Abteilungsinterner Arbeitsentwurf

(mit der Leitung nicht abgestimmt)

Arbeits-Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)

A. Problem und Ziel

Die bedarfsgerechte, flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten ist weiter auf hohem Niveau sicherzustellen. Die demographische Entwicklung, neue Möglichkeiten der Behandlung, die sich aus dem medizinisch-technischen Fortschritt ergeben, sowie unterschiedliche Versorgungssituationen in Ballungsräumen und strukturschwachen Regionen verursachen weiteren gesetzgeberischen Handlungsbedarf. Dies betrifft auch unzureichende Angebote sektorenübergreifender Versorgung sowie zielgerichteter Versorgungsangebote, ausgerichtet an besonderen Bedarfen. Die Rahmenbedingungen der Versorgung sind an die sich wandelnden Strukturen anzupassen, damit ein hohes Versorgungsniveau in allen Regionen sichergestellt werden kann. Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) wurden die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig gestärkt und auf eine dauerhafte solide Grundlage gestellt. Mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung werden die mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 20. Dezember 2012 (BGBl. I S. 2983) eingeleiteten Maßnahmen für ein stabiles, zukunftsfähiges soziales Krankenversicherungssystem konsequent weiterentwickelt und mit neuen Instrumenten ergänzt.

Das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zielt insbesondere darauf ab,

– auch künftig eine flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung sicherzustellen,

– Rahmenbedingungen für die Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung weiter zu flexibilisieren und zu verbessern, dies beinhaltet die Förderung der Versorgungsorientierung der Vergütungsregelungen sowie die angemessene Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen,

– den Versicherten einen schnellen und sektorenübergreifend durchgehenden Zugang zur medizinischen Versorgung zu verschaffen, um so die Situation der Versicherten im konkreten Versorgungsalltag zu verbessern; dazu zählen insbesondere, die Wartezeiten auf Facharzttermine zu verringern und die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung durch eine Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses,

– Innovationen in der Versorgung und die Versorgungsforschung durch die Schaffung eines dafür vorgesehenen Fonds verstärkt zu fördern,

ENTWURF

– Leistungsansprüche der Versicherten zu erweitern, z. B. auf die Einholung einer Zweitmeinung vor bestimmten Eingriffen oder in der medizinischen Rehabilitation,

– den Gestaltungsspielraum der Krankenkassen insbesondere beim Abschluss von Verträgen im Wettbewerb zu vergrößern,

– die Nutzenbewertung neuer Methoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse zu stärken.

B. Lösung

Mit dem Gesetz wird die flächendeckende ambulante medizinische Versorgung der Versicherten durch ein umfassendes Bündel von Maßnahmen weiter gestärkt und die Qualität der Versorgung weiterentwickelt. Auf verschiedenen Steuerungs- und Planungsebenen des Gesundheitssystems werden Strukturen flexibilisiert und Anreize und Möglichkeiten zur Weiterentwicklung und Anpassung an die sich wandelnden Strukturen geschaffen.

Schwerpunkte des Gesetzes betreffen vor allem folgende Bereiche:

Die Sicherung der flächendeckenden gut erreichbaren medizinischen Versorgung der Versicherten wird durch Maßnahmen zur Flexibilisierung der Rahmenbedingungen für Leistungserbringer auf verschiedenen Ebenen gezielt gefördert. Den Beteiligten vor Ort wird so verstärkt ermöglicht, regionalen Erfordernissen und Gegebenheiten Rechnung zu tragen. Zu den Maßnahmen zählen insbesondere die:

– Weiterentwicklung der Regelungen für die Zu- und Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Insbesondere werden die Anreize zur Niederlassung in unterversorgten und strukturschwachen Gebieten und zum Abbau von Überversorgung weiter verbessert;

– Weiterentwicklung der Regelungen zur Teilnahme von Krankenhäusern und Hochschulambulanzen an der ambulanten Versorgung, der Regelungen zur Förderung von Praxisnetzen sowie zur Einrichtung und Ausgestaltung von medizinischen Versorgungszentren;

– Weiterentwicklung der Regelungen des vertragsärztlichen Vergütungsrechts zur Förderung der Versorgungsorientierung sowie zum Abbau unbegründeter Unterschiede in den Gesamtvergütungen sowie zur angemessenen Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen.

Der bedarfsgerechte Zugang der Patientinnen und Patienten zur Versorgung wird insbesondere durch folgende Maßnahmen gestärkt:

– Zur Verkürzung von Wartezeiten der Versicherten auf Facharzttermine werden bei den Kassenärztlichen Vereinigungen Terminservicestellen eingerichtet.

– Zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, die Psychotherapie-Richtlinie zu überarbeiten.

– Die Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Sektor und die lückenlose Versorgung der Versicherten beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung werden durch Anpassung der Rahmenbedingungen des Krankenhaus-Entlassmanagements verbessert.

ENTWURF

– Für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen können auf die Bedürfnisse der Betroffenen angepasste medizinische Behandlungszentren eingerichtet werden.

– Im Zulassungsrecht für Vertragsärzte wird klargestellt, dass die besonderen Versorgungsbedürfnisse von Menschen mit Behinderung besonders zu berücksichtigen sind.

– Dem Gemeinsamen Bundesausschuss wird vorgegeben, weitere strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke zu entwickeln.

– Um die Versorgung mit Hebammenleistungen sicherzustellen, wird gesetzlich ausgeschlossen, dass Kranken- und Pflegekassen Regressforderungen gegenüber freiberuflich tätigen Hebammen geltend machen.

Innovative Versorgungsformen werden gezielt gefördert:

– Beim Gemeinsamen Bundesausschuss wird ein Innovationsfonds zur Förderung innovativer sektorenübergreifender Versorgungsformen und für die Versorgungsforschung geschaffen, für den jährlich insgesamt 300 Millionen Euro von den Krankenkassen und aus dem Gesundheitsfonds zur Verfügung zu stellen sind.

– Zur ergänzenden Förderung neuer Versorgungsprojekte und zur Stärkung der Versorgungseffizienz und -effektivität werden die Möglichkeiten der Krankenkassen, im Wettbewerb gute Verträge abzuschließen, durch mehr Gestaltungsmöglichkeiten und eine Entbürokratisierung der Regelungen zu Selektivverträgen erweitert, u. a. werden wesentliche Vertragsinhalte in einer Vorschrift zusammengefasst.

Die Leistungsansprüche der Versicherten werden erweitert, insbesondere:

– erhalten Versicherte künftig einen regelhaften Anspruch auf die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung bei bestimmten planbaren Eingriffen, damit sich die Versicherten darauf verlassen können, dass nur solche Eingriffe durchgeführt werden, die auch tatsächlich medizinisch notwendig sind,

– wird bei Leistungen der medizinischen Rehabilitation ein Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten auch für Leistungen nach dem SGB V berücksichtigt,

– erhalten Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz einen Anspruch auf zusätzliche Leistungen zur zahnmedizinischen Prävention,

Im Medizinproduktebereich wird für neue Methoden, bei denen Medizinprodukte der höchsten Risikoklassen IIb und III angewandt werden sollen und für die ein Krankenhaus die Vereinbarung eines Entgelts für die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Absatz 2 Satz 3 Krankenhausentgeltgesetz (NUB-Entgelt) anstrebt, ein systematisches, obligatorisches und fristgebundenes Verfahren zur Bewertung der Methode durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vorgesehen.

Im Arzneimittelbereich werden insbesondere die Regelungen zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Ärztinnen und Ärzte regionalisiert und aus den Erfahrungen der letzten Jahre weiterentwickelt. Die Reform wird zudem zu einer Neustrukturierung der Regelungen zu den Wirtschaftlichkeitsprüfungen allgemein genutzt.

Die Höhe des Apothekenabschlags wird auf Grund der bisherigen Konflikte der Vertragspartner darüber gesetzlich festgelegt.

ENTWURF

Auch im Heilmittelbereich werden Regelungen angepasst. Formale Fehler bei der Ausstellung der Heilmittelverordnung und Retaxationen gegenüber Leistungserbringern von Heilmitteln sollen so vermieden werden.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

1) Bund

Hinweis: Im Bereich der Landwirtschaftlichen Krankenversicherung können Mehrausgaben zu einer Erhöhung beim Bundeszuschuss für die Landwirtschaftlichen Altenteiler führen. (Klärungsbedarf mit BMELV)

Für den Bund ergeben sich aus den Regelungen des Gesetzes im Einzelplan des Bundesministeriums für Gesundheit Mehrausgaben im Bereich des Personalhaushalts.

Dem Bundesministerium für Gesundheit entstehen im Zusammenhang mit der Einrichtung eines Innovationsfonds in der gesetzlichen Krankenversicherung und durch die Einführung einer obligatorischen Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, bei denen Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse eingesetzt werden, zusätzlicher Personalaufwand.

2) Länder und Gemeinden

Keine.

3) Gesetzliche Krankenversicherung

Mit den Maßnahmen dieses Gesetzes sind Mehrausgaben und Einsparungen für die gesetzliche Krankenversicherung verbunden.

Quantifizierbare jährliche Mehrausgaben in einer Größenordnung von 300 Millionen Euro pro Jahr resultieren ab dem Jahr 2016 aus der Einrichtung eines Innovationsfonds, von denen 150 Millionen Euro von den Krankenkassen und 150 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert werden. Darüber hinaus ergeben sich geschätzte jährliche Mehrausgaben von ca. 50 Millionen Euro aus der Einführung von Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei pflegebedürftigen und behinderten Menschen, denen nicht bezifferbare Einsparungen durch eine verbesserte Mundgesundheit bei diesem Personenkreis gegenüberstehen. Weitere Mehrausgaben von rund 25 bis 30 Millionen Euro ergeben sich aus der zusätzlichen Förderung von Weiterbildungsstellen in der Allgemeinmedizin.

Durch die Reduzierung des Investitionskostenabschlags auf die Abrechnungen der Hochschulambulanzen von derzeit 10 vom Hundert auf die Hälfte ergeben sich ab dem Inkrafttreten dieses Gesetzes im zweiten Halbjahr 2015 Mehrausgaben von ca. 12 bis 13 Millionen Euro.

Zudem entstehen ab dem Jahr 2016 nicht bezifferbare Mehrausgaben im Bereich der vertragsärztlichen Vergütung durch den Abbau unbegründeter Unterschiede in den Gesamtvergütungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen, die auf mehrere Jahre verteilt werden können.

ENTWURF

Durch die Einführung eines gesetzlichen Anspruchs auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung entstehen nicht quantifizierbare Mehrausgaben im Bereich der vertragsärztlichen Vergütung, denen erhebliche ebenfalls nicht quantifizierbare Einsparungen durch eine Vermeidung medizinischer operativer Eingriffe gegenüberstehen.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Der Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger reduziert sich durch verschiedene Maßnahmen des Gesetzes in jeweils geringer Höhe (Terminservicestellen, Entlassmanagement), während andere Maßnahmen den Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger in jeweils geringer Höhe steigern können (DMP).

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Durch die einzelnen Maßnahmen entsteht für die Wirtschaft, insbesondere bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, einmaliger und jährlicher Erfüllungsaufwand in jeweils nicht quantifizierbarer bzw. geringer Höhe.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Informationspflichten entstehen für Leistungserbringer und einmalig bei den Pflegekassen. Durch den Verzicht auf Zulassungsgebühren bei Vertragsärzten und -zahnärzten reduzieren sich auch wesentlich Informationspflichten. Jedoch entstehen in der vertragsärztlichen Versorgung auch neue Informationspflichten.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Gesetzliche Krankenversicherung

Die einzelnen Maßnahmen dieses Gesetzes verursachen jeweils einmaligen und jährlichen Erfüllungsaufwand für die gesetzliche Krankenversicherung in geringer bzw. nicht quantifizierbarer Höhe.

F. Weitere Kosten

Kosten, die über die aufgeführten Ausgaben und den genannten Erfüllungsaufwand hinausgehen, entstehen durch den Gesetzentwurf nicht. Auswirkungen auf die Einzelpreise und das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten.

ENTWURF

Interner Arbeitsentwurf

ENTWURF

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 27. März 2014 (BGBl. I. S. 261) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 11 Absatz 4 Satz 6 werden die Wörter „bis § 140d“ gestrichen.

2. § 16 Absatz 3a wird wie folgt geändert:

   a) In Satz 2 zweiter Halbsatz werden die Wörter „oder wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches werden“ gestrichen.

   b) Folgender Satz wird angefügt:

   „Das Ruhen tritt nicht ein oder endet, wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches sind oder werden.“

3. Nach § 22 wird folgender § 22a eingefügt:

„§ 22a

Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen

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

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

4. § 27 Absatz 1a Satz 1 wird wie folgt gefasst:

ENTWURF

„Spender von Organen, Geweben oder Blut (Spender) haben bei einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder nach einer Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes zum Zwecke der Übertragung auf Versicherte (Entnahme bei lebenden Spendern) Anspruch auf Leistungen der Krankenbehandlung."

5. Nach § 27a wird folgender § 27b eingefügt:

„§ 27b

Zweitmeinung

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

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

(3) Zur Erbringung einer Zweitmeinung sind berechtigt:

1. zugelassene Ärzte,

2. zugelassene medizinische Versorgungszentren,

3. ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen sowie

4. zugelassene Krankenhäuser,

soweit sie die Anforderungen nach Absatz 2 Satz 2 erfüllen.

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

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

ENTWURF

6. In § 35 Absatz 1 Satz 6 werden die Wörter „§ 106 Abs. 4a Satz 3 und 7“ durch die Wörter „§ 106c Absatz 2 Sätze 3 und 6“ ersetzt.

7. § 39 wird wie folgt geändert:

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

   b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz eingefügt:

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

8. § 40 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „mit der kein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht,“ gestrichen.

   b) In Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort „Einzelfalls“ die Wörter „unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten nach § 9 des Neunten Buches“ eingefügt.

9. Nach § 44 Absatz 3 wird folgender Absatz 4 angefügt:

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

10. § 44a wird wie folgt geändert:

    a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

ENTWURF

„Krankengeld bei Spende von Organen, Geweben oder Blut“.

b) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Spender von Organen, Geweben oder Blut nach § 27 Absatz 1a Satz 1 haben Anspruch auf Krankengeld, wenn die Spende an Versicherte sie arbeitsunfähig macht.“

11. In § 53 Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „§ 73c“ gestrichen.

12. In § 63 Absatz 5 wird Satz 1 aufgehoben.

13. In § 64a Absatz 1 Satz 8 wird die Angabe „§ 106 Absatz 3b“ durch die Angabe „§ 106b Absatz 1 Satz 1“ ersetzt.

14. § 71 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 Satz 2 und 4 wird aufgehoben.

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

c) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

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

15. § 73 wird wie folgt geändert:

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

„13. Zweitmeinung nach § 27b.“

b) Nach Absatz 8 Satz 7 wird folgender Satz eingefügt:

„Für die Verordnung von Heilmitteln dürfen Vertragsärzte nur solche elektronischen Programme nutzen, die die Informationen der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 in Verbindung mit § 92 Absatz 6 und über Praxisbesonderheiten nach § 84 Absatz 8 Satz 3 enthalten und von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen sind. Das Nähere ist in den Verträgen nach § 83 Absatz 1 bis zum 31. Juli 2016 zu vereinbaren."

ENTWURF

16. § 73a wird aufgehoben.

17. § 73b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

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

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

b) In Absatz 5 wird Satz 3 wie folgt gefasst:

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

c) Absatz 7 wird wie folgt gefasst:

„(7) Die Vertragspartner der Gesamtverträge haben den Behandlungsbedarf nach § 87a Absatz 3 Satz 2 zu bereinigen. Die Bereinigung erfolgt rechtzeitig zum vertraglich geregelten Zeitpunkt des Beginns der hausarztzentrierten Versorgung entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der vorab eingeschriebenen Versicherten sowie dem vertraglich vereinbarten Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach § 87a Absatz 5 Satz 7. Kommt eine rechtzeitige Einigung über die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nicht zustande, können auch die Vertragspartner der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung das Schiedsamt nach § 89 anrufen. Die für die Bereinigungsverfahren erforderlichen arzt- und versichertenbezogenen Daten übermitteln die Krankenkassen den zuständigen Gesamtvertragspartnern bis spätestens drei Wochen vor dem Kalendervierteljahr, in dem die hausarztzentrierte Versorgung beginnt. Die Krankenkasse kann zum vertraglich geregelten Zeitpunkt des Beginns der hausarztzentrierten Versorgung und falls eine rechtzeitige Bereinigung nicht festgesetzt worden ist, den Behandlungsbedarf unter Beachtung der Maßgaben nach Satz 2 vorläufig bereinigen. Sie kann auch die Anerkennung und Umsetzung des geltenden Bereinigungsverfahrens von weiteren Kassenärztlichen Vereinigungen verlangen, falls in deren Bezirken nur wenige Versicherte ihren Wohnsitz haben und der Bereinigungsbetrag gering ist.“

d) Absatz 9 wird wie folgt gefasst:

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

18. § 73c wird aufgehoben.

19. § 75 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden die Sätze 2 bis 4 aufgehoben.

ENTWURF

b) Nach Absatz 1 werden folgende Absätze 1a und 1b eingefügt:

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

1. zum Nachweis des Vorliegens einer Überweisung,

2. zur zumutbaren Entfernung nach Satz 5, differenziert nach Arztgruppen,

3. in welchen Fällen kein medizinisch begründeter Fall nach Satz 6 vorliegt,

4. zur Notwendigkeit weiterer Behandlungen nach § 76 Absatz 1a Satz 2.

Im Bundesmantelvertrag können zudem ergänzende Regelungen insbesondere zu weiteren Ausnahmen von der Notwendigkeit des Vorliegens einer Überweisung getroffen werden. Die Sätze 2 bis 9 gelten nicht für eine psychotherapeutische Behandlung nach § 28 Absatz 3.

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

20. Nach § 75 wird folgender § 75a eingefügt:

ENTWURF

„§ 75a

Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

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

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

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

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

1. die Höhe der finanziellen Förderung,

2. die Sicherstellung einer durchgängigen Förderung auch bei einem Wechsel in eine andere Weiterbildungsstelle in einem Bezirk einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung,

3. die Verteilung der zu fördernden Stellen auf die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie

4. ein finanzielles Ausgleichverfahren, wenn in einem Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung mehr oder weniger Weiterbildungsstellen gefördert werden, als nach Nummer 3 vorgesehen sind.

Mit der Bundesärztekammer ist das Benehmen herzustellen.

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

(6) Die nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 zu vereinbarende Höhe der finanziellen Förderung ist so zu bemessen, dass die Weiterzubildenden in allen Weiterbildungseinrichtungen nach Absatz 1 und 2 eine angemessene Vergütung erhalten. In Gebie-

ENTWURF

ten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für den Bereich der hausärztlichen Versorgung eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 Satz 1 getroffen hat, soll eine höhere finanzielle Förderung vorgesehen werden.

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

1. die Fördermittel durch eine zentrale Stelle auf Landes- oder Bundesebene verwaltet werden,

2. eine finanzielle Beteiligung an regionalen Projekten zur Förderung der Allgemeinmedizin erfolgt,

3. in einem Förderungszeitraum nicht abgerufene Fördermittel in den darauffolgenden Förderzeitraum übertragen sowie überregional und unabhängig von der Art der Weiterbildungseinrichtung bereitgestellt werden.

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

21. In § 76 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) In den Fällen des § 75 Absatz 1a Satz 6 können Versicherte auch zugelassene Krankenhäuser in Anspruch nehmen, die nicht an der vertragärztlichen Versorgung teilnehmen. Die Inanspruchnahme umfasst auch weitere auf den Termin folgende notwendige Behandlungen, die dazu dienen, den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen."

22. In § 79 wird nach Absatz 3 folgender Absatz eingefügt:

„(3a) In der Vertreterversammlung stimmen über die Belange, die ausschließlich die hausärztliche Versorgung betreffen, nur die Vertreter der Hausärzte, über die Belange, die ausschließlich die fachärztliche Versorgung betreffen, nur die Vertreter der Fachärzte ab. Bei gemeinsamen Abstimmungen sind die Stimmen so zu gewichten, dass insgesamt eine Parität der Stimmen zwischen Vertretern der Hausärzte und Vertretern der Fachärzte in der Vertreterversammlung besteht. Das Nähere zur Abgrenzung der Abstimmungsgegenstände nach Satz 1 und zur Stimmengewichtung nach Satz 2 regelt die Satzung bis spätestens zum [Datum des ersten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats]."

23. In § 79c werden die Sätze 1 und 2 durch folgende Sätze ersetzt:

„Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung werden ein beratender Fachausschuss für

1. die hausärztliche Versorgung,

2. die fachärztliche Versorgung und

3. angestellte Ärztinnen und Ärzte

gebildet. Die Fachausschüsse nach Satz 1 Nummer 1 und 2 bestehen aus Mitgliedern, die an der jeweiligen Versorgung teilnehmen und nicht bereits Mitglied in einem Fachausschuss nach § 79b sind. Der Fachausschuss nach Satz 1 Nummer 3 besteht aus Mitgliedern, die angestellte Ärzte nach § 77 Absatz 3 Satz 2 sind."

24. § 84 wird wie folgt geändert:

ENTWURF

a) In der Überschrift wird das Semikolon und das Wort „Richtgrößen“ gestrichen.

b) Absatz 6 wird aufgehoben.

c) Absatz 7 wird Absatz 6.

d) Im neuen Absatz 6 werden die Sätze 4 bis 6 aufgehoben.

e) Absatz 8 wird Absatz 7.

f) Der neue Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „7“ durch die Angabe „6“ ersetzt.

bb) Die Sätze 3 bis 6 werden aufgehoben.

g) Absatz 9 wird Absatz 8.

25. § 87 wird wie folgt geändert:

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

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

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

bb) Folgender Satz wird angefügt:

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

c) Absatz 2a wird wie folgt geändert:

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

bb) Satz 4 wird aufgehoben.

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

dd) Folgende Sätze werden angefügt:

„In die Überprüfung nach Absatz 2 Satz 2 ist auch einzubeziehen, in welchem Umfang delegationsfähige Leistungen durch Personen nach § 28 Absatz 1 Satz 2 qualifiziert erbracht und angemessen vergütet werden können; auf dieser Grundlage ist eine Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen bis zum [einsetzen: Datum sechs Monate nach Ver-

ENTWURF

kündung] zu beschließen. Bis zum 31. März 2016 ist im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen eine Regelung zu treffen, nach der Leistungen im Rahmen der Einholung der Zweitmeinungen nach § 27b abgerechnet werden können. Sofern drei Monate nach Inkrafttreten der Bestimmungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 27b Absatz 2 keine Regelung im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen getroffen wurde, können Versicherte die Leistungen nach § 27b bei den dafür berechtigten Leistungserbringern im Wege der Kostenerstattung nach § 13 Absatz 1 in Anspruch nehmen. Die Kosten sind von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten. Die Möglichkeit der Inanspruchnahme im Wege der Kostenerstattung nach § 13 Absatz 1 endet, sobald die Regelung nach Satz 9 [neu] in Kraft getreten ist."

d) Absatz 2b wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 zweiter Halbsatz werden die Angabe „Satz 6" durch die Wörter „Satz 7 und 8" ersetzt und nach dem Wort „telemedizinisch" die Wörter „oder im Wege der Delegation" eingefügt.

bb) Satz 5 wird aufgehoben.

e) In Absatz 2c Satz 1 werden die Angabe „Satz 6" durch die Wörter „Satz 7 oder der Erbringung im Wege der Delegation nach Absatz 2a Satz 8" eingefügt.

f) In Absatz 2d Satz 1 werden die Wörter „und Leistungen" gestrichen.

g) In Absatz 3f Satz 1 werden die Wörter „§ 73c Absatz 6 Satz 4 sowie § 140d Absatz 1 Satz 3" durch die Angabe „§ 140a Absatz 5" ersetzt.

h) In Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „über den Bewertungsmaßstab" gestrichen.

i) Folgender Absatz 5b wird eingefügt:

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

26. § 87a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 3 zweiter Halbsatz wird die Angabe „2015" durch die Angabe „2016" ersetzt.

b) Folgender Absatz 4a wird eingefügt:

„(4a) Über eine mit Wirkung ab dem 1. Januar 2016 einmalige basiswirksame Erhöhung des nach Absatz 4 Satz 1 für das Jahr 2015 angepassten Aufsatzwertes ist in den Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 1 im Jahr 2015 zu verhandeln, wenn die jeweils für das Jahr 2013 und jeweils einschließlich der Bereini-

ENTWURF

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

27. § 87b wird wie folgt geändert:

    a) In Absatz 1 Satz 1 wird der Punkt am Ende durch die Wörter „; dabei sollen die von fachärztlich tätigen Ärzten erbrachten hausärztlichen Leistungen nicht den hausärztlichen Teil der Gesamtvergütungen und die von hausärztlich tätigen Ärzten erbrachten fachärztlichen Leistungen nicht den fachärztlichen Teil der Gesamtvergütungen mindern.“ ersetzt.

    b) Absatz 2 Satz 2 wird durch folgende Sätze ersetzt:

       „Der Verteilungsmaßstab hat der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen angemessen Rechnung zu tragen. Für Praxisnetze, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen anerkannt sind, müssen gesonderte Vergütungsregelungen vorgesehen werden; für solche Praxisnetze können auch eigene Honorarvolumen als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen nach § 87a Absatz 3 gebildet werden.“

    c) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

       „Die Kassenärztliche Vereinigung veröffentlicht einmal jährlich in geeigneter Form Informationen über die Grundsätze und Versorgungsziele des Honorarverteilungsmaßstabs.“

    d) In Absatz 4 Satz 2 wird die Angabe „3“ durch die Wörter „4 und zur Durchführung geeigneter Verfahren zur Honorarbereinigung“ ersetzt.

28. In § 90 Absatz 6 Satz 1 werden vor dem Wort „sind“ die Wörter „und Absatz 3“ eingefügt.

29. Dem § 92 Absatz 6a wird folgender Satz 3 angefügt:

ENTWURF

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

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

„§ 92a

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

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

(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss fördert Versorgungsforschung, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet ist. Antragsteller für eine Förderung von Versorgungsforschung können universitäre und außeruniversitäre Forschungseinrichtungen sowie die in Absatz 1 Satz 4 genannten Einrichtungen sein. Für Verträge nach § 140a und nach § 73c in der Fassung der Bekanntmachung vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I, S. 2477), zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. August 2014 (BGBl. I S. 1346) geändert, die vor dem [Datum der Verkündung des Gesetzes] geschlossen wurden, kann auf Antrag der Vertragsparteien eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung gefördert werden, wenn die Vertragsinhalte hinreichendes Potential aufweisen, in die Regelversorgung überführt zu werden. Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht. Die für Versorgungsforschung zur Verfügung stehenden Mittel können auch für Forschungsvorhaben zur Weiterentwicklung und insbesondere Evaluation der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses eingesetzt werden.

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

ENTWURF

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

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit veranlasst zum 31. Dezember 2019 eine wissenschaftliche Auswertung der Förderung nach dieser Vorschrift im Hinblick auf deren Eignung zur Weiterentwicklung der Versorgung. Die hierfür entstehenden Ausgaben werden aus den Einnahmen des Innovationsfonds gedeckt. Das Bundesministerium für Gesundheit berichtet dem Deutschen Bundestag zum 31. März 2020 über das Ergebnis der Auswertung.

§ 92b

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

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

(2) Der Innovationsausschuss legt in Förderbekanntmachungen die Schwerpunkte und Kriterien für die Förderung nach § 92a Absatz 1 und Absatz 2 Satz 1 bis 4 fest. Er führt auf der Grundlage der Förderbekanntmachungen Interessenbekundungsverfahren durch und entscheidet über die eingegangenen Anträge auf Förderung. Der Innovationsausschuss entscheidet auch über die Verwendung der Mittel nach § 92a Absatz 2 Satz 5. Entscheidungen des Innovationsausschusses bedürfen einer Mehrheit von sieben Stimmen. Der Innovationsausschuss beschließt eine Geschäfts- und Verfahrensordnung, in der er insbesondere seine Arbeitsweise und die Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle nach Absatz 3 sowie das Förderverfahren nach Satz 2 regelt. Die Geschäfts- und Verfahrensordnung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

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

(4) Die Geschäftsstelle nach Absatz 3 untersteht der fachlichen Weisung des Innovationsausschusses und der dienstlichen Weisung des unparteiischen Vorsitzen-

ENTWURF

den des Gemeinsamen Bundesausschusses und hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. Erarbeitung von Entwürfen für Förderbekanntmachungen,

2. Durchführung der fachlichen Begutachtung der Anträge auf Förderung,

3. Einholung eines Zweitgutachtens, insbesondere durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 139a oder das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz nach § 137a,

4. Erlass von Förderbescheiden,

5. Veranlassung der Auszahlung der Fördermittel durch das Bundesversicherungsamt,

6. Prüfung der ordnungsgemäßen Verwendung der Fördermittel und eventuelle Rückforderung der Fördermittel.“

31. § 95 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 wird das Wort „fachübergreifende“ gestrichen.

bb) Die Sätze 4 und 5 werden aufgehoben.

b) Absatz 1a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „§ 126 Absatz 3“ das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „teilnehmen,“ die Wörter „oder von Kommunen“ eingefügt.

bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

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

c) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Die Einhaltung der sich aus Satz 1 und 2 ergebenden Versorgungsaufträge sind von der Kassenärztlichen Vereinigung zu prüfen.“

d) Absatz 9 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Absatz 5 gilt entsprechend.“

32. In § 100 Absatz 2 werden vor dem Wort „Unterversorgung“ die Wörter „bestehende oder in absehbarer Zeit drohende“ eingefügt.

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

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

ENTWURF

34. § 103 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3a wird wie folgt geändert:

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

bb) Nach dem Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

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

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

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

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

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

cc) Folgender Satz wird angefügt:

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

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

36. § 106 wird wie folgt gefasst:

„§ 106

Wirtschaftlichkeitsprüfung

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

(2) Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung wird von der Prüfungsstelle nach § 106c geprüft durch

1. arztbezogene Prüfungen ärztlicher Leistungen nach § 106a,

2. arztbezogene Prüfungen ärztlich verordneter Leistungen nach § 106b.

ENTWURF

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

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

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

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

37. § 106a wird wie folgt gefasst:

„§ 106a

Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen

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

ENTWURF

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

1. die medizinische Notwendigkeit der Leistungen (Indikation),

2. die Eignung der Leistungen zur Erreichung des therapeutischen oder diagnostischen Ziels (Effektivität),

3. die Übereinstimmung der Leistungen mit den anerkannten Kriterien für ihre fachgerechte Erbringung (Qualität), insbesondere mit den in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthaltenen Vorgaben,

4. die Angemessenheit der durch die Leistungen verursachten Kosten im Hinblick auf das Behandlungsziel,

5. bei Leistungen des Zahnersatzes und der Kieferorthopädie auch die Vereinbarkeit der Leistungen mit dem Heil- und Kostenplan.

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

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

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

38. Nach § 106a – neu – wird folgender § 106b eingefügt:

„§ 106b

Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen

(1) Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit ärztlich verordneten Leistungen wird ab dem 1. Januar 2017 anhand von Vereinbarungen geprüft, die von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich

ENTWURF

mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zu treffen sind. Auf Grundlage dieser Vereinbarungen können Rückzahlungen wegen unwirtschaftlicher Verordnungsweise nach § 106 Absatz 3 festgelegt werden. In den Vereinbarungen müssen Regelungen zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen in allen Bereichen ärztlich verordneter Leistungen enthalten sein.

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

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

(4) Wirtschaftlichkeitsprüfungen unterliegen nicht:

1. Verordnungen der nach § 32 Absatz 1a Satz 1 genehmigten Heilmittel für Versicherte mit langfristigem Behandlungsbedarf;

2. Verordnungen von Arzneimitteln, für die der Arzt einem Vertrag nach § 130a Absatz 8 beigetreten ist; die Krankenkasse übermittelt der Prüfungsstelle die notwendigen Angaben, insbesondere die Arzneimittelkennzeichen, die teilnehmenden Ärzte und die Laufzeit der Verträge.

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

39. Nach § 106b –neu – wird folgender § 106c eingefügt:

„§ 106c

Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen

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

(2) Die Prüfungsstelle und der Beschwerdeausschuss nehmen ihre Aufgaben jeweils eigenverantwortlich wahr; der Beschwerdeausschuss wird bei der Erfüllung seiner laufenden Geschäfte von der Prüfungsstelle organisatorisch unterstützt. Die Prüfungsstelle wird bei der Kassenärztlichen Vereinigung, einem Landesverband der

ENTWURF

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

(3) Gegen die Entscheidungen der Prüfungsstelle können die betroffenen Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen, die Krankenkasse, die betroffenen Landesverbände der Krankenkassen sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen die Beschwerdeausschüsse anrufen. Die Anrufung hat aufschiebende Wirkung. Für das Verfahren sind § 84 Abs. 1 und § 85 Abs. 3 des Sozialgerichtsgesetzes anzuwenden. Das Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss gilt als Vorverfahren (§ 78 des Sozialgerichtsgesetzes). Die Klage gegen eine vom Beschwerdeausschuss festgesetzte Honorarkürzung hat keine aufschiebende Wirkung. Abweichend von Satz 3 findet in Fällen der Festsetzung einer Ausgleichspflicht für den Mehraufwand bei Leistungen, die durch das Gesetz oder durch die Richtlinien nach § 92 ausgeschlossen sind, ein Vorverfahren nicht statt.

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

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

40. Der bisherige § 106a wird § 106d und wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „Vertragsärzte" durch die Wörter „an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen" ersetzt.

bb) In Satz 2 wird das Wort „Vertragsarztes" durch das Wort „Arztes" ersetzt und wird der Punkt am Ende durch die Wörter „; Vertragsärzte und angestellte

ENTWURF

Ärzte sind entsprechend des jeweiligen Versorgungsauftrages gleich zu behandeln.“ ersetzt.

cc) In Satz 6 werden die Wörter „durch den Vertragsarzt“ durch das Wort „jeweils“ ersetzt.

b) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „der Vertragsärzte“ durch die Wörter „der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen“ und wird nach dem Wort „genommenen“ das Wort „Vertragsärzte“ durch das Wort „Ärzte“ ersetzt.

c) In Absatz 6 Satz 1 werden die Wörter „erstmalig bis zum 30. Juni 2004“ gestrichen.

41. In § 112 Absatz 2 Satz 1 wird Nummer 7 gestrichen.

42. § 113 Absatz 4 wird wie folgt geändert:

a) Nach dem Wort „durch“ werden die Wörter „Hochschulambulanzen (§ 117),“ eingefügt, nach der Angabe „(§ 118)“ wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach der Angabe „(§ 119)“ werden die Wörter „und medizinische Behandlungszentren (§ 119c)“ eingefügt.

b) Die Angabe „§ 106a, § 106 Abs. 2 und 3“ wird durch die Angabe „§ 106 bis § 106d“ ersetzt.

43. In § 115 Absatz.2 Satz 1 wird der Punkt nach Nummer 5 durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 6 angefügt:

„6. ergänzende Vereinbarungen zu Voraussetzungen, Art und Umfang des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a.“

44. In § 116a wird das Wort „kann“ durch das Wort „muss“ ersetzt.

45. § 116b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

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

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

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

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

c) In Absatz 7 Satz 7 werden die Wörter „entsprechend § 106 Absatz 2 Satz 12 bis 14 und 17, § 106 Absatz 4 und 4a sowie § 106 Absatz 5 bis 5d“ gestrichen.

d) Absatz 8 wird wie folgt geändert:

ENTWURF

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

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

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

46. § 117 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

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

1. in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang sowie

2. für solche Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanz bedürfen

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

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

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

bb) Satz 2 wird aufgehoben.

47. § 119b Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird die Angabe „2015“ durch die Angabe „2016“ ersetzt.

b) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

ENTWURF

„Die für die Durchführung der Evaluation erforderlichen Daten sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenkassen und den Pflegekassen zu erfassen und jeweils über die Kassenärztliche Bundesvereinigung, den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Spitzenverband Bund der Pflegekassen an das Institut nach Satz 1 zu übermitteln; § 87 Absatz 3f gilt entsprechend."

48. Nach § 119b wird folgender § 119c eingefügt:

„§ 119c

Medizinische Behandlungszentren

(1) Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, die fachlich unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Behandlung bieten, können vom Zulassungsausschuss (§ 96) zur ambulanten Behandlung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen sicherzustellen.

(2) Die Behandlung durch medizinische Behandlungszentren ist auf diejenigen Erwachsenen auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behinderung auf die ambulante Behandlung in diesen Einrichtungen angewiesen sind. Die medizinischen Behandlungszentren sollen dabei mit anderen behandelnden Ärzten, den Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe und mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst eng zusammenarbeiten."

49. § 120 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

bb) Folgender Satz wird angefügt:

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

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

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

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

cc) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

ENTWURF

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

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

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

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

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

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

cc) Folgender Satz wird angefügt:

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

d) Folgender Absatz 3a wird eingefügt:

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

e) In Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

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

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

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

51. § 129 wird wie folgt geändert:

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

ENTWURF

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

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

52. § 130 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird die Angabe "2,05" durch die Angabe "1,77" ersetzt.

b) Die Sätze 2 und 3 werden aufgehoben.

53. In § 130b Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „als Praxisbesonderheiten im Sinne von § 106 Absatz 5a“ durch die Wörter „als bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 bis § 106c zu berücksichtigende Praxisbesonderheiten“ ersetzt.

54. § 130c Absatz 4 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „als Praxisbesonderheiten im Sinne von § 106 Absatz 5a“ durch die Wörter „als bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 bis § 106c zu berücksichtigende Praxisbesonderheiten“ ersetzt.

b) Satz 2 wird aufgehoben.

55. § 132 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

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

56. § 134a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Ein Ersatzanspruch nach § 116 Absatz 1 des Zehnten Buches kann von Kranken- und Pflegekassen gegenüber freiberuflich tätigen Hebammen bezüglich Behandlungsfehlern in der Geburtshilfe nicht geltend gemacht werden, es sei denn, der Fehler wurde vorsätzlich oder grob fahrlässig verursacht.“

b) Absatz 5 wird Absatz 6.

57. In § 137 Absatz 3 Satz 1 wird Nummer 3 aufgehoben.

58. Nach § 137c Absatz 2 wird folgender Absatz eingefügt:

„(3) Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss bisher keine Entscheidung nach Absatz 1 getroffen hat, dürfen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden, wenn sie das Potential

ENTWURF

einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt."

59. § 137f Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 2 werden die Wörter „zu empfehlenden" gestrichen.

b) Es wird folgender Satz angefügt:

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

60. Nach § 137g wird folgender § 137h eingefügt:

„§ 137h

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

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

1. der Nutzen der Methode unter Anwendung des Medizinprodukts als hinreichend belegt anzusehen ist,

2. der Nutzen zwar als noch nicht hinreichend belegt anzusehen ist, aber die Methode unter Anwendung des Medizinprodukts das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, oder

3. die Methode unter Anwendung des Medizinprodukts kein Potential für eine erforderliche Behandlungsalternative bietet, insbesondere weil sie als schädlich oder unwirksam anzusehen ist.

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

(2) Für eine Methode nach Absatz 1 Satz 3 Nr. 1 prüft der Gemeinsame Bundesausschuss, ob Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung in einer Richtlinie nach § 137 zu regeln sind. Wenn die Methode mit pauschalierten Pflege-

ENTWURF

sätzen nach § 17 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes noch nicht sachgerecht vergütet werden kann und eine Vereinbarung nach § 6 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 6 Absatz 2 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung nicht innerhalb von drei Monaten nach dem Beschluss nach Absatz 1 Satz 3 zustande kommt, ist ihr Inhalt durch die Schiedsstelle nach § 13 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 13 der Bundespflegesatzverordnung festzulegen.

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

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

61. In § 139a Absatz 3 wird in Nummer 6 der Punkt am Ende durch das Wort „und“ ersetzt und folgende Nummer 7 angefügt:

„7. Beteiligung an internationalen Projekten zur Zusammenarbeit und Weiterentwicklung im Bereich der evidenzbasierten Medizin.“

62. Dem § 139b wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) Versicherte und sonstige interessierte Einzelpersonen können beim Institut Bewertungen nach § 139a Absatz 3 Nummer 1 und 2 zu medizinischen Verfahren und Technologien vorschlagen. Das Institut soll die für die Versorgung von Patientinnen und Patienten besonders bedeutsamen Vorschläge auswählen und bearbeiten.“

63. Der elfte Abschnitt des vierten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„Elfter Abschnitt

Sonstige Beziehungen zu den Leistungserbringern

§ 140a

Besondere Versorgung

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

(2) Die Verträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen beinhalten. Die Verträge können

ENTWURF

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

(3) Die Krankenkassen können Verträge abschließen mit:

1. nach diesem Kapitel zur Versorgung der Versicherten berechtigten Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften,

2. Trägern von Einrichtungen, die eine besondere Versorgung durch zur Versorgung der Versicherten nach dem Vierten Kapitel berechtigte Leistungserbringer anbieten,

3. Pflegekassen und zugelassenen Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage des § 92b des Elften Buches,

4. Praxiskliniken nach § 115 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1,

5. pharmazeutischen Unternehmern,

6. Herstellern von Medizinprodukten im Sinne des Gesetzes über Medizinprodukte,

7. Kassenärztlichen Vereinigungen.

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

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

ENTWURF

meerklärungen zu enthalten. Die Regelungen sind auf der Grundlage der Richtlinie nach § 217f Absatz 4 a zu treffen.

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

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

64. In § 140f wird die Angabe „§ 84 Abs. 7 Satz 6“ gestrichen.

65. In § 192 Absatz 1 Nummer 2a werden nach den Wörtern „Organen oder Geweben“ die Wörter „oder im Zusammenhang mit einer Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes“ eingefügt.

66. In § 217f Absatz 4a Satz 1 werden die Wörter „bis zum 26. August 2013“ und die Wörter “§ 73c Absatz 2 Satz 7„ gestrichen und wird die Angabe „§ 140a Absatz 2 Satz 5“ durch die Angabe „§ 140a Absatz 3 Satz 1“ ersetzt.

67. Dem § 221 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Der Überweisungsbetrag nach Satz 1 wird im Hinblick auf den auf die landwirtschaftliche Krankenversicherung entfallenden Anteil an der Finanzierung des Innovationsfonds nach § 92a Absatz 4 reduziert; Satz 2 gilt entsprechend."

68. In § 270 Absatz 2 Satz 2 werden vor der Angabe „§ 267“ die Wörter „§ 266 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 und“ eingefügt und das Wort „gilt“ durch das Wort „gelten“ ersetzt.

69. Dem § 271 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Zur Finanzierung der Fördermittel nach § 92a Absatz 4 werden dem Innovationsfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in den Jahren 2016 bis 2019 jährlich 150 Millionen Euro zugeführt.“

70. In § 274 Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „§ 106“ durch die Angabe „§ 106c“ ersetzt.

71. § 275 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1b wird wie folgt geändert:

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

bb) In Satz 2 wird die Angabe „Abs. 2 Satz 4“ durch die Angabe „Absatz 1 Satz 2“ ersetzt.

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

„(4a) Soweit die Erfüllung der dem Medizinischen Dienst obliegenden Aufgaben nicht beeinträchtigt wird, kann er Beamte nach § 48 Bundesbeamtengesetz ärztlich untersuchen und ein ärztliches Gutachten fertigen. Die hierdurch entstehenden Kosten sind von der Bundesbehörde zu erstatten. § 281 Absatz 1a Satz 2 gilt entsprechend. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen und das Bundesministerium des Innern vereinbaren unter Betei-

ENTWURF

ligung der Medizinischen Dienste, die ihre grundsätzliche Bereitschaft zur Wahrnehmung von Aufgaben nach Satz 1 erklärt haben, das Nähere über das Verfahren und die Höhe der Kostenerstattung. Die Medizinischen Dienste legen diese Vereinbarung ihrer Aufsichtsbehörde vor, die der Vereinbarung innerhalb von drei Monaten nach Vorlage widersprechen kann."

72. In § 278 Absatz 2 wird vor den Wörtern „die Ersatzkassen" das Wort „und" durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Ersatzkassen" die Wörter „und die BAHN-BKK" eingefügt.

73. § 279 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

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

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

cc) Folgende Sätze werden angefügt:

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

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

c) Nach Absatz 6 wird folgender Absatz 7 angefügt:

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

74. In § 283 werden die Sätze 1 und 2 aufgehoben.

75. § 284 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Nummer 13 wird das Wort „integrierten" durch das Wort „besonderen" ersetzt.

ENTWURF

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

76. § 285 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Nummer 5 werden nach der Angabe „§ 106“ die Wörter „bis § 106c“ eingefügt.

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

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

78. In § 295a werden in der Überschrift und in Absatz 1 die Wörter „, 73c oder“ durch das Wort „und“ ersetzt.

79. § 296 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

bb) Satz 2 wird aufgehoben.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

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

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

bb) Satz 2 wird aufgehoben.

c) Absatz 4 wird aufgehoben.

80. § 297 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

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

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

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

c) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:

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

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

ENTWURF

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

81. § 299 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

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

1. auch eine Vollerhebung der Daten aller betroffenen Patienten vorsehen, sofern dies aus gewichtigen medizinisch fachlichen oder gewichtigen methodischen Gründen, die als Bestandteil der Richtlinien, Beschlüsse und Vereinbarungen dargelegt werden müssen, erforderlich ist,

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

bb) In Satz 7 wird der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„dies gilt nicht für die Kassenärztlichen Vereinigungen in Bezug auf die für die Durchführung der Qualitätsprüfung nach § 136 Absatz 2 erforderlichen Daten.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 2 werden folgende Sätze eingefügt:

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

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

82. In § 300 Absatz 2 wird Satz 6 gestrichen.

83. In § 303e Absatz 2 Satz 1 Nummer 6 wird das Wort „sektorübergreifenden“ durch das Wort „besonderen“ ersetzt.

ENTWURF

84. In § 304 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 wird nach der Angabe „§ 106“ die Angabe „bis § 106c“ eingefügt.

85. In § 305 Absatz 3 Satz 1 wird das Wort „integrierten“ durch das Wort „besonderen“ ersetzt.

86. In § 305a Satz 6 wird die Angabe „, 73c“ gestrichen.

Artikel 2

Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch

In den § 26 Absatz 2a, § 98 Absatz 3 Nummer 3, § 312 Absatz 3, § 345 Nummer 6a, § 347 Nummer 6a und § 349 Absatz 4b Satz 1 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch – Arbeitsförderung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594, 595), das zuletzt durch (BGBl. I S. …) geändert worden ist, werden jeweils nach den Wörtern „Organen oder Geweben“ die Wörter „oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen und anderen Blutbestandteilen“ eingefügt.

Artikel 3

Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

In den § 3 Satz 1 Nummer 3a, § 166 Absatz 1 Nummer 2d und § 170 Absatz 1 Nummer 2d des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), das zuletzt durch (BGBl. I S.) geändert worden ist, werden jeweils nach den Wörtern „Organen oder Geweben“ die Wörter „oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen“ eingefügt.

Artikel 4

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch (BGBl. I S.) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 55 Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

   „Sind landwirtschaftliche Unternehmer, die nicht zugleich Arbeitslosengeld II beziehen, sowie mitarbeitende Familienangehörige Mitglied der landwirtschaftlichen Krankenkasse, wird der Beitrag abweichend von den Absätzen 1 bis 3 in Form eines Zuschlags auf den Krankenversicherungsbeitrag, den sie nach den Vorschriften des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte aus dem Arbeitseinkommen aus Land- und Fortwirtschaft zu zahlen haben, erhoben.“

ENTWURF

2. In § 57 Absatz 2 Satz 5 und § 59 Absatz 2 Satz 2 werden jeweils nach den Wörtern „Organen oder Geweben“ die Wörter „oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen“ eingefügt.

3. In § 60 Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „§§ 50, 50a“ durch die Wörter „§ 49 Satz 2, §§ 50 und 50a“ ersetzt.

4. § 92b wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 1 wird die Angabe „§ 140b Absatz 1“ durch die Angabe „§ 140a Absatz 3 Satz 1“ ersetzt.

   b) In Absatz 2 Satz 5 wird die Angabe „§ 140b Absatz 3“ durch die Angabe „§ 140a Absatz 2 Satz 1 bis 3“ ersetzt.

   c) In Absatz 3 werden die Wörter „für die Informationsrechte der Pflegeversicherten gegenüber ihrer Pflegekasse und“ gestrichen und die Angabe „§ 140a Abs. 2 und 3“ wird durch die Angabe „§ 140a Absatz 4“ ersetzt.

Artikel 5

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

In § 4 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch XX vom X. X 2014 (BGBl. I S. X) geändert worden ist, werden die Wörter „§ 140c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die integrierte Versorgung" durch die Wörter „§ 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die integrierte Versorgung“ ersetzt.

Artikel 6

Änderung des Entgeltfortzahlungsgesetzes

§ 3a des Entgeltfortzahlungsgesetzes vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014, 1065), das zuletzt durch (BGBl. I S.) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In der Überschrift werden die Wörter „Organen oder Geweben“ durch die Wörter „Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammstellen oder anderen Blutbestandteilen“ ersetzt.

