzte in Gebieten zu zahlen, für die der Landesausschuss die Feststellung getroffen hat, dass ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht.

B) Stellungnahme

Nach Kenntnis des GKV-SV existieren im vertragszahnärztlichen Bereich derzeit keine Gebiete, für die ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht.

C) Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Regelung in § 106 Abs. 6 kann ersatzlos entfallen.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 36

§ 103 Zulassungsbeschränkungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehenen Änderungen betreffen in erster Linie Regelungen im Rahmen des Nachbesetzungsverfahrens.

Es wird klargestellt, dass im Falle der vorzeitigen Rückgabe einer befristeten Zulassung in gesperrten Planungsbereichen kein Nachbesetzungsverfahren durchgeführt wird. Daneben sollen Versorgungsaspekte bei der Nachbesetzung künftig stärker berücksichtigt werden, insbesondere soll bei der Auswahlentscheidung berücksichtigt werden, ob der Bewerber zuvor mindestens 5 Jahre in einem unterversorgten Gebiet tätig war oder ob der Bewerber bereit ist, besondere Versorgungsbedürfnisse zu erfüllen. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird gestärkt.

Daneben erhält die KV zum Abbau von Überversorgung in gesperrten Planungsbereichen die Möglichkeit, bei der Ausschreibung von Vertragsarztsitzen im Rahmen des Nachbesetzungsverfahrens ein Vorkaufsrecht auszuüben. Dieses Recht kann von der KV ausgeübt werden, wenn der Zulassungsausschuss einen Nachfolger ausgewählt hat und zwischen dem ausscheidenden Vertragsarzt und dem potentiellen Nachfolger ein Kaufvertrag zustande gekommen ist. Ausgeschlossen sind Fälle, in denen familiäre Interessen des ausscheidenden Vertragsarztes betroffen sind oder die Praxis an einen Arzt weiter gegeben werden soll, mit dem der ausscheidende Vertragsarzt zuvor gemeinsam tätig war.

Wurde für die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes ein MVZ ausgewählt und liegen dessen Geschäftsanteile und Stimmrechte mehrheitlich nicht in ärztlicher Hand, steht den anderen Bewerbern ein Vorkaufsrecht zu.

B) Stellungnahme

Die Regelungen zum Nachbesetzungsverfahren sind sachgerecht und daher zu begrüßen.

Der Ansatz des Gesetzgebers, die bestehende Überversorgung durch eine Einschränkung des Nachbesetzungsverfahrens abzubauen, ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings sollte ein Nachbesetzungsverfahren grundsätzlich nur durchgeführt werden, wenn dies unter Versorgungsgesichtspunkten notwendig erscheint. Dies sollte vor der Ausschreibung des betreffenden Vertragsarztsitzes geprüft werden.

Insgesamt scheint als Maßnahme zum Abbau von Überversorgung auch ein Vorkaufsrecht der KVen geeignet. Dabei ist jedoch klarzustellen, dass die vertrags-



ärztliche Zulassung einen Verwaltungsakt darstellt und nicht zum Eigentum des ausscheidenden Vertragsarztes gehört. Das Vorkaufsrecht der KVen kann sich daher nur auf die Abgeltung des Verkehrswertes der Praxis beziehen. Eine Sonderregelung für Kinder, Ehegatten und Lebenspartner sowie insbesondere für Praxispartner ist abzulehnen, da es hierdurch möglich wird, einen notwendigen Abbau von Überversorgung zu umgehen.

Die systematische Benachteiligung von MVZ, deren Geschäftsanteile nicht mehrheitlich in ärztlicher Hand liegen, wird abgelehnt. Auch der Wettbewerb zwischen verschiedenen Leistungserbringern und Versorgungsformen ist geeignet, Effizienzreserven im Gesundheitswesen zu heben und zu Verbesserungen der Versorgung beizutragen. Eine Bevorzugung niedergelassener Vertragsärzte ist an dieser Stelle sachlich nicht nachvollziehbar und dient lediglich dem Interessenschutz der etablierten Vertragsärzteschaft, nicht jedoch der Patientenversorgung.

C) Änderungsvorschlag

§ 103 Abs. 4 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

Wenn die Zulassung eines Vertragsarztes in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, [...] endet und die Praxis von einem Nachfolger fortgeführt werden soll und wenn der Zulassungsausschuss festgestellt hat, dass trotz der bestehenden Zulassungsbeschränkungen ein entsprechender Versorgungsbedarf besteht, hat die Kassenärztliche Vereinigung [...] diesen Vertragsarztsitz [...] auszuschreiben [...].

Dem Absatz 1 wird folgender Satz 8 angefügt:

Stellt der Zulassungsausschuss nach seiner Prüfung gemäß Absatz 1 Satz 1 fest, dass unter Versorgungsgesichtspunkten kein Bedarf für die Fortführung der Praxis besteht, wird die Praxis durch die Kassenärztliche Vereinigung unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Interessen des ausscheidenden Vertragsarztes aufgekauft; Absatz 1 Satz 7 gilt entsprechend.

Die Regelungen zur Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes in einem MVZ sind zu streichen.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 37

§ 105 Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung stellt klar, dass Leistungen, die in den Eigeneinrichtungen der KVen erbracht werden, aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zu vergüten sind und stärkt damit die Möglichkeiten zum Einsatz dieser Einrichtungen zur Sicherstellung der Versorgung.

Zur Finanzierung von Fördermaßnahmen bei bestehender oder drohender Unterversorgung sowie bei lokalem Versorgungsbedarf können die KVen künftig einen Strukturfonds bilden, für den sie 0,1 v.H. der vereinbarten Gesamtvergütung verwenden. Die Krankenkassen haben dann einen gleich hohen Betrag an den Strukturfonds zu entrichten. Die Mittel sollen insbesondere für Zuschüsse zu Investitionskosten bei Neuniederlassungen oder Gründung von Zweigpraxen, für Zuschläge zu Vergütung und Ausbildung sowie für Stipendien verwendet werden.

Daneben wird die Möglichkeit zur Förderung des freiwilligen Verzichts auf die vertragsärztliche Zulassung erweitert, in dem der bisher bestehende Altersbezug gestrichen wird. Darüber hinaus wird klargestellt, dass die Förderung auch einen Aufkauf der Praxis beinhalten kann.

B) Stellungnahme

Die Regelung, dass Leistungen, in den Eigeneinrichtungen der KVen erbracht werden, aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zu vergüten sind, ist sachgerecht.

Die Krankenkassen haben in den letzten Jahren rd. 10 Mrd. Euro zusätzlich für die vertragsärztliche Versorgung aufgebracht. Damit wurden ausreichend Finanzmittel bereitgestellt; eine zusätzliche finanzielle Beteiligung der Krankenkassen ist daher abzulehnen.

Die Regelung erlaubt es den KVen, Finanzmittel ohne Mitwirkungsmöglichkeit der Krankenkassen zu verwenden. Auch aus diesem Grund ist eine Beteiligung abzulehnen. Alternativ könnte ein Sicherstellungsfonds eingerichtet werden, der aus einem Anteil des Zuwachses der Gesamtvergütung gespeist wird.

Sofern die KVen Sicherstellungsfonds einrichten, ist zudem zu gewährleisten, dass es nicht zu einer Doppelfinanzierung von Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung durch die Krankenkassen kommt. Insbesondere sollten vor diesem Hintergrund die Sicherstellungszuschläge gemäß § 105 Abs. 1 ebenfalls aus dem Strukturfonds gezahlt werden.



Im Übrigen gehört die Finanzierung der medizinischen Ausbildung nicht zu den Aufgaben der GKV. Maßnahmen zur Förderung der Aus- und Weiterbildung sind daher auf Bereiche zu beschränken, in denen heute absehbar Defizite bestehen. Derzeit trifft dies ausschließlich auf den Bereich der Allgemeinmedizin zu; in diesem Zusammenhang ist festzustellen, dass sich die Krankenkassen seit 1999 an den Kosten der Weiterbildung der Allgemeinmedizin beteiligen.

Die Regelung zur Förderung des freiwilligen Verzichts auf die vertragsärztliche Zulassung ist zu begrüßen. Allerdings sollten die Maßnahmen zum Abbau von Überversorgung deutlich konsequenter ausgestaltet werden. So sollte eine Nachbesetzung in Überversorgten Regionen generell ausgeschlossen werden, sofern nach einer Prüfung der Versorgungssituation nicht ausdrücklich ein entsprechender Versorgungsbedarf festgestellt wurde.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 1a Satz 2 wird gestrichen.

Sofern an Abs. 1a Satz 2 festgehalten wird, sollten die Wörter „die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen“ durch „die Krankenkassen“ ersetzt werden.

Absatz 1a Satz 3 wird wie folgt gefasst: „Mittel des Strukturfonds sollen insbesondere für Zuschüsse zu Investitionskosten bei Neuniederlassung oder Gründung von Zweigpraxen, für Zuschläge zur Vergütung und zur Förderung der Aus- und Weiterbildung in der Allgemeinmedizin verwendet werden; wurde ein Strukturfonds nach Abs. 1a gebildet, werden auch die Sicherstellungszuschläge gemäß § 105 Abs. 1 aus den Mitteln des Strukturfonds finanziert.“

Vgl. Änderungsvorschlag zu § 101 Abs. 4.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV

(Drucksache 17/6906)

Seite 121 von 282

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 38 a) aa)

§ 106 Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragspartner sollen die Prüfungsstelle nicht mehr mit der Prüfung ärztlich verordneter Leistungen nach Satz 11, sondern nach Satz 12 beauftragen können.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um die redaktionelle Richtigstellung einer fehlerhaften Verweisung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 38 a) bb)

§ 106 Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Langfristig genehmigte Heilmittel nach § 32 Abs. 1a SGB V sind von der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 Abs. 2 S.1 SGB V ausgenommen.

B) Stellungnahme

Der Ausschluss von langfristig genehmigten Heilmitteln nach § 32 Abs. 1a SGB V von der Wirtschaftlichkeitsprüfung wäre nur dann notwendig und sinnvoll, wenn die Wirtschaftlichkeitsinstrumente im Heilmittelbereich zu Fehlversorgung führen würden, z. B. wenn medizinisch notwendige Behandlungen allein aus Wirtschaftlichkeitsgründen versagt werden müssten. Dem GKV-Spitzenverband liegen keine Anhaltspunkte für eine derartige Fehlversorgung im Heilmittelbereich vor, zumal Ärzte, die medizinisch notwendige Heilmittelverordnungen mit Verweis auf eine mögliche Richtgrößenüberschreitung verweigern, nicht nur gegen den sozialrechtlichen Leistungsanspruch des Versicherten, sondern auch gegen die ärztlichen Berufs- und Sorgfaltspflichten verstoßen.

Der GKV-Spitzenverband sieht daher keine Notwendigkeit für eine gesetzliche Wirtschaftlichkeitsfiktion, zumal diese die Regelungskompetenz der Vertragspartner nach §§ 84 und 106 SGB V z. B. im Hinblick auf Praxisbesonderheiten beschneidet.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der beabsichtigten Neuregelung.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 38 b) aa)

§ 106 Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bundesweit vereinbarte Praxisbesonderheiten im Heilmittelbereich sollen vor Einleitung des Prüfverfahrens von den Verordnungskosten abgezogen werden.

B) Stellungnahme

Die unter Art. 1 Nr. 19 f) bb) (Vereinbarung von bundesweiten Praxisbesonderheiten) genannte Regelung lehnt der GKV-Spitzenverband als nicht sinnvoll ab.

Eine Vorab-Anerkennung als Praxisbesonderheit wäre zudem nur dann sachgerecht, wenn bestimmte Erkrankungsbilder stets mit einem definierten Heilmittelbedarf einhergingen. Dies ist aber selbst bei schwerwiegenden, irreversiblen Behinderungen nicht zwingend der Fall. Auch hier hängt der Heilmittelbedarf von den Ausprägungen der jeweiligen funktionellen/ strukturellen Schädigung ab und ist somit im Einzelfall zu beurteilen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der beabsichtigten Neuregelung.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 38 b) bb)

§ 106 Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die in Absatz 5a geregelte Vorab-Anerkennung von Praxisbesonderheiten umfasst auch Kosten für die im Rahmen von Vereinbarungen nach § 84 Absatz 1 Satz 5 verordneten Arzneimittel und dabei insbesondere für parenterale Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln (z. B. Zytostatika). Mit der Streichung von § 73d im Rahmen des AMNOG sind seit 01.01.2011 jedoch die näheren Verordnungsbestimmungen zu besonderen Arzneimitteln entfallen. Mit der vorgeschlagenen Streichung des letzten Halbsatzes wird die Verweisung auf die Regelung des § 73d SGB V aufgehoben.

B) Stellungnahme

Die Streichung der Verweisung auf die Regelungen des § 73d SGB V ist durch die Aufhebung des § 73d SGB V mit dem AMNOG erforderlich geworden. Darüber hinaus kann auch der vorletzte Halbsatz „insbesondere für parenterale Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln zur unmittelbaren ärztlichen Anwendung bei Patienten“ entfallen.

C) Änderungsvorschlag

In § 106 Absatz 5a Satz 12 werden nach den Wörtern „verordnete Arzneimittel“ die weiteren Halbsätze gestrichen.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 38 c)

§ 106 Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Anpassung von § 106 Absatz 5c Satz 7 steht im Zusammenhang mit der Neueinfügung eines Absatzes 5e.

B) Stellungnahme

Die mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz eingeführte Schutzregelung wird von der beabsichtigten Neuregelung nach § 106 Absatz 5e SGB V überlagert. Demnach werden Ärzte, die erstmals eine Richtgröße überschreiten, zunächst beraten. Erst nachfolgend sind Regressmaßnahmen zulässig. Faktisch können also Regresse erst nach zwei Jahren festgesetzt werden.

Daher wird die Neuregelung zu § 106 Absatz 5e abgelehnt (d.h.: Streichung von Art. 1 Nr. 38 d)). Alternativ ist § 106 Absatz 5c Satz 7 (i.d.F. des AMNOG) wie folgt zu modifizieren:

C) Änderungsvorschlag

§ 106 Absatz 5c Satz 7 wird wie folgt gefasst:

„Abweichend von Satz 1 setzt die Prüfungsstelle für neu zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte, die nach einer Beratung nach Absatz 1 erstmals das Richtgrößenvolumen um mehr als 25 vom Hundert überschreiten, für die Erstattung der Mehrkosten in den ersten beiden Jahren seiner vertragsärztlichen Tätigkeit einen Betrag von jeweils nicht mehr als 25.000 Euro fest.“



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 38 d)

§ 106 Abs. 5e Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei erstmaliger Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 % soll an die Stelle des Regresses nach § 106 Absatz 5a Satz 3 SGB V eine individuelle Beratung des Arztes treten. Erst bei fortgesetzten Überschreitungen des Richtgrößenvolumens können Erstattungsbeträge ausgesprochen werden, welche jedoch nach § 106 Absatz 5c Satz 7 SGB V in den ersten beiden Jahren auf maximal 25.000 € begrenzt sind.

Im Rahmen der Beratung bzw. im Rahmen der Festsetzung eines Erstattungsbetrages wird dem Arzt zudem die Möglichkeit gegeben, die Anerkennung weiterer individueller Praxisbesonderheiten zu beantragen.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung reduziert die Anreize zu einer wirtschaftlichen Verordnungsweise und setzt die Bemühungen aus dem AMNOG fort, die Ärzteschaft aus der finanziellen Verantwortung für ihre Behandlungsentscheidungen zu entlassen. Damit kommt man einer langjährigen Forderung der Ärzteschaft nach Abschaffung der Richtgrößenprüfung weiter entgegen (zuletzt im gemeinsamen Versorgungsmodell von KBV und ABDA im April 2011 vorgetragen).

Da nach dem Gesetzentwurf auch für das Jahr, in dem die Beratung stattfindet, kein Erstattungsbetrag festgesetzt werden kann, hat ein unwirtschaftlich verordnender Arzt, der in zwei aufeinander folgenden Jahren vom Prüfverfahren erfasst wurde, frühestens im dritten Jahr mit auf 25.000 € beschränkten finanziellen Folgen für sein unwirtschaftliches Ordnungsverhalten zu rechnen.

All dies geschieht vor dem Hintergrund einer bereits geringen Regressgefahr für den einzelnen Arzt. Schon unter derzeitigen Rahmenbedingungen blieben z. B. in der KV Hessen im Jahr 2008 99,3 % (Arzneimittel) bzw. 99,6 % (Heilmittel) der Ärzte regressfrei (vgl. Ärzte Zeitung 09.05.2011). Ähnliche Zahlen liegen für die KV Westfalen-Lippe vor (vgl. Deutsches Ärzteblatt 06.05.2011).

Der GKV-Spitzenverband sieht daher keine Notwendigkeit, aus dem Grundsatz „Beratung vor Regress“ einen einmaligen Regressschutz abzuleiten.

C) Änderungsvorschlag

Streichung des neu eingefügten Absatzes 5e SGB V. Ergänzend wird auf die Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 38c) verwiesen.



Wird der vorgeschlagenen Streichung des neuen Absatzes 5e nicht gefolgt, ist der Gesetzentwurf so anzupassen, dass auf der Basis zumindest eine rechtssichere Durchführung der Richtgrößenprüfung möglich ist. Es ist klarzustellen, dass nach einer erstmaligen Beratung nachfolgende Überschreitungen geltender Richtgrößenvolumina um 25 % und mehr zum Regress führen. Ärzte, die seit Jahren in den Wirtschaftlichkeitsprüfungen auffällig geworden sind, können nicht unter den geplanten Regressschutz fallen.

§ 106 Absatzes 5e wird wie folgt gefasst:

„Bei einer erstmaligen Überschreitung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 vom Hundert erfolgt abweichend von Absatz 5a Satz 3 eine individuelle Beratung nach Absatz 5a Satz 1. Nach erfolgter Beratung nach Satz 1 können bei künftigen Überschreitungen Erstattungsbeträge festgesetzt werden. Satz 2 gilt entsprechend, wenn ein Vertragsarzt die ihm angebotene Beratung abgelehnt hat. Im Rahmen der Beratung nach Satz 1 können Vertragsärzte in begründeten Fällen eine Feststellung der Prüfungsstelle über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten beantragen. Das Nähere zur Umsetzung der Sätze 1 bis 4 regeln die Vertragspartner nach Absatz 2 Satz 4. Sätze 1 bis 4 gelten nicht für Ärzte, die in den Kalenderjahren 2006 bis 2011 nach Absatz 5a Satz 1 beraten wurden oder für die nach Absatz 5a Satz 3 ein Erstattungsbetrag festgesetzt wurde.“



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV

(Drucksache 17/6906)

Seite 128 von 282

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 39

§ 111b Schiedsverfahren in der Ambulanten Rehabilitation

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Anwendungsbereich der Schiedsstelle nach § 111b wird auf die ambulante Rehabilitation ausgedehnt. Dazu wird der Begriff „stationär“ in Absatz 1 ersatzlos gestrichen und in Absatz 2 auf den neuen § 111 c Bezug genommen

B) Stellungnahme

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen im Hinblick auf den neu geschaffenen § 111c.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 40

§ 111c Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 111c enthält in seinem ersten Absatz die Verpflichtung der Krankenkassen und Ersatzkassen, über ihre Landesverbände bzw. Landesvertretungen einheitliche Versorgungsverträge über die Durchführung ambulanter Rehabilitationsleistungen abzuschließen. Dies soll unabhängig davon gelten, ob mit dem Leistungsanbieter bereits ein Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 über stationäre Rehabilitationsleistungen existiert oder ob der Leistungsanbieter ausschließlich ambulante Rehabilitationsleistungen erbringt und bislang nur durch einen Verwaltungsakt zur Versorgung zugelassen worden ist.

Absatz 2 überträgt wesentliche Grundsätze des Versorgungsvertrages nach § 111 (Schriftlichkeit, Beitrittsmöglichkeit weiterer Landesverbände) auf den neuen Versorgungsvertrag nach § 111c.

Absatz 3 weitet den Anwendungsbereich der durch das Infektionsschutzgesetz neu eingeführten Regelung des § 111b auch auf die neuen Versorgungsverträge nach § 111c aus. Damit werden künftig auch Leistungserbringer, die ambulante Rehabilitationsleistungen auf der Grundlage von § 111c erbringen, bei Streitigkeiten über die Vergütung die durch § 111b neu geschaffenen Schiedsstellen anrufen können.

B) Stellungnahme

Der neue § 111c vervollständigt die leistungserbringerrechtlichen Vorschriften im Bereich der Rehabilitation der GKV, indem er den Abschluss von Versorgungsverträgen zur Grundlage auch ambulanter Leistungen der medizinischen Rehabilitation im Sinne von § 40 Abs. 1 Satz 1 macht. Bislang ließen Krankenkassen sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen Anbieter ambulanter Rehabilitationsleistungen mangels einer ausdrücklichen Regelung durch Verwaltungsakt zu.

Die Neuregelung ist grundsätzlich zu begrüßen, weil sie deutlich macht, dass die beiden Leistungsformen der Rehabilitation (ambulant und stationär) inhaltlich gleichwertig sind und vertragsrechtlich gleich behandelt werden. Die im SGB V verankerte leistungsrechtliche Nachrangigkeit der stationären Rehabilitation bleibt davon unberührt, sie stellt eine Konkretisierung des allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebotes (§ 12 SGB V) dar.

Mit der Neuregelung ist jedoch auch ein erheblicher bürokratischer Aufwand für die Krankenkassen und deren Landesverbände verbunden. Derzeit sind bundesweit ca. 450 ambulante Rehabilitationseinrichtungen von den Verbänden der



Krankenkassen auf Landesebene und den Ersatzkassen zugelassen. Die Umstellung der vertraglichen Regelungen für die bereits zugelassenen Einrichtungen auf Versorgungsverträge nach § 111c würde einen erheblichen Aufwand bedeuten, der durch die Einführung einer Bestandsschutzregelung vermieden werden kann.

Der GKV-Spitzenverband regt daher an, eine der mit dem 11. SGB V-Änderungsgesetz im Jahr 2002 eingeführten Regelung nach § 111a Abs. 2 für Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen vergleichbare Regelung auch für Anbieter ambulanter Leistungen vorzusehen.

C) Änderungsvorschlag

Es wird ein neuer 111c Abs. 4 eingefügt:

(4) Bei Einrichtungen, die vor dem (Datum = In-Kraft-Treten des Gesetzes) Leistungen zur ambulanten Rehabilitation erbracht haben, gilt ein Versorgungsvertrag nach § 111c SGB V in dem Umfang der bis dahin erbrachten Leistungen als abgeschlossen. Satz 1 gilt nicht, wenn die Einrichtung nicht für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen der ambulanten Rehabilitation einschließlich der Anschlussrehabilitation notwendig ist und die trägerübergreifend festgelegten Anforderungen nicht erfüllt und die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam dies bis zum [Datum einfügen, ca. 1 Jahr nach In-Kraft-Treten] gegenüber dem Träger der Einrichtung schriftlich geltend machen.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 41

§ 112 Zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es ist beabsichtigt, eine gesonderte Vertragsgrundlage für das Entlassmanagement von Krankenhäusern in den zweiseitigen Verträgen nach § 112 zu schaffen.

B) Stellungnahme

Diese Regelung ist nicht zielführend. Nach aktueller Gesetzeslage ist es bereits möglich, nach § 112 Abs. 2 Nr. 5 SGB V Verträge zur Sicherstellung des nahtlosen Übergangs von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation bzw. Pflege zu schließen. Es ist nicht davon auszugehen, dass die gesonderte Auflistung des Entlassmanagements in § 112 Abs. 2 Nr. 7 SGB V vermehrt zur Vereinbarung solcher Regelungen führen wird.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV

(Drucksache 17/6906)

Seite 132 von 282

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 42

§ 116 Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird geregelt, dass künftig auch Ärzte in Rehabilitationseinrichtungen und Ärzte, in stationären Pflegeeinrichtungen bei abgeschlossener Weiterbildung vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden können.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV

(Drucksache 17/6906)

Seite 133 von 282

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 43

§ 116a Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Künftig sollen Krankenhausärzte auch bei lokalem Versorgungsbedarf zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden können soweit und solange dies zur Deckung einer Unterversorgung erforderlich ist.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 44

§ 116b Ambulante spezialärztliche Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Einführung eines neuen, ambulanten spezialärztlichen Versorgungsbereiches, der gleichermaßen für ambulante und für stationäre Leistungserbringer zugänglich ist und in dem Patienten mit besonderen Krankheitsverläufen oder seltenen Erkrankungen sowie hochspezialisierten Leistungen versorgt werden sollen. Zudem sollen auch Teile aus dem Bereich des ambulanten Operierens und der stationsersetzenden Leistungen gem. § 115b SGB V der ambulanten spezialärztlichen Versorgung zugeordnet werden.

Zur spezialärztlichen Versorgung zugelassen sind alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und zugelassene Krankenhäuser, soweit sie die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen und dies gegenüber der Landesbehörde mit Belegen anzeigen. Der Zugang zur Leistungserbringung wird über einheitliche Qualifikations- und Qualitätsanforderungen bzw. über vom G-BA festzulegende sächliche und personelle Voraussetzungen an die Leistungserbringer eröffnet. Nach einer Prüffrist von zwei Monaten sind die Leistungserbringer automatisch zur Teilnahme berechtigt, es sei denn die Landesbehörde hat dem Leistungserbringer mitgeteilt, dass die Voraussetzungen zur Teilnahme nicht erfüllt sind. Entsprechend der Begründung ist eine weiterführende Bedarfsplanung für diesen Leistungsbereich nicht vorgesehen und aufgrund des Aufwandes nicht praktikabel.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) regelt in einer Richtlinie das Nähere zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung. Er konkretisiert die Erkrankungen und bestimmt den Behandlungsumfang. Er regelt die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante spezialärztliche Leistungserbringung sowie die einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung. Darüber hinaus regelt er, in welchen Fällen die ambulante spezialärztliche Leistungserbringung die Überweisung durch den behandelnden Arzt voraussetzt. Der G-BA kann für die Versorgung bei Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen Regelungen zu Vereinbarungen treffen, die eine Kooperation zwischen den beteiligten Leistungserbringern in diesem Versorgungsbereich fördern. Für die Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen hat er Regelungen für solche Vereinbarungen zu treffen. Diese Vereinbarungen sind Voraussetzung für die Teilnahme an der spezialärztlichen Versorgung.

Der G-BA ergänzt den Katalog der spezialärztlichen Leistungen um weitere Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen und seltene Erkrankungen sowie um hochspezialisierte Leistungen und benennt und konkretisiert in der



Richtlinie erstmals bis zum 31. Dezember 2012 ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe.

Die Leistungen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung werden unmittelbar von der Krankenkasse vergütet. Hierzu vereinbaren der GKV-SV, die DKG und die KBV die Kalkulationssystematik, diagnosebezogene Gebührenpositionen sowie deren jeweilige verbindliche Einführungszeitpunkte. Die Kalkulation erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage ausgehend vom Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nicht-ärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen. Bei den seltenen Erkrankungen sollen die Gebührenpositionen für die Diagnostik und die Behandlung getrennt kalkuliert werden. Die Vertragspartner können einen Dritten mit der Kalkulation beauftragen. Die Gebührenpositionen sind in regelmäßigen Zeitabständen daraufhin zu überprüfen, ob sie noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Grundsatz der wirtschaftlichen Leistungserbringung entsprechen. Kommt eine Vereinbarung nicht zu Stande entscheidet das Bundesschiedsamt, welches um weitere Vertreter der DKG und um weitere Vertreter der Krankenkassen in gleicher Zahl erweitert wird. Bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung erfolgt die Vergütung auf der Grundlage der berechenbaren Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen mit dem Preis der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung; dabei ist bei den öffentlich geförderten Krankenhäusern die Vergütung um einen Investitionskostenabschlag von 5 Prozent zu kürzen.

Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität erfolgt durch die Krankenkassen, die hiermit eine Arbeitsgemeinschaft beauftragen können. Die KBV, die DKG und der GKV-SV sollen gemeinsam und einheitlich das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens der Leistungserbringer vereinbaren. Darüber hinaus werden in dem § 116b neu Regelungen zur Bereinigung des ambulanten Versorgungsbereiches getroffen, der um die vertragsärztlichen Leistungen zu bereinigen ist, die Bestandteil der ambulanten spezialärztlichen Versorgung sind. Zudem werden Regelungen zu Verordnungen sowie zum Übergang in Bezug auf bereits gemäß der bisherigen Systematik vorhandene §116b-Bestimmungen gefasst.

B) Stellungnahme

Das deutsche Recht kennt inzwischen fast zwei Dutzend unterschiedlicher Rechtsformen, in denen Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung teilnehmen. Für diesen Bereich, in dem Krankenhäuser und Vertragsärzte gleichermaßen an der Versorgung teilnehmen, hat sich seit kurzem der Begriff „spezialärztliche Versorgung“ durchgesetzt. Allenthalben wird hier gesetzlicher Handlungsbedarf gesehen, um die widersprüchlichen und zersplitterten Regelungen in einem neuen Ordnungsrahmen zu harmonisieren. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung



(KBV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der GKV-Spitzenverband haben hierfür erste Konzepte vorgelegt (vgl. „Spezialärztliche Versorgung - GKV-Positionen zur Neuordnung ambulanter Leistungen von Krankenhäusern und spezialisierten Vertragsärzten“, April 2011).

Im vorliegenden Gesetzesentwurf wird nun – anders als in der gesundheitspolitischen Diskussion – der Begriff „spezialärztliche ambulante Versorgung“ in einem sehr viel engeren Sinne und als neue Überschrift für den bisherigen Paragraphen 116 b SGB V verwendet. Diese Blickverengung auf den Bereich der hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen wird dem umfassenden Neuordnungsbedarf nicht gerecht. Ein Gesetzesentwurf mit dem Ziel, die Versorgung neu zu strukturieren, sollte den Gestaltungsrahmen weiter ziehen als nur die Auflösung eines länderbedingten Zulassungstatus in den sehr spezifischen 116 b-Ambulanzen.

Entscheidend – und aus Kassensicht ordnungspolitisch falsch – ist eine Art Zulassungsanspruch nach dem Motto „Wer kann, der darf“. Unabhängig vom Bedarf hat jeder Leistungserbringer einen Anspruch auf Zulassung, so dass die bisherige „Länderhürde“ entfällt. Der Gesetzesentwurf ist somit eine Reaktion auf die uneinheitliche, bisweilen willkürlich anmutende Bestimmung von § 116 b-Ambulanzen [In Schleswig-Holstein ist die durchschnittliche Zahl der Bestimmungen mit 3,08 je allgemeinem Krankenhaus rund 30 mal so hoch wie in Bayern (0,09)!].

Der im Gesetzesentwurf vorgesehene Verzicht auf jede Form von Bedarfsermittlung bei der Zulassung spezialisierter Leistungsanbieter mag im Bereich der seltenen Krankheiten (Anlage 2 der G-BA-Richtlinie) akzeptabel sein. Der Aufwand, das halbe Dutzend beteiligter Arztgruppen beim Marfan-Syndrom einem Planungsprozess zu unterwerfen, würde in der Tat in keinem Verhältnis zum Ergebnis stehen. Problematischer aber ist die bedarfsunabhängige Zulassung schon im Bereich der Krankheiten mit besonderem Verlauf (Anlage 3 der G-BA-Richtlinie). Hier geht es bspw. um Herzinsuffizienz, wo im Bereich von Herzkathetern durchaus mengenmäßig bedenklich Überversorgung entstanden ist oder entstehen kann, während in anderen Bereichen Ärzte fehlen.

Gänzlich falsch wäre es, den § 116 b in der im Gesetzesentwurf vorliegenden Form ohne Bedarfsplanung und ohne ausreichende Zulassungsmechanismen und Verhandlungsstrukturen als Nukleus für die künftige spezialärztliche Versorgung insgesamt zu sehen. Dann würde insbesondere in den Ballungszentren ein für Ärzte lukrativer neuer Sektor entstehen, während auf dem Lande die Versorgung weiter ausgedünnt würde.

Das Landarztproblem wird sich kaum lösen lassen, wenn nicht gleichzeitig das Überversorgungsproblem im spezialärztlichen Bereich in den Ballungszentren in Angriff genommen wird. Der GKV-Spitzenverband hält es für notwendig im Rah-



men einer Überarbeitung der ambulanten Versorgungsbereiche der Kliniken folgenden Leitlinien zu folgen:

- 1) Etablierung einer paritätischen Verhandlungsstruktur auf Landes- und Bundesebene, bei der Leistungserbringer und Kostenträger je 50 % der Stimmen haben („G-BA Parität“).
- 2) Einheitliche Verhandlungen auf Landesebene über Leistungsvolumina.
- 3) Substitution der gegenwärtigen Generalzulassung durch ein System, dass die Berechtigung zu Abrechnung abhängig vom Bedarf macht und die Berechtigung befristet (5 – 10 Jahre).
- 4) Beauftragung des G-BA mit einer großflächigen, spezialärztlichen Bedarfsplanung, bei der durch Aggregation der bestehenden Bedarfsplanungsbezirke größere Planungseinheiten entstehen. Perspektivisch sind leistungsorientierte Planungs- und Erreichbarkeitsmaße zu entwickeln.
- 5) Einführung selektivvertraglicher Optionen für standardisierte, fallzahlstarke Leistungen mit Tendenz zur Überversorgung in Ballungszentren.

Der GKV-Spitzenverband fordert darüber hinaus eine begleitende Versorgungsforschung zur Einführung der spezialärztlichen Versorgung, die insbesondere Leistungsentwicklungen und –verlagerungen untersuchen soll. Zu diesem Zweck sind insbesondere Abrechnungsdaten der Krankenkassen zu verwenden.

Es ist davon auszugehen, dass die Änderung des § 116b SGB V in der vorliegenden Form in Abhängigkeit von der zu erwartenden Mengendynamik ohne steuernde Maßnahmen mit hohen zusätzlichen Kosten für die GKV verbunden ist. Auch die Einbeziehung weiterer Leistungen aus dem Bereich des ambulanten Operierens in den Bereich des § 116b neu birgt die Gefahr deutlicher Ausgabesteigerungen der GKV in diesem ambulanten Segment.

Aus Sicht der Krankenkassen ist der § 116 b SGB V neu in der vorliegenden Form des Gesetzentwurfes vor dem Hintergrund der oben benannten nicht berücksichtigten wesentlichen Elemente einer notwendigen umfassenden Neuordnung der ambulanten spezialärztlichen Versorgung abzulehnen.

C) Änderungsvorschlag

1. Streichung der beabsichtigten Neuregelung.

2. Hilfsweise sollten die Änderungsvorschläge gemäß der Anlage 1 am Gesetzentwurf vorgesehen werden.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 45

§ 127 Verträge

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch gemeinsame Rahmenempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und der für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene soll die Durchführung und Abrechnung der Versorgung mit Hilfsmitteln vereinfacht und vereinheitlicht werden. Diese Empfehlungen können sich auch auf Regelungen nach § 302 SGB V beziehen. Die Empfehlungen sind den Verträgen nach § 127 SGB V zugrunde zu legen.

