

## Änderungsantrag

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

Zu Artikel 1 Nummer 13a, 28a, 30a, 33, 41a, 51, 58, 67a, 104 (§§ 32, 63, 64d, 106b, 124, 124a, 125, 125a, 326 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Heilmittel)

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

1. Nach Nummer 13 wird folgende Nummer 13a eingefügt:

„13a. § 32 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1a Satz 1 werden die Wörter „bis zum 30. Juni 2016“ gestrichen.
- b) nach Absatz 1a wird folgender Absatz 1b eingefügt

„(1b) Verordnungen, die über die nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 geregelte orientierende Behandlungsmenge hinausgehen, bedürfen keiner Genehmigung durch die Krankenkasse.“

- c) In Absatz 2 Satz 3 wird die Angabe „§ 125“ durch die Angabe „§ 124“ ersetzt.“

2. Nach Nummer 28 wird folgende Nummer 28a eingefügt:

28a. § 63 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 3b Sätze 2 und 3 werden aufgehoben.
- b) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Die Anwendung von Heilmitteln, die nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zur Behandlung krankheitsbedingter Schädigungen nur verordnungsfähig sind, wenn die Schädigungen aufgrund bestimmter Grunderkrankungen eintreten, kann auch bei anderen ursächlichen Grunderkrankungen Gegenstand von Modellvorhaben nach Absatz 2 sein.“ ‘

3. Nach Nummer 30 wird folgende Nummer 30a eingefügt:

30a. § 64d wird aufgehoben. ‘

4. Nach Nummer 33 [zu § 73] Buchstabe b wird folgender Buchstabe c eingefügt:

c) Folgender Absatz 11 wird angefügt:

„(11) Stellt ein Vertragsarzt bei einem Versicherten eine Diagnose nach § 125a und verordnet ein Heilmittel, sind Auswahl und Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten vom Heilmittelerbringer festzulegen.“ ‘

5. Nach Nummer 41 wird folgende Nummer 41a eingefügt:

41a. Dem § 84 Absatz 7 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Die in Absatz 5 geregelte Datenübermittlung erfolgt für die Heilmittel in arztbezogener Form sowie versichertenbezogen in pseudonymisierter Form. Das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren der Pseudonymisierung regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“ ‘

6. Nummer 51 [zu § 92] wird wie folgt geändert:

Nach Buchstabe a wird folgender Buchstabe b eingefügt:

,b) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„3. Indikationsbezogene orientierende  
Behandlungsmengen und die Zahl der  
Behandlungseinheiten je Verordnung sowie“

bb) Satz 2 wird wie folgt geändert:

aaa) Nach den Wörtern „Vor der Entscheidung des“  
wird das Wort „Gemeinsamen“ ergänzt.

bbb) Die Angabe „§ 125 Abs. 1 Satz 1“ wird durch die  
Angabe „§ 124 Absatz 1 Satz 1“ ersetzt. ‘

c) Der bisherige Buchstabe b wird Buchstabe d.

7. Nach Nummer 33 [zu § 106b] Buchstabe b wird folgender Buchstabe c eingefügt:

,c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 2 wird der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt.

b) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 3 eingefügt: „3.

Verordnungen von Heilmitteln nach § 73 Absatz 11.“ ‘

8. Nach Nummer 67 wird folgende Nummer 67a eingefügt:

,67a. Die §§ 124 und 125 werden durch die folgenden §§ 124, 124a, 125 und 125a  
ersetzt:

„§ 124  
Verträge

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen schließt mit bindender Wirkung  
für die Krankenkassen mit den für die Wahrnehmung der Interessen der  
Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene mit

Wirkung ab dem 1. Januar 2020 unter Berücksichtigung der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 Verträge über die Einzelheiten der Versorgung mit dem jeweiligen Heilmittel. Die für den jeweiligen Leistungsbereich zuständigen maßgeblichen Spitzenorganisationen haben den Vertrag gemeinsam zu schließen. § 71 findet keine Anwendung. Die Vertragspartner haben zu beachten, dass die ausgehandelten Preise eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung ermöglichen. Deshalb haben sie bei der Vereinbarung und Anpassung der Vergütungen für erbrachte Leistungen

1. die Entwicklung der Personalkosten,
2. die Entwicklung der Sachkosten für die Leistungserbringung sowie
3. die durchschnittlichen laufenden Kosten für den Betrieb der Heilmittelpraxis zu berücksichtigen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat die Verträge sowie die jeweils geltenden Preislisten zu veröffentlichen. Die Krankenkassen oder ihre Verbände können mit den für den jeweiligen Leistungsbereich für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer zuständigen maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene von den Verträgen nach Satz 1 abweichende Vereinbarung schließen, um besondere regionale Versorgungsbedarfe zu berücksichtigen oder innovative Versorgungsmodelle zu schaffen.

(2) In den Verträgen nach Absatz 1 sind die Preise und deren Abrechnung, die erforderlichen Weiterbildungen sowie die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung zu regeln. Darüber hinaus sind folgende Regelungen zu treffen:

1. Inhalt der einzelnen Heilmittel einschließlich der Regelleistungszeiten, die sich aus der Durchführung der Maßnahme mit dem Versicherten und der Vor- und Nachbearbeitung einschließlich der erforderlichen Dokumentation zusammensetzen,
2. Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse umfassen,
3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Heilmittelerbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt,
4. die notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung sowie einheitliche Regelungen zur Abrechnung,
5. Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung und
6. Vergütungsstrukturen einschließlich Transparenzvorgaben zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Arbeitsentgelte.