2. In Absatz 1 Satz 1 werden vor den Wörtern „an seiner Arbeitsleistung“ die Wörter „oder einer Blutspende zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes“ eingefügt.

3. In Absatz 2 Satz 1 bis 4 werden die Wörter „Organen oder Geweben“ jeweils durch die Wörter „Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen“ ersetzt.

ENTWURF

Artikel 7

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch (BGBl. I S.) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 8 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 2a wird wie folgt geändert:

      aa) In Satz 1 dritter Halbsatz werden die Wörter „oder wenn Versicherte hilfsbedürftig im Sinne des Zweiten und Zwölften Buches Sozialgesetzbuch werden“ gestrichen.

      bb) Folgender Satz wird angefügt:

      „Das Ruhen tritt nicht ein oder endet, wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind oder werden.“

   b) Absatz 2b wird wie folgt geändert:

      aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „Organen oder Geweben“ die Wörter „oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen“ eingefügt.

      bb) In Satz 2 werden die Wörter „Organen oder Geweben“ durch die Wörter „Organen, Geweben oder Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen“ ersetzt.

2. In § 22 Absatz 3 Satz 3 wird der Punkt am Ende durch die Wörter „oder ein Anspruch auf Leistungen nach § 19 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht, sofern im Anschluss daran das Bestehen eines anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall nachgewiesen wird.“ ersetzt.

3. In § 40 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 7 Satz 1 und 2 werden jeweils die Wörter „§ 39 Abs. 1 Satz 1“ durch die Wörter „§ 39 Absatz 1“ ersetzt,

Artikel 8

Änderung des Krankenpflegegesetzes

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

1. In Absatz 7 Satz 4 werden nach dem Wort „Ausbildung“ die Wörter „, die zum Erwerb der erweiterten Kompetenzen führt,“ eingefügt.

ENTWURF

2. In Absatz 7 Satz 7 wird nach den Wörtern „auch auf die mit der“ das Wort „zusätzlichen“ eingefügt.

3. Dem Absatz 7 werden folgende Sätze angefügt:

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

4. Nach Absatz 7 wird folgender Absatz angefügt:

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

Artikel 9

Änderung des GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetzes

In Artikel 7 Nummer 2 Buchstabe b des GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetzes vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) wird in Satz 2 das Wort „allgemeine“ durch das Wort „ermäßigte“ ersetzt.

Artikel 10

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch XX vom X. X 2014 (BGBl. I S. X) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 3 Absatz 2 Satz 3 Nummer 3 Buchstabe b werden die Wörter „Integrationsverträgen nach § 140b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch" durch die Wörter „Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

2. In § 4 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 Buchstabe c werden die Wörter „Integrationsverträgen nach § 140b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch" durch die Wörter „Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

3. In der Anlage wird in Abschnitt B1, laufende Nummer 6 und Abschnitt B2, laufende Nummer 8 jeweils das Wort „Integrationsverträge" durch die Wörter „integrierte Versorgung" ersetzt.

ENTWURF

Artikel 11

Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch Artikel ……. des Gesetzes vom …… (BGBl. I. S…..) geändert worden ist, wird folgender Neunter Abschnitt angefügt:

„Neunter Abschnitt

Aufbringung der Finanzmittel für den Innovationsfonds bei den Krankenkassen

§ 44

Aufzubringende Mittel der Krankenkassen für den Innovationsfonds

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

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

Artikel 12

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

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

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

   „Entsprechendes gilt für die Verlegung einer genehmigten Anstellung.“

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

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

   (7) § 26 gilt entsprechend.“

ENTWURF

3. Dem § 46 wird folgender Absatz 4 angefügt:

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

Artikel 13

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte

Die Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-26, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 4b des Gesetzes vom 20. Februar 2013 (BGBl. I S. 277) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

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

„Entsprechendes gilt für die Verlegung einer genehmigten Anstellung."

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

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

(7) § 26 gilt entsprechend."

3. Dem § 46 wird folgender Absatz 4 angefügt:

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

ENTWURF

Artikel 14

Änderung der Verordnung über die Schiedsämter für die vertragsärztliche (vertragszahnärztliche) Versorgung (Schiedsamtsverordnung)

Die Schiedsamtsverordnung in der im BGBl. III, Gliederungsnummer 827-10, veröffentlichten und bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 24 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I. S. 378) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 8 werden die Wörter „den Vorschriften über Reisekostenvergütung der Bundesbeamten nach der Reisekostenstufe C“ durch die Wörter „dem Bundesreisekostengesetz“ und die Wörter „Bundesverband der Ortskrankenkassen“ durch die Wörter „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ ersetzt.

2. In § 9 werden die Wörter „den Vorschriften über Reisekostenvergütung der Bundesbeamten nach der Reisekostenstufe C“ durch die Wörter „dem Bundesreisekostengesetz“ ersetzt.

3. Nach § 22 wird folgender § 22a eingefügt:

„§ 22a

Bei einer Erweiterung des Bundesschiedsamtes um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft haben die beteiligten Körperschaften und die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Kosten nach § 12 Satz 2 und die Gebühr nach § 20 jeweils entsprechend ihrem Stimmanteil zu tragen.“

Artikel 15

Änderung des Gesetzes über ein Informationssystem zur Bewertung medizinischer Technologien

Im Gesetz über ein Informationssystem zur Bewertung medizinischer Technologien vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626, 2654), das zuletzt durch Artikel 257 der Verordnung vom 31. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2407) geändert worden ist, werden Absatz 1 Satz 3 aufgehoben und die Absatzbezeichnung „(1)“ gestrichen sowie die Absätze 2 und 3 aufgehoben.

Artikel 16

Änderung der Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung

Die Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung vom 5. Januar 2004 (BGBl. I S. 29), die durch Artikel 25 und 25a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 278) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In der Überschrift wird die Angabe „§ 106 Abs. 4a“ durch die Angabe „§ 106c“ ersetzt.

ENTWURF

2. In § 3 Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „§ 106 Abs. 4 Satz 6“ durch die Angabe „§ 106c Absatz 1 Satz 6“ ersetzt.

3. In § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 wird die Angabe „§ 106 Abs. 7“ durch die Angabe „§ 106c Absatz 5“ ersetzt.

Artikel 17

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(noch nicht abschließend bearbeitet)

(1) Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(2) Inkrafttreten Wirtschaftlichkeitsprüfung

(3) Inkrafttreten Innovationsfondsregelungen (RSA gesondert)

(4) Artikel 4 (SGB XI) Nummer X (§55 und X (§60): Inkrafttreten 1.1.2016

(5) Artikel 8 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853), das zuletzt durch Artikel 4a des Gesetzes vom 11. Dezember 2008 (BGBl. I 2426 geändert worden ist, tritt am Tag vor Verkündung dieses Gesetzes außer Kraft.

ENTWURF

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Die bedarfsgerechte, flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten ist weiter auf hohem Niveau sicherzustellen. Die demographische Entwicklung, neue Möglichkeiten der Behandlung, die sich aus dem medizinisch-technischen Fortschritt ergeben, sowie unterschiedliche Versorgungssituationen in Ballungsräumen und strukturschwachen Regionen verursachen weiteren gesetzgeberischen Handlungsbedarf. Dies betrifft auch weiterhin unzureichende Angebote sektorenübergreifender Versorgung sowie zielgerichteter Versorgungsangebote, orientiert an besonderen Bedarfen. Die Rahmenbedingungen der Versorgung sind an die sich wandelnden Strukturen anzupassen, damit ein hohes Versorgungsniveau flächendeckend sichergestellt werden kann. Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) wurden die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig gestärkt und auf eine dauerhafte solide Grundlage gestellt. Mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung werden die mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 20. Dezember 2012 (BGBl. I S. 2983) eingeleiteten Maßnahmen für ein stabiles, zukunftsfähiges soziales Krankenversicherungssystem konsequent weiterentwickelt und mit neuen Instrumenten ergänzt.

Das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zielt insbesondere darauf ab,

– auch künftig eine flächendeckende und möglichst gut erreichbare medizinische Versorgung sicherzustellen,

– Rahmenbedingungen für die Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung weiter zu flexibilisieren und zu verbessern, dies beinhaltet die Förderung der Versorgungsorientierung der Vergütungsregelungen sowie die angemessene Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen,

– den Versicherten einen schnellen und sektorenübergreifend durchgehenden Zugang zur medizinischen Versorgung zu verschaffen, um so die Situation der Versicherten im konkreten Versorgungsalltag zu verbessern; dazu zählt insbesondere, die Wartezeiten auf Facharzttermine zu verringern und die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung durch eine Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses,

– Innovationen in der Versorgung sowie die Versorgungsforschung durch die Schaffung eines dafür vorgesehenen Fonds verstärkt zu fördern,

– Leistungsansprüche der Versicherten zu erweitern, z. B. auf die Einholung einer Zweitmeinung vor bestimmten Eingriffen oder in der medizinischen Rehabilitation,

– den Gestaltungsspielraum der Krankenkassen insbesondere beim Abschluss von Verträgen im Wettbewerb zu vergrößern,

ENTWURF

– die Nutzenbewertung neuer Methoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse zu stärken.

II. Wesentlicher Inhalt und Maßnahmen des Gesetzes

II.1. Wesentlicher Inhalt

Mit dem Gesetz wird die flächendeckende ambulante medizinische Versorgung der Versicherten durch ein umfassendes Bündel von Maßnahmen weiter gestärkt und die Qualität der Versorgung weiterentwickelt. Auf verschiedenen Steuerungs- und Planungsebenen des Gesundheitssystems werden Strukturen flexibilisiert und Anreize und Möglichkeiten zur Weiterentwicklung und Anpassung an die sich wandelnden Strukturen geschaffen. Schwerpunkte des Gesetzes betreffen vor allem folgende Bereiche:

II.1.1. Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung durch Entbürokratisierung und Flexibilisierung der Rahmenbedingungen für Vertragsärzte

Die Sicherung der flächendeckenden und möglichst gut erreichbaren medizinischen Versorgung der Versicherten wird durch Maßnahmen zur Flexibilisierung der Rahmenbedingungen für Leistungserbringer auf verschiedenen Ebenen gezielt gefördert. Den Beteiligten vor Ort wird so verstärkt ermöglicht, regionalen Erfordernissen und Gegebenheiten Rechnung zu tragen. Zu den Maßnahmen zählen insbesondere die:

– Weiterentwicklung der Regelungen für die Zu- und Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Insbesondere werden die Anreize zur Niederlassung in unterversorgten und strukturschwachen Gebieten und zum Abbau von Überversorgung weiter verbessert.

– Weiterentwicklung der Regelungen zur Teilnahme von Krankenhäusern und Hochschulambulanzen an der ambulanten Versorgung, zur Förderung von Praxisnetzen sowie zur Einrichtung und Ausgestaltung von medizinischen Versorgungszentren.

– Weiterentwicklung der Regelungen des vertragsärztlichen Vergütungsrechts zur Förderung der Versorgungsorientierung sowie zum Abbau unbegründeter Unterschiede in den Gesamtvergütungen sowie zur angemessenen Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen.

II.1.2. Verbesserungen beim Zugang zur Versorgung für Versicherte

Der bedarfsgerechte Zugang der Patientinnen und Patienten zur Versorgung wird insbesondere durch folgende Maßnahmen gestärkt:

– Zur Verkürzung von Wartezeiten der Versicherten auf Facharzttermine werden bei den Kassenärztlichen Vereinigungen Terminservicestellen eingerichtet.

– Zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, die Psychotherapie-Richtlinie zu überarbeiten.

– Die Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Sektor und die lückenlose Versorgung der Versicherten beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung werden durch Anpassung der Rahmenbedingungen des Krankenhaus-Entlassmanagements verbessert.

– Für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen können auf die Bedürfnisse der Betroffenen angepasste medizinische Behandlungszentren eingerichtet werden.

ENTWURF

– Im Zulassungsrecht für Vertragsärzte wird klargestellt, dass die besonderen Versorgungsbedürfnisse von Menschen mit Behinderung besonders zu berücksichtigen sind.

– Dem Gemeinsamen Bundesausschuss wird vorgegeben, weitere strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke zu entwickeln.

– Um die Versorgung mit Hebammenleistungen sicherzustellen, wird gesetzlich ausgeschlossen, dass Kranken- und Pflegekassen Regressforderungen gegenüber freiberuflich tätigen Hebammen geltend machen.

II.1.3. Verstärkte Förderung von Innovationen/Innovationsfonds

Zur Förderung von Innovationen und der Versorgungsforschung werden verschiedene Maßnahmen ergriffen:

– Beim Gemeinsamen Bundesausschuss wird ein Innovationsfonds zur Förderung innovativer sektorenübergreifender Versorgungsformen und für die Versorgungsforschung geschaffen, für den jährlich insgesamt 300 Millionen Euro von den Krankenkassen und aus dem Gesundheitsfonds zur Verfügung zu stellen sind.

– Zur ergänzenden Förderung neuer Versorgungsprojekte und zur Stärkung der Versorgungseffizienz und -effektivität werden die Möglichkeiten der Krankenkassen, im Wettbewerb gute Verträge abzuschließen, durch mehr Gestaltungsmöglichkeiten und eine Entbürokratisierung der Regelungen zu Selektivverträgen erweitert, u. a. werden wesentliche Vertragsinhalte in einer Vorschrift zusammengefasst.

II.1.4. Erweiterung der Leistungsansprüche der Versicherten

Die Leistungsansprüche der Versicherten werden in verschiedenen Bereichen erweitert, insbesondere:

– haben Versicherte künftig regelhaft einen Anspruch auf die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung bei bestimmten planbaren Eingriffen, damit sich die Versicherten künftig darauf verlassen können, dass nur solche Eingriffe durchgeführt werden, die auch tatsächlich medizinisch notwendig sind;

– wird klargestellt, dass die sozialversicherungsrechtliche Absicherung von Blutstammzellspendern nach dem Transfusionsgesetz sich nicht von der Absicherung der Spender von Organen oder Geweben nach dem Transplantationsgesetz unterscheidet;

– wird bei Leistungen der medizinischen Rehabilitation ein Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten auch für Leistungen nach dem SGB V berücksichtigt;

– erhalten Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz einen Anspruch auf zusätzliche Leistungen zur zahnmedizinischen Prävention.

II. 1.5. Bewertung neuer Methoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse

Für neue Methoden, bei denen Medizinprodukte der höchsten Risikoklassen IIb und III angewandt werden sollen und für die ein Krankenhaus die Vereinbarung eines Entgelts für die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Absatz 2 Satz 3 Krankenhausentgeltgesetz (NUB-Entgelt) anstrebt, wird eine frühe Nutzenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vorgesehen. Krankenhäuser, die eine neue Methode mit einem Medizinprodukt der Risikoklasse IIb oder III erbringen wollen,

ENTWURF

werden verpflichtet, an einer erforderlichenfalls vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Erprobungsstudie nach § 137e SGB V teilzunehmen.

II.1.6. Anpassungen im Arzneimittel- und Heilmittelbereich

Im Arznei- und Heilmittelbereich werden folgende Regelungen getroffen:

– Im Arznei- und Heilmittelbereich werden insbesondere die Regelungen zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Ärztinnen und Ärzte regionalisiert und aus den Erfahrungen der letzten Jahre weiterentwickelt. Die Reform wird zudem zu einer Neustrukturierung der Regelungen zu den Wirtschaftlichkeitsprüfungen allgemein genutzt.

– Die Höhe des Apothekenabschlags wird auf Grund der bisherigen Konflikte der Vertragspartner darüber gesetzlich festgelegt.

– Formale Fehler bei der Ausstellung der Heilmittelverordnung sollen so künftig einfacher zu vermeiden sein und unberechtigte Retaxationen gegenüber Leistungserbringern von Heilmitteln unterbunden werden.

II.2. Schwerpunkte und Maßnahmen des Gesetzes

II.2.1 Flexibilisierung der Rahmenbedingungen für die Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung

Zur Sicherstellung der ambulanten flächendeckenden medizinischen Versorgung werden eine Reihe von Maßnahmen zur Flexibilisierung getroffen:

– Die bestehende Regelung zur Bildung eines Strukturfonds durch Kassenärztliche Vereinigungen wird erweitert. So wird es künftig Kassenärztlichen Vereinigungen generell und nicht nur bei Unterversorgung möglich sein, zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung einen Strukturfonds zu bilden.

– Um eine bessere geographische Verteilung der Vertragsärztinnen und -ärzte und eine bessere Steuerung der Versorgung zu erreichen, werden die gesetzlichen Vorgaben zum Abbau von Überversorgung erweitert. Die bisherige „Kann“-Regelung, nach der die Zulassungsausschüsse den Antrag auf Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes in einem überversorgten Planungsbereich ablehnen könne, wenn eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist, wird in eine „Soll“-Regelung überführt.

– Die in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte enthaltenen Gebührenordnungen werden weiterentwickelt. In Planungsbereichen, in denen nach Feststellung des Landesausschusses eine Unterversorgung eingetreten ist, sollen neben weiteren vorgesehenen Ermäßigungstatbeständen keine Gebühren für die Zulassung und die Anstellungsgenehmigung gezahlt werden müssen.

– Die Möglichkeiten zur Ermächtigung von zugelassenen Krankenhäusern an der ambulanten ärztlichen Versorgung werden erweitert. Die Zulassungsausschüsse werden verpflichtet, zugelassene Krankenhäuser zur Teilnahme an der ambulanten ärztlichen Versorgung zu ermächtigen, wenn der Landesausschuss einen entsprechenden Versorgungsbedarf festgestellt hat.

– Die Regelungen zur Ermächtigung von Hochschulambulanzen werden zu Gunsten der ambulanten Versorgung von Personen mit schweren und komplexen Krankheitsbildern weiterentwickelt.

ENTWURF

Kooperative Versorgungsformen werden verstärkt gefördert, denn sie verbessern die Versorgung und tragen dazu bei, Effizienzreserven zu erschließen. Seit einigen Jahren findet in der ambulanten Versorgung die gemeinsame Berufsausübung immer mehr Zulauf. Die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die in kooperativen Versorgungsformen wie z. B. Berufsausübungsgemeinschaften, Praxisnetzen oder Medizinischen Versorgungszentren tätig sind, wächst stetig. Diese Entwicklung soll weiter gefördert werden insbesondere durch folgende Maßnahmen:

– Die Möglichkeiten zur gemeinsamen Berufsausübung in einer Arztpraxis werden weiter flexibilisiert.

– Die Regelungen für die Zulassung und den Betrieb von medizinischen Versorgungszentren (MVZ) werden erweitert. Unter anderem können künftig auch arztgruppengleiche MVZ gegründet werden. Kommunen wird es ermöglicht, MVZ zu gründen.

– Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen zukünftig Praxisnetze fördern, soweit dies einer Verbesserung der ambulanten Versorgung dient und es sich um ein von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkanntes Praxisnetz handelt.

Damit mehr junge Ärztinnen und Ärzte sich für den Beruf des Hausarztes entscheiden, bedarf es einer stärkeren Förderung. Hierzu ist insbesondere vorgesehen:

– Die Regelungen zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin werden erweitert und rechtssicherer gemacht. Die Anzahl der zu fördernden Stellen wird erhöht.

– Die Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten in den Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen wird durch Regelungen zur Stimmengewichtung und zur nach Versorgungsbereichen getrennten Abstimmung verbessert.

– Zur Stärkung der Rolle des Hausarztes mindern die jeweils aus dem anderen Leistungsbereich erbrachten Leistungen der Haus- und Fachärzte zukünftig nicht mehr den jeweils anderen Teil der Gesamtvergütung.

Im Bereich der ambulanten Notfallversorgung werden die Rahmenbedingungen angepasst, vorhandene Doppelstrukturen sollen abgebaut werden:

– Die Kassenärztlichen Vereinigungen behalten den Sicherstellungsauftrag für die Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst), werden aber zur Kooperation mit den Krankenhäusern verpflichtet.

– Um Versicherten die Besorgung erforderlicher Arzneimittel zu erleichtern, sollen Kassenärztliche Vereinigungen in einen Informationsaustausch mit den für die Einteilung zum Notdienst zuständigen Stellen der Apotheker treten.

– Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen mit den Rettungsleitstellen der Länder kooperieren.

Um die ambulante Versorgung in Zukunft flächendeckend auch durch Entlastung der Ärzte sicherstellen zu können, bedarf es in der Regelversorgung eines Ausbaus und einer leistungsgerechten Vergütung des Einsatzes von qualifizierten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen, die delegierte ärztliche Leistungen erbringen. Hierzu sind folgende Maßnahmen vorgesehen:

– Die im Bundesmantelvertrag festgelegten delegationsfähigen ärztlichen Leistungen sind im weiter zu entwickelnden einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zu berücksichtigen und sollen angemessen bewertet werden.

ENTWURF

– Klargestellt wird zudem, dass diese Leistungen nicht nur in unterversorgten Regionen und in der Häuslichkeit der Patienten erbracht werden können.

– Das bestehende Potenzial für eine Delegation ärztlicher Leistungen soll dabei möglichst voll ausgeschöpft werden, indem die bisherigen beschränkenden Voraussetzungen zur Leistungserbringung (z. B. vorheriger persönlicher Arzt-Patientenkontakt) beseitigt werden.

Substitution (Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf andere Personen zur selbständigen Ausübung) ist in Modellvorhaben möglich, wird jedoch bisher nicht erprobt. Um die Umsetzung von Modellvorhaben zu vereinfachen, werden berufsrechtliche Regelungen hierzu angepasst und das Verfahren zur Durchführung von Modellverfahren wird vereinfacht.

II.2.2 Förderung der Versorgungsorientierung durch Anpassungen der Regelungen zur vertragsärztlichen Vergütung

Die vertragsärztliche Vergütung wird weiterentwickelt:

– Die Zuständigkeit für bundeseinheitlich zu entscheidende Fragen zur Abrechnung von Sachleistungen wird gebündelt.

– Zur Förderung der Honorargerechtigkeit ist der einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen kontinuierlich in bestimmten Zeitabständen auf der Grundlage von betriebswirtschaftlichen Daten, die in sachgerechten Stichproben gewonnen werden, anzupassen.

– Zum Abbau von unbegründeten Unterschieden in den Gesamtvergütungen vereinbaren die regionalen Verhandlungspartner im Rahmen der Verhandlungen zu den Gesamtvergütungen für das Jahr 2016 eine einmalige basiswirksame Erhöhung des für das Jahr 2015 angepassten Aufsatzwertes, sofern festgestellt wird, dass der Aufsatzwert im Jahr 2013 unbegründet zu niedrig war.

– Zur Förderung der leistungs- und bedarfsgerechten Aufteilung bereitgestellter finanzieller Ressourcen veröffentlicht die Kassenärztliche Vereinigung einmal jährlich Informationen über die Grundsätze und Versorgungsziele des Honorarverteilungsmaßstabs.

– Zur angemessenen Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen ist künftig bei den Vergütungsvereinbarungen die Leistungsfähigkeit der Hochschulambulanzen bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu gewährleisten und der Investitionskostenabschlag wird auf eine angemessene Höhe reduziert.

II.2.3 Förderung eines schnelleren und sektorenübergreifend durchgehenden Zugangs zur medizinischen Versorgung insbesondere beim Zugang zu Fachärzten

Zur Förderung eines schnelleren und sektorenübergreifend durchgehenden Zugangs zur medizinischen Versorgung insbesondere beim Zugang zum Facharzt sind insbesondere folgende Maßnahmen vorgesehen:

– Alle Versicherten müssen in einer angemessenen Frist einen Termin erhalten. Um die Wartezeit auf einen Termin beim Facharzt zu verkürzen, werden durch die Kassenärztlichen Vereinigungen Terminservicestellen eingerichtet. Die Wartezeit auf den von dieser Servicestelle zu vermittelnden Facharzttermin darf im Regelfall vier Wochen nicht überschreiten. Kann die Servicestelle keinen Termin vermitteln, so ist sie verpflichtet, dem Versicherten einen ambulanten Behandlungstermin in einem Krankenhaus anzubieten.

ENTWURF

– Für den Bereich der psychotherapeutischen Versorgung wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, bis zum 30. Juni 2016 seine Psychotherapie-Richtlinie zu überarbeiten mit dem Ziel, insbesondere durch die Verkürzung von Wartezeiten und die Gewährleistung eines niedrigschwelligen, flexiblen und gut erreichbaren Zugangs eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung zu erreichen.

– Versorgungslücken beim Übergang vom stationären in den ambulanten Versorgungsbereich werden überwunden, indem die Krankenkassen stärker als bisher in den Prozess des Entlassmanagements einbezogen und die Möglichkeiten der Krankenhäuser, im Anschluss an die Krankenhausbehandlung Leistungen zu verordnen, erweitert werden.

– Im Zulassungsrecht für Vertragsärzte wird klargestellt, dass die besonderen Versorgungsbedürfnisse von Menschen mit Behinderung besonders zu berücksichtigen sind.

– Zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Behinderungen wird entsprechend der bereits für Kinder geltenden Regelung zu sozialpädiatrischen Zentren eine Ermächtigung von medizinischen Behandlungszentren zur ambulanten Behandlung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen geschaffen.

II.2.4 Schaffung eines Innovationsfonds

Die demographische Entwicklung und der medizinisch-technische Fortschritt werden die Anforderungen an die Gesundheitsversorgung der Zukunft maßgeblich bestimmen. Es sind Veränderungen der Versorgungsstrukturen im Hinblick auf eine sektorenverbindende Gestaltung der Gesundheitsversorgung erforderlich. Zur Überwindung der sektoralen Begrenzung der Versorgung und zur Entwicklung neuer Versorgungsformen, die über die bestehende Regelversorgung hinausgehen, wird ein Innovationsfonds mit einem Finanzvolumen von 300 Millionen Euro jährlich geschaffen. Die Förderung aus dem Innovationsfonds soll in engem Zusammenhang stehen mit der Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses, die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten zu beschließen (siehe § 92 Abs. 1 SGB V).

– Aus dem Innovationsfonds werden innovative, sektorenübergreifende Versorgungsprojekte gefördert (Fördersumme 225 Millionen Euro jährlich). Weiterhin wird aus dem Innovationsfonds Versorgungsforschung mit 75 Millionen Euro jährlich gefördert, die darauf abzielt, konkrete Erkenntnisse über bestehende Versorgungsstrukturen zu gewinnen und die Versorgungseffektivität und -effizienz zu fördern.

– Zur Durchführung der Förderung wird beim Gemeinsamen Bundesausschuss ein Innovationsausschuss als neues Gremium eingerichtet. Dieser Innovationsausschuss legt die konkreten Förderschwerpunkte und -kriterien fest und entscheidet über die Verteilung der Fördermittel. Als Mitglieder des Innovationsausschusses ist neben dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem unparteiischen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses auch das Bundesministerium für Gesundheit vorgesehen. Patientenorganisationen erhalten ein Mitberatungsrecht. Die Entscheidungen des Innovationsausschusses werden durch eine neu zu bildende eigenständige Geschäftsstelle vorbereitet und umgesetzt.

– Die Finanzierung des Innovationsfonds erfolgt aus den Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung. Die jährlichen Fördermittel von 300 Millionen Euro ab dem Jahr 2016 werden dabei jeweils zur Hälfte vom Gesundheitsfonds und den Krankenkassen

ENTWURF

getragen. Die Krankenkassen werden entsprechend dem Verhältnis ihrer Versicherten an der Aufbringung des Betrages von 150 Millionen Euro beteiligt. Die weiteren 150 Millionen Euro werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds entnommen.

II.2.5 Ausweitung der Leistungsansprüche der Versicherten

Die Leistungsansprüche der Versicherten werden in verschiedenen Bereichen angepasst und erweitert.

– Bei bestimmten mengenanfälligen, planbaren Eingriffen wird Versicherten künftig regelhaft die Möglichkeit eingeräumt, eine zweite Meinung bei einem weiteren Facharzt oder Krankenhaus einzuholen. Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält die Aufgabe, die Eingriffe zu bestimmen, bei denen der Anspruch auf die Zweitmeinung besteht. Soweit dieser es für erforderlich hält, legt er eingriffsbezogen auch Anforderungen an die Leistungserbringer fest, die zur Abgabe einer Zweitmeinung geeignet sind. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausgesellschaften werden verpflichtet, inhaltlich abgestimmt über geeignete Leistungserbringer zu informieren. Der Arzt, der die Indikation zu einem Eingriff stellt, für den das Zweitmeinungsverfahren vorgesehen ist, hat den Patienten über das Recht auf Zweitmeinung und hierzu bestehende Informationsangebote aufzuklären. Diese Regelungen zum Anspruch auf Zweitmeinung unterstützen eine gesicherte Indikationsstellung und tragen zur Stärkung der Patientensouveränität bei.

– Das Wunsch- und Wahlrecht Versicherter bei Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wird gestärkt. Zum einen wird ein ausdrücklicher Verweis auf das Wunsch- und Wahlrecht nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch ins Gesetz aufgenommen. Darüber hinaus wird den Versicherten ein freies Wahlrecht bei Tragung entstehender Mehrkosten eingeräumt.

– Um die zahnmedizinische Prävention für Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit dauerhaft eingeschränkter Alltagskompetenz zu verbessern, wird für diese Personengruppen ein Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen geschaffen.

– Durch das Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes vom 21. Juni 2012 (TPG-Änderungsgesetz) wurde die Absicherung von Lebendspendern durch Änderungen des Dritten, Fünften, Sechsten, Siebenten und Elften Buches Sozialgesetzbuch, des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte sowie des Entgeltfortzahlungsgesetzes umfassend geregelt und deutlich verbessert. Durch Änderungen wird im Sinne auch schon der damaligen Intention des Gesetzgebers klargestellt, dass die zur Absicherung der Lebendspender von Organen oder Geweben erfolgten Verbesserungen auch für Spender von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen wie Granulozyten im Sinne des § 9 des Transfusionsgesetzes gelten.

II.2.6 Stärkung der Wettbewerbsmöglichkeiten der Krankenkassen durch Entbürokratisierung und Flexibilisierung von Rahmenbedingungen bei Selektivverträgen

Die Krankenkassen erhalten mehr Freiräume, um im Wettbewerb gute Verträge abzuschließen. Hierzu werden die rechtlichen Rahmenbedingungen erweitert, im Interesse eines vereinfachten Abschlusses entbürokratisiert und Vertragsabschlüsse damit erleichtert. Insbesondere werden die an unterschiedlichen Stellen geregelten Voraussetzungen für selektive Vertragsabschlüsse der Krankenkassen neu strukturiert und in einer Vorschrift zusammengefasst.

ENTWURF

– Das Satzungserfordernis und die flächendeckende aufsichtsrechtliche Präventivkontrolle aller Selektivverträge werden gestrichen.

– Es wird klargestellt, dass auch Leistungen, die nicht zur Regelversorgung zählen, Gegenstand der Selektivverträge sein können. Dies erhöht die Gestaltungsfreiheit der Vertragspartner.

– Die Möglichkeiten der Aufsichtsbehörden, rechtswidrige Verträge zu beanstanden, werden effektiver ausgestaltet.

– Für die wettbewerbliche Weiterentwicklung werden zudem bei den Regelungen zur Bereinigung der Gesamtvergütung noch bestehende Hemmnisse beseitigt.

II.2.7 Bewertung neuer Methoden mit Medizinprodukten mit hoher Risikoklasse

– Für neue Methoden, bei denen Medizinprodukte der höchsten Risikoklassen IIb und III angewandt werden sollen, wird aufgrund des besonders invasiven Charakters des Eingriffs und der typischerweise mit der Verwendung des Medizinprodukts einhergehenden Mehrkosten nun eine frühe Nutzenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vorgesehen. Hierzu wird ein systematisches, obligatorisches und fristgebundenes Verfahren zur Bewertung entsprechender Methoden eingeführt, die erstmalig im Krankenhaus zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden sollen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat innerhalb von 3 Monaten auf Grundlage der vorliegenden Erkenntnisse eine Bewertungsentscheidung über zu erwartenden Nutzen, Schaden oder Potential der Methode zu treffen. Stellt der Gemeinsame Bundesausschuss fest, dass die Erkenntnislage für eine Beurteilung nicht ausreicht, entscheidet er über die Durchführung einer Erprobung, um die fehlenden Erkenntnisse zu generieren. Krankenhäuser, die die neue Methode unter Anwendung des Medizinprodukts erbringen wollen, werden zur Teilnahme an der Erprobung verpflichtet.

– Der im Krankenhausbereich geltende Grundsatz der "Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt" wird beibehalten. Gleichzeitig erfolgt eine gesetzliche Konkretisierung und Klarstellung, dass für den Ausschluss einer Methode aus der Krankenhausversorgung durch den Gemeinsame Bundesausschuss und die Ablehnung eines Leistungsanspruchs im Einzelfall durch eine Krankenkasse im Falle des Fehlens eines G-BA-Beschlusses nicht mehr unterschiedliche Bewertungsmaßstäbe angewendet werden. Voraussetzung für die Erbringung innovativer Methoden bleibt dabei, dass sie das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative aufweisen und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt, sie also insbesondere im Einzelfall indiziert und erforderlich ist. Schädliche oder unwirksame Methoden dürfen weiterhin nicht zu Lasten der GKV erbracht werden.

II.2.8 Anpassungen im Arzneimittel- und Heilmittelbereich

– Wirtschaftlichkeitsprüfungen für verordnete Leistungen werden in ihrer jetzigen Form aufgehoben und durch regionale Vereinbarungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen ersetzt, die schiedsstellenfähig sind. Dabei sind die Vertragspartner der Selbstverwaltung auf regionaler Ebene frei, den jeweiligen regionalen Besonderheiten Rechnung zu tragen. Dies gilt insbesondere auch hinsichtlich der Prüfungsarten. Die gesetzlich zwingende Vereinbarung von Richtgrößenvolumina durch die Vertragspartner auf Bundesebene entfällt. Die Vertragspartner auf Bundesebene haben jedoch Rahmenvorgaben mit einheitlichen Mindestanforderungen für das Prüfungswesen zu vereinbaren. Bis zum Abschluss neuer regionaler Vereinbarungen werden die bisherigen Regelungen als regionale Vertragsinhalte fortgeführt.

ENTWURF

– Die Höhe des Apothekenabschlags bei der Abgabe verschreibungspflichtiger Fertigarzneimittel wird gesetzlich festgeschrieben. Es ist zu erwarten, dass es auch künftig nicht zu einem Konsens der Vertragspartner bei den bisher vorgesehenen Vereinbarungen zum Apothekenabschlag kommt, weil die Vertragspartner auch über die Frage des Verhältnisses zwischen den sich teilweise überschneidenden Anpassungsparametern zum Apothekenabschlag nach § 130 SGB V und denen zum Festzuschlag nach § 78 Arzneimittelgesetz bisher kein gemeinsames Verständnis entwickeln konnten.

– Zur Unterbindung unberechtigter Regressforderungen bei Retaxationen gegenüber Heilmittelerbringern werden die Regelungen zur Festlegung der notwendigen Angaben in der Heilmittelverordnung erweitert. Des Weiteren werden Vorgaben zur zu nutzenden Praxissoftware analog zu den Regelungen über die Zertifizierung der Praxissoftware für Arzneimittelverordnungen festgelegt, um die Ausstellung der Heilmittelverordnung zu vereinfachen und formale Fehler zu vermeiden.

II.2.9 Ausschluss von Regressforderungen der Krankenkassen gegenüber Hebammen

Die stetig steigenden Versicherungsprämien sind für die freiberuflichen Hebammen zu einer erheblichen finanziellen Belastung geworden. Es ist erkennbar, dass Hebammen auch aus diesem Grund teilweise die freiberufliche Geburtshilfe aufgeben. Zudem führen die Entwicklung der Schadenersatzansprüche sowie die Kostenrisiken der langfristigen Nachhaftung zu einer schwierigen Risikokalkulation für die Versicherungsunternehmen, die sich zunehmend aus diesem Marktsegment zurückgezogen haben. Der Versicherungsmarkt im Bereich der Haftpflichtversicherung der freiberuflichen Hebammen ist als akut bedroht zu bewerten.

Der Gesetzgeber hat darauf mit verschiedenen gesetzlichen Änderungen bezüglich der Regelungen zur Vergütung der Hebammenleistungen reagiert. Die Vertragspartner der Vergütungsverhandlungen haben nach § 134a Absatz 1 SGB V auch die berechtigten wirtschaftlichen Interessen der freiberuflich tätigen Hebammen zu berücksichtigen. Im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes wurde in § 134a Absatz 1 Satz 3 SGB V diesbezüglich klargestellt, dass dabei auch die Kostensteigerungen bei der Berufsausübung zu berücksichtigen sind, zu den insbesondere die Berufshaftpflichtprämien zählen. Zudem wurden durch Änderungen im Rahmen des GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetzes weitere Schritte mit dem Ziel unternommen, dass Hebammen, die typischerweise nur wenige Geburten betreuen, durch die Haftpflichtprämien nicht übermäßig belastet werden. Die veränderten Regelungen schaffen die erforderlichen gesetzlichen Rahmenbedingungen, auf deren Grundlage die Vertragspartner (GKV-Spitzenverband und Hebammenverbände) für alle Hebammen eine angemessene Leistungsvergütung vereinbaren können. Diese Maßnahmen stellen für sich jedoch noch keine langfristig tragfähige Lösung zur Problematik der unbefriedigenden Situation des Versicherungsmarktes dar. Vor diesem Hintergrund wird durch eine Änderung des § 134a Absatz 5 SGB V ausgeschlossen, dass die Kranken- und Pflegekassen die Ansprüche, die gemäß § 116 Absatz 1 SGB X auf sie übergegangen sind, gegenüber freiberuflich tätigen Hebammen geltend machen.

II.2.10 Weitere Maßnahmen des Gesetzes

Weitere Maßnahmen des Gesetzes umfassen:

– Die strukturierten Behandlungsprogramme für chronisch Kranke werden weiterentwickelt. Hierzu wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, bis zum 31. Dezember 2016 für weitere geeignete chronische Krankheiten, insbesondere für die Behandlung von Rückenleiden und Depressionen, neue strukturierte Behandlungsprogramme zu entwickeln.

ENTWURF

– Dem Gemeinsamen Bundesausschuss wird die Möglichkeit eröffnet, in den Richtlinien zur Qualitätssicherung die Durchführung der Qualitätsprüfungen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durch Ausnahmen von der Pseudonymisierungspflicht zu erleichtern.

– Qualität als Kriterium für die Teilnahmeberechtigung an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V wird weiter gestärkt. Zudem wird ein dauerhafter Bestandsschutz für Krankenhäuser geschaffen, die an der ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung teilnehmen, um weiterhin eine kontinuierliche, auch ambulante Versorgung der Patientinnen und Patienten durch die bisherigen § 116b-Krankenhäuser zu ermöglichen.

– Für Versicherte, die Krankengeld beziehen, wird ein spezifischer und klar geregelter Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen im Sinne eines unterstützenden Fallmanagements geregelt. So können die Krankenkassen die Versicherten beispielsweise bei der Suche nach geeigneten Leistungserbringern, Terminvereinbarungen, Wiedereinstieg in das Berufsleben etc. unterstützen. Damit werden gleichzeitig die Grenzen des Handelns der Krankenkassen in diesem Bereich klar definiert.

– Die mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz geschaffene befristete Möglichkeit, Zuschläge auf den Orientierungswert für eine verbesserte kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen zu zahlen, wird weiterentwickelt.

– Zur Verbesserung der Berücksichtigung ihrer Belange in den Entscheidungsgremien des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) werden Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie der Pflegeberufe dort künftig stimmberechtigt vertreten sein.

– Für Verträge der Krankenkassen mit Leistungserbringern über Leistungen zur Versorgung mit Haushaltshilfe wird eine Schiedsverfahrensregelung vorgesehen, um eine angemessene Vergütung in diesem Bereich sicherzustellen.

– Sozialmedizinische Begutachtungen zur Dienstunfähigkeit von Bundesbeamten können zukünftig auch durch den MDK erfolgen. Zudem wird geregelt, dass der MDK auch die Aufgabenwahrnehmung für den Bereich der Bahn-BKK übernimmt.

– Die Aufgabenzuweisung zur Erstellung von sog. Health-Technology-Assessment-Berichten (HTA-Berichten) an das DIMDI wird aufgehoben und in Bezug auf patientenrelevante Fragestellungen auf das IQWiG übertragen. Es wird zudem klargestellt, dass das IQWiG sich auch an internationalen Projekten zur Zusammenarbeit und zur Weiterentwicklung im Bereich der evidenzbasierten Medizin beteiligen kann.

III. Alternativen

Keine.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Für die sozialversicherungsrechtlichen Regelungen ergibt sich die Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 Grundgesetz.

ENTWURF

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Der Gesetzentwurf ist mit dem Recht der Europäischen Union vereinbar.

VI. Gesetzesfolgen

noch offen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

noch offen

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Mit dem Gesetzentwurf werden die notwendigen Reformen des Gesundheitswesens weitergeführt. Der Entwurf zielt auf eine Verbesserung der ambulanten medizinischen Versorgung ab. Durch die Maßnahmen wird sichergestellt, dass auch in Zukunft eine bedarfsgerechte, hochwertige und möglichst gut erreichbare medizinische Versorgung der Versicherten sichergestellt ist. Strukturelle Probleme des Gesundheitswesens, die aus den wandelnden Strukturen der Gesellschaft wie dem demographischen Wandel und drohendem Ärztemangel insbesondere im ländlichen Raum entstehen, werden mit dem Gesetzentwurf wirksam begegnet. Der Gesetzentwurf zielt ab auf die Erfüllung der Managementregel 4 und 9 der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie, mit dem Ziel, Gefahren und Risiken für die menschliche Gesundheit zu vermeiden und zur Stärkung des sozialen Zusammenhalts frühzeitig Anpassungen an den demographischen Wandel vorzunehmen. Auch wird dem Nachhaltigkeitsindikator Nr. 14a, b der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie Rechnung getragen, indem mit dem Gesetzentwurf auch dem Ziel Rechnung getragen wird, die Fälle der vorzeitigen Sterblichkeit zu verringern, u. a. durch die mit dem Entwurf vorgesehenen Maßnahmen zur Sicherung und Stärkung der ambulanten medizinischen Versorgung.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

a) Bund

Hinweis: Im Bereich der Landwirtschaftlichen Krankenversicherung können Mehrausgaben zu einer Erhöhung beim Bundeszuschuss für die Landwirtschaftlichen Altenteiler führen (Klärungsbedarf mit BMELV).

Für den Bund ergeben sich aus den Regelungen des Gesetzes im Einzelplan des Bundesministeriums für Gesundheit Mehrausgaben im Bereich des Personalhaushalts.

Dem Bundesministerium für Gesundheit entsteht durch den Innovationsfonds (§§ 92a und 92b SGB V) ein erhöhter Aufwand insbesondere durch Mitgliedschaft im Innovationsausschuss, die auch neue vorbereitende und koordinierende Aufgaben beinhaltet. Zur Wahrnehmung dieser Aufgaben ist voraussichtlich die Gründung einer neuen Arbeitseinheit notwendig, so dass sich ein zusätzlicher Stellenbedarf sowohl für Leitungs- als auch für Referenten- und Sachbearbeitertätigkeit ergibt. Die Einführung einer obligatorischen Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, bei denen Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse eingesetzt werden, durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (§ 137h SGB V) führt zu erhöhtem Aufwand für die Rechtsaufsicht über das Gremium und macht die Einrichtung neuer Stellen im höheren und im gehobenen Dienst erforderlich. (Klärungsbedarf mit Z 16,BMf)

ENTWURF

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) wird durch die Streichung in Artikel X künftig von der Aufgabe entbunden, Forschungsaufträge zur Bewertung medizinischer Verfahren und Technologien zu erteilen. Hierfür wurden in den vergangenen Jahren im Durchschnitt Mittel in Höhe von rd. 585.000 Euro jährlich tatsächlich verausgabt. Nach Abrechnung aller bereits erteilten Aufträge werden die Mittel im DIMDI für neu übertragene Aufgaben eingesetzt.

b) Länder und Gemeinden

Keine

c) Gesetzliche Krankenversicherung

Der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen durch die Einrichtung des Innovationsfonds zur Förderung innovativer, sektorenübergreifender Versorgungsformen und für die Versorgungsforschung nach § 92a und § 92b SGB V ab dem Jahr 2016 Ausgaben in Höhe von 300 Millionen Euro jährlich. Davon entfallen 225 Millionen Euro auf die Förderung neuer Versorgungsformen und 75 Millionen Euro auf die Förderung der Versorgungsforschung. Die Mittel werden zu jeweils 150 Millionen Euro von den Krankenkassen und aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert. Aus der Fördersumme werden auch die für die Durchführung der Verwaltung einschließlich der Evaluation notwendigen Finanzmittel übernommen, so dass hierfür keine zusätzlichen Aufwendungen entstehen. Den Mehrausgaben stehen mittelfristig zu erwartende, allerdings derzeit nicht quantifizierbare Einsparungen bei den Leistungsausgaben durch eine effektivere Gestaltung der Versorgung gegenüber. Diese Einsparungen können insbesondere durch die Beseitigung von Hemmnissen durch bestehende Sektorengrenzen erreicht werden.

Die Einführung der Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in § 22a SGB V führt in der gesetzlichen Krankenversicherung zu jährlichen Mehrausgaben in Höhe von circa 50 Millionen Euro. Diesen Mehrausgaben stehen nicht bezifferbare Einsparungen gegenüber durch eine Verbesserung der Mundgesundheit, frühzeitigeres Erkennen und Eingreifen bei Erkrankungen im Bereich der Mundhöhle und eine dadurch mögliche Reduzierung von zahnmedizinischen Behandlungen in Vollnarkose sowie durch die Vermeidung bzw. Abschwächung von allgemeinmedizinischen Krankheiten, die im Zusammenhang mit der oralen Gesundheit stehen.

Durch die vorgesehene zusätzliche Förderung von Weiterbildungsstellen in der Allgemeinmedizin nach § 75a Absatz 3 SGB V entstehen in der gesetzlichen Krankenversicherung geschätzte jährliche Mehrausgaben in Höhe von rund 25 bis 30 Millionen Euro. Zudem entstehen geringfügige nicht quantifizierbare Mehrausgaben durch den Verzicht auf Gebühren im Zulassungsverfahren in Gebieten, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 100 Absatz 1 und 3 SGB V getroffen haben.

Mit der Weiterentwicklung der Regelungen zur Ermächtigung und zur Vergütung der Hochschulambulanzen für die Untersuchung oder Behandlung von Versicherten, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Behandlung durch eine Hochschulambulanz bedürfen (§ 117 und § 120 SGB V), ergeben sich für die gesetzliche Krankenversicherung Mehrausgaben ab dem Jahr 2016. Da zur Anzahl der Ermächtigungen und zur Zahl der Patientinnen und Patienten sowie zum Umfang der ambulanten Untersuchungs- und Behandlungsleistungen und der Höhe der auf Landesebene anzupassenden Vergütungsvereinbarungen keine Erkenntnisse vorliegen, sind die Mehrausgaben nicht quantifizierbar. Durch die Reduzierung des Investitionskostenabschlags auf die Abrechnungen der Hochschulambulanzen von derzeit 10 vom Hundert auf die Hälfte ergeben sich ab dem Inkrafttreten dieses Gesetzes im zweiten Halbjahr 2015 Mehrausgaben von ca. 12 bis 13 Millionen Euro.

ENTWURF

Durch den Abbau unbegründeter Unterschiede in den Gesamtvergütungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung in den von Erhöhungen der Gesamtvergütungen betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen ab dem Jahr 2016 nicht quantifizierbare Mehrausgaben. Die Mehrausgaben hängen davon ab, in welcher Höhe die Aufsatzwerte im Jahr 2013 unbegründet zu niedrig waren. Dies wird in den regionalen Verhandlungen zur Gesamtvergütung zwischen der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung und den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen festgestellt. Die Realisierung der Mehrausgaben kann schrittweise über mehrere Jahre verteilt werden.

Mit der Einführung eines regelhaften gesetzlichen Anspruchs (§ 27b SGB V), eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung bei einem Arzt, einer Einrichtung oder einem Krankenhaus einzuholen, verändert sich der notwendige Behandlungsbedarf in nicht quantifizierbarer Höhe. Da dies bei den vertragsärztlichen Vergütungsverhandlungen zu berücksichtigen ist, werden bei der gesetzlichen Krankenversicherung im Bereich der vertragsärztlichen Vergütung Mehrausgaben entstehen. Die Höhe dieser Mehrausgaben hängt zum einen davon ab, für wie viele planbare mengenanfällige Eingriffe der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien die Einholung einer Zweitmeinung vorsehen und welcher Leistungsumfang in den Vergütungsverhandlungen im einzelnen vereinbart wird. Den Mehrausgaben stehen erhebliche Einsparungen durch eine Vermeidung medizinisch nicht indizierter operativer Eingriffe gegenüber.