B) Stellungnahme

Die vorgesehenen Regelungen schränken den Vertragswettbewerb ein. Zudem sind sie redundant, so dass ein Bürokratieabbau – wie in der Gesetzesbegründung dargestellt – nicht erreicht wird, sondern vielmehr Doppelaufgaben und -zuständigkeiten aufgrund von Überschneidungen entstehen.

Durch § 139 Abs. 2 Satz 3 SGB V ist bereits jetzt geregelt, dass zusätzliche Anforderungen an die zur Bereitstellung der Hilfsmittel zu erbringenden Leistungen geregelt werden können. Diese Anforderungen sind in den Verträgen nach § 127 SGB V zu beachten. Diese Gesetzesvorschrift ist ausreichend, um eine bedarfsgerechte und gleichmäßige Versorgung der Versicherten im Sinne des § 70 SGB V zu erreichen. Weitergehende versorgungsspezifische Regelungen müssen dem Vertragswettbewerb mit den einzelnen Leistungserbringern vorbehalten bleiben.

Das Abrechnungsverfahren nach § 302 SGB V wurde im Hilfsmittelbereich erfolgreich eingeführt und wird von den Vertragspartnern nach § 127 SGB V in den Verträgen konkretisiert. Es existieren keine Auswertungen bzw. Daten, die die Pauschalkritik der übermäßigen Bürokratie belegen oder Hinweise geben, an welchen Stellen konkret Verfahrensoptimierungen notwendig sind. Darüber hinaus sieht § 303 Abs. 1 SGB V bereits vor, dass im Rahmen der Abrechnung der Umfang der zu übermittelnden Abrechnungsbelege eingeschränkt und auf einzelne Angaben verzichtet werden kann. Daher ist die geplante Neuregelung auch im Hinblick auf die Durchführung der Abrechnung nicht notwendig und widerspricht bereits getroffenen Vereinbarungen. Durch eine unterschiedliche Ausgestaltung der Rahmenempfehlungen (Nr. 45 und Nr. 48) kann es darüber hinaus zu Regelungen kommen, die nicht kompatibel sind (z. B. unterschiedliche Anforderungen an Softwareentwickler, abweichende technische Anlagen).

C) Änderungsvorschlag

Streichen.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 46

§ 128 Unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Gesetzesänderung soll insbesondere verhindert werden, dass Vertragsärzte das Zuwendungsverbot durch Beteiligung an Unternehmen von Leistungserbringern im Hilfs-, Arznei- sowie zukünftig auch im Heilmittelbereich umgehen.

Darüber hinaus soll sichergestellt werden, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen Kenntnis von Hinweisen auf Fehlverhalten ihrer Mitglieder erhalten und geeignete Maßnahmen zur Abstellung etwaiger Verstöße gegen die vertragsärztlichen Pflichten treffen können.

Schließlich wird klargestellt, dass die Forderung oder Annahme unzulässiger Zuwendungen durch Vertragsärzte sowie die Beeinflussung von Versicherten mit dem Ziel, diese zum Verzicht auf die ihnen zustehende Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung und zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Versorgung zu bewegen, jeweils einen Verstoß gegen die vertragsärztlichen Pflichten begründet.

Die Ausdehnung des Zuwendungsverbotes auf die Heilmittelversorgung sei geboten, weil auch dort entsprechende Fehlentwicklungen beklagt werden.

B) Stellungnahme

§ 128 Abs. 2 Satz 3 neu:

Die gesetzliche Legaldefinition in Abs. 2 Satz 3 neu, wonach zukünftig auch Einkünfte aus solchen Beteiligungen unzulässige Zuwendungen sind, deren Höhe durch das Ordnungs- oder Zuweisungsverhalten von den Vertragsärzten selbst maßgeblich beeinflusst werden kann, wird begrüßt. Diese offensichtliche Fehlentwicklung war insbesondere durch Gründung von „Ärzte-GmbHs“ verstärkt beobachtet worden.

Verstöße gegen das Zuwendungsverbot in § 128 Abs. 2 SGB V müssen aber auch wirksam geahndet werden können.

Den Krankenkassen wurde dazu in § 128 Abs. 3 SGB V aufgegeben, insbesondere für schwerwiegende und wiederholte Zuwiderhandlungen angemessene Vertragsstrafen vorzusehen. Ein schwerwiegender Verstoß soll nach der Gesetzesbegründung insbesondere dann vorliegen, „wenn Zuwendungen in erheblicher Höhe oder über einen längeren Zeitraum gewährt worden sind“.



Der GKV-Spitzenverband weist darauf hin, dass hier ein für die Krankenkassen bestehendes praktisches Grundproblem völlig übersehen wird, welches auch im Ergebnis der geplanten Änderungen nicht sachgerecht aufgelöst wird.

Der Beweis, dass „Zuwendungen in erheblicher Höhe oder über einen längeren Zeitraum gewährt worden sind“ ist den Krankenkassen nämlich im Regelfall nicht möglich. Hierzu bedarf es z. B. der Unterstützung durch die zuständigen Ermittlungsbehörden, die entsprechende Durchsuchungsmaßnahmen veranlassen und dann die notwendigen Beweise sicherstellen können. Damit die Ermittlungsbehörden tätig werden, muss von den Krankenkassen aber zusätzlich der Anfangsverdacht einer strafbaren Handlung, z. B. Abrechnungsbetrug gem. § 263 StGB oder Bestechlichkeit gem. § 299 StGB, begründet werden, vgl. § 197 a Abs. 4 SGB V.

Nach der Gesetzesbegründung wurde die spezielle Regelung in § 128 SGB V aber für erforderlich erachtet, „weil allein straf-, berufs- und wettbewerbsrechtliche Vorschriften in der Praxis fragwürdige Formen der Zusammenarbeit offenbar nicht wirksam verhindern konnten“. Aus Sicht der Praxis der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten der Krankenkassen läuft die vom Gesetzgeber intendierte eigenständige sozialrechtliche Ahndung von Verstößen gegen das Zuwendungsverbot über § 128 Abs. 3 SGB V deshalb bislang weitgehend leer.

§ 128 Abs. 5 Satz 2 neu:

Eine Überprüfung des Verhaltens von Vertragsärzten ist insbesondere dann geboten, wenn den Krankenkassen z. B. bei der Prüfung von Abrechnungsdaten Auffälligkeiten bekannt werden, die auf eine gezielte Zuweisung von Versicherten an bestimmte Leistungserbringer hindeuten. Die Krankenkassen werden daher verpflichtet, hierüber nicht nur die Ärztekammern, sondern zukünftig auch die Kassenärztliche Vereinigung zu informieren.

Diese eher beiläufige Etablierung einer generellen Informationspflicht bei Auffälligkeiten bei der Ausführung von Verordnungen bestimmter Vertragsärzte steht allerdings in einem klarem Widerspruch zur bestehenden Regelung des § 197a Abs. 3 SGB V.

Bei der insoweit gesetzlich vorgeschriebenen Zusammenarbeit der Kranken- und Pflegekassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen im Bereich der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen existieren bereits seit deren Inkrafttreten am 01.01.2004 erhebliche Unsicherheiten, die aus unterschiedlichen Sichtweisen zum Thema Datenschutz resultieren. Dies resultiert aus der Gesetzesbegründung zu §§ 81a Abs. 3, 197a Abs. 3 SGB V, wonach eine Übermittlung personenbezogener Daten nicht zulässig ist.



Das BMG hat in der Vergangenheit bereits erklärt, dass ein „Austausch der notwendigen personenbezogenen Daten voraussichtlich nur über eine gesetzliche Klarstellung zu erreichen“ sei (zuletzt Bundestags-Drucksache 17/4943, S. 4f).

Der GKV-Spitzenverband fordert diese gesetzliche Klarstellung ein und legt dafür mit dieser Stellungnahme einen konkreten Änderungsvorschlag vor (vgl. C.)

§ 128 Abs. 5 a neu:

Sofern „Verstöße gegen vertragsärztliche Pflichten“ gesetzlich normiert werden, wird dies ebenfalls ausdrücklich unterstützt. Allerdings sollte diese gesetzliche Klarstellung schon aus gesetzessystematischen Erwägungen vielmehr im direkten Zusammenhang mit der ohnehin geplanten Neuregelung des Verbotes der Zuweisung gegen Entgelt, die in § 73 Abs. 7 neu entsprechend geregelt wird (vgl. Art. 1 Nr. 12), erfolgen.

Unmittelbarer Adressat der Depot- bzw. Zuwendungsverbote in §§ 128 Abs. 1 bzw. 2 SGB V sind die nicht-ärztlichen Leistungserbringer (vgl. ausdrücklich § 128 Abs. 3 Satz 2 SGB V). Die sozialrechtlichen Sanktionen nach § 128 Abs. 3 SGB V richten sich unmittelbar gegen die nicht-ärztlichen Leistungserbringer; allenfalls mittelbar gegen Vertragsärzte (vgl. nur § 128 Abs. 4 und 4a SGB V).

§ 128 Abs. 5 b neu:

Die Ausdehnung des Zuwendungsverbotes auf die Heilmittelversorgung, ist sachgerecht. Allerdings erfolgt die Ausdehnung - über den § 128 Abs. 6 SGBV hinaus - erneut im Rahmen des Sechsten Abschnitts „Beziehungen zu Leistungserbringern von Hilfsmitteln“. Dies begegnet zunehmend gesetzessystematischen Bedenken.

C) Änderungsvorschlag

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch:

(§§ 81a, 197a Abs. 1 Satz 3 und Abs. 3 - Übermittlungsbefugnis von Sozialdaten für die Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen)

1. Regelungsbedarf:

Um für die Kranken- und Pflegekassen hinreichende Rechtssicherheit zu schaffen, muss die Zulässigkeit der Übermittlung von personenbezogenen Daten bzw. Sozialdaten durch die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen in § 81a und § 197a SGB V klarstellend gesetzlich geregelt werden.

2. Gesetzesänderung:

In § 81a und § 197a SGB V wird jeweils in Abs. 1 nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

"§ 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X gilt".



In § 81a und § 197a SGB V werden jeweils in Abs. 3 nach dem Wort „Aufgaben“ die Wörter „und zur Sachverhaltsaufklärung“ eingefügt.

3. Begründung:

Bei der gesetzlich vorgeschriebenen Zusammenarbeit der Kranken- und Pflegekassen und Verbände untereinander sowie mit den Kassenärztlichen Vereinigungen im Bereich der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen existieren derzeit Unsicherheiten, die aus unterschiedlichen Sichtweisen zum Thema Datenschutz resultieren. Zur Rekonstruktion und Aufdeckung von Fehlverhaltensfällen muss es möglich sein, alle erforderlichen Daten, auch Sozialdaten, zwischen den Stellen organisationsübergreifend auszutauschen und zusammenzuführen.

Nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes ist dieses Erfordernis bereits jetzt von den Bestimmungen der §§ 67d, 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X i. V. m. §§ 197a SGB V, 47a SGB XI gedeckt. Dagegen wird von einigen Aufsichtsbehörden und Landesdatenschutzbeauftragten u. a. unter Berufung auf die Gesetzesbegründung zu § 81a Abs. 3 und § 197a Abs. 3 SGB V eine gegenteilige Auffassung vertreten.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 48)

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es ist eine gesetzliche Regelung über die Vertraulichkeit aller Informationen im Zusammenhang mit den Erstattungsbetragsverhandlungen nach Absatz 1, den Schiedsstellenverfahren nach Absatz 4 sowie den Verhandlungen zur Rahmenvereinbarung nach Absatz 9 vorgesehen.

B) Stellungnahme

Eine Vertraulichkeitsregelung ist für die Verfahren zu den Erstattungsbeträgen erforderlich. Nur wenn sichergestellt ist, dass nicht-öffentliche Informationen geschützt sind, werden die an den jeweiligen Verfahren beteiligten Parteien bereit sein, diese ggf. in die Verhandlungen einzubringen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 48

§ 133 Versorgung mit Krankentransportleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 127 Abs. 6 soll entsprechend auch auf den Krankentransportbereich angewendet werden; d.h. der GKV-Spitzenverband und die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer sollen gemeinsame Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung abgeben, die in den Verträgen zu beachten sind.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung greift die Kritik von Leistungserbringern an der Unübersichtlichkeit der Abrechnungsbestimmungen auf. Da § 303 Abs. 1 bereits vorsieht, dass im Rahmen der Abrechnung der Umfang der zu übermittelnden Abrechnungsbelege eingeschränkt und auf einzelne Angaben verzichtet werden kann, ist diese Neuregelung nicht notwendig und widerspricht ggf. bereits getroffenen Vereinbarungen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 49

§ 133 Versorgung mit Krankentransportleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 127 Abs. 6 soll entsprechend auch auf den Krankentransportbereich angewendet werden; d.h. der GKV-Spitzenverband und die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer sollen gemeinsame Rahmenempfehlungen zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der Durchführung und Abrechnung der Versorgung abgeben, die in den Verträgen zu beachten sind.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung wird abgelehnt.

Die beabsichtigte Neuregelung greift die Kritik von Leistungserbringern an der angeblichen Unübersichtlichkeit der Abrechnungsbestimmungen auf. Da § 303 Abs. 1 bereits vorsieht, dass im Rahmen der Abrechnung der Umfang der zu übermittelnden Abrechnungsbelege eingeschränkt und auf einzelne Angaben verzichtet werden kann, ist diese Neuregelung nicht notwendig und widerspricht ggf. bereits getroffenen Vereinbarungen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 50

§ 134a Versorgung mit Hebammenhilfe

A) Beabsichtigte Neuregelung

Dem § 134a Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Bei der Berücksichtigung der wirtschaftlichen Interessen der freiberuflich tätigen Hebammen nach Satz 2 sind insbesondere die Berufsausübung betreffende Kostensteigerungen zu beachten.“

Mit dem neuen Satz sollen Kostensteigerungen z. B. durch gestiegene Berufshaftpflichtversicherungsprämien in den Vergütungsverhandlungen zwischen Hebammenverbänden und GKV-Spitzenverband berücksichtigt werden.

B) Stellungnahme

Durch die beabsichtigte Ergänzung wäre der GKV-Spitzenverband in den Verhandlungen mit den Hebammenverbänden externen Preissetzungen z. B. durch Anbieter der Haftpflichtversicherungsprämien (zur Zeit nur ein Versicherer für Hebammen mit Geburtshilfe) ausgesetzt und müsste bei Erhöhungen diese in der Gebührenverhandlung zwangsweise übernehmen. Des Weiteren werden die in der Berufsausübung betreffenden Kostenänderungen bereits im bestehenden Satz 2 Absatz 1 des § 134 a SGB V berücksichtigt. Zudem wurden die gestiegenen Berufshaftpflichtversicherungsprämien entsprechend in der letzten Verhandlungsrunde 2010 berücksichtigt.

Es sollte eine Überführung des Anspruchs auf Hebammenhilfe aus der RVO ins SGB V erfolgen. Ferner sollten Richtlinien über Leistungen zur Hebammen- und Geburtshilfe für den ambulanten und stationären Bereich und eine Richtlinie zur Festlegung von qualitätssichernden Maßnahmen in der Hebammen- und Geburtshilfe – unabhängig von Geburtsort und Leistungserbringer durch den G-BA erstellt werden. Der Erhalt der freien Wahl des Geburtsortes unter Berücksichtigung der Qualitätsaspekte sollte festgeschrieben werden.

C) Änderungsvorschlag

Zur Sicherung der hebammen- und geburtshilflichen Versorgung ist die Umsetzung eines neuen Gesamtkonzeptes notwendig. Vor diesem Hintergrund positioniert sich der GKV-Spitzenverband wie folgt:

§ 197 RVO (Stationäre Entbindung) Ergänzung: Die Versicherte kann ambulant oder stationär entbinden. Eine ambulante Entbindung kann im Krankenhaus, in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung, in einer vom Arzt geleiteten Einrichtung, Hebammenpraxis oder im Rahmen einer Hausgeburt erfolgen. Wird die Versicherte zur stationären Entbindung in einem Krankenhaus oder anderen sta-



tionären Einrichtung aufgenommen, hat sie für sich und das Neugeborene Anspruch auf Unterkunft, Pflege und Verpflegung. Für diese Zeit besteht kein Anspruch auf Krankenhausbehandlung. Der Anspruch bei ambulanter Entbindung im Krankenhaus oder in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung beschränkt sich auf die Zeit der Geburt bis höchstens 24 Stunden. § 39 Abs. 2 SGB V gilt entsprechend.

SGB V Viertes Kapitel:

Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern

Zweiter Abschnitt: Beziehungen zu Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten

§ 92 SGB V Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses

Änderung Absatz 1 Satz 2, Nr. 4:

4. Ärztliche und hebammenhilfliche Betreuung bei Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft

Achter Abschnitt: Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern

§ 134a SGB V Versorgung mit Hebammenhilfe

Änderung Absatz 1:

Der Spitzenverband Bund schließt ... Verträge über die Versorgung mit Hebammenhilfe, die abrechnungsfähigen Leistungen und die Qualität der Leistungserbringung unter Einschluss

Neunter Abschnitt: Sicherung der Qualität der Leistungserbringung

§ 135a SGB V Verpflichtung zur Qualitätssicherung

Änderung Absatz 2:

(2) Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, Hebammen und Entbindungspfleger sowie von Hebammen geleitete Einrichtungen, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht, sind nach Maßgabe der §§ 137, 137d und 137 h ... verpflichtet,

1. sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und
2. einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.

Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, Hebammen sowie von Hebammen geleitete Einrichtungen und zugelassene Krankenhäuser haben der Institution nach § 137a Abs. 1 die für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach § 137a Abs. 2 Nr. 2 und 3 erforderlichen Daten vollständig zur Verfügung zu stellen.

§ 137 SGB V Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung

Änderung Absatz 1 letzter Satz:



Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer sowie die Berufsorganisationen der Pflegeberufe und der Verbände der Hebammen sind bei den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 zu beteiligen.

Neuregelung: 137 h SGB V Qualitätssicherung der Versorgung mit Hebammenhilfe

(1) Für die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen und den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene die Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie die Anforderungen an das Qualitätsmanagement nach § 135a Abs. 2.

(2) Die vereinbarten Maßnahmen der Qualitätssicherung nach Absatz 1 haben insbesondere zum Ziel, die Ergebnisqualität zu verbessern. Dabei sind auch Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie an die dafür notwendigen Dokumentationsanforderungen festzulegen.

(3) Liegen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 zur Qualitätssicherung vor, die Leistungen nach §§ 196, 197 RVO betreffen, sollen diese analog in der Vereinbarung nach Absatz 1 zur Anwendung kommen.

(4) Hebammen und Entbindungspfleger sowie von Hebammen geleitete Einrichtungen sind verpflichtet, der Institution nach § 137a Abs. 1 die für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach § 137a Abs. 2 Nr. 2 und 3 erforderlichen Daten vollständig zur Verfügung zu stellen, sofern Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 zur Qualitätssicherung vorliegen, die Leistungen nach §§ 196, 197 RVO betreffen.

Zehntes Kapitel: Versicherungs- und Leistungsdaten, Datenschutz, Datentransparenz

Zweiter Abschnitt: Übermittlung und Aufbereitung von Leistungsdaten, Datentransparenz

Erster Titel: Übermittlung von Leistungsdaten

§ 301a SGB V Abrechnung der Hebammen und Entbindungspfleger

Änderung Überschrift:

Abrechnung der Hebammen, Entbindungspfleger und der von Hebammen geleiteten Einrichtungen

Änderung Absatz 1:



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV

(Drucksache 17/6906)

Seite 149 von 282

Freiberuflich tätige Hebammen und Entbindungspfleger sowie von Hebammen geleitete Einrichtungen sind verpflichtet, den Krankenkassen folgende Angaben (...)



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 51

§ 136 Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 136 Abs. 4 eröffnet Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit, mit einzelnen Krankenkassen oder deren Landesverbänden gesamtvertragliche Vereinbarungen zu schließen, in denen Ärzte für besondere Leistungs-, Struktur- oder Qualitätsmerkmale einen Zuschlag zu den Vergütungen erhalten. Die vereinbarten Zu- und Abschläge beziehen sich dabei auf den Punktwert, der gemäß § 87a jährlich durch die Vertragspartner vereinbart wird.

B) Stellungnahme

Die Änderungsvorschläge beinhalten notwendige Folgeänderungen durch Änderungen der §§ 87a bis 87c. Die vorliegenden Änderungen sind redaktioneller Natur.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 54

§ 137c Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus

Vorbemerkung zur Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus

Der GKV-Spitzenverband hat in den vergangenen Monaten sein Konzept „Innovationszentren in der GKV-Versorgung – Patientenwohl als Wettbewerbsvorteil“ veröffentlicht. Ziel dieser Initiative ist es, die gesetzlichen Rahmenbedingungen für den Einsatz neuer Technologien so zu verändern, dass die Patienten besser und sicherer als heute versorgt werden. Hierzu hat der GKV-Spitzenverband einen eigenen Gesetzesvorschlag unterbreitet [siehe Anlage 2].

Die Gesetze erlauben derzeit, dass Krankenhäuser neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu Lasten der GKV anwenden, ohne dass Nutzen und Schaden geprüft werden. Auf diesem Wege werden prinzipiell in jedem Krankenhaus in Deutschland Verfahren an Patienten ausprobiert, ohne dass ein kontrollierter Versorgungsrahmen garantiert ist, wie ihn eine hochwertige klinische Studie aus Gründen des Patientenschutzes und des systematischen Erkenntnisgewinns bietet.

Der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes setzt bei neuen nichtmedikamentösen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden an, für die Krankenhäuser beim InEK ein besonderes Entgelt anfragen. Es ist vorgesehen, dass diese Leistungen nur dann durch die GKV mit dem entsprechenden Entgelt vergütet werden, wenn sie im Rahmen einer hochwertigen klinischen Studie eingesetzt werden, die von den Klinikern selbst entwickelt wurde. Damit soll erreicht werden, dass Neues in der Phase der Erforschung vorrangig von klinischen Experten qualitätsgesichert angewendet wird und systematisch Erkenntnisse gewonnen werden, die in der folgenden Routineversorgung allen Patienten zu Gute kommt. Der Verbotsvorbehalt bleibt dabei grundsätzlich bestehen.

Die Vorteile für die Patientenversorgung und die Anbieter von Innovationen liegen auf der Hand:

Patienten erhalten in der Erprobungsphase die potenziell nützliche, aber auch potenziell schädliche Technologie unter kontrollierten Bedingungen mit einer besonderen Absicherung über eine Probandenversicherung. Ein systematischer Erkenntnisgewinn wird angeregt und ist gewährleistet. Dies garantiert eine schnellere Innovationseinführung in den ambulanten Sektor.

Die Kliniker entwickeln vor dem Hintergrund ihrer Expertise das Studienprotokoll selbst. Prinzipiell kann jede Klinik, die verfahrensbezogen eine entsprechende



Expertise vorweist, ein „Innovationszentrum“ sein. Damit wird ein Impuls zu einer besseren klinischen Forschung in Deutschland gesetzt.

Der Wettbewerb zwischen Kliniken und zwischen Herstellern von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wird befördert.

Der vorliegende Gesetzesentwurf der Bundesregierung greift einen Grundgedanken dieses GKV-Vorschlags auf und eröffnet dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Möglichkeit, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit dem „Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative“, aber bisher unklarem Nutzen einer Erprobung zuzuführen. Diese Zielsetzung ist im Grundsatz zu begrüßen. Der Gesetzesentwurf der Bundesregierung stellt allerdings leider nicht sicher, dass eine Finanzierung der medizinischen Leistung durch die GKV ausschließlich im Rahmen hochwertiger klinischer Studien erfolgt. Um die Notwendigkeit einer solchen Beschränkung deutlich zu machen, hat der GKV-Spitzenverband beispielhaft dargestellt, welcher unsicheren Datenlage sich Lungenärzte bei der Behandlung von Lungenemphysepatienten künftig für eine von drei auf dem Markt befindlichen Innovationen entscheiden sollen. Das Beispiel greift zwei Methoden auf, die im Jahr 2011 erstmals den NUB-Status 1 erhalten haben sowie eine weitere Methode, deren zugrunde liegendes Produkt wohl demnächst ein CE-Kennzeichen erhalten wird. Als Konsequenz aus diesem Beispiel rät der GKV-Spitzenverband von einer gleichzeitigen flächendeckenden Anwendung der zur erprobenden Methode außerhalb von Studien aus Gründen des Patientenschutzes dringend ab. Außerdem ist zu befürchten, dass es kaum gelingen wird, Leistungserbringer und Patienten für die Teilnahme an kontrollierten Studien zu gewinnen, wenn die zu evaluierende Leistung bereits in der flächendeckenden Routineversorgung zur Verfügung steht.

Die Stoßrichtung des Gesetzesentwurfs ist zudem eine andere als ursprünglich vom GKV-Spitzenverband vorgeschlagen: Es stehen nicht medizinische Innovationen im Fokus, sondern allgemein alle medizinischen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Innovationen werden auch weiterhin nicht regelhaft auf ihr Nutzen- und Schadenspotenzial untersucht, sobald ihr Einsatz in der GKV-Versorgung bevorsteht, sondern erst nach gezielter Antragstellung und somit nach (ggf. mehrjähriger) flächendeckender Anwendung. Im Sinne des Patientenschutzes ist diese Variante ungünstiger als der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes. Sie setzt nämlich für Leistungserbringer und Hersteller keine hinreichenden Anreize, frühzeitig Studien zur Prüfung des Nutzens von innovativen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durchzuführen. Unter Umständen werden so hunderte oder gar tausende von Patienten mit Methoden behandelt, die zwar das „Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative“ haben, deren Nutzen jedoch fraglich und deren Anwendungsrisiken unklar sind.



Der Gesetzesentwurf nimmt „Hersteller von Medizinprodukten oder Unternehmen, die in sonstiger Weise als Anbieter der Methode wirtschaftliches Interesse an einer Erbringung zu Lasten der Krankenkassen haben“ in die Pflicht, sich in angemessener Weise an der Finanzierung des sogenannten „Studienoverheads“ zu beteiligen. Auch dieser Vorschlag ist grundsätzlich zu begrüßen. Gleichzeitig wird den Unternehmen jedoch das Recht eingeräumt, den G-BA an einer Beschlussfassung zur Erprobung einer Methode mit ihrem Produkt zu hindern, indem sie sich einer Finanzierung dieser studienbedingten Mehrkosten verweigern. Dabei bleibt unklar, wie eine Beteiligung mehrerer potenziell konkurrierender Hersteller bewerkstelligt werden soll. Die konkrete Umsetzung des Gesetzesvorschlags dürfte sich nach unserer Einschätzung äußerst schwierig gestalten.

Der Industrie wird außerdem das Recht eingeräumt, einen Antrag auf Erstellung einer Richtlinie zur Erprobung ihrer Produkte oder Anwendungen beim G-BA zu stellen. Die Verantwortung für Planung, Beauftragung und Steuerung der Studie liegt dann beim G-BA. Dies widerspricht internationalen Gepflogenheiten und Regeln, wie sie auch für den Arzneimittelbereich Gültigkeit haben. Verantwortlich für die Planung, Durchführung und Finanzierung einer klinischen Studie, in der ein sich in der Entwicklung befindliches bzw. neues Produkt oder Verfahren untersucht wird, ist grundsätzlich der Entwickler und Hersteller. Der Gesetzesvorschlag ist deshalb so zu erweitern, dass interessierte Unternehmen selbst das Studienprotokoll und die sächlichen und personellen Anforderungen innerhalb der Studie erstellen und dies dann dem G-BA zur Genehmigung vorlegen. Sämtliche studienbedingten Mehrkosten sind in diesen Fällen von dem Antrag stellenden Unternehmen zu tragen. Sowohl die Studienentwicklung als auch die Studienoverheadkosten sind als Produkt-Entwicklungskosten anzusehen und sollten nicht von der Solidargemeinschaft der GKV-Versicherten getragen werden müssen.

In der Anlage zu dieser Stellungnahme sind das erwähnte medizinische Beispiel zum Einsatz von verschiedenen Innovationen für die Behandlung eines Lungenemphysems (Anlage 3) sowie ein Vorschlag zur gesetzestechnischen Umsetzung einer besseren Innovationssteuerung des GKV-Spitzenverbandes (Anlage 2) beigefügt. Sofern dieser Gesetzesvorschlag des GKV-Spitzenverbandes vom Gesetzgeber nicht aufgegriffen wird, schlagen wir auf Basis der Textierung des Gesetzesentwurfs der Bundesregierung folgende Detailänderungen vor, die den wesentlichen bereits heute absehbaren Schwächen des Vorschlags in der Umsetzung abhelfen könnten.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 54 a) bb)

§ 137c Abs. 1 Satz 2 Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzesentwurf der Bundesregierung sieht vor, dass Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden im Krankenhaus durch den G-BA künftig nur noch ausgeschlossen werden können, wenn sie nicht das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten, insbesondere weil sie schädlich oder unwirksam sind.

B) Stellungnahme

Der G-BA muss nach dieser Neuregelung künftig die Nichterforderlichkeit nachweisen, um eine Methode auszuschließen. Allein die Hypothese, dass eine Methode wirkt, soll für das Belassen in der stationären Versorgung ausreichen. Der Nachweis einer Nichterforderlichkeit ist methodisch jedoch nahezu unmöglich. Bleiben also Verfahren trotz fehlender Nutzenbelege oder fehlender Hinweise auf den Nutzen weiterhin in der Versorgung, wird der Patientenschutz einer Regelung zur Förderung des Marktzuganges von Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden im Krankenhaus untergeordnet.

C) Änderungsvorschlag

Abs. 1 Satz 2 wird in seinem derzeit geltenden Wortlaut belassen.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 54 a) cc)

§ 137c Abs. 1 Satz 3-5 Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

Laut Entwurf sollen Methoden mit nicht hinreichend belegtem Nutzen, die jedoch über das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative verfügen, gem. des neuen § 137e erprobt werden können. Diese Erprobungsrichtlinie ist mit keiner Frist versehen.

B) Stellungnahme

Es besteht Konkretisierungsbedarf, auf welcher Grundlage das „Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative“ festgestellt werden soll. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes kann dies nur auf der Grundlage der bewerteten wissenschaftlichen Literatur erfolgen. Im Rahmen der Bewertung muss in Anlehnung an das Methodenpapier 4.0 des IQWiG im Falle eines nicht eindeutigen Beleges ein Hinweis oder wenigstens ein Anhaltspunkt für einen Nutzen erkennbar sein, um eine Behandlungsalternative weiter zu erproben. Der GKV-Spitzenverband regt daher an, den in der Gesetzesbegründung eingeführten Bezug auf „bisher vorliegende Erkenntnisse“ durch die Terminologie des IQWiG, auf dessen Berichtgrundlage der G-BA seine Entscheidungen trifft, schon im Gesetzeswortlaut zu konkretisieren.

Es ist ferner unklar, was passiert, wenn eine Richtlinie zur Erprobung zustande gekommen ist, die resultierende Studie aber aufgrund fehlender Anreize für Patienten und Leistungserbringer (z. B. aufgrund attraktiverer Behandlungsalternativen oder aufgrund des Einsatzes der zu erprobenden Methode außerhalb von Studien) nicht in angemessener Frist zustande kommt. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes muss daher mit Beschluss der Richtlinie gemäß § 137e eine Gültigkeitsdauer festgelegt werden.

C) Änderungsvorschlag

Abs. 1 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Ergibt die Überprüfung, dass der Nutzen einer Methode noch nicht hinreichend belegt ist, aber auf Grundlage vorliegender Studienergebnisse Anhaltspunkte dafür bietet, dass es sich um eine erforderliche Behandlungsalternative handelt, kann der Gemeinsame Bundesausschuss eine Richtlinie zur Erprobung nach § 137e beschließen, deren Gültigkeit in Abhängigkeit von der geplanten Erprobungsdauer zu befristen ist.“

Abs. 1 Satz 5 wird wie folgt gefasst und ergänzt:

„Ist eine Richtlinie zur Erprobung im Rahmen einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss gesetzten Frist nicht zustande gekommen, weil es an einer nach



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV

(Drucksache 17/6906)

Seite 156 von 282

§ 137e Absatz 6 erforderlichen Vereinbarung fehlt oder wird eine Erprobung gemäß einer Richtlinie zur Erprobung nicht innerhalb der Frist nach § 137e Absatz 1 abgeschlossen oder ist vorzeitig absehbar, dass die Erprobung nicht innerhalb der Frist nach § 137e Absatz 1 abgeschlossen wird, gilt Satz 4 entsprechend.“



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 56

§ 137e Abs. 1 Satz 1 -Neu- Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

A) Beabsichtigte Neuregelung

Laut Entwurf sollen Methoden mit nicht hinreichend belegtem Nutzen, die jedoch über das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative verfügen, gem. des neuen § 137e erprobt werden können.

B) Stellungnahme

Es besteht Konkretisierungsbedarf, auf welcher Grundlage das „Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative“ festgestellt werden soll. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes kann dies nur auf der Grundlage der bewerteten wissenschaftlichen Literatur erfolgen. Im Rahmen der Bewertung muss in Anlehnung an das Methodenpapier 4.0 des IQWiG im Falle eines nicht eindeutigen Beleges ein Hinweis oder wenigstens ein Anhaltspunkt für einen Nutzen erkennbar sein, um eine Behandlungsalternative weiter zu erproben. Der GKV-Spitzenverband regt daher an, den in der Gesetzesbegründung eingeführten Bezug auf „bisher vorliegende Erkenntnisse“ durch die Terminologie des IQWiG, auf dessen Berichtgrundlage der G-BA seine Entscheidungen trifft, schon im Gesetzeswortlaut zu konkretisieren.

C) Änderungsvorschlag

§ 137e Abs. 1 Satz 1 lautet:

Gelangt der Gemeinsame Bundesausschuss bei der Prüfung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 135 oder § 137c zu der Feststellung, dass es Anhaltspunkte dafür gibt, dass eine Methode eine erforderliche Behandlungsalternative darstellt, ihr Nutzen aber noch nicht hinreichend belegt ist, kann der Gemeinsame Bundesausschuss unter Aussetzung seines Bewertungsverfahrens eine Richtlinie zur Erprobung beschließen, um die notwendigen Erkenntnisse für die Bewertung des Nutzens der Methode zu gewinnen.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 56

§ 137e Abs. 2 Satz 1 +2-Neu- Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der G-BA legt für die Erprobung Eckpunkte bzgl. Qualitätssicherung der Leistungserbringung und der konkreten Durchführung der Studie fest.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband regt an, dass bei erkennbarem Interesse von geeigneten Einrichtungen an einer hochwertigen Studie diese selbst ein Studienprotokoll erstellen und beim G-BA in der Phase der Richtlinienerstellung gem. § 137e einreichen können. Antragstellende Unternehmen gem. § 137c Abs. 7 müssen diese Unterlagen einreichen (s. u.).