Zudem haben die Vertragspartner personelle, räumliche und sachliche Voraussetzungen zu vereinbaren, die der Leistungserbringer erfüllen muss, um

zur Abgabe von Leistungen an Versicherte berechtigt zu sein. Die Barrierefreiheit der Praxen ist sicherzustellen. Die Vertragspartner können insbesondere im Hinblick auf die räumlichen Voraussetzungen Richtwerte vereinbaren. Die Vertragspartner haben die Folgen bei der Nichteinhaltung dieser Voraussetzungen zu regeln.

(3) Für Verträge mit Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen gilt Absatz 1 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich die Verträge mit den jeweiligen Einrichtungen oder deren Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen schließen.

(4) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 oder nach Absatz 3 ganz oder teilweise nicht bis zum Ablauf der nach Absatz 1 Satz 1 bestimmten Frist oder einer von den Vertragspartnern vereinbarten Vertragslaufzeit zustande oder können sich die Vertragspartner nicht bis zum Ablauf dieser Fristen auf Vertragspreise oder eine Anpassung der Vertragspreise einigen, werden der Inhalt des Vertrages oder die Preise innerhalb von drei Monaten durch die Schiedsstelle nach Absatz 5 festgesetzt. Trifft die Schiedsstelle erst nach Ablauf von drei Monaten ihre Entscheidung, gilt die Entscheidung rückwirkend ab dem Zeitpunkt, an dem diese Frist abgelaufen ist. Der bisherige Vertrag oder die bisherigen Vertragspreise gelten bis zur Entscheidung durch die Schiedsstelle fort.

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene bilden erstmals bis zum 15. November 2019 eine gemeinsame Schiedsstelle. Sie besteht aus Vertretern der Krankenkassen und der Heilmittelerbringer des jeweiligen Leistungsbereichs oder aus Vertretern der Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen oder ihnen vergleichbaren Einrichtungen in gleicher Zahl sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Die Amtsdauer der Mitglieder beträgt vier Jahre. Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Vertragspartner einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, gilt § 89 Absatz 6 Satz 3 und 4 entsprechend. Im Übrigen gelten §§ 89 Absatz 7 Satz 2, 129 Absatz 9 und 10 entsprechend. Klagen gegen Entscheidungen der Aufsichtsbehörde nach dieser Vorschrift haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet bei Entscheidungen der Schiedsstelle und der Aufsichtsbehörde nicht statt.

(6) Die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 schließen Verträge über eine zentrale und bundeseinheitliche Prüfung und Listung der Weiterbildungsträger, der Weiterbildungsstätten sowie der Fachlehrer hinsichtlich der Erfüllung der Anforderungen an die Durchführung von besonderen Maßnahmen der Physiotherapie unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6.

#### § 124a

##### Bundesweit einheitliche Preise

(1) Die Verträge nach § 125 in der bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung gelten bis zum 31. Dezember 2019 mit der Maßgabe fort, dass ab dem 1. April 2019 die nach Absatz 2 zu bildenden Preise ihre Anwendung finden. Einer Kündigung dieser Verträge bedarf es nicht.

(2) Ab dem 1. April 2019 gilt für jedes Bundesland und jede Kassenart der jeweils höchste Preis, der für die jeweilige Leistungsposition bundesweit in einer Region vereinbart worden ist; sofern sich gleiche Leistungspositionen nur in der vereinbarten Regelbehandlungszeit unterscheiden, ist der jeweils höchste Minutenpreis als Basis für die Berechnung des entsprechenden Preises zu verwenden. § 71 findet keine Anwendung.

(3) Sofern zum 1. Januar 2020 noch kein bundesweiter Vertrag nach § 124 besteht, gelten die bisherigen Verträge mit den Preisen nach Absatz 2 bis zum Abschluss dieses Vertrages oder bis zur Entscheidung durch die Schiedsstelle fort.

#### § 125

##### Zugangsregelungen

(1) Heilmittel, die als Dienstleistungen abgegeben werden, insbesondere Leistungen der physikalischen Therapie, der Sprachtherapie, der Ergotherapie, der Podologie und der Ernährungstherapie, dürfen an Versicherte nur von Leistungserbringern abgegeben werden, die

1. die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis besitzen und

2. dem nach § 124 Absatz 1 geschlossenen Vertrag für den jeweiligen Leistungsbereich beitreten.

Der Beitritt zum Vertrag ist dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen oder einem von diesem zu benennenden Verband der Krankenkassen gegenüber anzuzeigen. Das Nähere über Form und Verfahren des Beitritts regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(2) Leistungserbringer, die bis zum 31. Dezember 2019 eine Zulassung nach § 124 Absatz 2 in der bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung erteilt bekommen haben, haben ihren Beitritt nach § 125 Absatz 2 dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 30. Juni 2020 anzuzeigen. Bis zu diesem Zeitpunkt gilt ihre Zulassung vorübergehend fort.

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sind berechtigt, die beigetretenen Leistungserbringer im Hinblick auf die vertraglich vereinbarten räumlichen, sachlichen und personellen Voraussetzungen zu überprüfen. Die Leistungserbringer haben hierzu den Zutritt zu ihrer Praxis zu gewähren. Mehrfache Praxisprüfungen durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sind zu vermeiden. Bei der Prüfung ist eine bis zum 31. Dezember 2019 erteilte Zulassung zu berücksichtigen, sofern sie nicht auf Grund von unrichtigen oder unvollständigen Angaben erteilt worden ist oder sich nach Erteilung der Zulassung wesentliche Änderungen ergeben haben.

(4) Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen dürfen die in Absatz 1 genannten Heilmittel durch Personen abgeben, die die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis besitzen und für die ein Vertrag nach § 124 Absatz 3 gilt, dessen Voraussetzungen sie erfüllen.