Durch die Erweiterung der Anzahl an Verwaltungsratsmitgliedern (§ 279 SGB V) von derzeit im Durchschnitt 15 auf künftig 18 je Medizinischem Dienst der Krankenversicherung ergeben sich Mehraufwendungen. Ausgehend von einer Schätzung des MDS ergeben sich je MDK jährliche Mehraufwendungen von rd. 5.700 Euro. Insgesamt belaufen sich damit die Mehraufwendungen für die GKV auf rd. 85.000 Euro.

Ob und in welchem Umfang der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung Mehrausgaben entstehen (§ 92 Abs. 6a SGB V), hängt maßgeblich von der Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ab und kann daher nicht näher beziffert werden. Andererseits ist zu erwarten, dass die gesetzliche Krankenversicherung durch die effizientere Gestaltung der psychotherapeutischen Versorgung entlastet wird.

Durch die Förderung des flächendeckenden Einsatzes von besonders qualifizierten Praxisassistentinnen und -assistenten im Wege der Delegation (§ 87 SGB V) stehen möglichen Minderausgaben aufgrund der Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsreserven allenfalls geringfügige Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung gegenüber, da der Einsatz von besonders qualifizierten Praxisassistentinnen und -assistenten bereits nach bisherigem Recht aufgrund von gesonderten Vergütungsvereinbarungen und von Modellvorhaben durch viele Krankenkassen in einer Reihe von Regionen extrabudgetär finanziert wird. Insgesamt dürften sich mögliche Minder- und Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung kompensieren.

Mit der Ermächtigung von medizinischen Behandlungszentren zur ambulanten Behandlung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen, deren Leistungen entsprechend der Regelungen zu sozialpädiatrischen Zentren unmittelbar von den Krankenkassen vergütet werden (§ 119c SGB V), entstehen Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung. Da zur Anzahl der Ermächtigungen und zur Zahl der Patienten sowie zum Umfang der ambulanten Behandlungsleistungen und der Höhe der jeweils auf Landesebene zu vereinbarenden Vergütung keine Erkenntnisse vorliegen, sind die Mehrausgaben nicht quantifizierbar.

Durch die Ergänzung der Aufgaben des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in § 139b SGB V zur Durchführung von besonders patientenrelevanten Bewertungen zu medizinischen Verfahren und Technologien entstehen der ge-

ENTWURF

setzlichen Krankenversicherung Mehrkosten in nicht quantifizierbarer Höhe. Der entstehende Mehraufwand hängt insbesondere davon ab, in welchem Maße die Möglichkeit, Vorschläge zu solchen Bewertungen einzureichen, von Versicherten und interessierten Einzelpersonen genutzt wird und wie komplex die zu bearbeitenden Fragestellungen sein werden. Aus diesen Gründen kann auch zu dem beim IQWiG selbst entstehenden Erfüllungsaufwand zur Durchführung der genannten Aufgaben keine Aussage getroffen werden.

4. Erfüllungsaufwand

Durch die nötige Erweiterung der Themen in den Verhandlungen zur Gesamtvergütung entsteht ein einmaliger zusätzlicher nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

a) Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Durch die Einrichtung von Terminservicestellen nach § 75 Absatz 1a SGB V reduziert sich der Aufwand für Bürgerinnen und Bürger in nicht quantifizierbarer Höhe. Diese müssen künftig nicht mehr, wie derzeit häufig der Fall, bei verschiedenen Ärztinnen und Ärzten wegen eines Termins anrufen, sondern können sich einmalig an die Terminservicestelle wenden, die dann einen Termin vermitteln.

Durch die Regelungen zum Entlassmanagement in § 39 SGB V werden die Bürgerinnen und Bürger in nicht quantifizierbarer Höhe entlastet, da eine bessere Organisation des Entlassmanagements durch Krankenhäuser und Krankenkassen und damit verbundenem reduzierten eigenem Organisationsaufwand der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung und deren Angehöriger zu erwarten ist.

Durch die Entwicklung und Einführung neuer strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) (§ 137f SGB V) entsteht etwa ab dem Jahr 2017 der nachfolgend dargestellte Erfüllungsaufwand: Für chronisch kranke Versicherte, die an einem neuen strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen möchten, ergibt sich für die Erklärung der freiwilligen Teilnahme durch Ausfüllen des Teilnahme-/Einwilligungsformulars an einem neuen strukturierten Behandlungsprogramm ein Aufwand von etwa 5 Minuten.

b) Erfüllungsaufwand Bund

Dem Bundesministerium für Gesundheit entsteht durch den Innovationsfonds (§§ 92a und 92b SGB V) ein erhöhter Aufwand insbesondere durch Mitgliedschaft im Innovationsausschuss, die auch neue vorbereitende und koordinierende Aufgaben beinhaltet. Zur Wahrnehmung dieser Aufgaben ist voraussichtlich die Gründung einer neuen Arbeitseinheit notwendig, so dass sich ein zusätzlicher Stellenbedarf sowohl für Leitungs- als auch für Referenten- und Sachbearbeitertätigkeit ergibt. Die Einführung einer obligatorischen Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, bei denen Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse eingesetzt werden, durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (§ 137h SGB V) führt zu erhöhtem Aufwand für die Rechtsaufsicht über das Gremium und macht die Einrichtung neuer Stellen im höheren und im gehobenen Dienst erforderlich.

Dem Bundesversicherungsamt entsteht ein derzeit nicht bezifferbarer Erfüllungsaufwand für die Einrichtung und Verwaltung des Innovationsfonds. Der dem Bundesversicherungsamt entstehende Erfüllungsaufwand wird vollständig aus den von den Krankenkassen und der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds für den Innovationsfonds zur Verfügung zu stellenden Finanzmitteln von 300 Millionen Euro jährlich gedeckt.

Dem Bundesversicherungsamt entsteht im Rahmen seiner bisherigen Aufgaben gemäß § 137g SGB V zur Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme insbesondere vorübergehend ab dem Jahr 2017 zusätzlicher Aufwand für die Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme für die neu hinzukommenden Krankheiten. Die Höhe des

ENTWURF

Aufwands hängt u.a. von der Anzahl der neu hinzukommenden Krankheiten und der näheren Ausgestaltung der entsprechenden Richtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ab.

Für den Bund entsteht durch die Prüfungen der Beschlüsse zur Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs nach § 87 Absatz 2a Satz 8 und 9 SGB V ein einmaliger geringer Erfüllungsaufwand.

Für den Bund entsteht durch die Prüfung des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 SGB V ein einmaliger geringer Erfüllungsaufwand.

c) Erfüllungsaufwand Länder

Mit der Einführung eines Bestandsschutzes für Bestimmungen nach § 116b SGB V für Krankenhäuser, die an der ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung teilnehmen, entfällt die obligatorische Aufhebung der Bestimmungsbescheide durch die Länder. Hieraus resultiert eine entsprechende Verringerung des Erfüllungsaufwandes der Länder.

Der finanzielle Mehraufwand durch den Erfüllungsaufwand für die Benennung der Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie der Pflegeberufe für die Länder (§ 279 SGB V) beläuft sich – gemittelt über vier Wahlperioden – auf jährlich zwischen rd. 6.800 Euro und 8.400 Euro je MDK. Für alle betroffenen Länder insgesamt sind dies zwischen rd. 102.000 Euro und 126.000 Euro jährlich.

d) Erfüllungsaufwand im Bereich der Krankenversicherung (einschließlich der Bürokratiekosten aus Informationspflichten)

Durch die Regelung im Bereich der vertragsärztlichen Vergütung entsteht ein quantifizierbarer einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 27.000 Euro. Dieser ergibt sich im Wesentlichen durch die Überprüfung und mögliche Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs in Bezug auf die delegationsfähigen Leistungen und das so genannte Zweitmeinungsverfahren in Höhe von rund 13.000 Euro (vgl. § 87 Absatz 2a Satz 8 und 9), sowie durch die Verpflichtung nach § 87b Absatz 2 Satz 2 zu gesonderten Vergütungsregelungen für anerkannte Praxisnetze in Höhe von rund 12.500 Euro. In geringer Höhe entsteht auch einmaliger Erfüllungsaufwand durch die notwenigen Vorgaben zur Honorarbereinigung nach § 87b Absatz 4 Satz 1 Nummer 3. Mit der zusätzlichen Verpflichtung für Pflegekassen in § 119b Absatz 3 Satz 2 entsteht ein einmaliger geringer nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand als Informationspflicht durch die Erfassung und Weiterleitung von Daten für die Evaluierung der Maßnahmen nach § 87 Absatz 2 Satz 3 zweiter Halbsatz.

Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen entstehen zudem durch die Veröffentlichungspflicht von Informationen über Grundsätze und Versorgungsziele des Honorarverteilungsmaßstabs ein jährlicher Erfüllungsaufwand und Informationspflichten von weniger als insgesamt 5.000 Euro.

Den gesetzlichen Krankenkassen kann ein Erfüllungsaufwand für die Stellung von Anträgen auf Förderung innovativer, sektorenübergreifender Versorgungsformen aus dem Innovationsfonds entstehen (§§ 92a und 92b SGB V). Dieser ist derzeit nicht quantifizierbar, da der Aufwand von der Ausgestaltung des Antragsverfahrens durch den Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss abhängig ist.

Beim Gemeinsamen Bundesausschuss entsteht ein derzeit nicht bezifferbarer Erfüllungsaufwand für den Innovationsfonds durch die Einrichtung des Innovationsausschusses und seiner Geschäftsstelle. Dieser Erfüllungsaufwand wird vollständig aus den von der gesetz-

ENTWURF

lichen Krankenversicherung für den Innovationsfonds zur Verfügung zu stellenden Finanzmitteln von 300 Millionen Euro jährlich gedeckt.

Leistungserbringern in der gesetzlichen Krankenversicherung, die sich um eine Förderung für innovative, sektorenübergreifende Versorgungsprojekte bewerben, und Institutionen, die sich um eine Förderung der Versorgungsforschung bewerben (§§ 92a und 92b SGB V), wird ein Erfüllungsaufwand in Form von Bürokratiekosten für die Antragstellung entstehen. Dieser ist derzeit nicht quantifizierbar, da er von der Ausgestaltung des Antragsverfahrens durch den Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss abhängig ist.

Durch die Regelung zur Einführung von Terminservicestellen nach § 75 Absatz 1a SGB V entsteht bei den Kassenärztlichen Vereinigungen ein einmaliger Erfüllungsaufwand. Die Höhe des Erfüllungsaufwandes ist allerdings nicht quantifizierbar. Bereits heute übernehmen die Kassenärztlichen Vereinigungen in Einzelfällen die Vermittlung von Behandlungsterminen. Es ist daher nicht auszuschließen, dass durch die Regelung kein neuer Bedarf an zusätzlichen Maßnahmen entsteht. Möglicherweise müssen jedoch zusätzliche Organisationsstellen für die Vermittlung von Behandlungsterminen geschaffen werden. Die verschiedenen organisatorischen Voraussetzungen sind regional sehr unterschiedlich und hängen im Wesentlichen auch von der Versorgungssituation ab.

Zudem entsteht für die Bundesmantelvertragspartner (Kassenärztliche Bundesvereinigung und Spitzenverband Bund der Krankenkassen) ein einmaliger geringer nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand zur Vereinbarung von Vorgaben nach § 75 Absatz 1a Satz 8 (a-d) SGB V; der Aufwand für die Umsetzung dieser Regelung wird im Wesentlichen von den Verhandlungspartnern bestimmt und ist abhängig von dem Verhandlungsverlauf.

Darüber hinaus entsteht bei den Kassenärztlichen Vereinigungen durch den Betrieb der Terminservicestellen ein jährlicher Erfüllungsaufwand für die Vermittlung von Behandlungsterminen bei Leistungserbringern nach § 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V bzw. durch das Anbieten von Behandlungsterminen in Krankenhäusern. Aufgrund der nicht bekannten Anzahl der möglichen Inanspruchnahme der Terminservicestellen und dem Aufwand der Vermittlungstätigkeiten kann auch der jährliche Erfüllungsaufwand nicht bestimmt werden, der hiermit verbunden ist. Der Aufwand hängt im Wesentlichen auch von der Versorgungssituation vor Ort ab; diese wird von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung maßgeblich mitgeprägt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können die Terminservicestellen auch gemeinsam mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen unterhalten. Inwieweit von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht wird, ist nicht abzusehen.

Durch die Aufhebung des § 75 Absatz 1 Satz 4 SGB V werden zudem die Gesamtvertragspartner von der Verpflichtung entbunden, Regelungen zu vereinbaren, welche Wartezeiten im Regelfall und im Ausnahmefall noch eine zeitnahe fachärztliche Versorgung darstellen. Dies führt zu einer wesentlichen, allerdings nicht quantifizierbaren Reduzierung des einmaligen Erfüllungsaufwandes bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen. Die Regelung aus dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurde bisher noch nicht umgesetzt.

Neben der Einrichtung der Terminservicestelle führt die Gründung von medizinischen Behandlungszentren nach § 119c SGB V zu einem Wesentlichen einmaligen Erfüllungsaufwand. Da allerdings der regionale Bedarf und die regionale Ausgestaltung der medizinischen Behandlungszentren im Einzelnen nicht bekannt sind, ist eine Quantifizierung des Erfüllungsaufwandes nicht möglich.

Als Unterstützung zur Reduzierung der Wartezeiten wird in § 95 Absatz 3 SGB V für die Kassenärztlichen Vereinigungen klarstellend geregelt, dass sie die Einhaltung der Versorgungsaufträge anhand der vorliegenden Leistungsdaten zu prüfen haben.

ENTWURF

Durch das Recht der Versicherten bei bestimmten mengenanfälligen Eingriffen eine Zweitmeinung (§ 27b SGB V) einzuholen, entsteht bei den Leistungserbringern, die die Zweitmeinung abgeben, ein nicht quantifizierbarer Erfüllungsaufwand. Die Regelung sieht vor, dass die Zweitmeinung bei Vertragsärzten, medizinischen Versorgungszentren und im Krankenhaus eingeholt werden kann. Die Höhe des Erfüllungsaufwands hängt aber insbesondere davon ab, für welche und wie viele planbare mengenanfällige Eingriffe der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien die Einholung einer Zweitmeinung vorsieht, wie hoch die Fallzahlen und die Rate der Inanspruchnahme der Zweitmeinung sein werden, welche Anforderungen an geeignete Leistungserbringer gestellt werden und welcher Leistungsumfang in den Vergütungsverhandlungen im einzelnen für die Abgabe der Zweitmeinung vereinbart wird.

Mit der Einführung eines gesetzlichen Anspruchs in § 27b SGB V, bei bestimmten mengenanfälligen Eingriffen eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung bei einem Arzt, einer Einrichtung oder einem Krankenhaus einzuholen, verändert sich der Behandlungsbedarf in nicht quantifizierbarer Höhe. Da dies bei den vertragsärztlichen Vergütungsverhandlungen zu berücksichtigen ist, werden bei der gesetzlichen Krankenversicherung im Bereich der vertragsärztlichen Vergütung Mehrausgaben entstehen. Die Höhe dieser Mehrausgaben hängt zum einen davon ab, für wie viele planbare mengenanfällige Eingriffe der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien die Einholung einer Zweitmeinung vorsieht und welcher Leistungsumfang in den Vergütungsverhandlungen im einzelnen vereinbart wird. Den Mehrausgaben für das Zweitmeinungsverfahren stehen erhebliche Einsparungen durch eine Vermeidung medizinisch nicht indizierter operativer Eingriffe gegenüber, die ebenfalls nicht quantifiziert werden können.

Beim Gemeinsamen Bundesausschuss entsteht durch die Festlegung der Eingriffe sowie eingriffsbezogener Anforderungen an die Leistungserbringer in einer Richtlinie Erfüllungsaufwand in derzeit nicht quantifizierbarer Höhe. Dieser Aufwand für die Erarbeitung, Beratung und Beschlussfassung der genannten Festlegungen hängt maßgeblich davon ab, wie viele Eingriffe bestimmt werden und in welchem Maße der Gemeinsame Bundesausschuss Anforderungen an geeignete Leistungserbringer für erforderlich hält. Gleiches gilt für den jährlichen Erfüllungsaufwand, der beim Gemeinsamen Bundesausschuss durch notwendige Aktualisierungen der Festlegungen zur Zweitmeinung entsteht. Der jährliche Erfüllungsaufwand, der durch Aktualisierung der Richtlinie entstehen kann, wird als geringfügig eingestuft.

Durch die Regelung in § 27b Absatz 4 SGB V, welche die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausgesellschaften verpflichtet über die Zweitmeinungserbringer zu informieren, entsteht diesen Erfüllungsaufwand in geringer Höhe. Der einmalige Umstellungsaufwand, z.B. zur Errichtung einer Online-Informationsplattform, wird dabei für die erstmalige Programmierung und Gestaltung auf rund 30.000 Euro geschätzt. Zusätzlicher Erfüllungsaufwand pro Jahr entsteht durch den laufenden Betrieb und die inhaltliche Pflege einer solchen Plattform in Höhe von geschätzt etwa 3.600 Euro. Zur Erstellung eines Faltblattes, welches neben einer Online-Plattform über die Zweitmeinungserbringer informieren könnte, würde weiterer einmaliger Umstellungsaufwand entstehen, der beispielsweise bei einem Pauschalauftrag zur Gestaltung eines Faltblattes durch öffentliche Ausschreibung auf etwa 2.000 Euro geschätzt wird. Der jährliche Erfüllungsaufwand, der durch den Druck, die Verteilung sowie die notwendige Aktualisierung des Faltblattes verursacht wird, ist nicht quantifizierbar, da Auflage und Umfang maßgeblich von den Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses abhängen.

Die Regelung, welche den Leistungserbringer, der die Indikation für einen vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Eingriff stellt, zur Aufklärung des Versicherten über das Recht auf Zweitmeinung verpflichtet, verursacht ebenfalls aus den o.g. Gründen Erfüllungsaufwand in nicht quantifizierbarer Höhe.

ENTWURF

Durch die Änderungen der Ermächtigungsregelungen der Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V) entfallen bisherige Regelungsaufwände bei den Zulassungsausschüssen, den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenkassen und bei den Hochschulen oder Hochschulkliniken. Durch die Verpflichtung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene entsteht ein einmaliger Aufwand, in einem dreiseitigen Vertrag das Nähere zum Personenkreis zu bestimmen, der wegen Art, Schwere oder Komplexität der Erkrankung einer Behandlung durch eine Hochschulambulanz bedarf. Ein einmaliger Aufwand entsteht beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft, die in einer Vereinbarung Grundsätze zur Vergütungsstruktur und Leistungsdokumentation der Hochschulambulanzen zu bestimmen haben. Einmaliger zusätzlicher Aufwand entsteht bei den Krankenkassen und den Hochschulen bzw. -kliniken, die die Vergütungen anzupassen haben. Insgesamt dürfte sich der durch diese Regelungen wegfallende und zusätzliche Erfüllungsaufwand ausgleichen.

Durch die Neuregelung in § 39 SGB V, dass auch Krankenhäuser im Rahmen des Entlassmanagements die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V genannten Leistungen verordnen können, entsteht den Krankenhäusern ein einmaliger Erfüllungsaufwand in nicht quantifizierbarer Höhe für die Umstellung der Organisationsprozesse. Es ist jedoch zu erwarten, dass der Erfüllungsaufwand beim Entlassmanagement durch die Erleichterungen in der Versorgung der Versicherten insgesamt reduziert wird.

Bei der neu einzuführenden Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V ist mit keinem weiteren Erfüllungsaufwand für die Krankenkassen zu rechnen, weil das Wahlrecht nicht zu Mehrarbeit bei der Bearbeitung führen wird. Im Gegenteil werden die Krankenkassen durch das Wunsch- und Wahlrecht perspektivisch eher davon entlastet, dem Versicherten eine Einrichtung zu suchen.

Bei der Schaffung eines Anspruchs für Versicherte, die Krankengeld beziehen, auf individuelle Beratung in § 44 SGB V ist je nach Ausgestaltung der Beratungsleistung pro Versicherten pro Jahr mit nicht näher quantifizierbaren Kosten vor allem in der Aufbauphase eines solchen Beratungssystems zu rechnen. Bei zahlreichen Krankenkassen, die bereits über ein solches Beratungssystem verfügen, fallen entsprechende zusätzliche Kosten nicht an. Darüber hinaus ist aber davon auszugehen, dass sich die Kosten für die Einrichtung der Beratung mit der Zeit amortisieren, weil die individuell beratenen Patienten gezielter und damit kostengünstiger Leistungen in Anspruch nehmen. Insbesondere ist davon auszugehen, dass in vielen Fällen Krankengeldbezugsdauern verkürzt und teure Rehospitalisationen vermieden werden können.

Den Krankenkassen entsteht kein Erfüllungsaufwand bei der gesetzlichen Klarstellung, dass die Regelungen zur Absicherung der Lebendspender von Organen oder Geweben auch für Blutstammzellenspender gilt (§§ 27, 192 SGB V u.a.), weil damit eine bisher bereits existierende Praxis gesetzlich klar geregelt wird. Insoweit wäre eher mit Einsparungen bei den Krankenkassen zu rechnen, weil die Rechtsgrundlage nunmehr eindeutig ist.

Da die Krankenkassen künftig nicht mehr verpflichtet sind, die Selektivverträge vor ihrem Inkrafttreten der zuständigen Aufsichtsbehörde zur aufsichtsrechtlichen Prüfung vorzulegen (§ 71 SGB V), verringert sich der Verwaltungsaufwand der Aufsichtsbehörden in nicht quantifizierbarem Umfang.

Durch die Verpflichtung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, eine neue Vereinbarung mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft über das Nähere zum Umfang und zur Durchführung der finanziellen Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach § 75a Abs. 4 SGB V zu schließen und die Herstellung des Benehmens mit der Bundesärztekammer, entsteht ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 3.100 Euro. Hierin enthalten sind zusätzliche Informationspflichten von weniger als 100 Euro.

ENTWURF

Die neuen Abstimmungsregelungen für die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 79 Absatz 3 SGB V erzeugen vernachlässigbaren verbandsinternen Anpassungsbedarf bei der Stimmauszählung zu Entscheidungen der Vertreterversammlungen. Zudem entsteht ein geringfügiger einmaliger organisatorischer Aufwand für die Bildung eines weiteren Fachausschusses für die Belange angestellter Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (insbesondere in der Wahl der Mitglieder) nach § 79c SGB V.

Zudem entsteht durch die Vorgabe in § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 SGB V, wonach der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien Ausnahmeregelungen zu den darin vorgesehenen Leistungsbegrenzungen zu beschließen hat, ein einmaliger geringer Erfüllungsaufwand. Hierin enthalten sind auch zusätzliche Informationspflichten in geringer Höhe.

Die Vertragspartner auf Landesebene (Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen, Kassenärztliche Vereinigungen) sind beim Abschluss der Prüfvereinbarungen künftig gemäß § 106b – neu – SGB V weitgehend frei, wie sie die Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlich verordneter Leistungen ausgestalten. Dieser Freiraum bedingt einen gewissen Erfüllungsaufwand hinsichtlich der Einigung auf regionale Vereinbarungen, die die aktuell geltenden Regelungen ersetzen. Da die Vertragspartner auf Landesebene sich aber auch bisher gemäß § 106 Absatz 2 Satz 4 SGB V auf umfangreiche Prüfvereinbarungen einigen, ist dieser Mehraufwand als gering einzustufen.

Den Prüfungsstellen und Beschwerdeausschüssen der Selbstverwaltung auf Landesebene entsteht durch die Neuregelungen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen in §§ 106 ff. SGB V im Bereich ärztlich verordneter Leistungen zusätzlicher Erfüllungsaufwand, wenn sie sich mit neuen regionalen Vereinbarungen vertraut machen und die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer entsprechend informieren müssen. Dieser Erfüllungsaufwand wird jedoch erst durch die Ausgestaltung durch die Vertragspartner auf Landesebene ausgelöst und ist hier zu vernachlässigen. Bei der Würdigung des Erfüllungsaufwandes ist zudem zu berücksichtigen, dass durch neue regionale Vereinbarungen gleichzeitig Kosten eingespart werden können, weil die bisher bundesgesetzlich vorgeschriebenen Prüfungsarten im Bereich ärztlich verordneter Leistungen ersetzt werden. Die Neugliederung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Übrigen bedingt keinen neuen Erfüllungsaufwand.

Für die 142.660 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte (Stand: 31.12.2013) entsteht geringfügiger Erfüllungsaufwand dadurch, dass sie sich mit neuen regionalen Vereinbarungen zu den Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Bereich ärztlich verordneter Leistungen vertraut machen müssen, sobald diese ab 2017 gelten. Die Verpflichtung zur wirtschaftlichen Verordnungsweise besteht jedoch bislang schon, so dass sich keine wesentlichen Veränderungen für die alltägliche Tätigkeit ergeben. Zudem werden die Regelungen zu den Wirtschaftlichkeitsprüfungen auch aktuell durch die Selbstverwaltung jährlich angepasst, so dass eine Auseinandersetzung damit ohnehin geboten ist. Der genannte Erfüllungsaufwand, der erst durch die entsprechenden regionalen Vereinbarungen der Vertragspartner auf Landesebene bedingt wird, ist insoweit zu vernachlässigen. Die Neugliederung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Übrigen bedingt keinen neuen Erfüllungsaufwand.

Für Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenhäuser, die an einem neuen DMP teilnehmen möchten (§ 137f SGB V), entsteht Erfüllungsaufwand insbesondere infolge der bestehenden Informationspflicht zur regelmäßigen Dokumentation der Behandlung im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms in Höhe von etwa 6 Euro pro Dokumentation. Der konkrete Aufwand für die freiwillig teilnehmenden Leistungserbringer sowie die jährliche Fallzahl ist abhängig von der näheren Ausgestaltung der entsprechenden Richtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss und der Teilnahmebereitschaft chronisch Kranker an den neuen Programmen. Eine nähere Bezifferung ist daher nicht möglich,

ENTWURF

sondern bleibt der Bürokratiekostenermittlung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Absatz 10 SGB V im Rahmen der Beschlussfassung seiner Richtlinien vorbehalten.

Ausgehend von der für das Jahr 2014 vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgesetzten DMP-Programmkostenpauschale ist pro Versichertenjahr eines DMP-Teilnehmers bzw. einer DMP-Teilnehmerin von kassenbezogenen Verwaltungskosten in Höhe von etwa 25 Euro auszugehen sowie von arztbezogenen Kosten in Höhe von etwa 120 Euro.

Durch Einführung einer Pflicht in § 137h Absatz 1 SGB V zur Übermittlung von Informationen an den Gemeinsamen Bundesausschuss für Krankenhäuser, die erstmalig beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) eine NUB-Anfrage für eine neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode mit einem Medizinprodukt der höchsten Risikoklassen stellen, entsteht Erfüllungsaufwand in Form von Bürokratiekosten. Der zusätzliche Aufwand für die einzelnen Krankenhäuser wird sich dabei im Wesentlichen auf die Übermittlung bereits vorhandener Unterlagen beschränken, denn es liegt auch bereits bisher im Pflichtenkreis des Krankenhauses, sich vor der erstmaligen Anwendung einer neuen Methode einen Überblick über den Stand der vorhandenen Evidenz zu verschaffen. Ausgehend von der Schätzung, dass jährlich etwa 20 neue Methoden der Frühbewertung des Gemeinsamen Bundesausschuss unterfallen können und jeweils bereits das erste anfragende Krankenhaus gemeinsam mit dem Medizinproduktehersteller die erforderlichen Informationen zusammenstellen und übermitteln wird, dürften Fallzahl und Gesamtbelastung in einem niedrigen Bereich liegen. Eine nähere Bezifferung im Einzelnen ist derzeit nicht möglich, da die konkreten Anforderungen an die Form der einzureichenden Informationen vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu regeln sind.

Für den Gemeinsamen Bundesausschuss entsteht ein Erfüllungsaufwand für die Durchführung der Frühbewertung neuer Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden mit einem Medizinprodukt der höchsten Risikoklassen, die erstmalig in der stationären Versorgung angewandt werden. Eine Konkretisierung des zusätzlichen Aufwandes gegenüber der bisherigen Aufgabenwahrnehmung des Gemeinsamen Bundesausschuss im Bereich der Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wird im Rahmen des Anhörungsverfahrens zum Referentenentwurf erfolgen.

Weiterer Erfüllungsaufwand kann aus dem Frühbewertungsverfahren für die Durchführung zusätzlicher Erprobungen nach § 137e SGB V resultieren, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss auf Grundlage des aktuellen Erkenntnistandes für eine neue Methode feststellt, dass ihr Nutzen als noch nicht hinreichend belegt anzusehen ist, sie aber das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet. Die Overhead-Kosten einer Erprobung für die vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu beauftragende wissenschaftliche Begleitung und Auswertung können auf 500 000 Euro pro Jahr bei einer Laufzeit von in der Regel bis zu 3 Jahren geschätzt werden. Sie werden gemäß § 137e Absatz 6 SGB V in angemessenem Umfang von den betroffenen Medizinproduktehersstellern übernommen. Es wird geschätzt, dass jährlich etwa 20 neue Methoden der Frühbewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses unterfallen können. Da die Bewertung der neuen Methoden nach § 137h SGB V dem Gemeinsamen Bundesausschuss obliegt, kann nicht näher quantifiziert werden, wie hoch der Anteil derjenigen Methoden sein wird, die nach Bewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses einer Erprobung nach § 137e SGB V bedürfen.

Durch die Ergänzung der Aufgaben des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in § 139b SGB V zur Durchführung von besonders patientenrelevanten Bewertungen zu medizinischen Verfahren und Technologien entsteht beim Institut ein jährlicher Erfüllungsaufwand, der nicht quantifiziert werden kann. Dieser Erfüllungsaufwand hängt maßgeblich davon ab, in welchem Maße die Möglichkeit, Vorschläge

zu solchen Bewertungen einzureichen, von Versicherten und interessierten Einzelpersonen genutzt wird und wie komplex die Fragestellungen für solche Gutachten sein werden.

Bei den Neuregelungen zu Heilmitteln und Retaxationen (§§ 73 Absatz 8, 125 SGB V) entstehen im Bereich der Einführung der Praxissoftware für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) Kosten im Rahmen der Verhandlungen des Bundesmantelvertrages-Ärzte. Darüber hinaus entstehen der KBV in der Startphase einmalig nicht näher quantifizierbare Kosten für die Erstellung der Anforderungsparameter an die Datenbanken und die Software sowie nach Etablierung des Zertifizierungssystems fortlaufend Kosten für die Zertifizierungen der Softwareanbieter. Es ist jedoch davon auszugehen, dass diese durch die von den Softwareanbietern zu entrichtenden Zertifizierungsgebühren ausgeglichen werden. Der Erfüllungsaufwand für die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte wird gering eingeschätzt, da Kosten für Arztpraxissoftware bzw. Arztinformationssysteme bereits jetzt entweder in Form der Zahlung eines Lizenzpreises für die Software zzgl. einer monatlichen Softwarenutzungs- und -pflegegebühr oder in Form von Software-Mietmodellen bestehen.

Im Bereich der Erweiterung der Heilmittel-Rahmenempfehlungen haben der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene einen Erfüllungsaufwand von schätzungsweise 40 000 Euro für die Verhandlungen zu den Rahmenempfehlungen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass diese Kosten sich amortisieren, weil sich der Aufwand für Korrekturen der Heilmittelverordnungen bei den beteiligten Vertragsärzten und Heilmittelerbringern und die Kosten für die Retaxationsverfahren bei den Krankenkassen deutlich verringern.

Durch die Nichterhebung von Zulassungsgebühren in Gebieten, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 und 3 SGB V getroffen hat, reduzieren sich der Erfüllungsaufwand und die Informationspflichten in nicht quantifizierbarer Höhe.

Durch die Nichterhebung von Zulassungsgebühren in Gebieten, in denen der Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 und 3 SGB V getroffen hat, reduzieren sich der Erfüllungsaufwand und die Informationspflichten in nicht quantifizierbarer Höhe.

5. Weitere Kosten

Kosten, die über die oben aufgeführten Kosten und den genannten Erfüllungsaufwand hinausgehen, entstehen durch den Gesetzentwurf nicht. Auswirkungen auf die Einzelpreise und das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten.

6. Weitere Gesetzesfolgen

noch offen

VII. Befristung; Evaluation

noch offen

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung SGB V)

ENTWURF

Zu Nummer 1 (§ 11)

Folgeänderung zur Bündelung der Vertragskompetenzen der Krankenkassen in § 140a.

Zu Nummer 2 (§ 16)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zu Buchstabe b.

Zu Buchstabe b

Durch die Regelung wird redaktionell klargestellt, dass das Ruhen von Leistungsansprüchen als Sanktionsinstrument bei der Nichtzahlung von Beiträgen nicht eintritt bzw. endet, wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind bzw. werden. Dies ist bereits gängige Verfahrenspraxis der gesetzlichen Krankenkassen.

Eine entsprechende Regelung enthält bereits die Vorschrift des § 193 Absatz 6 des Versicherungsvertragsgesetzes für den Bereich der privaten Krankenversicherung

Zu Nummer 3 (§ 22a)

Die Mundgesundheit von Pflegebedürftigen, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz ist im Durchschnitt schlechter als die der übrigen Bevölkerung. Ihr Risiko für Karies-, Parodontal- und Mundschleimhauterkrankungen ist überdurchschnittlich hoch.

Bereits mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) vom 22.12.2011 (BGBl. I S. 2983) und dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) vom 23.10.2012 (BGBl. I S. 2246) wurden Vergütungsanreize geschaffen, um die aufsuchende Versorgung durch Vertragszahnärzte zu verstärken. Für den o.g. Personenkreis sollen regelmäßige Untersuchungs- und Behandlungsleistungen, wenn möglich, zu Hause oder in einer Pflegeeinrichtung erbracht werden, wenn ein Aufsuchen der Zahnarztpraxis aufgrund der Pflegebedürftigkeit, Behinderung oder eingeschränkter Alltagskompetenz nicht oder nur mit hohem Aufwand möglich ist.

Darüber hinaus soll mit der Neuregelung des § 22a nunmehr für Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz ein eigener Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen begründet werden. Damit erkennt der Gesetzgeber für diese Personen – wie bereits bei Kindern und Jugendlichen (§ 22) – einen besonderen Bedarf an individualprophylaktischen Leistungen an, unabhängig davon, ob sie zu Hause oder in einer Pflegeeinrichtung betreut oder gepflegt werden. Grund hierfür ist die Tatsache, dass die Betroffenen häufig nicht in der Lage sind, die für den Erhalt der Mundgesundheit erforderliche tägliche Mundpflege adäquat durchzuführen. Dies kann zum Beispiel darauf beruhen, dass sie hierzu körperlich nicht in der Lage sind oder dass ihnen die Fähigkeit fehlt, die Anweisungen ihres Zahnarztes zu verstehen bzw. umzusetzen. Obwohl bei Versicherten mit derartigen Einschränkungen die Mund-, Zahn- und Prothesenpflege von den Pflegepersonen, beziehungsweise bei Aufenthalt in einer Einrichtung von dem Pflegepersonal, zu unterstützen und ggf. durchzuführen ist, sind Defizite bei der Mundhygiene festzustellen. Diesen soll mit dem neuen Leistungsanspruch entgegengewirkt werden.

Die Leistungen umfassen insbesondere die Erhebung eines Mundgesundheitsstatus, die Aufklärung über die Bedeutung der Mundhygiene und über Maßnahmen zu deren Erhaltung, die Erstellung eines Planes zur individuellen Mund- und Prothesenpflege sowie die Entfernung harter Zahnbeläge.

ENTWURF

Die Erhebung eines Mundgesundheitsstatus ermöglicht es, den Grad der Mundhygiene, den Zustand der Zähne, des Zahnfleisches, der Mundschleimhäute und des Zahnersatzes zu beurteilen, die erforderlichen Maßnahmen ursachen- und bedarfsgerecht zu ergreifen und Veränderungen im Zeitablauf zu dokumentieren.

Die Aufklärung über die Bedeutung der Mundhygiene und über die Maßnahmen zu deren Erhaltung dient primär dazu, die tägliche Mund- und Prothesenhygiene zu verbessern. Um dies zu erreichen, kommt der Einbeziehung der Pflegepersonen eine besondere Bedeutung zu. Im Rahmen der Aufklärung sollten zum Beispiel Informationen über die richtige Putztechnik, Prothesenreinigung, zahngesunde Ernährung und die häufig nicht bekannten Zusammenhänge zwischen der Mundgesundheit und der Allgemeingesundheit vermittelt werden.

Der Plan zur individuellen Mund- und Prothesenpflege enthält Angaben zu den jeweils notwendigen und sinnvollen Maßnahmen zur täglichen Mund- und Prothesenhygiene. Abhängig von den Einschränkungen des Patienten beschreibt der Plan, welche Maßnahmen vom Patienten oder von seiner Pflegeperson in welcher Häufigkeit durchzuführen sind. Der Erfolg der Maßnahmen ist in regelmäßigen Abständen durch die Vertragszahnärzte zu überprüfen. Auf der Grundlage dieser Ergebnisse ist der Plan zur Mund- und Prothesenpflege gegebenenfalls anzupassen.

Die besondere Lebenssituation von Pflegebedürftigen, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz bedingt aufgrund der erschwerten Mundhygiene ein erhöhtes Risiko für die Bildung von Zahnbelägen. Es gibt Hinweise darauf, dass diesem erhöhten Risiko mit einer einmal im Kalenderjahr stattfindenden Zahnsteinentfernung, wie sie von den gesetzlichen Krankenkassen für jeden Versicherten gewährt wird, nicht ausreichend begegnet werden kann. Es obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss, für den beschriebenen Versichertenkreis die fachlich angemessene Frequenz festzulegen.

Dem Gemeinsamen Bundesausschuss wird darüber hinaus insgesamt die Aufgabe übertragen, das Nähere zu Art und Umfang der Leistungen in Richtlinien zu festzulegen. So kann er zum Beispiel weitere Leistungsinhalte und Näheres zu den Leistungsvoraussetzungen festlegen.

Zu Nummer 4 (§ 27)

Durch das Transplantationsgesetz(TPG)-Änderungsgesetz wurde die Absicherung von Lebendspendern umfassend geregelt und deutlich verbessert. Jeder Lebendspender hat einen Anspruch gegen die gesetzliche Krankenkasse des Organempfängers, insbesondere auf Krankenbehandlung, Vor- und Nachbetreuung, Rehabilitation, Fahrkosten und Krankengeld. Diese Regelungen sollen auch für Spender von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes Anwendung finden. Es ist nicht ersichtlich, warum Spenden von Blutstammzellen oder auch anderen Blutbestandteilen wie Granulozyten aus einer peripheren Blutspende, die vom Geltungsbereich des Transfusionsgesetzes erfasst werden, anders behandelt werden sollen als Stammzellspenden aus dem Knochenmark, die den Regelungen der § 8 und § 8a des Transplantationsgesetzes unterfallen. Es wird deshalb ausdrücklich bestimmt, dass die unterschiedlichen Spendevorgänge gleichermaßen von den gesetzlichen Regelungen erfasst werden. Dies entspricht auch der schon bestehenden Auslegung und Praxis der Krankenkassen.

Zu Nummer 5 (§ 27b)

Zu Absatz 1

ENTWURF

Satz 1 begründet den Rechtsanspruch des Versicherten, sich vor sogenannten mengenanfälligen planbaren Eingriffen eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung zur medizinischen Notwendigkeit und Sachgerechtigkeit des vorgesehenen Eingriffs einzuholen. Im Rahmen seines Wahlrechts kann der Versicherte zwischen allen nach § 95 Absatz 1 Satz 1 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Einrichtungen sowie nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern wählen, die die Anforderungen nach Absatz 2 Satz 2 erfüllen. Die Zweitmeinung wird als gesonderte Sachleistung in der vertragsärztlichen Versorgung gewährt. Dies erfordert eine inhaltlich-strukturelle und bewertungsbezogene Ableitung der mit der Zweitmeinung verbundenen Leistungsanteile aus bestehenden Gebührenordnungspositionen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs mit dem Ziel der Schaffung einer gesonderten Abrechnungsmöglichkeit der ärztlichen Zweitmeinung (siehe § 87 Abs. 2a Satz 9 – neu –). Durch die Einholung einer Zweitmeinung werden künftig für den Versicherten ärztliche Beratungs- und Untersuchungsleistungen zulässigerweise ein zweites Mal erbracht und der notwendige Behandlungsbedarf wird zu Lasten der Krankenkassen ausgeweitet. Dies ist bei der Anpassung des notwendigen Behandlungsbedarfs im Rahmen der Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu berücksichtigen oder – für einen Übergangszeitraum – extrabudgetär zu vergüten. Gegeben ist der Anspruch auf Zweitmeinung nach der Regelung bei einem planbaren Eingriff, bei dem insbesondere unter Berücksichtigung der zahlenmäßigen Entwicklung seiner Durchführung das Risiko einer zu weiten Indikationsstellung und damit einer nicht durchgängig medizinisch gebotenen Vornahme des Eingriffs nicht auszuschließen ist (sogenannte mengenanfällige Eingriffe). Um welche Eingriffe es sich hierbei im Einzelnen handelt, wird nach Absatz 2 Satz 1 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt. Der Anspruch auf Zweitmeinung kann danach sowohl bei Eingriffen gegeben sein, die in der ambulanten Versorgung durchgeführt werden, als auch bei solchen, die in der stationären Versorgung oder in beiden Versorgungsbereichen durchgeführt werden.

Nach Satz 2 darf die Zweitmeinung nicht von demselben Arzt oder von derselben Einrichtung eingeholt werden, in der der Eingriff durchgeführt werden soll, ansonsten entfällt der Leistungsanspruch für die Zweitmeinung. Dieser Leistungsausschluss zielt darauf ab, die Unabhängigkeit der Zweitmeinung zu stärken und gleichzeitig falsche finanzielle Anreize zur Zweitmeinungserbringung zu vermeiden. Neben demselben Arzt umfasst der Ausschluss für die Zweitmeinung dasselbe Krankenhaus und auch Kooperationsformen, wie z. B. Berufsausübungsgemeinschaften oder Praxisgemeinschaften. Von dieser Regelung unberührt bleiben die Verpflichtung der vom Versicherten für den Eingriff aufgesuchten Einrichtung, die Indikationsstellung zu überprüfen, sowie der Leistungsanspruch des Versicherten zur Übernahme der hierfür entstehenden Kosten.

Zu Absatz 2

Nach Satz 1 erhält der Gemeinsame Bundesausschuss den Auftrag, in einer Richtlinie zur Qualitätssicherung zu konkretisieren, bei welchen planbaren Eingriffen im Hinblick auf die „Mengenanfälligkeit“ das Zweitmeinungsverfahren eröffnet ist. Ihm obliegt es damit, die planbaren Eingriffe zu bestimmen, bei denen insbesondere unter Berücksichtigung der zahlenmäßigen Entwicklung ihrer Durchführung und anderer relevanter Faktoren (z. B. der demographischen Entwicklung) das Risiko einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist.

Soweit der Gemeinsame Bundesausschuss es für erforderlich hält, legt er nach Satz 2 zudem Anforderungen an die Leistungserbringer nach Absatz 3 fest, die für die Abgabe einer Zweitmeinung bei einem speziellen Eingriff geeignet sind. Dies dient dazu, eine qualitativ hochwertige Erbringung der Zweitmeinung zu unterstützen. In Betracht kommen besondere Qualifikationsanforderungen, aber auch Struktur- oder Prozessvorgaben sowie Anforderungen an die Einbeziehung von Ärzten weiterer medizinischer Fachgebiete.

ENTWURF

Satz 3 gibt dem Gemeinsamen Bundesausschuss für den erstmaligen Beschluss der Festlegungen nach den Sätzen 1 und 2 eine Frist bis zum 31. Dezember 2015 vor, um eine zeitnahe Umsetzung des Rechts auf Zweitmeinung zu sichern.

Zu Absatz 3

Absatz 3 legt fest, welche Leistungserbringer zur Erbringung einer Zweitmeinung berechtigt sind. Danach dürfen alle nach § 95 Absatz 1 Satz 1 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer sowie nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser, welche die vom Gemeinsamen Bundesausschuss festzulegenden Anforderungen bei der Abrechnung nachweisen, diese Leistung erbringen. Die Ermöglichung der Zweitmeinungserbringung auch durch Krankenhäuser ist erforderlich, da für die Zweitmeinung vor allem bei komplexen Eingriffen besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder spezielle Kenntnisse benötigt werden können, die insbesondere im Krankenhaus vorhanden sind. Auch zugelassene Krankenhäuser nehmen für diesen Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teil (vgl. auch die neue Nummer 13 des § 73 Absatz 2).

Zu Absatz 4

Die Regelung verpflichtet die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausgesellschaften über Leistungserbringer, die für die Abgabe einer Zweitmeinung geeignet sind, zu informieren. Der Verweis auf Absatz 2 Satz 2 gibt vor, dass sie hierbei die Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses an geeignete Leistungserbringer, soweit dieser solche festgelegt hat, zu Grunde zu legen haben. Die geforderte inhaltliche Abstimmung soll auf möglichst widerspruchsfreie Informationen über die geeigneten Leistungserbringer hinwirken. Durch die Informationsangebote, im Internet oder als Broschüre, ist gewährleistet, dass der Versicherte adäquate Hilfestellung bei der Auswahl eines geeigneten Leistungserbringers für die Zweitmeinung erhält.

Zu Absatz 5

Satz 1 normiert die Verpflichtung des indikationsstellenden Arztes, den Versicherten über seinen Anspruch auf Einholung einer Zweitmeinung bei einem Eingriff nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 aufzuklären und ihn auch auf das Informationsangebot der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landeskrankenhausgesellschaften hinzuweisen. Beides ist erforderlich, um die Inanspruchnahme des Rechts auf Zweitmeinung zu fördern. Gemäß Satz 3 ist die Aufklärung mündlich durchzuführen, wobei ergänzend auch schriftliche Informationen zur Verfügung gestellt werden können. Diese Vorgabe orientiert sich an dem Formerfordernis für die sonstigen ärztlichen Aufklärungspflichten nach § 630e Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches. Als ergänzende schriftliche Unterlagen können z. B. Informationen über die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 2 in Betracht kommen.

Satz 3 verpflichtet den Arzt darüber hinaus dafür zu sorgen, dass die Aufklärung über den Zweitmeinungsanspruch regelmäßig mindestens 10 Tage vor dem vorgesehenen Eingriff erfolgen soll. Diese Vorgabe soll dem Versicherten eine ausreichende Zeitspanne für die Einholung der Zweitmeinung sichern. Der Arzt hat danach z. B. bei der Ein- oder Überweisung an die Einrichtung, die den Eingriff durchführen soll, darauf hinzuwirken, dass der Termin für den Eingriff möglichst nach Ablauf der zehntägigen Frist geplant wird.

Zu Nummer 6 (§ 35)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung. Die bisherigen § 106 Absatz 4a Sätze 3 und 7 werden durch die Neustrukturierung der Regelungen zu den Wirtschaftlichkeitsprüfungen mit dem Ziel einer besseren Übersichtlichkeit zukünftig in § 106c Absatz 2 Sätze 3 und 6 geregelt, so dass der Verweis angepasst werden muss.

ENTWURF

Zu Nummer 7 (§ 39)

Zu Buchstabe a und b

Das Entlassmanagement nach Krankenhausbehandlung ist bisher nicht so umgesetzt worden, dass Leistungslücken in jedem Fall wirkungsvoll geschlossen werden konnten. Krankenkassen werden daher stärker als bisher in den Prozess des Entlassmanagements einbezogen und die Möglichkeiten der Krankenhäuser, im Anschluss an die Krankenhausbehandlung Leistungen zu verordnen, werden geschaffen.

Das mit Einwilligung des Versicherten durchzuführende Entlassmanagement bleibt Teil der Krankenhausbehandlung. Der Anspruch des Versicherten richtet sich weiter gegen das Krankenhaus. Dessen Aufgabe ist es insbesondere, in einem Entlassplan die medizinisch unmittelbar erforderlichen Anschlussleistungen festzulegen. In diesem Zusammenhang erhalten die Krankenhäuser für die maßgeblichen Leistungsbereiche ein auf die Erfordernisse des Entlassmanagements eingeschränktes Verordnungsrecht. Krankenhäusern wird die Möglichkeit eröffnet, zur Sicherstellung einer durchgehenden Versorgung mit Arzneimitteln im Rahmen der Entlassung für den Patienten die jeweils kleinste Packung nach der Packungsgrößenverordnung (BGBl. I S. 1318) zu verordnen. Durch die Packungsgrößenverordnung auf Grundlage von § 31 Absatz 4 sind therapiegerechte und wirtschaftliche Packungsgrößen festgelegt. Das in § 14 Apothekengesetz (ApothekenG) geregelte Recht der Krankenhäuser, Arzneimittel für kurze Übergangszeiträume abzugeben, bleibt von dem Recht zur Verordnung unberührt. Im Übrigen können Leistungen wie häusliche Krankenpflege und Heilmittelversorgung für eine Dauer von maximal 7 Tagen verordnet werden. Die Krankenhäuser werden bei dem erweiterten Recht zur Verordnung ambulanter Leistungen den Vertragsärzten gleichgestellt. Insbesondere unterfallen sie den leistungsrechtlichen Vorgaben und Wirtschaftlichkeitsbestimmungen, die für Vertragsärzte gelten.