C) Änderungsvorschlag

In Abs. 2 wird folgender Satz 3 eingefügt:

„Er überprüft ferner von Leistungserbringern oder antragstellenden Unternehmen gem. Abs. 7 eingereichte Erprobungskonzepte auf ihre Eignung, den Nutzen der zu erprobenden Untersuchungs- oder Behandlungsmethode nachzuweisen. Wenn diese Konzepte geeignet sind, bezieht der Gemeinsame Bundesausschuss sie in die Festlegung der Anforderungen ein.“



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 56

§ 137e Abs. 2 Satz 3-Neu- Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass Krankenhäuser auch außerhalb der Erprobung die zu erprobende Methode zu Lasten der GKV anwenden dürfen. Der G-BA soll hierfür nach § 137 Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung regeln.

B) Stellungnahme

Von einer Anwendung der zu erprobenden Methode außerhalb der klinischen Studie/Erprobung ist dringend abzuraten, da sie Patientenschutzinteressen zuwiderläuft und die Durchführung der Studie selbst gefährdet. Auch eine Regelung der Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung läuft ins Leere, weil sie nicht dazu beitragen kann, die offenkundig fehlenden Daten zu Nutzen und Risiken der Innovationsanwendung herbeizuführen.

C) Änderungsvorschlag

Satz 3 des Gesetzesentwurfs ist zu streichen und stattdessen folgender Satz 3 einzufügen:

„Eine Erbringung der Untersuchungs- und Behandlungsmethode ist dann nur noch im Rahmen der Erprobung möglich.“



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 56

§ 137e Abs. 5 -Neu- Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

A) Beabsichtigte Neuregelung

Eine „unabhängige wissenschaftliche Institution“ (wahrscheinlich ist eine CRO gemeint, d. h. eine contract oder clinical research organization) soll die Studie wissenschaftlich begleiten und auswerten sowie für den zusätzlichen Dokumentationsaufwand eine angemessene Aufwandsentschädigung an Leistungserbringer zahlen.

B) Stellungnahme

Dieser Absatz greift zum einen Selbstverständlichkeiten der klinischen Forschung auf. Es wird angeregt, auf diese zu verweisen. Zum anderen bleiben hinsichtlich der Vergütungen von Aufwandsentschädigungen die Quellen der dafür zur Verfügung stehenden Mittel unklar.

C) Änderungsvorschlag

Abs. 5 wird wie folgt gefasst:

„Für die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Erprobung beauftragt der Gemeinsame Bundesausschuss eine unabhängige wissenschaftliche Institution, die nach den geltenden Normen der guten klinischen Praxis die Erprobung der Methode gewährleistet. Für die Tragung der Kosten der Studiendurchführung mit Ausnahme der von Herstellern nach Absatz 6 übernommenen Kosten gilt § 139c Abs. 1 entsprechend.“



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 56

§ 137e Abs. 6 -Neu- Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

A) Beabsichtigte Neuregelung

Wenn die zu untersuchende Methode hauptsächlich auf der Anwendung eines Medizinproduktes beruht, kommt die Studie nur zustande, wenn das entsprechende Unternehmen einwilligt, die Kosten der wissenschaftlichen Begleitung in angemessenem Umfang zu übernehmen. Die Kompetenz für Kostenregelungen mit Herstellern/Unternehmen soll bei der wissenschaftlichen Institution gem. Abs. 5 liegen.

B) Stellungnahme

Die in Abs. 6 gewählte Formulierung, dass ein Hersteller eines Medizinproduktes in „angemessenem Umfang“ die Kosten für die wissenschaftliche Begleitung zu tragen hat, ist in dieser Weise zu unbestimmt, weil nicht definiert ist, was ein „angemessener Umfang“ ist. Die Angaben der Gesetzesbegründung, die Angemessenheit der Kostenbeteiligung habe sich an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Unternehmens zu orientieren, ist weder praktikabel noch sinnvoll. Der Begriff „wirtschaftliche Leistungsfähigkeit“ ist weitgehend unbestimmt und lädt geradezu zu Umgehungsstrategien ein, wie etwa einer Ausgliederung von Innovationsprojekten aus Großunternehmen in kleine nicht „wirtschaftlich leistungsfähige“ Tochterfirmen. Da der Gewinn, der sich durch die Anwendung des Produktes ergibt, den Herstellern alleine zu Gute kommt, sollten diese die wissenschaftliche Begleitung vollumfänglich finanzieren. Es ist nicht Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung, diese Kosten für ein Unternehmen zu tragen.

C) Änderungsvorschlag

In Abs. 6 Satz 1 wird das Wort „angemessenem“ gestrichen und ersetzt durch das Wort „vollem“.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 56

§ 137e Abs. 7 Satz 2 -Neu- Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

A) Beabsichtigte Neuregelung

Interessierte Unternehmen, die ein wirtschaftliches Interesse an einer Erbringung zu Lasten der GKV haben, können eine Studie beim G-BA beantragen. Im Anschluss an die Erprobung entscheidet der G-BA gem. § 135 bzw. § 137c SGB V.

B) Stellungnahme

Für Anträge von Unternehmen gem. Abs. 7 ist zu gewährleisten, dass diese selbst das Erprobungskonzept erstellen und ein wissenschaftliches Institut mit dessen Umsetzung beauftragen. Es ist nicht Aufgabe des G-BA, mit Versicherungsgeldern ein Erprobungskonzept zu erstellen und umzusetzen, das letztlich dazu dient, interessierten Unternehmen einen Wettbewerbsvorteil zu verschaffen. Das Gleiche gilt für die Finanzierung des studienbedingten Mehraufwands: Da die Durchführung der Erprobung im Interesse des Antragstellers ist, können keine Versicherungsgelder herangezogen werden.

Aufgrund der international unterschiedlichen Patientenschutzbestimmungen und damit verschiedenen Zugangsmöglichkeiten von medizintechnischen Innovationen zu den Gesundheitsmärkten eröffnet dieser Absatz international tätigen Unternehmen die Möglichkeit, ihre Produkte mit Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland erproben zu lassen.. Dies ist insbesondere für Unternehmen attraktiv, die für ihre Produkte eine Zulassung in den USA anstreben (sog. *premarket-approval* der FDA), da dort hohe Anforderungen an Zulassungsstudien gestellt werden (in der Regel randomisierte und kontrollierte Studien).

C) Änderungsvorschlag

Abs. 7 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Der Antragsteller hat aussagekräftige Unterlagen dafür vorzulegen, dass für die Methode zumindest Anhaltspunkte für einen Nutzen vorliegen, sowie eine Verpflichtungserklärung, die Kosten des studienbedingten Mehraufwandes in vollem Umfang zu übernehmen.“

Es werden danach folgende Sätze 3 und 4 eingefügt:

„Eine Verwendung von Mitteln nach § 139c für die Durchführung der Erprobung ist unzulässig. Der Antragsteller hat dem Gemeinsamen Bundesausschuss ein Studienprotokoll vorzulegen, die einbezogenen Indikationen und die sächlichen, personellen und sonstigen Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung darzustellen sowie Anforderungen an die Durchführung, die wissenschaftliche Begleitung und die Auswertung einzureichen. Abweichend von Abs. 5 erfolgt die Beauftragung der wissenschaftlichen Institution unmittelbar durch den Her-



steller nach Genehmigung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss. Im Rahmen dieser Genehmigung überprüft der Gemeinsame Bundesausschuss, ob die Anforderungen an die Durchführung der Erprobung durch das vorgelegte Studienprotokoll erfüllt sind und ob die vom Antrag stellenden Hersteller oder Unternehmen vorgeschlagene wissenschaftliche Institution unabhängig und zur Durchführung der Erprobung geeignet ist.“



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 56

§ 137e Abs. 7 Satz 3 -Neu- Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

A) Beabsichtigte Neuregelung

Laut Gesetzesentwurf hat der G-BA innerhalb von drei Monaten nach Antragstellung durch den Hersteller über eine Erprobung zu entscheiden.

B) Stellungnahme

Die im Gesetzesentwurf festgelegte Frist von drei Monaten für eine Entscheidung ist nicht haltbar. Die Sichtung und wissenschaftliche Bewertung der eingereichten Unterlagen sowie die anschließende Befassung des G-BA erfordern eine angemessene Bearbeitungsfrist.

Der GKV-Spitzenverband schlägt vor, sich an den Fristen im AMNOG zu orientieren (drei Monate Bewertung der eingereichten Unterlagen durch das IQWiG, drei Monate für die anschließende Beschlussfassung des G-BA).

C) Änderungsvorschlag

In Abs. 7 werden die Worte „innerhalb von 3 Monaten“ durch die Worte „innerhalb von 6 Monaten“ ersetzt.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 56

§ 137e Abs. 8 -Neu- Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der G-BA hat Unternehmen zu den Voraussetzungen einer Erbringung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu Lasten der GKV zu beraten.

B) Stellungnahme

Die Beratungsleistung des G-BA sollte sich ausschließlich auf eine geplante Erprobung beziehen und nicht auf allgemeine Vergütungswege innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung, insbesondere sollte der G-BA keine Wirtschaftsförderung betreiben. Ferner wäre es zu begrüßen, wenn auch Leistungserbringer, die erkennbar an der Durchführung einer qualitativ hochwertigen Studie interessiert sind, sich hierbei durch den G-BA beraten lassen könnten.

C) Änderungsvorschlag

In Abs. 8 Satz 1 wird nach „berät“ das Wort „Leistungserbringer“ eingefügt und das Wort „Erbringung“ durch das Wort „Erprobung“ ersetzt. Die Wörter „zu Lasten der Krankenkassen“ werden durch die Wörter „im Sinne von Abs. 2“ ersetzt.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr 57) b) bb)

§ 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass dem G-BA die Richtlinienkompetenz für die Festlegung der Voraussetzungen für die Einschreibung des Versicherten in ein Programm übertragen wird, während die Festlegung der administrativen Anforderungen an das Verfahren der Einschreibung der Versicherten in ein strukturiertes Behandlungsprogramm einschließlich der Dauer der Teilnahme aufgrund der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung der Programmkosten weiterhin durch eine Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 Satz 1 Nummer 3 geregelt wird.

B) Stellungnahme

Neben den administrativen Anforderungen an die Festlegung der Teilnahmedauer sind auch medizinische Aspekte bei der Teilnahmedauer zu berücksichtigen (z. B. DMP-Asthma: Ausschreibung nach zwölfmonatiger Symptomfreiheit). Die Regelungen des vorliegenden Entwurfs können dahingehend verstanden werden, dass sich der G-BA zukünftig nicht mehr mit medizinischen Anforderungen an die Teilnahmedauer auseinandersetzen muss. Der GKV-SV sieht in der durch den Krankheitsverlauf und durch indikationsspezifische Besonderheiten begründeten Festlegung der Teilnahmedauer eine originäre Aufgabe des G-BA. Diesbezügliche Regelungen sollten daher in die Richtlinienkompetenz des G-BA fallen.

C) Änderungsvorschlag

Es wird vorgeschlagen, dahingehend eine Klarstellung vorzunehmen, dass die Festlegung der Teilnahmedauer nur insoweit durch die RSAV zu regeln ist, als sie die administrativen Anforderungen betrifft. Festlegungen zur Teilnahmedauer, die durch die Art und den Verlauf einer Erkrankung medizinisch begründet sind, sollten durch den G-BA in Richtlinien getroffen werden können.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr 57) b) bb)

§ 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

§ 137f Absatz 2 Sätze 2 und 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

Unabhängig von der beabsichtigten Neuregelung, die Regelungskompetenz für die Inhalte und die konkrete Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme vom Bundesministerium für Gesundheit (Rechtsverordnung) auf den G-BA (Richtlinien) zu übertragen, ist grundsätzlich klarzustellen, dass die Richtlinien des G-BA generell auch für strukturierte Behandlungsprogramme gelten.

B) Stellungnahme

Da es in der Vergangenheit Interpretationsschwierigkeiten hinsichtlich der Geltung von Richtlinien des G-BA (insbesondere der Arzneimittel-Richtlinien) für strukturierte Behandlungsprogramme gab, sollte hier eine gesetzliche Klarstellung erfolgen. Auch zukünftig haben die in den Richtlinien des G-BA nach Satz 1 geregelten Anforderungen insbesondere auf Grund ihrer Evidenzbasierung einen Vorrang in der Versorgung innerhalb der strukturierten Behandlungsprogramme. Sie sollen dabei aber den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrags im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht einschränken, soweit sie Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen. Etwaige Einschränkungen der Therapiefreiheit, die sich durch das Leistungsrecht näher konkretisierende Richtlinien des G-BA nach § 92 ergeben, bleiben auch in den strukturierten Behandlungsprogrammen unberührt. Damit zukünftig diesbezügliche Missverständnisse vermieden werden, sollte dieser Grundsatz in den Gesetzestext übernommen werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 137f Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt gefasst: „Soweit diese Anforderungen Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, beschreiben diese die bevorzugten Vorgaben, schränken aber den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrags im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht grundsätzlich ein. Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 gelten in den strukturierten Behandlungsprogrammen nach Absatz 1 uneingeschränkt.“



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr 57) d) bb)

§ 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

§ 137f Absatz 4 neuer Satz 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass die Krankenkassen oder ihre Verbände für jedes Kalenderjahr Qualitätsberichte nach den Vorgaben der Richtlinien des G-BA erstellen, die dem Bundesversicherungsamt jeweils bis zum 1. Oktober des Folgejahres vorzulegen sind.

B) Stellungnahme

Die Erstellung von Qualitätsberichten und deren Veröffentlichung ist bereits Bestandteil der bisherigen strukturierten Behandlungsprogramme. Die Verpflichtung zur Vorlage der Qualitätsberichte beim Bundesversicherungsamt ist demgegenüber bisher nicht vorgesehen. Insbesondere mit Blick auf die Entbürokratisierung wird die Verpflichtung zur Vorlage der Qualitätsberichte abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

In § 137f Absatz 4 Satz 2 werden die Worte „,die dem Bundesversicherungsamt jeweils bis zum 1. Oktober des Folgejahres vorzulegen sind“ gestrichen.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 58) b)

§ 137g Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme

§ 137g Absatz 3 Satz 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass die Zulassung eines Programms zukünftig mit Wirkung zum Beginn des Kalenderjahres aufzuheben ist, für das ein Qualitätsbericht nach § 137f Absatz 4 Satz 2 nicht fristgerecht vorgelegt worden ist.

B) Stellungnahme

Wie in der Stellungnahme zu § 137f, Absatz 4, neuer Satz 2 dargelegt, wird die Verpflichtung zur Vorlage der Qualitätsberichte beim Bundesversicherungsamt aus den dort genannten Gründen abgelehnt. Sofern an dieser Neuregelung festgehalten wird, ist die in § 137g Abs. 3 Satz 3 neu geregelte Rechtsfolge, nach der ausnahmslos eine rückwirkende Aufhebung der Programmzulassung bei nicht fristgerechter Vorlage eines Qualitätsberichts erfolgt, nicht verhältnismäßig.

C) Änderungsvorschlag

Vorschlag 1: Streichung des 3. Satzes des § 137g Abs. 3 in Verbindung mit der Streichung der Worte „,die dem Bundesversicherungsamt jeweils bis zum 1. Oktober des Folgejahres vorzulegen sind“ in § 137f Abs. 4 Satz 2.

Vorschlag 2: Sofern an der Neuregelung zur verpflichtenden Vorlage der Qualitätsberichte beim Bundesversicherungsamt festgehalten wird, ist § 137, Abs 3, Satz 3 wie folgt zu ändern: „Sie kann mit Wirkung zum Beginn des Kalenderjahres aufgehoben werden, für das ein Qualitätsbericht nach § 137f Absatz 4 Satz 2 nicht fristgerecht vorgelegt worden ist.“



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 60)

§ 155 Abs. 2 Abwicklung der Geschäfte bei der Auflösung oder Schließung einer Krankenkasse)

i. V. m

Nr. 61)

§ 171b Abs. 3 Insolvenz von Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Schließung oder im Falle der Insolvenz einer Krankenkasse wird der Vorstand der betroffenen Krankenkasse verpflichtet, die besonderen Verfahrensvorkehrungen zu treffen, um den Krankenkassenwechsel für die Mitglieder der zur Schließung anstehenden Krankenkasse zu beschleunigen. Hierfür muss jedem Mitglied unverzüglich nach der Bekanntgabe der ausschlaggebenden Entscheidung der Aufsichtsbehörde ein Vordruck übermittelt werden, der bereits alle für die Anmeldung bei der neuen Krankenkasse sowie die von der gewählten Krankenkasse für die Erbringung von Leistungen erforderlichen Angaben des Mitglieds enthält. Darüber hinaus muss dem Mitglied eine Übersicht über alle wählbaren Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden. Die Mitglieder können den ausgefüllten Vordruck entweder unmittelbar an die gewählte Krankenkasse oder an die zu schließende Krankenkasse zwecks Weiterleitung an die neu zuständige Krankenkasse senden.

B) Stellungnahme

Die Regelung trägt dem Umstand Rechnung, dass bei der Schließung bzw. Insolvenz einer Krankenkasse innerhalb eines überschaubaren Zeitraumes ein Krankenkassenwechsel für eine ggf. sehr große Zahl von Mitgliedern durchzuführen ist. Die geplanten organisatorischen Maßnahmen sollen den Verwaltungsaufwand bei den aufnehmenden Krankenkassen hinsichtlich der Ermittlung der maßgeblichen Versichertendaten mindern und dadurch das Prozedere des Kassenwechsels beschleunigen. Vor diesem Hintergrund bestehen keine Einwände gegen die Erweiterung von organisatorischen Verpflichtungen des Vorstands der zu schließenden Krankenkasse.

Der Begründung zur Änderung des § 155 Abs. 2 SGB V ist zu entnehmen, dass zu den auf dem Vordruck anzugebenden Angaben, die die gewählte Krankenkasse für die Leistungserbringung benötigt, insbesondere die Bankverbindung des Versicherten gehört, da ohne diese Angabe eine nahtlose Fortzahlung von Pflege- und Krankengeld nicht möglich sei. Diese Regelung folgt im Ergebnis den Erfahrungen im derzeitigen Schließungsfall der CITY BKK und ist hinsichtlich der Zielsetzung der Sicherstellung eines reibungslosen Übergangs in laufenden Leistungsfällen zu begrüßen. Allerdings haben die Erfahrungen mit diesem Schließungsfall auch gezeigt, dass die Anbindung des Austausches notwendiger Grund- und Leistungsdaten an die Ausübung der Krankenkassenwahl des Mit-



glieds die vollständige und rechtzeitige Informationsübermittlung nicht sicherstellt. Zur Vermeidung eines Zeit- und Datenverlustes sowie einer zusätzlichen mit der Übermittlung von weitergehenden Informationen über den bisherigen Leistungsbezug verbundenen Belastungen des Mitglieds wird deshalb vorgeschlagen, ein Melde- und Informationsverfahren zwischen der bisherigen und den von den Mitgliedern gewählten Krankenkassen verbindlich vorzusehen. Die gewählten Krankenkassen sollten verpflichtet werden, der bisherigen Krankenkasse die Wahl ihrer Kasse anzuzeigen, sofern sie die Wahlerklärung nicht über die bisherige Krankenkasse erhalten. Die bisherige Krankenkasse sollte verpflichtet und berechtigt werden, den gewählten Krankenkassen die für einen nahtlosen Leistungsübergang notwendigen Informationen – einschließlich der Angaben zur Bankverbindung – unverzüglich und unmittelbar zur Verfügung zu stellen. Die mit einem solchen Meldeverfahren einhergehende Transparenz über den jeweiligen Stand des Mitgliederübergangs schafft darüber hinaus eine wesentliche Voraussetzung für die in § 217f Abs. 6 SGB V vorgesehene erweiterte Aufgabenstellung des GKV-Spitzenverbandes, alle Entscheidungen zu treffen, die bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse erforderlich sind, um die Leistungsansprüche der Versicherten sicherzustellen und die Leistungen abzurechnen. Das vorgenannte Melde- und Informationsverfahren sollte zur Vermeidung von Rechtsunsicherheit durch entsprechende gesetzliche Regelungen zur Datenerhebungs-, -speicherungs- und -übermittlungsbefugnis der betroffenen Krankenkassen flankiert werden.

C) Änderungsvorschläge

Dem § 155 Absatz 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Der Vorstand hat unverzüglich nach Zustellung des Schließungsbescheids jedem Mitglied einen wettbewerbsneutral gestalteten Vordruck mit den für die Erklärung nach § 175 Absatz 1 Satz 1 erforderlichen Angaben sowie eine wettbewerbsneutral gestaltete Übersicht über die wählbaren Krankenkassen zu übermitteln und darauf hinzuweisen, dass der ausgefüllte Vordruck an ihn zur Weiterleitung an die gewählte Krankenkasse zurückgesandt werden kann. Entscheidet sich das Mitglied für den Übermittlungsweg über die bisherige Krankenkasse, ist der vom Mitglied unterschriebene und ergänzte Vordruck unverzüglich an die gewählte Krankenkasse weiterzuleiten. In den Fällen, in denen die gewählte Krankenkasse die Wahlerklärung nicht über die bisherige Krankenkasse erhält, hat die gewählte Krankenkasse die bisherige Krankenkasse unverzüglich über die Wahlerklärung des Mitglieds zu informieren. Die bisherige Krankenkasse hat der gewählten Krankenkasse die für die nahtlose Erbringung von Leistungen erforderlichen Grund- und Leistungsdaten unverzüglich zu übermitteln. Das Nähere zu diesem Melde- und Informationsverfahren regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Rahmen seiner Aufgaben nach § 217f Abs. 6 SGB V.“



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV

(Drucksache 17/6906)

Seite 172 von 282

§ 284 Abs. 1 Satz 1 SGB V wird um folgende Nr. 15 ergänzt:

„15. den reibungslosen Übergang von Versicherungsverhältnissen und die nahtlose Bereitstellung von Leistungen in Fällen des Kassenwechsels bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse“

§ 304 Abs. 2 SGB V wird um folgenden Satz 2 ergänzt:

„§ 155 Abs. 2 Satz 8 bleibt unberührt.“

§ 107 Abs. 2 SGB XI wird um folgenden Satz 2 ergänzt:

„§ 155 Abs. 2 Satz 8 SGB V gilt entsprechend.“



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 61)

§ 171b Insolvenz von Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Verfahren des Kassenwechsels für die Mitglieder einer geschlossenen Krankenkasse wird durch Neuregelung des § 155 Abs. 2 erleichtert. Diese Regelungen sollen auch für den Fall der Insolvenz Anwendung finden.

Damit die Krankenkassen der von einer Insolvenz einer anderen Krankenkasse betroffenen Kassenart und deren Landesverbände zur Vermeidung einer Schließung oder Insolvenz rechtzeitig tätig werden können, z. B. durch freiwillige Hilfen oder durch Vereinigung mit einer anderen Krankenkasse, sollen die Krankenkassen oder ihre Landesverbände über die Anzeige des Vorstands über (drohende) Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung gegenüber der Aufsicht sowie eine Insolvenzanzeige der Aufsicht unverzüglich informiert werden.

B) Stellungnahme

Die Anwendung der Regelungen zum erleichterten Kassenwechsel bei Schließung auch für den Fall der Insolvenz ist sachgerecht.

Die Verpflichtung zur unverzüglichen Information des GKV-Spitzenverbandes durch die Aufsicht über die erfolgten Anzeigen und die ebenfalls unverzügliche Weiterleitung dieser Information an die Krankenkassen der betroffenen Kassenart oder ihre Landesverbände ist im Interesse einer zügigen Einleitung von Maßnahmen zur Haftungsvermeidung sinnvoll. Aufgrund der nachgehenden Haftung einer neu entstandenen Kasse im Rahmen einer kassenartenübergreifenden Fusion nach § 171a Absatz 2 sollte die Informationspflicht auch auf diese ausgeweitet werden.

C) Änderungsvorschlag

In § 171b Absatz 4 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen unterrichtet hierüber unverzüglich die Krankenkassen derselben Kassenart oder deren Landesverbände und die nach § 171a Abs. 2 nachhaftenden Krankenkassen.“



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 62)

§ 172 Vermeidung der Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung wird die Pflicht der Krankenkassen, dem GKV-Spitzenverband alle Unterlagen und Auskünfte zur Verfügung zu stellen, die dieser für eine Beurteilung der dauerhaften wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit für erforderlich hält, auf die Landesverbände der Krankenkassen ausgeweitet. Diese sollen stärker in die Bemühungen zur Vermeidung der Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen einbezogen werden. Sie sollen ihre Mitgliedskassen über geeignete Maßnahmen zur Sicherung der dauerhaften Leistungsfähigkeit beraten und die Aufsichtsbehörde über die finanzielle Situation und die vorgeschlagenen Maßnahmen unterrichten, wenn sie die dauerhafte Leistungsfähigkeit einer ihrer Mitgliedskassen für bedroht halten.

B) Stellungnahme

Eine gesetzlich geregelte Beteiligung weiterer Organisationen am Finanzcontrolling und Risikomanagement zur Vermeidung von Schließung oder Insolvenz von Krankenkassen wird ausdrücklich begrüßt. Die Notwendigkeit eines intensivierten Austausches besteht seit Inkrafttreten des § 172 zum 01.01.2010 und hat bereits zu mehreren schriftlichen Vereinbarungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und Landesverbänden der Betriebskrankenkassen über die Zusammenarbeit im Finanzcontrolling und Risikomanagement geführt. Zur Zusammenarbeit mit weiteren Landesverbänden und Organisationen in anderen Kassenarten bestehen informelle Verabredungen. Mit der beabsichtigten Neuregelung wird die Einbindung weiter konkretisiert und gestärkt.

Die vorgesehene Regelung sollte jedoch bezüglich der zu beteiligenden Organisationen offener gefasst werden. Allein bei den Betriebskrankenkassen sind die Landesverbände bislang mit Aufgaben des Finanzcontrolling und Risikomanagement betraut. In den übrigen Kassenarten sind hiervon abweichende Zuständigkeitsregelungen getroffen worden, die stärker auf die Bundesebene und damit auf die Einbeziehung des gesamten Haftungsverbundes abzielen.

Die Neuregelung sollte den Krankenkassen freistellen, entsprechende Organisationen mit Aufgaben des Finanzcontrolling und Risikomanagement zu beauftragen. Entsprechend beauftragte Organisationen sollten dann aber über die gleichen Informationsrechte und Mitwirkungspflichten verfügen wie die Landesverbände der Betriebskrankenkassen.

Das Informationsrecht sollte dabei ergänzt werden durch eine explizit geregelte Beteiligungspflicht bei der Beratung der von Schließung oder Insolvenz bedrohten Krankenkasse über geeignete Maßnahmen und zur Unterrichtung der Aufsicht



über die finanzielle Sicht. Diese sollte einhergehen mit einer Pflicht zur Abstimmung mit dem GKV-Spitzenverband, damit ein unkoordiniertes Nebeneinander vermieden wird.

C) Änderungsvorschlag

§ 172 Abs. 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Jede Krankenkasse hat dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Landesverband, dem sie angehört, auf Verlangen unverzüglich die Unterlagen vorzulegen und die Auskünfte zu erteilen, die diese zur Beurteilung ihrer dauerhaften wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit für erforderlich halten, oder ihnen auf Verlangen die Einsichtnahme in diese Unterlagen in ihren Räumen zu gestatten. Die Kassen einer Kassenart können statt dem Landesverband innerhalb einer Kassenart gemeinsam eine andere Stelle zur Umsetzung von Satz 1 bestimmen und der Aufsicht und dem Spitzenverband Bund benennen.“

§ 172 Abs. 2 Satz 6 wird wie folgt gefasst:

„Hält einer der Verbände oder die nach Satz 2 benannte Stelle aufgrund der nach Satz 1 übermittelten Informationen die dauerhafte Leistungsfähigkeit der Krankenkasse für bedroht, hat er oder sie nach erfolgter Abstimmung die Krankenkasse über geeignete Maßnahmen zur Sicherung ihrer dauerhaften Leistungsfähigkeit zu beraten und die Aufsichtsbehörde der Krankenkasse über die finanzielle Situation der Krankenkasse und die vorgeschlagenen Maßnahmen zu unterrichten.“



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 63)

§ 173 Abs. 2 Allgemeine Wahlrechte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach dem aktuell geltenden Recht haben Mitglieder die Möglichkeit, neben den allgemein wählbaren Krankenkassen die Krankenkasse zu wählen, der ihr Ehegatte angehört. Die vorgeschlagene Änderung der Gesetzesformulierung stellt klar, dass die eingetragenen Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes bei Ausübung des Krankenkassenwahlrechts die gleichen Rechte haben wie die Ehegatten.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine konsequente Umsetzung der auf dem Lebenspartnerschaftsgesetz von 16. Februar 2001 basierenden Gleichstellung zwischen den Ehegatten und den eingetragenen Lebenspartnern bei der Ausübung des sog. Ehegattenwahlrechts; der Vorschlag ist daher sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 64)

§ 175 Ausübung des Wahlrechts

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Wahlrecht der Versicherten soll insbesondere dadurch gestärkt werden, dass die neu gewählte Krankenkasse die Begründung der Mitgliedschaft nicht durch eine falsche oder unvollständige Beratung verhindern oder erschweren darf. Flankiert wird diese Bestimmung mit der Pflicht der Aufsichtsbehörden, gegen das rechtswidrige Handeln der Krankenkassen vorzugehen und es mit der Androhung eines Zwangsgeldes durchzusetzen. Bei einem Verschulden des Vorstandes soll die Aufsichtsbehörde den Vorstand auf Schadensersatz in Anspruch nehmen können, wenn dies nicht der Verwaltungsrat innerhalb angemessener Frist macht.

B) Stellungnahme

Die Rechte der Versicherten bei der Wahl ihrer Krankenkassen zu stärken wird grundsätzlich begrüßt. Dies gilt auch für die Möglichkeit eines schnellen und effektiven Eingreifens der Aufsichtsbehörde gegen rechtswidriges Handeln der Krankenkassen im Zusammenhang mit der Ausübung des Wahlrechts. Es ist aber sehr fraglich, ob die vorgesehenen Maßnahmen die Rechte der Versicherten tatsächlich stärken. Die Androhung, Festsetzung und Durchsetzung des Zwangsgeldes geht in erster Linie zu Lasten der Mitglieder der Krankenkasse. Die Möglichkeit der Aufsichtsbehörde, den Vorstand der Krankenkasse auf Schadensersatz in Anspruch zu nehmen, ist gering. Zum einen setzt sie – vollkommen zu Recht – ein schuldhaftes Handeln des Vorstandes voraus. Zum anderen ist ein Schaden der Krankenkasse erforderlich. Dieser wird in solchen Fällen nur schwer nachweisbar sein. Insofern dürften die vorgeschlagenen Änderungen lediglich Symbol- und Appellcharakter haben.

Dringender Regelungsbedarf besteht in § 175 bei den Fristen zur Ausübung des Kassenwahlrechts bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse. Als ein großes Problem bei der Schließung der CITY BKK hat sich erwiesen, dass das Kassenwahlrecht eine Wahlentscheidung nach dem Schließungstag ermöglicht und für den Fall der Nichtausübung eine Zuteilung in jedem Fall erst Wochen nach dem Schließungstag erfolgt. Bislang müssen versicherungspflichtige Mitglieder das Wahlrecht innerhalb von 14 Tagen, freiwillig Versicherte innerhalb von drei Monaten nach dem Schließungszeitpunkt ausgeübt haben. Deshalb musste der GKV-Spitzenverband bei der Schließung der CITY BKK ein Verfahren etablieren, das für diese Mitglieder und ihre mitversicherten Angehörigen die Leistungsgewährung nach dem Sachleistungsprinzip bis zu dem Tag sicherstellt, an dem die Versicherten über eine gültige Krankenversichertenkarte (oder einen anderen Berechtigungsnachweis) der neuen Krankenkasse verfügen. Zwar besteht rückwirkend ab dem ersten Tag nach Kassenschließung eine Leistungspflicht durch die



aufnehmende Krankenkasse. Die praktische Umsetzung der nahtlosen Leistungsgewährung im konkreten Einzelfall erweist sich jedoch im Wege der Leistungsaushilfe durch die abzuwickelnde Krankenkasse als administrativ aufwändig: Eine leistungsaushelfende Krankenkasse muss zunächst die Leistungsgewährung durch Vorfinanzierung sicherstellen. Die abgerechneten Leistungen sind dann mit der zuständigen Krankenkasse im Erstattungsverfahren abzurechnen. Alle potenziell betroffenen Versicherten und Leistungserbringer sind über dieses Sonderverfahren zu informieren. Und schlussendlich müssen sich sämtliche Leistungserbringer an entsprechende Sonderregelungen halten. Um die Notwendigkeit der Leistungsaushilfe möglichst gering zu halten bzw. zu vermeiden, sollte im Idealfall jeder Versicherte einer abzuwickelnden Krankenkasse bis zum Schließungstag in einer neuen Krankenkasse untergekommen sein.

Grundlage der hierfür erforderlichen Neuregelung des Kassenwahlrechts ist eine neue Festlegung einer Mindestfrist von zwölf Wochen zwischen der Zustellung des Schließungsbescheids und dem Zeitpunkt, in dem die Schließung wirksam wird (siehe die hier angefügten Änderungsvorschläge zu den §§ 146a, 153, 163 und 170). Die Mindestfrist berücksichtigt die im Zuge der Schließung der CITY BKK gemachten Erfahrungen. Krankenkassen, die besonders viele CITY BKK-Mitglieder aufgenommen haben, empfehlen zur Entzerrung des administrativen Aufwandes einen Zeitkorridor von gut drei Monaten zwischen Schließungsbescheid und Schließungszeitpunkt.

Zum Regelungsbedarf im § 175: Innerhalb von zehn Wochen nach der Zustellung des Schließungsbescheids bzw. der Stellung des Insolvenzantrags durch die Aufsichtsbehörde haben Versicherungspflichtige das Wahlrecht auszuüben und der zur Meldung verpflichteten Stelle eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen. Wird das Wahlrecht innerhalb dieser Frist nicht ausgeübt bzw. der zur Meldung verpflichteten Stelle keine Mitgliedsbescheinigung der neuen Kasse vorgelegt, hat diese den Betroffenen bei der Krankenkasse anzumelden, bei der dieser vor seiner Mitgliedschaft bei der schließenden Krankenkasse versichert war; bestand keine vorhergehende Versicherung, ist er von der zuständigen Meldestelle bei einer nach § 173 wählbaren Krankenkasse anzumelden. Die Mitgliedschaft bei der neuen Krankenkasse beginnt mit dem Zeitpunkt der Wirksamkeit der Schließung bzw. der Eröffnung des Insolvenzverfahrens. Freiwillige Mitglieder und Versicherungspflichtige nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 haben keine zur Meldung verpflichtete Stelle. Im Falle einer Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse ist die Wahl einer neuen Krankenkasse auch von freiwilligen Mitgliedern innerhalb des in den §§ 146a, 153, 163 und 170 festgelegten Zeitrahmens von zwölf Wochen auszuüben.

Damit der Vorstand der abzuwickelnden Krankenkasse einen Überblick über die vollzogenen Kassenwechsel hat und somit die erforderlichen Leistungs- und Grunddaten zur Verfügung stellen kann, die zur friktionsfrei fortlaufenden Leis-



tungsgewährung erforderlich sind, sollen die gewählten Krankenkassen ihn über das in § 155 Abs. 2 neu vorgesehene verbindliche Meldeverfahren (siehe Änderungsvorschlag des GKV-Spitzenverbandes zu Artikel 1 Nr. 60) unverzüglich über die Wahlerklärung informieren.