#### § 125a

##### Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene schließen bis zum 31. März 2020 eine Vereinbarung über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung; es kann auch mit den für den jeweiligen Leistungsbereich maßgeblichen Spitzenorganisationen eine entsprechende Vereinbarung getroffen werden. Gegenstand der

Vereinbarung ist eine Versorgungsform, bei der die Heilmittelerbringer auf Grund einer durch einen Vertragsarzt festgestellten Diagnose und der Indikation für eine Heilmittelbehandlung selbst über die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen können. Vor Abschluss der Vereinbarung ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, die in den Vereinbarungsprozess einzubeziehen ist.

(2) In der Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist insbesondere zu regeln:

1. die Indikationen, bei der die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung möglich ist,
2. inwieweit die Heilmittelerbringer bei der Leistungserbringung von den Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 abweichen dürfen,
3. Vorgaben für die notwendigen Angaben der ärztlichen Verordnung sowie einheitliche Regelungen zur Abrechnung, soweit diese von dem Vertrag nach § 124 Absatz 1 Satz 2 abweichen,
4. Richtwerte zur Versorgungsgestaltung durch die Heilmittelerbringer, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen quartalsweise im Rahmen von § 84 Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 7 zu veröffentlichen hat sowie
5. Maßnahmen zur Vermeidung einer unverhältnismäßigen Mengenausweitung in der Anzahl der Behandlungseinheiten je Versicherten, die medizinisch nicht begründet sind; diese können auch in Form von Vergütungsabschlägen erfolgen, sofern eine durchschnittliche Anzahl an Behandlungseinheiten deutlich überschritten ist.

(3) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht bis zum Ablauf der nach Absatz 1 Satz 1 bestimmten Frist zustande, wird der Inhalt des Vertrages innerhalb von drei Monaten durch die Schiedsstelle nach § 124 Absatz 5 festgesetzt.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat aus den nach § 84 Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 7 zu übermittelnden Daten auch entsprechende Schnellinformationen für die Versorgungsform nach dieser Vorschrift sowie die nach Absatz 2 vereinbarten Richtwerte zur Versorgungsgestaltung zu erstellen und zu veröffentlichen.

(5) Unter Berücksichtigung der nach § 84 Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 7 erhobenen und nach Absatz 4 veröffentlichten Daten evaluieren die



Vertragspartner nach Absatz 1 insbesondere die mit der Versorgungsform verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der Heilmittel, der Mengenenwicklung sowie der finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen innerhalb der ersten vier Jahre nach Abschluss der Vereinbarung nach Absatz 1. Dem Bundesministerium für Gesundheit ist jährlich über die Ergebnisse Bericht zu erstatten.“ ‘

9. Nach Nummer 80 wird folgende Nummer 80a eingefügt:

„80a In § 140f Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „§ 124 Abs. 4, § 125 Abs. 1“ gestrichen.“

10. Nach Nummer 103 wird folgende Nummer 104 eingefügt:

„104. Nach § 325 wird folgender § 326 eingefügt:

„§ 326

Übergangsregelung zu den Verträgen im Heilmittelbereich

(1) Die §§ 124 und 125 Absatz 1 in der bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung gelten bis zum 31. Dezember 2019 fort. Die geschlossenen Rahmenempfehlungen nach § 125 Absatz 1 in der bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung gelten unabhängig von den vereinbarten Laufzeiten und etwaigen Kündigungserfordernissen nur bis zum 31. Dezember 2019.

(2) Sofern zum 1. Januar 2020 noch kein bundesweiter Vertrag nach § 124 besteht, gelten § 124 und 125 Absatz 1 in der bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung sowie die geschlossenen Rahmenempfehlungen bis zum Abschluss dieses Vertrages oder bis zur Entscheidung durch die Schiedsstelle fort.

## Begründung

Zu Nummer 1 (§ 32)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung wegen Fristablauf.

Zu Buchstabe b

Mit dieser Regelung wird klargestellt, dass ein Genehmigungsverfahren für Verordnungen von Heilmitteln, die die orientierende Behandlungsmenge nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 überschreiten nicht durchgeführt wird, Die in der Vergangenheit durchgeführten Genehmigungsverfahren von Verordnungen außerhalb des Regelfalls waren mit einem hohen bürokratischen Aufwand verbunden und wurden ohnehin nur noch von wenigen Krankenkassen durchgeführt.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Verweiskorrektur.

Zu Nummer 2 (§ 63)

Zu Buchstabe a

Die derzeit geltende Regelung, dass die Krankenkassen und ihre Verbände Modellvorhaben vereinbaren können, in deren Rahmen Physiotherapeuten und Ergotherapeuten die Auswahl und Dauer der Therapie und die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen, entfällt, da die Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung gemäß § 125a (neu) bei Indikationen, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer miteinander vereinbaren, in die Regelversorgung übernommen wird.

Zu Buchstabe b

Die Regelung in § 64d Absatz 4, die auf die Ermöglichung von Modellvorhaben zur Erprobung der podologischen Therapie auch bei solchen krankhaften Schädigungen am Fuß, die nicht

durch Diabetes mellitus verursacht sind, abzielt, wird wegen der Aufhebung des § 64d in den § 63 überführt.

Zu Nummer 3 (§ 64d)

Mit der in § 125a (neu) geregelten Aufnahme der Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung in die Regelversorgung, erübrigt sich die derzeit geltende Verpflichtung der Krankenkassen, Modellvorhaben zu dieser Versorgungsform zu vereinbaren.

Zu Nummer 4 (§ 73)

Mit der Änderung des § 73 wird Vertragsärzten vorgegeben, dass sie in bestimmten Fällen bei einer Verordnung von Heilmitteln dem Therapeuten die Entscheidung über die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten überlassen sollen. Voraussetzung für eine derartige Verordnung, die den Heilmittelerbringern eine erweiterte Versorgungsverantwortung zuweist, ist, dass die vom Arzt gestellte Indikation zu den nach § 125a vereinbarten Indikationen zählt. Nur wenn wichtige medizinische Gründe vorliegen, die gebieten, dass der Vertragsarzt selbst über Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz entscheidet, ist von dieser im allgemeinen Sprachgebrauch als „Blankoverordnung“ bezeichneten Versorgungsform abzusehen.