Trotz der erweiterten Kompetenzen der Krankenhäuser bleibt es grundsätzlich die Aufgabe der Vertragsärzte, die ambulante Versorgung der Versicherten nach einer Krankenhausbehandlung sicherzustellen. Um eine lückenlose Anschlussbehandlung zu gewährleisten, kann das Krankenhaus Aufgaben des Entlassmanagements daher auch auf einen weiterbehandelnden Vertragsarzt übertragen. Dies ist insbesondere dann sinnvoll, wenn eine umfassende ambulante Weiterbehandlung erforderlich und ein weiterbehandelnder Arzt ausgewählt ist (z. B. bei der Weiterbehandlung onkologischer Patienten).

Aufgabe der Krankenkasse ist es, gemeinsam mit dem Krankenhaus bereits rechtzeitig vor der Entlassung die für die Umsetzung des Entlassplans erforderliche Versorgung zu organisieren, etwa die notwendigen Leistungserbringer zu kontaktieren (z. B. Vertragsärzte, Rehabilitationseinrichtungen, Pflegedienste) und für deren zeitgerechten Einsatz zu sorgen. Um diese Aufgabe der Krankenkasse verbindlicher auszugestalten, erhält der Versicherte gegen die Krankenkasse einen unmittelbaren Rechtsanspruch auf ergänzende Unterstützung des Entlassmanagements.

Die Rahmenvorgaben des gesamten Prozesses eines Entlassmanagements, sowohl die Aufgabenverteilung zwischen Krankenhaus, ggf. Vertragsarzt und Krankenkasse als auch deren Zusammenarbeit, werden auf Bundesebene in einer Rahmenvereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband, Deutscher Krankenhausgesellschaft und Kassenärztlicher Bundesvereinigung geregelt. In diesem Vertrag ist auch das Nähere zum Verordnungsrecht der Krankenhäuser, insbesondere dessen Umfang, zu regeln. Kommt eine solche Vereinbarung ganz oder teilweise nicht zustande, so gilt die Regelung nach § 118 Absatz 2 Satz 2 zur Durchführung eines Schiedsverfahrens entsprechend. Die Rahmenvorgaben können durch ebenfalls dreiseitige Vereinbarungen auf Landesebene nach § 115 Absatz 2 Nummer 6 – neu – zu weiteren Einzelheiten ergänzt werden.

Zu Nummer 8 (§ 40)

Zu Buchstabe a

Nach § 40 Absatz 2 Satz 2 können Versicherte eine zertifizierte Rehabilitationseinrichtung, mit der kein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, wählen. In diesen Fällen sind entstehende Mehrkosten selbst zu tragen. Um die Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten zu erhöhen, wird diese durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 eingeführte Regelung so erweitert, dass Versicherte eine zertifizierte und medizinische geeignete Einrichtung auch unabhängig davon, ob die Einrichtung einen Versorgungsvertrag nach § 111 abgeschlossen hat, frei wählen können, sie aber entstehende Mehrkosten selbst zu tragen haben.

Zu Buchstabe b

Mit der Regelung wird das Wunsch- und Wahlrecht Versicherter bei Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gestärkt. Nach dem geltenden § 40 Absatz 3 Satz 1 bestimmt die Krankenkasse nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der ambulanten und stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen. Um die eigenverantwortliche Gestaltung der Lebensumstände der Versicherten zu stärken, wird durch die Änderung auch im Lichte der Entscheidungen des Bundessozialgerichts vom 7. Mai 2013 (Az.: B 1 KR 12/12 R, B 1 KR 53/12 R) bestimmt, dass das Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten nach § 9 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) Anwendung findet. Hiernach müssen die Krankenkassen bei ihrer Entscheidung berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprechen. Die Entscheidung der Krankenkasse muss namentlich auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht nehmen (§ 9 Absatz 1 Satz 1 und 2 SGB IX).

Zu Nummer 9 (§ 44)

Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern. Die Versicherten haben unter anderem durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beizutragen, die Folgen von Krankheit zu überwinden. Dabei haben die Krankenkassen den Versicherten durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen (vgl. § 1).

Versicherte, die Krankengeld nach § 44 beziehen, haben regelmäßig eine länger andauernde Krankheit zu überwinden. Mit dem neuen § 44 Absatz 4 wird ein spezifischer und klar geregelter Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen im Sinne eines unterstützenden Fallmanagements geregelt. Dies soll den Versicherten helfen, unterstützende Hilfe ihrer Krankenkasse in Anspruch zu nehmen. So können die Krankenkassen die Versicherten beispielsweise bei der Suche nach geeigneten Leistungserbringern, Terminvereinbarungen, Wiedereinstieg in das Berufsleben, etc. unterstützen. Damit werden gleichzeitig die Grenzen des Handelns der Krankenkassen in diesem Bereich klar definiert. Die Krankenkasse darf die für das unterstützende Fallmanagement erforderlichen personenbezogenen Daten nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erheben, verarbeiten und nutzen. Dies trägt sowohl dem grundrechtlich verankerten Recht der Versicherten auf informationelle Selbstbestimmung als auch dem Umstand Rechnung, dass die aktive Beteiligung der Versicherten gerade bei unterstützenden Angeboten der Krankenkassen von besonderer Bedeutung ist.

Das Erfordernis der Einwilligung in die Datenerhebung und -verarbeitung wird vor diesem Hintergrund im Zusammenhang mit den unterstützenden Leistungen der Krankenkassen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit besonders betont. Der grundsätzlich mögliche

ENTWURF

Rückgriff auf die allgemeinen Vorgaben des Sozialdatenschutzes im Zehnten Buch (SGB X) bleibt unberührt. Die Krankenkassen können die für die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben erforderlichen personenbezogenen Daten grundsätzlich auch dann mit Einwilligung der Versicherten (§§ 67a ff. SGB X) erheben, verarbeiten und nutzen, wenn dies im SGB V nicht ausdrücklich vorgesehen ist.

Zu Nummer 10 (§ 44a)

Wie in der Begründung zur Änderung des § 27 Absatz 1a Satz 1 dargestellt, wird gesetzlich klargestellt, dass die Absicherung für Lebendspender von Organen oder Geweben auch für die Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes gilt. Durch den Verweis auf den in § 27 Absatz 1a Satz 1 genannten Spenderkreis ist sichergestellt, dass diese Erweiterung auch für den in § 44a geregelten Anspruch auf Krankengeld bei Spende von Organen oder Geweben gilt.

Gleichzeitig wird die bisherige Formulierung des § 44a Satz 1 redaktionell, aber ohne inhaltliche Änderung insoweit angepasst, als die unmittelbare Verweisung auf das Transplantationsgesetz entfällt. Diese ist an dieser Stelle nicht erforderlich, weil sie sich bereits mittelbar aus der Verweisung auf die Regelung des § 27a Satz 1 Satz 1 ergibt. Aus demselben Grund ist auch eine zusätzliche Nennung des Transfusionsgesetzes an dieser Stelle nicht erforderlich.

Zu Nummer 11 (§ 53)

Folgeänderung zur Bündelung der Vertragskompetenzen der Krankenkassen in § 140a.

Zu Nummer 12 (§ 63)

Der Verzicht darauf, die Einzelheiten der Modellvorhaben in der Satzung zu regeln, dient der Entbürokratisierung. Die Regelungen über die Einzelheiten können im Vertrag mit den Leistungserbringern und in den Teilnahmeerklärungen der Versicherten geregelt werden.

Zu Nummer 13 (§ 64a)

Die bisherige Regelung sah vor, dass bei Modellvorhaben zur Arzneimittelversorgung nach § 64a eine Vereinbarung nach § 106 Absatz 3b, das heißt über eine wirkstoffbezogene Wirtschaftlichkeitsprüfung, zu treffen ist. Den Vertragspartnern auf Landesebene wird es jedoch künftig freigestellt, welche Prüfungsarten sie vorsehen. Die wirkstoffbezogene Wirtschaftlichkeitsprüfung bleibt zwar eine Möglichkeit; § 106 Absatz 3b wird aber gestrichen. Eine Anpassung des Verweises war somit notwendig. Die Vertragspartner auf Landesebene müssen bei Modellvorhaben nach § 64a danach weiterhin eine geeignete Prüfungsart für Wirtschaftlichkeitsprüfungen vereinbaren, wobei sie in der Ausgestaltung jedoch frei sind.

Zu Nummer 14 (§ 71)

Zu Buchstabe a

Die Vorlagepflicht für sogenannte Selektivverträge gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde, die im Wesentlichen durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22. Dezember 2011 eingeführt wurde, wird aus Gründen der Vereinfachung des Verfahrens zum Abschluss entsprechender Verträge wieder gestrichen. Nach bisherigem Recht mussten alle Selektivverträge vor ihrem Wirksamwerden den zuständigen Aufsichtsbehörden vorgelegt werden, die dann regelmäßig zu prüfen hatten, ob das Wirksamwerden eines Vertrags wegen etwaiger Rechtsverletzungen durch Beanstandung hätte verhindert werden müssen (präventive Aufsicht). Dieses Verfahren war verwaltungsaufwendig und verzöger-

ENTWURF

te entsprechende selektivvertragliche Versorgungsformen. Die allgemeine staatliche Aufsicht über Krankenkassen nach den §§ 87 ff. SGB IV bleibt von der Streichung unberührt, so dass kein aufsichtsfreier Raum entsteht. Dafür gelten – wie vor Einführung der Vorlagepflicht – die allgemeinen Befugnisse der staatlichen Aufsicht über Krankenkassen gemäß §§ 87 ff. SGB IV, nach denen bei Bedarf die Vorlage von Verträgen gefordert und diese auf ihre Vereinbarkeit mit Recht und Gesetz geprüft werden können.

Zu Buchstabe b

Bei der Streichung des Verweises auf § 73c handelt es sich um eine Folgeänderung zur Bündelung der Vertragskompetenzen der Krankenkassen in § 140a. Unberührt von der Streichung in Absatz 4 bleibt die bereits bisher in Absatz 5 geregelte Pflicht zur Übermittlung der Selektivverträge an die zuständigen Landesbehörden, in deren Gebiet diese Verträge wirksam werden. Dadurch erhalten auch diejenigen Länder von den Selektivverträgen Kenntnis, die selbst keine staatliche Aufsicht über die vertragsschließenden (bundesunmittelbaren oder in mehreren Ländern tätigen landesunmittelbaren) Krankenkassen ausüben.

Zu Buchstabe c

Die präventive Vertragsprüfung entfällt künftig. Damit bei den wettbewerbsrelevanten Selektivverträgen erhebliche Rechtsverletzungen gleichwohl wirksam und kurzfristig behoben werden können, um insbesondere eine Benachteiligung von Versicherten und Mitbewerbern der Vertragspartner und im Versorgungs- und Mitgliederwettbewerb der Krankenkassen einen sog. Vorsprung durch Rechtsbruch zu verhindern, werden durch den neu gefassten Absatz 4 die Eingriffsbefugnisse der Aufsichtsbehörden und die Effektivität der repressiven Aufsichtsmaßnahmen erhöht.

Stellt die Aufsichtsbehörde künftig fest, dass durch die in einem Selektivvertrag getroffenen Regelungen das geltende Recht in erheblicher Weise verletzt wird, kann sie unmittelbar alle erforderlichen Maßnahmen ergreifen, die für eine sofortige Behebung der Rechtsverletzung geeignet und erforderlich sind. Erheblich sind Rechtsverletzungen insbesondere dann, wenn sie sich nachhaltig beeinträchtigend auf die Belange der Versicherten oder den Wettbewerb der Krankenkassen auswirken. Das betrifft etwa Fälle, in denen Vertragsbedingungen aus sachwidrigen finanziellen oder wettbewerblichen Erwägungen so ausgestaltet werden, dass bestimmte Versicherte diskriminiert werden (z. B. wegen ihres Alters oder Gesundheitszustandes), konkurrierende Leistungserbringer vom Leistungsangebot rechtswidrig ausgeschlossen werden oder zwingende gesetzlichen Vorgaben oder Richtlinienbestimmungen über die Leistungserbringung (z. B. Leistungsausschlüsse oder Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen) ignoriert werden. In solchen Fällen kann insbesondere die Anordnung gegenüber der Krankenkasse ergehen, einen rechtswidrigen oder nichtigen Vertrag gesetzeskonform abzuschließen, zu ändern, zu kündigen oder nicht zu vollziehen. Eines langwierigen gestuften Verfahrens mit vorrangiger aufsichtsrechtlicher Beratung der Krankenkasse und Fristsetzung für die Behebung der Rechtsverletzung im Rahmen der Selbstverwaltung nach § 89 Absatz 1 SGB IV bedarf es hierfür nicht. In besonders dringlichen Fällen kann die Aufsichtsbehörde bereits vor ihrer endgültigen Entscheidung einstweilige Anordnungen treffen, wenn andernfalls ein nicht wieder gut zu machender Schaden für die Belange der Versicherten oder den Wettbewerb der Krankenkassen oder Leistungserbringer entstünde. Auch nachträglich kann der Rechtsverstoß festgestellt werden, etwa bei Wiederholungsgefahr, erheblichen öffentlichen Interessen oder zur Geltendmachung von Ersatz- oder Haftungsansprüchen gegenüber den Vertragspartnern. Außerdem wird die Obergrenze für ein im Rahmen der zur Verfügung stehenden Zwangsmittel möglicherweise festzusetzendes Zwangsgeld bei der Vollstreckung aufsichtsrechtlicher Anordnungen in Orientierung an entsprechenden Vorschriften des Wettbewerbsrechts (vgl. § 86a des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen) auf 10 Millionen Euro erhöht. Schließlich haben Rechtsbehelfe gegen die von der Aufsichtsbehörde getroffenen Maßnahmen keine aufschiebende Wirkung.

ENTWURF

Die damit verbundene aufsichtsrechtliche Beschränkung der Vertragsbefugnis der Krankenkassen ist aus Gründen der Gewährleistungsverantwortung des Staates auch für die durch Selektivverträge gestaltbaren Versorgungsbereiche des SGB V gerechtfertigt. Neben die allgemein geltenden Regeln über den Abschluss und die Wirksamkeit von Verträgen tritt hier die Befugnis der Aufsichtsbehörde, gegenüber der von ihr beaufsichtigten Krankenkasse die Änderung oder Aufhebung rechtswidriger Vertragsvereinbarungen anzuordnen. Die Krankenkasse hat den monierten Rechtsverstoß entweder im Einvernehmen mit dem Vertragspartner durch eine entsprechende Vertragsanpassung zu beseitigen oder das ihr eingeräumte, außerordentliche Kündigungsrecht auszuüben, das neben die gesetzlichen und vertraglich vereinbarten Rechte zur Vertragsauflösung tritt.

Neben der aufsichtsrechtlichen Kontrolle des Vertragsgeschehens bleiben die allgemeinen sozialrechtlichen Möglichkeiten der Versicherten und Leistungserbringer unberührt, sich gegen beeinträchtigende Rechtsverletzungen durch Krankenkassen zu wehren. Das gilt auch für etwaige Unterlassungsansprüche konkurrierender Krankenkassen im Mitglieder- und Vertragswettbewerb der Krankenkassen untereinander nach den in diesem Verhältnis geltenden Vorschriften des Wettbewerbsrechts (insbesondere nach dem Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb, vgl. dazu EuGH, Urt. v. 3.10.2013 – Rs. C-59/12).

Mit der Aufhebung der präventiven aufsichtsrechtlichen Vertragsprüfung ist auch der bisherige Absatz 6 entbehrlich, der den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder ein Vorschlagsrecht zum Abschluss von Selektivverträgen einräumte.

Zu Nummer 15 (§ 73)

Zu Buchstabe a

Die Ergänzung stellt klar, dass der Anspruch auf Zweitmeinung nach § 27b Teil der vertragsärztlichen Versorgung ist.

Zu Buchstabe b

Mit der Ergänzung des § 73 Absatz 8 wird bestimmt, dass Vertragsärzte für die Verordnung von Heilmitteln nur solche elektronischen Programme nutzen dürfen, die die Informationen der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 in Verbindung mit § 92 Absatz 6 und über Praxisbesonderheiten nach § 84 Absatz 8 Satz 3 enthalten und von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen sind.

Die Änderung steht in engem inhaltlichen Zusammenhang zum neuen § 125 Absatz 1 Satz 4 Nummer 3a, wonach in den Rahmenempfehlungen zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln insbesondere die notwendigen Angaben der Heilmittelverordung zu regeln sind. Dies soll zur Rechtsklarheit zwischen Krankenkassen, verordnenden Ärztinnen und Ärzten und den Heilmittelerbringern beitragen und sicherstellen, dass formale Fehler bei der Ausstellung der Heilmittelverordnung vermieden werden und Rechnungskürzungen nur in berechtigten Fällen erfolgen. Demselben Ziel dient diese Änderung: Es wird – ähnlich wie in § 73 Absatz 8 Satz 7 für die Verordnung von Arzneimitteln – bestimmt, welche Kriterien die zu nutzende Praxissoftware erfüllen muss; auch damit sollen formale Fehler bei der Ausstellung der Heilmittelverordnung vermieden werden. Insbesondere müssen durch die Praxissoftware eine heilmittelrichtlinienkonforme Verordnung und die Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten gewährleistet sein. Zudem muss die Software von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zugelassen sein.

ENTWURF

Die Zuständigkeit für die Zertifizierung dieser Programme liegt bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Die inhaltlichen Vorgaben für die Praxissoftware vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemeinsam im Bundesmantelvertrag. Die Vereinbarung ist im Rahmen einer angemessenen Übergangsfrist bis zum 31. Juli 2016 abzuschließen.

Zu Nummer 16 (§ 73a)

Die Krankenkassen können Strukturverträge sowie Verträge über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung nunmehr über den neu gefassten § 140a schließen. Die Abschlusskompetenz der Landesverbände der Krankenkassen im bisherigen § 73a SGB V ist entbehrlich, da die einzelnen Krankenkassen ihren Landesverband mit dem Abschluss eines gemeinsamen Vertrages beauftragen können. Sofern Verträge zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V auf Grundlage der §§ 73a oder 73c geschlossen wurden, erfordert die Bündelung der Vertragskompetenzen in § 140a SGB V keine Änderung oder erneute Vorlage der Verträge an das Bundesversicherungsamt nach § 137g SGB V.

Zu Nummer 17 (§ 73b)

Zu Buchstaben a

Zu Doppelbuchstaben aa und bb

Der Verzicht darauf, die Einzelheiten der Teilnahme an einer hausarztzentrierten Versorgung in der Satzung zu regeln, dient der Entbürokratisierung. Die Regelung über die Einzelheiten können in den Teilnahmeerklärungen der Versicherten geregelt werden.

Zu Buchstabe b

In der Praxis besteht Rechtsunsicherheit über den zulässigen Leistungsumfang in den besonderen Versorgungsverträgen, insbesondere darüber, ob Leistungen, die nicht zur Regelversorgung gehören, auch Gegenstand der Verträge sein können. Im Sinne einer möglichst großen Gestaltungsfreiheit und zur wettbewerblichen Weiterentwicklung wird klargestellt, dass auch Leistungen in den Verträgen vereinbart werden können, die über den Leistungsumfang der Regelversorgung in der GKV hinausgehen. Zulässige Leistungen können auch solche sein, die nach § 11 Absatz 6 SGB V Gegenstand einer Satzungsleistung sein können, Leistungen nach den §§ 20, 20d, 25, 26, 37a und 37b sowie ärztliche Leistungen einschließlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, deren Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt. Hierzu gehören beispielsweise innovative Leistungen, die noch keinen Eingang in die Regelversorgung gefunden haben aber zum Beispiel auch die Verordnungsfähigkeit von nach § 34 Absatz 1 Satz 1 vom Leistungsumfang der GKV ausgeschlossenen nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln. Andere gesetzlich ausgeschlossene Arzneimittel, wie etwa die in § 34 Absatz 1 Satz 8 aufgeführten sogenannten Life-Style-Arzneimittel, können hingegen nicht Gegenstand der Verträge sein. Gleiches gilt für die vom G-BA bereits ablehnend bewerteten neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Die Klarstellung dient dazu, den Vertragspartnern umfangreiche Gestaltungsmöglichkeiten zu geben, die erforderlich sind, damit besondere Versorgungsangebote im Wettbewerb entwickelt werden können. In der Praxis umstritten war bisher auch, ob sog. reine Managementverträge zulässig sind (vgl. BSGE 100, 52 ff.). Da auch reine Organisationsleistungen einen wichtigen Beitrag zur Versorgungsverbesserung leisten können, wird klargestellt, dass sog. Managementverträge zulässig sind. Auf die Begründung zu § 140b wird verwiesen.

Zu Buchstaben c

ENTWURF

Für die wettbewerbliche Weiterentwicklung ist eine funktionierende Bereinigung der Gesamtvergütung weiterhin von entscheidender Bedeutung. Sie ermöglicht den Krankenkassen, die nicht mehr für den Kollektivvertrag zu zahlenden Gelder direkt in kassenspezifischen besonderen Verträgen und Modellen zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten einzusetzen und damit Leistungen nicht doppelt zu vergüten. Vorgaben für praktikable, vereinfachte und wettbewerbsneutrale Bereinigungsverfahren für die hausarztzentrierte Versorgung sowie für weitere Verträge und Modelle mit Vorabeinschreibung eines Versicherten hat der Bewertungsausschuss etabliert. Dies greift der Normtext in Satz 1 und 2 auf. Den Gesamtvertragspartnern wird in Satz 2 vorgegeben, dass sie sich rechtzeitig über die Bereinigung bis zum vertraglich vereinbarten Startzeitpunkt der hausarztzentrierten Versorgung zu einigen haben. Ziel ist, zu vermeiden, dass Versicherte aufgrund von Verzögerungen bei der Bereinigung bis zu mehrere Monate auf die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung warten müssen.

Es bleibt wie nach bisherigem Recht dabei, dass auch die Krankenkassen im Konfliktfall das Schiedsamt mit dem Ziel der Festsetzung der Bereinigung anrufen können. Neu ist in Satz 3 lediglich die Möglichkeit der Anrufung des Schiedsamtes durch die betroffenen Leistungserbringer als Vertragspartner der Krankenkassen, z. B. Gemeinschaften nach § 73b Absatz 4 Satz 3 Ziffer 2.

Des Weiteren werden in Satz 4 Datenübermittlungsfristen zur Berechnung der Bereinigung vorgegeben, mit denen die derzeit von der gemeinsamen Selbstverwaltung vereinbarten mindestens sechswöchigen Fristen auf die Hälfte verkürzt werden. Danach erfolgt die Meldung der Bereinigungsbeträge von der Krankenkasse an die Kassenärztliche Vereinigung spätestens drei Wochen vor Beginn des Quartals, in dem die hausarztzentrierte Versorgung beginnt.

Auf eine weitere Möglichkeit zur Verkürzung der Wartezeiten sowie auf eine schnellere Bereinigung zielt die Regelung in Satz 5. Danach darf die Krankenkasse unter bestimmten Voraussetzungen eine vorläufige Bereinigung durchführen. Dieses Verfahren gilt solange, bis die Gesamtvertragspartner die Voraussetzungen für eine Spitzberechnung geschaffen haben.

Um Aufwand und Bürokratie zu verringern, wird in Satz 6 vorgegeben, dass das für die „Heimat-KV“ geltende Bereinigungsverfahren von weiteren Kassenärztlichen Vereinigungen anerkannt und umgesetzt wird. Nach bisherigem Recht sind jeweils separate Bereinigungsvereinbarungen zu treffen, obwohl die Versichertenzahlen und die Bereinigungssumme relativ gering sind.

Zu Buchstabe d

Die Streichung der Notwendigkeit der Vorlage der Verträge nach Absatz 4 bei der für die Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde dient der Entbürokratisierung. Festgehalten wird lediglich an der mit dem 14. SGB V-Änderungsgesetz eingefügten Regelung, dass der Aufsichtsbehörde die Einhaltung der Wirtschaftlichkeitskriterien vier Jahre nach Wirksamwerden des Vertrages nachzuweisen ist.

Zu Nummer 18 (§ 73c)

Zur Streichung der Regelung vergleiche Begründung zu § 73a. Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Bündelung der Vertragskompetenzen der Krankenkassen in § 140a.

Zu Nummer 19 (§ 75)

Zu Buchstabe a

ENTWURF

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen der unter Buchstabe b getroffenen Regelungen. Mit den unter Buchstabe b getroffenen Regelungen werden zum einen die Vorgaben zum Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen in Bezug auf die Gewährleistung von Facharztterminen in angemessener Zeit neu geregelt (Absatz 1a). In diesem Zusammenhang wird die gesetzliche Vorgabe, in den Gesamtverträgen Regelungen zu treffen, welche Zeiten im Regelfall und im Ausnahmefall noch eine zeitnahe fachärztliche Versorgung darstellen, gestrichen. Sie ist wegen der künftigen Verpflichtung der Einrichtung von Terminservicestellen entbehrlich. Zum anderen werden die Vorgaben zum vertragsärztlichen Notdienst nunmehr in einem neuen Absatz 1b geregelt.

Zu Buchstabe b

Zu Absatz 1a

Mit dem neuen Absatz 1a werden weitere Maßnahmen ergriffen, die gewährleisten, dass alle Patientinnen und Patienten in einer angemessenen Frist einen Facharzttermin erhalten.

Satz 1 greift die bisher geregelte Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen auf, im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages für eine zeitnahe und angemessene fachärztliche Versorgung zu sorgen.

Immer wieder berichten gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten über teilweise sehr lange Wartezeiten auf einen Termin beim Facharzt. Es bedarf daher zusätzlicher Maßnahmen. Bereits das geltende Recht sieht in § 75 Absatz 1 Satz 2 ausdrücklich vor, dass der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung umfasst. Der neue Absatz 1a knüpft an diese Regelung an und konkretisiert die diesbezügliche Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen, indem er diese verpflichtet, innerhalb von sechs Monaten nach Verkündung des Gesetzes Terminservicestellen einzurichten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die Möglichkeit, diese Terminservicestellen in Kooperation mit den Krankenkassen zu betreiben.

Aufgabe der Terminservicestelle ist es, gesetzlich Versicherten, die sich an sie wenden, innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Facharzt zu vermitteln. Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Terminservicestelle ist in der Regel, dass die Versicherten zuvor eine Überweisung zu einem Facharzt erhalten haben. Einer solchen Überweisung bedarf es nicht, wenn ein Termin bei einem Augen-, Frauen- oder einem Kinderarzt beansprucht wird. Dies entspricht der in § 73b Absatz 3 Satz 2 für die Teilnahme an einer hausarztzentrierte Versorgung getroffenen Regelung.

Der Behandlungstermin ist vorrangig bei einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer zu vermitteln. Dies sind nach § 95 Absatz 1 Satz 1 entweder Vertragsärztinnen/Vertragsärzte, zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie zur Teilnahme an der vertragärztlichen Versorgung ermächtigte Ärztinnen/Ärzte oder Einrichtungen. Ein Anspruch der Versicherten auf die Vermittlung eines Termins bei einer/einem bestimmten Ärztin/Arzt besteht nicht. Die Entfernung zu dem Leistungserbringer muss grundsätzlich zumutbar sein.

Bei der Prüfung der Zumutbarkeit der Entfernung zum nächsten Facharzt sind für die jeweiligen Facharztgruppen unterschiedliche Kriterien anzuwenden, wobei auch die Besonderheiten der Patientengruppen und auch die besonderen örtlichen Verhältnisse im Planungsbereich sowie die öffentliche Verkehrsanbindung zu berücksichtigen sind. Das Kriterium der Zumutbarkeit ist unter Würdigung der Belange der betroffenen Patientengruppen zu bestimmen. Es muss berücksichtigt werden, welche Leistung typischerweise von rüstigen oder von gebrechlichen Patientinnen/Patienten beansprucht werden.

ENTWURF

Die Wartezeit auf den von der Terminservicestelle zu vermittelnden Facharzttermin darf vier Wochen nicht überschreiten, ist aber letztlich vom konkreten Einzelfall abhängig zu machen. Im Bedarfsfall ist ein Behandlungstermin daher auch recht kurzfristig zu vereinbaren.

Kann die Terminservicestelle keinen Behandlungstermin bei einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer innerhalb der Vier-Wochen-Frist vermitteln, ist sie verpflichtet, dem Versicherten einen ambulanten Behandlungstermin in einem Krankenhaus anzubieten und ggf. einen entsprechenden Termin zu vereinbaren. Auch für einen solchen Termin gelten die in den Sätzen 3 bis 5 enthaltenen Vorgaben entsprechend. Dies bedeutet, dass auch dieser Termin innerhalb von einer Woche anzubieten ist und auch die Wartezeit auf diesen Termin vier Wochen nicht überschreiten darf. Auch muss das Krankenhaus in einer für die konkrete Behandlung angemessenen Entfernung liegen.

Keine Pflicht für die Terminservicestelle, einen Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten, besteht ausnahmsweise dann, wenn eine Behandlung innerhalb von vier Wochen aus medizinischen Gründen nicht erforderlich ist. Denkbare Kriterien für entsprechende medizinische Gründe können beispielsweise die Indikation sein oder, wenn keine Gefahr besteht, dass sich der Gesundheitszustand ohne Behandlung verschlechtert oder eine längere Verzögerung zu einer Beeinträchtigung des angestrebten Behandlungserfolgs führt. Dabei ist zunächst grundsätzlich davon auszugehen, dass eine Behandlung innerhalb von vier Wochen medizinisch begründet ist, es sei denn, der Terminservicestelle liegen Anhaltspunkte vor, dass eine Behandlung nicht innerhalb von vier Wochen erforderlich ist.

Ist eine Behandlung innerhalb von vier Wochen nicht erforderlich, gilt nach Satz 7 für diese Fälle, dass ein Behandlungstermin bei einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer zu vermitteln ist. Hinsichtlich der Wartezeit auf diesen Behandlungstermin gilt dann nicht die Vier-Wochen-Frist, sondern der allgemeine Grundsatz, dass die Wartezeit angemessen sein muss.

Unabhängig vom jeweiligen Einzelfall gilt, dass der Grundsatz der freien Arztwahl (§ 76) unberührt bleibt. Versicherte können daher nicht nur auf die Behandlung bei dem von der Terminservicestelle vermittelten Facharzt verzichten und stattdessen zu einem späteren Termin ihren „Wunscharzt“ aufsuchen, sondern auch die von der Terminservicestelle angebotene Behandlung im Krankenhaus ablehnen und auf einen späteren Behandlungstermin bei einem niedergelassenen Facharzt warten.

Um bundesweit eine möglichst einheitliche Verfahrensweise bei den Terminservicestellen zu gewährleisten, werden die Bundesmantelvertragspartner in Satz 8 verpflichtet, konkretisierende Regelungen insbesondere zu den unbestimmten Rechtsbegriffen in den Sätzen 3 bis 7 zu treffen.

Ausdrücklich vorgegeben wird den Bundesmantelvertragspartnern zunächst die Vereinbarung von Regelungen, wie die Versicherten – soweit erforderlich – das Vorliegen einer Überweisung nachzuweisen haben (Nummer 1). Ziel muss hier eine möglichst unbürokratische Lösung sein.

Zu vereinbaren ist auch, welche Entfernung zum Behandlungsort für Versicherte noch zumutbar ist (Nummer 2). Die nähere Konkretisierung der zumutbaren Entfernung hat dabei typisierend und generalisierend unter Berücksichtigung der hierzu ergangenen Rechtsprechung zu erfolgen.

Ebenfalls Regelungen zu treffen sind zu der Frage, in welchen Fällen kein medizinisch begründeter Fall nach Satz 6 vorliegt (Nummer 3).

ENTWURF

Vereinbarungen müssen die Bundesmantelvertragspartner schließlich auch zur Notwendigkeit von weiteren Behandlungen nach § 76 Absatz 1a Satz 2 treffen (Nummer 4). Aus § 76 Absatz 1a Satz 2 ergibt sich, dass Versicherte, die einen von der Terminservicestelle angebotenen Behandlungstermin in einem Krankenhaus wahrnehmen, ggf. auch weitere Behandlungen in diesem Krankenhaus durchführen lassen können, wenn diese dazu dienen, den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen. Diese Regelung ist im Wesentlichen der für Anschlussbehandlungen an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung geltenden Regelung des § 115a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 nachgebildet. Sie soll gewährleisten, dass die Versicherten nicht in den Fällen, in denen die Behandlung nicht im ersten Behandlungstermin abgeschlossen werden kann, einen neuen Arzt suchen müssen, sondern die Behandlung in dem Krankenhaus abschließen können. Es wird daher die Aufgabe der Bundesmantelvertragspartner sein, Regelungen zu treffen, die einerseits im Sinne der Patientinnen und Patienten möglichst eine abschließende Behandlung durch das Krankenhaus gewährleistet, andererseits aber auch verhindert, dass diese z. B. im Falle einer notwendigen Dauerbehandlung über längere Zeit ambulant im Krankenhaus behandelt werden.

Um den Terminservicestellen eine angemessene Vorbereitungszeit zu ermöglichen, sind die genannten Regelungen von den Bundesmantelvertragpartnern innerhalb von drei Monaten nach Verkündung des Gesetzes zu treffen. Die Regelungen sind nach § 89 schiedsamtsfähig. Eine Aufnahme der Tätigkeit der Terminservicestelle hat jedoch unabhängig von dem Zustandekommen entsprechender Regelungen im Bundesmantelvertrag sechs Monate nach Verkündung des Gesetzes zu erfolgen.

Satz 9 gewährt den Bundesmantelvertragspartner darüber hinaus die Möglichkeit, ergänzende Regelungen zur Umsetzung der Vorschrift zu treffen. Ausdrücklich genannt werden hier weitere Ausnahmen von der Notwendigkeit des Vorliegens einer Überweisung.

Sollte von den Beteiligten auf Landesebene zusätzlich der Bedarf für eine dreiseitige Vereinbarung zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Kassenärztlicher Vereinigung gesehen werden, können solche Vereinbarungen im Rahmen der Verträge nach § 115 Absatz 2 Nummer 5 über die allgemeinen Bedingungen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus getroffen werden.

Satz 10 bestimmt schließlich, dass die in den Sätzen 2 bis 9 getroffenen Regelungen, wonach die Terminservicestelle den Versicherten in den dort genanten Fällen einen Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anbieten müssen, keine Anwendung findet, soweit es um die Vermittlung von Terminen für psychotherapeutische Behandlungen nach § 28 Absatz 3 geht. Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass eine ambulante psychotherapeutische Versorgung – anders als bei anderen fachärztlichen Leistungen – in der Regel nicht durch entsprechende stationäre psychotherapeutische Leistungserbringer ersetzt werden kann. Zu berücksichtigen ist zudem, dass der Gemeinsame Bundesausschuss verpflichtet wird, zur Reduzierung von Wartezeiten in der psychotherapeutischen Versorgung die Psychotherapie-Richtlinie zu überarbeiten (vgl. die vorgesehene Ergänzung des § 92 Absatz 6a Satz 3). Der Gemeinsame Bundesausschuss hat dabei insbesondere Regelungen zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung von Gruppentherapien sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens zu beschließen.

Zu Absatz 1b

Mit der Regelung in Absatz 1b werden die Rahmenbedingungen der ambulanten Notfallversorgung weiter entwickelt.

In der Praxis findet die ambulante ärztliche Versorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten zunehmend nicht innerhalb des von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) organisierten Notdienstes, sondern durch die Notaufnahmen von nach § 108 zugelassenen

ENTWURF

Krankenhäusern statt. Mit der Neuregelung wird sowohl dem Patientenverhalten in der Praxis als auch dem Bedürfnis der Vertragsärztinnen/Vertragsärzte nach Entlastung von Bereitschaftsdiensten Rechnung getragen.

Die KVen behalten den Sicherstellungsauftrag für den vertragsärztlichen Notdienst und werden zur Kooperation mit nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern verpflichtet (Kooperationsverpflichtung). Die Kooperationsverpflichtung soll dazu führen, dass vorhandene Doppelstrukturen abgebaut werden.

Mit dieser Regelung werden bereits bestehende Kooperationen der KVen mit zugelassenen Krankenhäusern, wie z. B. die Einrichtung von Notfallpraxen in den Räumen der Krankenhäuser oder die unmittelbare Einbeziehung der Krankenhausambulanzen in den Notdienst, gestärkt. Dort, wo regionale Konzepte eine gute Versorgung bereits vorhalten, werden die bestehenden Versorgungsstrukturen nicht zerstört. Die Besonderheiten vor Ort bleiben bestimmend. Dort, wo KVen noch nicht mit den Krankenhäusern kooperieren, erhalten sie den Auftrag, im Rahmen der Organisation des vertragsärztlichen Notdienstes regelhaft mit den Krankenhäusern zu kooperieren. Ergänzend wird klargestellt, dass Krankenhäuser und Nichtvertragsärzte, die an dem von der KV organisierten Notdienst freiwillig teilnehmen, für diesen Zweck zur Leistungserbringung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt sind. Die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen in Krankenhäusern, die keine Kooperationsvereinbarung mit einer Kassenärztlichen Vereinigung haben, bleibt im Notfall über § 76 Absatz 1 weiterhin möglich.

In der Praxis sind bereits heute Ärzte und Krankenhäuser, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, in den Notdienst der KV einbezogen. Mit der Regelung in Satz 3 ist sichergestellt, dass sie in den Fällen, in denen sie mit der KV zur Erfüllung des Sicherstellungsauftrags außerhalb der Sprechstundenzeiten kooperieren, auch zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt sind.

Um Versicherten, die außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten den vertragsärztlichen Notdienstes in Anspruch nehmen müssen, die Besorgung eventuell erforderlicher Arzneimittel zu erleichtern, wird mit dem neuen Satz 4 ein Informationsaustausch zwischen den KVen und den für die Einteilung der Apotheken zur Dienstbereitschaft im Notdienst zuständigen Behörden (Landesapothekerkammern) vorgesehen. Hierdurch soll die Versorgung der Patientinnen und Patienten im Notdienst weiter verbessert werden.

Eine stärkere Kooperation soll zudem im Bereich der Leitstellen erfolgen. Die zunehmende Inanspruchnahme des Rettungsdienstes für einfache Erkrankungen, z. B. in Regionen, in denen der Weg zur Notdienstpraxis besonders lang ist, führt zu unnötigen Kosten für den Rettungsdienst. Eine gemeinsame Leiststelle für den Rettungs- und den vertragsärztlichen Notdienst – wie sie in manchen Regionen schon erfolgreich praktiziert wird – kann einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, dass im Einzelfall die richtige Versorgungsebene in Anspruch genommen wird. Die KVen sollen deshalb künftig entsprechende Kooperationen vereinbaren. Damit wird die Errichtung gemeinsamer Leitstellen befördert werden.

Zu Nummer 20 (§ 75a)

Damit sich mehr junge Ärztinnen und Ärzte für den Beruf des Hausarztes entscheiden, bedarf es einer stärkeren und verlässlicheren Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin. Um dieses Ziel zu erreichen, werden die gesetzlichen Vorgaben klarer gefasst. Hierzu werden die bisher in Artikel 8 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes (GKV-SolG) enthaltenen Regelungen in einen neuen § 75a überführt und weiterentwickelt.

In Absatz 1 wird die ausdrückliche Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen geregelt, die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in den Praxen zugelassener Ärztinnen und Ärzte sowie zugelassener medizinischen Versorgungszentren finanziell zu fördern. Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen haben – wie

ENTWURF

bisher – die Kosten der Förderung für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin im ambulanten Bereich je zur Hälfte zu tragen. Damit der Weiterzubildende insgesamt eine Vergütung erhält, die der Vergütung im stationären Bereich entspricht, ist die Weiterbildungsstelle – wie bereits nach der geltenden Fördervereinbarung – verpflichtet, den von der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen zur Verfügung gestellten Förderbetrag auf die im Krankenhaus gezahlte Vergütung anzuheben. Dieser, in der Fördervereinbarung vorgesehenen Verpflichtung, wurde in der Praxis bisher nicht immer nachgekommen, so dass eine gesetzliche Klarstellung angezeigt ist. Dies gilt auch hinsichtlich der Verpflichtung der Weiterbildungsstelle, den erhaltenen Förderbetrag an den Weiterzubildenden auszuzahlen. Immer wieder wird von Fällen berichtet, dass Weiterbildungsstellen diese Fördergelder rechtswidrig nicht an den Weiterzubildenden auszahlen. Um diese rechtswidrige Praxis zu unterbinden, bedarf es daher einer gesetzlichen Klarstellung. Festgehalten wird im Übrigen an der Regelung, dass die von den Krankenkassen aufzubringenden Förderbeträge außerhalb der Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung gewährt werden.

Absatz 2 übernimmt die Regelungen, die bisher auch schon für die Förderung der Weiterbildung in zugelassenen Krankenhäusern und in Vorsorge und Reha-Einrichtungen gelten (vergleiche Artikel 8 Absatz 1 GKV SolG). Auch hier erfolgt eine Förderung der Krankenkassen außerhalb der vereinbarten Budgets.

In Absatz 3 wird geregelt, dass die Anzahl der bundesweit mindestens zu fördernden Stellen von derzeit 5.000 Stellen um 50 Prozent auf 7.500 Stellen erhöht wird. Eine Begrenzung der Anzahl der zu fördernden Stellen (vergleiche hierzu die Vorgabe in Nummer 3 des neuen Absatz 3 Satz 2) durch die Kassenärztlichen Vereinigungen ist nicht zulässig.

Die Selbstverwaltungspartner (Kassenärztliche Bundesvereinigung, Spitzenverband Bund der Krankenkassen und Deutsche Krankenhausgesellschaft) erhalten durch die Regelung in Absatz 4 den Auftrag, das Nähere über Umfang und die Durchführung der finanziellen Förderung zu vereinbaren (Fördervereinbarung). Die Fördervereinbarung muss insbesondere Vorgaben zur Höhe der finanziellen Förderung enthalten. Hierzu enthält Absatz 6 entsprechend der bisherigen Regelung des Artikels 8 Absatz 4 GKV-SolG konkretisierende Vorgaben. So muss die Höhe der finanziellen Förderung so bemessen sein, dass die Weiterzubildenden in allen Weiterbildungseinrichtungen in Verbindung mit einer nach Absatz 1 Satz 4 erfolgenden Anhebung der Förderung durch die Weiterbildungsstelle eine angemessene Vergütung erhalten. Maßstab für eine angemessene Vergütung sind die tarifvertraglichen Regelungen im Bereich der stationären Versorgung. Hierdurch soll gewährleistet werden, dass der in der Weiterbildung vorgesehene Wechsel von der Klinik in die Praxis nicht mit finanziellen Einschnitten verbunden ist, damit sich junge Medizinerinnen und Mediziner nicht gegen eine allgemeinmedizinische Weiterbildung entscheiden. Für Gebiete, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für den Bereich der hausärztlichen Versorgung eine Unterversorgung nach § 100 Absatz 1 Satz 1 festgestellt hat, wird darüber hinaus vorgegeben, dass eine höhere Förderung vorgesehen werden soll.

Die Fördervereinbarung muss zudem Regelungen treffen, die sicherstellen, dass Ärztinnen und Ärzte, die ihre Weiterbildungsstelle wechseln, durchgängig eine Förderung erhalten. Dies hat auch für einen Wechsel in eine Weiterbildungsstelle zu gelten, die in dem Bezirk einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung liegt. Denkbar ist hier, dass dies durch ein vereinfachtes und beschleunigtes Verfahren geschieht.

Ferner müssen die Vertragspartner regeln, wie sich die im Gesetz vorgegebene Anzahl der mindestens zu fördernden Stellen von 7.500 bundesweit auf die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen verteilen. In Betracht kommt beispielsweise eine Verteilung, die anhand der in der Kassenärztlichen Vereinigung zu versorgenden Einwohner erfolgt oder sich ggf. an dem in der Kassenärztlichen Vereinigung festgestellten oder errechneten bedarfsplanungsrechtlichen Bedarf an Hausärztinnen bzw. Hausärzten bemisst. Die danach

ENTWURF

ermittelten KV-bezogenen Förderstellen beziehen sich auf die mindestens zu fördernden Stellen. Da eine Begrenzung der Anzahl der zu fördernden Stellen nach Absatz 3 Satz 2 unzulässig ist, kann es dazu kommen, dass in manchen Kassenärztlichen Vereinigungen mehr oder weniger Stellen gefördert werden, als nach dem Länderverteilungsschlüssel mindestens zu fördern gewesen wären. Daher muss die Fördervereinbarung einen verbindlichen finanziellen Ausgleichmechanismus regeln, insbesondere für den Fall, dass in einer KV-Region überproportional viele Ausbildungsstellen (mehr als die nach dem Verteilungsschlüssel ausgewiesenen Stellen) im Vergleich zu anderen KV-Regionen gefördert werden und dadurch in diesen Regionen die Kassenärztliche Vereinigung (Vertragsärzte) und die Krankenkassen finanziell wesentlich stärker mit den Kosten für die Weiterbildung belastet sind als in anderen Regionen.

Die Fördervereinbarung ist gemäß § 81 Absatz. 3 Nummer 1 für die Kassenärztlichen Vereinigungen und ihre Mitglieder verbindlich.

Absatz 5 entspricht der bislang in Artikel 8 Absatz 3 GKV-SolG getroffenen Regelung zur Beteiligung der privaten Krankenversicherungsunternehmen an den Förderkosten der Krankenkassen.

Absatz 7 übernimmt die bisherige Regelung des Artikel 8 Absatz 5 GKV SolG zu möglichen weiteren Inhalten der Vereinbarung nach Absatz 4. Danach können die Vertragspartner insbesondere auch vereinbaren, dass die Fördermittel durch eine zentrale Stelle auf Landes- oder Bundesebene verwaltet werden können. Dies ermöglicht den Vertragspartnern, die Verwaltung der Fördermittel beispielsweise auf eine einzelne Kassenärztliche Vereinigung oder die Kassenärztliche Bundesvereinigung oder aber auch auf eine sonstige Einrichtung zu übertragen. Es liegt damit in den Händen der Vertragspartner, zu entscheiden, ob eine Verwaltung der Fördermittel durch eine Stelle auf Bundes- oder Landesebene koordiniert zu erfolgen hat oder ob dies im Zuständigkeitsbereich der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigung verbleiben soll.

Mit der in Absatz 8 enthaltenen Regelung wird die Möglichkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen klargestellt, im Bereich der Weiterbildung stärker miteinander zu kooperieren. Möglich ist danach, dass eine Kassenärztliche Vereinigung die Aufgabe für eine oder mehrere Kassenärztliche Vereinigungen übernimmt.

Zu Nummer 21 (§ 76)

Der neue § 76 Absatz 1a ist eine Folgeänderung zu der in § 75 Absatz 1 Satz 5 getroffenen Regelung, mit der die künftig bei den Kassenärztlichen Vereinigungen einzurichtenden Terminservicestellen verpflichtet werden, dem Versicherten einen ambulanten Behandlungstermin in einem nach § 108 zugelassenen Krankenhaus anzubieten, wenn nicht rechtzeitig ein Behandlungstermin bei einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer vermittelt werden kann. Mit der in § 76 Absatz 1a Satz 1 getroffenen Regelung wird den Versicherten daher das Recht eingeräumt, in diesen Fällen – abweichend von der Regelung des § 76 Absatz 1 Satz 1 – eine ambulante fachärztliche Behandlung in einem nach § 108 zugelassenen Krankenhaus in Anspruch zu nehmen, das nicht zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt ist. Die Inanspruchnahme der Leistungen im Krankenhaus erfolgt dabei nur über die Terminservicestelle und auf der Grundlage der ggf. vorliegenden Überweisung. Der Versicherte wendet sich nicht unmittelbar selbst an ein Krankenhaus und vereinbart nicht selbst einen Behandlungstermin.

Die Behandlung im Krankenhaus hat nicht zwingend durch Ärztinnen und Ärzte mit einer bereits abgeschlossenen Facharztweiterbildung zu erfolgen. Es gelten vielmehr die üblichen für die Behandlung im Krankenhaus geltenden Grundsätze, d. h. es gilt der Facharztstandard.

ENTWURF

Aus Satz 2 ergibt sich, dass Versicherte, die eine von der Terminservicestelle angebotenen Behandlungstermin in einem Krankenhaus wahrgenommen haben, auch weitere Behandlungen in diesem Krankenhaus durchführen lassen können, wenn diese dazu dienen, den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (siehe hierzu auch Begründung zu § 75 Absatz 1a Satz 7, Buchstabe d).

Zu Nummer 22 (§ 79)

Nach geltendem Recht können in den Vertreterversammlungen die Vertreter eines Versorgungsbereichs auch bei Beschlussthemen überstimmt werden, die ausschließlich ihren Versorgungsbereich betreffen und deren Umsetzung keine Rückwirkungen auf den anderen Versorgungsbereich hat. Dies kann zu Störungen der Zusammenarbeit der Vertreter der Versorgungsbereiche in den Vertreterversammlungen führen, die die Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltungskörperschaften gefährden können. Daher sollen künftig nur die jeweiligen Vertreter eines Versorgungsbereichs über die Belange abstimmen, die ausschließlich ihren Versorgungsbereich betreffen. Dies gilt insbesondere für Abstimmungen über die Honorarverteilung und über die versorgungsbereichsspezifische Bereinigung der Vergütung. Die entsprechenden Abstimmungsgegenstände sind in der Satzung zu konkretisieren.