Auf Grund dieser vorgeschlagenen Regelungen kann im Regelfall davon ausgegangen werden, dass die Mitglieder der geschlossenen Krankenkasse zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Schließung bei einer neuen Krankenkasse versichert sind und damit eine lückenlose Leistungsgewährung sichergestellt ist. Nur in Ausnahmefällen kann es daher noch erforderlich sein, dass die betroffenen Versicherten darauf angewiesen sind, nach dem Wirksamwerden der Schließung die ihnen zustehenden Leistungen im Wege der Leistungsaushilfe zu erhalten. Dies kann bei freiwilligen Mitgliedern und bei Versicherten nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 der Fall sein, bei denen eine Zuordnung durch eine zur Meldung verpflichtete Stelle nicht erfolgen kann, wenn diese ihr Wahlrecht nicht rechtzeitig ausüben. Eine Leistungsaushilfe kann außerdem dann erforderlich werden, wenn zwischen der Stellung eines Insolvenzantrags und der Eröffnung eines Insolvenzverfahrens weniger als zwölf Wochen liegen. Die für die Leistungsaushilfe erforderlichen Entscheidungen trifft der GKV-Spitzenverband auf der Grundlage des § 271f Absatz 6 neu. In jedem Fall können die Betroffenen durch frühzeitige Ausübung des Wahlrechts die Notwendigkeit einer Leistungsaushilfe vermeiden.

C) Änderungsvorschlag

Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

“(3a) Bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse haben die Mitglieder spätestens innerhalb von zehn Wochen nach Zustellung des Schließungsbescheids oder der Stellung des Insolvenzantrags (§ 171b Absatz 3 Satz 1) der zur Meldung verpflichteten Stelle eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen. Wird die Mitgliedsbescheinigung nicht rechtzeitig vorgelegt, gilt Absatz 3 Satz 2 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Anmeldung durch die zur Meldung verpflichtete Stelle innerhalb von weiteren zwei Wochen mit Wirkung zu dem Zeitpunkt zu erfolgen hat, an dem die Schließung wirksam oder das Insolvenzverfahren eröffnet oder mangels Masse abgewiesen wird. Die gewählten Krankenkassen haben die zu schließende oder insolvente Krankenkasse unverzüglich über die Wahlerklärung zu informieren. Mitglieder, bei denen keine zur Meldung verpflichtete Stelle besteht, haben der zu schließenden Krankenkasse innerhalb von zwölf Wochen nach dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen.“

In §§ 146a Satz 2, 153, 163 und 170 werden jeweils im Satz 2 nach dem Wort „wird“ ein Komma und die Wörter „wobei zwischen diesem Zeitpunkt und der Zustellung des Schließungsbescheids mindestens zwölf Wochen liegen müssen“ eingefügt.



Ergänzender Änderungsvorschlag des GKV-Spitzenverbandes:

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Neu:

§ 203a Meldepflicht bei Bezug von Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II oder Unterhaltsgeld

und

§ 242 Abs. 4 Kassenindividueller Zusatzbeitrag

A) Bestehende Regelung

Für die Mitglieder von Krankenkassen, die Leistungen nach dem SGB II erhalten, gelten für die Bemessung, Tragung und Zahlung des Zusatzbeitrags Sondervorschriften. Für die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V versicherungspflichtigen Bezieher von Arbeitslosengeld II (Alg II) sowie für Mitglieder, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II erhalten und nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder freiwillig versichert sind, wird nach § 242 Abs. 4 Satz 1 SGB V der kassenindividuelle Zusatzbeitrag, höchstens jedoch in Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags erhoben. Gegebenfalls kann die Krankenkasse nach Satzungsregelung einen Differenz-Zusatzbeitrag vom Mitglied erheben.

Im Gesetzgebungsverfahren zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze (BT-Drucksache 17/5708) ist vorgesehen, diese Regelung auf Mitglieder, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II erhalten und nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V versichert sind, auszudehnen (BT-Drucksache 17/6141).

Abweichend vom Regelfall wird der Zusatzbeitrag für die in § 242 Abs. 4 Satz 1 SGB V genannten Mitglieder nicht vom Mitglied selbst, sondern aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufgebracht und monatlich entsprechend der Anzahl dieser Mitglieder an die zuständigen Krankenkassen verteilt (§ 252 Abs. 2a Satz 1 i. V. m. § 251 Abs. 6 Satz 2 SGB V). Aufgrund der Begrenzung dieses Zusatzbeitrags auf den durchschnittlichen Zusatzbeitrag ist dieses Verfahren für das Kalenderjahr 2011 noch nicht umzusetzen.

B) Stellungnahme

Es bedarf einer gesetzlichen Klarstellung, welche Personen unter der Bezeichnung „Mitglieder, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II erhalten“ im Sinne des § 242 Abs. 4 Satz 1 SGB V zu subsumieren sind. Unter Berücksichtigung der Gesetzesbegründung zum GKV-Finanzierungsgesetz ist davon auszugehen, dass damit ausschließlich Bezieher von Sozialgeld nach § 19 Abs. 1 Satz 2 SGB II erfasst werden sollen.

Des Weiteren bedarf es einer gesetzlichen Grundlage, nach der die von § 252 Abs. 2a SGB V erfassten Mitglieder, die nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V versicherungspflichtig sind, von den Leistungsträgern nach dem SGB II den Kranken-



kassen zu melden sind. Wenngleich die Krankenkassen im Rahmen der Beitragsfestsetzung für freiwillig und nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V Versicherte von den Mitgliedern in der Regel Angaben zum Bezug von Sozialgeld erhalten, ist damit eine zeitnahe und lückenlose Feststellung des betreffenden Personenkreises durch die Krankenkassen nicht gewährleistet; diese Problemlage hat sich mit der durch das Infektionsschutzgesetz einhergegangenen Einbeziehung der nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V versicherungspflichtigen Rentner in die Regelung des § 242 Abs. 4 Satz 1 SGB V weiter verschärft. Dafür kann das auf der Grundlage des § 203a SGB V zwischen der Bundesagentur für Arbeit bzw. den Leistungsträgern nach dem SGB II und den Krankenkassen für die Bezieher von Arbeitslosengeld und Arbeitslosengeld II praktizierte DÜBAK-Meldeverfahren genutzt werden.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 werden zwei weitere Nummern mit folgenden Formulierungen aufgenommen:

1. Dem § 203a wird folgender Satz angefügt:

„Dies gilt entsprechend für die von § 252 Absatz 2a Satz 1 erfassten Mitglieder, die Sozialgeld nach dem Zweiten Buch erhalten.“

2. In § 242 Absatz 4 Satz 1 werden die Worte „Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts“ durch das Wort „Sozialgeld“ ersetzt.

Als Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens ist der 1. Januar 2012 vorzusehen.



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

§ 217f Abs. 6 Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-Spitzenverband soll künftig die Entscheidungen treffen, die bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse zur Sicherstellung der Leistungsgewährung und Leistungsabrechnung erforderlich sind. Die Regelung stellt insbesondere darauf ab, dass infolge der geltenden Regelungen über das Krankenkassenwahlrecht nicht davon ausgegangen werden kann, dass unmittelbar nach Schließung einer Krankenkasse bereits alle Mitglieder für sich und ihre mitversicherten Angehörigen eine neue Krankenkasse gewählt haben. Auch für diese Versicherten ist aber in der Übergangsphase eine lückenlose und möglichst friktionsfreie Realisierung ihrer Leistungsanspruchnahme zu gewährleisten. Die Vorschrift gilt für den Bereich der Sozialen Pflegeversicherung über § 53 Satz 2 SGB XI entsprechend für den Spitzenverband Bund der Pflegekassen.

B) Stellungnahme

Im Interesse einer möglichst reibungslosen Sicherstellung der Leistungsgewährung der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Neuregelung zu begrüßen. Auch wenn im Falle der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse die Wahl der neuen Krankenkasse mit dem Änderungsvorschlag zu § 175 Abs. 3a neu (vgl. unsere Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 64) zukünftig im Regelfall vor dem Schließungszeitpunkt erfolgt sein soll, besteht auch zukünftig in Ausnahmefällen Bedarf, für Versicherte einer geschlossenen oder insolventen Krankenkasse den friktionslosen Leistungsübergang im Wege der Leistungsaushilfe zu sichern. Dies kann insbesondere bei freiwilligen Mitgliedern und bei Versicherten nach § 5 Absatz 1 Nr. 13 kurzzeitig der Fall sein, wenn diese ihr Wahlrecht nicht rechtzeitig ausgeübt haben. Eine Zuordnung durch eine zur Meldung verpflichtete Stelle erfolgt für diese Mitglieder nicht. Sie sind lediglich auf die Pflicht zur Versicherung hinzuweisen.

Wenn zwischen der Stellung eines Insolvenzantrags und der Eröffnung eines Insolvenzverfahrens weniger als zwölf Wochen liegen, wird eine aushilfsweise Leistungserbringung ebenfalls erforderlich sein, da es Mitglieder geben wird, die ihr Wahlrecht noch nicht ausgeübt und die von der zur Meldung verpflichteten Stelle noch keiner neuen Krankenkasse zugeordnet wurden. Die für die Leistungsaushilfe erforderlichen Entscheidungen wären auch in diesem Fall vom GKV-Spitzenverband auf der Grundlage der vorgesehenen Neuregelung des § 271f Abs. 6 zu treffen.

Zu den Entscheidungen, die der GKV-Spitzenverband zu treffen hat, um die Leistungsgewährung und Leistungsabrechnung bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse sicher zu stellen, gehören auch die Festlegungen zum nach § 155



Abs. 2 neu (vgl. unseren Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nr. 60) einzurichtenden verbindlichen Melde- und Informationsverfahrens zwischen der abzuwickelnden und den von den Mitgliedern gewählten Krankenkassen. Dieses obligatorische Meldeverfahren ist erforderlich, um Zeit- und Datenverluste sowie eine zusätzliche Belastung des Mitglieds durch Übermittlung von weitergehenden Informationen über den bisherigen Leistungsbezug zu vermeiden. Die Festlegung einheitlicher und verbindlicher, den Anforderungen des Datenschutzes entsprechender Vorgaben ist erforderlich, um eine reibungslose Leistungsgewährung auch bei einer größeren Anzahl von Mitgliedern einer abzuwickelnden Krankenkasse gewährleisten zu können.

- C) Änderungsvorschlag
Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 67

§ 221b Leistungen des Bundes für den Sozialausgleich

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Bundesregierung soll die mit den Maßnahmen nach § 85 und § 87a Abs. 2 Satz 3 verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen in den Bereichen der vertragszahnärztlichen und der vertragsärztlichen Versorgung sowie die finanziellen Auswirkungen auf die GKV bis zum 30.04.2014 evaluieren. Das Ergebnis der Evaluation soll bei der Festlegung der Höhe der Zahlungen des Bundes für den Sozialausgleich mindernd berücksichtigt werden, wenn sich unter der Berücksichtigung von Einspareffekten Mehrausgaben des Bundes für den Sozialausgleich ergeben.

B) Stellungnahme

Die Regelung steht im Widerspruch zu den Zielsetzungen des mit dem GKV-Finanzierungsgesetz eingeführten Sozialausgleichs. Der Gesetzgeber hatte hier das Ziel verfolgt, einen notwendig werdenden Sozialausgleich vollumfänglich aus Steuermitteln zu finanzieren. Mit der Änderung des § 221b würden Ausgabesteigerungen in den Bereichen der vertragszahnärztlichen und vertragsärztlichen Versorgung zu einer Senkung des Steueranteils am Sozialausgleich führen und müssten damit von den Mitgliedern in Form von Zusatzbeiträgen getragen werden. Kostensteigerungen im Bereich der vertragszahnärztlichen und vertragsärztlichen Versorgung wären allenfalls nur vertretbar, wenn mit ihnen auch Qualitätsverbesserungen für die Versicherten verbunden sind. Finanzierungslücken beim Sozialausgleich die durch steigende Ärzte-/Zahnärztervergütungen entstehen, dürfen nicht zu Lasten der Beitragszahler gehen.

C) Änderungsvorschlag

Es ist sicherzustellen, dass der notwendig werdende Sozialausgleich vollumfänglich aus Zahlungen des Bundes sichergestellt ist.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 68)

§ 225 Beitragsfreiheit bestimmter Rentenantragsteller

A) Beabsichtigte Neuregelung

Hinterbliebene Ehegatten eines versicherungspflichtigen Rentenbeziehers sind unter bestimmten Voraussetzungen während der Dauer ihrer Mitgliedschaft als Rentenantragsteller beitragsfrei. Hinsichtlich der Fragestellung, wie in einer vergleichbaren Situation bei der Beantragung einer Hinterbliebenenrente durch einen überlebenden Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes zu verfahren ist, besteht zurzeit eine Regelungslücke. Diese wird nun im Wege einer ausdrücklich im Gesetz geregelten Gleichstellung zwischen den Ehegatten und den eingetragenen Lebenspartnern geschlossen.

B) Stellungnahme

Durch die Neuregelung wird die auf dem Lebenspartnerschaftsgesetz von 16. Februar 2001 basierende Gleichstellung von Lebenspartnerschaft und Ehe im Beitragsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung für den Personenkreis der Rentenantragsteller konsequent und sachgerecht umgesetzt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 69

§ 232a Abs. 1 Beitragspflichtige Einnahmen der Bezieher von Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld oder Kurzarbeitergeld

A) Bestehende Regelung

Mit der vorgesehenen Streichung der Sätze 2 bis 5 sollen die im Zusammenhang mit dem Haushaltbegleitgesetz 2006 eingeführten Regelungen aus „Gründen der Entbürokratisierung“ aufgehoben werden. Die vg. Regelungen intendieren bislang einen Ausgleich zugunsten der Krankenversicherung, soweit sich herausstellt, dass die vorgenommene Absenkung der Beitragsbemessungsgrundlage für Bezieher von Arbeitslosengeld II vom 0,3620fachen auf das 0,345fache der monatlichen Bezugsgröße zu Beitragsmindereinnahmen führt, die durch die damalige gleichzeitige Erhöhung der Pauschalbeiträge für geringfügig entlohnte Beschäftigte von 11 Prozent auf 13 Prozent nicht ausgeglichen werden können.

B) Stellungnahme

Mit der Streichung der vg. Regelungen wird nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes ein falsches Signal dergestalt gesetzt, dass die Krankenversicherungsbeiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld II dauerhaft auf dem Niveau des 0,345fachen der Bezugsgröße festgeschrieben werden. Der Betrag ist jedoch bekanntlich nicht kostendeckend. Seitens der GKV wurde wiederholt darauf hingewiesen, dass der gegenwärtig defizitäre Beitrag - angesichts der Tatsache, dass die Krankenversorgung von Leistungsbeziehern nach dem SGB II eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellt - annähernd auf das Niveau der durchschnittlichen Beitragshöhe der Mitglieder in der allgemeinen Krankenversicherung (ohne Rentner) anzuheben wäre. Gegenwärtig würde ein insoweit kostendeckender Beitrag mithin rund 260,00 Euro monatlich betragen.

C) Änderungsvorschlag

In § 232a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Satz 1 SGB V wird der Wert „0,3450fachen“ durch den Wert „0,7500fachen“ ersetzt.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011
Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV
(Drucksache 17/6906)
Seite 187 von 282



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 70 a)

§ 249 Abs. 1 Beitragstragung aus Arbeitsentgelt

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach der seit dem 1. Januar 2009 geltenden Regelung des § 249 Abs. 1 Satz 1 SGB V trägt bei versicherungspflichtig Beschäftigten nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 und 13 SGB V der Arbeitgeber die Hälfte der Beiträge des Mitglieds aus dem Arbeitsentgelt nach dem um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen Beitragsatz; im Übrigen tragen die Beschäftigten die Beiträge. Der Wortlaut der Regelung lässt die Fälle, in denen die Beiträge nach dem ermäßigten Beitragsatz berechnet werden, unerwähnt. Dieses redaktionelle Versehen des Gesetzgebers wird nunmehr bereinigt.

B) Stellungnahme

Die Änderung dient der Rechtsbereinigung und trägt der erforderlichen Klarheit und Bestimmtheit bei der Beitragstragung Rechnung. Sie stellt eine Anpassung an die gelebte Praxis dar und wird als sachgerecht erachtet.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 70 b)

§ 249 Abs. 4 Beitragstragung bei Arbeitsentgelt in der Gleitzone

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach dem Wortlaut der Regelung des § 249 Abs. 4 SGB V werden die Beiträge bei versicherungspflichtig Beschäftigten mit einem monatlichen Arbeitsentgelt innerhalb der Gleitzone nach § 20 Abs. 2 SGB IV vom Arbeitgeber in Höhe der Hälfte des Betrages, der sich ergibt, wenn der Beitragssatz der Krankenkasse auf das der Beschäftigung zugrunde liegende Arbeitsentgelt angewendet wird, - im Übrigen vom Versicherten - getragen. Diese über den 31. Dezember 2008 unverändert gebliebene Regelung lässt unberücksichtigt, dass vom 1. Januar 2009 an die Krankenkassen keine individuellen Beitragssätze mehr vorhalten, da an ihre Stelle der von der Bundesregierung festgesetzte allgemeine bzw. ermäßigte Beitragssatz getreten ist. Dieses redaktionelle Versehen des Gesetzgebers wird nunmehr bereinigt. Die Vorschrift bringt künftig klar und eindeutig zum Ausdruck, dass sich der Beitragsanteil des Arbeitgebers durch Anwendung der Hälfte des um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten allgemeinen oder - soweit dieser Anwendung findet - ermäßigten Beitragssatzes berechnet.

B) Stellungnahme

Die Änderung dient der Rechtsbereinigung und trägt der erforderlichen Klarheit und Bestimmtheit bei der Beitragstragung Rechnung. Sie stellt eine Anpassung an die gelebte Praxis dar und wird als sachgerecht erachtet.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 71)

§ 256 Abs. 1 Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Vorgesehen ist, dass die Beitragsnachweise der Zahlstellen von Versorgungsbezügen ebenfalls – wie die Beitragsnachweise der Arbeitgeber – zwingend durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung aus systemgeprüften Programmen oder mittels maschineller Ausfüllhilfen erstattet werden. Damit wird das von den Zahlstellen bereits praktizierte Verfahren legitimiert.

Zudem ist der Aufbau dieses Datensatzes – wie beim Zahlstellen-Meldeverfahren – vom GKV-Spitzenverband verbindlich in genehmigungspflichtigen Grundsätzen festzulegen.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist im Zeitalter der elektronischen Meldeverfahren folgerichtig und sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 72 Buchstabe a)

§ 257 Abs. 1 Beitragszuschuss für freiwillig krankenversicherte Arbeitnehmer

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die für die Bemessung des Beitragszuschusses für freiwillig krankenversicherte Arbeitnehmer maßgebenden Berechnungsfaktoren werden durch entsprechende Anwendung der für versicherungspflichtige Arbeitnehmer maßgebenden Regelungen zur Beitragstragung aus Arbeitsentgelt übernommen und damit konkret festgeschrieben.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Änderung der Regelung zum Beitragszuschuss für freiwillig krankenversicherte Arbeitnehmer trägt der erforderlichen Klarheit und Bestimmtheit der Vorschrift Rechnung und wird begrüßt. Dies gilt insbesondere für die damit einhergehende Bereinigung der seit 2009 bestehenden Unstimmigkeiten zur Berechnung des Beitragszuschusses für die Arbeitnehmer, die ohne Anspruch auf Krankengeld sind und für die daher der ermäßigte Beitragssatz zur Zuschussberechnung heranzuziehen ist.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 72 Buchstabe b)

§ 257 Abs. 2 Beitragszuschuss für privat krankenversicherte Arbeitnehmer

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der für die Bemessung des Beitragszuschusses für privat krankenversicherte Arbeitnehmer maßgebende Beitragssatzfaktor wird konkret festgeschrieben.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Änderung der Regelung zum Beitragszuschuss für privat krankenversicherte Arbeitnehmer trägt der erforderlichen Klarheit und Bestimmtheit der Vorschrift Rechnung und wird aus systematischen Gründen unter Berücksichtigung des gesamten Regelungsgefüges des § 257 SGB V für sachgerecht erachtet. Dies gilt insbesondere für die damit einhergehende Bereinigung der seit 2009 bestehenden Unstimmigkeiten zur Berechnung des Beitragszuschusses für die Arbeitnehmer, die bei Versicherungspflicht keinen Anspruch auf Krankengeld hätten und für die daher der ermäßigte Beitragssatz zur Zuschussberechnung heranzuziehen ist.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 72 Buchstabe c)

§ 257 Abs. 3 Beitragszuschuss für freiwillig krankenversicherte Bezieher von Vorruhestandsgeld

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die für die Bemessung des Beitragszuschusses für freiwillig krankenversicherte Bezieher von Vorruhestandsgeld maßgebenden Berechnungsfaktoren werden durch entsprechende Anwendung der für versicherungspflichtige Vorruhestandsgeldbezieher maßgebenden Regelungen zur Beitragstragung übernommen und damit konkret festgeschrieben.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Änderung der Regelung zum Beitragszuschuss für freiwillig krankenversicherte Bezieher von Vorruhestandsgeld dient der Rechtsbereinigung und trägt der erforderlichen Klarheit und Bestimmtheit der Vorschrift Rechnung. Sie stellt eine Anpassung an die gelebte Praxis dar und wird für sachgerecht erachtet.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 72 Buchstabe d)

§ 257 Abs. 4 Beitragszuschuss für privat krankenversicherte Bezieher von Vorruhestandsgeld

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der für die Bemessung des Beitragszuschusses für privat krankenversicherte Bezieher von Vorruhestandsgeld maßgebende Beitragssatzfaktor wird entsprechend der Systematik der Regelung in § 257 SGB V, die auf der Beitragssatzseite von einem um 0,9 Beitragssatzpunkte verminderten Beitragssatz ausgeht und diesen auf die Hälfte reduziert, neu festgeschrieben.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Änderung der Regelung zum Beitragszuschuss für privat krankenversicherte Bezieher von Vorruhestandsgeld wird aus systematischen Gründen unter Berücksichtigung des gesamten Regelungsgefüges des § 257 SGB V für sachgerecht erachtet.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 73

§ 264 Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 264 Abs. 6 Satz 1 wird die Angabe „§ 85a“ durch die Angabe „§ 87a“ ersetzt.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung ist redaktioneller Natur und ergibt sich aus der Aufhebung des § 85a SGB V mit Wirkung vom 1. April 2007 durch Gesetz vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378). Die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen ist nunmehr in § 87a geregelt.

Aufgrund bestehender Probleme bei der auftragsweisen Leistungserbringung für nicht (gesetzlich) krankenversicherte Sozialhilfeempfänger erscheint über die beabsichtigte Neuregelung hinaus eine umfassende Konkretisierung des § 264 Abs. 2 – 7 SGB V sowohl im Sinne der Träger der Sozialhilfe als auch im Sinne der Krankenkassen geboten, um eine wirksame Entlastung des Verwaltungsverfahrens zu erreichen.

C) Änderungsvorschlag

In § 264 Absatz 2 Satz 1 wird nach den Wörtern „der Krankenkasse“ das Wort „auftragsweise“ eingefügt. Nach Satz 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Regelungen des Dritten Kapitels, Zweiter Abschnitt Zehntes Buch gelten nicht. Die Geltendmachung von Ansprüchen gegen Schadenersatzpflichtige (§ 116 Zehntes Buch) obliegt dem Träger der Sozialhilfe und der öffentlichen Jugendhilfe.“

Der bisherige Satz 2 wird Satz 4.

Begründung:

Es wird klargestellt, dass es sich um ein gesetzliches Auftragsverhältnis handelt. Darüber hinaus zeigt § 116 SGB X ebenso wie § 81 a BVG, dass die Führung von Regressverfahren gegen Schadenersatzpflichtige grundsätzlich den auftraggebenden Leistungsträgern obliegt (vgl. BSG-Urteil vom 28. September 2010 – B 1 KR 4/10 R). Aufgrund der in der Praxis umstrittenen Zuständigkeit ist eine gesetzliche Klarstellung erforderlich.

In § 264 Absatz 3 wird nach dem Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Die Ausübung des Wahlrechts ist gegenüber dem für die Hilfe zuständigen Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe zu erklären.“



Die bisherigen Sätze 2 und 3 werden die Sätze 3 und 4. Nach Satz 4 (neu) werden folgende Sätze angefügt:

„Der Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe meldet die in Absatz 2 Satz 1 genannten Empfänger bei der gewählten Krankenkasse an; § 28 a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 4 sowie Satz 2 Nummer 1 und Nummer 2 Buchstabe a des Vierten Buches gilt entsprechend. Das Nähere vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die kommunalen Spitzenverbände.“

Begründung:

Es wird klargestellt, dass die Ausübung des Wahlrechts gegenüber dem für die Hilfe zuständigen Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe zu erklären ist und nicht gegenüber der Krankenkasse. Dies ist konsequenter Ausdruck des Rechtsgedankens, dass es zwischen dem Hilfebezieher und der Krankenkasse keine versicherungs- und mitgliedsrechtliche Beziehung gibt. Die Krankenkasse handelt lediglich im Auftrag für den Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe.

Die bisher im Rahmen von Absprachen vereinbarte Anmeldung der Betroffenen durch die Träger der Sozial- bzw. öffentlichen Jugendhilfe wird auf eine gesetzliche Grundlage gestellt.

§ 264 Absatz 6 Satz 1 wird durch folgenden Satz ersetzt:

„Zur Bemessung der Vergütungen für die vertragsärztliche Versorgung der Empfänger gelten die Regelungen nach § 87a ff.; hierbei gelten die Empfänger als Versicherte.“

Nach § 264 Absatz 6 Satz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Die Sätze 2 und 3 gelten nur für vertragszahnärztliche Leistungen.“

Begründung:

Mit der zum 01.01.2009 in Kraft getretenen Honorarreform ist eine Anpassung der Regelungen für nicht Versicherungspflichtige im Zusammenhang mit den Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung erforderlich geworden. Durch die Änderung wird klargestellt, dass die Vergütungsregelungen nach § 87a ff sowie evtl. Neuregelungen für gesetzlich Versicherte auch für nicht versicherungspflichtige Leistungsempfänger gelten. Dabei ist die Zahl der Leistungsempfänger und nicht der Haushaltsvorstände bei der Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu berücksichtigen.

Für die Vergütung der vertragszahnärztlichen Leistungen gelten weiterhin die Regelungen des § 85.



In § 264 Absatz 7 Satz 1 werden die Wörter „für die Hilfe zuständigen“ gestrichen sowie nach dem Wort „erstattet“ ein Komma und die Wörter „die die Anmeldung bei der Krankenkasse nach Absatz 3 vorgenommen haben“ eingefügt.

Begründung:

In einigen Ländern verweigern einzelne örtliche Träger der Sozialhilfe die Erstattung von Aufwendungen nach § 264 Absatz 7 Satz 1 SGB V mit der Begründung, dass für die Hilfe der überörtliche Träger der Sozialhilfe zuständig ist. Die kassenseitige Abrechnung mit mehreren Trägern der Sozialhilfe würde jedoch zu einem erheblichen Verwaltungsaufwand führen, zumal in der Regel nicht bekannt ist, welcher Träger der Sozialhilfe in Bezug auf welche Leistungen zuständig ist. Mit der Neuregelung wird daher erreicht, dass in jedem Fall der anmeldende Träger der Sozial- oder Jugendhilfe gegenüber der Krankenkasse zur Erstattung der Aufwendungen verpflichtet ist.

Nach § 264 Abs. 7 Satz 1 werden folgende Sätze eingefügt:

„Als erstattungsfähiger Aufwand für die Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 87a ff. gilt der gemäß § 295 Abs. 2 SGB V an die Krankenkassen übermittelte Leistungsbedarf der Empfänger nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung. Dieser ist mit dem sich aus der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ergebenden rechnerischen Punktwert der kassenseitigen Rechnungslegung der Kassenärztlichen Vereinigung zu bewerten. Die Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden als Einzelleistungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Für die zur Ausführung des Auftrags erforderlichen Aufwendungen hat der Träger der Sozialhilfe und der öffentlichen Jugendhilfe der Krankenkasse auf Verlangen einen angemessenen Vorschuss zu zahlen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam vereinbaren mit den kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene und den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Land gemeinsam und einheitlich das Nähere zur Höhe, Berechnung und Fälligkeit der Vorschusszahlungen bis zum [6 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes]. Die Vereinbarungen sind für die Krankenkassen, die Träger der Sozialhilfe und der öffentlichen Jugendhilfe unmittelbar verbindlich. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 6 nicht zu Stande, gelten für eine angemessene Vorschusszahlung und zur Fälligkeit die Sätze 9 bis 13. Der Vorschuss nach Satz 5 berechnet sich auf der Grundlage der gegenüber den Trägern der Sozialhilfe und der öffentlichen Jugendhilfe im Vorjahresquartal abgerechneten Leistungsaufwendungen je Empfänger. Der Vorschuss beinhaltet zusätzlich einen Verwaltungskostenanteil von 6 vom Hundert des Betrages nach Satz 9. Die Beträge nach den Sätzen 9 und 10 sind für jeden Empfänger zu zahlen, der am ersten Tag des ersten Monats des Kalendervierteljahres, für das der Vorschuss zu zahlen ist, bei der Krankenkasse gemeldet ist. Abweichend von den Sätzen 9 bis 11 kann die Krankenkasse einen angemessenen Vorschuss auch nach anderen Berechnungsgrundsätzen bemes-



sen. Der Vorschuss ist am 20. des ersten Monats des Kalendervierteljahres, für das der Vorschuss zu zahlen ist, fällig.“

Die bisherigen Sätze 2 und 3 werden Sätze 14 und 15.

Begründung:

Seit dem 1. Januar 2009 zahlen die Krankenkassen für die vertragsärztliche Versorgung gemäß § 87a Abs. 3 SGB V eine sog. morbiditätsbedingte Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung. Der auf der Morbiditätsstruktur beruhende durchschnittliche Behandlungsbedarf der Leistungsempfänger ist in der Regel höher als bei den gesetzlich Versicherten. Da bei der Ermittlung des morbiditätsbedingten, durchschnittlichen Behandlungsbedarfs auch die Empfänger zu berücksichtigen sind, wird die von den Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu zahlende Gesamtvergütung durch den erhöhten durchschnittlichen Behandlungsbedarfs der Empfänger höher. Die Aufwendungen für Versicherte und Empfänger werden auf Basis verschiedener Sicherungssysteme finanziert. Somit muss eine Quersubventionierung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen werden. Daher kann für die Abrechnung der Aufwendungen gegenüber den Trägern der Sozial- bzw. öffentlichen Jugendhilfe der morbiditätsbedingte durchschnittliche Behandlungsbedarf der Versicherten nicht maßgebend sein. Daher ist der tatsächlich abgerechnete Leistungsbedarf der Empfänger gesondert zu berücksichtigen und zu vergüten. Durch die Vergütung des Leistungsbedarfs mit dem sich aus der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ergebenden, zuletzt verfügbaren quotierten Punktwert der kassenseitigen Rechnungslegung der Kassenärztlichen Vereinigung (sogenanntes Formblatt 3) finden die für die Versicherten geltenden Honorarbegrenzungsregelungen analog für die Empfänger Anwendung.

Darüber hinaus wird klargestellt, dass der Träger der Sozialhilfe und der öffentlichen Jugendhilfe einen angemessenen Vorschuss auf Verlangen der Krankenkasse zu zahlen hat. Zur Höhe, Berechnung und Fälligkeit der Vorschusszahlungen sind gemeinsame und einheitliche Absprachen auf Landesebene zu treffen. Für die örtlichen Träger der Sozialhilfe und die örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe sind die Kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene zum Abschluss einer Vereinbarung gesetzlich legitimiert. Hierdurch wird vermieden, dass es zu einer Vielzahl von Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und örtlichen Trägern der Sozialhilfe sowie örtlichen Trägern der öffentlichen Jugendhilfe kommt. Zusätzlich sind auch die überörtlichen Träger der Sozialhilfe in den Abschluss von Vereinbarungen einzubeziehen, da bei entsprechender Gewährung von Sozialhilfeleistungen nach dem SGB XII bzw. nach Landesrecht eine Anmeldung bei der Krankenkasse durch den überörtlichen Träger der Sozialhilfe zu erfolgen hat und somit die Vorschuss- und Abrechnungszahlungen durch den überörtlichen Träger der Sozialhilfe zu tätigen sind. Da für die überörtlichen Trä-



ger der Jugendhilfe keine Zuständigkeit von Krankenhilfeleistungen nach dem SGB VIII gegeben ist, besteht kein Bedarf für eine Vereinbarung mit diesen. Für den Fall, dass die Vereinbarung auf Landesebene innerhalb von 6 Monaten nach Inkrafttreten der Regelung nicht zu Stande kommt, gilt das im Gesetz beschriebene Verfahren. Aus Gründen der Flexibilität können die Krankenkassen in diesen Fällen jedoch auch abweichende Berechnungen zur Ermittlung eines angemessenen Vorschusses anstellen.

In § 264 Absatz 7 Satz 14 (neu) werden die Wörter „bis zu 5“ durch das Wort „sechs“ ersetzt.

Begründung:

In Bezug auf den Verwaltungskostenersatz ist festzustellen, dass die Verwaltungskosten der Krankenkassen in der Regel über 5 v. H. der Leistungsausgaben liegen und beim betreuungsintensiven Personenkreis des § 264 Abs. 2 SGB V noch höher anzusetzen sind.

Nach § 264 Abs. 7 Satz 15 (neu) wird folgender Satz angefügt:

„Für die Aufwandserstattung und Vorschusszahlungen gilt die Regelung des § 24 Abs. 1 Satz 1 Viertes Buch entsprechend; als Fälligkeitstag für die Aufwandserstattung gilt der 14. Kalendertag nach Abrechnungseingang.“

Begründung:

Die Krankenkassen erhalten keine Beiträge für ihre Leistungen, die sie nach § 264 Absatz 2 bis 6 SGB V erbringen. Sie sind aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots aber gehalten, zeitnah ihre Einnahmen einzuziehen, da andernfalls die Solidargemeinschaft über Gebühr belastet würde. Durch diese Regelung entsteht für die Träger der Sozialhilfe der Anreiz, die Zahlungen an die Krankenkassen zügig vorzunehmen. Eine unangemessene Benachteiligung der Regelung des § 24 Abs. 1 Satz 1 SGB IV für die Träger ist auch nicht ersichtlich, da sie lediglich den Beitragszahlern gleichgestellt werden.