Zu Nummer 5 (§ 84)

Nach § 84 Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 7 sind Daten zur Feststellung des tatsächlichen Ausgabenvolumens zu erheben. Darüber hinaus hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Berichte über die Entwicklung der Ausgaben von Leistungen nach § 32 zu erstellen und diese als Schnellinformationen an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu übermitteln. Sie dienen insbesondere der Übersicht über die Ausgabenentwicklung im Vergleich zu den Gesamtausgaben. Die hierfür erforderlichen Daten werden arztbezogen erfasst. Diese Schnellinformationen sollen durch § 125a Absatz 4 um Berichte im Hinblick auf die Versorgungsform der sogenannten „Blankoverordnung“ und um Richtwerte zur Versorgungsgestaltung ergänzt werden. Bei dieser Versorgungsform enthalten die Verordnungen keine Angaben zu der gewählten Maßnahmen und der Anzahl der Behandlungseinheiten. Damit die Anzahl der Behandlungseinheiten je Verordnung und die Behandlungsfrequenz erhoben werden können, ist die Zusammenführung der entsprechenden Daten erforderlich. Dies ist nur möglich, wenn versichertenbezogene Daten zusammengeführt werden können. Dies macht die Datenübermittlung in Bezug auf die Versicherten in pseudonymisierter Form erforderlich, für den Arztbezug ist dies nicht notwendig. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat hierfür das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren zur Pseudonymisierung zu regeln.

Zu Nummer 6 (§ 92)

Zu Doppelbuchstabe aa

Durch diese Regelung erhält der Gemeinsame Bundesausschuss den Auftrag, in einer Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln Vorgaben zu indikationsbezogenen orientierenden Behandlungsmengen und zur Zahl der Behandlungseinheiten je Verordnung zu machen. Die orientierende Behandlungsmenge ist mit dem bisherigen Regelfall vergleichbar, jedoch resultiert aus der orientierenden Behandlungsmenge kein Erfordernis für eine Unterscheidung bei erneuten Verordnungen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Es handelt sich um Richtigstellung in der Formulierung.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Es handelt sich um eine Verweiskorrektur.

Zu Nummer 7 (§ 106b)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Ergänzung durch eine neue Nummer 3.

Zu Buchstabe b

Die Ergänzung regelt, dass die Versorgungsform der sogenannten „Blankverordnung“ nach § 125a (neu), durch die der Vertragsarzt bei der Verordnung von Heilmitteln die Entscheidung über die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten dem Therapeuten überlässt, nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegt. Der Vertragsarzt hat bei dieser Versorgungsform keine Möglichkeit, auf die Entscheidung über die Art und den Umfang der Heilmittelbehandlung Einfluss zu nehmen, da diese dem Therapeuten obliegt.

Zu Nummer 8 (§§ 124, 124a, 125, 125a)

Die derzeit geltenden Regelungen zu den Beziehungen von Krankenkassen zu den Leistungserbringern von Heilmitteln sind intransparent, verursachen einen erheblichen bürokratischen Aufwand und geben der Versorgungsverantwortung der Leistungserbringer nur wenig Raum. Damit werden sie der stark gewachsenen Bedeutung der Heilmittelversorgung nicht mehr gerecht. Aus diesem Grund ist eine grundlegende Neuordnung erforderlich.

Zu § 124

Absatz 1 bestimmt, dass die Verträge zur Heilmittelversorgung künftig auf Bundesebene zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer abgeschlossen werden. Durch die Reduzierung der bisherigen Vielzahl von Verträgen wird mehr Transparenz über das Vertragsgeschehen ermöglicht und der Aufwand für die Vertragsverhandlungen für die Verbände der Heilmittelerbringer und die Krankenkassen reduziert. Die maßgeblichen Spitzenorganisationen haben den Vertrag mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen für ihren jeweiligen Leistungsbereich gemeinsam abzuschließen. Die Beschränkung auf die maßgeblichen Spitzenorganisationen gewährleistet effiziente Vertragsverhandlungen. Die bundesweiten Verträge gelten ab dem 1. Januar 2020. Um den Vertragspartnern dauerhaft mehr Flexibilität bei den Preisvereinbarungen zu ermöglichen, wird die bisher auf den Zeitraum von 2017 bis 2019 beschränkte Aufhebung der Begrenzung der Vergütungsanpassungen durch die Veränderungsrate nach § 71 dauerhaft aufgehoben. Statt der Veränderungsrate haben die Vertragspartner bei ihren Vertragsverhandlungen künftig andere Parameter zu berücksichtigen, die insbesondere die gesamten Kosten der Praxisführung betreffen und damit deutlich besser die hieraus resultierenden Kostensteigerungen widerspiegeln als die Veränderungsrate, die sich ausschließlich aus den beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten berechnet und damit tatsächliche Kostensteigerungen nicht abbildet. Bei den nunmehr gesetzlich vorgegebenen Parametern handelt es sich um die Entwicklung der Personalkosten, der Sachkosten für die Leistungserbringung sowie die durchschnittlichen laufenden Kosten für den Betrieb der Heilmittelpraxis. Um den Krankenkassen oder ihren Verbänden die Möglichkeit zu eröffnen, besondere regionale Versorgungsbedarfe zu berücksichtigen oder innovative Versorgungsmodelle zu schaffen, können diese mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene Verträge abschließen, die von den bundesweiten Verträgen nach Satz 1 abweichen.