Auch die paritätische Stimmenverteilung bei gemeinsamen Abstimmungen verfolgt das Ziel, die Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltungskörperschaften sicherzustellen. Sie kommt insbesondere den Vertretern der hausärztlichen Versorgung zugute, da sie diesen das gleiche Stimmengewicht einräumt wie den Vertretern der fachärztlichen Versorgung, auch wenn Hausärzte regelhaft weniger als die Hälfte der Sitze in den Kassenärztlichen Vereinigungen inne haben. Die genauen Verfahrensvorgaben für die Stimmengewichtung sind in der Satzung zu treffen. Hierzu gehört insbesondere auch, Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die in ihrer Kassenärztlichen Vereinigung weder für den hausärztlichen noch für den fachärztlichen Versorgungsbereich in den Vorstand gewählt worden sind, einem der beiden Versorgungsbereiche zuzuordnen. Die Verteilung der Sitze in der Vertreterversammlung insgesamt bleibt hiervon unberührt.

Die 3-monatige Frist soll eine zügige Umsetzung in den Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen gewährleisten. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind von der Regelung in Absatz 3a nicht betroffen.

Zu Nummer 23 (§ 79c)

Während die Anzahl zugelassener Ärztinnen und Ärzte abnimmt, steigt die Anzahl angestellter Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stetig. Auch wenn der angestellte Arzt kein Vertragsarzt ist, so ist er grundsätzlich Mitglied in der Kassenärztlichen Vereinigung (§ 77 Absatz 3 Satz 2). Um der zunehmenden Bedeutung von angestellten Ärzten in der ambulanten Versorgung Rechnung zu tragen, werden die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung verpflichtet, einen Fachausschuss einzurichten, der die Belange dieser Arztgruppe systematisch in der ärztlichen Selbstverwaltung vertritt.

Zu Nummer 24 (§ 84)

Zu Buchstabe a

Da § 84 keine Regelungen zu Richtgrößen mehr enthält, wird dieser Teil der Überschrift gestrichen.

Zu Buchstabe b

ENTWURF

Sofern die Landesvertragspartner – wie vorgesehen – Vereinbarungen nach § 106b Absatz 1 – neu – treffen, ist die Vereinbarung eines Richtgrößenvolumens für das Jahr 2017 nicht mehr erforderlich, da diese Prüfungsart für Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht mehr bundesgesetzlich vorgeschrieben wird. Für den Fall, dass in einzelnen Ländern Vereinbarungen nach § 106b Absatz 1 – neu – nicht bis zum Auslaufen dieser Regelungen zum 31. Dezember 2016 getroffen werden sollten, regelt § 106b Absatz 3 – neu – für den Übergang, dass auch ab dem Jahr 2016 durch die Vertragspartner auf Bundesebene noch Richtgrößenvolumina vereinbart werden.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des bisherigen Absatzes 6.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des bisherigen Absatzes 6. Mit dem Wegfall der Vereinbarungen nach dem bisherigen Absatz 6 können die entsprechenden Verweise im bisherigen Absatz 7 entfallen und werden daher aufgehoben.

Zu Buchstabe e

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des bisherigen Absatzes 6.

Zu Buchstabe f

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des bisherigen Absatzes 6.

Zu Doppelbuchstabe bb

Auch hier handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des bisherigen Absatzes 6. Mit dem Wegfall der Richtgrößenvolumina können auch die Regelungen im bisherigen Absatz 8 Satz 3 bis 6 entfallen und werden daher aufgehoben. Insbesondere bedarf es in diesem Zusammenhang keiner Festlegung von Praxisbesonderheiten für die Verordnung von Heilmitteln mehr. Daneben entfällt an dieser Stelle auch die Grundlage und Notwendigkeit für die Berücksichtigung langfristiger Heilmittelgenehmigungen nach § 32 Absatz 1a. Diese werden nunmehr im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen gemäß dem § 106b Absatz 4 – neu – berücksichtigt.

Zu Buchstabe g

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des bisherigen Absatzes 6.

Zu Nummer 25 (§ 87)

Zu Buchstabe a

Nach bisherigem Recht erfolgt die Überprüfung und eine daraufhin vereinbarte Anpassung der für die Sicherstellung der Dialyseversorgung maßgeblichen Dialysesachkostenpauschalen nicht durch einen Beschluss des Bewertungsausschusses im einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen, sondern durch die Bundesmantelver-

ENTWURF

tragspartner. Diese Rechtslage betrifft auch andere Sachleistungen (z. B. Kostenpauschalen für die Versendung und den Transport ärztlicher Unterlagen), die – sofern zwischen den Bundesmantelvertragspartnern dazu bundesweiter Regelungsbedarf gesehen wird –, von diesen inhaltlich beschrieben, in Eurobeträgen bewertet und lediglich gesondert im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführt werden. Um die Zuständigkeit für die bundeseinheitlich zu entscheidenden Fragen der vertragsärztlichen Vergütung zu bündeln, wird geregelt, dass die inhaltliche Beschreibung und Bewertung dieses Leistungssegments künftig durch den Bewertungsausschuss bestimmt wird, der dabei durch das Institut des Bewertungsausschusses unterstützt wird.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Der einheitliche Bewertungsmaßstab ist ein wesentliches Element zur Anreizsetzung im Hinblick auf den Umfang und die Struktur der Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen in der medizinischen Versorgung. Die kontinuierliche Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs an die rasche Entwicklung der medizinischen Wissenschaft ist Voraussetzung für eine Verbesserung der Versorgung. Regelmäßig sind auch die Leistungsbewertungen betriebswirtschaftlich neu zu kalkulieren, um den raschen Veränderungen der Versorgungsstrukturen, der technischen Ausstattung sowie der Preis- und Kostenentwicklung zu entsprechen. Dies dient der Honorargerechtigkeit zwischen den und innerhalb der Arztgruppen sowie zur Vermeidung von ökonomischen Fehlanreizen. Diese Regelung stellt klar, dass die Bewertungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs kontinuierlich in bestimmten Zeitabständen auf der Grundlage von betriebswirtschaftlichen Daten der vertragsärztlichen Leistungserbringer, die in sachgerechten Stichproben gewonnen werden, anzupassen sind.

Zu Doppelbuchstabe bb

Als Folge der Übertragung der Zuständigkeit für Entscheidungen zur Inhaltsbestimmung und wirtschaftlichen Bewertung der abrechnungsfähigen Sachkosten an den Bewertungsausschuss wird geregelt, dass im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen für dieses Leistungssegment Bewertungen auch in Eurobeträgen bestimmt werden können.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa bis cc

Die bisherigen Sätze 3 und 4 betreffen Fristen zur Beschlussfassung über die Vergütung, die Dokumentation sowie die Qualitätssicherung der ärztlichen Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit dem Methicillinresistenten Staphylococcus aureus (MRSA). Nach erfolgter Umsetzung der Vorgaben durch den Bewertungsausschuss sind die Vorgaben mit Blick auf die bisherigen Fristen sowie die Anschlussregelung anzupassen. Dadurch entfallen die Regelungen in den bisherigen Sätzen 3 und 4 ganz oder teilweise. Das Bundesministerium für Gesundheit kann nach der weiterhin zugewiesenen – und im bisherigen Satz 6 geregelten – Kompetenz bestimmen, dass die Auswertung der anonymisierten Dokumentationen von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung künftig in Kooperation mit dem Robert-Koch-Institut vorgenommen wird. Mit der Ergänzung der Kompetenz für das Bundesministerium für Gesundheit im bisherigen Satz 6 wird zudem ermöglicht, zu prüfen, ob und inwieweit die Konzeption des Berichts so ausgestaltet werden kann, dass dieser mit dem Ziel der Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung von den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten als Qualitätsbericht, z. B. für Qualitätszirkel, zur Verfügung gestellt werden kann.

ENTWURF

Zu Doppelbuchstabe dd

Der demografische Wandel und der medizinisch-technische Fortschritt stellen das ambulante Versorgungssystem vor sehr große Herausforderungen. In einigen Regionen wird absehbar die Bevölkerungszahl sinken und das Durchschnittsalter der zu versorgenden Versicherten ansteigen. Um die ambulante Versorgung auch in Zukunft flächendeckend sicherzustellen, sind die bisherigen Maßnahmen zur Entlastung der Ärztinnen und Ärzte sowie zur Konzentration auf originär ärztliche Tätigkeiten auszubauen. Zu diesem Zweck wird im neuen Satz 8 die Einsatzmöglichkeit von qualifizierten nichtärztlichen Gesundheitsberufen im Rahmen delegationsfähiger Leistungen (ärztlich angeordnete Hilfeleistungen nach § 28 Absatz 1 Satz 2 und 3) gestärkt. Mit der Regelung wird der Bewertungsausschuss beauftragt, im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen bis zum[einsetzen: Tag sechs Monate nach Verkündung] flächendeckend eine versorgungsgerechte Vergütung von delegationsfähigen Leistungen zu treffen. Auch in diesem Zusammenhang wird die Regelung in Absatz 2b Satz 5 aufgehoben. Zudem wird eine Beschränkung der Erbringung delegationsfähiger Leistungen auf den hausärztlichen Versorgungsbereich und die Häuslichkeit des Patienten künftig nicht mehr vorgesehen, um zu ermöglichen, dass die im Bundesmantelvertrag nach § 28 Absatz 1 Satz 3 getroffenen Regelungen vollständig einbezogen werden können. Vorgesehen ist darüber hinausgehend eine flächendeckende Erbringung dieser Leistungen unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen; eine strikte Beschränkung auf unterversorgte, von Unterversorgung bedrohte Gebiete und auf Gebiete mit zusätzlichem lokalem Versorgungsbedarf ist nicht vorgesehen. Die Leistungen sind der bzw. dem insoweit von der persönlichen Leistungserbringung entlasteten Ärztin bzw. Arzt als eigene Leistungen zuzurechnen. Die (Gesamt-)Verantwortung für Diagnostik und Therapie verbleibt bei der Ärztin bzw. dem Arzt. Eine qualitätsorientierte und wirtschaftliche Leistungserbringung ist sicherzustellen.

Durch dieses Gesetz wird die Zweitmeinung als gesonderte Sachleistung in der vertragsärztliche Versorgung gewährt (siehe § 27b – neu–). Mit dem neuen Satz 9 wird dem Bewertungsausschuss deshalb eine Frist für den Beschluss zur inhaltlich-strukturellen und bewertungsbezogenen Ableitung der mit der Zweitmeinung verbundenen Leistungsanteile aus bestehenden Gebührenordnungspositionen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs mit dem Ziel der Schaffung einer gesonderten Abrechnungsmöglichkeit der ärztlichen Zweitmeinung gesetzt. Diese Frist läuft drei Monate nach der Beschlussfrist des Gemeinsamen Bundesausschusses ab (siehe Artikel 1 Nummer 5, § 27b Absatz 2 – neu–). Da die Zweitmeinung auch bei einem ermächtigten Krankenhausarzt eingeholt werden kann, ist die Abrechnungsfähigkeit der Leistung auch durch diesen Arzt bzw. durch das Krankenhaus sicherzustellen. Die Einführung des Anspruchs auf Einholung einer Zweitmeinung führt dazu, dass künftig für den Versicherten ärztliche Beratungs- und Untersuchungsleistungen zulässigerweise ein zweites Mal erbracht und der notwendige Behandlungsbedarf zu Lasten der Krankenkassen ausgeweitet wird. Dies ist bei der Anpassung des notwendigen Behandlungsbedarfs im Rahmen der Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu berücksichtigen (vgl. § 87a Absatz 4 Satz 1 Nummer 3). Sinnvoll erscheint eine Vereinbarung, die ärztliche Zweitmeinung zunächst für drei Jahre außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu festen Preisen extrabudgetär zu vergüten und anschließend die Leistungsentwicklung zu analysieren.

Sofern drei Monate nach Inkrafttreten der Bestimmungen des Gemeinsamen Bundesausschusses keine Regelung im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen getroffen wurde, können Versicherte die Leistungen nach § 27b bei den dafür berechtigten Leistungserbringern im Wege der Kostenerstattung in Anspruch nehmen. Die Kosten sind von der Krankenkasse ohne Abzug in der entstandenen Höhe zu erstatten. Die Möglichkeit der Inanspruchnahme im Wege der Kostenerstattung endet, sobald im einheitlichen Bewertungsmaßstab eine Regelung in Kraft getreten ist, nach der Leistungen im Rahmen der Einholung der Zweitmeinung abgerechnet werden können.

ENTWURF

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa und bb

In Satz 1 zweiter Halbsatz wird vorgegeben, dass delegationsfähige Leistungen des hausärztlichen Versorgungsbereichs als Einzelleistungen oder als Leistungskomplexe abzubilden sind. Der bisherige Satz 5 wird als Folgeänderung zur (neuen) Regelung delegationsfähiger Leistungen aufgehoben (vergleiche Begründung zu Absatz 2a).

Zu Buchstabe e

In Satz 1 zweiter Halbsatz wird vorgegeben, dass auch für delegationsfähige Leistungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs Einzelleistungen oder Leistungskomplexe vorgesehen werden sollen.

Zu Buchstabe f

Hierbei handelt es sich um die Beseitigung eines redaktionellen Fehlers.

Zu Buchstabe g

Folgeänderung zur Bündelung der Vertragskompetenzen der Krankenkassen in § 140a.

Zu Buchstabe h

Mit der Regelung wird gesetzlich klargestellt, dass der Bewertungsausschuss zu allen im Gesetz genannten Themen und nicht nur zu Themen, die den Bewertungsmaßstab betreffen, auf Verlangen von mindestens zwei Mitgliedern um einen unparteiischen Vorsitzenden und zwei weitere unparteiische Mitglieder erweitert wird. Tatsächlich erfolgt dies bereits heute schon zu Themen, die über den Bewertungsmaßstab hinausgehen, z. B. zur Weiterentwicklung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Zu Buchstabe i

Häufig wird insbesondere von Seiten der Versicherten eine zu lange Beratungszeit des Bewertungsausschusses (BWA) bei der Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (EBM) in Folge von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) kritisiert. Mit der Länge der Beratungszeit steigt zudem die Unsicherheit, inwieweit die bereits vom G-BA beschlossenen Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden können.

Um das Vorgehen bei der Anpassung des EBM zu beschreiben und eine zeitnahe Umsetzung in den EBM zu gewährleisten, hat der BWA kürzlich einen Beschluss zu einem Verfahren zur Anpassung des EBM beschlossen. Vom G-BA beschlossene neue Leistungen bzw. Änderungen von Richtlinien des G-BA, die eine Anpassung des EBM erfordern, sollen demnach zeitnah in den EBM aufgenommen werden. Der Beschluss sieht vor, die Beratungen des BWA über die Leistungslegende und die Höhe der Bewertung einer neuen Leistung innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Inkrafttreten des entsprechenden Beschlusses des G-BA abzuschließen und den Beschluss des BWA zum nächstmöglichen Termin in Kraft zu setzen.

Aufbauend auf diesen Beschluss und den gesetzlichen Vorgaben zur Anpassung des EBM zur Vergütung von Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach geltendem Recht wird gesetzlich geregelt, dass der BWA bzw. ggf. der erweiterte BWA Beschlüsse zur Anpassung des EBM für ärztliche Leistungen in Folge der Einführung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 in Verbindung mit § 135 Absatz 1 und bei Änderungen von Richtlinien nach §

ENTWURF

92 Absatz 1 innerhalb von 6 Monaten nach Inkrafttreten der Bestimmungen des G-BA zu treffen hat. In diesem Zusammenhang notwendige Vereinbarungen nach § 135 Absatz 2 sind zeitgleich zu beschließen. Die Beschlüsse sollen zum nächstmöglichen Zeitpunkt in Kraft treten.

Anders als der Verfahrensbeschluss des BWA bezieht sich die gesetzliche Frist auf den eigentlichen Beschluss des BWA. Somit wird in komplexen Einzelfällen auch eine längere Beratungszeit zur Anpassung des EBM und zur zeitlich parallel zu beschließenden Qualitätssicherungsvereinbarung ermöglicht. Zudem erwächst nach Ablauf der gesetzlichen Frist die aufsichtsrechtliche Möglichkeit für das Bundesministerium für Gesundheit für den Fall, dass Beschlüsse des BWA nicht oder teilweise nicht zu Stande kommen, die Vereinbarungen im Wege der Ersatzvornahme festzusetzen (§ 87 Absatz 6 Satz 4).

Es gibt in Kraft getretene Beschlüsse des G-BA, bei denen seit längerer Zeit ein Beschluss des BWA noch aussteht (z.B. Holmium-Laserresektion, Holmium-Lasernukleation, Positronenemissionstomographie). Auch für diese noch offenen Beschlüsse wird eine entsprechende Frist vorgegeben, in der eine Anpassung des EBM für ärztliche Leistungen zu erfolgen hat.

Zu Nummer 26 (§ 87a)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung des um ein Jahr verlängerten Evaluierungszeitraumes (vergleiche Änderung von § 119b Absatz 3 Satz 1). Die Ergebnisse der Evaluierung bilden die Grundlage für die Entscheidung über eine Fortführung.

Zu Buchstabe b

Mit dieser Regelung werden in den Verhandlungen für die Gesamtvergütungen nach § 87a Absatz 3 Satz 1 im Jahr 2015 einmalig mögliche bestehende unbegründete Unterschiede in den morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen festgestellt und mit Wirkung ab dem 1. Januar 2016 abgebaut. Sofern festgestellt wird, dass der Aufsatzwert im Jahr 2013 unbegründet zu niedrig war, ist eine einmalige basiswirksame Erhöhung des für das Jahr 2015 angepassten Aufsatzwertes mit Wirkung ab dem 1. Januar 2016 zu vereinbaren. Die Anzahl und die Höhe der einzelnen Schritte bestimmen die Verhandlungspartner. Der neue Verhandlungsspielraum zur Anpassung des Aufsatzwertes ist auch vor dem Hintergrund der Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) zu sehen. Das BSG hat am 13. August 2014 festgestellt, dass es für die Neubestimmung der Vergütung ohne Anknüpfung an die Vorjahresbasis keine gesetzliche Grundlage gibt (AZ.: B 6 KA 6/14 R).

Über eine einmalige basiswirksame Erhöhung des Aufsatzwertes wird nach der Regelung nur dann verhandelt, wenn die jeweils für das Jahr 2013 und jeweils einschließlich der Bereinigungen zu berechnende durchschnittliche an die Kassenärztliche Vereinigung entrichtete morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung die durchschnittliche an alle Kassenärztlichen Vereinigungen im Bundesgebiet entrichtete morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versicherten unterschreitet. Diese Berechnungen werden durch das Institut des Bewertungsausschusses durchgeführt und die Ergebnisse mitgeteilt.

Nur sofern in den Verhandlungen festgestellt wird, dass der Aufsatzwert im Jahr 2013 unbegründet zu niedrig war, ist eine einmalige entsprechende basiswirksame Erhöhung des Aufsatzwertes zu vereinbaren. Die durch die vereinbarte Erhöhung des Aufsatzwertes einschließlich der Bereinigungen sich ergebende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versicherten mit Wohnort im Bezirk der betroffenen Kassenärztlichen Vereinigung in 2013 darf die für das Jahr 2013 berechnete durchschnittliche, an alle Kassenärztlichen Vereini-

ENTWURF

gungen im Bundesgebiet einschließlich der Bereinigungen entrichtete morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versicherten nicht übersteigen. Die Erhöhung erfolgt um einen im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung für alle Krankenkassen einheitlichen Faktor.

Dass der Aufsatzwert im Jahr 2013 unbegründet zu niedrig war, ist von der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Bei dem Nachweis, ob der Aufsatzwert unbegründet zu niedrig war, ist eine Vielzahl von Faktoren der regionalen Versorgungsstruktur zu berücksichtigen. Zu den möglichen nachweisfähig zu berücksichtigenden Faktoren gehören insbesondere der Anteil an extrabudgetärer Vergütung, der Anteil an Bereinigungsvolumen, die Höhe der Inanspruchnahme von vertragsärztlichen Leistungen in der Region vor dem Hintergrund z. B. der Morbidität der Versicherten, der Inanspruchnahme anderer Leistungssektoren wie dem stationären Sektor und möglichen überregionalen Mitversorgungsstrukturen sowie die ärztliche Versorgung durch Knappschaftsärzte (§ 75 Absatz 5). Bei dem Nachweis, ob der Aufsatzwert im Jahr 2013 unbegründet zu niedrig war, ist zudem die Auszahlungsquote als Anteil des ausgezahlten Honorars am angeforderten Leistungsbedarf auf der Ebene der Kassenärztlichen Vereinigung zu berücksichtigen. Liegen somit z. B. bei einem vergleichsweise geringem Anteil an extrabudgetären Leistungen und Bereinigungsvolumen eine vergleichsweise hohe Inanspruchnahme von vertragsärztlichen Leistungen und ein vergleichsweise niedriger Aufsatzwert mit einer vergleichsweise niedrigen Auszahlungsquote vor, so sind dies Hinweise darauf, dass der Aufsatzwert unbegründet zu niedrig ist.

Die zusätzlichen Mittel sind zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten einzusetzen. Umverteilungen zu Lasten anderer Kassenärztlicher Vereinigungen sind auszuschließen. Können sich die Verhandlungspartner im Verhandlungswege nicht einigen, erfolgt die Einigung im Schiedswege.

Zu Nummer 27 (§ 87b)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine gesetzliche Klarstellung im Hinblick auf die zum 1. Oktober 2013 in Kraft getretene Rahmenvorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur „Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung“. Danach wird in den Honorarverteilungsmaßstäben der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen darauf abgezielt, eine klare und dauerhafte Trennung der hausärztlichen und fachärztlichen Vergütung mit jeweils eigenständiger Weiterentwicklung zu erreichen. Die Umsetzung dieser Vorgaben in den Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen steht nach bisherigem Recht unter dem Vorbehalt einer Überprüfung und ggf. notwendiger Korrekturen. Eine Anpassung erfolgt danach auch, sobald valide Indikatoren zur Berücksichtigung von Leistungsverlagerungen zwischen dem haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich bekannt sind. Konkret diskutiert wird u. a. der Umgang mit Laborleistungen und psychotherapeutischen Leistungen.

Zu Buchstabe b

Die Regelung des neuen Satz 2 entspricht der alten Regelung im ersten Halbsatz des zweiten Satzes. Im neuen Satz 3 wird klargestellt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen zukünftig Praxisnetze fördern müssen, wenn die Praxisnetze von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannt sind. Die Kriterien und Qualitätsanforderungen für die Anerkennung besonders förderungswürdiger Praxisnetze, insbesondere zu Versorgungszielen, bestimmt die Kassen-ärztliche Bundesvereinigung im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben zudem die Möglichkeit, Praxisnetze zusätzlich mit Mitteln des Strukturfonds zu fördern.

Zu Buchstabe c

ENTWURF

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz haben die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen mehr Flexibilität bei der Verteilung der Gesamtvergütungen durch den Honorarverteilungsmaßstab (HVM) erhalten, damit bei der Honorierung der Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Praxen und medizinischen Versorgungszentren den von diesen erbrachten Leistungen, insbesondere den besonderen regionalen Versorgungsbedarfen und Versorgungsstrukturen, besser Rechnung getragen werden kann. Der HVM soll weiterhin dafür sorgen, dass für die Leistungserbringer jederzeit Klarheit über die Verteilung des Honorars, die daraus resultierenden individuellen Ansprüche und somit insgesamt eine verlässliche wirtschaftliche Planbarkeit bestehen. Die Honorarverteilung ist darüber hinaus als honorarpolitisches Instrument von zentraler Bedeutung bei der Erfüllung des Sicherstellungsauftrags in der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten sowie bei der angemessenen Vergütung ärztlicher Leistungen durch eine leistungs- und bedarfsgerechte Aufteilung der bereitgestellten Finanzmittel. Die Orientierung an diesen Zielen soll gestärkt werden. Dafür soll künftig transparent werden, welche Grundsätze und Versorgungsziele die Kassenärztliche Vereinigung durch den HVM jeweils verfolgt. Das Geschehen der Honorarverteilung kann dabei ebenfalls transparenter werden. Denkbare Versorgungsziele sind insbesondere die stärkere Ausrichtung am Bedarf der Patientinnen und Patienten, bei denen schwerwiegende chronische Erkrankungen, Multimorbidität und altersbedingte Krankheiten sowie Versorgungsengpässe in strukturschwachen Gebieten tendenziell zunehmen. Die Kassenärztliche Vereinigung kann Versorgungsziele und Prioritäten für die Ressourceneinsätze durch den HVM auch im Benehmen mit den Krankenkassen festsetzen. Grundsätzlich schafft die Information auch eine bessere Grundlage für regelmäßige Feststellungen, inwieweit die Honorarverteilung erfolgreich war.

Zu Buchstabe d

Folgeregelung zu den neuen Vorgaben zu den Bereinigungsverfahren in § 73b Absatz 7, § 73c Absatz 6 sowie § 140d Absatz 1. Vorgegeben wird, dass die Bereinigung der Gesamtvergütung auch im Rahmen der Verteilung der Honorare umzusetzen ist. Für die Jahre bis 2011 hat hierzu der Bewertungsausschuss Vorgaben getroffen. Mit Wirkung für das Jahr 2012 hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung eigenverantwortlich Vorgaben zur Honorarbereinigung bestimmt. Um künftig wieder stärker wettbewerbsneutrale Bedingungen zu ermöglichen und bestehende Hemmnisse zu vermeiden, ist die Vorgabe zum Verfahren der Honorarbereinigung von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung künftig im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu treffen. Darüber hinaus enthält die Regelung eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung in § 87b Absatz 2.

Zu Nummer 28 (§ 90)

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) wurde die Rechtsaufsicht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder über die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen geregelt (§ 90 Absatz 5). Zudem wurde vorgesehen, dass die Beschlüsse der Landesausschüsse den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden zur Prüfung ihrer Rechtmäßigkeit vorzulegen sind und von diesen innerhalb von zwei Monaten beanstandet werden können (§ 90 Absatz 6).

Nach dem Gesetzeswortlaut des § 90 Absatz 6 sind von der Vorlagepflicht bzw. dem Beanstandungsrecht die Beschlüsse zum Bedarfsplan sowie zur Feststellung der Unterversorgung, der Überversorgung und zum zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf umfasst. Die Beschlüsse zur Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen (so genannte Entsperrungsbeschlüsse) nach § 103 Absatz 3 werden hingegen nicht ausdrücklich genannt. Nach dem Sinn und Zweck der Regelung und der Begründung im GKV-VStG sollten jedoch sämtliche Beschlüsse der Landesausschüsse den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden vorgelegt werden. Auch die Beschlüsse zur Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen haben erhebliche Auswirkungen auf die Zulas-

ENTWURF

sungsmöglichkeiten von Ärzten und damit auf deren grundgesetzlich geschützte Berufsfreiheit. Diese Beschlüsse haben demnach die gleiche Bedeutung für die Versorgungsplanung wie die übrigen Beschlüsse der Landesausschüsse.

Mit der Gesetzesänderung wird daher klargestellt, dass auch die Beschlüsse zur Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Absatz 3 explizit in § 90 Absatz 6 genannt werden.

Zu Nummer 29 (§ 92)

Durch § 92 Absatz 6a ist dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Aufgabe zugewiesen, in seinen Richtlinien die Rahmenbedingungen für die Erbringung von ambulanter Psychotherapie zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zu regeln. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat insbesondere das Nähere über die psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Krankheiten, die zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren, das Antrags- und Gutachterverfahren, die probatorischen Sitzungen sowie über Art, Umfang und Durchführung der Behandlung zu regeln.

Mit dem neuen Satz 3 wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, diese Rahmenbedingungen bis zum 30. Juni 2016 weiterzuentwickeln. Ziel dieser Weiterentwicklung ist eine effektivere psychotherapeutische Versorgung. Neben einer Bündelung von Ressourcen und einem zielgenaueren Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel sind zur Erreichung dieses Ziels gegebenenfalls auch weitere Behandlungsmöglichkeiten zu schaffen.

Zur Verringerung von Wartezeiten hat der Gemeinsame Bundesausschuss Regelungen zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden zu treffen. Diese sollen für Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen einen zeitnahen Zugang zum Psychotherapeuten schaffen. In diesen Sprechstunden sollen ein Erstgespräch und eine individuelle Beratung über verschiedene Versorgungsangebote möglich sein. Ziel der Sprechstunden ist insbesondere, eine kurzfristige Abklärung des Behandlungsbedarfs zu ermöglichen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat Maßnahmen zur Förderung der Gruppentherapie zu treffen. Dazu müssen Umsetzungshindernisse für die Gruppentherapie, die derzeit nur in geringem Umfang durchgeführt wird, beseitigt werden. Damit wird mehr Versicherten eine zeitnahe psychotherapeutische Versorgung ermöglicht.

Weiterhin wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, das Antrags- und Gutachterverfahren nach §§ 25 ff. der Psychotherapie-Richtlinie zu vereinfachen. Dazu legt er unter anderem fest, in welchen Fällen eine Begutachtung entfallen könnte. Für die Kurzzeit- und die Gruppentherapie ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu prüfen, ob diese generell vom Antrags- und Gutachterverfahren zu befreien sind oder ob dieses durch ein einfaches Anzeigeverfahren ersetzt werden kann.

Zu Nummer 30 (§ 92a und § 92b)

§ 92a

Zu Absatz 1

Der Gemeinsame Bundesausschuss fördert Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Satz 1 enthält die allgemeine Vorgabe, dass die geförderten Vorhaben über die bisherige Regelversorgung hinausgehen müssen. Die geförderten Vorhaben müssen im Hinblick auf das übergeordnete Ziel einer qualitativen Weiterentwicklung der Versorgung in der

ENTWURF

gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland das Potential haben, in die Regelversorgung überführt zu werden. Dies bezieht sich auf eine Versorgungsrelevanz der Vorhaben, die sich beispielsweise aus der Anzahl der teilnehmenden Partner ergeben kann. Die Überführung in die Regelversorgung kann beispielsweise durch eine Änderung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss oder erforderlichenfalls auch durch eine Veränderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen erfolgen.

Satz 2 ergänzt diese Vorgabe dahingehend, dass schwerpunktmäßig Vorhaben gefördert werden sollen, die Ansätze enthalten, um die strikte Trennung der Sektoren zu überwinden. Ein weiterer Förderschwerpunkt sind Vorhaben, die auf eine Steigerung der Versorgungseffizienz ausgerichtet sind. Förderschwerpunkte für die Förderung von neuen Versorgungsformen könnten beispielsweise sein: Telemedizin, Versorgungsmodelle in strukturschwachen Gebieten, Modelle mit Delegation und Substitution von Leistungen, Auf- und Ausbau der geriatrischen Versorgung, Modellprojekte zur Arzneimitteltherapiesicherheit bei multimorbiden Patienten. Die Festlegung der konkreten Förderschwerpunkte und Förderkriterien erfolgt in Förderbekanntmachungen durch den beim Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92b Absatz 2 einzurichtenden Innovationsausschuss. Die Vorhaben können insbesondere in der Form von Selektivverträgen der Krankenkassen durchgeführt werden. Generell haben sich die Krankenkassen zur Durchführung der Vorhaben der im Fünften Buch Sozialgesetzbuch vorgesehenen Handlungsmöglichkeiten zu bedienen, ein neues Handlungsinstrumentarium wird nicht geschaffen. Nicht zugelassene beziehungsweise nicht zur Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung berechtigte Leistungserbringer sollen nicht einbezogen werden. Produktinnovationen sind nicht Gegenstand der Förderung nach dieser Vorschrift. Die bestehenden Regelungen zur Nutzenbewertung und Erprobung bleiben unberührt.

Die Förderung von Vorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgung setzt gemäß Satz 3 voraus, dass eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung (Evaluation) erfolgt. Diese Evaluation ist erforderlich, damit die Ergebnisse der Vorhaben und deren Effekt für die Versorgung im Hinblick auf eine Prüfung der Überführung in die Regelversorgung valide und auf gesicherter Datengrundlage beurteilt werden können. Das Konzept für die Evaluation muss daher schon mit dem Antrag auf Förderung eingereicht werden. Die Kosten für die Evaluation sind Bestandteil der förderfähigen Kosten der Vorhaben.

Satz 4 begrenzt die Förderung für diejenigen Vorhaben, in denen auch Leistungen der Regelversorgung, etwa im Rahmen eines integrierten Versorgungsansatzes, erbracht werden, auf diejenigen Kosten, die dem Grunde nach nicht von den Vergütungssystemen der Regelversorgung umfasst sind. Die Ausgaben für Krankenbehandlung sind damit in der Regel nicht förderfähig, sondern die Förderung beschränkt sich auf zusätzlichen Aufwand, zum Beispiel für Koordinierung.

Satz 5 regelt, wer Antragsteller für die Förderung eines Vorhabens zur Weiterentwicklung der Versorgung sein kann.

Nach Satz 6 ist bei der Antragstellung in der Regel eine Krankenkasse zu beteiligen. Dadurch wird sichergestellt, dass nur solche Vorhaben gefördert werden, die der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung dienen.

Satz 7 stellt klar, dass ein Anspruch auf Förderung nicht besteht. Die Förderung steht im Ermessen des nach § 92b Absatz 2 einzurichtenden Innovationsausschusses und erfolgt im Rahmen verfügbarer Mittel des Innovationsfonds.

Zu Absatz 2

Der Gemeinsame Bundesausschuss fördert Versorgungsforschung. Versorgungsforschung ist die wissenschaftliche Untersuchung der Versorgung des Einzelnen und der Bevölkerung mit gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen unter Alltagsbe-

ENTWURF

dingungen. Versorgungsforschung bezieht sich auf die Wirklichkeit der medizinischen Versorgung.

Nach Satz 1 hat sich die Förderung auf Forschungsvorhaben zu beziehen, die im Zusammenhang mit der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung stehen. Die Forschungsvorhaben müssen konkret auf eine Verbesserung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet sein, von hoher praktischer Relevanz sein und eine besondere Nähe zur praktischen Patientenversorgung haben. Die Forschungsvorhaben müssen geeignet sein, Erkenntnisse zu liefern, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss in seine Richtlinien zur Gestaltung der Versorgung übernommen werden oder dem Gesetzgeber als Grundlage für strukturelle Veränderungen der gesetzlichen Grundlagen dienen können. Die Festlegung von konkreten Förderschwerpunkten und Förderkriterien erfolgt in Förderbekanntmachungen durch den beim Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92b Absatz 2 einzurichtenden Innovationsausschuss.

Nach Satz 2 können Antragsteller für eine Förderung von Versorgungsforschung insbesondere universitäre und außeruniversitäre Forschungseinrichtungen sein. Daneben können auch die in Absatz 1 Satz 4 genannten Einrichtungen als Antragsteller in Betracht kommen, wenn sie Versorgungsforschung im Sinne der Generierung wissenschaftlicher Erkenntnisse durchführen.

Satz 3 eröffnet die Möglichkeit, aus den für die Versorgungsforschung zur Verfügung stehenden Mitteln die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung (Evaluation) von Verträgen zur besonderen Versorgung nach § 140a zu fördern. Ziel ist festzustellen, ob und inwieweit innovative Versorgungskonzepte das Potential für die Übernahme in die Regelversorgung haben. Diese Fördermöglichkeit besteht nur für Verträge, die vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes geschlossen worden. Diese Verträge können nicht nach Absatz 1 gefördert werden. Andererseits können Verträge, die nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes geschlossen werden, nicht nach Absatz 2 Satz 3 gefördert werden. Den Umfang der Förderung einer Evaluation der genannten Verträge und die Förderkriterien, insbesondere Kriterien dafür, wann die Vertragsinhalte hinreichendes Potential aufweisen, in die Regelversorgung überführt zu werden, legt der nach § 92b Absatz 2 beim Gemeinsamen Bundesausschuss einzurichtende Innovationsausschuss fest.

Satz 4 stellt klar, dass ein Anspruch auf Förderung nicht besteht. Die Förderung steht im Ermessen des nach § 92b Absatz 2 einzurichtenden Innovationsausschusses und erfolgt im Rahmen verfügbarer Mittel des Innovationsfonds.

Da die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ein zentrales Element der Gestaltung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung sind, können die für Versorgungsforschung zur Verfügung stehenden Mittel auch für Forschungsvorhaben zur Weiterentwicklung und insbesondere Evaluation der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses eingesetzt werden (Satz 5).

Zu Absatz 3

Für die Förderung nach §§ 92a und 92b werden gemäß Satz 1 ab dem Jahr 2016 jährlich insgesamt 300 Millionen Euro zur Verfügung gestellt.

Aus dieser Fördersumme werden nach Satz 2 die notwendigen Aufwendungen des Bundesversicherungsamtes und des nach § 92b Absatz 2 beim Gemeinsamen Bundesausschuss einzurichtenden Innovationsausschusses sowie der nach § 92b Absatz 4 bei der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses einzurichtenden selbständigen Verwaltungseinheit für die Verwaltung der Finanzmittel und die Durchführung der Förderung gedeckt. Diesbezüglich haben Zahlungen aus dem Innovationsfonds an den Gemeinsamen Bundesausschuss zu erfolgen. Ebenso werden die Aufwendungen für die

ENTWURF

vom Bundesministerium für Gesundheit nach Absatz 5 zu veranlassende Evaluation aus dem Innovationsfonds getragen.

Für Ausgaben des Gemeinsamen Bundesausschuss, des Bundesversicherungsamts und des Bundesministeriums für Gesundheit, die im Rahmen der jeweiligen Aufgaben nach Satz 2 bereits im Zusammenhang mit dem Aufbau der Strukturen im Jahr 2015 anfallen, wird in Satz 3 geregelt, dass diese im Sinne einer Vorauszahlung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gedeckt werden. So wird sichergestellt, dass der Aufbau der für die Wahrnehmung der Aufgaben erforderlichen Strukturen und sonstige Vorarbeiten bereits im Jahr 2015 beginnen können, damit der Innovationsfonds mit Beginn des Jahres 2016 einsatzbereit ist. Der Betrag in Höhe von 150 Millionen Euro, der nach § 271 Absatz 2 Satz 7 – neu – für das Jahr 2016 dem Innovationsfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zugeführt wird, verringert sich im Wege der Verrechnung um den Betrag, der für die Deckung der im Jahr 2015 anfallenden Kosten bereits aus dem Gesundheitsfonds geleistet wurde.

Satz 4 enthält die generelle Verteilung der Mittel zu 75 vom Hundert für neue Versorgungsformen nach Absatz 1 und zu 25 vom Hundert für Versorgungsforschung nach Absatz 2. Von dieser Verteilung kann im Einzelfall abgewichen werden, insbesondere wenn Mittel eines Förderbereiches in einem Haushaltsjahr nicht verausgabt werden können.

Es soll insbesondere sichergestellt werden, dass die gesetzlich vorgesehene Fördersumme von 300 Millionen Euro jährlich vollständig für die Zwecke der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung zur Verfügung steht. Daher regelt Satz 5, dass nicht verausgabte Fördermittel in das folgende Haushaltsjahr übertragen werden können. Diese Regelung dürfte insbesondere für die Anfangsphase der Förderung relevant werden, da sich die vorgesehene Förderung voraussichtlich sukzessive entwickeln wird.

Zu Absatz 4

Mit der Regelung in Absatz 4 wird vorgegeben, dass die Fördermittel in Höhe von 300 Millionen Euro jeweils zur Hälfte vom Gesundheitsfonds und von den Krankenkassen getragen werden. Mit der Regelung wird zudem dem Bundesversicherungsamt die Aufgabe übertragen, die Umlage der Krankenkassen zur Finanzierung des Innovationsfonds zu erheben und die Finanzmittel als Sondervermögen (Innovationsfonds) zu verwalten. Des Weiteren wird vorgegeben, dass das Nähere zur Erhebung der Finanzmittel für den Innovationsfonds durch das Bundesversicherungsamt bei den Krankenkassen in der RSAV zu regeln ist.

Zu Absatz 5

Das Bundesministerium für Gesundheit hat gemäß Satz 1 eine wissenschaftliche Auswertung (Evaluation) der Förderung nach dieser Vorschrift zum 31. Dezember 2016 zu veranlassen. Die Ausgaben für die Evaluation werden aus dem Innovationsfonds refinanziert. Im Rahmen der Evaluation zu klärende Fragen können beispielsweise sein, ob die Förderstrukturen effektiv sind, der Innovationsfonds richtig organisiert ist, die Themenauswahl sinnvoll war, das Zusammenspiel der Gremien effektiv ist und ob es Änderungsbedarf gibt, um die Erreichung des Ziels der Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu optimieren.

Nach Satz 2 hat das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag über das Ergebnis der Evaluation bis zum 31. März 2020 zu berichten.

§ 92b

Zu Absatz 1

ENTWURF

Im Unterschied zu den bisherigen Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses im Rahmen der untergesetzlichen Ausgestaltung der Versorgung in Richtlinien und Beschlüssen handelt es sich bei der neuen Aufgabe nach §§ 92a und 92b nicht um Normsetzung, sondern um die Administrierung der Förderung von Versorgungs- und Forschungsvorhaben. Für die Wahrnehmung dieser Verwaltungsaufgabe ist es erforderlich, eine neue funktionsadäquate Struktur zu schaffen.

Als maßgebliches Entscheidungsgremium wird hierzu ein Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss eingerichtet (Satz 1).

Der Innovationsausschuss besteht nach Satz 2 aus dem unparteiischen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses, drei vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannten Mitgliedern des Beschlussgremiums nach § 91 Absatz 2, jeweils einem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft benannten Mitglied des Beschlussgremiums nach § 91 Absatz 2 sowie drei Vertretern des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Vertretung des Bundesministeriums für Gesundheit im Innovationsausschuss mit drei stimmberechtigten Mitgliedern ist erforderlich, weil die Überführung der Ergebnisse der geförderten Vorhaben in die Regelversorgung, also die Erreichung eines Zwecks der Förderung, eine Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen erfordern kann, die vom Bundesministerium für Gesundheit als dem zuständigen Ressort der Bundesregierung zu initiieren sein wird. Zudem nimmt das Bundesministerium für Gesundheit die Aufgaben im Rahmen der Frühkoordinierung der Forschungsförderung mit den anderen Bundesressorts insbesondere im Hinblick auf die durch den Innovationsausschuss zu fördernde Versorgungsforschung wahr.

Um die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen ebenfalls in die Entscheidungen des Innovationsausschusses einzubeziehen, erhalten diese nach Satz 3 ein Mitberatungs- und Antragsrecht, für das nach Satz 4 § 140f Absatz 2 Satz 2 bis 7 entsprechend gelten.

Zu Absatz 2

Die Vorschrift regelt die Aufgaben des Innovationsausschusses und die Grundlagen seiner Arbeit.

Nach Satz 1 kommt dem Innovationsausschuss die Aufgabe zu, die in § 92a Absatz 1 und Absatz 2 Satz 1 bis 4 allgemein geregelten Kriterien für eine Förderung von neuen Versorgungsformen und von Versorgungsforschung zu konkretisieren und Schwerpunktbereiche für die Förderung festzulegen. Hierzu erlässt er Förderbekanntmachungen.

Die zweite Hauptaufgabe des Innovationsausschusses ist gemäß Satz 2 die Entscheidung über diejenigen Anträge auf Förderung, die nach einem ebenfalls vom Innovationsausschuss einzuleitenden Interessenbekundungsverfahren eingehen.

Nach Satz 3 entscheidet der Innovationsausschuss auch über die Verwendung von Mitteln für Forschungsvorhaben zur Weiterentwicklung und insbesondere Evaluation der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92a Absatz 2 Satz 5.

Um die Entscheidungen des Innovationsausschusses auf eine breite Akzeptanzgrundlage zu stellen, wird in Satz 4 geregelt, dass dieser seine Entscheidungen mit einer Mehrheit von sieben Stimmen trifft, was einer Zweidrittelmehrheit entspricht.

Weitere Einzelheiten zu seiner Arbeitsweise regelt der Innovationsausschuss nach Satz 5 in einer Geschäfts- und Verfahrensordnung. In dieser Geschäfts- und Verfahrensordnung

ENTWURF

sollte auch für eine ausreichende Transparenz der Arbeitsweise und der Entscheidungen gesorgt werden (z. B. Offenlegung von Interessenkonflikten).

Wie die Geschäftsordnung und die Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses bedarf auch die Geschäfts- und Verfahrensordnung des Innovationsausschusses der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit (Satz 6).

Zu Absatz 3

Die Vorbereitung und Umsetzung der Entscheidungen des Innovationsausschusses soll nicht in den Gremienstrukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses (Unterausschüsse, Arbeitsgruppen) erfolgen. Wegen der strukturellen Unterschiede zu den sonstigen Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses wird dafür nach Satz 1 eine eigenständige Geschäftsstelle eingerichtet. Diese Geschäftsstelle ist eine selbständige Verwaltungseinheit der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Den erforderlichen personellen und sachlichen Bedarf des Innovationsausschusses und seiner Geschäftsstelle bestimmt der Innovationsausschuss (Satz 2). Das Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Absatz 2 hat diese Entscheidung des Innovationsausschusses bei der Aufstellung des Haushalts des Gemeinsamen Bundesausschusses umzusetzen. Die entsprechenden Ausgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses werden gemäß § 92a Absatz 3 aus dem Innovationsfonds refinanziert.

Zu Absatz 4

Die Verwaltungseinheit nach Absatz 3 nimmt alle Aufgaben wahr, die zur Vorbereitung und Umsetzung der Entscheidungen des Innovationsausschusses erforderlich sind. Sie ist mit den hierzu erforderlichen Mitteln auszustatten. Eine Übertragung wesentlicher Aufgaben auf einen externen Projektträger kann daher entfallen. Die Geschäftsstelle untersteht unmittelbar der fachlichen Weisung des Innovationsausschusses und der dienstlichen Weisung des unparteiischen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Zu Nummer 31 (§ 95)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstaben aa und bb

Mit der Streichung des Tatbestandsmerkmals „fachübergreifend“ können künftig auch arztgruppengleiche medizinische Versorgungszentren (MVZ) gegründet werden. Damit sind zukünftig auch reine Hausarzt- oder spezialisierte facharztgruppengleiche MVZ möglich. Die Streichung der Sätze 4 und 5 ist eine Folgeänderung zur Streichung des Tatbestandsmerkmals fachübergreifend.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit dieser Ergänzung wird es Kommunen ermöglicht, künftig medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu gründen. Dies ermöglicht es Kommunen, aktiv die Versorgung in der Region zu beeinflussen und zu verbessern.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Gründung eines MVZ in der privatrechtlichen Gesellschaftsform der GmbH bereitet den Kommunen in der Praxis Schwierigkeiten, da an die nach § 95 beizubringende Bürg-

ENTWURF

schaftserklärung nach Landesrecht unterschiedliche und zum Teil hohe Anforderungen gestellt werden. Auch die anderen Rechtsformen, in denen MVZ betrieben werden können (Personengesellschaften und eingetragene Genossenschaften), eignen sich nur bedingt für Kommunen. Deshalb wird Kommunen die Gründung eines MVZ nicht nur in der Rechtsform des privaten Rechts, sondern auch in der öffentlich-rechtlichen Rechtsform des Eigenbetriebs und des Regiebetriebs ermöglicht.

Der neue Satz 4 stellt klar, dass die für Kommunen beim Betrieb von Einrichtungen zur unmittelbaren medizinischen Versorgung nach § 105 Absatz 5 geltenden Einschränkungen (z. B. Zustimmungserfordernis der Kassenärztlichen Vereinigungen) bei der Gründung von MVZ durch Kommunen nicht gelten. Unberührt bleibt im Übrigen die Nachrangklausel des § 103 Absatz 4c Satz 3. Auch für Kommunen gilt damit, dass sie in Verfahren zur Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes gegenüber den übrigen ärztlichen Bewerbern nachrangig zu berücksichtigen sind.

Zu Buchstabe c

Nach § 95 Absatz 3 bewirkt die Zulassung einer Vertragsärztin/eines Vertragsarztes, dass diese/dieser zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Umfang des sich aus der Zulassung folgenden zeitlich vollen oder hälftigen Versorgungsauftrags nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet ist. Entsprechendes gilt für die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren. Zur Unterstützung des mit der Errichtung einer Terminservicestelle (vgl. § 75 Absatz 1a – neu–) verfolgten Ziels einer Reduzierung der Wartezeiten für Patientinnen und Patienten wird zusätzlich klargestellt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen insbesondere anhand der ihnen vorliegenden Leistungsdaten zu prüfen haben, ob Vertragsärztinnen/Vertragsärzte und medizinische Versorgungszentren den sich aus ihrer Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag erfüllen. Die Regelung gilt entsprechend für angestellte Ärztinnen und Ärzte. Bei Verstößen gegen vertragsärztliche Pflichten kommt eine Verhängung der in den Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen geregelten Sanktionsmaßnahmen in Betracht (§ 81 Absatz 5). Hierdurch wird sichergestellt, dass Vertragsärztinnen/Vertragsärzte und medizinische Versorgungszentren in dem ihnen (gesetzlich) vorgegebenen Umfang zur Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehen.