Das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022), welches zuletzt durch Gesetz vom 24. März 2011 (BGBl. I S. 453) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

Nach § 109 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 109a Kostenerstattung bei Aufwendungen nach § 264 Fünftes Buch

Hat der Träger der Sozialhilfe Aufwendungen gegenüber der Krankenkasse nach § 264 Absatz 7 Satz 1 Fünftes Buch erstattet, ist der nach den Vorschriften dieses Buches oder nach Landesrecht sachlich zuständige Träger der Sozialhilfe er-



stattungspflichtig; Pauschalierungsabreden zwischen den örtlichen und überörtlichen Trägern der Sozialhilfe sind zulässig.“

Begründung:

In einigen Ländern wurden den örtlichen Trägern der Sozialhilfe die nach § 264 Absatz 7 Satz 1 SGB V übernommenen Aufwendungen nicht durch die nach den Vorschriften des SGB XII oder nach Landesrecht zuständigen überörtlichen Träger der Sozialhilfe erstattet. In der Folge kam es zu Rückforderungen gegenüber den Krankenkassen, die wiederum diese Aufwendungen gegenüber den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe geltend zu machen hatten. Diese Regelung schafft eine rechtssichere Grundlage zum Ausgleich der Aufwendungen zwischen den Trägern der Sozialhilfe und korrespondiert mit der in § 264 Absatz 7 Satz 1 SGB V eingeführten Verpflichtung, dass der anmeldende Träger der Sozialhilfe zur Erstattung gegenüber der Krankenkasse verpflichtet ist, unabhängig von dem im Sozialhilferecht bestehenden Zuständigkeiten. Den Trägern der Sozialhilfe steht es frei, die Erstattungen untereinander einzelleistungsbezogen oder pauschaliert abzuwickeln.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 74)

§ 265b Freiwillige finanzielle Hilfen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die in § 172 Absatz 2 Satz 1 benannten Verbände (bzw. Organisationen; siehe unsere Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 62) sollen Krankenkassen auf Verlangen die Auskünfte erteilen, die zur Beurteilung des Umfangs der Hilfeleistungen nach § 265b SGB V erforderlich sind, soweit Unsicherheiten über die Belastbarkeit der finanziellen Hilfebedürftigkeit besteht.

B) Stellungnahme

Diese Regelung stellt darauf ab, dass eindeutig festgestellt werden kann, ob die erbetenen Informationen für die Beurteilung der Hilfebedürftigkeit erforderlich sind. Ist dies nicht eindeutig der Fall, ist der Schutz von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen zu wahren, d. h. die Information kann ohne eine explizite Freigabeerklärung durch den Vorstand der hilfebedürftigen Krankenkasse nicht weitergegeben werden. In dieser Form ist die Regelung nicht geeignet, das Informationsbedürfnis von Krankenkassen zu befriedigen, die Sicherheit über die Belastbarkeit der finanziellen Hilfebedürftigkeit erlangen wollen.

Eine Lösung sollte vielmehr darin bestehen, dass der Vorstand der hilfebedürftigen Krankenkasse in der Pflicht steht, die Hilfebedürftigkeit nachzuweisen. Den nach § 172 Absatz 2 Satz 1 mit dem Finanzcontrolling und Risikomanagement beauftragten Organisationen und dem GKV-Spitzenverband obliegt dann auf Anfrage die Aufgabe, eine Einschätzung über die Richtigkeit der vorgetragenen Zahlen abzugeben.

Hierzu bedarf es jedoch keiner gesetzlichen Regelung, da der Vorstand einer hilfebedürftigen Krankenkasse ein originäres Interesse hat, den Umfang der Hilfebedürftigkeit darzustellen. Eine Einschätzung zur Richtigkeit der vorgetragenen Zahlen steht nicht im Konflikt mit dem Schutz von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen und bedarf ebenfalls keiner gesetzlichen Regelung.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelung wird gestrichen.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV

(Drucksache 17/6906)

Seite 202 von 282

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 75)

§ 266 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bislang unterlag die Festlegung der Krankheiten, die Gegenstand von Disease Management-Programmen sind und somit nach § 270 Abs. 1 b) Zuweisungen für sonstige Ausgaben auslösen, der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 SGB V. Mit der Übertragung der Regelungskompetenz auf den Gemeinsamen Bundesausschuss ist eine Anpassung der Verordnungsermächtigung erforderlich.

B) Stellungnahme

Die Folgeänderung zur teilweisen Übertragung der Regelungskompetenz auf den G-BA ist folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 76)

§ 270 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für sonstige Ausgaben

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen sollen die Aufwendungen auf Grund der erweiterten Satzungsregelungen nach § 11 Abs. 6 neu nicht über Zuweisungen finanzieren. Im Bereich der Wahltarife wird die fälschlicherweise erfolgte Einschränkung des § 53 auf den Absatz 5 aufgehoben.

B) Stellungnahme

Die Regelung führt dazu, dass die erweiterten Satzungsleistungen nicht wie die bislang bestehenden Satzungsleistungen über den Gesundheitsfonds finanziert werden. Diese Unterscheidung ist nicht sachgerecht. Auch können die erweiterten Satzungsleistungen aufgrund der gänzlich anders gelagerten Finanzierung aus sog. „Eigenmitteln“ nicht mit den Regelungen zu Wahlтарifen gleichgesetzt werden. Während für die erweiterten Satzungsleistungen die Frage der Finanzierung weitgehend offen bleibt („Eigenmittel“), müssen die Aufwendungen für Wahlтарife aus gesonderten Prämienzahlungen, Effizienzsteigerungen und Einsparungen, die direkt in Verbindung mit Wahlтарifen selbst entstehen, finanziert werden. Im Gegensatz zur beabsichtigten Neuregelung hat gerade die Einbindung der bestehenden Satzungs- und Ermessensleistungen in das System der Gesundheitsfondszuweisungen gezeigt, dass hierdurch deutliche Wirtschaftlichkeitsanreize gesetzt und Mehrausgaben vermieden werden können.

Deshalb müssen alle Satzungs- und Ermessensleistungen für die Bemessung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds berücksichtigt werden; auch solche im Sinne des § 11 Abs. 6 neu.

Die mit der Neuregelung ebenfalls beabsichtigte Klarstellung in § 270 Abs. 1, dass alle Wahlтарife von der Bemessung der Gesundheitsfondszuweisungen ausgenommen sind, ist zu begrüßen und soll beibehalten werden.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 76 wird wie folgt gefasst:

„In § 270 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe a wird die Angabe „Abs. 5“ gelöscht.“



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 77)

§ 271 Gesundheitsfonds

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass das Bundesversicherungsamt bei Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse einer leistungsaushelfenden Krankenkasse auf Antrag ein Liquiditätsdarlehen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gewähren kann, wenn dies erforderlich ist, um Leistungsansprüche von Versicherten zu finanzieren, deren Mitgliedschaftsverhältnisse noch nicht geklärt sind.

B) Stellungnahme

Die gesetzlichen Regelungen sorgen dafür, dass ein Wechsel der Krankenkasse auch im Fall einer Kassenschließung mit einem nahtlosen Übergang der Mitgliedschaftsverhältnisse verbunden ist: Die Mitgliedschaft bei der bisherigen Krankenkasse endet mit dem Zeitpunkt der Schließung, die Mitgliedschaft bei der neuen Krankenkasse beginnt unmittelbar im Anschluss an diesen Zeitpunkt, auch wenn die Wahl der neuen Krankenkasse zu einem späteren Zeitpunkt innerhalb der gesetzlich vorgegebenen Fristen ausgeübt wird. Das Kassenwahlrecht räumt den Mitgliedern bislang eine Frist zur Wahl der neuen Krankenkasse ein, die auch bei Schließung einer Krankenkasse über den Tag dieser Schließung hinausreicht: Versicherungspflichtige können die Mitgliedsbescheinigung ihrer neuen Krankenkasse der zuständigen Meldestelle bis zu zwei Wochen nach dem Schließungstag vorlegen. Versicherungsberechtigte müssen ihre Entscheidung über die neue Krankenkasse spätestens drei Monate nach Beendigung der Mitgliedschaft durch Schließung treffen. Für die Versicherten besteht gegenüber der neu gewählten Krankenkasse ein Leistungsanspruch ab dem ersten Tag der Mitgliedschaft. Soweit sie jedoch bereits Leistungen in Anspruch nehmen müssen, bevor sie ihr Wahlrecht ausgeübt haben, fehlt ihnen der entsprechende Versicherungsnachweis (Krankenversicherungskarte oder ein anderer gültiger Behandlungsausweis) der neuen Krankenkasse, so dass für die Leistungserbringer Unsicherheit bezüglich der Kostenübernahme besteht. Eine hieraus ggf. resultierende Verweigerung der Leistungserbringung oder Privatabrechnung ist unbedingt zu vermeiden.

Eine vom GKV-Spitzenverband im Rahmen der neuen gesetzlichen Aufgabe nach § 217 f Abs. 6 neu erfolgte Beauftragung der geschlossenen Krankenkasse als Körperschaft in Abwicklung oder einer anderen Krankenkasse mit der Leistungsaushilfe ist geeignet, einen lückenlosen Versicherungsschutz sicherzustellen. Zur Finanzierung der Leistungsaushilfe erhält die leistungsaushelfende Krankenkasse keine Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, da die Leistungsaushilfe keine Mitgliedschaft begründet. Die erforderlichen Mittel können jedoch als Darlehen aus der Liquiditätsreserve gewährt und nach 6 Monaten zurückgezahlt werden, da die leistungsaushelfende Krankenkasse gegenüber der neuen Krankenkasse



aufgrund der rückwirkend zum Tag nach der Schließung bestehenden Leistungspflicht einen Erstattungsanspruch geltend macht.

Die Notwendigkeit einer aushelfenden Leistungsgewährung und der damit einhergehenden darlehensbasierten Finanzierung kann trotz der vorgeschlagenen Änderung des § 175 Abs. 3a neu bestehen (siehe unsere Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 64). Eine Vorfinanzierung durch den Haftungsverbund ist unverändert auszuschließen.

- C) Änderungsvorschlag
Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 80 a) aa)

§ 295 Abs. 1b Abrechnung ärztlicher Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Hier sind Neudefinitionen bezüglich der Leistungserbringer im Zusammenhang mit § 116b SGB V vorgesehen, das Wort „Krankenhäuser“ wird durch „Leistungserbringer“ ersetzt, das Wort „ambulant“ wird durch „spezialärztlich“ ergänzt.

In Satz wird klargestellt, dass die Regelungen zur Datenübermittlung für Leistungserbringer nach § 116 Abs. 2 nicht alleine vom GKV-Spitzenverband festgelegt werden.

B) Stellungnahme

Die Änderungen sind grundsätzlich zu begrüßen. Folgeänderungen vgl. § 116b.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 80 a) bb)

§ 295 Abrechnung ärztlicher Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Hier sind Neudefinitionen bezüglich der Leistungserbringer vorgesehen im Zusammenhang mit § 116b SGB V vorgesehen, das Wort „Krankenhäuser“ wird durch „Leistungserbringer“ ersetzt, das Wort „ambulant“ wird durch „spezialärztlich“ ergänzt. Es wird klargestellt, dass die Regelungen zur Datenübermittlung für Leistungserbringer nach § 116 Abs. 2 nicht alleine vom GKV-Spitzenverband festgelegt werden.

B) Stellungnahme

Die Änderungen sind grundsätzlich zu begrüßen. Folgeänderungen wurden bereits in § 116b dargestellt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV

(Drucksache 17/6906)

Seite 208 von 282

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 80 b)

§ 295 Abrechnung ärztlicher Leistungen

- A) Beabsichtigte Neuregelung
Folgeänderung zu § 137f. Künftig legt der G-BA in Richtlinien die Anforderungen an die Ausgestaltung strukturierter Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten fest.
- B) Stellungnahme
Die Regelung ist sachgerecht.
- C) Änderungsvorschlag
Keiner.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV

(Drucksache 17/6906)

Seite 209 von 282

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 80 c)

§ 295 Abrechnung ärztlicher Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Hier sind Neudefinitionen bezüglich der Leistungserbringer im Zusammenhang mit § 116b SGB V vorgesehen, das Wort „Krankenhäuser“ wird durch „Leistungserbringer“ ersetzt, das Wort „ambulant“ wird durch „spezialärztlich“ ergänzt.

B) Stellungnahme

Die Änderungen sind grundsätzlich zu begrüßen. Folgeänderungen wurden bereits in § 116b dargestellt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 80 d)

§ 295 Abs. 3 Satz 2 Abrechnung ärztlicher Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Entfall der Ambulanten Kodierrichtlinien.

B) Stellungnahme

Die Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) sind für eine einheitliche und zuverlässige Kodierung durch Vertragsärzte unerlässlich. Eine Berücksichtigung der Morbiditätsstruktur der Versicherten zur Anpassung des Behandlungsbedarfs ist ohne die flächendeckende qualitätsgesicherte Anwendung der AKR nicht möglich.

C) Änderungsvorschlag

Beibehaltung der ambulanten Kodierrichtlinien. Weiterentwicklung mit deren Einbettung in ein System zur Qualitätssicherung ambulanter Diagnosen. Bis dahin sollte die Messung von Veränderungen der Morbidität ausschließlich über demografische Kriterien erfolgen.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 81

§ 300 (neue Überschrift:) Abrechnung der Apotheken und weiterer Stellen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Gesetzliche Klarstellung zur Übermittlung der Abrechnungsdaten aller Leistungen nach § 31 SGB V nach der Vorschrift des § 300 SGB V.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die gesetzliche Klarstellung, dass alle Leistungen, die nach § 31 SGB V in die Arzneimittelversorgung einbezogen sind, einheitlich nach den Vorschriften des § 300 SGB V abzurechnen sind. Zur Gewährleistung der einheitlichen Abrechnung sollte aber die Formulierung eindeutiger gefasst werden.

C) Änderungsvorschlag

Im neu angefügten Satz 2 des Absatzes 1 wird der letzte Halbsatz gestrichen und wie folgt neu gefasst:

„ , Regelungen nach § 302 finden keine Anwendung.“



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 83

§ 303a - 303f Datentransparenz

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Datentransparenz wird auf eine neue Grundlage gestellt. Anstatt der Selbstverwaltung bzw. dem GKV-Spitzenverband, wird die Aufgabe an öffentliche Stellen übertragen. Als Datengrundlagen werden Morbi-RSA-Daten nach § 268 Abs. 3 Satz 14 in Verbindung mit Satz 1 Nummer 1 bis 7 bestimmt. Nutzungszwecke und Nutzerkreis sind entsprechend der alten Regelung sehr breit angelegt.

Die Kosten sollen sich auf Anfangsinvestitionen von ca. 1 Mio. Euro, die jährlichen Kosten auf 0,5 Mio. Euro belaufen.

B) Stellungnahme

Die Aufgabe der Datenaufbereitungsstelle sollte der GKV-Spitzenverband als Institution nach § 35 SGB I übernehmen. Dieser sollte eine Vertrauensstelle mit der erforderlichen Pseudonymisierung der Daten beauftragen.

Die in der Begründung des Gesetzentwurfes dargestellten Kosten erscheinen angesichts des sehr breiten Nutzerkreises sowie der sehr weit gefassten Nutzungszwecke und der damit vermutlich zu erwartenden Vielzahl von Datenanfragen als sehr knapp geschätzt.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelungen nach §§ 303a bis 303f wären grundsätzlich neu zu fassen. Anstelle der Datenaufbereitungsstelle wäre der GKV-Spitzenverband als umzusetzende Institution einzusetzen.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 83

§ 303a Wahrnehmung der Aufgaben der Datentransparenz

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Aufgabenwahrnehmung der Datentransparenz soll durch öffentliche Stellen des Bundes erfolgen: Vertrauensstelle und Datenaufbereitungsstelle, die räumlich, organisatorisch und personell getrennt sein sollen. Diese werden durch Rechtsverordnung des BMG im Einvernehmen mit der für die öffentlichen Stellen zuständigen obersten Bundesbehörde ohne Zustimmung des Bundesrates bestimmt. Als öffentliche Stelle kommen das Bundesversicherungsamt oder das Statistische Bundesamt in Betracht.

Die entstehenden Kosten zahlen die Krankenkassen nach der Zahl der Mitglieder. Genaueres regelt die BMG-Rechtsverordnung.

B) Stellungnahme

Siehe unter §§ 303a-303f.

C) Änderungsvorschlag

Siehe unter §§ 303a-303f.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 83

§ 303b Datenübermittlung und Erhebung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Als Datengrundlagen werden Morbi-RSA-Daten nach § 268 Abs. 3 Satz 14 in Verbindung mit Satz 1 Nummer 1 bis 7 festgelegt. Das Bundesversicherungsamt übermittelt die Daten nach Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfung an die Vertrauensstelle. Das Bundesversicherungsamt übermittelt ebenso eine Liste mit den dazugehörigen Pseudonymen an die Vertrauensstelle.

B) Stellungnahme

Diese Datengrundlagen haben den Vorteil, dass sie bereits vorliegen und keine zusätzlichen Daten von den Krankenkassen erhoben werden müssen. Allerdings sind die Dateninhalte der Morbi-RSA-Daten nicht für alle Fragen der Versorgungsforschung und nicht für alle in § 303 e Abs. 2 genannten Nutzungszwecke geeignet. So fehlt bspw. für die Nutzenbewertung nach § 35a sowie die Kosten-Nutzenbewertung nach § 35b die notwendige Detailtiefe. Des Weiteren fehlt mit Blick auf Anwendungen für die Qualitätssicherung nach § 137 der erforderliche Leistungserbringerbezug sowie ein Fall- und Leistungsbezug. Somit macht die Datentransparenzregelung nach den §§ 303a bis e gesetzliche Neuregelungen zur Bereitstellung von Datengrundlagen für die Kosten-Nutzenbewertung und für Qualitätssicherungszwecke nicht entbehrlich.

Die Daten nach § 268 Abs. 3 Satz 14 in Verbindung mit Satz 1 Nummer 1-7 sind kassenbezogene Daten. Es ist nicht ersichtlich, wozu ein Kassenbezug für die Versorgungsforschung sowie die weiteren Nutzungszwecke nach § 303 e Abs. 2 erforderlich ist. Daher ist bei der Aufbereitung der Daten für die Nutzung dafür Sorge zu tragen, dass keine Analysen mit Krankenkassenbezug möglich sind.

C) Änderungsvorschlag

In § 303b wird angefügt:

„Aus den Daten sind alle krankenkassenbezogenen Bezüge zu entfernen.“



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 83

§ 303c Vertrauensstelle

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die räumlich und organisatorisch von der Datenaufbereitungsstelle getrennte Vertrauensstelle pseudonymisiert unter Zuhilfenahme der vom Bundesversicherungsamt übermittelten Liste mit den dazugehörigen Pseudonymen die ihr übermittelten Daten nach einem mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik im Einvernehmen zu bestimmenden periodenübergreifenden Verfahren. Dabei soll gewährleistet werden, dass für alle Leistungsbereiche ein bundesweit eindeutiger periodenübergreifender Bezug der Daten zu dem Versicherten, der Leistungen in Anspruch genommen hat, hergestellt werden kann. Die Vertrauensstelle übermittelt die Daten der Datenaufbereitungsstelle.

B) Stellungnahme

Keine.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 83

§ 303d Datenaufbereitungsstelle

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Datenaufbereitungsstelle erstellt die Datengrundlagen für die in § 303e genannten Zwecke und übermittelt die Daten den genannten Nutzungsberechtigten.

B) Stellungnahme

Siehe unter §§ 303a-303f.

C) Änderungsvorschlag

Siehe unter §§ 303a-303f.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 83

§ 303e Datenverarbeitung und -nutzung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es werden die Nutzungsberechtigten der Daten nach § 303b bestimmt. Zusätzlich zu den im bisherigen § 303f SGB V genannten Institutionen werden der Gemeinsame Bundesausschuss, das Institut des Bewertungsausschusses, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, die oder der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene, die Institution nach § 137a Absatz 1 und das DRG-Institut benannt. Als Nutzungszweck neu aufgenommen ist die Analyse von Einzelverträgen der Krankenkassen.

Die Datenaufbereitungsstelle erstellt bis zum 31.12.2012 eine Regelung zur Erhebung und Berechnung von Nutzungsgebühren, welche dem BMG vorgelegt wird und von diesem innerhalb von 2 Monaten beanstandet werden kann.

B) Stellungnahme

Die Nutzung der Daten sollte ausschließlich der Erfüllung gesetzlicher Aufgaben sowie der unabhängigen wissenschaftlichen Forschung dienen.

Es ist daher sicherzustellen, dass wettbewerbliche oder kommerziell verwertbare Analysen (Marktforschung bzw. Erkundung) ausgeschlossen werden. Hierzu gehört auch die Analyse von Einzelverträgen der Krankenkassen, die zudem technisch mit der Datengrundlage nach § 303b nicht durchführbar sind. Zur Prüfung der Nutzungszwecke ist von der Datenaufbereitungsstelle ein Nutzungskatalog zu erstellen, der sicherstellt, dass die Daten ausschließlich für unabhängige wissenschaftliche Zwecke im öffentlichen Interesse oder gesetzliche Aufgaben der genannten Nutzer verwendet werden.

C) Änderungsvorschlag

In § 303e Abs. 2 Satz 1 Nr. 6 werden die Wörter: „...sowie die Einzelverträge der Krankenkassen“ gestrichen.

In § 303e Abs. 3 werden nach Satz 1 folgende Sätze aufgenommen.

„Die Datenaufbereitungsstelle erstellt als Grundlage der Prüfung bis zum 31.12.2012 einen Katalog, der die Zwecke festlegt, für welche die bei der Datenaufbereitungsstelle gespeicherten Daten verarbeitet und genutzt werden dürfen. Dabei ist die Nutzung auf die Datenverwendung im Rahmen gesetzlicher Aufga-



ben der in Absatz 1 genannten Institutionen und in im Rahmen unabhängiger wissenschaftlicher Forschung im öffentlichen Interesse zu begrenzen. Wettbewerbliche oder kommerziell nutzbare Verwendungen der Daten sind auszuschließen.

Der Katalog ist dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann den Katalog innerhalb von zwei Monaten beanstanden.“



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 84

§ 321 (neu): Übergangsregelung für die Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137g Absatz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neu eingefügte § 321 sieht eine Übergangsregelung vor, nach der die Regelungen der RSAV inklusive der Anlagen zur RSAV bis zum Inkrafttreten der Richtlinien des G-BA weiter gelten. Nicht explizit geregelt ist, wie mit bereits durch den G-BA beschlossenen und an das BMG übermittelten Empfehlungen umzugehen ist (DMP-Brustkrebs, DMP-Asthma, DMP-COPD).

B) Stellungnahme

Eine möglichst kurzfristige Umsetzung der vorliegenden Empfehlungen zu DMP-Brustkrebs, DMP-Asthma sowie DMP-COPD erscheint aus Sicht des GKV-SV erforderlich, da anderenfalls zu erwarten ist, dass die zum Teil bereits seit längerer Zeit vorliegenden Empfehlungen zunächst neuerlich aktualisiert werden müssten, bevor sie in Richtlinien überführt werden können. Dies würde den Eingang der aktuellen medizinischen Entwicklungen in die strukturierten Behandlungsprogramme erheblich verzögern. Der GKV-SV spricht sich für eine klare Übergangsregelung bezüglich der Überleitung der vorliegenden Empfehlungen zu den o. g. strukturierten Behandlungsprogrammen in Richtlinien aus.

C) Änderungsvorschlag

§ 321 (neu) wird um folgenden Satz ergänzt: „Die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des GKV-VStG gefassten Beschlüsse des G-BA zu den Empfehlungen nach §137f (alte Fassung), die bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des GKV-VStG noch nicht in eine Rechtsverordnung umgesetzt wurden, können auch vor Umsetzung der erforderlichen Anpassungen der Verfahrensordnung im Sinne des § 91, Abs.4 in eine Richtlinie nach § 137f (neue Fassung) überführt werden.“



Artikel 2 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

§ 35a Abs. 7 Vorstand bei Orts- Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie Ersatzkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Änderung sollen die Rechte der Aufsichtsbehörden gegenüber dem Vorstand und dem Verwaltungsrat einer Krankenkasse gestärkt werden. In der Vergangenheit habe sich herausgestellt, dass selbst bei groben Pflichtverletzungen von Vorstandsmitgliedern, wie etwa vorsätzlichen Rechtsverletzungen, ein Beschluss des Verwaltungsrats, der das Vorstandsmitglied seines Amtes entheben hätte, nicht zustande gekommen sei. Daher soll zukünftig eine Amtsenthebung durch die zuständige Aufsichtsbehörde erfolgen, wenn der Verwaltungsrat seiner Verpflichtung zur Amtsenthebung des Vorstandsmitglieds innerhalb einer angemessenen Frist nicht nachkomme.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung schränkt die Rechte der Selbstverwaltung zu Gunsten der staatlichen Ebene drastisch ein. Es sollte Aufgabe des Verwaltungsrates bleiben, über eine Amtsenthebung von Vorstandsmitgliedern im Falle von Rechtsverletzungen zu entscheiden.

Über die zur Begründung angeführten Fälle von in der Vergangenheit festgestellten groben Pflichtverletzungen von Vorstandsmitgliedern, die nicht durch Amtsenthebungen geahndet worden seien, liegen dem GKV-Spitzenverband keine Erkenntnisse vor.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 2 wird gestrichen.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV

(Drucksache 17/6906)

Seite 221 von 282

Artikel 3 (Änderung des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch)

§ 66 Abs. 3; § 75 Abs. 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung stellt klar, dass künftig für die Vollstreckung zugunsten landesunmittelbarer Krankenkassen einheitlich das Verwaltungs-Vollstreckungsrecht gilt. Die zuständige Vollstreckungsbehörde bestimmt sich weiterhin unverändert nach den jeweiligen landesrechtlichen Vorschriften.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 4 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 40 Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, für die ein Anspruch gegenüber der Krankenkasse oder der Pflegekasse bestehen kann (doppelfunktionale Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel), sollen die Prüfung der Leistungszuständigkeit und die Bewilligung der Leistungen vereinfacht werden. Es ist vorgesehen, dass der zuerst angegangene Leistungsträger jeweils über die Bewilligung der Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel entscheidet. Für die betroffenen Produkte ist eine pauschale Aufteilung der Ausgaben zwischen der Kranken- und Pflegekasse vorgesehen. Die genaue Ausgestaltung ist vom GKV-Spitzenverband in Richtlinien festzulegen.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung zur verwaltungsvereinfachenden Abgrenzung der Leistungspflichten der Pflege- und Krankenkassen zur Versorgung der Versicherten mit doppelfunktionalen Hilfsmitteln wird grundsätzlich begrüßt. Die Klarstellung ist erforderlich, weil trotz diverser Entscheidungen des Bundessozialgerichts zur Abgrenzung der Leistungspflicht nach § 33 SGB V von der Leistungspflicht nach § 40 Abs. 1 SGB XI (zuletzt in seiner Entscheidung vom 15. November 2007, AZ: B 3 A 1/07 R) die Rechtslage von den Aufsichten der Krankenkassen unterschiedlich interpretiert wurde.

Um für die Versicherten eine möglichst reibungslose Entscheidung über ihre Leistungsansprüche gewährleisten zu können, wird jedoch vorgeschlagen, auf den Regelungsvorschlag in Absatz 5 Satz 1 der Vorschrift, wonach dem erstangegangenen Leistungsträger auch die Entscheidungskompetenz für Ansprüche gegenüber dem anderen Leistungsträger übertragen wird, zu verzichten. Unabhängig von grundsätzlichen rechtlichen Bedenken entscheiden die jeweils angegangenen Leistungsträger bereits heute zügig über die vorliegenden Anträge oder leiten sie an die zuständige Stelle zur Prüfung weiter. Bei der Gewährung von Pflegehilfsmitteln ist zudem die Pflegebedürftigkeit der Versicherten festzustellen, was ein eigenständiges Verfahren und die Gewährung weiterer Leistungen nach sich zieht. Wenn nunmehr die Krankenkasse im Zuge der Gewährung von Hilfsmitteln diese Entscheidungen der Pflegekassen teilweise ersetzt, sind das Verfahren und der Ansprechpartner für die übrigen Leistungen für die Versicherten nicht mehr nachzuvollziehen. Dies könnte insbesondere dann zu Problemen führen, wenn der Versicherte mit Leistungsentscheidungen nicht einverstanden ist oder neben den Hilfsmitteln noch über weitere Leistungen zu entscheiden ist (z. B. zusätzliche Betreuungsleistungen für Menschen mit Demenz). Aus Gründen der Rechtssicherheit und Transparenz sowie zur Vermeidung von rechtlichen und praktischen Problemen wird daher vorgeschlagen, Abs. 5 Satz 1



neu zu fassen. In Folge dieser Änderung kann ebenfalls auf den Verweis in Satz 7 auf die Prüfung gemäß § 275 Absatz 3 des Fünften Buches verzichtet werden.

Des Weiteren sieht der Gesetzesvorschlag vor, dass der GKV-Spitzenverband die bisherigen Ausgaben der Kranken- und Pflegekassen zu den doppel funktionalen Hilfsmitteln bei der Festlegung der Quote berücksichtigt. Dabei wurde leider nicht klargestellt, welche Daten von wem und wann geliefert werden sollen. Da die aufsichtsrechtlichen Prüfungen in unterschiedlicher Art und Weise durchgeführt wurden und teilweise noch nicht abgeschlossen sind, sollten die Leistungsausgaben über mehrere Jahre die Berechnungsgrundlage bilden. Damit dem GKV-Spitzenverband die Daten auch vollumfänglich und rechtzeitig zur Verfügung stehen, sollte eine entsprechende Verpflichtung der Kranken- und Pflegekassen zur Datenlieferung aufgenommen werden.

Ebenfalls sollte klargestellt werden, dass die Richtlinien-Kompetenz vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen – auch handelnd als Spitzenverband Bund der Pflegekassen – wahrgenommen wird. Da hier die Pflegekassen wie die Krankenkassen verpflichtet werden sollen, ist eine Klarstellung erforderlich, dass der GKV-Spitzenverband hier für Pflege- wie Krankenversicherung handelt. Ansonsten wäre die Richtlinien-Kompetenz – wie im SGB XI üblich und wegen der fehlenden Aufgabenidentität – dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen zu übertragen.

C) Änderungsvorschlag

Es wird vorgeschlagen, die Neuregelung in § 40 Abs. 5 SGB XI wie folgt zu fassen:

„(5) Für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die sowohl den in § 23 und § 33 des Fünften Buches als auch den in Absatz 1 genannten Zwecken dienen können, werden die Ausgaben zwischen der jeweiligen Krankenkasse und Pflegekasse in einem bestimmten Verhältnis pauschal aufgeteilt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen – auch handelnd als Spitzenverband Bund der Pflegekassen – bestimmt in Richtlinien, die erstmalig bis zum 30. April 2012 zu beschließen sind, die Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittel nach Satz 1, das Verhältnis, in dem die Ausgaben aufzuteilen sind, sowie die Einzelheiten der Umsetzung der Pauschalierung. Er berücksichtigt dabei die bisherigen Ausgaben der Kranken- und Pflegekassen in einem in den Richtlinien zu bestimmenden Zeitraum und stellt sicher, dass bei der Aufteilung die Zielsetzung der Vorschriften des Fünften Buches und dieses Buches zur Hilfsmittelversorgung sowie die Belange der Versicherten gewahrt bleiben. Die Kranken- und Pflegekassen sind verpflichtet, dem Richtliniengeber auf Verlangen die zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Satz 2 bis 4 erforderlichen Informationen und Daten in der von ihm vorgegebenen Form und innerhalb der von ihm vorgegebenen Frist zu übermitteln. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit und treten am ersten



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV

(Drucksache 17/6906)

Seite 224 von 282

Tag des auf die Genehmigung folgenden Monats in Kraft; die Genehmigung kann mit Auflagen verbunden werden. Die Richtlinien sind für die Kranken- und Pflegekassen verbindlich. Die Regelungen dieses Absatzes gelten nicht für Ansprüche auf Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel von Pflegebedürftigen, die sich in vollstationärer Pflege befinden, sowie Pflegebedürftigen nach § 28 Abs. 2.“



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV

(Drucksache 17/6906)

Seite 225 von 282

Artikel 5 (Änderung des zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte)

§ 39 Abs. 4; § 50 Abs. 2 Satz 2

- A) Beabsichtigte Neuregelung
Redaktionelle Folgeänderung des zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte entsprechend § 249 Abs 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.
- B) Stellungnahme
Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung, die sachgerecht ist.
- C) Änderungsvorschlag
Keiner.



Artikel 6 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 1

§ 10 Abs. 2; § 17a Abs. 4b; § 17b Abs. 2 Satz 8

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Neuregelung handelt es sich um eine Klarstellung, dass es sich bei den Daten, die einzelne Krankenhäuser dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) für Zwecke der Kalkulation für das DRG-Entgeltsystem nach § 17 b KHG oder für das Psych-Entgeltsystem nach § 17 d KHG zur Verfügung stellen, um vertrauliche Daten handelt, für die insofern als vorgehende Regelung im Sinne des § 3 Nummer 4 Informationsfreiheitsgesetz (IFG) eine Übermittlung an Dritte nicht zulässig ist. Die Veröffentlichung aggregierter Ergebnisse, die eine Identifikation einzelner Krankenhäuser nicht ermöglicht, ist unverändert zulässig.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 7 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 1

§ 2 Abs. 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

a) Bei der Ergänzung des § 2 Abs. 2 handelt es sich um eine Klarstellung, dass die allgemeinen Krankenhausleistungen auch die Mitaufnahme einer Pflegekraft bei stationärer Behandlung in einem Krankenhaus nach § 11 Absatz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch umfassen.

c) In Satz 2 wird unter Nummer 6 das Entlassmanagement im Sinne des § 39 Absatz 1 Satz 4 und 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergänzt. Die vorgeschlagene Änderung ist eine Folgeänderung zur Aufnahme des Entlassmanagements in den § 39 SGB V.)

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Klarstellung sowie eine Folgeänderung zu § 39 SGB V.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 7 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2

§ 21 Abs. 2 Nr. 2a KHEntgG

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die zu liefernden Daten der Krankenhäuser an die DRG-Datenstelle soll für die Kennzeichnung des Behandlungsfalles um die Krankenversichertennummer ergänzt werden.

Mit dieser Regelung verfolgt der Gesetzgeber das Ziel, fall- und krankenhäuserübergreifende Verläufe für die Entwicklung der Entgeltsysteme nach §§ 17b und 17d KHG für Krankenhausleistungen analysieren zu können.

Die Übermittlung des unveränderbaren Teils der Krankenversicherthenummer (KV-Nummer) nach § 290 Absatz 1 Satz 2 bzw. § 291a Absatz 1a Satz 2 SGB V soll dabei lediglich an die DRG-Datenstelle übermittelt werden.

B) Stellungnahme

Aus der Sicht des GKV-SV ist diese gesetzliche Regelung zu begrüßen.

In der Vergangenheit sind Behandlungspfade zum Beispiel durch Verlegungen von Patienten, aber auch Wiederaufnahmen nur erschwert anhand der bestehenden Daten für die DRG-Datenstelle festzustellen. Im Rahmen der Einführung eines durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten nach § 17 d Abs. 1 KHG gibt der Gesetzgeber den Selbstverwaltungspartnern den Auftrag zur Prüfung einer Einbeziehung von im Krankenhaus ambulant zu erbringenden Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanten (§118 SGB V).