In Absatz 2 sind die Inhalte geregelt, die die Verträge nach Absatz 1 umfassen müssen. Diese entsprechen den bisher in § 125 Absatz 1 und 2 genannten Inhalten. Da die Verträge künftig auf Bundesebene abgeschlossen werden, sind die Rahmenempfehlungen nicht mehr erforderlich. Bei der Festlegung der Inhalte der einzelnen Heilmittel ist nunmehr eine Regelleistungszeit zu vereinbaren, die sich aus der Behandlung des Versicherten und der erforderlichen Vor- und Nachbereitung zusammensetzt. Diese Regelleistungszeiten sind auch bei der Vergütung angemessen zu berücksichtigen. Dadurch soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass die Leistungserbringer über die Behandlung hinaus Zeit für die erforderliche Vor- und Nachbereitung benötigen, die bislang nicht ausreichend vergütet worden ist. Darüber hinaus haben die Vertragspartner die personellen, räumlichen und sachlichen Voraussetzungen zu vereinbaren, die zur Leistungsabgabe an Versicherte berechtigen. Eine Zulassungsempfehlung ist nicht mehr erforderlich, weil die Zulassungsvoraussetzungen nunmehr einheitlich im bundesweiten Vertrag geregelt werden können. Dabei ist darauf zu achten, dass keine zu einschränkende Reglementierung erfolgt. Detaillierte Vorgaben zum Beispiel zur Raumgröße

oder Deckenhöhe sind im Regelfall verzichtbar. Da die Leistungserbringer zum Vertrag beitreten müssen, haben sich die Vertragspartner auf ein Verfahren bei dem Verstoß gegen vertragliche Pflichten zu einigen.

Absatz 3 regelt, dass die Verträge mit Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und vergleichbaren Einrichtungen weiterhin mit den Krankenkassen oder ihren Landesverbänden abgeschlossen werden. Vertragsschlüsse auf der Landesebene haben sich in diesem Bereich in der Vergangenheit bewährt. Künftig sind die Verträge allerdings von den Landesverbänden und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich zu schließen. Durch den Verweis auf Absatz 1 gelten auch für diese Verträge weitere Regelungen wie die Aufhebung der Begrenzung der Vergütungsanpassungen durch die Veränderungsrate.

Für den Fall, dass sich die Vertragspartner nicht bis zu der in Absatz 1 genannten Frist oder bis zum Ende der Vertragslaufzeit einigen, sieht Absatz 4 die Festsetzung des Vertragsinhaltes oder der Preise durch die Schiedsstelle vor. Damit verbunden ist eine Weiterentwicklung des Schiedsverfahrens im Heilmittelbereich. Statt der unabhängigen Schiedsperson, die nach derzeit geltendem Recht bei Nichteinigung zwischen den Verhandlungs- bzw. Vertragsparteien durch die zuständige Aufsichtsbehörde zu benennen ist, erfolgt die Konfliktlösung künftig über eine Schiedsstelle. Angesichts der bundesweiten Bedeutung, die der Ausgang von Schiedsverfahren künftig für die Leistungserbringer und Krankenkassen hat, sollte die Verantwortung für den Schiedsspruch nicht einer einzelnen Person überlassen bleiben. Zudem gibt es für die Schiedsstelle eine Aufsichtsbehörde, so dass hierdurch ein effektives Verfahren sichergestellt werden kann. Die Schiedsstelle hat innerhalb von drei Monaten zu entscheiden. Dauert das Schiedsverfahren länger als drei Monate, so gilt die Entscheidung der Schiedsstelle ab dem Zeitpunkt, in dem die dreimonatige Frist abgelaufen ist. Dadurch soll ein schnelles und stringentes Schiedsverfahren gewährleistet werden. Kann die vorgegebene Frist nicht eingehalten werden, soll dies nicht zu Lasten der Heilmittelerbringer gehen.

Absatz 5 enthält die Regelungen zur näheren Ausgestaltung der Schiedsstelle. Um zu gewährleisten, dass die Schiedsstelle rechtzeitig gebildet wird, ist hierfür eine Frist bis zum 15.11.2019 vorgesehen. Die vierjährige Amtsdauer soll die Kontinuität der Schiedsstelle gewährleisten. Bei einer fehlenden Einigung auf die unparteiischen Mitglieder erfolgt die Bestellung der unparteiischen Mitglieder durch die Aufsichtsbehörde. Klagen gegen Festsetzungen der Schiedsstelle wie auch gegen Entscheidungen der Aufsichtsbehörde haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt, um ein zügiges Schiedsverfahren gewährleisten zu können.

Absatz 6 zur Qualitätssicherung der Weiterbildung in der Physiotherapie entspricht dem bisherigen § 125 Absatz 2a.

Zu § 124a

Durch § 124a wird zum einen eine bundesweit Anpassung der Preise erzielt, die die Ausgangsbasis für die Vertragsverhandlungen auf Bundesebene nach § 124 stellt. Zudem stellt sie eine Übergangsregelung für den Zeitpunkt ab Inkrafttreten dieses Gesetzes bis zum Wirksamwerden des bundesweiten Vertrages am 1. Januar 2020 dar.

Mit Absatz 1 wird sichergestellt, dass die bisherigen Verträge auf Landesebene bis zum 31. Dezember 2019 fortgelten. Dies betrifft Verträge, deren Laufzeit vor dem 31. Dezember 2019 endet. Zugleich wird gewährleistet, dass alle laufenden Verträge am 31. Dezember 2019 enden. Einer Kündigung bedarf es nicht. Die Fortgeltung findet unter der Maßgabe statt, dass ab dem 1. April 2019 die Preise nach Absatz 2 gelten. Die Aufhebung von laufenden Verträgen zum 31. Dezember 2019 ist verhältnismäßig. Der Zweck der Vertragsverlagerung auf die Bundesebene besteht darin, dass ab dem Stichtag 1. Januar 2020 bundesweit einheitliche Regelungen bestehen sollen, um für die Leistungserbringer für die gleichen Leistungen gleiche Bedingungen zu schaffen. Dieser Zweck würde unterlaufen werden, wenn einzelne Verträge über diesen Zeitpunkt hinaus weiterlaufen würden.