Zu Buchstabe d

Im Sinne gleicher Rahmenbedingungen für Vertragsärztinnen/Vertragsärzte und medizinische Versorgungszentren wird klargestellt, dass die Vorschriften zum Ruhen einer Zulassung für die Anstellungsgenehmigung entsprechend gelten. Im Übrigen erfolgt aus redaktionellen Gründen die Streichung des bisherigen Verweises auf Absatz 7 Satz 3 bis 5.

Zu Nummer 32 (§ 100)

Nach dem Gesetzeswortlaut in § 100 Absatz 2 haben die Landesausschüsse mit verbindlicher Wirkung für die Zulassungsausschüsse in anderen Gebieten Zulassungsbeschränkungen anzuordnen, wenn durch Maßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung oder durch andere Maßnahmen die Sicherstellung der medizinischen Versorgung nicht gewährleistet ist und die Unterversorgung auch nach Ablauf der Frist andauert. Diese Regelung folgt der Regelung in Absatz 1 Satz 2 der Vorschrift, wonach die Landesausschüsse den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen eine angemessene Frist zur Beseitigung oder Abwendung der Unterversorgung einzuräumen haben. Die Abwendung der Unterversorgung meint in diesem Fall die in absehbarer Zeit drohende Unterversorgung aus § 100 Absatz 1 Satz 1. Die Regelung des Absatzes 2 nimmt somit Bezug auf die in Absatz 1 Satz 2 geregelte Frist. Es wäre nicht sachgerecht, wenn die Landesausschüsse den Kassenärztlichen Vereinigungen zwar eine Frist zur Beseitigung und Abwendung der Unterversorgung einräumen, sich hieraus aber nur Folgen für die Beseitigung der Unter-

ENTWURF

versorgung ergeben würden, wohingegen der Ablauf der Frist zur Abwendung der Unterversorgung folgenlos blieb.

Die Regelung des § 100 wird zudem durch die Regelungen des § 16 Zulassungsverordnung der Vertragsärzte (Ärzte-ZV) flankiert; darin ist das nähere Verfahren zu den Zulassungsbeschränkungen bei Unterversorgung geregelt. In § 16 Absatz 3 Ärzte-ZV ist anders als in § 100 Absatz 2 nicht nur die Anordnung von Zulassungsbeschränkungen durch den Landesausschuss bei bestehender, sondern auch bei einer in absehbarer Zeit drohenden Unterversorgung vorgesehen.

Mit der Gesetzesänderung erfolgt daher die Klarstellung, dass die Regelung des § 100 Absatz 2 auch in den Fällen einer in absehbarer Zeit drohenden Unterversorgung Anwendung findet.

Zu Nummer 33 (§ 101)

Um die Rahmenbedingungen für eine Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung für Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu verbessern, sollen die Möglichkeiten zur gemeinsamen Berufsausübung in einer Arztpraxis weiter flexibilisiert werden. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können bereits nach geltendem Recht auch in überversorgten Planungsbereichen ein Jobsharing-Verhältnis eingehen bzw. eine andere Ärztin oder einen anderen Arzt anstellen, wenn sie sich zu einer Leistungsbegrenzung verpflichten, in dem sie den bisherigen Praxisumfang nicht wesentlich überschreiten. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat hierzu nach Absatz 1 Nummer 4 und 5 in der Bedarfsplanungs-Richtlinie konkretisierende Regelungen zu treffen.

Anpassungsbedarf besteht in den Fällen, in denen der bisherige Praxisumfang unterdurchschnittlich ist, da in diesen Fällen der Praxisumfang trotz einer nunmehr gemeinsamen Tätigkeit nur geringfügig gesteigert werden kann. Um in diesen Fällen nach Eingehen eines Jobsharing-Verhältnisses (§ 101 Absatz 1 Nummer 4) oder nach Anstellung eines weiteren Arztes (§ 101 Absatz 1 Nummer 5) der Praxis die Möglichkeit zu geben, den Praxisumfang auf den Durchschnittsumsatz der Arztgruppe zu steigern, muss der G-BA hierzu Regelungen treffen. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 28.01.2009, Az. B 6 KA 5/08) dürfen auch unterdurchschnittliche Arztpraxen außerhalb der Aufbauphase für einen begrenzten Zeitraum nicht von jeder Wachstumsmöglichkeit ausgeschlossen werden.

Zu Nummer 34 (§ 103)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Zum Abbau von Überversorgung und zur Sicherstellung ein möglichst ausgewogenen und flächendeckenden Verteilung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten wurde mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) geregelt, dass der Zulassungsausschuss im Vorfeld eines Verfahrens zur Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes in einem Planungsbereich, in dem Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, über die Frage zu entscheiden hat, ob ein Nachbesetzungsverfahren überhaupt erfolgen soll. Ihm wurde die Möglichkeit eingeräumt, Nachbesetzungsanträge abzulehnen, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. Von dieser Möglichkeit haben die Zulassungsausschüsse kaum Gebrauch gemacht. Aus diesem Grund wird aus der bisherigen Kann-Regelung eine Soll-Regelung. Gleichzeitig werden die bestehenden Ausnahme-Regelungen ergänzt: Zur Förderung der Niederlassung in unterversorgten Gebieten findet die Regelung keine Anwendung für Ärztinnen und Ärzte, die mindestens 5 Jahre in einem Gebiet, in dem der Landesausschuss nach § 100 Absatz 1 das

ENTWURF

Bestehen von Unterversorgung festgestellt hat, vertragsärztlich tätig waren (vergleiche § 103 Absatz 4 Satz 5 Nummer 4).

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Möglichkeit des Zulassungsausschusses, einen Antrag auf Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes abzulehnen, ist nach geltendem Recht ausgeschlossen, wenn die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll, der dem in Absatz 4 Satz 5 Nummer 5 und 6 genannten Personenkreis angehört. Hierdurch wird einerseits dem familiären Interesse des Praxisinhabers an der Weitergabe der Praxis an seine Kinder, den Ehegatten oder den Lebenspartner Rechnung getragen (Nummer 5). Andererseits wird verhindert, dass Ärztinnen und Ärzte, mit denen die ausscheidende Vertragsärztin/der ausscheidende Vertragsarzt zuvor gemeinsam tätig war, gezwungen werden, ggf. ihre vertragsärztliche Tätigkeit in der Praxis aufzugeben (Nummer 6).

Die im neuen Satz 4 getroffene Regelung soll verhindern, dass Vertragsärztinnen/Vertragsärzte die Regelungen zum Abbau von Überversorgung durch ein nur kurzzeitiges Anstellungs- oder Jobsharing-Verhältnis umgehen. Die Ablehnung eines Nachbesetzungsantrages bei Bewerbern nach Nummer 6 ist künftig daher nur noch dann ausgeschlossen, wenn zuvor eine längerfristige (mindestens dreijährige) gemeinsame Zusammenarbeit in der Praxis erfolgt ist. Die für die Nachbesetzung einer Praxis durch Ehegatten, Lebenspartner oder Kinder des bisherigen Praxisinhabers geltenden Privilegierungen (Nummer 5) bleiben hingegen unberührt.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

In der vertragsärztlichen Versorgung gibt es zwar bereits eine Vielzahl von barrierefreien Arztpraxen. Es bedarf jedoch weiterer Anstrengungen, um den Zugang zur Versorgung für Menschen mit Behinderungen zu verbessern. Daher kann es bei der Nachbesetzung eines Arztsitzes ein zu berücksichtigendes Auswahlkriterium sein, ob der Nachfolger bereit ist, Maßnahmen zum Beispiel zum Abbau von baulichen Barrieren zu ergreifen. Hiermit soll die Zahl der barrierearmen Arztpraxen erhöht werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um Folgeänderungen zu den Änderungen des Absatz 3a. Hat der Zulassungsausschuss in den Fällen des Absatzes 3a ein Nachbesetzungsverfahren eingeleitet, weil die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll, der dem in Satz 5 Nummer 5 und 6 bezeichneten Personenkreis angehört, und stellt sich bei der anschließend zu treffenden Auswahlentscheidung heraus, dass ein anderer Bewerber auszuwählen ist, gilt künftig auch hier statt der bisherigen Kann-Regelung eine Soll-Regelung. Der Zulassungsausschuss soll daher auch in diesen Fällen eine Nachbesetzung ablehnen, wenn diese aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist.

Zu Doppelbuchstabe cc

Bewerben sich medizinische Versorgungszentren (MVZ) auf eine ausgeschriebene Zulassung, können sie dies bisher nur, wenn sie im Nachbesetzungsverfahren bereits eine Ärztin oder einen Arzt vorweisen können, weil im Rahmen der vom Zulassungsausschuss zu treffenden Auswahlentscheidung nur personenbezogene Kriterien berücksichtigt werden. In der Realität ist es häufig der Fall, dass MVZ erst dann eine Ärztin bzw. einen Arzt akquirieren, wenn sie tatsächlich auch eine Zulassung bzw. Anstellungsgenehmigung haben. Daher soll der Zulassungsausschuss bei der Nachbesetzung von Zulassungen, auf die sich ein MVZ bewirbt, auch berücksichtigen können, inwieweit durch die Erteilung der Zulassung das besondere Versorgungsspektrum des MVZ zu Gunsten der Patientenver-

ENTWURF

sorgung verbessert wird. Dies kann insbesondere dann der Fall sein, wenn mit der neuen Zulassung das fachübergreifende ärztliche Leistungsspektrum insoweit ergänzt wird, als dass die „Versorgung unter einem Dach“ optimiert werden kann. Im Nachbesetzungsverfahren können daher auch Aspekte der fachübergreifenden Versorgung eines MVZ geprüft werden.

Zu Nummer 35 (§ 105)

§ 105 Absatz 1a gibt den Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit, zur Finanzierung von Fördermaßnahmen einen Strukturfonds zu bilden. Mittel des Strukturfonds sollen insbesondere für Zuschüsse zu den Investitionskosten bei der Neuniederlassung oder der Gründung von Zweigpraxen, für Zuschläge zur Vergütung und zur Ausbildung sowie für die Vergabe von Stipendien verwendet werden (vergleiche Satz 3). Voraussetzung ist, dass der jeweilige Landesausschuss nach § 90 zuvor entweder einen Beschluss nach § 100 Absatz 1 (Feststellung einer eingetretenen oder in absehbarer Zeit drohenden Unterversorgung) oder nach § 101 Absatz 3 (Feststellung, dass in einem nicht unterversorgten Planungsbereich zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht) getroffen hat. Vor dem Hintergrund, dass bislang bundesweit nur wenige dieser Beschlüsse getroffen wurden und es den Kassenärztlichen Vereinigungen erleichtert werden soll, entsprechende Fördermaßnahmen zu ergreifen, wird auf diese Voraussetzung verzichtet. Kassenärztliche Vereinigungen erhalten damit künftig die Möglichkeit, auch ohne Vorliegen entsprechender Beschlüsse des Landesausschusses zur Finanzierung von geeigneten Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung einen Strukturfonds zu bilden. Die geltenden Regelungen zur Finanzierung des Strukturfonds bleiben unverändert.

Zu Nummer 36 (§ 106)

Umfang und Unübersichtlichkeit von § 106 erschweren eine effektive Umsetzung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen und führen zu Unsicherheiten und abnehmender Akzeptanz. Um dem abzuhelfen, wird der Regelungsinhalt des § 106 auf mehrere Paragraphen aufgeteilt. Eine inhaltliche Änderung geht damit nicht einher.

Die Überschrift wird im Hinblick auf die Neustrukturierung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen angepasst.

Absatz 1 entspricht der bisherigen Gesetzesfassung. Mit der Ergänzung um Satz 2 wird bestimmt, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich und die Kassenärztlichen Vereinigungen Inhalt und Durchführung der Beratungen und Prüfungen nach Absatz 2 sowie die Voraussetzungen für Einzelfallprüfungen vereinbaren. Damit wird den Vertragspartnern der Selbstverwaltung die Aufgabe zugewiesen, die genaue Ausgestaltung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen auf der Grundlage der gesetzlichen Regelungen zu vereinbaren. Die Formulierung ist angelehnt an den bisherigen Absatz 3. Die Regelung stellt auch klar, dass es weiterhin die Möglichkeit zu Einzelfallprüfungen gibt. Die Vertragspartner müssen die entsprechenden Voraussetzungen regeln. Dazu gehört auch, dass festgelegt werden muss, wodurch eine entsprechende Einzelfallprüfung ausgelöst wird, also etwa wer antragsberechtigt ist.

Der Regelungsinhalt des bisherigen Absatz 1a wird in Absatz 3 Satz 4 überführt, so dass Absatz 1a gestrichen werden kann.

Im Rahmen der Neustrukturierung des § 106 wird Absatz 2 neu gefasst. Wie bisher wird bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen unterschieden zwischen den arztbezogenen Prüfungen ärztlicher Leistungen einerseits (Nummer 1) und ärztlich verordneter Leistungen andererseits (Nummer 2). Prüfungen nach Nummer 1 werden in § 106a – neu–, Prüfungen nach Nummer 2 in § 106b – neu – näher ausgestaltet. Sämtliche Prüfungen werden durch die Prüfungsstellen nach § 106c – neu – durchgeführt. Die Neustrukturierung der Rege-

ENTWURF

lungen dient der Übersichtlichkeit in der Anwendung der Rechtsvorschriften. Die Trennung der Prüfungsarten von ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen in zwei unterschiedlichen Vorschriften trägt zugleich der Tatsache Rechnung, dass in diesen beiden Leistungsbereichen der gesetzlichen Krankenversicherung – zukünftig noch stärker als bisher – unterschiedliche Prüfungsarten angewandt werden. Die Prüfungsarten zu ärztlichen Leistungen bleiben inhaltlich unverändert, werden jedoch nach § 106a – neu – verschoben, so dass die entsprechenden Regelungen in § 106 Absatz 2 gestrichen werden können. Hinsichtlich ärztlich verordneter Leistungen werden die heutigen Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch regionale Vereinbarungen ersetzt (§ 106b – neu –), so dass auch diese Regelungen entfallen können. Die Regelungen in den neuen Sätzen 2 und 3 entsprechen inhaltlich dem heutigen Absatz 2c. Aus Gründen des Sachzusammenhangs werden sie künftig in Absatz 2 geregelt.

Die Absätze 2a und 2b werden ohne inhaltliche Änderung in § 106a überführt, in dem künftig die Prüfungen für ärztliche Leistungen geregelt sind.

Absatz 3 schildert das weitere Verfahrens vor den Prüfungsstellen, deren genaue formale Ausgestaltung in § 106c – neu – geregelt wird. Die Regelungen in den Sätzen 1, 2 und 4 fanden sich bisher in den Absätzen 4a, 5 und 1a. Die ergänzende Regelung in Satz 2, wonach eine Maßnahme insbesondere auch die Festsetzung einer Rückzahlung sein kann, stellt klar, dass die Prüfvereinbarungen der Länder entsprechende Konsequenzen haben können.

Absatz 3a wird in § 106a – neu – überführt.

Absatz 3b wird gestrichen, da die Vertragspartner auf Landesebene künftig gemäß § 106b Absatz 1 – neu – frei in der Ausgestaltung der Prüfverfahren sind.

Absatz 4 entspricht dem bisherigen Absatz 4b und trägt der Bedeutung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen für die Ausgabenregulierung in der gesetzlichen Krankenversicherung Rechnung.

Die bisherigen Absätze 4 und 4c sowie große Teile von Absatz 4a und 5 werden in § 106c überführt.

Die Absätze 5a bis 5e werden gestrichen, da die Prüfungen bei Arznei- und Heilmitteln künftig der Ausgestaltung der Vertragspartner auf Landesebene gemäß § 106b Absatz 1 – neu – obliegen.

Als redaktionelle Folgeänderung zur Neustrukturierung des § 106 SGB V wird der bisherige Absatz 6 zum Absatz 5. Zudem wird als weitere Folgeänderung der Verweis auf die neuen Absätze 1 bis 4 angepasst und der Verweis auf den bisherigen § 106a durch eine Verweis auf § 106d – neu – ersetzt. Hintergrund ist, dass im Rahmen der Neustrukturierung in den §§ 106 bis 106c – jeweils neu – die Wirtschaftlichkeitsprüfungen zusammenhängend geregelt werden. Der bisherige § 106a (Abrechnungsprüfung) wird daher § 106d – neu –.

Der bisherige § 106 Absatz 7 zur Aufsicht über die Prüfungsstellen und Beschwerdeausschüsse wird in § 106c – neu – überführt.

Zu Nummer 37 (§ 106a)

Die Wirtschaftlichkeitsprüfungen sollen der besseren Übersichtlichkeit halber in verschiedene Vorschriften (§ 106 bis § 106c – neu –) aufgeteilt werden; in der Folge wird der bisherige § 106a (Abrechnungsprüfung) zu § 106d – neu–.

ENTWURF

§ 106a regelt die Prüfungsarten bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlicher Leistungen. Anders als im Bereich der ärztlich verordneten Leistungen gibt es in diesem Bereich keine inhaltlichen Änderungen, da hier im Vergleich zum Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Arznei- und Heilmittelverordnungen kein gesetzlicher Handlungsbedarf besteht.

§ 106a wird neu eingeführt. Inhaltlich gibt es aber keine Änderungen zum bisherigen Prüfverfahren. § 106a – neu – entspricht den bisher in § 106 geregelten Vorschriften zur Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen. So entstammen die Regelungen zum Umfang der Zufälligkeitsprüfungen in Absatz 1 den bisherigen Regelungen in § 106 Absatz 2 zu dieser Thematik. Absatz 2 ist wortgleich mit dem bisherigen Absatz 2a. Absatz 3 ist – bis auf einen Verweis – identisch mit dem bisherigen Absatz 2b. Absatz 4 enthält Regelungen für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen, die sich bisher in Absatz 2 und 3 finden. Absatz 5 ist wortgleich mit dem bisherigen Absatz 3a.

Zu Nummer 38 (§ 106b)

Zu Absatz 1

In Absatz 1 ist als wesentlicher Bestandteil der Neustrukturierung der Regelungen zu den Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Grundsatz geregelt, dass ab [2017] die Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit ärztlich verordneten Leistungen anhand von Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner auf Landesebene geprüft wird. Die Vertragspartner auf Landesebene sind bei der Ausgestaltung der Prüfungen grundsätzlich frei. Auf der Grundlage dieser Vereinbarungen können bei Verstößen gemäß § 106 – neu – Rückzahlungen für die Vertragsärztinnen und -ärzte festgelegt werden. Die Vereinbarungen müssen Regelungen zu allen Bereichen ärztlich verordneter Leistungen enthalten (vgl. § 73 Absatz 2 Nummer 5, 7, 8 und 12).

Zu Absatz 2

Die Vertragspartner auf Bundesebene vereinbaren bis zum 31. Oktober 2015 einheitliche Rahmenvorgaben, die den Vereinbarungen auf Landesebene nach Absatz 1 vorgelagert sind. Die Vereinbarungen sind schiedsfähig. Die Verlagerung der Vorgaben für Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Bereich ärztlich verordneter Leistungen auf die regionale Ebene ermöglicht passgenauere Lösungen; dennoch ist es erforderlich, gewisse Mindeststandards bundeseinheitlich zu regeln.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt den Fall, dass Vereinbarungen nach Absatz 1 nicht oder nicht fristgerecht zustande kommen. Er sieht vor, dass die Vereinbarung nach Absatz 1 schiedsfähig ist und legt fest, dass die bisherigen §§ 84 und 106 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung weiter gelten, sofern auf Landesebene keine anderweitigen Regelungen zustande gekommen sind. So wird eine Regelungslücke vermieden.

Zu Absatz 4

Die hier genannten Bereiche sind bereits nach geltendem Recht von den Wirtschaftlichkeitsprüfungen ausgenommen.

In Nummer 1 wird geregelt, dass Verordnungen der nach § 32 Absatz 1a Satz 1 genehmigten Heilmittel für Versicherte mit langfristigem Behandlungsbedarf nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Absatz 1 unterliegen. Dies war bisher schon in § 106 Absatz 2 Satz 18 geregelt. Im Hinblick auf den Sinn und Zweck und die Bedeutung dieser Vorschrift für Versicherte mit langfristigem Behandlungsbedarf, insbesondere Menschen mit dauerhaften funktionellen/strukturellen Schädigungen, wird an dieser Ausnahmeregelung auch im Rahmen der Neustrukturierung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen festgehalten.

ENTWURF

Nummer 3 stellt sicher, dass Verordnungen von Arzneimitteln, für die der Arzt einem Vertrag nach § 130a Absatz 8 beigetreten ist, nicht Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind. Rabattverträge nach § 130a Absatz 8 sind ein wichtiges Instrument zur Ausgabenbegrenzung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Krankenkassen können hierbei gerade zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung mit den pharmazeutischen Unternehmern Rabatte für Arzneimittel verhandeln; bei diesen Arzneimitteln ist daher von einer wirtschaftlichen Verordnungsweise auszugehen.

Zu Absatz 5

Gemäß § 130b Absatz 2 sollen Vereinbarungen über einen Erstattungsbetrag nach § 130b Absatz 1 vorsehen, dass Verordnungen des Arzneimittels von der Prüfungsstelle als Praxisbesonderheiten bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen anerkannt werden, wenn der Arzt bei der Verordnung im Einzelfall die dafür vereinbarten Anforderungen an die Verordnung eingehalten hat. Dies ändert sich nicht. Das gleiche gilt für § 130c Absatz 4.

Zu Nummer 39 (§ 106c)

In § 106c – neu – finden sich die Regelung zur Organisation der Prüfungsstellen und Beschwerdeausschüsse, die im Wesentlichen den bisherigen Regelungen in § 106 entsprechen. Die auf Landesebene zu bildenden Prüfungsstellen nehmen weiterhin die Aufgabe wahr, die Prüfungen der Wirtschaftlichkeit durchzuführen und die entsprechenden Maßnahmen festzusetzen.

Zu Absatz 1

Dieser Absatz entspricht in seinem Regelungsgehalt dem bisherigen § 106 Absatz 4. Aus Gründen der Neustrukturierung der §§ 106 ff., die der Übersichtlichkeit dient, wird die Regelung in § 106c – neu – verschoben.

Zu Absatz 2

Diese Regelung findet sich bisher in § 106 Absatz 4a, wobei der bisherige Absatz 4a Satz 6 wegen seiner grundsätzlichen Bedeutung für das Prüfungsgeschehen in die Grundnorm des § 106 – neu – aufgenommen wird.

Zu Absatz 3

Die Regelung entspricht dem bisherigen § 106 Absatz 5 Satz 3 ff. § 106 Absatz 5 Satz 1 und 2 wurden wegen ihrer grundsätzlichen Bedeutung in § 106 – neu – aufgenommen.

Zu Absatz 4

Der Regelungsinhalt entspricht dem bisherigen § 106 Absatz 4c.

Zu Absatz 5

Die Norm ist wortgleich mit § 106 Absatz 7.

Zu Nummer 40 (§ 106d)

Die Verschiebung des bisherigen § 106a in den § 106d ist eine Folge der Neufassung des § 106a im Zusammenhang mit der Neuregelung der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

ENTWURF

Mit der Formulierung in Satz 1 wird klargestellt, dass Abrechnungsprüfungen bezogen auf alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte – unabhängig von ihrem vertragsarztrechtlichen Status – sowie auf alle teilnehmenden Praxen, medizinischen Versorgungszentren und sonstigen Einrichtungen von der Kassenärztlichen Vereinigung durchzuführen sind. Dies wird derzeit auch bereits so praktiziert.

Zu Doppelbuchstabe bb

Um auszuschließen, dass angestellte Ärztinnen und Ärzte insbesondere in medizinischen Versorgungszentren bei den Plausibilitätsprüfungen pauschal benachteiligt werden, wird in Satz 2 geregelt, dass z. B. in Vollzeit tätige angestellte Ärztinnen und Ärzte und niedergelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte mit voller Zulassung entsprechend des Umfangs des jeweiligen Versorgungsauftrags bei den Zeitprofilen im Rahmen der Plausibilitätsprüfungen gleich zu behandeln sind. In diesem Zusammenhang sind auch die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbarten Richtlinien sowie ggf. darauf basierende Verfahrensordnungen von Kassenärztlichen Vereinigungen anzupassen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Redaktionelle Folgeänderung zu Satz 1.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung zur Regelung in Absatz 2 Satz 1.

Zu Buchstabe c

Streichung aufgrund abgelaufener Frist.

Zu Nummer 41 (§ 112)

Künftig sind die Einzelheiten zum Entlassmanagement in dreiseitigen Verträgen zu regeln (vergleiche § 39 Absatz1a – neu – und § 115 Absatz 2 Nummer 6 – neu –).

Zu Nummer 42 (§ 113)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Neufassung von § 117 sowie zu den mit dem neuen § 119c vorgesehenen medizinischen Behandlungszentren. Die Leistungserbringung der Hochschulambulanzen und Hochschulambulanzen an Psychologischen Universitätsinstituten und der Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 6 des Psychotherapeutengesetzes sowie der medizinischen Behandlungszentren wird wie die Versorgung durch psychiatrische Institutsambulanzen und sozialpädiatrische Zentren von den Krankenkassen im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit und Qualität in entsprechender Anwendung der für die Prüfungen geltenden Regelungen geprüft werden.

Zu Buchstabe b

Durch die Umstrukturierung der Regelungen zu den Wirtschaftlichkeitsprüfungen ist eine Anpassung des Verweises notwendig.

Zu Nummer 43 (§ 115)

Folgeänderung zu § 39 Absatz 1a – neu – und § 112 Absatz 2 Satz 1. Künftig ist das Nähere zum Entlassmanagement in einer dreiseitigen Vereinbarung zwischen Spitzenver-

ENTWURF

band Bund der Krankenkassen, der deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu regeln (vergleiche § 39 Absatz1a – neu –). Es ist sachgerecht, auch die weitere Ausgestaltung vor Ort in einem dreiseitigen Vertrag zu regeln.

Zu Nummer 44 (§ 116a)

Hat ein Landesausschuss festgestellt, dass in einem Planungsbereich eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder in absehbarer Zeit droht oder ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht, bietet § 116a die Möglichkeit, zugelassene Krankenhäuser auf deren Antrag zur Teilnahme an der ambulanten ärztlichen Versorgung zu ermächtigen. Von dieser Möglichkeit wird von den Zulassungsausschüssen in der Praxis allerdings eher zurückhaltend Gebrauch gemacht. Um die ambulante ärztliche Versorgung in den betreffenden Gebieten zu verbessern, wird die Regelung zur Ermächtigung von Krankenhäusern verbindlicher ausgestaltet. Liegt ein entsprechender Beschluss des Landesausschusses vor, ist der Zulassungsausschuss künftig verpflichtet, Krankenhäuser auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen. Die für Ermächtigungen geltenden Vorschriften in § 31 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (z. B. zur Befristung von Ermächtigungen) bleiben unberührt.

Zu Nummer 45 (§ 116b)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa bis cc

Durch die Ergänzung wird klargestellt, dass die im Wege der Anforderung weiterer Informationen und ergänzender Stellungnahmen herbeigeführte Unterbrechung des Laufs der Frist nach § 116b Absatz 2 Satz 4 nicht zu einem Neubeginn der Frist führt. Vergleichbar mit der Hemmung einer Verjährung nach § 209 Bürgerliches Gesetzbuch führt die Unterbrechung des Laufs der Frist lediglich dazu, dass die Frist während des Zeitraums der Unterbrechung bis zum Eingang der angeforderten Auskünfte nicht weiterläuft. Nach Ende der Unterbrechung (nach Eingang der Auskünfte) verbleibt dem erweiterten Landesausschuss demnach zur Prüfung der Teilnahmeberechtigung und ggf. Mitteilung eines negativen Prüfergebnisses die noch vorhandene Restfrist, bevor die vorgesehene Rechtsfolge nach § 116b Absatz 2 Satz 4 erster Halbsatz (Teilnahmeberechtigung) eintritt.

Die vorgenommene Klarstellung ist erforderlich, weil trotz des bereits klaren Wortlauts in § 116b Absatz 2 Satz 5 unter den erweiterten Landesausschüssen in den einzelnen Ländern unterschiedliche Auffassungen und Unklarheit über die Folgen einer Unterbrechung des Laufs der Prüffrist bestand. Sie dient einer zügigen und effizienten Sichtung und Erledigung der von Leistungserbringern erstatteten Anzeigen mit dem Ziel, eine zeitnahe Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zu ermöglichen. Kurze Restlaufzeiten können die erweiterten Landesausschüsse durch eine frühzeitige Vollständigkeitsprüfung vermeiden.

Die mit der Ergänzung in § 116b klargestellte Wirkung einer fristunterbrechenden Anforderung weiterer Informationen oder ergänzender Stellungnahmen ergibt sich ebenso bei den in §§ 32 Absatz 1a, 73b Absatz 9, 87 Absatz 6 und 94 Absatz 1 im Wesentlichen wortgleichen Regelungen. Dort besteht jedoch im Gegensatz zu § 116b kein Bedarf für eine gesetzliche Klarstellung.

Bei den Änderungen in den neuen Sätzen 8 und 10 handelt es sich um Folgeänderungen aufgrund der Einfügung des neuen Satzes 6.

Zu Buchstabe b

ENTWURF

Um Qualität als Kriterium für die Teilnahmeberechtigung an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung weiter zu stärken, wird dem G-BA gesetzlich vorgegeben, die entsprechenden Arbeitsergebnisse des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a bei der Regelung der sächlichen und personellen sowie sonstigen Qualitätsanforderungen an die spezialfachärztlichen Leistungserbringer einzubeziehen.

Zu Buchstabe c

Durch die Umstrukturierung der Regelungen zu den Wirtschaftlichkeitsprüfungen ist eine Anpassung des Verweises notwendig. Wegen des Verweises auf § 113 Absatz 4, der seinerseits auf die §§ 106 bis 106c – neu – verweist, erübrigen sich detaillierte weitere Verweise.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa und bb

Mit der Regelung wird ein dauerhafter Bestandsschutz für Krankenhäuser geschaffen, die an der ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116b in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung teilnehmen. Dieser Bestandsschutz dient dazu, auch nach Einführung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung weiterhin eine kontinuierliche, auch ambulante Versorgung durch die bisherigen § 116b-Krankenhäuser zu ermöglichen, damit sich die Versorgungssituation für die betroffenen Patientinnen und Patienten nicht verschlechtert.

Die Aufhebung einer Bestimmung nach § 116b Absatz 2 Satz 1 in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung durch das Land ist zukünftig nur noch möglich, wenn das Krankenhaus im Sinne von § 116b Absatz 2 Satz 2 a. F. nicht mehr zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus geeignet ist, beispielsweise weil es die in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b a. F. geregelten Qualitätsanforderungen nicht mehr erfüllt. Damit bleibt auch weiter eine qualitativ hochwertige Versorgung in den bisherigen Einrichtungen gewährleistet, welche von den Patientinnen und Patienten im Sinne der Behandlungskontinuität wahrgenommen werden kann.

Zu Nummer 46 (§ 117)

Zu Buchstabe a

Angesichts der steigenden Bedeutung von Hochschulambulanzen bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schweren und komplexen Krankheitsbildern werden die gesetzlichen Grundlagen für die Ermächtigung von Hochschulambulanzen für die ambulante Behandlung der Versicherten weiterentwickelt. Die Teilnahme der Hochschulambulanzen an der vertragsärztlichen Versorgung zum Zwecke der Behandlung und Untersuchung gesetzlich Versicherter erfolgt nunmehr kraft Gesetzes. Dabei umfasst diese gesetzliche Ermächtigung wie die bisherige Ermächtigung durch die Zulassungsausschüsse die ärztliche Behandlung für die Zwecke der Forschung und Lehre. Um der zunehmenden Behandlungsnotwendigkeit von Versicherten Rechnung zu tragen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung eine Untersuchung oder Behandlung von einer Hochschulambulanz bedürfen, wird auch die Untersuchung und Behandlung dieser Personengruppen von der gesetzlichen Ermächtigung umfasst. Für die Inanspruchnahme der Hochschulambulanzen in diesen Fällen bedarf es einer Überweisung durch einen Facharzt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft erhalten den Auftrag, den im Gesetz genannten Personenkreis in einem dreiseitigen Vertrag näher zu bestimmen. Zudem können sie Ausnahmen von dem Überweisungsgebot durch einen Facharzt vereinbaren.

ENTWURF

Kommt eine Einigung der Vertragspartner ganz oder teilweise nicht zu Stande wird, der Vertragsinhalt durch das erweiterte Bundesschiedsamt festgelegt.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Folgeänderung zur Neufassung von Absatz 1. Dabei gilt auch für die Ermächtigung der Hochschulambulanzen an psychologischen Universitätsinstituten die Erweiterung des Leistungsspektrums auf die Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung eine Untersuchung oder Behandlung von einer Hochschulambulanz bedürfen. Über den Verweis auf Absatz 1 wird geregelt, dass die Vertragspartner nach Absatz 1 auch für die Fälle des Absatz 2 Vereinbarungen zu treffen haben.

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung zur Neufassung von Absatz 1. Aufgrund der Ermächtigung kraft Gesetzes entfällt das Instrument des Ermächtigungsbescheids, in dem die Durchführung der Ermächtigung geregelt wird. Fallzahlbegrenzungen können in den Vergütungsverträgen nach § 120 Absatz 2 bis 4 weiterhin vorgesehen werden.

Zu Nummer 47 (§ 119b)

Zu Buchstabe a

Vor dem Hintergrund des verspäteten Inkrafttretens der bundesweiten Vereinbarung zu den Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen, die als Voraussetzung für die Vereinbarung von regionalen Zuschlägen nach § 87a Absatz 2 Satz 3 zweiter Halbsatz und somit auch für die Evaluation notwendig ist, wird der Evaluierungszeitraum für das Institut des Bewertungsausschusses um ein Jahr verlängert. Das Institut des Bewertungsausschusses hat der Bundesregierung nunmehr bis zum 31. August 2016 über die Ergebnisse zu berichten. Dies ermöglicht eine sachgerechte Evaluierung der auf der Grundlage der abgeschlossenen Vereinbarung möglichen Zahlung von Zuschlägen.

Zu Buchstabe b

Das Ziel der Evaluation erfordert auch den Einbezug einschlägiger Daten der Pflegekassen. Deshalb sind für die Evaluation erforderliche Daten zusätzlich auch von den Pflegekassen zu erfassen und zu übermitteln. Die Befugnis der Pflegekassen hierzu ist durch § 94 Absatz 2 Satz 1 SGB XI gegeben. Die Erfassung und Übermittlung der Daten zur Evaluation erfolgt in entsprechender Anwendung von § 87 Absatz 3f, also unter anderem in pseudonymisierter Form.

Zu Nummer 48 (§119c)

Die medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderungen muss weiter verbessert werden. Hierzu wird entsprechend der bereits für Kinder geltenden Regelung zur Ermächtigung sozialpädiatrischer Zentren eine Regelung zur Ermächtigung von medizinischen Behandlungszentren zur ambulanten Behandlung von Erwachsenen geschaffen. Die medizinischen Behandlungszentren sollen eine adäquate gesundheitliche Versorgung für Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, die das 18. Lebensjahr überschritten haben und die Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 Absatz 1 nicht mehr in Anspruch nehmen können, gewährleisten. Hierfür müssen sie geeignet sein, die von erwachsenen Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer geistigen oder schweren Mehrfachbehinderungen benötigten Gesundheits-

ENTWURF

leistungen an einem Ort und mit vertretbarem Aufwand „aus einem Guss“ zu erbringen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der in den Behandlungszentren zu versorgende Personenkreis neben einer zielgruppenspezifischen Diagnostik und Therapie insbesondere auch einer zielgruppenspezifischen Kommunikation durch geeignete Kommunikationsstrategien (einfache Sprache, Bilder, Kommunikationshilfsmittel, Assistenz, etc.) bedarf.

Die Behandlungszentren müssen unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Behandlung bieten. Die Behandlung ist auf diejenigen Erwachsenen auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behinderung durch zugelassene Vertragsärzte/-ärztinnen nicht ausreichend behandelt werden können.

Angeboten werden sollen diejenigen Leistungen, die von den betroffenen Menschen speziell benötigt werden. Hierzu können auch zahnmedizinische Leistungen gehören. Neben der Durchführung von spezifischer Diagnostik und Therapie bzw. der Aussprache von Therapieempfehlungen für den/die weiterbehandelnde/n Arzt/Ärztin soll eine wesentliche Leistung der medizinischen Behandlungszentren darin liegen, die Organisation und die Koordination verschiedener ambulanter fachärztlicher Leistungen (Diagnostik, Behandlung, weitere ärztliche Veranlassung, Therapiepläne) sicherzustellen sowie eng mit den anderen behandelnden Ärzten und Einrichtungen bzw. Diensten der Eingliederungshilfe und auch anderen Professionen (Heil- und Hilfsmittelerbringer und Erbringer von Kranken-/ Behindertentransportleistungen) zusammenzuarbeiten. Medizinische Behandlungszentren können für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, die als Kinder und Jugendliche durch ein sozialpädiatrisches Zentrum versorgt wurden, ein Anschlussversorgungsangebot sein. In diesem Fall soll eine systematische Transition vom kinder- und jugendmedizinischen Versorgungskontext zum erwachsenenmedizinischen Versorgungskontext erfolgen.

Hinsichtlich der Vergütung der in den Behandlungszentren erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen gilt wie bei sozialpädiatrischen Zentren, dass diese unmittelbar von den Krankenkassen vergütet werden.

Zu Nummer 49 (§ 120)

Zu Buchstabe a (Doppelbuchstabe aa und bb)

Die Regelungen schaffen die notwendigen Grundlagen zur Abrechnung der Leistungen nach § 76 Absatz 1a. Diese sind als ambulante ärztliche Leistungen durch die Krankenhausträger mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung abzurechnen. Die Abrechnung erfolgt, soweit eine Überweisung vorliegt, auf Grundlage der Überweisung versichertenbezogen, nach Maßgabe der regionalen Euro-Gebührenordnung.

Zu Buchstaben b

Zu Doppelbuchstabe aa

Für Erwachsene mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen werden in § 119c in Anlehnung an die sozialpädiatrischen Zentren (§ 119) medizinische Behandlungszentren geschaffen. Auch hinsichtlich der Vergütung gelten für die ambulanten Leistungen der medizinischen Behandlungszentren die gleichen Regelungen wie für die sozialpädiatrischen Zentren. Auch die in medizinischen Behandlungszentren erbrachten ärztlichen Leistungen sind unmittelbar von den Krankenkassen zu vergüten. Die Vergütung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mit den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land (z.B. der Landeskrankenhausgesellschaft) vereinbart. Bei den Vergütungsverhandlungen sind wie bei den sozialpädiatrischen Zentren auch die in Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten und anderen Stellen erbrachten nichtärztlichen Leistungen angemessen zu berücksichtigen. Die ver-

ENTWURF

einbarte Vergütung muss die Leistungsfähigkeit der medizinischen Behandlungszentren bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten. Die Vergütung kann pauschaliert werden.

Die Leistungen der medizinischen Behandlungszentren sind auf diejenigen Erwachsenen mit Behinderung auszurichten, die wegen der Schwere oder der Dauer ihrer Behinderung nicht oder nicht ausreichend durch niedergelassene Ärztinnen/Ärzte bzw. von sozialpädiatrischen Zentren behandelt werden können. Die medizinischen Behandlungszentren sollen die Durchführung von spezifischer Diagnostik und Therapie, die Aussprache von Therapieempfehlungen für die/den weiterbehandelnde/n Ärztin/Arzt sowie die Organisation und Koordination verschiedener ambulanter (fachärztlicher) Leistungen anbieten.

Auch für die ambulante Behandlung in ermächtigten Einrichtungen der Behindertenhilfe nach § 119a sowie für vertragsärztliche Leistungen für Versicherte mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, die insbesondere auch durch die Kooperation mit medizinischen Behandlungszentren erbracht werden, soll, soweit dies medizinisch oder aufgrund der Besonderheiten bei der Ausführung der Leistung erforderlich ist, nach § 87 Absatz 3 Satz 5 vereinbart werden, dass die Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen mit festen Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Zum einen handelt es sich um eine Folgeänderung zur Neufassung von § 117 Absatz 1. Künftig ist bei der Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen die Leistungsfähigkeit der Hochschulambulanzen bei wirtschaftlicher Betriebsführung wie bei der Vergütung der ambulanten Versorgung durch psychiatrische Institutsambulanzen und sozialpädiatrische Zentren zu gewährleisten. Dabei können auch Fallzahlbegrenzungen und Pauschalierungen verhandelt werden. Der Anpassung der Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen steht der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht entgegen. Kommt die Vergütungsvereinbarung ganz oder teilweise nicht zu Stande, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei die Vergütung fest (vgl. Absatz 4).

Zum anderen handelt es sich um eine Folgeänderung zur Einführung medizinischer Behandlungszentren (vgl. Buchstabe b Doppelbuchstabe aa).

Zu Doppelbuchstabe cc

Auf die Vorgabe, wonach bei der Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen eine Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgen soll, wird künftig verzichtet. Diese Regelung hat in der Praxis dazu geführt, dass im Rahmen der Vergütungsverhandlungen auf die Leistungen und Bewertungen der einheitlichen Bewertungsmaßstäbe oder die Vergütungen der vorstationären Behandlung abgestellt wurde. Künftig muss die Vergütung der Hochschulambulanzen, wie bei den psychiatrischen Institutsambulanzen und Sozialpädiatrischen Zentren, die Leistungsfähigkeit bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten. Satz 4 gibt hierfür vor, dass zur Erhöhung der Leistungstransparenz der Hochschulambulanzen bei den Vergütungsvereinbarungen bundeseinheitliche Grundsätze, die die Besonderheiten der Hochschulambulanzen abbilden, insbesondere zur Vergütungsstruktur und Leistungsdokumentation, zu berücksichtigen sind.

Zu Doppelbuchstabe dd

Mit der Änderung wird zum einen klargestellt, dass ein Investitionskostenabschlag bei Hochschulambulanzen, die nicht an Plankrankenhäusern betrieben werden, nicht zum Ansatz kommen kann. Bei Hochschulambulanzen, die an Plankrankenhäusern betrieben werden, ist weiterhin ein Investitionskostenabschlag bei der Vergütung der Leistungen der

ENTWURF

Hochschulambulanzen zu berücksichtigen, wobei der Abschlag künftig mit höchstens 5 vom Hundert angesetzt werden darf, um damit eine angemessene Berücksichtigung des derzeitigen Förderumfangs zu ermöglichen. Vor dem Hintergrund, dass die Vergütung pauschaliert werden kann, können die Vertragspartner auch über die angemessene Berücksichtigung des Investitionskostenabschlag verhandeln.

Zu Doppelbuchstabe ee

Auf die Anforderung wird verzichtet, da sie sich in der Praxis als problematisch erweisen kann, soweit die Vergleichbarkeit nicht in allen Leistungsteilen gegeben ist. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Hochschulambulanzen in erster Linie schwere Fälle versorgen sollen, während dies im vertragsärztlichen Bereich bei den persönlich ermächtigten Krankenhausärzten nicht gilt.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Folgeänderung zur Einführung medizinischer Behandlungszentren (vgl. Buchstabe b Doppelbuchstabe aa).

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung zur Einführung medizinischer Behandlungszentren (vgl. Buchstabe b Doppelbuchstabe aa).

Zu Doppelbuchstabe cc

Zur Erhöhung der Leistungstransparenz sind vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft auch bundeseinheitliche Grundsätze, die die Besonderheiten der Hochschulambulanzen adäquat abbilden, insbesondere zur Vergütungsstruktur und zur Leistungsdokumentation, zu vereinbaren.

Zu Buchstabe d

Die Kassenärztliche Vereinigung vergütet die in den Krankenhäusern erbrachten ambulanten Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen ohne Mengenbegrenzung mit den festen Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung zu Lasten des für den fachärztlichen Bereichs vorgesehenen Vergütungsanteils. Dies gilt nicht, soweit die Vertragsparteien nach § 87a Absatz 2 Satz 1 für diese Leistungen gesamtvertragliche Regelungen nach § 87a Absatz 2 Satz 3 sowie nach § 87a Absatz 3 Satz 5 getroffen haben, nach denen diese Leistungen von den zuständigen Krankenkassen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen bezahlt werden. Darüber hinaus wird klargestellt, dass die Vergütung nicht um einen Investitionskostenabschlag gekürzt werden darf. Die Kassenärztliche Vereinigung stellt die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnung einschließlich der abgerechneten Sachkosten fest. Plausibilitätsprüfungen sind nicht anzuwenden. Die Kassenärztliche Vereinigung erhält die Kompetenz, das Nähere zum Abrechnungsverfahren sowie zu den Vordrucken im Rahmen einer Benehmensherstellung mit den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land zu regeln.

Zu Buchstabe e

Die Regelung sieht für den Fall der Nichteinigung über die bundeseinheitlichen Grundsätze insbesondere zur Vergütungsstruktur und Leistungsdokumentation der Hochschulambulanzen eine Entscheidung durch die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu bildende Schiedsstelle vor. Die Schiedsstelle

ENTWURF

besteht in diesem Fall aus Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Ein Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung wird für diese Entscheidung der Schiedsstelle nicht bestellt.

Zu Nummer 50 (§ 125)

Durch die Ergänzung wird bestimmt, dass in den Rahmenempfehlungen des Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln insbesondere die notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung zu regeln sind. Ein Vergütungsanspruch des Heilmittelerbringers gegenüber der Krankenkasse setzt voraus, dass die Heilmittelbehandlung auf der Grundlage einer ordnungsgemäßen vertragsärztlichen Verordnung durchgeführt wurde. Die Angaben der Verordnung sind erforderlich, damit eine sachgerechte und wirtschaftliche Therapie erfolgen kann. Nach dem Bundessozialgericht sind die Leistungserbringer im Hinblick auf die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Heilmittelerbringung verpflichtet, die Verordnung auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen. Durch die Regelung werden die Vertragspartner in ihrem Bemühen unterstützt, sich in gemeinsamer Verantwortung auf praktikable Verfahrensweisen im Umgang mit fehlerhaft ausgestellten Verordnungen zu verständigen. Die obligatorische Regelung der notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung in den Rahmenempfehlungen soll insoweit zur Rechtsklarheit zwischen Krankenkassen, verordnenden Ärztinnen und Ärzten und den Heilmittelerbringern beitragen und sicherstellen, dass formale Fehler bei der Ausstellung der Heilmittelverordnung vermieden werden. In den einheitlichen Regelungen zur Abrechnung der Heilmittelverordnungen sollen insbesondere die Pflichten der Leistungserbringer sowie Korrekturmöglichkeiten, Korrekturform und Korrekturzeitpunkt der Abrechnungen festgelegt werden. Die Regelung soll sicherstellen, dass Rechnungskürzungen nur in berechtigten Fällen erfolgen und Nullretaxationen aufgrund rein formaler Fehler bei der Ausstellung der Verordnung sowie Nullretaxationen ohne Korrekturmöglichkeiten unterbunden werden.

Zu Nummer 51 (§ 129)

Zu Buchstabe a

Apotheker und Apothekerinnen leisten einen entscheidenden Beitrag zur guten und sicheren Arzneimittelversorgung in Deutschland. Es ist ein legitimes Interesse, dass sie vor unsachgemäßen Retaxationen der Krankenkassen "auf Null" (Vollabsetzung von der Rechnung) und damit vor wirtschaftlicher Überforderung in den Fällen geschützt werden, in denen Versicherte das nach den Regelungen des SGB V abzugebende Arzneimittel erhalten haben, das der Arzt bzw. die Ärztin ausgewählt hat. Dadurch unterscheiden sich diese Fälle von denjenigen, in denen Apotheken anstelle eines Rabattvertragsarzneimittels pflichtwidrig ein anderes Arzneimittel abgeben. Dazu hat die Rechtsprechung entschieden, dass weder ein Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse noch ein Anspruch auf Ersatz des Wertes oder der Beschaffungskosten des abgegebenen Arzneimittels besteht (BSG, Urteil vom 2. Juli 2013 – B 1 KR 49/12 R; Parallelentscheidung B 1 KR 5/13 R, bestätigt durch BVerfG, Nichtannahmebeschluss vom 7. Mai 2014, 1 BvR 3571/13, 1 BvR 3572/13).