Diesem Auftrag können die Beteiligten nur nachkommen, wenn fallübergreifende Informationen zu behandelten Patienten vorliegen. Dies kann die vom Gesetzgeber vorgeschlagene Krankenversicherthennummer sein. Durch eine verpflichtende zusätzliche Identifikation, die sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich identisch ist, lassen sich die derzeit teilweise autarken Datenflüsse zwischen den Sektoren für eine Beurteilung der Einbeziehung von ambulanten Leistungen zusammenführen.

Die derzeitige Datenübermittlung gemäß § 21 Abs. 2 Nr. 2 Punkt a i.V.m. Abs. 3 Sa 1 Nr. 1 KHEntgG sieht jedoch eine Übermittlung eines Kennzeichens des Behandlungsfalles im Krankenhaus an die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHEntgG (GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung und Deutsche Krankenhausgesellschaft) nicht vor. Diese Regelung ist entsprechend anzupassen.



Als Zuordnungskriterium ist nicht die Krankenversichertennummer, sondern ein durch die DRG-Datenstelle pseudonymisiertes Merkmal zu übermitteln. Dieses Merkmal ist lediglich so auszugestalten, dass ein Patient fallübergreifend das gleiche Merkmal bekommt.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist wie folgt zu ergänzen:

2. § 21 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

"a.) unveränderter Teil der Krankenversicherthennummer nach § 290 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und die krankenhausinterne Kennzeichnung des Behandlungsfalles,“.

„b) § 21 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG wird wie folgt gefasst:

Die DRG-Datenstelle prüft die Daten auf Plausibilität und übermittelt jeweils zum 1. Juli die

1. Daten nach Abs. 2 Nr. 1 und Nr. 2 Buchstabe a (pseudonymisiert) und Buchstabe b bis h zur Weiterentwicklung....“



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV

(Drucksache 17/6906)

Seite 230 von 282

Artikel 8 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 1

§ 2 Abs. 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Ergänzung des § 2 Abs. 2 handelt es sich um eine Klarstellung, dass die allgemeinen Krankenhausleistungen auch die Mitaufnahme einer Pflegekraft bei stationärer Behandlung in einem Krankenhaus nach § 11 Absatz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch umfassen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Klarstellung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 8 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 2

§ 2 Abs. 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Ergänzung des § 2 Abs. 2 handelt es sich um eine Klarstellung, dass die allgemeinen Krankenhausleistungen auch die Mitaufnahme einer Pflegekraft bei stationärer Behandlung in einem Krankenhaus nach § 11 Absatz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch umfassen sowie um eine Folgeänderung zur Aufnahme des Entlassmanagements in den § 39 SGB V.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Klarstellung sowie eine Folgeänderung zu § 39 SGB V.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 9 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Nr. 1

§ 12

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach der vorgesehenen Änderung des § 12 Abs. 3 Satz 2 der Zulassungsverordnung (Bedarfsplanung) sollen Abweichungen von den Richtlinien des G-BA bei der Abgrenzung der Planungsbereiche gekennzeichnet und in ihren Besonderheiten dargestellt werden. Falls ein sektorübergreifendes Gremium nach § 90a SGB V eingerichtet ist, sollen dessen Empfehlungen berücksichtigt und die sich hieraus ergebenden Besonderheiten dargestellt werden.

B) Stellungnahme

Bei der Harmonisierung der Zulassungsverordnung mit der entsprechenden Regelung (Änderung) in § 99 SGB V erscheinen die interferierenden Zuständigkeiten von Bundes- und Länderebene insbesondere unter (verfassungs)rechtlichen Aspekten ausgesprochen problematisch. Es wäre zu klären, wer letztlich welche Regelungskompetenzen hat. Ferner zeichnen sich Probleme bei den Regelungen zur Über- und Unterversorgung ab, wenn Planungsbereiche ländereits (durch Entscheidungen der Landesausschüsse) z. B. bei der Festlegung von Raumordnungskriterien von den G-BA-Vorgaben abweichen können.

Eine Regelung, die den Einfluss der Landesebene (Landesausschüsse) in rechtlich problematischer Weise ausweitet, ist abzulehnen.

C) Änderungsvorschlag

Von der geplanten Änderung in § 99 SGB V und der entsprechenden Regelung in § 12 Ärzte ZV ist abzusehen. Regionale Besonderheiten sollten durch G-BA-Vorgaben begrenzt bleiben. Um die vorgesehene Flexibilisierung zu erreichen, sollte die Möglichkeit der Abweichung von den Richtlinien des G-BA, wie sie in § 99 Abs. 1 S. 3 (neu) vorgesehen ist, gestrichen werden, denn nur so kann vermieden werden, dass Bedarfsplanung an Landesgrenzen endet.



Artikel 9 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Nr. 2

§ 13

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Änderung des § 13 der Zulassungsverordnung (Bedarfsplanung) definiert eine Informationspflicht der Landesausschüsse gegenüber den Landesbehörden über die Bedarfspläne, die zeitlich so zu fassen sei, dass die Anregungen der Landesbehörden in die Beratungen eingehen können. Hingewiesen wird auf das Beanstandungsrecht der Landesbehörden (innerhalb von 2 Monaten)

B) Stellungnahme

Ein Beanstandungsrecht (im Zusammenhang mit der neu definierten Rechtsaufsicht) ist unproblematisch, wenn es sich nur auf rechtliche Aspekte bezieht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 9 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Nr. 3

§ 14

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Änderung des § 14 der Zulassungsverordnung (Bedarfsplanung) sieht in Satz 1 eine unmittelbare Beratung im Fall einer Beanstandung vor. Der neu gefasste Absatz 2 sieht eine Beteiligung der Landesbehörden bei den Beratungen vor und regelt auch die Ersatzvornahme für den Fall, dass ein Bedarfsplan nicht einvernehmlich zustande kommt oder beanstandet wird. Die Aufsicht erhält ein Beanstandungsrecht für den Zeitraum von zwei Monaten.

B) Stellungnahme

Es geht um die Rechtsaufsicht und ein entsprechendes Beanstandungsrecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV

(Drucksache 17/6906)

Seite 235 von 282

Artikel 9 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Nr. 4

§ 18

- A) Beabsichtigte Neuregelung
Redaktionelle Änderung des § 18 der Zulassungsverordnung (Bedarfsplanung).
- B) Stellungnahme
Redaktionelle Änderung, die sachgerecht ist.
- C) Änderungsvorschlag
Keiner.



Artikel 9 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Nr. 5

§ 19

A) Beabsichtigte Neuregelung

Eingeführt wird die Möglichkeit einer zeitlichen Befristung der Zulassung. Die Regelung zielt darauf ab, die Entstehung (und damit Festschreibung) von Überversorgung zu reduzieren.

B) Stellungnahme

Die grundsätzlich wünschenswerte Möglichkeit zur zeitlichen Befristung von Zulassungen wird schon im Ansatz erheblich dadurch beschnitten, dass hierfür nur das Fenster zwischen einem Versorgungsgrad von 100 und 110 % vorgesehen ist. Um über die Befristung tatsächlich größere Steuerungsmöglichkeiten zu implementieren, wäre es notwendig, auch im Zuge der Nachbesetzung nach § 103 Abs. SGB V befristete Zulassungen zu erteilen.

C) Änderungsvorschlag

Entfall der vorgesehenen Begrenzung auf Versorgungsgrade zwischen 100 und 110 %; generelle Befristung von Zulassungen (ggf. bis zur Aufgabe der Praxistätigkeit aufgrund eigener Entscheidung). Befristung der Zulassung grundsätzlich verpflichtend auch im Bereich der spezialärztlichen Leistungen.



Artikel 9 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Nr. 6

§ 20

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Änderung des § 20 der Zulassungsverordnung (Zulassung und Vertragsarztsitz) ist eher eine redaktionelle Klarstellung.

B) Stellungnahme

Die Klarstellung, dass ein Arzt mit einer Zulassung auch für die vertragsärztliche Versorgung trotz nunmehr definierten Nebentätigkeitsumfangs tatsächlich im vollen Umfang (entsprechend der Definition im Bundesmantelvertrag) zur Verfügung stehen muss, ist zielführend.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 9 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Nr. 7

§ 21

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Änderung des § 21 der Zulassungsverordnung (Zulassung und Vertragsarztsitz) beschreibt detaillierter als bisher die Bedingungen und Maßnahmen, die zu treffen sind, wenn ein Vertragsarzt unfähig oder nicht geeignet ist, ärztlicher Berufsausübung nachzugehen.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist zielführend und sachgerecht. Bei einer günstigen medizinischen Prognose wird eine Zulassung möglich – die bisherige „starre“ Fünf-Jahres-Regelung wird zu Recht aufgegeben.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 9 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Nr. 8

§ 24

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Änderung des § 24 der Zulassungsverordnung (Zulassung und Vertragsarztsitz) gibt dem Zulassungsausschuss einen größeren Spielraum bei Entscheidungen über Anträge auf Verlegung des Praxisortes. Anträge dürfen „nur“ dann genehmigt werden, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen. Bisher waren solche Anträge zu genehmigen. Allerdings schafft die vorgesehene Regelung die Residenzpflicht insgesamt fast ab – Steuerungsmöglichkeiten für eine bessere Versorgung strukturschwacher Regionen werden damit aufgegeben.

B) Stellungnahme

Die Klarstellung wird zwar insgesamt begrüßt. Die damit verbundene Aufgabe von Steuerungsmöglichkeiten ist dagegen negativ zu beurteilen.

C) Änderungsvorschlag

Differenzierte Gestaltung der vorgesehenen Regelung zur Beseitigung der Residenzpflicht. Die neuen Regelungen haben insbesondere das Kriterium der Versorgungsdichte zu berücksichtigen.



Artikel 9 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Nr. 9

§ 31

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Änderung des § 31 der Zulassungsverordnung (Ermächtigung) definiert die Gruppe der Adressaten (Ärzte) neu. Nunmehr sind auch Ärzte in Rehabilitationseinrichtungen, bei denen ein Versorgungsvertrag nach § 11 oder Ärzte in Einrichtungen nach § 119b einbezogen.

B) Stellungnahme

Nachvollziehbare Regelung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV

(Drucksache 17/6906)

Seite 241 von 282

Artikel 9 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Nr. 10

§ 31a

- A) Beabsichtigte Neuregelung
Redaktionelle Änderungen, wie z. B. der Begriff „Krankenhausträger“ wird ersetzt durch „Träger der Einrichtungen, in denen Ärzte tätig sind“.
- B) Stellungnahme
Redaktionelle Änderung.
- C) Änderungsvorschlag
Keiner.



Artikel 9 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Nr. 11

§ 32

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Änderung des § 32 der Zulassungsverordnung (Vertreter, Assistenten, angestellte Ärzte und Berufsausübungsgemeinschaft) bezieht sich auf zwei Aspekte: Vertretungen im Fall von Schwangerschaft und Geburt sind nun für 6 statt 3 Monate möglich. Flexibilisierung der Zeiträume für die Beschäftigung von Assistenten bei Erziehungs- oder Pflegezeiten.

B) Stellungnahme

Eine weitere Flexibilisierung vertragsärztlicher Tätigkeit und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie werden begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 9 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Nr. 12

§ 32

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Änderung des § 32b der Zulassungsverordnung (Vertreter, Assistenten, angestellte Ärzte und Berufsausübungsgemeinschaft) beschreibt die Möglichkeit für angestellte Ärzte, Inhaber der Zulassung zu werden, wenn der bisherige Praxisinhaber keinen Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens stellt.

B) Stellungnahme

Die Zulassung sollte erst nach einer Prüfung erfolgen, ob die Praxis aus Versorgungsgründen überhaupt benötigt wird.

C) Änderungsvorschlag

Nachbesetzung nur bei positiver Bedarfsprüfung.



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV

(Drucksache 17/6906)

Seite 244 von 282

Artikel 9 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Nr. 13

§ 33

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Änderung des § 33 der Zulassungsverordnung (Vertreter, Assistenten, angestellte Ärzte und Berufsausübungsgemeinschaft) bezieht sich auf das Verbot der Zuweisung von Versicherten gegen Entgelt.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 10 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte)

Nr. 1-12

A) Beabsichtigte Neuregelung

In der Zulassungsverordnung für Zahnärzte werden die vorgesehenen gesetzlichen Änderungen im SGB V zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten zahnärztlichen Versorgung nachvollzogen.

Darüber hinaus sind Regelungen vorgesehen, die eine Flexibilisierung der Berufsausübung ermöglichen. Hierzu zählen u. a.:

- die Lockerung der zeitlichen Grenzen für eine Nebenbeschäftigung,
- die Aufhebung der Residenzpflicht,
- eine Flexibilisierung der Berufsausübung an weiteren Orten,
- eine flexiblere Vertretungs- und Anstellungsregelungen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

B) Stellungnahme

Alle vorgesehenen Regelungen haben das Ziel, die Versorgung sicherzustellen. Auch wenn die Versorgung im zahnärztlichen Bereich momentan (noch) nicht gefährdet ist, werden diese Regelungen befürwortet, weil sie helfen können, dass es erst gar nicht zu einer Versorgungsgefährdung kommt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 11 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 2

§ 28d Anforderungen an Voraussetzungen und Verfahren der Einschreibung der Versicherten in ein strukturiertes Behandlungsprogramm einschließlich der Dauer der Teilnahme

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung des § 28d Abs. 1 Nummer 1 sieht vor, dass ein strukturiertes Behandlungsprogramm nur zugelassen werden kann, wenn es vorsieht, dass der Versicherte nur auf Grund einer schriftlichen Bestätigung einer gesicherten Diagnose durch den behandelnden Arzt nach den Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eingeschrieben wird.

Während die erste Änderung dieses Absatzes eine Folgeänderung aufgrund der Übertragung der Richtlinienkompetenz auf den G-BA darstellt, handelt es sich bei der zweiten Änderung, dem Entfallen der Verpflichtung zur Vorlage der Erstdokumentation als Einschreibevoraussetzung (Streichung der Worte „und die Erstdokumentation“), nicht um eine Folgeänderung.

B) Stellungnahme

Der GKV-SV spricht sich gegen eine Neuregelung aus, nach der die Erstdokumentation als Einschreibevoraussetzung entfällt, da die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten als alleinige Einschreibevoraussetzung als nicht ausreichend angesehen wird.

C) Änderungsvorschlag

In § 28d Abs. 1 Nummer 1 sind die Worte „und der Erstdokumentation“ beizubehalten.



Artikel 11 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)
Nr. 7)

§ 37 Abs. 4 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für sonstige Ausgaben

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen sollen die Aufwendungen auf Grund der erweiterten Satzungsregelungen nach § 11 Abs. 6 neu nicht über Zuweisungen finanzieren. Die Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung ist eine Folgeregelung zu Artikel 1 Nr. 76.

B) Stellungnahme

Die Regelung in Artikel 1 Nr. 76 führt dazu, dass die erweiterten Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 neu nicht wie die bislang bestehenden Satzungsleistungen über den Gesundheitsfonds finanziert werden. Diese Unterscheidung ist nicht sachgerecht und sollte gestrichen werden (siehe unsere diesbezügliche Stellungnahme). Das Gleiche gilt für die beabsichtigte Folgeregelung in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 11 Nr. 7 wird gestrichen.



III. Weiterer Änderungsbedarf des GKV-Spitzenverbandes

Änderung der Verordnung zur Aufteilung und Geltendmachung der Haftungsbeträge durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen bei Insolvenz oder Schließung einer Krankenkasse (KKInsoV)

Neu:

§ 2 Abs. 2 Aufteilung der Haftungsbeträge auf die Krankenkassen im Schließungsfall

A) Vorgeschlagene Regelung

Krankenkassen, die einer anderen Kassenart als der von der Schließung einer Krankenkasse betroffenen angehören, die aber aus einer kassenartenübergreifenden Fusion hervorgegangen sind, an der eine Krankenkasse der betroffenen Kassenart beteiligt war, haften für die Erfüllung der in § 155 Abs. 5 SGB V genannten Verpflichtungen der geschlossenen Krankenkasse. Diese Krankenkassen werden nach § 2 Abs. 2 Satz 2 mit dem Anteil zur Haftung herangezogen, der sich aus dem Verhältnis der Mitgliederzahl der Krankenkasse der betroffenen Kassenart zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Genehmigung der Vereinigung zu der Summe der Mitglieder der an der Fusion beteiligten Krankenkassen zum gleichen Zeitpunkt ergibt, angewendet auf die Mitgliederzahl der mit Umlagebescheid belasteten Krankenkasse im Vormonat der Aufteilung der Haftungsbeträge. Dabei wird ein Mitgliederwachstum, das sich durch nachfolgende Vereinigungen ergibt, heraus gerechnet.

Der Änderungsvorschlag bereinigt außerdem einen redaktionellen Verweisfehler in der KKInsoV.

B) Stellungnahme

Nach dem Willen des Ordnungsgebers werden Krankenkassen, die nach einer kassenartenübergreifenden Vereinigung für die Verpflichtungen einer geschlossenen Krankenkasse einer anderen Kassenart haften, nicht einfach nach der Mitgliederzahl der bei der Vereinigung aufgenommenen Krankenkasse der betroffenen Kassenart (im Fall der Schließung der CITY BKK also einer BKK) zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Genehmigung der Vereinigung anteilig zur Haftung herangezogen. Es wird vielmehr nach § 2 Abs. 2 Satz 2 bestimmt, dass sich der Haftungsanteil um z. B. 5 % erhöht (bzw. um 10 % vermindert), wenn die neu entstandene Krankenkasse ihre Mitgliederzahl nach der Vereinigung um 5 % erhöhen konnte (bzw. um 10 % zurückgegangen ist). Es wird demnach vereinfachend davon ausgegangen, dass die Krankenkasse der betroffenen Kassenart die gleiche günstige oder ungünstige Mitgliederentwicklung erfahren hätte, wenn die Vereinigung nicht stattgefunden hätte. Dies ist, soweit es sich um Mitgliederbestandsveränderungen handelt, die durch Kassenwechsel verursacht sind, eine vertretbare Annahme. Mitgliederwachstum, das sich aus weiteren Vereinigungen ergibt, kann jedoch nicht analog berücksichtigt werden. Es ist eben nicht damit zu rech-



nen, dass eine Betriebskrankenkasse, die kassenartübergreifend vereinigt wurde, ohne diese Fusion ihre Mitgliederzahl in gleichem Maße gesteigert hätte, wie es ihre Nachfolgekrankenkasse infolge weiterer Vereinigungen getan hat. Da fusionsbedingtes Wachstum im Regelfall weit über eine rein durch Kassenwechsel bedingte Mitgliederentwicklung hinausgeht, bedarf es einer Berechnung des Haftungsanteils, der allein auf marktbedingte Mitgliederänderungen abstellt und fusionsbedingtes Wachstum unberücksichtigt lässt. Findet eine entsprechende Bereinigung nicht statt, kann sich die Nachhaftung infolge kassenartenübergreifender Vereinigungen ohne sachliche Rechtfertigung erheblich erhöhen und sich im Extremfall zur Fusionsbremse entwickeln.

Maßgeblich für den kassenindividuellen Haftungsanteil an dem vom GKV-Spitzenverband im Falle einer Kassenschließung geltend gemachten Haftungsbetrag sind nach § 2 Abs. 1 Satz 2 die im Vormonat der Aufteilung der Haftungsbeträge gemeldeten Mitgliederzahlen der haftenden Krankenkassen.

Aufgrund eines Verweisfehlers wird für Krankenkassen, die aufgrund einer kassenartenübergreifenden Vereinigung haften, nicht auf die kassenindividuelle Mitgliederzahl nach Satz 2, sondern durch Verweis auf Satz 1 auf die Mitgliederzahl aller Krankenkassen der Kassenart Bezug genommen, der die geschlossene Krankenkasse angehört hat.

Der bisherige Satz 3 kann gestrichen werden.

C) Änderungsvorschlag

In § 2 Absatz 2 Satz 2 wird der Verweis auf „Absatz 1 Satz 1“ durch den richtigen Verweis auf „Absatz 1 Satz 2“ ersetzt.

Der bisherige Satz 3 wird gestrichen und ersetzt durch folgende Formulierung:

„Das nach Satz 2 gebildete Verhältnis ist iterativ um den Zuwachs an Mitgliedern aufgrund zeitlich nachfolgender Vereinigungen wie folgt zu berichtigen:

1. Das Verhältnis nach Satz 2 ist anzuwenden auf die zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Genehmigung der zeitlich nachfolgenden Vereinigung festgestellte Mitgliederzahl der Krankenkasse, in der die Krankenkasse der betroffenen Kassenart aufgegangen ist;
2. das Ergebnis nach Nummer 1 wird durch die Summe der Mitglieder aller an der zeitlich nachfolgenden Vereinigung beteiligten Krankenkassen zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Genehmigung dieser zeitlich nachfolgenden Vereinigung geteilt.“



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Neu:

§ 4 Abs. 4 Satz 2 Verwaltungsausgaben der Krankenkassen

A) Vorgeschlagene Regelung

Die Regelung begrenzt die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände für die Jahre 2011 und 2012 auf den Stand der Verwaltungsausgaben des Jahres 2010.

B) Stellungnahme

Es ist notwendig, die Begrenzung der Verwaltungsausgaben so auszugestalten, dass gesundheitspolitische Zielsetzungen einerseits und Ausgaben dämpfende Maßnahmen des Gesetzgebers andererseits, nicht konterkariert werden. Ein weitgehend ausnahmsloser Ausgabendeckel für Verwaltungsausgaben gefährdet die effiziente Wahrnehmung gesetzlicher Aufgaben.

Ein offensichtliches Beispiel dafür ist die Verpflichtung der gesetzlichen Krankenkassen zur Einrichtung von Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gem. § 197 a SGB V. Diese Stellen stärken – ausweislich der Gesetzesbegründung – „den effizienten Einsatz von Finanzmitteln im Krankenversicherungsbereich“.

Der personelle Auf- und weitere Ausbau der bei allen gesetzlichen Krankenkassen eingerichteten Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen ist geboten, um allen Hinweisen und Fällen, die auf Unregelmäßigkeiten oder die rechtswidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung hindeuten, „nachzugehen“. Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen sind – wie alle anderen Formen von Wirtschaftskriminalität – ein reines „Kontrolldelikt“.

Demgegenüber führt die gesetzliche Verwaltungskostendeckelung auch im Jahr 2012 dazu, dass alle Krankenkassen, die sich stärker für die Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen engagieren wollen, mit finanziellen Nachteilen bestraft werden: Jede notwendige Verstärkung von Kontrollmaßnahmen bewirkt zwangsläufig eine Erhöhung der Personal- und Sachkosten auf der Ausgabe Seite.

Im Ergebnis einer erfolgreichen Ermittlung und Prüfung können von den Stellen nicht nur Schadenersatz-Forderungen durchgesetzt werden, die später auf die Einnahmenseite der jeweiligen Krankenkasse zurückfließen. Die verstärkte, zunehmend kassenartenübergreifende, Verfolgung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen entfaltet darüber hinausgehende generalpräventive Wirkung.



Deshalb muss gesetzlich klargestellt werden, dass die Ausgaben für die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen nicht länger von der Begrenzung der Verwaltungskosten nach § 4 Abs. 4 Satz 2 SGB V umfasst sind.

Der GKV-Spitzenverband fordert eine gesetzliche Öffnungsklausel, die sicherstellt, dass Verwaltungsausgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände für Aufgaben, die aufgrund gesetzlicher Vorgaben wahrzunehmen sind, von der Ausgabenbegrenzung ausgenommen werden.

C) Änderungsvorschläge

Nach § 4 Abs. 4 Satz 4 SGB V wird folgender Satz eingefügt:

„Die Sätze 2 und 3 gelten nicht, soweit Mehrausgaben aufgrund der gesetzlichen Verpflichtung der Krankenkassen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gem. § 197a SGB V entstehen.“

In § 197 a Abs. 1 SGB V wird folgender Satz angefügt:

„Die Kosten der Stellen zählen nicht zu den Ausgaben nach § 4 Abs. 4 Satz 2 und 6 SGB V.“



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Neu:

§ 87 Abs. 2g

Anpassung des Orientierungswertes nach § 87 Abs. 2g Nr. 1

A) Vorgeschlagene Regelung

Ergänzung des § 87 Abs. 2g SGB V, die den Bewertungsausschuss verpflichtet bei der Anrechnung von Kostensteigerungen im Rahmen der Anpassung des Orientierungswertes den Anstieg der Gesamtvergütungen in den Vorjahren angemessen zu berücksichtigen.

B) Stellungnahme

Im Rahmen der vorgesehenen Regionalisierung der Honorarregelungen soll künftig auf Bundesebene über die Anpassung des Preises (Orientierungswert) der ärztlichen Leistungen und auf Landesebene über die Anpassung des zu vergütenden Behandlungsbedarfs verhandelt werden. Aufgrund der unterschiedlichen Verhandlungsebenen und der unterschiedlichen, nicht aufeinander abgestimmten Anpassungsfaktoren besteht die Gefahr einer doppelten Dynamisierung der Ausgaben: Auf Bundesebene wird – gestützt auf die in § 87 Abs. 2g SGB V enthaltenen Anpassungsfaktoren – über den Erweiterten Bewertungsausschuss eine Erhöhung des Orientierungswertes durchgesetzt und auf Landesebene wird – gestützt auf vom Institut des Bewertungsausschusses mitgeteilte Veränderungsdaten und weitere Anpassungsfaktoren – mit Hilfe der Landesschiedsämter eine Erhöhung des zu vergütenden Behandlungsbedarfs erreicht. Im Zusammenwirken dieser nicht aufeinander abgestimmten Verhandlungsprozesse kann es zu Steigerungsraten der ärztlichen Vergütung kommen, die weder aus Bundes-, noch aus Landessicht sachgerecht sind.

Um dieses Problem zu entschärfen, schlagen wir eine Ergänzung von § 87 Abs. 2g SGB V vor, die den Bewertungsausschuss verpflichtet, bei der Anrechnung von Kostensteigerungen im Rahmen der Anpassung des Orientierungswertes den Anstieg der Gesamtvergütungen in den Vorjahren angemessen zu berücksichtigen. Damit wird auch erreicht, dass keine Doppelfinanzierung von Kostensteigerungen entsteht, die durch Honorarzuwächse der vergangenen Jahre bereits kompensiert wurden.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelung in § 87 Abs. 2g Nr. 1 SGB V zur Anpassung des Orientierungswertes an die Kostenentwicklung wird folgender Halbsatz nach „erfasst“ eingefügt:

„oder durch den Anstieg der in den Vorjahren vereinbarten Gesamtvergütungen finanziert“.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Neu:

§ 106a Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung

A) Vorgeschlagene Regelung

Ergänzung von § 106a Abs. 4 SGB V.

B) Stellungnahme

Die Krankenkassen haben erhebliche Probleme bei der Durchsetzung von Prüfanträgen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen bearbeiten die Prüfanträge der Krankenkassen nach § 106a Abs. 4 SGB V entweder gar nicht oder mit großem Zeitverzug. Zur Umsetzung der Prüfungen ist daher aus Sicht der Krankenkassen eine gesetzliche Regelung erforderlich, die die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Bearbeitung der Prüfanträge innerhalb einer festgelegten Frist verpflichtet. Sofern die Frist von den Kassenärztlichen Vereinigungen nicht eingehalten wird, ist die Möglichkeit einer Aufrechnung mit der Gesamtvergütung vorzusehen.

C) Änderungsvorschlag

§ 106a Abs. 4 wird um folgende Sätze ergänzt:

„Umfang und Inhalt sowie der verbindliche Einsatz eines EDV-gestützten Regelwerks für die Abrechnungsprüfung sind zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zu vereinbaren. Ergänzende Regelungen zwischen den Vertragspartnern auf Landesebene sind möglich. Die Kassenärztliche Vereinigung hat sicherzustellen, dass die Anträge der Krankenkassen nach Satz 1 innerhalb von 6 Monaten bearbeitet werden. Wird diese Frist nicht eingehalten, können die Krankenkassen einen Betrag in der Höhe der sich unter Zugrundelegung des Prüfantrags ergebenden Honorarberichtigung mit der Gesamtvergütung nach § 87a SGB V aufrechnen.“



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Neu:

§ 135 Abs. 2 Sicherung der Qualität der Leistungserbringung

A) Vorgeschlagene Regelung

Gesetzliche Erweiterung des § 135 Abs. 2 SGB V - Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung auf „andere Anforderungen an die Versorgungsqualität“

B) Stellungnahme

Aufgrund der nicht eindeutigen Abgrenzung zwischen den Qualitätsdimensionen und ihrer in vielen Bereichen als gleichberechtigt angesehenen qualitätsfördernden Wirkung sollte die gesetzliche Fokussierung auf Strukturqualität im Rahmen der Qualitätssicherung nach § 135 Abs. 2 SGB V aufgehoben werden. Ferner ergibt sich aus dem Sicherstellungs- und Gewährleistungsauftrag die allgemeine bundesmantelvertragliche Verpflichtung zur Qualitätssicherung, die umfassend und nicht beschränkt auf die Strukturqualität ausgerichtet ist.

C) Änderungsvorschlag

In § 135 Abs. 2 Satz 1 SGB V werden folgende Änderungen vorgenommen:

Nach dem Wort „(Fachkundenachweis)“ wird anstelle des Kommas das Wort „sowie“ eingesetzt, das Wort „anderer“ wird durch das Wort „weiterer“, das Wort „Strukturqualität“ durch das Wort „Versorgungsqualität“ und das Wort „können“ durch das Wort „haben“ ersetzt.



Ergänzender Änderungsvorschlag des GKV-Spitzenverbandes:

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Neu:

§ 242 Abs. 1 Kassenindividueller Zusatzbeitrag

A) Vorgeschlagene Regelung

Der GKV-Spitzenverband erhält die Befugnis, auf der Grundlage der jeweils aktuellen Datenmeldungen an das Bundesversicherungsamt zum Risikostrukturausgleich nach § 268 zeitnah seinen Mitgliedskassen ihre jeweiligen kassenindividuellen Versichertenkennzahlen sowie die aggregierten Vergleichskennzahlen aller Krankenkassen zu übermitteln.

B) Stellungnahme

Damit Krankenkassen eine eventuell bestehende Deckungslücke besser feststellen und einen zur Deckung der festgestellten Lücke notwendigen Zusatzbeitrag zielgenauer bemessen können, benötigen sie für eine verbesserte Prognose ihrer Einnahmen aus dem Gesundheitsfonds zeitnahe Informationen zur Entwicklung ihrer kassenindividuellen Versichertenstruktur in Relation zur GKV-weiten Versicherten- und Morbiditätsentwicklung, die den amtlichen Grundlagenbescheiden des Bundesversicherungsamtes nicht entnommen werden können. Damit die Regelung bereits zur Haushaltsplanung für das Jahr 2012 umgesetzt werden kann, sollte ein Inkrafttreten rückwirkend zum Zeitpunkt des Kabinettsbeschlusses geprüft werden.

C) Änderungsvorschlag

In § 242 Absatz 3 Satz 1 SGB V wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„zur Bemessung des Zusatzbeitrags kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen jeder Mitgliedskasse auf Grundlage der zur Durchführung des Risikostrukturausgleichs nach § 268 Absatz 3 Satz 14 erhobenen und nach § 267 Absatz 4 dem Bundesversicherungsamt übermittelten Daten ihre kassenindividuellen, nicht personenbezogenen und nicht personenbeziehbaren Kennzahlen sowie die aggregierten Vergleichskennzahlen aller Krankenkassen zur Verfügung stellen.“



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Neu:

§ 275 Abs. 1c Symmetrische Ausgestaltung der Aufwandspauschale

A) Bestehende Regelung

Gemäß § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V sind die Krankenkassen in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet, bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung, eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen. Hat die Prüfung bei Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V keine Minderung des Abrechnungsbetrages zur Folge, sieht Abs. 1c vor, dass die Krankenkasse eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro an das Krankenhaus entrichtet.

B) Stellungnahme

Die Prüfquote bei Krankenhausabrechnungen hat sich mit der Implementierung der Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V nicht verringert. Seit Einführung des DRG-Systems liegt die MDK-Prüfquote unverändert zwischen 10 und 12 Prozent aller Krankenhausabrechnungen. Ansteigend entwickelte sich jedoch in den letzten Jahren die Erfolgsquote der MDK-Prüfungen: 34,8 % (2006), 35,4 % (2007), 39,2 % (2008), 42,6 % (2009), 45,6 % (2010). Im Jahr 2010 war somit nahezu jede zweite geprüfte Rechnung fehlerhaft. Der unveröffentlichte Bericht des Bundesrechnungshofes über die Abrechnungsprüfung der Krankenkassen vom 20.11.2009 konstatierte Rückerstattungsquoten von bis zu 2,71 %. Bezogen auf das aktuelle Ausgabevolumen im Krankenhausbereich ergibt sich mit der festgestellten Quote von 2,71 % eine potenzielle Schadenshöhe von bis zu 1,5 Mrd. Euro für die GKV.

Vor diesem Hintergrund bleibt festzuhalten, dass es nicht zu viele Rechnungsprüfungen durch Krankenkassen gibt, sondern zu viele falsche Rechnungen der Krankenhäuser. Die derzeitige Regelung zur Aufwandspauschale ist einseitig zu Lasten der Krankenkassen ausgestaltet. Tritt eine Minderung des Rechnungsbetrages ein, erfolgt lediglich die Korrektur des Rechnungsbetrages auf das rechte Maß.

Um künftig eine Reduzierung fehlerhafter Krankenhausrechnungen zu bewirken, muss ein Anreiz bei den Krankenhäusern gesetzt werden. Eine an die Krankenkasse zu entrichtende Aufwandspauschale für fehlerhafte Abrechnungen erhöht die Motivation zur korrekten Abrechnung und schafft Risikogleichheit für die Beteiligten des Prüfverfahrens. Auch das Bundessozialgericht stellte in seinem Urteil vom 22.06.2010 (B 1 KR 29/09 R) fest: „Die Aufwandspauschale ist ein gesetzliches Novum, dem auf Seiten der Krankenkassen keine entsprechende spiegelbildliche Begünstigung gegenübersteht.“



Der GKV-Spitzenverband schlägt vor, die Regelung zur Aufwandspauschale bei Rechnungsprüfung symmetrisch auszugestalten.

C) Änderungsvorschlag

In § 275 Abs. 1c wird nach Satz 3 folgender Satz 4 angefügt:

„Falls die Prüfung zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt, hat das Krankenhaus der Krankenkasse eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten.“



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Neu:

§ 295 Abs. 2 Abrechnung ärztlicher Leistungen

A) Vorgeschlagene Regelung

Ergänzung von § 295 Abs. 2 SGB V

B) Stellungnahme

Die Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung nach § 106a SGB V kann nicht ordnungsgemäß durchgeführt werden, da die Prüfanträge der Krankenkassen bei Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) nicht anerkannt werden. Die Krankenkassen haben aus Sicht der KVen keinen Anspruch auf eine Berichtigung bzw. Bereinigung der Abrechnungsdaten nach § 295 Abs. 1 SGB V; die Übermittlung von diesbezüglich korrigierten Abrechnungsdaten wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen mit Verweis auf eine fehlende gesetzliche Verpflichtung abgelehnt.