Durch Absatz 2 wird die für die Verhandlungen auf Bundesebene notwendige Ausgangsbasis geschaffen, indem die bisher zwischen den Kassenarten und Vertragsregionen stark voneinander abweichenden Preise für Heilmittelleistungen vereinheitlicht werden. Zum 1. April 2019 werden die Preise für die einzelnen Heilmittelpositionen einmalig und bundeseinheitlich für alle Krankenkassen und Vertragsregionen auf den höchsten, bundesweit in einer Vertragsregion vereinbarten Preis angehoben. Dabei ist maßgeblich, dass der Preis bereits vertraglich vereinbart worden ist, auch wenn die Gültigkeit erst zu einem späteren Zeitpunkt eintreten sollte. Dadurch wird sichergestellt, dass keine bereits vereinbarte Preissteigerung wegfällt und die Geltung von bundesweit einheitlichen Preisen für die Leistungserbringer günstig ist. Sofern sich identische Leistungspositionen in der vereinbarten Regelbehandlungszeit unterscheiden, ist der jeweils höchste Minutenpreis maßgeblich. Für die Anwendbarkeit der Preise ab dem 1. April 2019 (Datum der Verordnung, Datum der Behandlung) gelten die vertraglichen Regelungen.

Für den Fall, dass bis zum 1. Januar 2020 noch kein neuer Vertrag nach § 124 Absatz 1 in dem jeweiligen Leistungsbereich zustande gekommen ist, regelt Absatz 3, dass die bisherigen Verträge bis zum Abschluss des Vertrages oder bis zu einer Entscheidung durch die Schiedsstelle fortgelten. Dadurch wird ein vertragsloser Zustand verhindert.

Zu § 125

Da nunmehr die Zulassungsvoraussetzungen in dem Vertrag nach § 124 Absatz 1 zu regeln sind, kann das Zulassungsverfahren vereinfacht werden, was auch dem Bürokratieabbau dienlich ist. Das neue Verfahren beruht auf einem Beitritt zum Vertrag. Die Erteilung eines

Zulassungsbescheides entfällt. Auch müssen sich die Leistungserbringer nur noch an eine Stelle wenden, um an der Versorgung teilnehmen zu können.

Absatz 1 regelt, dass Heilmittel nur von einem Leistungserbringer abgegeben werden dürfen, der die erforderliche Ausbildung sowie die entsprechende Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung besitzt und er dem für seinen Leistungsbereich gültigen Vertrag nach § 124 Absatz 1 beiträgt. Die Erteilung einer Zulassung ist nicht notwendig. Der Beitritt ist dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen gegenüber anzuzeigen. Dieses Verfahren führt zu einer besseren Übersicht über die Anzahl und die Verteilung von Praxen, da die Daten an einer Stelle vollständig vorliegen. Für die Leistungserbringer ist dieses Verfahren deutlich unbürokratischer, da sie nur noch bei einer Stelle Unterlagen einreichen müssen und nicht wie bisher, bei teilweise drei oder vier Zulassungsstellen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann auch einen Verband der Krankenkassen zur Verwaltung der Beitritte benennen. Die Einzelheiten zum Beitritt hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu regeln, kann dies jedoch auch in dem Vertrag nach § 124 Absatz 1 vereinbaren.

Die Übergangsregelung in Absatz 2 gilt für die Leistungserbringer, die bis zum 31. Dezember 2019 eine Zulassung erhalten haben. Um zu vermeiden, dass das alte System der Zulassung neben dem System des Vertragsbeitritts fortbesteht, haben alle Praxisinhaber, die auch weiterhin Leistungen zulasten der GKV abgeben wollen, dem Vertrag nach § 124 Absatz 1 beizutreten. Ein notwendiger Übergangszeitraum ist hierfür einzuräumen. Leistungserbringer, die ihren Beitritt nicht rechtzeitig anzeigen, dürfen ab dem 1. Juli 2020 keine Leistungen mehr abgeben, sondern müssen erst dem Vertrag nach § 124 Absatz 1 beitreten.

Durch die Regelung in Absatz 3 wird den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die Ermächtigung erteilt, Praxisbegehungen bei den Leistungserbringern durchzuführen, um die Einhaltung der vertraglich geregelten Voraussetzungen zur Leistungsabgabe zu überprüfen.

Für Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen ist schon nach derzeit geltenden Recht keine Zulassung erforderlich. Der Absatz 4 entspricht im Wesentlichen dem bisherigen § 124 Absatz 3.

Zu § 125a

Die im allgemeinen Sprachgebrauch mit dem Begriff der „Blankoverordnung“ bezeichnete Versorgungsform wird mit § 125a für bestimmte Indikationen in die Regelversorgung überführt. Bei dieser Versorgungsform bestimmt der Leistungserbringer selbst die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten.



Absatz 1 weist dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene die Aufgabe zu, bis zum 31. März 2020 eine Vereinbarung über die Versorgungsform der „Blankoverordnung“ zu schließen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist in den Prozess einzubeziehen. Ihr ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, die bei dem Abschluss der Vereinbarung zu berücksichtigen ist.

Die wesentlichen Inhalte, die die Vereinbarung nach Absatz 1 enthalten muss, sind in Absatz 2 dargelegt. So haben sich die Vertragspartner insbesondere auf Indikationen zu einigen, die für die Durchführung dieser Versorgungsform geeignet sind.