Zwar bleibt es dabei, dass Anforderungen an die ärztliche Verordnung, die aus Gründen der Arzneimittelsicherheit z.B. in der Verordnung über die Verschreibungspflicht von Arzneimitteln (AMVV) genannt sind, im Sinne der sicheren Versorgung der Versicherten mit Arzneimitteln uneingeschränkt gelten. Wenn eine Krankenkasse allerdings letztlich von ihrer Leistungspflicht gegenüber ihrem Versicherten frei wird und der Versicherte trotz unbedeutender formaler Fehler das von dem Arzt oder der Ärztin verordnete Arzneimittel unter Berücksichtigung der Regelungen des SGB V erhalten hat, ist es unverhältnismä-

ßig, wenn die Apotheke keine Erstattung für das abgegebene Arzneimittel erhält. Ein solcher Fehler kann etwa die Verwendung einer Abkürzung auf der Verordnung sein. Es ist im Sinne der Versicherten erforderlich, dass die Versorgung mit notwendigen Arzneimitteln nicht durch unnötige bürokratische Hürden behindert wird. Die Schaffung eines geeigneten Interessenausgleichs, der Fehlanreize vermeidet, ist der Selbstverwaltung im Rahmenvertrag nach Absatz 2 zu überlassen. Es können etwa Regelungen zu Heilungsmöglichkeiten für Formverstöße vereinbart werden. Zudem können auch Regelungen vorgesehen werden, die lediglich eine teilweise Retaxation beinhalten. Bei den Heilungsmöglichkeiten muss jedoch berücksichtigt werden, dass den Krankenkassen kein unverhältnismäßiger, kostenträchtiger Verwaltungsaufwand entsteht.

Zu Buchstaben b

Folgeänderung zur Bündelung der Vertragskompetenzen der Krankenkassen in § 140a.

Zu Nummer 52 (§ 130)

Zu Buchstabe a und b

Für die Jahre 2011 und 2012 war durch das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) für die Abgabe eines verschreibungspflichtigen Fertigarzneimittels der Apothekenabschlag auf 2,05 Euro festgesetzt worden. Er sollte erstmalig für die Wirkung ab dem Jahr 2013 vertraglich angepasst werden. Zum Apothekenabschlag für das Jahr 2013 konnten die Vertragspartner jedoch erst im Rahmen des Schiedsstellenverfahrens einen Konsens über die Höhe des Apothekenabschlags bis zum Jahr 2015 erzielen. Über die Frage des Verhältnisses zwischen den sich teilweise überschneidenden Anpassungsparametern zum Apothekenabschlag nach § 130 und denen zum Festzuschlag nach § 78 Arzneimittelgesetz konnte jedoch kein gemeinsames Verständnis entwickelt werden. Um daraus resultierende Konflikte zu vermeiden, wird die Höhe des Apothekenabschlags gesetzlich festgeschrieben. Dies entspricht auch in der Höhe einem gemeinsamen Vorschlag der maßgeblichen Rahmenvertragspartner nach § 129 Absatz 2. Auf Grund der gesetzlichen Festlegung der Höhe können die bisher vorgesehenen Parameter für die Anpassung des Apothekenabschlags entfallen.

Zu Nummer 53 (§ 130b)

Die künftigen Regelungen zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen stellen es den Vertragspartnern auf Landesebene im Bereich ärztlich verordneter Leistungen und somit auch im Bereich der Arzneimittel frei, welche Prüfungsarten sie wählen. Die bisher in § 106 Absatz 2 Satz 1 vorgesehene Auffälligkeitsprüfung nach Richtgrößenvolumina wird somit nicht mehr bundesgesetzlich vorgeschrieben. Als Konsequenz daraus wird auch § 106 Absatz 5a, der genauere Regelungen zu den Auffälligkeitsprüfungen enthält und auf Absatz 2 aktuell verweist, aufgehoben. Gemäß § 106b Absatz 5 – neu – bleibt § 130b Absatz 2 in seinem Regelungsgehalt jedoch unberührt. Unabhängig davon, für welche Ausgestaltung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlich verordneter Leistungen sich die Landesvertragspartner gemäß § 106b Absatz 1 Satz 1 – neu – entscheiden, ist die Verordnung eines Arzneimittels in jedem Fall als Praxisbesonderheit anzuerkennen, wenn dies nach Absatz 2 vereinbart ist.

Zu Nummer 54 (§ 130c)

Zu Buchstabe a

Die künftigen Regelungen zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen stellen es den Vertragspartnern auf Landesebene im Bereich ärztlich verordneter Leistungen und somit auch im Bereich der Arzneimittel frei, welche Prüfungsarten sie wählen. Die bisher in § 106 Absatz 2 Satz 1 vorgesehene Auffälligkeitsprüfung nach Richtgrößenvolumina wird somit nicht

ENTWURF

mehr bundesgesetzlich vorgeschrieben. Als Konsequenz daraus wird auch § 106 Absatz 5a, der genauere Regelungen zu den Auffälligkeitsprüfungen enthält und auf Absatz 4 aktuell verweist, aufgehoben. Gemäß § 106b Absatz 5 – neu – bleibt Absatz 4 in seinem Regelungsgehalt jedoch unberührt, so dass die entsprechenden Verordnungen in jedem Fall bei Vorliegen der Voraussetzungen des Absatzes 4 als Praxisbesonderheiten anzuerkennen sind.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung der Streichung von § 106 Absatz 5a Satz 12.

Zu Nummer 55 (§132)

Mit der Neufassung des Absatzes 1 wird der gestiegenen Bedeutung der Leistungen zur Versorgung mit Haushaltshilfe Rechnung getragen. So wurde zum Beispiel mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz zum 1. Januar 2012 der bisherige Leistungsanspruch der Versicherten auf Versorgung mit Haushaltshilfe erweitert: Die Krankenkassen sollen (statt bisher können) nunmehr in ihrer Satzung bestimmen, dass sie in anderen als den in § 38 Absatz 1 genannten Fällen Haushaltshilfe erbringen, wenn Versicherten wegen Krankheit die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist (§ 38 Absatz 2). Außerdem können die Krankenkassen im Bereich Haushaltshilfe zusätzliche Satzungsleistungen nach § 11 Absatz 6 anbieten.

In der Praxis werden Leistungen der Haushaltshilfe bislang ganz überwiegend im Wege der Kostenerstattung für selbst beschaffte Haushaltshilfen (z. B. Nachbarn) erbracht. An dieser, in § 38 Absatz 4 geregelten Möglichkeit, wird unverändert festgehalten. Eine Gewährung der Haushaltshilfe als Sachleistung durch einen Vertragsleistungserbringer ist insbesondere aber dann notwendig, wenn die Möglichkeiten der eigenen Familie und der Nachbarschaftshilfe erschöpft sind. Mit dem neuen Satz 1 werden die Krankenkassen daher verpflichtet, mit geeigneten Personen, Einrichtungen oder Unternehmen Verträge über den Inhalt, den Umfang, die Vergütung sowie die Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Dienstleistungen zur Versorgung mit Haushaltshilfe zu schließen. Hinsichtlich der Vertragsinhalte übernimmt die Regelung den bisherigen Wortlaut des § 132 Absatz 1 Satz 2.

Von Seiten entsprechender Vertragsleistungserbringer wurde in der Vergangenheit zunehmend Kritik daran geäußert, dass die Vergütungen im Bereich der Fachkräfteeinsätze zur Gewährung von Haushaltshilfe nicht mehr leistungsgerecht und kostendeckend seien. Vor diesem Hintergrund wird in Anlehnung an die Vorschrift des § 132a (Versorgung mit häuslicher Krankenpflege) eine Schiedsstellenregelung vorgesehen.

Die Sätze 2 bis 4 übernehmen im Wesentlichen die für Verträge über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege getroffenen Regelungen und entsprechen dem dort üblichen (Schieds-)Verfahren. Vorgesehen ist danach, dass sich die Vertragsparteien im Falle einer Nichteinigung zunächst auf eine unabhängige Schiedsperson zu verständigen haben, die dann den Inhalt des Vertrages festzulegen hat. Können sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson einigen, ist es Aufgabe der für die vertragsschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde, die Schiedsperson zu bestimmen. Die Kosten des Schiedsverfahrens sind von den Vertragsparteien zu gleichen Teilen zu tragen.

Satz 5 übernimmt die bislang im Absatz 1 Satz 1 getroffene Regelung zur Möglichkeit der Anstellung geeigneter Personen durch Krankenkassen. Auch wenn von der Möglichkeit, zur Durchführung der Haushaltshilfe geeignete Personen anzustellen, von den Krankenkassen in der Vergangenheit nahezu kein Gebrauch gemacht wurde, wird an dieser Option für die Krankenkassen festgehalten.

ENTWURF

Zu Nummer 56 (§ 134a)

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bei Schwangerschaft und Mutterschaft umfassen ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe. Gemäß § 4 Absatz 1 des Hebammengesetzes muss zu jeder Geburt eine Hebamme hinzugezogen werden. Zudem ist für gesetzlich krankenversicherte Frauen die freie Wahl des Geburtsorts, also die Möglichkeit, in einem Krankenhaus, einer von Hebammen geleiteten Einrichtung oder zu Hause zu entbinden, ausdrücklich gesetzlich verankert (§ 24f). Die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit Hebammenhilfe ist daher von zentraler Bedeutung, dabei kommt den freiberuflich tätigen Hebammen eine wesentliche Aufgabe zu.

Nach den jeweiligen landesgesetzlichen Regelungen sind freiberuflich tätige Hebammen verpflichtet, eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung abzuschließen. In den vergangenen Jahren sind die Versicherungsprämien für freiberuflich tätige Hebammen erheblich angestiegen. Dabei geht ein wesentlicher Teil der Schadensregulierungskosten auf die Regressforderungen der Kranken- und Pflegeversicherung zurück.

Mit der Regelung des neuen § 134a Absatz 5 wird ausgeschlossen, dass die Kranken- und Pflegekassen die Ansprüche, die gemäß § 116 Absatz 1 SGB X auf sie übergegangen sind, gegenüber einer freiberuflich tätigen Hebammen geltend machen. Die Kranken- und Pflegekassen können die Mittel, die sie für die Behandlung und Pflege eines geschädigten Kindes aufgebracht haben, im Haftungsfall folglich nicht mehr regressieren, soweit eine freiberuflich tätige Hebamme haftet. Der Regressausschluss ist dabei ausdrücklich auf nicht grob schuldhaft verursachte Behandlungsfehler in der Geburtshilfe beschränkt.

Ist der Regress ausgeschlossen, wird auch der Freistellungsanspruch der Hebamme gegenüber ihrem Versicherer aufgrund der Berufshaftpflichtversicherung (§ 100 Versicherungsvertragsgesetz) nicht ausgelöst, so dass auch eine Inanspruchnahme des Versicherers durch die Kranken- und Pflegekasse ausscheidet. Dadurch wird die zu versichernde Schadenssumme erheblich reduziert, was zu einer bezahlbaren Berufshaftpflichtversicherung der freiberuflich tätigen Hebammen beitragen wird.

Der Regressausschluss gilt auch für alle bestehenden Ansprüche ab Inkrafttreten der Regelung und bezieht sich damit auch auf Schadensereignisse, die früher eingetreten sind, soweit der Regressanspruch bis zum Inkrafttreten noch nicht geltend gemacht worden ist.

Der Regressausschluss gilt gemäß Absatz 6 (neu) auch für Entbindungspfleger.

Die Rechte der Betroffenen, also der geschädigten Kinder und ihrer Angehörigen, bleiben durch die Regelung unberührt. Diese Personen haben weiterhin Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung.

Der Regressausschluss dient unmittelbar dem Zweck, eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten durch die gesetzliche Krankenversicherung und die soziale Pflegeversicherung zu gewährleisten. Die gesetzliche Kranken- und die soziale Pflegeversicherung decken als komplementäre Sozialversicherungszweige das Risiko der Krankheit in Deutschland ab. Die Sicherstellung der Versorgung ist dabei die grundlegende Voraussetzung dafür, die Leistungsansprüche der Versicherten im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung erfüllen zu können. Zu diesen Leistungsansprüchen gehört der Anspruch auf Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt gleichermaßen wie der Anspruch auf Vermeidung der Pflegebedürftigkeit durch frühzeitige Gewährung aller hierzu geeigneten Leistungen. Zur Erfüllung des gesetzlich bestehenden Sicherstellungsauftrages ist es erforderlich, dass eine ausreichende Anzahl von Leistungserbringern zur Verfügung steht. Die in den letzten Jahren zu beobachtende Entwicklung der Berufshaftpflichtprämien stellt eine ausreichende Versorgung durch freiberuflich tätige Hebammen – die zur flächendeckenden Versorgung mit Geburtshilfe und der freien Wahl des Geburtsortes zwingend erforderlich sind – in Frage: Zum einen ist

ENTWURF

erkennbar nicht mehr gewährleistet, dass die Versicherungsunternehmen auf Dauer eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung für Hebammen anbieten. Zum anderen gibt es Anzeichen dafür, dass die freiberuflich tätigen Hebammen ihre Tätigkeit in der Geburtshilfe zukünftig weiter einschränken bzw. ganz aufgeben.

Der mit der Regelung vorgesehene begrenzte Ausschluss der Regressforderungen ist geeignet, die Berufshaftpflichtversicherung für freiberuflich tätige Hebammen verfügbar und bezahlbar zu machen. Derzeit machen die Regressforderungen der Kranken- und Pflegeversicherung nach 5 Jahren der Schadensabwicklung 25 bis 30 % der bis dahin ausgeglichenen Schadenssumme aus. Bei Groß- und Größtschäden sowie bei einer langen Schadensabwicklungsdauer ist der Anteil der Regressforderungen der Kranken- und Pflegeversicherung am Schadensaufwand tendenziell noch größer. Im Ergebnis wird die Summe, für die eine freiberuflich tätige Hebamme bzw. ihr Versicherer im Haftungsfall aufkommen muss, faktisch erheblich reduziert. Es ist zu erwarten, dass sich diese faktische Begrenzung der Haftungsansprüche gegenüber der freiberuflich tätigen Hebamme bzw. ihrem Versicherer spürbar und nachhaltig in der Höhe der Versicherungsprämien niederschlägt. Zudem wird durch diese Begrenzung der Haftung die Kalkulationsgrundlage für diesen Versicherungsbereich deutlich verbessert und damit zu einer nachhaltigen Belebung der Angebotsseite des Versicherungsmarktes beigetragen.

Der Ausschluss der Regressforderungen in der konkreten Ausgestaltung stellt das mildeste Mittel dar, um im Zusammenwirken mit den angepassten Vergütungsregelungen eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten mit Hebammenleistungen sicher zu stellen. Die Regelung bedeutet für die betroffenen Krankenkassen im Ergebnis keinen wirtschaftlichen Nachteil, da die Kostensteigerung, die die Berufsausübung betreffen, nach § 134a Absatz 1 bei den Vergütungsvereinbarungen zu berücksichtigen sind. Dazu zählen auch Kostensteigerungen bei der Berufshaftpflichtversicherung. Hinzu kommt, dass die Krankenkassen durch den Ausschluss der Regressansprüche unmittelbar für einen Teil des Haftpflichtschadens aufkommen, der dann nicht über Versicherungsprämien refinanziert werden muss. Für diesen Teil entfallen damit die Nebenkosten des Versicherungsgeschäfts. Die damit verbundene Reduzierung der Gesamtkosten der Schadensabwicklung kommt auch den Krankenkassen zugute.

Der Ausschluss der Regressforderungen ist auf die freiberuflich tätigen Hebammen beschränkt, da diese gegenüber anderen Berufsgruppen im Gesundheitsbereich durch die Entwicklung der Berufshaftpflichtversicherung erkennbar in besonderer Art und Weise belastet sind. Angestellte Hebammen sind von dem Anstieg der Schadensersatzansprüche nicht selbst betroffen, da sie über den Arbeitgeber (in der Regel das Krankenhaus) gegen das Haftungsrisiko abgesichert sind.

Bei anderen Berufsgruppen im Gesundheitsbereich ist weder eine akute Bedrohung des Versicherungsmarktes zu beobachten, noch nimmt die Prämienhöhe einen vergleichbaren Anteil an der Gesamtvergütung ein.

Zu Nummer 57 (§ 137)

Die Streichung der Nummer 3 in Absatz 3 Satz 1 ist eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Einführung des § 27b (Zweitmeinung).

Zu Nummer 58 (§ 137c)

Durch die Ergänzung eines dritten Absatzes in § 137c wird das in der Krankenhausversorgung geltende Prinzip der Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt konkreter im Gesetz geregelt. Die Regelung ist erforderlich, weil die Gesetzesauslegung in der jüngsten höchstrichterlichen Rechtssprechung (vgl. etwa Urteil des BSG vom 21. März 2013, Az. B 3 KR 2/12 R) mit dem in § 137c zum Ausdruck gebrachten Regelungsgehalt in einem Wertungswiderspruch steht. Es erfolgt eine gesetzliche Konkretisierung und Klarstellung, dass für den

ENTWURF

Ausschluss einer Methode aus der Krankenhausversorgung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und die Ablehnung eines Leistungsanspruchs im Einzelfall durch eine Krankenkasse im Falle des Fehlens eines G-BA-Beschlusses einheitliche Bewertungsmaßstäbe gelten.

Nach § 137c Absatz 1 ist es die Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden oder angewandt werden sollen, daraufhin zu überprüfen, ob sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind. Eine Methode, deren Nutzen nach Feststellung des Gemeinsamen Bundesausschusses zwar noch nicht hinreichend belegt ist, die aber das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, kann nach den gesetzlichen Vorgaben im Rahmen der Krankenhausbehandlung weiterhin zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist in einem solchen Fall grundsätzlich verpflichtet, eine Erprobung zu initiieren, um die für eine fundierte Entscheidung erforderlichen Erkenntnisse zu generieren. Bis zum Vorliegen dieser Erkenntnisse und einer abschließenden Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses bleibt es dabei, dass die Methode im Krankenhaus angewandt werden kann, insbesondere damit sie zur Versorgung der typischerweise schwerer erkrankten Versicherten mit besonderem Bedarf nach innovativen Behandlungsalternativen weiterhin zur Verfügung steht. Insoweit handelt es sich um eine Konkretisierung des allgemeinen Qualitätsgebots des § 2 Absatz 1 Satz 2.

Diese Wertentscheidung gilt es auch in dem Fall zu beachten, dass der Gemeinsame Bundesausschuss noch keine Überprüfung nach § 137c Absatz 1 durchgeführt hat. Es stünde mit dem dargestellten Konzept der grundsätzlichen Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt nicht in Einklang, wenn jede einzelne Krankenkasse im Einzelfall die Kostenübernahme für eine nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgende Behandlung mit einer Methode, die das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, mit der Begründung ablehnen könnte, der Nutzen der angewandten Methode sei noch nicht hinreichend belegt. Ebenso wenig wie der Gemeinsame Bundesausschuss eine Methode mit Potential unmittelbar aus der Krankenhausversorgung ausschließen kann, kann eine solche negative Leistungsentscheidung stattdessen auf der Ebene der Einzelkasse erfolgen. Im neuen Absatz 3 wird daher nun ausdrücklich geregelt, dass innovative Methoden, für die der Gemeinsame Bundesausschuss noch keine Entscheidung getroffen hat, im Rahmen einer nach § 39 erforderlichen Krankenhausbehandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden können. Voraussetzung ist, dass die Methode das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt, sie also insbesondere im Einzelfall indiziert und erforderlich ist. Das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative kann sich etwa daraus ergeben, dass die Methode aufgrund ihres Wirkprinzips und der bisher vorliegenden Erkenntnisse mit der Erwartung verbunden ist, dass andere aufwändigere, für die Patientin oder den Patienten invasivere oder bei bestimmten Patientinnen oder Patienten nicht erfolgreiche Methoden ersetzt werden können oder die Methode in sonstiger Weise eine effektivere Behandlung ermöglichen kann. Das Erfordernis, wonach eine Leistungserbringung nur im Rahmen einer Studie zu Lasten der Krankenkassen möglich ist, gilt nach § 137c Absatz 2 Satz 2 demgegenüber nur für den Fall, dass der Gemeinsame Bundesausschuss eine Ausschlussentscheidung nach § 137c Absatz 1 Satz 4 (ggf. in Verbindung mit Satz 5) getroffen hat. Methoden, die nicht das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten, insbesondere weil sie schädlich oder unwirksam sind, dürfen weiterhin nicht zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden.

Zu Nummer 59 (§ 137f)

Strukturierte Behandlungsprogramme zur Verbesserung des Behandlungsablaufs und der Qualität der medizinischen Versorgung von chronisch Kranken mit Vorgaben zum Krank-

heitsmanagement (Abstimmung zwischen Haus-, Fachärzten und Krankenhäusern, Rehabilitation und anderen Leistungserbringern), zur evidenzbasierten Behandlung auf der Grundlage von Leitlinien und der besten verfügbaren Evidenz, zur Patientenorientierung, zur Qualitätssicherung und zur Evaluation haben sich bewährt. Bisher werden strukturierte Behandlungsprogramme angeboten für die Behandlung von Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Brustkrebs, koronare Herzkrankheit und chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen (Asthma bronchiale und COPD). Dieses Angebot soll um weitere Krankheiten erweitert werden.

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu der bereits mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz vorgenommenen Übertragung der Regelungskompetenz vom Bundesministerium für Gesundheit (Rechtsverordnung) auf den Gemeinsamen Bundesausschuss, wonach dieser nicht mehr bloße Empfehlungen abgibt, sondern die Anforderungen an die Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme in eigenen Richtlinien regelt.

Zu Buchstabe b

Um das Angebot der strukturierten Behandlungsprogramme zu erweitern, wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, bis zum 31. Dezember 2016 für weitere geeignete chronische Krankheiten neue strukturierte Behandlungsprogramme zu entwickeln. Hierzu hat er in seinen Richtlinien die entsprechenden Anforderungen an die Ausgestaltung der neuen Behandlungsprogramme zu regeln.

Es wird gesetzlich vorgegeben, dass der Gemeinsame Bundesausschuss insbesondere für die Behandlung von Rückenleiden und Depressionen in der genannten Frist entsprechende Regelungen zu treffen hat. Diese Krankheiten sind unter Berücksichtigung der in § 137f Absatz 1 Satz 2 aufgeführten Kriterien in besonderer Weise für strukturierte Behandlungsprogramme geeignet, wie sich unter anderem aus den Aussagen in den evidenzbasierten Leitlinien, wie z. B. den von der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften herausgegebenen Nationalen Versorgungsleitlinien „Kreuzschmerz“ und „Unipolare Depression“, ergibt.

Zu Nummer 60 (§ 137h)

Nach dem in § 137c geregelten Prinzip der grundsätzlichen Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt können innovative Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden (NUB) mit Potential im Rahmen der Krankenhausbehandlung erbracht werden, ohne dass es zuvor einer positiven Richtlinienentscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses bedarf. Für neue Methoden, bei denen Medizinprodukte mit hohem Risiko angewandt werden sollen, wird aufgrund des besonders invasiven Charakters des Eingriffs und der typischerweise mit der Verwendung des Medizinprodukts einhergehenden Mehrkosten nun eine frühe Nutzenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vorgesehen. Es wird daher gesetzlich ein neues Verfahren vorgegeben, wonach ein Krankenhaus, das für die Anwendung einer entsprechenden Methode die Vereinbarung eines NUB-Entgelts nach § 6 Absatz 2 Satz 3 Krankenhausentgeltgesetz anstrebt, den Gemeinsamen Bundesausschuss hierüber informieren und ihm die vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse für eine Bewertung der Methode übermitteln muss. In das Bewertungsverfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses werden weitere Krankenhäuser, die die Methode erbringen wollen, sowie betroffene Medizinproduktehersteller einbezogen. Stellt der Gemeinsame Bundesausschuss fest, dass die Erkenntnislage für eine Beurteilung der Methode nicht ausreicht, entscheidet er über die Durchführung einer Erprobung, um die fehlenden Erkenntnisse zu generieren. Krankenhäuser, die die neue Methode unter Anwendung des

ENTWURF

Hochrisikomedizinprodukts erbringen wollen, werden zur Teilnahme an der Erprobung verpflichtet.

Zu Absatz 1

Die Regelung richtet sich an Krankenhäuser, die hinsichtlich einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode, bei der ein Medizinprodukt der höchsten Risikoklassen IIb oder III zur Anwendung kommen soll, eine NUB-Anfrage an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) stellen. Das anfragende Krankenhaus wird verpflichtet, dem Gemeinsamen Bundesausschuss zugleich Informationen über den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu dieser Methode sowie zu der Anwendung des Medizinprodukts zu übermitteln. Weist die Methode kein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept auf und bedarf daher keiner weiteren Prüfung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, teilt dieser dies dem anfragenden Krankenhaus mit. Dies kann etwa für die Anwendung von Herzschrittmachern, Hüftprothesen und Defibrillatoren gelten, wenn es sich dabei um bereits etablierte medizinische Verfahren handelt, deren Nutzen bekannt ist. Anderenfalls beginnt das Bewertungsverfahren im Gemeinsamen Bundesausschuss. Um dieses zu bündeln, veröffentlicht der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Informationen des anfragenden Krankenhauses im Internet einen Aufruf an andere betroffene Krankenhäuser sowie die betroffenen Medizinproduktehersteller zur Vorlage ergänzender wissenschaftlicher Erkenntnisse zu der Methode und dem Medizinprodukt. Der Aufwand für die einzelnen Krankenhäuser wird sich dabei in Grenzen halten. Denn es ist davon auszugehen, dass bereits das erste Krankenhaus, das den Gemeinsamen Bundesausschuss informiert, gemeinsam mit dem Medizinproduktehersteller die vorhandene Evidenz im Wesentlichen zusammenstellen wird, so dass die anderen betroffenen Krankenhäuser in der Regel keine weiteren Unterlagen mehr nachzureichen haben. Für die Übermittlung ggf. ergänzender Informationen aufgrund seines Aufrufs räumt der Gemeinsame Bundesausschuss in der Regel eine Frist von einem Monat ein. Auf Grundlage der vorgelegten Informationen (und ggf. eigener Recherchen) hat der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von 3 Monaten eine Bewertungsentscheidung über zu erwartenden Nutzen, Schaden oder Potential der Methode unter Anwendung des Medizinprodukts zu treffen. Er kann hierbei regelmäßig das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen einbeziehen. Bei dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses handelt es sich nicht um einen Richtlinienbeschluss, so dass eine Vorlage nach § 94 Absatz 1 nicht erforderlich ist. Da der Beschluss jedoch Grundlage für weitere Maßnahmen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach den Absätzen 3 bis 5 ist, bedarf er einschließlich der tragenden Gründe der Veröffentlichung im Internet. § 94 Absatz 2 Satz 1 wird daher für entsprechend anwendbar erklärt. Das Nähere zum Verfahren, insbesondere zur Form der von den Krankenhäusern einzureichenden Informationen und zur Beteiligung weiterer Krankenhäuser sowie der Medizinproduktehersteller, hat der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von 3 Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes in seiner Verfahrensordnung zu regeln.

Zu Absatz 2

Wenn der Gemeinsame Bundesausschuss auf Grundlage der übermittelten Informationen feststellt, dass der Nutzen der Methode unter Anwendung des Medizinprodukts als hinreichend belegt anzusehen ist, kann sie weiterhin zu Lasten der Krankenkassen im Krankenhaus erbracht werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung in einer Richtlinie nach § 137 regeln, wenn er dies für erforderlich hält. Dies kann etwa Anforderungen an eine aussagekräftige Dokumentation beinhalten, die eine Evaluation der Leistungserbringung auch im Hinblick auf etwaige Nebenwirkungen oder Vorkommnisse ermöglicht.

Wenn das InEK auf die Anfrage des Krankenhauses bestätigt hat, dass die Methode mit pauschalierten Pflegesätzen nach § 17 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes noch nicht sachgerecht vergütet werden kann, hat das Krankenhaus Anspruch darauf,

ENTWURF

dass kurzfristig eine entsprechende Vereinbarung nach § 6 Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 6 Absatz 2 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung zustande kommt, damit die Erbringung der Methode, deren Nutzen als belegt anzusehen ist, auch angemessen abgerechnet werden kann.

Zu Absatz 3

Wenn der Gemeinsame Bundesausschuss auf Grundlage der übermittelten Informationen feststellt, dass der Nutzen zwar noch nicht als hinreichend belegt anzusehen ist, aber die Methode unter Anwendung des Medizinprodukts das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, muss der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von 6 Monaten über eine Richtlinie zur Erprobung nach § 137e entscheiden. Eine Erprobung kann ausnahmsweise entbehrlich sein, etwa wenn bereits aussagekräftige Studien durchgeführt werden, die eine fundierte Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses in naher Zukunft ermöglichen, oder wenn der Gemeinsame Bundesausschuss angesichts eines im Einzelfall geringen Schadenpotentials eine Erprobung nicht für erforderlich hält.

Krankenhäuser, die die Methode unter Anwendung des Medizinprodukts zu Lasten der Krankenkassen erbringen wollen, sind verpflichtet, an einer Erprobung nach § 137e teilzunehmen. Krankenhäuser, die dieser Verpflichtung nicht nachkommen, dürfen die Erbringung der Methode nicht zu Lasten der Krankenkassen abrechnen. In der Erprobungsrichtlinie hat der Gemeinsame Bundesausschuss verschiedene Formen der Beteiligung an der Erprobung vorzusehen. Während es notwendig sein kann, dass eine erforderliche Anzahl von Krankenhäusern an einer randomisierten, kontrollierten Studie teilnimmt, die den Nutzenbeleg erbringen soll, können andere Krankenhäuser im Rahmen derselben Erprobung im Sinne einer Beobachtungsstudie flankierende Daten zu Wirksamkeit und Sicherheit liefern und damit ihrer Verpflichtung zur Teilnahme an der Erprobung nachkommen. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in der Erprobungsrichtlinie nach § 137e Absatz 2 insbesondere die Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung. Die Regelung in § 137e Absatz 4 Satz 3 gewährleistet die zeitnahe Vereinbarung eines NUB-Entgelts für die an der Erprobung teilnehmenden Krankenhäuser. Entsprechendes gilt nach § 137e Absatz 4 Satz 4 und 5 für die ambulante Leistungserbringung, falls die Methode nach den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses im Rahmen der Erprobung auch ambulant angewandt werden kann. Die Erprobung ist in der Regel innerhalb eines Zeitraums von höchstens drei Jahren abzuschließen, es sei denn, dass auch bei Straffung des Verfahrens im Einzelfall eine längere Erprobungszeit erforderlich ist. Der G-BA hat dies bei der Festlegung der Anforderungen an die Erprobung zu beachten, insbesondere ist sicherzustellen, dass sich die methodischen Anforderungen an die Studiendurchführung unter Berücksichtigung der Versorgungsrealität als hinreichend praktikabel und umsetzbar erweisen. Nach Abschluss der Erprobung entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss auf Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse innerhalb von drei Monaten über eine Richtlinie nach § 137c.

Zu Absatz 4

Wenn der Gemeinsame Bundesausschuss auf Grundlage der übermittelten Informationen feststellt, dass die Methode unter Anwendung des Medizinprodukts kein Potential für eine erforderliche Behandlungsalternative bietet, insbesondere weil sie als schädlich oder unwirksam anzusehen ist, darf keine NUB-Vereinbarung mit einem Krankenhaus geschlossen werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat unverzüglich, in der Regel innerhalb weniger Wochen, unter eigenständiger Ermittlung ggf. weiterer relevanter Erkenntnisse im Zusammenhang mit der Methode und dem Medizinprodukt, abschließend über einen Ausschluss aus der Krankenhausversorgung nach § 137c Absatz 1 Satz 2 zu entscheiden.

Zu Nummer 61 (§ 139a)

Entwurf

Die angefügte Nummer 7 erweitert den Aufgabenkatalog des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nunmehr auch ausdrücklich um die Beteiligung an internationalen Projekten zur Zusammenarbeit und Weiterentwicklung im Bereich der evidenzbasierten Medizin. Hierdurch wird klargestellt, dass die qualifizierte Erfüllung der Institutsaufgaben die Einbeziehung in den internationalen Austausch über die Fortentwicklung der Grundlagen der evidenzbasierten Medizin erfordert. Mit der Regelung werden zudem Entscheidungen des Stiftungsrates und Stiftungsvorstands über die Verwendung von Haushaltsmitteln für die Beteiligung des Instituts an internationalen Projekten rechtlich abgesichert.

Zu Nummer 62 (§ 139b)

Durch den neuen Absatz 5 wird die Möglichkeit geschaffen, dass Versicherte und andere interessierte Einzelpersonen Forschungsaufträge zur Bewertung medizinischer Verfahren und Technologien unmittelbar beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen vorschlagen können. Bisher hat das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information die Aufgabe wahrgenommen, auf der Basis einer öffentlichen Themenfindung entsprechende Forschungsaufträge zu erteilen. Um nach dem Wegfall dieser Aufgabe des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (Änderung des Artikel 12) einen Weg für den Informations- und Erkenntnisgewinn von Versicherten und sonstigen interessierten Einzelpersonen beizubehalten, ermöglicht der neue Absatz 5 Satz 1, dass aus Patientensicht relevante Bewertungen zu medizinischen Verfahren und Technologien nunmehr beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen angestoßen werden können. Auf diese Weise bleibt ein wichtiger Aspekt der Bürgerbeteiligung bei der Förderung der evidenzbasierten Medizin erhalten. Die Akzeptanz und die Nutzbarkeit der Bewertungen wird dadurch erhöht, dass bei den Untersuchungen künftig die anerkannte Methodik des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen Anwendung findet. Zudem ist nach Satz 2 klargestellt, dass das Institut diejenigen Vorschläge zur Bearbeitung auswählen soll, die für die Versorgung von Patientinnen und Patienten von besonderer Bedeutung sind. Ihm obliegt es dabei, aus wissenschaftlicher Sicht insbesondere die Relevanz der zu bearbeitenden Fragestellungen für die Patientenversorgung zu bewerten. Da das Institut nach § 139a Absatz 4 Satz 2 über Arbeitsprozesse und -ergebnisse in regelmäßigen Abständen öffentlich zu berichten hat, wird durch die Regelung gleichzeitig die Transparenz über die aus den Bewertungen gewonnenen Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin gestärkt. Das Institut kann die Ergebnisse auch für die Erstellung von Patienteninformationen nach § 139a Absatz 3 Nummer 6 nutzen.

Zu Nummer 63 (Elfter Abschnitt Viertes Kapitel) (§140a)

Die bislang bestehenden Regelungen zu den Möglichkeiten der Krankenkassen, Einzelverträge mit Leistungserbringern abzuschließen, sind wenig systematisch. Auf Grund dessen ist eine Neustrukturierung nötig. Mit der Neustrukturierung werden die Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen erweitert und bürokratische Hemmnisse beseitigt. So ist es künftig nicht mehr zwingend erforderlich, einen sektorenübergreifenden Ansatz zu wählen oder besondere Versorgungsaufträge zu definieren. Zudem werden die Normen von Programmsätzen ohne Regelungsgehalt befreit und damit verständlicher gestaltet.

Insbesondere wird auf folgende Aussagen der bisherigen Selektivvertragnormen verzichtet:

Das Satzungserfordernis (bisher § 73c Absatz 2 Satz 5 SGB V) wird gestrichen. Die Regelungen der Einzelheiten kann im Vertrag bzw. in der Teilnahmeerklärung erfolgen (hierzu auch Begründung zu Absatz 3). Die Klarstellung im bisherigen § 73c Absatz 3 Satz 2 SGB V, wonach „kein Anspruch auf Vertragsschluss besteht“, folgt bereits aus dem allgemein geltenden Prinzip der Vertragsfreiheit und ist daher entbehrlich. Die Verpflichtung

ENTWURF

zur öffentlichen Ausschreibung (bisher § 73c Absatz 3 Satz 3 SGB V) richtet sich nach § 69 Absatz 2 Satz 4 SGB V i. V. m. dem dortigen Verweis auf das EU-Recht und ist daher ebenfalls entbehrlich. Die Aussage in den bisherigen §§ 73c Abs. 3 Satz 4 SGB V und § 140 a Absatz 1 Satz 3 SGB V, nach der der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen in dem Umfang eingeschränkt ist, in dem die Versorgung der Versicherten nach den genannten Verträgen durchgeführt wird, folgt aus der Systematik des Kollektivvertrags- und Selektivvertragsrechts in der gesetzlichen Krankenversicherung und ist insofern ebenfalls entbehrlich. Eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung durch Einzelverträge ist weiterhin anzustreben. Allerdings hat der entsprechende Hinweis im bisherigen § 140a Absatz. 1 Satz 2 SGB V keine unmittelbare Regelungswirkung und ist daher entbehrlich. Eine Selbstverständlichkeit stellt ebenfalls die Aussage im bisherigen § 140 b Absatz 5 SGB V dar, wonach ein Beitrittsrecht Dritter nur mit Zustimmung aller Vertragspartner möglich ist. § 140c SGB V mit den dort enthaltenen Regelungen zur Vergütung ist ebenfalls entbehrlich. Es ist Bestandteil der Vertragsfreiheit, dass die Vertragsparteien frei über die Inhalte und auch über die Ausgestaltung der Vergütung entscheiden können. Die in der gestrichenen Vorschrift des § 140c SGB V geregelten gesetzlichen Vorgaben zur Vergütung enthalten im Wesentlichen nur Vorschläge und Klarstellungen, wie die Vergütung geregelt werden könnte. Unmittelbaren Reglungsgehalt haben die Normen nicht. Gestrichen wird ebenfalls die Verpflichtung der Krankenkassen bzw. der Anspruch des Versicherten, umfassend über die Verträge informiert zu werden (bisher §§ 73 c Absatz 5 und 140 Absatz 3 SGB V). Diese Verpflichtung folgt bereits aus den allgemeinen Auskunfts- und Beratungspflichten der Krankenkassen (§§ 13 ff. SGB I). Im Übrigen haben die Krankenkassen im Versorgungs- und Mitgliederwettbewerb ein Interesse daran, über besondere Versorgungsformen zu informieren.

Zu Absatz 1

Der Absatz 1 des neu gefassten § 140a fasst die bisher in §§ 73a, 73c und § 140a geregelten Möglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen, Verträge über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung zu schließen, zusammen und gibt den Krankenkassen die Möglichkeit, selektiv mit den verschiedenen Leistungserbringern weitere Verträge neben den in diesem Kapitel vorgeschriebenen Verträgen abzuschließen. Die bislang bestehenden Möglichkeiten zum Abschluss von Strukturverträgen, Verträgen zur integrierten Versorgung und zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung bleiben weiterhin unter dem neu gefassten § 140a bestehen.

Zu Absatz 2

Im Absatz 2 werden die bisher an verschiedenen Stellen geregelten Aussagen zu Qualität, Wirtschaftlichkeit und Leistungsinhalt möglicher Verträge zusammengefasst und der konkrete Leistungsumfang klargestellt.

Satz 1 regelt Abweichungsbefugnisse von gesetzlichen Vorgaben und entspricht dem bisherigen § 140b Absatz 4 Satz 1. In der Praxis besteht Rechtsunsicherheit über den zulässigen Leistungsumfang in den besonderen Versorgungsverträgen, insbesondere darüber, ob Leistungen, die nicht zur Regelversorgung gehören, auch Gegenstand der Verträge sein können. Im Sinne einer möglichst großen Gestaltungsfreiheit und zur wettbewerblichen Weiterentwicklung wird in Satz 2 klargestellt, dass auch Leistungen in den Verträgen vereinbart werden können, die über den Leistungsumfang der Regelversorgung in der GKV hinausgehen. Zulässige Leistungen können auch solche sein, die nach § 11 Absatz 6 Gegenstand einer Satzungsleistung sein können, wie zum Beispiel auch die Verordnungsfähigkeit von nach § 34 Absatz 1 Satz 1 vom Leistungsumfang der GKV grundsätzlich ausgeschlossenen nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln. Andere gesetzlich vom Versorgungsanspruch ausgenommenen Arzneimittel, wie etwa die in § 34 Absatz 1 Satz 8 aufgeführten sogenannten Lifestyle-Arzneimittel, können hingegen nicht Gegenstand der Verträge sein. Darüber hinaus können aber auch Leistungen der Prävention und Früherkennung (§§ 20, 25 und 26), Leistungen der Soziotherapie und der spezia-

ENTWURF

lisierten ambulanten Palliativversorgung sowie ärztliche Leistungen einschließlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, deren Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt, Gegenstand der Verträge sein. Hierzu gehören beispielsweise innovative Leistungen, die noch keinen Eingang in die Regelversorgung gefunden haben. Nicht zugelassene Leistungserbringer, deren Leistungen Gegenstand von Satzungsleistungen nach § 11 Absatz 6 sein können, kommen dagegen als Vertragspartner einer besonderen Versorgung nicht in Frage. Dies folgt bereits aus Absatz 3, der diese Leistungserbringer nicht als Vertragspartner nennt.

Satz 3 regelt zum einen, dass vom Gemeinsamen Bundesausschuss bereits ablehnend bewertete Leistungen nicht im Rahmen der besonderen Versorgung erbracht werden dürfen. Zum Anderen stellt Satz 3 klar, dass der Leistungsinhalt der Verträge trotz Abweichungsmöglichkeiten von gesetzlichen Vorgaben des dritten und vierten Kapitels qualitätsgesichert und wirtschaftlich erbracht werden muss und die Verträge Aussicht auf Verbesserung der Versorgung bieten. Zwar gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot auch für Verträge der besonderen Versorgung, Satz 4 regelt jedoch, dass der Aufsichtsbehörde erst 4 Jahre nach Vertragsschluss die Wirtschaftlichkeit nachzuweisen ist. Dies ermöglicht längerfristige Wirtschaftlichkeitsperspektiven, damit für innovative Versorgungskonzepte erforderliche Innovationen getätigt werden können.

Satz 5 regelt wie im bisherigen Recht, dass zum Schutz der Versicherten von den Mindeststandards der Regelversorgung nicht abgewichen werden darf.

In der Praxis umstritten war bisher auch, ob sog. reine Managementverträge zulässig sind (vgl. BSGE 100, 52 ff). Da auch reine Organisationsleistungen einen wichtigen Beitrag zur Versorgungsverbesserung beitragen können, wird in Satz 6 klargestellt, dass sog. Managementverträge zulässig sind:

Die Klarstellungen dienen dazu, den Vertragspartnern umfangreiche Gestaltungsmöglichkeiten zu geben, die erforderlich sind, damit besondere Versorgungsangebote im Wettbewerb entwickelt werden können.

Zu Absatz 3

In Absatz 3 wird abschließend der Kreis der möglichen Vertragspartner neu gefasst. Der Absatz entspricht inhaltlich weitgehend dem bisherigen Recht. Durch Verzicht auf nicht notwendige Widerholungen bei der Beschreibung der Vertragspartner wird die Vorschrift lesbarer gestaltet. Zudem wird die Vertragskompetenz der kassenärztlichen Vereinigungen gestärkt, die künftig bei allen Verträgen, die unter den Anwendungsbereich des neuen § 140a SGBV fallen, abschlussberechtigt sind (bisher waren sie nur bei Verträgen nach §§ 73a und 73c Vertragspartner und nicht bei IV-Verträgen). Satz 2 entspricht der bisherigen Regelung in § 140b Absatz 4 Satz 3 und wird wegen des Zusammenhangs mit den zum Vertragschluss berechtigten Leistungserbringern in Absatz 2 geregelt.

Zu Absatz 4

Absatz 4 gibt den notwendigen Regelungsinhalt hinsichtlich der Teilnahme der Versicherten vor und orientiert sich dabei an den bisherigen Möglichkeiten der Selektivverträge. Der Verzicht darauf, die Einzelheiten der besonderen Versorgung in der Satzung zu regeln, dient der Entbürokratisierung. Die Einzelheiten sind in den Teilnahmeerklärungen der Versicherten zu regeln. Besondere Bestimmungen, die einen Widerruf der Versicherten unabhängig von der Einhaltung einer Frist ermöglichen, wie z.B. § 137f Absatz 3 Satz 3, bleiben unberührt.

Zu Absatz 5

ENTWURF

Die für Durchführung der Verträge nach Absatz 1 erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten der Versicherten darf nur mit deren Einwilligung nach vorheriger umfassender Information erfolgen. Zu der umfassenden Information gehört insbesondere auch die Aufklärung darüber, ob und in welchem Umfang Dritte im Rahmen der Durchführung der Verträge personenbezogene Daten der Versicherten erheben, verarbeiten und nutzen. Damit wird auch sichergestellt, dass die Vertragspartner der Krankenkassen die für die Steuerungsaufgaben im Rahmen der besonderen Versorgung erforderlichen Daten aus der gemeinsamen Dokumentation der Leistungserbringer im Umfang der erteilten Einwilligungserklärung der Versicherten erheben, verarbeiten und nutzen können. Für die Einwilligung gelten die Anforderungen des § 4a BDSG beziehungsweise des § 67b SGB X.

Zu Absatz 6

Auch für die hier vorgesehen einzelvertraglichen Form einer besonderen Versorgung der Versicherten kann eine funktionierende Bereinigung der Gesamtvergütung von entscheidender Bedeutung sein. Das Bereinigungsverfahren auf Grund von Verträgen zur besonderen Versorgung hat daher in entsprechender Anwendung der Bereinigungsvorgaben für die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b Absatz 7 zu erfolgen. Dies gilt, wenn die Krankenkasse über vertragsärztliche Leistungen, für die bisher mit befreiender Wirkung an die Kassenärztliche Vereinigung die Gesamtvergütung gezahlt wurde, künftig einen Vertrag zur besonderen Versorgung schließt, nach dem die Versorgung direkt zwischen ihr als Krankenkasse und Leistungserbringern oder einer Leistungserbringergruppe organisiert und vergütet wird. Soweit bisherige Versorgungsinhalte der kollektivvertraglichen Versorgung im Einzelvertrag erbracht und abgerechnet werden, d.h. separat (selektiv) definiert werden, geht der Sicherstellungsauftrag für die Versorgung der vereinbarten Leistungen von der Kassenärztlichen Vereinigung an die jeweilige Krankenkasse über. Diejenigen Leistungen, die selektivvertraglich erbracht werden, dürfen dann nicht mehr Bestandteil der Gesamtvergütungen sein. Ansonsten würden die Krankenkassen diese Leistungen zweimal finanzieren. Eine gesetzliche Bereinigungsregelung ist für stationäre Leistungen verzichtbar, da hier das Prinzip "Geld folgt der Leistung" gilt, d. h. bei verminderter Leistungserbringung vermindert sich auch das Krankenhausbudget.

Zu Nummer 64 (§ 140f)

Im Zuge der Regionalisierung der Regelungen zu den Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Bereich ärztlich verordneter Leistungen wird § 84 Absatz 7 Satz 6 gestrichen. In der Folge erübrigt sich eine Beteiligung der in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen.

Zu Nummer 65 (§ 192)

Auf die Ausführungen in der Begründung zur klarstellenden Änderung des § 27 Absatz 1a Satz 1, wonach die Regelungen zur Absicherung des Organlebendspenders auch für Spender von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes Anwendung finden, wird verwiesen.

Zu Nummer 66 (§ 217f)

Die Fristregelung ist entbehrlich, da die Richtlinie in Kraft ist. Im Übrigen handelt es sich um eine Folgeänderung zur Bündelung der Vertragskompetenzen der Krankenkassen in § 140a.

Zu Nummer 67 (§ 221)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einrichtung und Finanzierung des Innovationsfonds nach § 92a. Die Regelung sieht für den Finanzierungsanteil der landwirtschaftli-

ENTWURF

chen Krankenversicherung eine verwaltungseinfache Verrechnungslösung im Zusammenhang mit dem Anteil der landwirtschaftlichen Krankenversicherung am Bundeszuschuss vor: Der Überweisungsbetrag für die landwirtschaftliche Krankenkasse wird im Hinblick auf den auf die landwirtschaftliche Krankenversicherung entfallenden Anteil an der Finanzierung des Innovationsfonds nach § 92a Absatz 4 reduziert. Zudem wird geregelt, dass § 221 Absatz 2 Satz 2 entsprechend gilt, d.h. die Reduzierung des Überweisungsbetrags bemisst sich nach dem Verhältnis der Anzahl der Versicherten dieser Krankenkasse zu der Anzahl der Versicherten aller Krankenkassen. Maßgebend sind wiederum die Verhältnisse am 1. Juli des Vorjahres.

Zu Nummer 68 (§ 270)

Aufwendungen der Krankenkassen für Leistungen der Krankenkassen im Rahmen von Innovationsvorhaben nach § 92a sind als Aufwendungen für Satzungs- und Ermessensleistungen bei den Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen zu berücksichtigen. Durch die Ergänzung in § 270 Absatz 2 Satz 2 wird klargestellt, dass bei der Ermittlung der Zuweisungen für sonstige Ausgaben – wie bei der Ermittlung der Zuweisungen für standardisierte Leistungsausgaben – jeweils nur die Nettoaufwendungen der Krankenkassen zu berücksichtigen sind. Bezogen auf die Aufwendungen der Krankenkassen für Innovationsvorhaben bedeutet dies zum Beispiel, dass in die Ermittlung der Zuweisungen für Satzungs- und Ermessensleistungen nur die Ausgaben der Krankenkassen einfließen dürfen, welche nicht durch Einnahmen aus dem Innovationsfonds gedeckt sind. Eine Doppelfinanzierung der GKV-Aufwendungen für Innovationsvorhaben ist somit ausgeschlossen.