Für eine erfolgreiche Durchsetzung der Prüfung nach § 106a SGB V und anschließende Berichtigung der Abrechnungsdaten ist aus Sicht der Krankenkassen eine gesetzliche Regelung erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

§ 295 Abs. 2 wird um Satz 6 –neu – ergänzt:

„Bei jeder Korrektur der Daten nach Satz 1 übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen die jeweils korrigierten Daten erneut an die betreffenden Krankenkassen.“



Artikel 6 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Neu:

§ 17 a Abs. 4b KHG – Vereinbarung von Richtwerten zur Angleichung der krankenhausesindividuellen Finanzierungsbeträge (Ausbildungskosten)

A) Bestehende Regelung

Die aktuelle gesetzliche Regelung des § 17 a Abs. 4b KHG zur Finanzierung der Ausbildungskosten sieht vor, dass die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) und der GKV-Spitzenverband als Zielwert für die Angleichung der bisherigen krankenhausesindividuellen Finanzierungsbeträge jährlich auf Bundesebene für die einzelnen Berufe nach § 2 Nr. 1a KHG die durchschnittlichen Kosten je Ausbildungsplatz in den Ausbildungsstätten und die sonstigen Ausbildungskosten ermitteln und für das folgende Kalenderjahr entsprechende Richtwerte unter Berücksichtigung zu erwartender Kostenentwicklungen vereinbaren. Dabei können die Beträge nach Regionen differenziert festgelegt werden. Zur Umsetzung dieser Vorgaben ist ein entsprechendes Verfahren zu entwickeln, das auf Daten nach § 21 Abs. 2 Nr. 1c KHEntgG sowie eine gesonderte Kalkulation unter Beteiligung von Krankenhäusern und Ausbildungsstätten zurückgreift. Für den Fall, dass eine Vereinbarung nicht zustande kommt, kann das BMG per Rechtsverordnung das Verfahren oder die Richtwerte vorgeben.

B) Stellungnahme

Im Rahmen der Kalkulation von Richtwerten für Ausbildungsberufe nach dem KHG wurden durch das InEK für die Jahre 2011 und 2012 Kostenwerte für zwei von zwölf Ausbildungsberufen ermittelt. In 2010 stimmten die Vertragspartner DKG, PKV und GKV-Spitzenverband darin überein, keine Richtwerte für das Jahr 2011 zu vereinbaren. Auch im Jahr 2011 wird es zu keiner Vereinbarung von Richtwerten für das Jahr 2012 kommen.

Hintergrund ist, dass die Stichprobe, die für die Kalkulation von Richtwerten vorliegt, systematisch verzerrt ist und dies auch zukünftig so sein wird. Je nach Beteiligung der Ausbildungsstätten an der Kalkulation ändert sich die Zusammensetzung der Stichprobe mehr oder weniger willkürlich und führt bisher zu unplausibel hohen Ergebnissen. So veränderte sich beispielsweise das Kalkulationsergebnis für die Gesamtkosten der Ausbildungsstätten für Krankenpflegeausbildung (Deutschland gesamt) innerhalb eines Jahres um 213 Euro auf 9.540 Euro je Ausbildungsplatz, während der Kostenwert für die Gesamtkosten der Ausbildungsstätten für Kinderkrankenpflegeausbildung (Deutschland gesamt) um 709 Euro auf 10.145 Euro gesunken ist. Hier bilden sich Kostensprünge ab, die nicht die Entwicklung vor Ort widerspiegeln und nicht argumentierbar sind.



Diese systematischen Verzerrungen ergeben sich nicht, wenn statt der Kalkulation von Eurowerten eine Kalkulation von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen stattfindet. Bleibt hingegen der Anspruch bestehen, Richtwerte in Eurobeträgen zu vereinbaren, ist in den Folgejahren davon auszugehen, dass weiterhin keine Richtwerte vereinbart werden. Die Regelung des § 17 a Abs. 4b KHG liefe damit dauerhaft ins Leere. Um der Absicht des Gesetzgebers Rechnung zu tragen, Transparenz über die Kosten von Ausbildungsstätten herzustellen und langfristig eine Angleichung zu ermöglichen, sollte anstelle der bisherigen Regelung künftig die Bildung einer Leistungskomponente in Form von Relativgewichten auf Bundesebene und die Vereinbarung einer Preiskomponente in Form von Ausbildungsbasiswerten auf Landesebene gesetzlich verankert werden. Diese vorgeschlagene Systematik entspricht der des DRG-Systems, in welchem die Leistungen durch Relativgewichte abgebildet werden und der Preis der Leistung im Zusammenwirken mit dem jeweiligen Landesbasisfallwert variiert.

Bei der Vereinbarung von Ausbildungsbasiswerten in den Bundesländern besteht die Möglichkeit, den landesspezifischen gesetzlichen Regelungen zur Ausbildung adäquat Rechnung zu tragen. Auch von den Ländern finanzierte Ausbildungskostenanteile können bei entsprechender Information der Länder an die Vertragspartner berücksichtigt werden.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 6 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. § 17a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Ab dem Jahr 2012 sind bei der Vereinbarung des Ausbildungsbudgets auch die Richtwerte zu berücksichtigen, die sich durch Multiplikation der bundeseinheitlichen Ausbildungsbewertungsrelationen nach Absatz 4b mit dem landesweit geltenden Ausbildungsbasiswert nach Absatz 4c ergeben.“

bb) Satz 6 wird aufgehoben.

cc) Im bisherigen Satz 7 werden die Wörter „Finanzierungsbeträge an die Richtwerte oder im Falle des Satzes 6 eine Angleichung der Finanzierungsbeträge im Land untereinander“ durch die Wörter „Ausbildungsbasiswerte an den landesweit geltenden Ausbildungsbasiswert“ ersetzt.



b) Dem Absatz 4a wird folgender Satz angefügt:

„Soweit dies nicht bereits durch Absatz 5 Satz 3 gewährleistet ist, hat der Krankenhausträger den Beteiligten auf Landesebene nach § 18 Absatz 1 Satz 2 als Grundlage für die Vereinbarung des landesweit geltenden Ausbildungsbasiswerts insbesondere die Höhe des für das laufende Jahr vereinbarten Ausbildungsbudgets, die Höhe der vom Land finanzierten Ausbildungskosten nach Absatz 1 Satz 1 zweiter Halbsatz sowie Art und Anzahl der belegten Ausbildungsplätze zu übermitteln, erstmals bis zum 31. Dezember 2011; ab dem Jahr 2012 ist auch die Summe der für das laufende Jahr vereinbarten Ausbildungsbewertungsrelationen zu übermitteln.“

c) Absatz 4b wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 ermitteln jährlich für die einzelnen Berufe nach § 2 Nummer 1a die durchschnittlichen Kosten je Ausbildungsplatz in den Ausbildungsstätten und die sonstigen Ausbildungskosten und vereinbaren jeweils für das folgende Kalenderjahr, erstmals zum 30. November 2011, bundeseinheitliche Ausbildungsbewertungsrelationen je Ausbildungsberuf.“

bb) In Satz 2 wird das Wort „Richtwerten“ durch das Wort „Ausbildungsbewertungsrelationen“ ersetzt.

cc) Nach Satz 2 werden folgende Sätze eingefügt:

„Können für Ausbildungsberufe einzelne Werte nach Satz 1 nicht kalkuliert werden, sind diese Ausbildungsbewertungsrelationen näherungsweise auf der Grundlage der Daten nach Satz 2 zu ermitteln und zu vereinbaren. Bis zum Abschluss einer neuen Kalkulationsvereinbarung ist die bisherige Vereinbarung weiter anzuwenden. Mit der Durchführung der Entwicklungsaufgaben beauftragen die Vertragsparteien das DRG-Institut. § 17b Absatz 2 Satz 6 bis 8 sind entsprechend anzuwenden.“

dd) Im bisherigen Satz 3 wird das Wort „Richtwerte“ durch das Wort „Ausbildungsbewertungsrelationen“ ersetzt.

ee) Folgender Satz wird angefügt:



„Für die Veröffentlichung der Ergebnisse gilt § 17b Absatz 2 Satz 8 entsprechend.“

d) Nach Absatz 4b wird folgender Absatz eingefügt:

„(4c) Die Beteiligten auf Landesebene nach § 18 Absatz 1 Satz 2 vereinbaren zur Bestimmung der Richtwerte nach Absatz 3 Satz 5 jährlich für das folgende Kalenderjahr einen landesweit geltenden Ausbildungsbasiswert. Dabei gehen sie insbesondere aus einerseits von der Summe der für das laufende Jahr vereinbarten Ausbildungsbudgets nach Absatz 3 und der Summe der vom Land finanzierten Ausbildungskosten nach Absatz 1 Satz 1 zweiter Halbsatz sowie andererseits von der Summe der Ausbildungsbewertungsrelationen im Land; soweit einzelne Werte nicht vorliegen, sind diese zu schätzen. Bei der Vereinbarung ist insbesondere die voraussichtliche Entwicklung von Art und Anzahl der Ausbildungsplätze und der Ausbildungskosten zu berücksichtigen. Für die Berücksichtigung von Fehlschätzungen ist § 10 Absatz 1 Satz 3 bis 5 des Krankenhausentgeltgesetzes sowie für die Vereinbarung des Ausbildungsbasiswerts § 10 Absatz 10 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend anzuwenden.“

Zu Artikel 6 Nummer 3 (§ 17b KHG)

Artikel 6 Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„3. § 17b wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 4 werden die Wörter „sind Richtwerte nach § 17a Abs. 4b“ durch die Wörter „ist ein Ausbildungszuschlag nach § 17a Absatz 6“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Satz 8 werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „die der Kalkulation zugrunde liegenden Daten einzelner Krankenhäuser sind vertraulich“ eingefügt.
- c) In Absatz 5 Satz 2 wird das Wort „Richtwerte“ durch das Wort „Ausbildungsbewertungsrelationen“ ersetzt.
- d) In Absatz 7 Satz 1 Nummer 4 wird das Wort „Richtwerte“ durch das Wort „Ausbildungsbewertungsrelationen“ ersetzt.“

Zu Artikel 6 Nummer 5 – neu – (§ 17 d KHG)

Nach Artikel 6 Nummer 3 wird folgende Nummer 5 angefügt:

„5. In § 17d Absatz 2 Satz 4 werden die Wörter „Richtwerte nach § 17a Abs. 4b“ durch die Wörter „einen Ausbildungszuschlag nach § 17a Absatz 6“ ersetzt.“



Zu Artikel 7 Nummer 2 (§ 21 KHEntgG)

Artikel 7 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. § 21 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 1 Buchstabe c werden nach dem Wort „Krankenhausfinanzierungsgesetzes“ ein Komma und die Wörter „und der vereinbarte krankenhausindividuelle Ausbildungsbasiswert“ eingefügt.
- b) Nummer 2 Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

„a) unveränderbarer Teil der Krankenversichertennummer nach § 290 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder, sofern eine Krankenversichertennummer nicht besteht, das krankenhausinterne Kennzeichen des Behandlungsfalles,“.

Zu Artikel 12 Absatz 4 (Inkrafttreten)

In Artikel 12 Absatz 4 wird die Angabe „Artikel 6 Nummer 2“ eingefügt.

§ 17 a Abs. 4b KHG sollte so formuliert werden, dass die Richtwerte für die Angleichung der krankenhausindividuellen Finanzierungsbeträge nicht als Eurobeträge, sondern als bundeseinheitliche Bewertungsrelationen ermittelt und vereinbart werden. Entsprechende Folgeänderungen in den Absätzen 3, 4c und 8 sind erforderlich.



IV. Anlagen

Anlage 1 zur Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 44

§ 116b Ambulante spezialärztliche Versorgung

Gesetzentwurf zum GKV-VStG	Änderungsantrag des GKV-Spitzenverbandes
44. § 116b wird wie folgt gefasst:	44. § 116b wird wie folgt gefasst:
§ 116b Ambulante spezialärztliche Versorgung	§ 116b Ambulante spezialärztliche Versorgung
<p>(1) 1Die ambulante spezialärztliche Versorgung umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine <i>interdisziplinäre</i> Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern. 2Hierzu gehören nach Maßgabe der Absätze 3 <i>bis</i> 5 insbesondere folgende Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen, <i>bestimmte ambulante durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe</i> sowie hochspezialisierte Leistungen:</p> <p>1. Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen wie</p> <ul style="list-style-type: none">a) onkologische Erkrankungen,b) HIV/AIDS,c) schwere Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen,d) schwere Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3 - 4),e) Multiple Sklerose,f) Anfallsleiden,g) Erkrankungen im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie,h) Versorgung von Frühgeborenen mit Folgeschäden oderi) Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen.	<p>(1) 1Die ambulante spezialärztliche Versorgung umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinär-facharztübergreifende Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern. 2Hierzu gehören nach Maßgabe der Absätze 3 und 4 insbesondere folgende Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen sowie hochspezialisierte Leistungen:</p> <p>1 . u n v e r ä n d e r t</p>



<p>2. seltene Erkrankungen wie</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Tuberkulose, b) Mukoviszidose, c) Hämophilie, d) Fehlbildungen, angeborene Skelettsystemfehlbildungen und neuromuskuläre Erkrankungen, e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen, f) biliäre Zirrhose, g) primär sklerosierende Cholangitis, h) Morbus Wilson, i) Transsexualismus, j) Versorgung von Kindern mit angeborenen Stoffwechselstörungen, k) Marfan-Syndrom, l) pulmonale Hypertonie, m) Kurzdarmsyndrom oder n) Versorgung von Patienten vor oder nach Lebertransplantation. 	<p>2 . u n v e r ä n d e r t</p>
<p>3. <i>ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe aus dem Katalog nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss diese entsprechend den Anforderungen nach Satz 1 und den Maßgaben nach Absatz 5 der ambulanten spezialärztlichen Versorgung zuordnet, sowie</i></p> <p>4. hochspezialisierte Leistungen wie</p> <ul style="list-style-type: none"> a) CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen oder b) Brachytherapie. <p><i>Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können Gegenstand des Leistungsumfangs in der ambulanten spezialärztlichen Versorgung sein, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c für die Krankenhausbehandlung keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.</i></p>	<p>3. entfällt</p> <p>3. u n v e r ä n d e r t</p> <p>3. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die nicht durch die spezialärztliche Gebührenordnung abgebildet sind, können nur Gegenstand des Leistungsumfangs in der ambulanten spezialärztlichen Versorgung sein, soweit sie im Rahmen einer Erprobung nach § 137e erbracht werden.</p>
<p>(2) ¹An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 zugelassene Krankenhäuser sind berechtigt, Leistungen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung nach Absatz 1 zu erbringen, soweit sie die hierfür jeweils maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen nach den Absätzen 3 bis 5 erfüllen und dies gegenüber der zuständigen Landesbehörde unter Beifügung entsprechender Belege anzeigen. ²Soweit der Abschluss von Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 6 und 7 zwischen den in Satz 1 genannten Leistungserbringern erforderlich ist, sind diese der zuständigen Landesbehörde im Rahmen des Anzeigeverfahrens nach Satz 1 ebenfalls vor-</p>	<p>(2) ¹An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 zugelassene Krankenhäuser sind berechtigt, Leistungen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung nach Absatz 1 am jeweiligen Vertragsarztsitz bzw. im jeweiligen Krankenhaus zu erbringen, soweit sie die hierfür jeweils maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen nach den Absätzen 3 und 4 erfüllen und über die hierfür jeweils erforderliche Zulassung verfügen. ²Soweit der Abschluss von Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 6 zwischen den in Satz 1 genannten Leistungserbringern erforderlich ist, sind diese dem für die Zulassung verantwortlichen Gremium auf Landesebene</p>



<p>zulegen. ³Der Leistungserbringer ist nach Ablauf einer Frist von zwei Monaten nach Eingang seiner Anzeige bei der zuständigen Landesbehörde zur Teilnahme an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung berechtigt, es sei denn, die zuständige Landesbehörde teilt ihm innerhalb dieser Frist mit, dass er die Anforderungen und Voraussetzungen hierfür nicht erfüllt. ⁴Nach Satz 3 berechnete Leistungserbringer haben ihre Teilnahme an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Landeskrankenhausgesellschaft zu melden und dabei den Leistungsbereich anzugeben, auf den sich die Berechtigung erstreckt.</p>	<p>vorzulegen. ³Die Leistungserbringer werden bei Erfüllung der personellen und sächlichen Anforderungen nach Absatz 3 Satz 1 zugelassen, eine Zulassung für der Bedarfsplanung unterliegende Leistungen gemäß Absatz 3 Satz 3 erfolgt darüber hinaus nach den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses; die Zulassung kann frühestens zum 01.01.2013 erfolgen. ⁴Die Zulassung erfolgt durch ein Gremium auf Landesebene, das durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen und die Landeskrankenhausgesellschaften gebildet wird. ⁵Das Gremium besteht aus stimmberechtigten Vertretern der Krankenkassen und der Leistungserbringer in gleicher Zahl. ⁶Es entscheidet über die Zulassung mit einfacher Stimmenmehrheit, bei Stimmgleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt. ⁷Die Aufgaben des Gremiums auf Landesebene können bei Zustimmung aller Beteiligten von den Zulassungsausschüssen nach § 96, die hierzu um Vertreter der Landeskrankenhausgesellschaften und der Landesverbände der Krankenkassen beziehungsweise der Ersatzkassen in gleicher Zahl zu erhöhen sind, wahrgenommen werden. ⁸Die Zulassung erfolgt indikationsbezogen auf bis zu zehn Jahre befristet. ⁹Mit der Zulassung sind für die der Bedarfsplanung unterliegenden Leistungen gemäß Absatz 3 Satz 3 leistungsbezogene Grenzwerte festzulegen, bei deren Überschreitung der Höhe nach ebenfalls festzulegende prozentuale Abschläge von der Vergütung erfolgen. ¹⁰Der Zulassungsausschuss prüft auf Grundlage der Daten nach Absatz 9, ob die leistungsbezogenen Grenzwerte überschritten wurden und teilt die Höhe des Abschlages den Krankenkassen mit.</p>
<p>(3) ¹Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in einer Richtlinie das Nähere zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung nach Absatz 1. ²Er konkretisiert die Erkrankungen nach Absatz 1 Satz 2 nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung oder nach weiteren von ihm festzulegenden Merkmalen und bestimmt den Behandlungsumfang. ³Er regelt die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante spezialärztliche Leistungserbringung sowie die einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a in Verbindung mit § 137. ⁴Zudem regelt er, in welchen Fällen die ambulante spezialärztliche Leistungserbringung die Überweisung durch den behandelnden Arzt voraussetzt. ⁵Für die Behandlung von Erkrankungen mit beson-</p>	<p>(3) ¹Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt erstmalig bis zum 31.12.2012 in einer Richtlinie das Nähere zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung nach Absatz 1. ²Er konkretisiert die Erkrankungen nach Absatz 1 Satz 2 nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung oder nach weiteren von ihm festzulegenden Merkmalen und bestimmt den Behandlungsumfang. ³Er regelt die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante spezialärztliche Leistungserbringung einschließlich durch Fallzahlen operationalisierte Erfahrungen, die Zusammensetzung des interdisziplinär-facharztübergreifenden Behandlungsteams sowie die einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a in Verbindung</p>



<p>deren Krankheitsverläufen nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, bei denen es sich nicht zugleich um seltene Erkrankungen handelt, kann er Empfehlungen als Entscheidungshilfe für den behandelnden Arzt abgeben, in welchen medizinischen Fallkonstellationen bei der jeweiligen Krankheit von einem besonderen Krankheitsverlauf auszugehen ist. ⁶Zudem kann er für die Versorgung bei Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen Regelungen zu Vereinbarungen treffen, die eine Kooperation zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach Absatz 2 Satz 1 in diesem Versorgungsbereich fördern. ⁷Für die Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen hat er Regelungen für solche Vereinbarungen zu treffen. ⁸Diese Vereinbarungen nach den Sätzen 6 und 7 sind Voraussetzung für die Teilnahme an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung.</p>	<p>mit § 137; er bestimmt die der Bedarfsplanung unterliegenden Leistungen, legt Maßstäbe für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der ambulanten spezialärztlichen Versorgung sowie zur Feststellung von Über- und Unterversorgung durch Krankenhäuser und Vertragsärzte fest. ⁴Zudem regelt er, in welchen Fällen die ambulante spezialärztliche Leistungserbringung die Überweisung durch den behandelnden Arzt voraussetzt. ⁵Für die Behandlung von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, bei denen es sich nicht zugleich um seltene Erkrankungen handelt, kann er Empfehlungen als Entscheidungshilfe für den behandelnden Arzt abgeben, in welchen medizinischen Fallkonstellationen bei der jeweiligen Krankheit von einem besonderen Krankheitsverlauf auszugehen ist. ⁶Zudem kann er für die Versorgung bei Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen Regelungen zu Vereinbarungen treffen, die eine Kooperation zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach Absatz 2 Satz 1 in diesem Versorgungsbereich fördern. ⁷Sonstige kooperierende Fachärzte haben die Behandlung in der zugelassenen Einrichtung vorzunehmen, es sei denn, es handelt sich um die Nutzung spezieller technischer und apparativer Voraussetzungen.</p>
<p>(4) ¹Der Gemeinsame Bundesausschuss ergänzt den Katalog nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, 2 und 4 auf Antrag eines Unparteiischen nach § 91 Absatz 2 Satz 1, einer Trägerorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses oder der Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten nach § 140f nach Maßgabe des Absatzes 1 Satz 1 um weitere Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen sowie hochspezialisierte Leistungen. ²Im Übrigen gilt Absatz 3 entsprechend.</p>	<p>(4) ¹Der Gemeinsame Bundesausschuss ergänzt den Katalog nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, 2 und 3 auf Antrag eines Unparteiischen nach § 91 Absatz 2 Satz 1, einer Trägerorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses oder der Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten nach § 140f nach Maßgabe des Absatzes 1 Satz 1 um weitere Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen sowie hochspezialisierte Leistungen. ²Im Übrigen gilt Absatz 3 entsprechend. ³Der Gemeinsame Bundesausschuss hat den gesetzlich oder durch Richtlinien festgelegten Katalog regelmäßig daraufhin zu überprüfen, ob die Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltenen Erkrankungen sowie hochspezialisierten Leistungen noch den Maßgaben des Absatzes 1 Satz 1 entsprechen.</p>
<p>(5) ¹Der Gemeinsame Bundesausschuss benennt und konkretisiert in der Richtlinie nach Absatz 3 Satz 1 erstmals bis zum 31. Dezember 2012 ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 3. ²Er hat danach weitere ambulant durchführbare Operationen und stationersetzende Eingriffe aus dem Katalog nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 nach Maßgabe des Absatzes 1 Satz 1</p>	<p>(5) entfällt</p>



<p><i>in die ambulante spezialärztliche Versorgung einzubeziehen. ³Für die Regelungen nach den Sätzen 1 und 2 gilt Absatz 3 entsprechend.</i></p>	
<p>(6) ¹Die Leistungen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung werden unmittelbar von der Krankenkasse vergütet. ²Hierzu vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam und einheitlich die Kalkulationssystematik, diagnosebezogene Gebührenpositionen sowie deren jeweilige verbindliche Einführungszeitpunkte nach Inkrafttreten der entsprechenden Richtlinien gemäß den Absätzen 3 bis 5. ³Die Kalkulation erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen. ⁴Bei den seltenen Erkrankungen sollen die Gebührenpositionen für die Diagnostik und die Behandlung getrennt kalkuliert werden. ⁵Die Vertragspartner können einen Dritten mit der Kalkulation beauftragen. ⁶Die Gebührenpositionen sind in regelmäßigen Zeitabständen daraufhin zu überprüfen, ob sie noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Grundsatz der wirtschaftlichen Leistungserbringung entsprechen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 ganz oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Schiedsamt nach § 89 Absatz 4 innerhalb von drei Monaten festgesetzt, das hierzu um weitere Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie der Krankenkassen in jeweils gleicher Zahl erweitert wird und mit einer Mehrheit der Stimmen der Mitglieder beschließt; § 112 Absatz 4 gilt entsprechend. ⁸Bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 2 erfolgt die Vergütung auf der Grundlage der berechenbaren Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen mit dem Preis der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung; dabei ist die Vergütung bei den öffentlich geförderten Krankenhäusern um einen Investitionskostenabschlag von 5 Prozent zu kürzen. ⁹Soweit dazu Veranlassung besteht, ist bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 2 über eine Ergänzung der Gebührenpositionen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen nach § 87 Absatz 5a zu beschließen. ¹⁰Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität erfolgt durch die Krankenkassen, die hiermit eine Arbeitsgemeinschaft beauftragen können. ¹¹Für die Abrechnung gilt § 295 Absatz 1b Satz 1 entsprechend. ¹²Das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie über die erforderlichen Vordrucke wird von den Vertragsparteien nach Satz 2 vereinbart; Satz 6 gilt</p>	<p>(5) ¹Die Leistungen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung werden unmittelbar von der Krankenkasse vergütet. ²Spezialärztliche Leistungen können nur dann abgerechnet werden, wenn sie von einem Facharzt erbracht wurden. ³Nach § 108 zugelassene Krankenhäuser, die über eine Zulassung gemäß Absatz 2 Satz 4 verfügen, sind nicht berechtigt, die von der Zulassung umfassten Leistungen teilstationär zu erbringen. ⁴Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam und einheitlich vereinbaren die Kalkulationssystematik, diagnosebezogene Gebührenpositionen, deren relative Bewertung zueinander, die Dokumentation der damit verbundenen Teilleistungen sowie deren jeweilige verbindliche Einführungszeitpunkte nach Inkrafttreten der entsprechenden Richtlinien gemäß den Absätzen 3 und 4. ⁵Die Kalkulation erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen. ⁶Bei den seltenen Erkrankungen sollen die Gebührenpositionen für die Diagnostik und die Behandlung getrennt kalkuliert werden. ⁷Die Vertragspartner können einen Dritten mit der Kalkulation beauftragen. ⁸Die Gebührenpositionen sind in regelmäßigen Zeitabständen daraufhin zu überprüfen, ob sie noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Grundsatz der wirtschaftlichen Leistungserbringung entsprechen. ⁹Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 ganz oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Schiedsamt nach § 89 Absatz 4 innerhalb von drei Monaten festgesetzt, das hierzu um weitere Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie der Krankenkassen in jeweils gleicher Zahl erweitert wird und mit einer Mehrheit der Stimmen der Mitglieder beschließt; § 112 Absatz 4 gilt entsprechend. ¹⁰Bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 2 erfolgt die Vergütung auf der Grundlage der berechenbaren Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen mit dem Preis der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung; dabei ist die Vergütung bei den öffentlich geförderten Krankenhäusern um einen Investitionskostenabschlag von 5 Prozent zu kürzen. ¹¹Soweit dazu Veranlassung besteht, ist bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 2 über eine Ergänzung der Gebührenpositionen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche</p>



<p>entsprechend. ¹³Der notwendige Behandlungsbedarf nach § 87a Absatz 3 Satz 2 ist in den Vereinbarungen nach § 87a um die vertragsärztlichen Leistungen zu bereinigen, die Bestandteil der ambulanten spezialärztlichen Versorgung sind.</p>	<p>Leistungen nach § 87 Absatz 5a zu beschließen. ¹²Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität erfolgt durch die Krankenkassen, die hiermit eine Arbeitsgemeinschaft beauftragen können. ¹³Für die Abrechnung gilt § 295 Absatz 1b Satz 1 entsprechend. ¹⁴Das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie über die erforderlichen Vordrucke wird von den Vertragsparteien nach Satz 2 vereinbart; Satz 6 und Absatz 9 gelten entsprechend. ¹⁵Der notwendige Behandlungsbedarf nach § 87a Absatz 3 Satz 2 ist in den Vereinbarungen nach § 87a um die vertragsärztlichen Leistungen zu bereinigen, die Bestandteil der ambulanten spezialärztlichen Versorgung sind. ¹⁶Die Erlösbudgets der Krankenhäuser nach § 4 Abs. 1 KHEntgG und die Erlössumme nach § 6 Abs. 3 KHEntgG sind um die Erlöse aus Leistungen nach Absatz 1 zu bereinigen; bei der Vereinbarung des Basisfallwerts nach § 10 KHEntgG ist dies zu berücksichtigen; Fehlschätzungen sind im Folgejahr zu berichtigen und auszugleichen.</p>
	<p>(6) ¹Zur Bestimmung der Vergütungshöhe für die relativen Bewertungen der Gebührenordnungspositionen nach Absatz 5 Satz 4 vereinbaren die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landeskrankenhausgesellschaften und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen jährlich einen Preis. ²Bei der Anpassung des Preises sind insbesondere 1. die Entwicklung der für Arztpraxen und Krankenhäuser relevanten Betriebskosten, soweit diese nicht bereits anderweitig finanziert worden sind, 2. Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven und 3. die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen zu berücksichtigen. ^{2a}Steigerungen der Leistungsmengen in der laufenden Periode sind bei der Bestimmung des Preises für die Folgeperiode zu berücksichtigen. ³Das Ausgabenvolumen für diese Leistungen darf das Ausgabenvolumen des Vorjahres, erhöht um die nach § 71 Absatz 3 für das gesamte Bundesgebiet festgestellte Veränderungsrate nicht überschreiten, soweit dies nicht aus einer Erweiterung des Leistungskatalogs nach Absatz 1 oder einer nachweislichen Leistungsverlagerung resultiert. ⁴Kommt eine entsprechende Vereinbarung ganz oder teilweise nicht zu Stande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Landesschiedsamt nach § 89 Absatz 2 innerhalb von 3 Monaten festgesetzt, welches hierzu um weitere Vertreter der Landeskrankenhausgesellschaften sowie der Krankenkassen in gleicher Zahl erweitert wird und mit einer Mehrheit der Stimmen der Mitglieder beschließt; § 112 Absatz 4 gilt entsprechend.</p>



<p>(7) ¹Die ambulante spezialärztliche Versorgung nach Absatz 1 schließt die Verordnung von Leistungen nach § 73 Absatz 2 Nummer 5 bis 8 und 12 ein, soweit diese zur Erfüllung des Behandlungsauftrags nach Absatz 2 erforderlich sind; § 73 Absatz 2 Nummer 9 gilt entsprechend. ²Die Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 gelten entsprechend. ³Die Vereinbarungen über Vordrucke und Nachweise nach § 87 Absatz 1 Satz 2 sowie die Richtlinien nach § 75 Absatz 7 gelten entsprechend, soweit sie Regelungen zur Verordnung von Leistungen nach Satz 1 betreffen. ⁴<i>Die Krankenkassen stellen die Vordrucke zur Verfügung.</i> ⁵Leistungserbringer nach Absatz 2 erhalten <i>ein</i> Kennzeichen nach § 293 Absatz 1 und 4 Satz 2 Nummer 1, <i>das</i> eine eindeutige Zuordnung im Rahmen der Abrechnung nach den §§ 300 und 302 ermöglicht, und tragen dieses auf die Vordrucke auf. ⁶Für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungen nach Satz 1 gilt § 113 Absatz 4 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Prüfung durch die Prüfungsstellen entsprechend § 106 Absatz 4, 4a, 5, 5a, 5b, 5c, 5d durchgeführt wird, soweit die Krankenkasse mit dem Leistungserbringer nach Absatz 2 nichts anderes vereinbart hat.</p>	<p>(7) ¹Die ambulante spezialärztliche Versorgung nach Absatz 1 schließt die Verordnung von Leistungen nach § 73 Absatz 2 Nummer 5 bis 8 und 12 ein, soweit diese zur Erfüllung des Behandlungsauftrags nach Absatz 2 erforderlich sind; § 73 Absatz 2 Nummer 9 gilt entsprechend. ²Die Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 gelten entsprechend. ³Die Vereinbarungen über Vordrucke und Nachweise nach § 87 Absatz 1 Satz 2 sowie die Richtlinien nach § 75 Absatz 7 gelten entsprechend, soweit sie Regelungen zur Verordnung von Leistungen nach Satz 1 betreffen. ⁴Leistungserbringer nach Absatz 2 erhalten die Kennzeichen nach § 293 Absatz 1 und 4 Satz 2 Nummer 1, die eine eindeutige Zuordnung im Rahmen der Abrechnung nach den §§ 300 und 302 ermöglichen, und tragen diese auf die Vordrucke auf. ⁵Für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungen nach Satz 1 gilt § 113 Absatz 4 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Prüfung durch die Prüfungsstellen entsprechend § 106 Absatz 4, 4a, 5, 5a, 5b, 5c, 5d durchgeführt wird, soweit die Krankenkasse mit dem Leistungserbringer nach Absatz 2 nichts anderes vereinbart hat.</p>
<p>(8) ¹Bestimmungen, die von einem Land nach § 116b Absatz 2 Satz 1 in der bis zum [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten nach Artikel 12 Absatz 1] geltenden Fassung getroffen wurden, gelten bis zu deren Aufhebung durch das Land weiter. ²Das Land hat eine nach Satz 1 getroffene Bestimmung für eine Erkrankung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 oder 2 oder eine hochspezialisierte Leistung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 4, für die der Gemeinsame Bundesausschuss das Nähere zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung in der Richtlinie nach Absatz 3 Satz 1 geregelt hat, spätestens ein Jahr nach dem Inkrafttreten des entsprechenden Richtlinienbeschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses aufzuheben. ³Die von zugelassenen Krankenhäusern auf Grund von Bestimmungen nach Satz 1 erbrachten Leistungen werden nach § 116b Absatz 5 in der bis zum [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten nach Artikel 12 Absatz 1] geltenden Fassung vergütet.“</p>	<p>(8) ¹Bestimmungen, die von einem Land nach § 116b Absatz 2 Satz 1 in der bis zum [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten nach Artikel 12 Absatz 1] geltenden Fassung getroffen wurden, gelten bis zu deren Aufhebung durch das Land weiter. ²Das Land hat eine nach Satz 1 getroffene Bestimmung für eine Erkrankung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 oder 2 oder eine hochspezialisierte Leistung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 3, für die der Gemeinsame Bundesausschuss das Nähere zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung in der Richtlinie nach Absatz 3 Satz 1 geregelt hat, spätestens ein Jahr nach dem Inkrafttreten des entsprechenden Richtlinienbeschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses aufzuheben. ³Die von zugelassenen Krankenhäusern auf Grund von Bestimmungen nach Satz 1 erbrachten Leistungen werden nach § 116b Absatz 5 in der bis zum [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten nach Artikel 12 Absatz 1] geltenden Fassung vergütet.“</p>
	<p>(9) ¹Die an der spezialärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und nach § 108 zugelassene Krankenhäuser nach Absatz 2 übermitteln für die Abrechnung der ambulanten spezialärztlichen Versorgung im Wege elektronischer Datenübertragung den Krankenkassen sowie der von den Vertragspartnern nach Absatz 5 Satz 4 zu benennenden Datenstelle folgende Daten:</p>



1. Arzt- und Betriebsstättennummer, in Überweisungsfällen die Arzt- und Betriebsstättennummer des überweisenden Arztes
2. Angaben nach § 291 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 bis 10 maschinenlesbar, sowie das krankenhausinterne Kennzeichen des Versicherten
3. Art der Inanspruchnahme
4. Art der Behandlung
5. Tag der Behandlung
6. abgerechnete Gebührenpositionen mit den Schlüsseln nach Satz 2 und 3
7. Kosten der Behandlung
8. Zuzahlungen nach § 28 Absatz 4
9. das Institutionskennzeichen des Krankenhauses und der Krankenkassen

²Die Diagnosen sind nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln, ergänzt um Zusatzkennzeichen zur Gewährleistung der für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen notwendigen Aussagefähigkeit des Schlüssels. ³Von den Leistungserbringern nach Satz 1 durchgeführte Operationen und sonstige Prozeduren sind nach dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen Schlüssel zu verschlüsseln.