Weiterhin haben sich die Vertragspartner darauf zu verständigen, inwieweit bei der Durchführung dieser Versorgungsform von den Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses abgewichen werden kann und welche notwendigen Vorgaben die ärztliche Verordnung enthalten muss. Um den Leistungserbringer eine Vergleichbarkeit seiner Behandlung mit anderen Fällen und Therapeuten zu geben, haben sich die Vertragspartner auch auf Richtwerte für die Versorgungsgestaltung zu einigen, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen quartalsweise zu veröffentlichen hat. Diese Richtwerte stellen keine Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit dar, sondern sollen den Leistungserbringern eine Orientierungshilfe für die Behandlung geben, indem dieser feststellen kann, ob er sich mit seiner Behandlung in einem durchschnittlichen Rahmen bewegt. So kann ein Richtwert beispielsweise die Anzahl der Behandlungseinheiten in Abhängigkeit zur jeweiligen Diagnose sein. Den Leistungserbringer wird somit eine Vergleichbarkeit der Behandlungen untereinander gewährt.

Die Leistungserbringer tragen durch die „Blankoverordnung“ die Verantwortung, dass keine unverhältnismäßige Mengenausweitung in der Anzahl der Behandlungseinheiten erfolgt, die medizinisch nicht begründet ist. Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung muss gewährt bleiben. Die Vertragspartner haben sich auf Maßnahmen zu verständigen, die einer unwirtschaftlichen Mengenausweitung entgegenwirken sollen. Dies kann auch in Form von Vergütungsabschlägen erfolgen, sofern es sich um eine deutliche Mengenausweitung der Behandlungseinheiten und nicht nur um eine geringfügige handelt. Die medizinische Notwendigkeit ist dabei jedoch das maßgebliche Prüfkriterium und stets im Einzelfall zu prüfen.

Sofern ein Vertrag nach Absatz 1 nicht zustande kommt, verweist der Absatz 3 auf die Schiedsstelle nach § 124 Absatz 5.

Der Absatz 4 verpflichtet den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, auf Grund der pseudonymisiert übermittelten Daten nach § 84 Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 7 eine

Schnellinformation für die sogenannte „Blankoverordnung“ sowie für die nach Absatz 2 zu vereinbarenden Richtwerte zur Versorgungsgestaltung zu erstellen und zu veröffentlichen. Die Veröffentlichung einer Schnellinformation ist wichtig, um auch eine Übersicht über die Mengen- und Kostenentwicklung unter der „Blankoverordnung“ zu erhalten. Die vereinbarten Richtwerte zur Versorgungsgestaltung müssen zwingend ermittelt und veröffentlicht werden, da sie den Leistungserbringern als Orientierungshilfe dienen sollen.

Die Versorgungsform nach § 125a ist zu evaluieren, um ihre Auswirkungen auf die Heilmittelversorgung feststellen zu können. Von besonderer Bedeutung ist dabei, wie sich die Versorgung mit Leistungen der Heilmittel verändert. Damit gehen die Fragen nach der Qualität der Versorgung, der Mengenentwicklung und den entsprechenden finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen einher. Die Evaluierung erfolgt innerhalb der ersten 4 Jahre nach Abschluss des Vertrages nach Absatz 1. Dem Bundesministerium für Gesundheit ist jährlich Bericht zu erstatten.

Zu Nummer 9 (§ 140f)

Es handelt sich um die Streichung eines Verweises, da die entsprechenden Regelungen zu den Zulassungsempfehlungen und Rahmenempfehlungen gestrichen worden sind.

Zu Nummer 10 (§ 326)

Durch diese Vorschrift wird sichergestellt, dass das bisherige Zulassungsverfahren bis zum 31. Dezember 2019 erfolgen kann. Darüber hinaus wird geregelt, dass die geschlossenen Rahmenempfehlungen nur bis zum 31. Dezember 2019 gelten, ohne dass es hierfür einer Kündigung bedarf.

Durch Absatz 2 wird sichergestellt, dass das Zulassungsverfahren auch dann durchgeführt werden kann, wenn der Vertrag nach § 124 nicht zum 1. Januar 2020 wirksam zustande kommt.

## TSVG – (fachfremde) Änderungsanträge

### Heil- und Hilfsmittel

ÄA	Art. 1	SGB V	Stichwort	Beschreibung	
1	Nr. 13a Nr. 28a Nr. 30a Nr. 33 Nr. 41a Nr. 51 Nr. 58 Nr. 67a Nr. 80a Nr. 104	§ 32 § 63 § 64d § 73 § 84 § 92 § 106b §§ 124 ff § 140f § 326	<b>Heilmittel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einführung der Blanko-Verordnung in die Regelversorgung</li> <li>• Vertragliche Vereinbarung der Zulassungsempfehlungen für die Zulassung von Heilmittelerbringern</li> <li>• Dauerhafte Aufhebung der Bindung an den Grundsatz der Beitragsatzstabilität</li> <li>• Bundesweite Vereinheitlichung der Höchstpreise für Heilmittelleistungen zum 1.1.2020</li> <li>• Einführung von Vertragsverhandlungen auf Bundesebene</li> <li>• Weiterentwicklung des Schiedsverfahrens</li> </ul>	
2	Nr. 14 Nr. 51 Nr. 67b Nr. 68 Nr. 74b Nr. 80a Nr. 95 Nr. 102	§ 33 § 92 § 126 § 127 § 133 § 140f § 284 § 305	<b>Hilfsmittel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufhebung der Möglichkeit zu Hilfsmittel-Ausschreibungen</li> <li>• Klarstellung, dass bei Verträgen mit Beitrittsmöglichkeit von Krankenkassen zwingend Verhandlungsmöglichkeiten zu eröffnen</li> <li>• Schaffung eines Anspruchs auf Sicherheitsinstrumente als Schutz vor Nadelstichverletzungen</li> </ul>	