Zu Nummer 69 (§ 271)

Es handelt sich um eine Finanzierungsregelung zur Einrichtung des Innovationsfonds in § 92a Absatz 4. Die Ergänzung des § 271 Absatz 2 sieht vor, dass dem Innovationsfonds zur Finanzierung der Fördermittel nach § 92a Absatz 4 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in den Jahren 2016 bis 2019 jährlich 150 Millionen Euro zugeführt werden. Die andere Hälfte der Fördermittel wird von den Krankenkassen getragen. Diesbezüglich regelt das Nähere die Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 Satz 1.

Zu Nummer 70 (§ 274)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung. Zur besseren Übersichtlichkeit werden die Prüfungsstellen und Beschwerdeausschüsse demnächst in § 106c – neu – geregelt, so dass der Verweis angepasst werden muss.

Zu Nummer 71 (§ 275)

Zu Buchstaben a

Zur besseren Übersichtlichkeit werden arztbezogene Prüfungen ärztlicher Leistungen zukünftig in § 106a – neu – geregelt. Die bisher in § 106 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 geregelten Zufälligkeitsprüfungen finden sich jetzt in § 106a Absatz 1, so dass der Verweis entsprechend angepasst werden muss.

Zu Buchstabe b

Die bisher in § 106 Absatz 2 Satz 4 genannten Vertragspartner auf Landesebene werden künftig in § 106 Absatz 1 Satz 2 genannt, so dass der Verweis entsprechend angepasst wurde.

Zu Buchstabe c

ENTWURF

Die Bundesbehörden haben zunehmend Schwierigkeiten, zeitnah Gutachter für die Beurteilung der Dienstfähigkeit von Bundesbeamten zu finden. Darüber hinaus hat auch die Zeitdauer der einzelnen Gutachtenverfahren deutlich zugenommen. Der damit verbundene Zeitaufwand kann weder den betroffenen Beamten noch den Behörden zugemutet werden. Insoweit ist es erforderlich, den Kreis der Stellen, die grundsätzlich bereit sind, Gutachten in den Fällen des § 48 Bundesbeamtengesetz (BBG) abzugeben, zu erweitern.

Der Medizinische Dienst bietet sich als Institution an, die Bundesbehörden im Verfahren der Feststellung der Dienstunfähigkeit zu unterstützen, da er über die erforderliche sozialmedizinische Kompetenz verfügt und flächendeckend präsent ist.

Mit der Regelung wird den Medizinischen Diensten ermöglicht, Bundesbeamte auf ihre Dienstfähigkeit zu untersuchen und hierzu Gutachten zu erstellen, wenn die zuständige Behörde sich mit einem entsprechenden Ersuchen an den Medizinischen Dienst wendet. Voraussetzung ist, dass die Wahrnehmung der übrigen Aufgaben durch den Medizinischen Dienst für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung nicht beeinträchtigt wird.

Die Bundesbehörde hat die dem Medizinischen Dienst hierfür entstehenden Kosten zu erstatten. Eine Verwendung von Umlagemitteln zur Finanzierung dieser Aufgaben ist dabei auszuschließen (§ 281 Absatz 1 Satz 2).

Die näheren Einzelheiten des Verfahrens, insbesondere zum Verfahren der Auftragserteilung, zur Frist für die Gutachtenerstellung und zum Verfahren der Begutachtung sowie zum Verfahren und zur Höhe der Kostenerstattung, sind in einer Vereinbarung zu regeln, die der Medizinische Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen und das Bundesministerium des Innern unter Beteiligung der Medizinischen Dienste, die Aufgaben nach Satz 1 übernehmen wollen, abschließen.

Die Medizinischen Dienste haben die Vereinbarung ihrer Aufsichtsbehörde vorzulegen, die der Vereinbarung innerhalb von drei Monaten widersprechen kann, wenn die Erfüllung der übrigen Aufgaben des Medizinischen Dienstes gefährdet wäre.

Mit der Neuregelung wird lediglich der Kreis der möglichen Gutachter erweitert. Die Regelung ist für den Medizinischen Dienst kostenneutral, da die den Medizinischen Diensten entstehenden Kosten von der beauftragenden Behörde erstattet werden. Die auf Seiten der beauftragenden Behörde entstehenden Kosten beruhen nicht auf der Neuregelung, sondern auf den Vorschriften über die ärztliche Begutachtung nach § 48 BBG und sind den Behörden auch bislang schon entstanden.

Insgesamt wird erwartet, dass durch den erweiterten Gutachterkreis die Dauer der Verfahren zur Zurruhesetzung bei Dienstunfähigkeit verkürzt werden können, so dass damit langfristig – nicht bezifferbare – Einsparungen für den Bundeshaushalt erzielt werden können.

Zu Nummer 72 (§ 278)

Die Ergänzung der BAHN-BKK in § 278 Absatz 2 ist eine Folgeänderung zur Streichung der Sätze 1 und 2 des § 283. Um eine Vertretung der BAHN-BKK in den den Medizinischen Diensten (MDK) tragenden Gremien sicherzustellen, wird die BAHN-BKK Mitglied der Arbeitsgemeinschaften „Medizinischer Dienst der Krankenversicherung“. Dies ist auch erforderlich, weil die BAHN-BKK nicht Mitglied eines Landesverbandes der Betriebskrankenkassen ist.

Mit dieser Ergänzung wird auch gewährleistet, dass die Finanzierung der Leistungen des MDK für die BAHN-BKK nach den Regelungen für die übrigen Krankenkassen in § 281

ENTWURF

Absatz 1 Satz 1 bis 3 und 5 erfolgt. Denn diese Regelungen beziehen sich auf die Krankenkassen, die Mitglied in den Arbeitsgemeinschaften MDK in den Ländern sind.

Zu Nummer 73 (§ 279)

Mit der Neuregelung wird die im Koalitionsvertrag zur 18. Legislaturperiode zwischen CDU/CSU und SPD vereinbarte Erweiterung der Entscheidungsgremien des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) um stimmberechtigte Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen sowie der Pflegeberufe umgesetzt. Damit können die Interessen dieser Personengruppen künftig durch eigene Vertreter bei den den Verwaltungsräten zugewiesenen Aufgaben wahrgenommen werden. Gleichzeitig wird die Unabhängigkeit der MDK von den Krankenkassen gestärkt.

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Das Entscheidungsgremium des MDK ist sein Verwaltungsrat, der insbesondere die Satzung des MDK beschließt, den Geschäftsführer und dessen Stellvertreter wählt und entlastet und den Haushaltsplan feststellt sowie die jährliche Betriebs- und Rechnungsführung prüft. Der Verwaltungsrat des MDK besteht in der Regel aus sechzehn Mitgliedern, die von Arbeitgeber- und Versichertenvertretern der Verwaltungsräte der Landesverbände der Krankenkassen gewählt werden. Damit besteht der Verwaltungsrat des MDK in der Regel je zur Hälfte aus Arbeitgeber- und Versichertenvertretern. Mit der Erweiterung um Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen sowie um Vertreter der Pflegeberufe kommt eine dritte Gruppe von Mitgliedern im Verwaltungsrat eines MDK hinzu. Jeder Gruppe wird ein Anteil von einem Drittel der Mitglieder im Verwaltungsrat zugeordnet. Mit der Einfügung in Satz 1 wird das Verhältnis zwischen den wie bisher gewählten Mitgliedern im Verwaltungsrat und den neu hinzukommenden Vertretern der Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen sowie der Pflegeberufe mit zwei Dritteln zu einem Drittel festgelegt. Zudem wird die Vorschrift begrifflich an das seit dem Gesundheitsstrukturgesetz zum 1. Januar 1996 geltende Recht angepasst. Mit diesem Gesetz wurden die Vertreterversammlungen bei den Krankenkassen durch Verwaltungsräte ersetzt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Änderung wird die Bezugnahme auf die für die Wählbarkeit als Mitglied in den Verwaltungsräten entsprechend geltenden Regelungen des Vierten Buches Sozialgesetzbuch geändert. Durch die Einbeziehung des bislang nicht in Bezug genommenen § 51 Absatz 6 Nummer 5 Buchstabe a und Nummer 6 Buchstabe b wird festgelegt, dass hauptamtliche Mitarbeiter der Krankenkassen künftig nicht mehr in die Verwaltungsräte der MDK gewählt werden können. Damit wird die Unabhängigkeit des MDK von den Krankenkassen weiter gestärkt.

Zu Doppelbuchstabe cc

Mit der Neuregelung wird das Verfahren der Bestimmung der Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen sowie der Vertreter der Pflegeberufe geregelt, die künftig ein Drittel der Mitglieder des Verwaltungsrates eines MDK stellen. Diese Mitglieder werden von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde, die die Aufsicht über den jeweiligen MDK führt (§ 281 Absatz 3), auf Vorschlag der für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen maßgeblichen Organisationen sowie der pflegenden Angehörigen auf Landesebene und auf Vorschlag der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene je zur Hälfte bestimmt.

ENTWURF

In Anlehnung an die Pflegebedürftigenbeteiligungsverordnung, die auf Grund des § 118 Absatz 2 des SGB XI am 22. März 2013 vom Bundesministerium für Gesundheit erlassen worden ist, wird verankert, dass die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des über den jeweiligen MDK aufsichtführenden Landes die Voraussetzungen der Anerkennung der für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden Angehörigen maßgeblichen Organisationen auf Landesebene bestimmt, insbesondere zu den Erfordernissen an die Organisationsform und die Offenlegung der Finanzierung. Dies soll ebenfalls für die Anerkennung als maßgebliche Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene erfolgen. Die Regelung dient der Qualitätssicherung der Vorschläge. Die Organisationen und Verbände haben einen Anspruch auf ein geordnetes Verfahren. Deshalb hat die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde das Verfahren in seinen wesentlichen Grundzügen festzulegen.

Zu Buchstabe b

Um eine zu starke Erhöhung der Mitgliederzahl in den Verwaltungsräten der MDK durch die Erweiterung um Vertreter der Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen sowie der Pflegeberufe zu vermeiden, wird die Höchstzahl auf achtzehn (bisher sechzehn) Mitglieder begrenzt.

Wie bisher kann nach Satz 2 die Gesamtzahl der Mitglieder im Verwaltungsrat angemessen erhöht werden, wenn mehrere Landesverbände einer Kassenart Mitglieder des MDK sind. Hierdurch darf sich jedoch das Verhältnis zwischen den wie bisher gewählten Mitglieder im Verwaltungsrat (zwei Drittel) und den neu hinzukommenden Vertretern der Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen sowie der Pflegeberufe (ein Drittel) nicht verändern.

Zu Buchstabe c

Der neue Absatz 7 enthält eine Übergangsregelung. Die Neuregelungen in § 279, mit denen die Verwaltungsräte der MDK um Vertreter der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen sowie der Pflegeberufe erweitert werden, sollen sechs Monate nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes in Kraft treten, um den Beteiligten ausreichend Vorlauf vor den nächsten regulär anstehenden Wahlen einzuräumen. Die Amtsdauer der Verwaltungsräte beträgt nach § 279 Absatz 6 in Verbindung mit § 58 Absatz 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch sechs Jahre; die Wahlperioden sind aber aufgrund unterschiedlicher Errichtungszeitpunkte in den Bundesländern uneinheitlich. Um sicherzustellen, dass spätestens drei Jahre nach Inkrafttreten der Neuregelungen in den Verwaltungsräten der MDK Pflegebedürftige und ihre pflegenden Angehörige sowie die Pflegeberufe vertreten sind, sieht die Übergangsregelung vor, dass diese in den Fällen, in denen die reguläre Amtsdauer des Verwaltungsrats noch mehr als drei Jahre beträgt, von der zuständigen Landesbehörde zusätzlich zu den vor Inkrafttreten der Neuregelungen gewählten Mitgliedern bestimmt werden. Dabei darf der Anteil der neu hinzu kommenden Vertreter ein Drittel aller Vertreter im Verwaltungsrat des MDK nicht überschreiten. Die Amtsdauer des gewählten Verwaltungsrats wird damit nicht verkürzt. Da in den meisten Verwaltungsräten mehr als 12 Mitglieder vertreten sind, muss für diese Übergangslösung auch die Möglichkeit eingeräumt werden, die Höchstzahl von 18 Mitgliedern zu überschreiten.

Zu Nummer 74 (§ 283)

Die Vorschrift des § 283 regelt nach bisher geltendem Recht Ausnahmen von dem Grundsatz, dass in den Ländern ein Medizinischer Dienst für alle Krankenkassen tätig ist. Diese Ausnahmeregelung betrifft die BAHN-BKK (Satz 1), die Betriebskrankenkasse nach § 7 Postsozialversicherungsorganisationsgesetz (Bundespost-Betriebskrankenkasse – BKK POST), die BKK des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung

ENTWURF

(BKK BMVBS) (Satz 2) und die Knappschaft-Bahn-See (Satz 3). Die BAHN BKK ist nicht Mitglied eines Landesverbandes der Betriebskrankenkassen.

Der Medizinische Dienst des Bundeseisenbahnvermögens (MD BEV) ist infolge des geschlossenen Personalbestandes des Bundeseisenbahnvermögens seit Anfang 2013 nicht mehr in der Lage, die Aufgaben des Medizinischen Dienstes (MDK) für die BAHN-BKK wahrzunehmen. Im Vorgriff auf eine gesetzliche Regelung haben die MDK mit der BAHN-BKK eine Rahmenvereinbarung zur Übernahme der Aufgaben ab dem 1. Januar 2013 geschlossen, die von den für den MDK zuständigen Aufsichtsbehörden der Länder bis zur Schaffung einer Rechtsgrundlage toleriert wird. Mit der Streichung der Ausnahmeregelung des bisherigen Satzes 1 und der Einbeziehung der BAHN-BKK in die Arbeitsgemeinschaften MDK (vergleiche Nummer 1: Ergänzung in § 278 Absatz 2) wird die Rechtsgrundlage dafür geschaffen, dass künftig der jeweils zuständige MDK die Aufgaben des MDK für die BAHN-BKK wahrnimmt.

Für die BKK POST und die BKK des BMVBS ist die Ausnahmeregelung des bisherigen Satzes 2 durch die Vereinigung dieser Krankenkassen mit anderen Betriebskrankenkassen gegenstandslos geworden. Satz 2 wird daher ebenfalls aufgehoben.

Die Aufgaben des MDK für die Knappschaft-Bahn-See nimmt weiterhin deren Sozialmedizinischer Dienst wahr.

Zu Nummer 75 (§ 284)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung zur Bündelung der Vertragskompetenzen der Krankenkassen in § 140a.

Zu Buchstabe b

Die in Absatz 2 genannten Stichprobenprüfungen nach § 106 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 sind künftig nur noch für ärztliche Leistungen gemäß § 106a Absatz 1 Satz 1 – neu – bundesgesetzlich vorgeschrieben. Für ärztlich verordnete Leistungen obliegt die Vereinbarung der Prüfungsarten künftig gemäß § 106b – neu – den Vertragspartnern auf Landesebene, die sich dabei aber auch auf Stichprobenprüfungen einigen können. Es ist somit auf beide gesetzlichen Anknüpfungspunkte zu verweisen.

Zu Nummer 76 (§ 285)

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen.

Zu Buchstabe a

Zur besseren Übersichtlichkeit werden die Regelungen zu den Wirtschaftlichkeitsprüfungen zukünftig in vier getrennten Paragraphen geregelt, §§ 106-106c – neu –. Der Verweis ist daher entsprechend anzupassen.

Zu Buchstabe b

Der bisherige § 106a wird wegen der Umstrukturierung der Regelungen zu den Wirtschaftlichkeitsprüfungen künftig in § 106d – neu – geregelt, so dass auch insofern eine Anpassung des Verweises vorzunehmen ist.

Zu Nummer 77 (§ 295)

Folgeänderung zur Bündelung der Vertragskompetenzen der Krankenkassen in § 140a.

ENTWURF

Zu Nummer 78 (§ 295a)

Folgeänderung zur Bündelung der Vertragskompetenzen der Krankenkassen in § 140a.

Zu Nummer 79 (§ 296)

Zu Buchstabe a bis c

Nach der Umstrukturierung der Regelungen zu den Wirtschaftlichkeitsprüfungen in § 106 sind die Prüfungsstellen künftig in § 106c – neu – geregelt und nicht mehr in § 106 Abs. 4a. Entsprechend waren die Verweise in Absatz 1 Satz 1, Absatz 2 Satz 1 und Absatz 4 anzupassen.

Die weiteren Änderungen in Absatz 1 Satz 2, Absatz 2 Satz 1 und 2 sowie Absatz 4 sind ebenfalls Folgeänderungen zu der Neuregelung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Bereich ärztlich verordneter Leistungen in § 106b – neu –. Die Regelungen in den §§ 106 und 84 , auf die die genannten Absätze von § 296 verweisen, haben ab dem 31. Dezember 2016 nur noch Bedeutung, wenn bis dahin keine Vereinbarungen nach § 106b Absatz 1 Satz 1 – neu – zustande kommen. Dann gelten sie gemäß § 106b Absatz 3 Satz 3 in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung.

Zu Nummer 80 (§ 297)

Zu Buchstabe a bis d

Nach der Umstrukturierung der Regelungen zu den Wirtschaftlichkeitsprüfungen in § 106 sind die Prüfungsstellen künftig in § 106c – neu – geregelt und nicht mehr in § 106 Abs. 4a. Entsprechend waren die Verweise in Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 Satz 1 anzupassen.

Die bisher in § 106 Absatz 3 befindliche Regelung ist nun unverändert in § 106a Absatz 4 – neu – zu finden, so dass der Verweis in Absatz 1 entsprechend anzupassen war.

Die weiteren Änderungen in Absatz 1, Absatz 3 Satz 1 und Absatz 4 sind ebenfalls Folgeänderungen zu der Neuregelung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Die Zufälligkeitsprüfungen nach § 106 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 sind künftig nur noch für ärztliche Leistungen gemäß § 106a Absatz 1 Satz 1 – neu – bundesgesetzlich vorgeschrieben.

Zu Nummer 81 (§ 299)

Mit den Neuregelungen werden dem Gemeinsamen Bundesausschuss Möglichkeiten eröffnet, Qualitätssicherungsverfahren und Durchführung der Qualitätsprüfungen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zu erleichtern.

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Neufassung des Satzes 5 wird unter Korrektur der Bezugnahme auf Satz 4 Nummer 1 geregelt, welche Abweichungen von der dortigen Vorgabe zur Datenerhebung für Zwecke der Qualitätssicherung zulässig sind. Dabei wird in der neuen Nummer 1 das geltende Recht übernommen, wonach abweichend von der regelmäßigen Begrenzung der Datenerhebung auf eine Stichprobe auch eine Vollerhebung unter den genannten Voraussetzungen vorgesehen werden kann. Mit der neuen Nummer 2 wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss nunmehr die Möglichkeit eröffnet, Ausnahmen von der Pflicht zur Pseudonymisierung der versichertenbezogenen Daten zuzulassen. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann danach in den Richtlinien und Beschlüssen nach § 136 Absatz 2

ENTWURF

und § 137 Absatz 1 Satz 1 sowie in den Vereinbarungen nach § 137d festlegen, dass in dem jeweiligen Qualitätssicherungsverfahren bei bestimmten Konstellationen von der Pseudonymisierung abgesehen werden kann. Voraussetzung ist, dass die Ausnahme von der Pseudonymisierung erforderlich ist, um das Ziel des Qualitätssicherungsverfahrens nicht zu gefährden, weil zum einen die Überprüfung der ärztlichen Behandlungsdokumentation fachlich oder methodisch erforderlich ist und zum anderen der verwendete Datenträger aufgrund seiner technischen Beschaffenheit eine Pseudonymisierung nicht oder nur unter unverhältnismäßig hohem Aufwand zulässt. So ist es z. B. bei einer analogen Videoaufnahme einer Kniegelenksspiegelung technisch faktisch nicht möglich, den Namen des Patienten zu entfernen und durch ein Pseudonym zu ersetzen. Die Gründe für die Inanspruchnahme der Ausnahme von der Pseudonymisierungspflicht sind in den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen näher darzulegen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Ergänzung des Satzes 7 wird klargestellt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen für die Durchführung der Qualitätsprüfungen nach § 136 Absatz 2 von den Daten Kenntnis erlangen dürfen, die nach den Vorgaben der entsprechenden Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses erforderlich sind, auch wenn sie über die nach § 295 im Rahmen der Abrechnung zu übermittelnden Daten hinausgehen. Im Rahmen der Qualitätsprüfung erhalten die Kassenärztlichen Vereinigungen auf der Grundlage des § 285 Absatz 1 Nummer 6 i. V. m. Absatz 2 auch Daten, die über den Umfang der Abrechnungsdaten hinausgehen (z. B. medizinische Daten). Die grundsätzlich verpflichtende Vorgabe zur Pseudonymisierung der versichertenbezogenen Daten bleibt hierbei unberührt.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Absatz 2 Satz 1 sieht vor, dass das Verfahren zur Pseudonymisierung unmittelbar bei den jeweiligen Leistungserbringern erfolgen muss. Mit dem neuen Satz 2 wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Möglichkeit eröffnet, das Verfahren in bestimmten Fällen auf eine festzulegende Stelle zu übertragen. Voraussetzung ist, dass die Durchführung der Pseudonymisierung für den einzelnen Leistungserbringer bezogen auf das jeweilige Qualitätssicherungsziel einen unverhältnismäßig hohen Aufwand erfordern würde, für die zu bestimmende Stelle dagegen nicht mit einem unverhältnismäßig hohen Aufwand verbunden ist. Im Zusammenhang mit der Neuregelung in Absatz 1 Satz 5 wird insoweit ein abgestuftes Vorgehen erreicht: Ist die Pseudonymisierung grundsätzlich nicht oder nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand möglich, kann von ihr abgesehen werden, ist sie nur für den einzelnen Leistungserbringer mit einem unverhältnismäßig hohen Aufwand verbunden, kann sie auf eine andere Stelle übertragen werden. Im Übrigen hat der jeweilige Leistungserbringer die Pseudonymisierung vorzunehmen. Die andere Stelle muss grundsätzlich von den Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und deren Verbänden räumlich, organisatorisch und personell getrennt sein. Für die Qualitätsprüfungen nach § 136 Absatz 2 kann das auch eine gesonderte Stelle bei der Kassenärztlichen Vereinigung sein, die die zentrale Pseudonymisierung für die Vertragsärzte durchführt. Die Gründe für die Übertragung des Verfahrens auf eine andere Stelle hat der Gemeinsame Bundesausschuss nach dem neuen Satz 3 in den jeweiligen Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen darzulegen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Änderung des neuen Satz 5 enthält eine Korrektur der Bezugnahme und eine sprachliche Anpassung aufgrund der Einfügung der neuen Sätze 2 und 3.

Zu Nummer 82 (§ 300)

ENTWURF

Es handelt sich um eine Bereinigung. § 84 Absatz 7a wurde zwischenzeitlich aufgehoben.

Zu Nummer 83 (§ 303e)

Folgeänderung zur Bündelung der Vertragskompetenzen der Krankenkassen in § 140a.

Zu Nummer 84 (§ 304)

Um eine bessere Übersichtlichkeit zu erreichen, werden die Regelungen zu den Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 106) in vier verschiedene Paragraphen (§ 106 bis § 106c) aufgeteilt. Auf diese ist in § 304 auch entsprechend zu verweisen.

Zu Nummer 85 (§ 305)

Folgeänderung zur Bündelung der Vertragskompetenzen der Krankenkassen in § 140a.

Zu Nummer 86 (§ 305a)

Folgeänderung zur Bündelung der Vertragskompetenzen der Krankenkassen in § 140a.

Zu Artikel 2 (Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch)

Die durch das Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes vom 21. Juni 2012 (TPG-Änderungsgesetz) erfolgte Einbeziehung der Spender von Organen oder Geweben nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes in den Geltungsbereich des Dritten Buches Sozialgesetzbuch soll auch für Spender von Blut zur Separation von Blutstammzellen und anderen Blutbestandteilen im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes Anwendung finden. Es ist nicht ersichtlich, warum Blutspenden zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen aus einer peripheren Blutspende, die vom Geltungsbereich des Transfusionsgesetzes erfasst werden, anders behandelt werden sollen, als Stammzellspenden aus dem Knochenmark, die den Regelungen der § 8 und § 8a des Transplantationsgesetzes unterfallen. Es wird deshalb ausdrücklich bestimmt, dass die unterschiedlichen Spendevorgänge gleichermaßen von den gesetzlichen Regelungen erfasst werden.

Zu Artikel 3 (Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch)

Die durch das Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes vom 21. Juni 2012 (TPG-Änderungsgesetz) erfolgte Einbeziehung der Spender von Organen oder Geweben nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes in den Geltungsbereich des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch soll auch für Spender von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes Anwendung finden. Es ist nicht ersichtlich, warum Blutspenden zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen aus einer peripheren Blutstammzellspende, die vom Geltungsbereich des Transfusionsgesetzes erfasst werden, anders behandelt werden sollen, als Stammzellspenden aus dem Knochenmark, die den Regelungen der § 8 und § 8a des Transplantationsgesetzes unterfallen. Es wird deshalb ausdrücklich bestimmt, dass die unterschiedlichen Spendevorgänge gleichermaßen von den gesetzlichen Regelungen erfasst werden.

Zu Artikel 4 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 55)

Mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz wurde für landwirtschaftliche Unternehmer, die zugleich Arbeitslosengeld II beziehen, hinsichtlich der beitragsrechtlichen Folgen eine Gleichbehandlung mit den ALG II Beziehenden nach dem

ENTWURF

Fünften Buch Sozialgesetzbuch erzielt. In der sozialen Pflegeversicherung besteht nach geltendem Recht weiterhin eine doppelte Beitragspflicht. Um einen Gleichklang zwischen Kranken- und Pflegeversicherung herzustellen, wird mit der Änderung in § 55 Elftes Buch Sozialgesetzbuch klargestellt, dass der Unternehmerbeitrag nach Absatz 5 nur für landwirtschaftliche Unternehmer gilt, die kein Arbeitslosengeld II beziehen.

Zu Nummer 2 (§§ 57, 59)

Die durch das Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes vom 21. Juni 2012 (TPG-Änderungsgesetz) erfolgte Einbeziehung der Spender von Organen oder Geweben nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes in den Geltungsbereich des Elften Buches Sozialgesetzbuch soll auch für Spender von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes Anwendung finden. Es ist nicht ersichtlich, warum Blutspenden zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen aus einer peripheren Blutstammzellspende, die vom Geltungsbereich des Transfusionsgesetzes erfasst werden, anders behandelt werden sollen, als Stammzellspenden aus dem Knochenmark, die den Regelungen der § 8 und § 8a des Transplantationsgesetzes unterfallen. Es wird deshalb ausdrücklich bestimmt, dass die unterschiedlichen Spendevorgänge gleichermaßen von den gesetzlichen Regelungen erfasst werden.

Zu Nummer 3 (§ 60)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung. Durch Ergänzung des Verweises in § 60 Elftes Buch Sozialgesetzbuch wird klargestellt, dass für nach § 2 Absatz 1 Nummer 6 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versicherungspflichtige Beziehende von Arbeitslosengeld II die Beitragszahlungsvorschrift des § 49 Satz 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte zur Anwendung kommt.

Zu Nummer 4 (§ 92b)

Zu Buchstabe a bis c

In dem neu gefassten § 140a SGB V wurde auf die Normierung der Verpflichtung der Krankenkassen bzw. des Anspruchs des Versicherten, umfassend über die Verträge informiert zu werden, verzichtet, weil dies bereits aus den allgemeinen Auskunfts- und Beratungspflichten der Krankenkassen (§§ 13 ff. SGB I) folgt. Aus diesem Grund entfällt auch der hierauf zielende Verweis in § 92b Absatz 3. Im Übrigen handelt es sich um Folgeänderungen zur Bündelung der Vertragskompetenzen der Krankenkassen in § 140a SGB V.

Zu Artikel 5 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Folgeänderung zur Bündelung der Vertragskompetenzen der Krankenkassen in § 140a SGB V.

Zu Artikel 6 (Änderung des Entgeltfortzahlungsgesetzes)

Zu Nummer 1 bis 3

Die durch das Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes vom 21. Juni 2012 (TPG-Änderungsgesetz) erfolgte Einbeziehung der Spender von Organen oder Geweben nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes in den Geltungsbereich des Entgeltfortzahlungsgesetzes soll auch für Spender von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes Anwendung finden. Es ist nicht ersichtlich, warum Blutspenden zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen aus einer peripheren Blutstammzellspende, die vom Gel-

ENTWURF

tungsbereich des Transfusionsgesetzes erfasst werden, anders behandelt werden sollen, als Stammzellspenden aus dem Knochenmark, die den Regelungen der § 8 und § 8a des Transplantationsgesetzes unterfallen. Es wird deshalb ausdrücklich bestimmt, dass die unterschiedlichen Spendevorgänge gleichermaßen von den gesetzlichen Regelungen erfasst werden.

Zu Artikel 7 (Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte)

Zu Nummer 1 (§ 8)

Zu Buchstabe a (Doppelbuchstabe aa und bb)

Durch die Regelung wird redaktionell klargestellt, dass das Ruhen von Leistungsansprüchen als Sanktionsinstrument bei der Nichtzahlung von Beiträgen nicht eintritt bzw. endet, wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind bzw. werden. Dies ist bereits gängige Verfahrenspraxis der gesetzlichen Krankenkassen. Siehe auch die entsprechende Begründung zur Änderung des § 16 Absatz 3a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch.

Zu Buchstabe b (Doppelbuchstabe aa und bb)

Die durch das Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes vom 21. Juni 2012 (TPG-Änderungsgesetz) erfolgte Einbeziehung der Spender von Organen oder Geweben nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes in den Geltungsbereich des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte soll auch für Spender von Blut zur Separation von Blutstammzellen und anderen Blutbestandteilen im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes Anwendung finden. Es ist nicht ersichtlich, warum Blutspenden zur Separation von Blutstammzellen und anderen Blutbestandteilen aus einer peripheren Blutspende, die vom Geltungsbereich des Transfusionsgesetzes erfasst werden, anders behandelt werden sollen, als Stammzellspenden aus dem Knochenmark, die den Regelungen der § 8 und § 8a des Transplantationsgesetzes unterfallen. Es wird deshalb ausdrücklich bestimmt, dass die unterschiedlichen Spendevorgänge gleichermaßen von den gesetzlichen Regelungen erfasst werden.

Zu Nummer 2 (§ 22)

Mit der Änderung wird eine Anpassung an den Wortlaut der gleichlautenden Vorschrift des § 188 Absatz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch vorgenommen. Dadurch wird klargestellt, dass Versicherungslücken, die einen Monat nicht überschreiten, nicht mit der obligatorischen Anschlussversicherung geschlossen werden müssen.

Zu Nummer 3 (§ 40)

Es handelt sich um die Beseitigung eines Redaktionsversehens.

Zu Artikel 8 (Änderung des Krankenpflegegesetzes (§ 4))

Zu Nummer 1

Die Änderung stellt klar, dass eine Ausbildung nach dem Krankenpflegegesetz, die den Erwerb zusätzlicher Kompetenzen beinhaltet, die zur Durchführung heilkundlicher Aufgaben berechtigen, auch an Hochschulen abgeleistet werden kann.

Zu Nummer 2

ENTWURF

Die Ergänzung in Satz 7 macht deutlicher als bisher, dass die staatliche Prüfung sich auf die erweiterten Kompetenzen erstreckt.

Zu Nummer 3

Durch die neuen Sätze 8 und 9 wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Möglichkeit eröffnet, für die zusätzliche Ausbildung standardisierte Ausbildungsmodule zu entwickeln, auf die im Falle von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zurückgegriffen werden kann. Sie sind einmalig vom Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu genehmigen. Damit wird die Möglichkeit eröffnet, dass Ausbildungsstätten für den Fall eines Modellvorhabens auf bereits vorhandene Ausbildungsregelungen zurückgreifen können. Das Verfahren der Entwicklung von Ausbildungsplänen und ihrer Genehmigung durch die zuständigen Fachministerien wird dadurch verkürzt. Lediglich bei einer Änderung der Module ist gemäß Satz 9 zweiter Halbsatz eine erneute Genehmigung erforderlich.

Zu Nummer 4

Der neue Absatz 8 stellt klar, dass auch Personen in die Modellvorhaben einbezogen werden können, die bereits über eine abgeschlossene Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege oder der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege verfügen.

Zu Artikel 9 (Änderung des GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz)

Mit der Änderung in Artikel 7 Nummer 2 Buchstabe b des GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetzes (GKV-FQWG) vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133), der am 1. Januar 2016 in Kraft tritt, wird bewirkt, dass für Beziehende von Arbeitslosengeld II – wie im Fünften Buch Sozialgesetzbuch – anstelle des allgemeinen der ermäßigte Beitragssatz anzuwenden ist. Mit dem neuen Absatz 5a wird die mit dem GKV-FQWG vorgesehene Pauschalierung des Beitrags für Beziehende von Arbeitslosengeld II nach § 232a SGB V auch für in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung versicherte landwirtschaftliche Unternehmer mit Arbeitslosegeld II-Bezug nachvollzogen. Die Vorschrift regelt, dass bei versicherungspflichtigen landwirtschaftlichen Unternehmern, die Arbeitslosengeld II beziehen, für die Dauer des Bezugs von Arbeitslosengeld II als Einkommen das 0,2060fache der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV zugrundegelegt wird. Für die Bemessung der Beiträge für diesen Personenkreis, auf die sich die vorliegende Änderung bezieht, gilt der um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz erhöhte ermäßigte – d.h. nicht der allgemeine – Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zu Artikel 10 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Zu Nummern 1 bis 3

Folgeänderung zur Bündelung der Vertragskompetenzen der Krankenkassen in § 140a SGB V.

Zu Artikel 11 (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

In § 92a Absatz 4 Satz 1 SGB V – neu – wird vorgegeben, dass die jährlichen Fördermittel für den Innovationsfonds in Höhe von 300 Millionen Euro jeweils zur Hälfte vom Gesundheitsfonds und von den Krankenkassen getragen werden. Vom Gesundheitsfonds und von den Krankenkassen sind somit jährlich jeweils 150 Millionen Euro der Fördermittel zu tragen. In § 92a Absatz 4 Satz 2 SGB V – neu – wird dem Bundesversicherungsamt zudem die Aufgabe übertragen, die Umlage der Krankenkassen zur Finanzierung des Innovationsfonds zu erheben. Nach § 92a Absatz 4 SGB V – neu – ist das Nähere zur

ENTWURF

Erhebung der Finanzmittel für den Innovationsfonds durch das Bundesversicherungsamt bei den Krankenkassen dabei in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) zu regeln. Dazu wird nunmehr ein neuer Neunter Abschnitt in der RSAV geschaffen.

In § 44 Absatz 1 - neu – wird geregelt, wie das Bundesversicherungsamt jährlich rechnerisch den von jeder Krankenkasse zu leistenden Finanzierungsanteil am Innovationsfonds ermittelt:

Für jede Krankenkasse errechnet sich der von ihr zu tragende jährliche Förderbetrag, indem der auf die Krankenkassen insgesamt entfallende Finanzierungsanteil nach § 92a Absatz 4 SGB V – neu – (in Höhe von 150 Millionen Euro jährlich) durch die Versichertentage aller Krankenkassen geteilt und mit den Versichertentagen der einzelnen Krankenkassen multipliziert wird. Durch die Gewichtung mit den Versichertentagen wird dabei gewährleistet, dass die einzelnen Krankenkassen entsprechend der Anzahl der bei ihnen jeweils versicherten Personen an der Finanzierung des Innovationsfonds beteiligt werden.

In § 44 Absatz 2 – neu – wird vorgegeben, dass das Bundesversicherungsamt den so für jede Krankenkasse ermittelten tatsächlichen Finanzierungsanteil für den Innovationsfonds von den Zuweisungen der Krankenkasse für Satzungs- und Ermessensleistungen absetzt und den Betrag dem Innovationsfonds zuführt. Dadurch kann auf ein gesondertes Umlageverfahren bei den derzeit 131 Krankenkassen verzichtet und der Verwaltungsaufwand auf ein Minimum reduziert werden.

Die Regelungen nach §§ 39 und 41 sind entsprechend anzuwenden, d. h. die Regelungen werden entsprechend der üblichen RSA-Systematik im Monatsverfahren, in den Strukturanpassungen und im Jahresausgleich umgesetzt. Das bedeutet, dass sich der von den Krankenkassen zu tragende Betrag in Höhe von 150 Millionen Euro pro Jahr über das Jahr hinweg aufbaut und er zur Beginn des Jahres noch nicht in voller Höhe zur Verfügung steht. Die Mittelaufbringung folgt damit der Mittelverwendung, die ebenfalls über das Jahr hinweg erfolgen wird. Für den nicht anzunehmenden Fall, dass bereits zu Beginn eines Jahres höhere Mittel benötigt werden, kann zunächst auf den ohnehin durch den Gesundheitsfonds (Liquiditätsreserve) zu tragenden Anteil von 150 Millionen Euro zurück gegriffen werden.

Zu Artikel 12 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Zu Nummer 1 (§ 24)

Mit der Ergänzung in § 24 Absatz 7 wird sichergestellt, dass medizinische Versorgungszentren (MVZ) bei Zulassung und Betrieb nicht gegenüber Vertragsärzten benachteiligt werden. MVZ und Vertragsärzte müssen gleiche Gestaltungsmöglichkeiten haben. Daher wird die Verlegung einer Anstellungsgenehmigung von einem MVZ in ein anderes MVZ (in gleicher Trägerschaft) geregelt. Eine solche Übertragung der Anstellungsgenehmigung ist analog der Sitzverlegung bei der Zulassung zulässig. Danach ist die Verlegung nur dann zulässig, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen.

Zu Nummer 2 (§ 32b)

Nach § 1 Absatz 3 finden die Regelungen dieser Verordnung zwar entsprechend Anwendung angestellte Ärztinnen und Ärzte. Aufgrund unterschiedlicher Auslegungen in der Praxis bedarf es aber einer Klarstellung, dass auch die Regelungen zur Vertretung für die angestellte Ärztin bzw. den angestellten Arzt gelten. Darüber hinaus werden die Vertretungsgründe an die Rechtslage für Vertragsärzte im Falle des Todes angepasst. Der Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) regelt, dass im Falle des Todes einer Vertragsärztin bzw. eines Vertragsarztes die Praxis durch einen Vertreter für längstens 6 Monate fortgeführt werden kann (sog. Witwen-Quartal). Mit der Ergänzung in § 32b Absatz 6 wird nunmehr eine dem BMV-Ä entsprechende Regelung für die genehmigte Arztstelle eingeführt.

ENTWURF

Darüber hinaus werden weitere Vertretungsgründe geregelt, die nur bei angestellten Ärztinnen bzw. Ärzten in Betracht kommen. Eine Vertretung soll insbesondere auch bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses durch Kündigung oder beispielsweise Freistellung möglich sein.

In Absatz 7 wird mit der Anordnung der entsprechenden Anwendung von § 26 nachvollzogen, dass nach der Neuregelung in § 95 Absatz 9 SGB V auch die Regelungen über das Ruhen der Zulassung für genehmigte Anstellungen entsprechend gelten.

Zu Nummer 3 (§ 46)

Um mehr Ärztinnen und Ärzte für eine Niederlassung in unterversorgten Gebieten zu gewinnen, wird geregelt, dass der Zulassungsausschuss für die Erteilung von Zulassungen in Gebieten, für die eine Unterversorgungsfeststellung getroffen ist, keine Gebühren erheben darf. Zudem wird dem Zulassungsausschuss die Möglichkeit eingeräumt, auch für Verfahren und Anträge für Tätigkeiten in nicht unterversorgten Gebieten auf die Erhebung von Gebühren zu verzichten oder diese zu reduzieren, wenn dies aus Versorgungsgründen angezeigt ist. Hiermit können beispielsweise Anreize gesetzt werden, sich in Regionen niederzulassen, die zwar noch nicht unterversorgt sind, in denen aber gleichwohl Versorgungsbedarf besteht. Schließlich besteht auch die Möglichkeit, in den Fällen, in denen ehemalige Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte sich erneut zulassen wollen, die Gebühr zu reduzieren, wenn die Zulassung der Ärztin oder des Arztes aus Versorgungsgründen angezeigt ist. Schließlich wird geregelt, dass bei der wiederholten Besetzung genehmigter Arztstellen nur 50 Prozent der Gebühren zu erheben sind. Es bedarf einer differenzierten Gebührenerhebung, die zwischen der Zulassung als Vertragsarzt und der Genehmigung von Arztstellen unterscheidet. Zum einen ist der Prüfumfang bei der Zulassung eines Vertragsarztes im Nachbesetzungsverfahren wesentlich umfangreicher als bei der Genehmigung einer Anstellung. Zum anderen erfolgt die Zulassung als Vertragsarzt in der Regel nur einmal im Berufsleben eines Arztes, die Genehmigung einer Anstellung kann hingegen sehr viel häufiger vorkommen. Mit der Gebührenreduktion sollen kooperative Versorgungsformen, die insbesondere für junge Ärztinnen und Ärzte attraktiv sind, gefördert werden. Zudem soll die Höhe der Gebühren nicht dazu führen, dass Anstellungen wegen des möglichen Ausscheidens aus der Praxis nicht erfolgen, z. B. bei Erziehungszeiten und der dann erforderlichen hohen gebührenpflichtigen Nachbesetzung der genehmigten Anstellung.

Zu Artikel 13 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte)

Zu Nummer 1 (§ 24)

Mit der Ergänzung in § 24 Absatz 7 wird sichergestellt, dass medizinische Versorgungszentren (MVZ) bei Zulassung und Betrieb nicht gegenüber Vertragszahnärzten benachteiligt werden. MVZ und Vertragszahnärzte müssen gleiche Gestaltungsmöglichkeiten haben. Daher wird die Verlegung einer Anstellungsgenehmigung von einem MVZ in ein anderes MVZ (in gleicher Trägerschaft) geregelt. Eine solche Übertragung der Anstellungsgenehmigung ist analog der Sitzverlegung bei der Zulassung zulässig. Danach ist die Verlegung nur dann zulässig, wenn Gründe der vertragszahnärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen.

Zu Nummer 2 (§ 32b)

Nach § 1 Absatz 3 finden die Regelungen dieser Verordnung zwar entsprechend Anwendung für angestellte Zahnärztinnen und Zahnärzte. Aufgrund unterschiedlicher Auslegungen in der Praxis bedarf es aber einer Klarstellung, dass auch die Regelungen zur Vertretung für die angestellte Zahnärztin bzw. den angestellten Zahnarzt gelten. Darüber hinaus werden weitere Vertretungsgründe geregelt, die nur bei angestellten Zahnärztinnen bzw.

ENTWURF

Zahnärzten in Betracht kommen. Eine Vertretung soll insbesondere auch bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses durch Kündigung oder beispielsweise Freistellung möglich sein.

In Absatz 7 wird mit der Anordnung der entsprechenden Anwendung von § 26 nachvollzogen, dass nach der Neuregelung in § 95 Absatz 9 SGB V auch die Regelungen über das Ruhen der Zulassung für genehmigte Anstellungen entsprechend gelten.

Zu Nummer 3 (§ 46)

Um mehr Zahnärztinnen und Zahnärzte für eine Niederlassung in unterversorgten Gebieten zu gewinnen, wird geregelt, dass der Zulassungsausschuss für die Erteilung von Zulassungen in Gebieten, für die eine Unterversorgungsfeststellung getroffen ist, keine Gebühren erheben darf. Zudem wird dem Zulassungsausschuss die Möglichkeit eingeräumt, auch für Verfahren und Anträge für Tätigkeiten in nicht unterversorgten Gebieten auf die Erhebung von Gebühren zu verzichten oder diese zu reduzieren, wenn dies aus Versorgungsgründen angezeigt ist. Hiermit können beispielsweise Anreize gesetzt werden, sich in Regionen niederzulassen, die zwar noch nicht unterversorgt sind, in denen aber gleichwohl Versorgungsbedarf besteht. Schließlich besteht auch die Möglichkeit, in den Fällen, in denen ehemalige Vertragszahnärztinnen oder Vertragszahnärzte sich erneut zulassen wollen, die Gebühr zu reduzieren, wenn die Zulassung der Zahnärztin oder des Zahnarztes aus Versorgungsgründen angezeigt ist. Schließlich wird geregelt, dass bei der wiederholten Besetzung genehmigter Arztstellen nur 50 Prozent der Gebühren zu erheben sind. Es bedarf einer differenzierten Gebührenerhebung, die zwischen der Zulassung als Vertragszahnarzt und der Genehmigung von Zahnarztstellen unterscheidet. Zum einen ist der Prüfumfang bei der Zulassung eines Vertragszahnarztes im Nachbesetzungsverfahren wesentlich umfangreicher als bei der Genehmigung einer Anstellung. Zum anderen erfolgt die Zulassung als Vertragszahnarzt in der Regel nur einmal im Berufsleben eines Zahnarztes, die Genehmigung einer Anstellung kann hingegen sehr viel häufiger vorkommen. Mit der Gebührenreduktion sollen kooperative Versorgungsformen, die insbesondere für junge Zahnärztinnen und Zahnärzte attraktiv sind, gefördert werden. Zudem soll die Höhe der Gebühren nicht dazu führen, dass Anstellungen wegen des möglichen Ausscheidens aus der Praxis nicht erfolgen, z. B. bei Erziehungszeiten und der dann erforderlichen hohen gebührenpflichtigen Nachbesetzung der genehmigten Anstellung.

Zu Artikel 14 (Schiedsamtsverordnung)

Zu Nummern 1 und 2 (§§ 8 und 9)

Mit den Regelungen werden die Formulierungen in §§ 8 und 9 insbesondere an das gültige Bundesreisekostengesetz angepasst. Darüber hinaus erfolgt in § 8 eine redaktionelle Folgeänderung zu der mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz erfolgten Änderung des § 11 Absatz 2, wonach die Geschäfte des Bundesschiedsamtes beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu führen sind. Insoweit richtet sich auch der Anspruch der unparteiischen Mitglieder des Bundesschiedsamtes auf Reisekosten an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und nicht an den Bundesverband der Ortskrankenkassen.

Zu Nummer 3 (§ 22a)

Die bisherigen Regelungen zur Kostentragung des Bundesschiedsamtes sehen vor, dass die Geschäftsführungskosten und die Schiedsgebühren von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen je zur Hälfte getragen werden. Das Bundesschiedsamt muss allerdings in einigen Einzelfällen um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft erweitert werden (vergleiche §§ 115 Absatz 3 Satz 2, 116b Absatz 6 Satz 7, 118 Absatz 2 Satz 2 SGB V). Auch vor dem Hintergrund der durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz vorgenommenen Regelung in § 116b Absatz 3 Satz 5 SGB V, wonach die Landeskrankenhausgesellschaften bei der Kostentragung der Landesausschüsse zu beteiligen sind, erfolgt die Klarstellung, dass die Deut-

ENTWURF

sche Krankenhausgesellschaft an den Kosten für das Bundesschiedsamt entsprechend der Stimmanteile zu beteiligen ist.

Zu Artikel 15 (Änderung des Gesetzes über ein Informationssystem zur Bewertung medizinischer Technologien)

Der Wissenschaftsrat hat bereits im Mai 2009 grundlegende Kritik an der Umsetzung der Aufgaben des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information zur Erteilung von Forschungsaufträgen zur Bewertung medizinischer Verfahren und Technologien und zur Erstellung von sog. Health-Technology-Assessment-Berichten geübt. Eine daraufhin vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebene unabhängige, empirische Analyse zur Wirkung und Akzeptanz der durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information in Auftrag gegebenen Health-Technology-Assessment-Berichte kommt insbesondere zu dem Ergebnis, dass wesentliche strukturelle Probleme bei der Berichterstellung dazu führen, dass die bisherige Nutzung dieser Berichte unzureichend ist. Hinzu kommt, dass seit dem Jahr 2004 auch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses bzw. des Bundesministeriums für Gesundheit Evidenzberichte zu medizinischen Fragestellungen erstellt, deren Methodik sich von der des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information unterscheidet. Vor allem die stärker wissenschaftliche Ausrichtung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und die damit verbundene höhere Akzeptanz seiner Berichte sind die maßgeblichen Gründe dafür, dass die Aufgabenzuweisung zur Health-Technology-Assessment-Berichterstellung an das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information nunmehr aufgehoben und in Bezug auf patientenrelevante Fragestellungen auf das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen übertragen wird. Die Aufgabe des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information, ein datenbankgestütztes Informationssystem für die Bewertung der Wirksamkeit oder der Effektivität sowie der Kosten medizinischer Verfahren und Technologien zu errichten und betreiben, bleibt dagegen erhalten.

Zu Artikel 17 (Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung)

Zu Nummern 1 bis 3

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Umstrukturierung der Regelungen zu den Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

Zu Artikel 18 (Inkrafttreten/Außerkrafttreten)

(Außerkrafttreten)

Redaktionelle Folgeänderung des neuen § 75a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch.

Wirtschaftlichkeitsprüfungen Inkrafttreten

Artikel 3 (SGB XI) Nummer X (§§57, 59) und X (§ 60): Inkrafttreten 1.1.2016

ENTWURF