⁴Die zu benennende Datenstelle nach Satz 1 übermittelt zur Vorbereitung und Umsetzung der jeweiligen Regelung auf Anfrage Daten

1. nach den Nummern 1 bis 6 und 9 landesbezogen quartalsweise dem Gremium auf Landesebene gemäß Absatz 2,
2. nach den Nummern 1, 3 bis 9 sowie Nummer 2 anonymisiert den Vertragsparteien gemäß Absatz 5 Satz 4 und dem gemäß Absatz 5 Satz 7 beauftragten Dritten,
3. nach den Nummern 6 und 7 jeweils landesbezogen und aufsummiert für das vorangegangene Kalenderjahr den Vertragsparteien gemäß Absatz 6,
4. nach den Nummern 1, 4, bis 6 dem Gemeinsamen Bundesausschuss und
5. nach den Nummern 1 bis 6, und 8, 9 landesbezogen der Arbeitsgemeinschaft nach Absatz 5 Satz 12.



Begründung des Änderungsvorschlages

zu Absatz 1

Die hohen Qualitätsansprüche an die spezialärztliche Versorgung spiegeln sich auch in den Anforderungen an das Behandlungsteam wider. Die Ergänzung stellt damit klar, dass die Multiprofessionalität insbesondere auch für die ärztliche Behandlung als solche gilt. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann hierzu nähere Anforderungen festlegen, vgl. Absatz 3.

Das deutsche Recht kennt inzwischen fast zwei Dutzend unterschiedliche Rechtsformen, in denen Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung teilnehmen. Diese widersprüchlichen und zersplitterten Regelungen sollten in einem neuen Ordnungsrahmen harmonisiert werden. Ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe sollten Bestandteil einer entsprechenden Neuordnung werden. Eine Einbeziehung in den engen Bereich der hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen ist nicht sinnvoll.

Die grundsätzliche Aufnahme aller bezüglich ihres Nutzens bzw. ihrer potentiellen Risiken nicht beurteilten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die ambulante spezialärztliche Versorgung ist nicht zu vertreten. Insbesondere neue Methoden müssen auf ihre Wirksamkeit und Evidenz vor Aufnahme geprüft werden. Im Rahmen der spezialärztlichen Behandlung sollen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Sinne der Patientensicherheit nur unter Studienbedingungen eingeführt werden. Es ist nicht sinnvoll, hierzu generell auf den Erlaubnisvorbehalt als Grundsatz der Innovationseinführung für ambulante Leistungen zu verzichten. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss auf der einen Seite das Nähere zu den geforderten hohen Qualitätssicherungsstandards, zur interdisziplinär-facharztübergreifenden Leistungsdefinition der spezialärztlichen Versorgung sowie zur Methodenbewertung zu überantworten und auf der anderen Seite bestimmte neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ohne jede Prüfung für jeden Arzt und jedes Krankenhaus zuzulassen, wäre nicht konsistent.

zu Absatz 2

Die Einfügung dient der Klarstellung, dass die Leistungserbringung jeweils am Ort der Zulassung des für die spezialärztliche Behandlung zugelassenen Leistungserbringers zu erfolgen hat.

Eine Bedarfsplanung ist eine notwendige Voraussetzung zur Feststellung sowie Vermeidung von Über- und Unterversorgung. Neben der Notwendigkeit einer Bedarfsplanung insbesondere in Ballungsräumen um ökonomisch getriebene Überversorgung zu vermeiden, ist sie in bestimmten Fachgruppen notwendig, um innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung Unterversorgung zu vermeiden. Anderenfalls könnte es sein,



dass die spezialärztliche Versorgung in einigen Bereichen unter anderem zu Lasten der fachärztlichen Grundversorgung unkontrolliert ausgeweitet wird. Insbesondere diagnostische Maßnahmen (bildgebende Verfahren wie PET, CT, MRT, genetische Diagnostik etc.) bieten zum Teil starke Anreize zur Leistungsausweitung. In diesem Zusammenhang ist es in Ergänzung der Bedarfsplanungsmaßnahmen auch notwendig, mengensteuernde Maßnahmen im Gesetz zu verankern, um möglichen Fehlentwicklungen entgegenwirken zu können. Für ausgewählte Bereiche der spezialärztlichen Versorgung wird daher eine reguläre Bedarfsplanung auf Basis der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgenommen. Da dies nicht für alle Erkrankungen gilt legt der Gemeinsame Bundesausschuss fest, welche Leistungen der Bedarfsplanung unterliegen, vgl. Absatz 3 Satz 3.

Ein spezialärztlicher Zulassungsausschuss auf Landesebene, welcher durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landeskrankenhausgesellschaften und die Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen gebildet wird, prüft den an der spezialärztlichen Leistungserbringung interessierten Leistungserbringer inhaltlich nach Maßgabe der Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses und erteilt bei Erfüllung der Kriterien die Zulassung. Um sicherzustellen, dass die Leistungserbringer auf der Grundlage der Konkretisierungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zugelassen werden, ist eine erstmalige Zulassung erst nach Vorliegen der entsprechenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zum 01.01.2013 möglich. Zur Vermeidung einer unkontrollierten Leistungsausweitung im Rahmen der spezialärztlichen Behandlung sind durch das Zulassungsgremium auf Landesebene zeitlich auf maximal 10 Jahre befristete, leistungsbereichsbezogene Zulassungen zu erteilen. Damit wird dem berechtigten Bedürfnis nach Investitionssicherheit ausreichend Rechnung getragen. Darüber hinaus sind für die der Bedarfsplanung unterliegenden Leistungsbereiche Leistungsmengenkontingente (Grenzwerte) je Leistungserbringer auszugeben. Alle über die festgelegten Grenzwerte hinaus erbrachten Leistungen werden abgestaffelt vergütet, um insbesondere im Bereich der Diagnostik mengensteuernd einzuwirken.

zu Absatz 3

Dem Gemeinsamen Bundesausschuss wird eine Frist zur erstmaligen Konkretisierung der spezialärztlichen Versorgung bis zum 31.12.2012 gesetzt. Bestandteil der durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zu konkretisierenden Anforderungen sind auch durch Fallzahlen operationalisierte Erfahrungen, die Zusammensetzung des interdisziplinär-facharztübergreifenden Behandlungsteams sowie die Festlegung der der Bedarfsplanung unterliegenden Leistungen und die Maßstäbe für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad und die Feststellung für Über- und Unterversorgung.

Kooperationen zwischen verschiedenen Leistungserbringern ohne echte Teambildung sind abzulehnen. Die Anforderungen an das Behandlungsteam werden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt. Kooperation im Sinne eines Stufenbehandlungskonzepts zwischen Hausarzt, Facharzt und Spezialarzt können Teil der Charakte-



risierung der besonderen Krankheitsverläufe sein, sind aber nicht als Subauftragsnehmer einer spezialärztlichen Ambulanz nach dem Konsiliarprinzip zu verstehen. Die Kooperation und arbeitsteiligen Abstimmungen zwischen dem vertragsärztlichen und spezialärztlichen Onkologen in der Schwerpunktpraxis und dem in der Krankenhausambulanz tätigen Onkologen bedürfen keiner Sonderregelung, die daher gestrichen werden kann.

Auch die außerhalb von Kooperationen zwischen zur spezialärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern hinzugezogenen Fachärzte haben ihre Leistung grundsätzlich am Ort der spezialärztlichen Zulassung zu erbringen. Eine Ausnahme bildet lediglich die Nutzung spezieller, nicht transportabler technischer und apparativer Voraussetzungen.

zu Absatz 4

Um die anzustrebenden hohen Standards der Leistungserbringung in der spezialärztlichen Versorgung und einen entsprechend aktuellen und geeigneten Leistungskatalog zu garantieren, kann der Gemeinsame Bundesausschuss auch bereits durch Gesetz oder Richtlinien in die spezialärztliche Behandlung einbezogene Leistungen oder Erkrankungen wieder ausschließen.

zu Absatz 5

Zur Stärkung der Qualität der Leistungserbringung wird für die spezialärztlichen Leistungen auch für das Krankenhaus der Facharztstatus und nicht nur der Facharztstandard gefordert. Dies bewirkt eine gleichartige Ausgestaltung der Anforderungen für Krankenhäuser und vertragsärztliche Leistungserbringer im Rahmen der spezialärztlichen Versorgung.

Die Berechtigung zur spezialärztlichen Leistungserbringung geht mit einem Verbot der parallelen Abrechnung teilstationärer Leistungen einher. Anderenfalls könnte das Krankenhaus nach rein ökonomischen Kriterien je nach Leistung entscheiden, innerhalb welches Rechtsrahmens die Leistung erbracht wird. Selbstverständlich kann eine Leistung nicht gleichzeitig innerhalb der spezialärztlichen und der vertragsärztlichen Versorgung abgerechnet werden.

Parallel zu den diagnosebezogenen Fallpauschalen wird auch für den Bereich der spezialärztlichen Versorgung eine Teilleistungsdokumentation eingeführt.

Es ist notwendig, eine Doppelfinanzierung der spezialärztlichen Leistungen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich zu vermeiden. Aus diesem Grund ist neben der Bereinigung des ambulanten Vergütungsbereiches auch im stationären Bereich eine Regelung erforderlich, die insbesondere eine durch Fehlschätzungen verursachte Doppelfinanzierung ausschließt. Eine Berichtigung der Landesbasisfallwerte und ein



Ausgleich der beispielsweise über Mindererlösausgleiche für Leistungserbringer im DRG-Bereich von Krankenkassen zu viel gezahlten Beträge sind erforderlich.

zu Absatz 6

Die in Absatz 6 formulierte Neuregelung sieht ein notwendiges, regelhaftes Verfahren der jährlichen Vereinbarung der Vergütungshöhe für spezialärztliche Leistungen auf Landesebene vor. Neben der in Absatz 5 formulierten Neuregelung einer spezialärztlichen Gebührenordnung, innerhalb derer ein Relativgewichtsschema die spezialärztlichen Leistungen im Verhältnis zueinander bewertet, soll hier die Preiskomponente auf Landesebene zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Landeskrankenhausesellschaften und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen verhandelt werden. Diese Systematik ist analog zu dem im stationären DRG-Bereich verhandelten Basisfallwert auf Landesebene, der die Preiskomponente für einzelne bundeseinheitliche Fallpauschalen darstellt.

Bei der jährlichen Anpassung dieses Preises sind insbesondere Kostenentwicklungen, falls diese nicht bereits anderweitig finanziert worden sind, sowie Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven und die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen zu berücksichtigen. Darüber hinaus sind Leistungsmengenerhöhungen in der laufenden Periode bei der Bestimmung des Preises für die Folgeperiode zu berücksichtigen. Bei der Vereinbarung der Vergütungshöhe für die spezialärztlichen Leistungen wird dem Grundsatz der Beitragsstabilität Rechnung getragen, indem das Ausgabenvolumen für diese Leistungen das Ausgabenvolumen des Vorjahres, erhöht um die nach § 71 Absatz 3 für das gesamte Bundesgebiet festgestellte Veränderungsrate nicht überschreiten darf, soweit dies nicht aus einer Erweiterung des Leistungskatalogs oder einer nachweislichen Leistungsverlagerung resultiert.

Darüber hinaus ist eine Schiedsstellenregelung auf Landesebene vorgesehen, falls eine entsprechende Vereinbarung der Vergütungshöhe nicht zu Stande kommt. Das Landesschiedsamt nach § 89 Absatz 2 ist vor dem Hintergrund einer paritätischen Besetzung der Kostenträger und Leistungserbringer um weitere Vertreter der Landeskrankenhausesellschaften sowie der Krankenkassen in gleicher Zahl zu erweitern.

zu Absatz 7

Die Bereitstellung der Vordrucke erfolgt aktuell in der Regel direkt durch die Vordruckverlage auf Basis von landesindividuellen Vereinbarungen zwischen Krankenhausgesellschaften, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen. Eine alleinige Beauftragung der Krankenkassen, die Vordrucke zur Verfügung zu stellen, ist nicht sachgerecht. Die Regelung ist daher zu streichen.

Im Rahmen der Abrechnung von Arzneimittelverordnungen und bei Heil- und Hilfsmitteln wird die Arztnummer gemäß § 293 Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 übermittelt. Die



Einfügung dient der Klarstellung, dass sowohl die lebenslange Arztnummer (LANR) und bei verordneten Leistungen auch die Betriebsstättennummer (Institutionskennzeichen) anzugeben sind.

zu Absatz 9

Die Leistungen im Rahmen der spezialärztlichen Versorgung werden direkt mit den Krankenkassen abgerechnet. Der Inhalt und Umfang der derzeitigen stationären und ambulanten Abrechnungsverfahren ist unterschiedlich. Ein zukünftig einheitliches Datenübermittlungsverfahren und -format sollte im Rahmen der Abrechnung spezialärztlicher Leistungen gesetzlich neu vorgegeben werden. Vor diesem Hintergrund haben nach Absatz 9 für die Abrechnung der ambulanten spezialärztlichen Versorgung im Wege elektronischer Datenübertragung die spezialärztlichen Leistungserbringer den Krankenkassen sowie einer von dem GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu benennenden Datenstelle die Daten gemäß Satz 1 Nr. 1 bis 9 zu übermitteln.

Die verschiedenen Akteure und Gremien auf Landes- und Bundesebene benötigen innerhalb des § 116b zur Umsetzung ihrer Aufgaben unterschiedliche Datengrundlagen. Vor diesem Hintergrund sieht Satz 4 eine spezifische Zuteilung der im spezialärztlichen Bereich erhobenen Daten je nach Aufgabe der Akteure vor. So werden zur Umsetzung des § 116b unter anderem für die Zulassung, die differenzierte Bedarfsplanung, die Entwicklung einer neuen spezialärztlichen Gebührenordnung, die Ermittlung der Vergütungshöhe auf Landesebene sowie die Abrechnungsprüfung verschiedene Daten teilweise landesbezogen und aggregiert den jeweiligen Gremien bereitgestellt.



Anlage 2 zur Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes

Gesetzentwurf des GKV-Spitzenverbandes vom 13.04.2011 - Innovationszentren in der GKV-Versorgung -

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung Innovationszentren in der GKV-Versorgung 3

- I. Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 3
- II. Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes 7

Vorbemerkung Innovationszentren in der GKV-Versorgung

Der GKV-Spitzenverband steht dafür ein, dass alle gesetzlich Versicherten gleichermaßen vom medizinischen Fortschritt profitieren. Medizinische Innovationen sollen so schnell wie möglich allen Versicherten zur Verfügung stehen. Die Bedingung: Der patientenrelevante Nutzen der Innovation muss vor der flächendeckenden Einführung belegt sein, denn die Sicherheit der Patienten hat Vorrang. Derzeit wenden Krankenhäuser neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden an, ohne dass vorab Nutzen und Schaden geprüft werden. Um in Deutschland Anreize zu schaffen, den medizinischen Nutzen von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden systematisch in Studien zu bewerten, sind strukturelle Veränderungen notwendig. Der GKV-Spitzenverband schlägt daher folgende Lösung vor: Neue nichtmedikamentöse Methoden werden zuerst in Innovationszentren angewendet. Jedes Behandlungszentrum oder Krankenhaus, das hochwertige Studien durchführt, kann in diesem Zusammenhang ein Innovationszentrum sein. Diese führen klinische Studien durch und gewinnen so Daten zu Nutzen und Risiken von Innovationen, bevor diese in der flächendeckenden Versorgung angewendet werden dürfen. Hierzu empfiehlt der GKV-Spitzenverband die folgenden gesetzlichen Änderungen:

I. Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Im Fünften Buch Sozialgesetzbuch – gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch ... geändert worden ist, wird nach § 137d folgender § 137e eingefügt:

„§ 137e Frühbewertung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“

(1) ¹Der Gemeinsame Bundesausschuss bewertet den Nutzen von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bei Vorliegen einer Information nach § 6 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG, wonach die neue Methode mit den bereits vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten nicht sachgerecht abgerechnet werden kann. ²Die Methodenfrühbewertung erfolgt aufgrund der von den Krankenhäusern dem Gemeinsamen Bundesausschuss in elektronischer Form eingereichten medizinischen Dokumentation, die Angaben über den medizinischen Hintergrund der Methode und eine Darstellung der



verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz zu der Methode enthält. 3Wird die medizinische Dokumentation nicht vorgelegt oder enthält sie die Angaben nach Satz 2 nicht, gilt der Nutzen der Methode im Rahmen der Frühbewertung als nicht belegt. 4Die Methodenfrühbewertung erfolgt im Vergleich mit anderen Diagnose- oder Behandlungsformen, die in den Fachkreisen als anerkannter Standard gelten, unter Berücksichtigung des therapeutischen Zusatznutzens für die Patienten. 5In Ausnahmefällen kann von dieser Vorgabe begründet abgewichen werden. 6Die Ausnahmefälle legt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung fest. 7Beim Patienten-Nutzen sollen insbesondere die Verbesserung des Gesundheitszustandes, eine Verkürzung der Krankheitsdauer, eine Verlängerung der Lebensdauer, eine Verringerung der Nebenwirkungen sowie eine Verbesserung der Lebensqualität berücksichtigt werden. 8Die Bewertung erfolgt auf Grundlage der in den jeweiligen Fachkreisen anerkannten internationalen Standards der evidenzbasierten Medizin. 9Das Nähere zur Methodenfrühbewertung einschließlich der Einreichung der medizinischen Dokumentation regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung, er kann dabei von der Übermittlungspflicht an ihn selbst gemäß Satz 2 abweichen.

(2) 1Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft die medizinische Dokumentation nach Absatz 1 Satz 2 und beauftragt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen oder Dritte mit der Methodenfrühbewertung; § 139 a Absatz 5 gilt nicht. 2Die Methodenfrühbewertung hat auf der Grundlage von Studien der dem medizinischen Sachverhalt angemessenen höchstmöglichen Evidenzstufe zu erfolgen. 3Die Methodenfrühbewertung ist spätestens innerhalb von drei Monaten nach dem Eingang der medizinischen Dokumentation beim Gemeinsamen Bundesausschuss abzuschließen und im Internet zu veröffentlichen.

(3) 1Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt über die Methodenfrühbewertung innerhalb von zwei Monaten nach ihrer Veröffentlichung. 2§ 91 Absatz 5 gilt nicht. 3Liegt nach der Frühbewertung ein Beleg für den Nutzen der neuen Methode vor, fasst der Gemeinsame Bundesausschuss einen entsprechenden Beschluss. 4Ist nach der Frühbewertung eine Aussage zum Nutzen der neuen Methode nicht möglich, fasst der Gemeinsame Bundesausschuss einen entsprechenden Beschluss, der zu befristen ist. 5Verfügt eine neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode nach der Frühbewertung nach Absatz 2 über ein festgestelltes erhebliches Schadenspotential im Sinne eines methodenbezogenen Eintretens von schweren unerwünschten Ereignissen bei fraglichem oder vergleichsweise geringem Nutzen, fasst der Gemeinsame Bundesausschuss einen entsprechenden Beschluss und leitet ein Bewertungsverfahren nach § 137c ein. 6Der Beschluss ist im Internet zu veröffentlichen. 7§ 94 und § 137 c Abs. 2 Satz 1 gelten nicht.

(4) 1Hat der Gemeinsame Bundesausschuss einen Beschluss gemäß Absatz 3 Satz 4 gefasst, können zugelassene Krankenhäuser beim Gemeinsamen Bundesausschuss ein Studienprotokoll für die Evaluation der neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode zur Genehmigung einreichen. 2Darin kann die Beteiligung von zur vertragsärztli-



chen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern vorgesehen sein. ³Der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen mit der Prüfung des Studienprotokolls auf seine Eignung.

(5) ¹Grundlage für die Prüfung des Studienprotokolls durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen ist insbesondere die Evaluation des Patienten-Nutzens im Hinblick auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes, eine Verkürzung der Krankheitsdauer, eine Verlängerung der Lebensdauer, eine Verringerung der Nebenwirkungen so wie eine Verbesserung der Lebensqualität. ²Das Studienprotokoll hat den in den jeweiligen Fachkreisen anerkannten internationalen Standards der evidenzbasierten Medizin zu genügen. ³Im Zuge des Bewertungsverfahrens prüft das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen das Studienprotokoll auch bezüglich der Anzahl und der Eignung der beteiligten Einrichtungen zur Durchführung der Studie sowie der Anzahl der geplanten Patientenbehandlungen auf Plausibilität. ⁴Ergibt sich während der Prüfung, dass diese Planungen nicht plausibel sind oder wesentliche Angaben zur Bewertung fehlen, kann das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen die Autoren des Studienprotokolls einmalig zu einer entsprechenden Anpassung des Studienprotokolls auffordern. ⁵Bis zum Eingang der Anpassung beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen ist der Lauf der Frist nach Absatz 6 Satz 1 unterbrochen, jedoch nicht länger als einen Monat.

(6) ¹Die Prüfung durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen ist innerhalb von drei Monaten nach Einreichung des Studienprotokolls beim Gemeinsamen Bundesausschuss abzuschließen. ²Die Autoren des Studienprotokolls haben das Recht zur Stellungnahme; § 139a Abs. 5 gilt nicht. ³Der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet über eine Genehmigung des Studienprotokolls innerhalb von zwei Monaten nach Vorliegen der Empfehlung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, § 91 Abs. 5 gilt nicht. ⁴Die Genehmigung ist unter Berücksichtigung der Studiendauer zu befristen. ⁵Die Autoren des Studienprotokolls haben dem Gemeinsamen Bundesausschuss regelmäßig über den Studienfortgang zu berichten. ⁶Nach Abschluss der Studie sind die Ergebnisse dem Gemeinsamen Bundesausschuss vorzulegen.

(7) ¹Zugelassene Krankenhäuser können sich bei der Erstellung eines Studienprotokolls durch den Gemeinsamen Bundesausschuss beraten lassen, dieser kann das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen oder Dritte mit der Beratung beauftragen. ²Für die Prüfung der Studienprotokolle und die Beratung erhält der Gemeinsame Bundesausschuss von den jeweiligen Krankenhäusern eine angemessene Kostenerstattung. ³Näheres zu diesem Absatz regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung.

(8) ¹Der Leistungserbringung einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode innerhalb einer Studie, deren Studienprotokoll zuvor gemäß Absatz 6 vom Gemeinsamen



men Bundesausschuss genehmigt wurde, steht eine Leistungserbringung nach Ende der Rekrutierung der Studie durch die Leistungserbringer, die zuvor an der Studie beteiligt waren, gleich. Die Ein- und Ausschlusskriterien der Studie und ihre Dokumentationsanforderungen sind weiterhin zu beachten. ²Der Gemeinsame Bundesausschuss kann hierzu weitere verpflichtende Maßnahmen der Qualitätssicherung beschließen. ³Die Dokumentationsauswertung ist dem Gemeinsamen Bundesausschuss zusammen mit den Ergebnissen der Studie vorzulegen.

(9) ¹Der Gemeinsame Bundesausschuss führt auf der Grundlage der vorgelegten Berichte und Ergebnisse eine Bewertung der Methode nach § 137c und gegebenenfalls nach § 135 durch. ²Ist innerhalb der Geltungsdauer eines Beschlusses nach Absatz 3 Satz 4 kein Studienprotokoll vorgelegt oder genehmigt worden, kann der Gemeinsame Bundesausschuss eine erneute Methodenfrühbewertung durchführen.

(10) ¹Gesonderte Klagen gegen die Bewertung nach Absatz 2 und die Prüfung des Studienprotokolls durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen sind unzulässig. ²Klagen gegen die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses haben keine aufschiebende Wirkung.

(11) ¹Die vorstehenden Regelungen gelten ausschließlich für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, für die erstmals eine Information nach § 6 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG vorliegt, wonach die neue Methode mit den bereits vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten nicht sachgerecht abgerechnet werden kann.“

II. Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Im Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch ... geändert worden ist, wird § 6 Abs. 2 wie folgt geändert:

- 1 In Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende ein Komma und die Wörter „sofern ein Beschluss nach § 137e Abs. 3 Satz 3 oder 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorliegt“ eingefügt.
- 2 Satz 4 und 5 werden wie folgt gefasst:
„Dabei haben die Krankenhäuser eine medizinische Dokumentation gemäß § 137e Abs. 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorzulegen. Liegt ein Beschluss nach § 137e Abs. 3 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vor, darf eine Vereinbarung nach Satz 1 nur mit Krankenhäusern erfolgen, die die Methode im Rahmen einer Studie, deren Studienprotokoll zuvor gemäß § 137e Abs. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genehmigt wurde, erbringen



Anlage 3 zur Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes

Beispiel für innovative Methoden mit unklarem Nutzen:

Behandlung von Lungenemphysem: Lungenvolumenreduktion mit Polymerschäum, Wasserdampf oder Metallspulen

Grundlagen und Standardbehandlung:

Patienten mit Lungenemphysem leiden unter einer krankhaften Überblähung ihrer Lunge. Wenn die Atemwege verengt sind (insbesondere aufgrund einer chronisch obstruktiven Bronchitis, z. B. verursacht durch Rauchen), wird dadurch das Ausatmen erschwert. Die Lungenstruktur verändert sich. Kommt es dann zu einer Druckbelastung in der Lunge, kann dieses zum Platzen der feinsten Verästelungen (den sog. Alveolen) führen. Im fortgeschrittenen Stadium können sich mit Luft gefüllte Hohlräume, sogenannte „Emphyseblasen“, bilden. Diese nehmen der Lunge Platz weg und führen zu Atemnot. Wie viele Patienten in Deutschland an einem Lungenemphysem leiden, kann nicht genau angegeben werden. Nach Schätzungen des Bundesverbandes der Pneumologen und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin sind etwa eine Million Menschen betroffen.

Ein Lungenemphysem ist nicht heilbar, man kann nur versuchen, das Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern und bestimmte Symptome zu behandeln. Wenn die hierfür eingesetzten Medikamente nicht mehr weiterhelfen, kommen operative Maßnahmen ins Spiel. Um der Lunge für einen verbesserten Gasaustausch beim Ein- und Ausatmen Platz zu verschaffen, können ggf. bei Patienten im fortgeschrittenen Stadium betroffene Lungenareale mit Emphyseblasen operativ entfernt werden. Die verfügbare Evidenz für diese als Lungenvolumen-Reduktionschirurgie bezeichnete Operation ist aufgrund des Vorliegens einer randomisierten kontrollierten Studie mit mehr als 1200 Patienten und mehrjähriger Nachbeobachtung als gut zu bezeichnen (*National Emphysema Treatment Trial*, NETT). Diese aufwändige Operation birgt jedoch Risiken und ist nur für bestimmte Patientengruppen geeignet.

Seit einigen Jahren werden als Alternative zur Operation sogenannte Endobronchialventile mit Hilfe eines Bronchoskops in die betroffenen Lungenareale eingebracht. Diese sorgen dafür, dass beim Einatmen keine Luft in die überblähten Areale hineinkommt, dafür jedoch beim Ausatmen austreten kann. Auf diese Weise kollabieren die dahinter liegenden Lungenareale. Das Verfahren kam bereits 2007 ungeprüft in die stationäre Versorgung und kann über Zusatzentgelte abgerechnet werden. Im Jahr 2010 wurden in Deutschland 451 Patienten mit Endobronchialventilen behandelt. Erst im September 2010 wurde jedoch eine internationale Studie veröffentlicht, in der eine Anwendung von Endobronchialventilen mit einer medikamentösen Behandlung verglichen wurde. Die Ergebnisse zeigen einen moderaten Nutzen für die behandelten Patienten, dem jedoch ein erhöhtes Risiko von Bluthusten (Hämoptyse), Verschlechterungen (Exazerbationen) des Krankheitsbildes mit Krankenhauseinweisung sowie von



Lungenentzündungen gegenüberstand. Somit ist der Einsatz dieser Ventile kritisch zu sehen. Es gibt keine Studien, die Endobronchialventile mit der Lungenvolumen-Reduktionschirurgie vergleichen, obwohl dieselben Patientengruppen für beide Interventionen in Frage kommen.

Innovation, verfügbare Produkte:

Es befinden sich zwei weitere neue Methoden in der klinischen Anwendung, für die im Jahr 2011 erstmals NUB-Anfragen gestellt wurden. Eine dritte neue Methode ist derzeit in der klinischen Erprobung. Ihre verbreitete Anwendung in deutschen Krankenhäusern ist in Kürze zu erwarten.

1. Lungenvolumenreduktion mittels bronchoskopischer Applikation von Polymerschäum:

Bei dieser Methode wird ein Schaum in die überblähten Lungenareale eingebracht. Dieser polymerisiert und wirkt so als Gewebeversiegelungsmasse, welche die Atemwege in den betroffenen Arealen blockiert. Die überblähten Segmente kollabieren und machen so Platz für die funktionalen Teile der Lunge.

Das zugrunde liegende Produkt erhielt im September 2010 sein CE-Kennzeichen. Es liegt das Ergebnis einer kleinen Fallserie vor (25 Patienten), deren Aussagekraft jedoch limitiert ist. Es wird derzeit eine größere Fallserie mit 50 Patienten durchgeführt, an der auch sechs deutsche Krankenhäuser beteiligt sind. Diese Studie soll im Sommer 2011 beendet sein. Eine (ungeplante) Interimsanalyse wurde im Mai 2011 publiziert: Hier findet sich der Hinweis, dass das Protokoll der Anwendung des Polymerschaums aufgrund der Ergebnisse der abgeschlossenen Fallserie stark abgeändert worden sei, um die Anwendungssicherheit zu erhöhen. Belastbare Aussagen zur Wirksamkeit und Sicherheit der Methode finden sich in dieser Interimsanalyse nicht.

Vergleichende Studien werden derzeit nicht durchgeführt. Eine doppelblinde randomisierte und kontrollierte Studie (Vergleich zwischen Polymerschäum und Salzlösung als Placebo) wurde im Jahr 2009 vor Einschluss des ersten Patienten vom Hersteller zurückgezogen. Das Produkt ist in den USA nur zu Forschungszwecken zugelassen, darf also dort außerhalb von Studien nicht angewendet werden.

2. Lungenvolumenreduktion durch Einlage von Metallspulen („Coils“):

Das zugrundeliegende Produkt hat im Oktober 2010 sein CE-Kennzeichen erhalten. Als veröffentlichte Studie zu der Methode wurde lediglich eine Fallserie mit der Nutzung nicht näher bezeichneter Metallspulen der Firma PneumRX gefunden. Diese wurde in Deutschland mit 11 Patienten durchgeführt und im August 2010 publiziert. Die Ergebnisse erlauben jedoch keine Aussagen zu Wirksamkeit



oder gar Nutzen der Methode. Eine Recherche im amerikanischen Studienregister unter www.clinicaltrials.gov hat ergeben, dass zurzeit zwei Fallserien ohne Vergleichsgruppe mit 45 bzw. 58 Patienten in der Durchführung sind; Ergebnisse sind für das Jahr 2011 angekündigt. Eine weitere kleine randomisierte und kontrollierte Studie (17 Patienten) läuft derzeit in einer englischen Klinik.

3. Lungenvolumenreduktion durch Einleitung von heißem Wasserdampf:
Bei der „bronchoskopischen thermalen Vapor-Ablation“ (BTVA) wird mit einem Katheter heißer Wasserdampf in die überblähten Lungenareale eingeleitet, um durch „kontrollierte Entzündungsprozesse“ eine Lungenvolumenreduktion herbeizuführen. Eine Machbarkeitsstudie mit 11 Patienten wurde im Jahr 2009 publiziert. Zwei weitere kleine Studien (jeweils 10 bzw. 30 Patienten geplant) sind laut www.clinicaltrials.gov derzeit in der Durchführung. Bei diesen Studien sind auch deutsche Krankenhäuser beteiligt. Das zugrunde liegende Produkt verfügt derzeit noch nicht über ein CE-Kennzeichen (Stand: August 2011).

Problem: Die zugrunde liegenden Daten zu allen drei Innovationen erlauben keine Aussagen darüber, ob Lungenemphysempatienten vom Einsatz der neuen Methoden tatsächlich profitieren oder nicht. Die Daten zeigen lediglich, dass im bisher beobachteten (und publizierten) Anwendungszeitraum keine sofort ins Auge fallenden Schäden verursacht werden und dass die behandelten Lungenareale kollabieren. Weder ist bisher klar, welche Patienten genau von den Innovationen profitieren, noch wie die beschriebenen Methoden bezüglich ihrer Anwendungsrisiken (Pneumonien, Verschlechterungen der Symptome, Bluthusten usw.) im Verhältnis zur Operation zu bewerten sind. Da die Kriterien für die Eignung von Patienten für alle Methoden einschließlich der Lungenvolumenreduktionschirurgie weitgehend übereinstimmen, sind hier vergleichende Studien dringend zu fordern.

Interessant ist, dass die Mehrheit der Verfahren in Deutschland in nicht vergleichenden Studien bereits vor der Verkehrsfähigkeit zum Einsatz gekommen ist und zum Zeitpunkt des Erhalts des CE-Kennzeichens den NUB Status 1 erhalten hat. Es gibt in Deutschland also Krankenhäuser, die über eigene Erfahrungen mit den neuen Methoden verfügen. Diese könnten die notwendigen Studien initiieren und koordinieren.

Es ist aber leider zu erwarten, dass in Deutschland immer mehr Lungenemphysempatienten mit Methoden behandelt werden, deren Nutzen und Risiken nicht ausreichend abgewogen sind. Es ist außerdem zu erwarten, dass diese Behandlung zunehmend in Kliniken ohne Erfahrung mit den jeweiligen Produkten und außerhalb von Studien erfolgt. Und dass es damit dem Zufall überlassen bleibt, mit welchem Produkt ein Emphysempatient konkret behandelt wird und auf welcher Erkenntnis der behandelnde Arzt aufklärt je nachdem, welche Klinik sie oder er aufsucht. Die Chance einer frühen Klärung des patientenrelevanten Nutzens dieser Innovationen im Rahmen aussagekräftiger klinischer Studien wird damit vertan. Hauptgrund ist unseres Erachtens, dass auf Basis der bestehenden gesetzlichen Regelungen die Leistung auch so von den Kran-



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.10.2011

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV

(Drucksache 17/6906)

Seite 284 von 282

kenkassen finanziert wird und deshalb kein wirksamer Anreiz für die Durchführung von Studien existiert.