### Weitere Themen

3	Nr. 7	§ 13	<b>Kosten- erstattung</b>	Deckelung des Verwaltungskostenabschlags bei Kostenerstattung für Behandlungen im EU-Ausland bei 5 Prozent des Erstattungsbetrags (analog zur Kostenerstattung im Inland)	
4	Nr. 8a	§ 20h	<b>Selbsthilfe- gruppen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gesamte Fördermittel (Pauschalförderung und Projektförderung) künftig einheitlich und gemeinschaftlich kassenartenübergreifend von Krankenkassen und ihren Verbänden verausgabt;</li> <li>• Inkrafttreten zum 1.1.2020 für Umstellung notwendige Vorlaufzeit.</li> </ul>	
5	Nr. 15a Nr. 40	§ 35a § 79	<b>Arzneimittel- information</b>	Erweiterung der Ermächtigungsgrundlage zur Elektronischen Arzneimittelinformations-Verordnung, um G-BA zu regelmäßiger Aktualisierung der Jahrestherapiekosten in der maschinenlesbaren Fassung zu verpflichten; Beteiligung der Bundesverbände aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen	
6	Nr. 34 Nr. 41a Nr. 80	§ 73b § 83 § 140a	<b>Kodierung</b>	bisheriges Verbot der Diagnosevergütung neu formuliert, um Umgehungsstrategien zu eliminieren; unzulässig sowohl Vergütung als Gegenleistung für Vergabe, Dokumentation, Übermittlung von Diagnosen als auch Vergütung ärztlicher Leistungen, deren Zahlung oder Höhe an bestimmte Diagnosen bzw. deren Anzahl geknüpft	
7	Nr. 41 Nr. 83 Art. 10	§ 81a § 197a § 47a	<b>Fehlverhaltens- stellen</b>	Übermittlung personenbezogener Daten durch Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten auch an Landesbehörden in Berufsangelegenheiten sowie im Pflegebereich zusätzlich an Stellen, die nach Landesrecht für Investitionskostenförderung § 9 SGB XI zuständig	
8	Nr. 51	§ 92	<b>Länder im G-BA</b>	Ländern werden künftig in Beratungen des G-BA zur Bedarfsplanung und zu allen Aspekten der Qualitätssicherung die gleichen Rechte und Pflichten wie Patientenvertretungen eingeräumt	

9	Nr. 55	§ 103	<b>Zulassung</b>	Zulassungsausschüsse sollen besondere Versorgungsbedarfe als Zulassungsvoraussetzung im Nachbesetzungsverfahren festlegen können	
10	Nr. 56	§ 105	<b>Sicherstellung Notdienst</b>	Möglichkeit in Verträgen auf Landesebene zu vereinbaren, dass über die Mittel des Strukturfonds hinaus zusätzliche Mittel zur Sicherstellung der Strukturen des vertragsärztlichen Notdienstes bereitgestellt werden	
11	Nr. 56	§ 105	<b>Sicherstellung KZV</b>	Auch die KZVen sollen wie die KVen Strukturfonds bilden können und KV-Regelungen zu Eigeneinrichtungen und Sicherstellungszuschlägen sollen auch für KZVen gelten.	
12	Nr. 56a Nr. 57 Nr. 58 Nr. 59 Nr. 92 Nr. 100a	§ 106 § 106a § 106b § 106d § 275 § 297	<b>Regress-Schutz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ersetzung der Zufälligkeitsprüfungen ärztlicher Leistungen durch eine Prüfung auf Antrag</li> <li>• Aufhebung der Prüfung der Feststellung von AU</li> <li>• Ausschluss von Prüfungen nach Durchschnittswerten bei Unterversorgung</li> <li>• Veränderung des Schadensbegriffs bei verordneten Leistungen</li> <li>• Verkürzung der Verjährungs- und Ausschlussfrist</li> </ul>	
13	Nr. 79a	§ 137i	<b>PPUG Folge-regelungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sanktionierung von Krankenhäusern mit Vergütungsabschlägen bei unterbliebener Datenübermittlung nach Datenkonzept InEK.</li> <li>• Rechtsbereinigung: Vor Hintergrund der neuen Regelungen zur Finanzierung von Pflegekräften des PpSG in Krankenhäusern ist eine Vereinbarung über Mehrkosten, die den Krankenhäusern bei der Finanzierung der PPUG entstehen, obsolet.</li> <li>• Redaktionelle Anpassung: Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nr. 1 KHG für Aufgabenwahrnehmung des InEK nach § 137i nur zu erhöhen, wenn Erhöhung wegen tatsächlich entstandener Mehraufwendungen erforderlich (Erforderlichkeit wie in § 137j)</li> </ul>	
14	Nr. 78a	§ 137f	<b>DMP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verpflichtung des G-BA zur Prüfung der Aufnahme geeigneter digitaler medizinischer Anwendungen in Richtlinienvorgaben für strukturierte Behandlungsprogramme</li> <li>• Stellungnahmerecht für Bundesverbände der Anbieter digitaler medizinischer Anwendungen bei DMP-Richtlinien</li> <li>• Klarstellung, dass Krankenkassen digitale medizinische Anwendungen in ihre DMP integrieren können, auch wenn DMP-Richtlinien des G-BA hierzu noch keine Vorgaben enthalten</li> </ul>	
15	Nr. 85a	§ 219b	<b>DVKA</b>	Elektronischer Datenaustausch zwischen Kassen und Deutscher Verbindungsstelle KV Ausland (DVKA) nach Vorgaben des GKV-Spitzenverbandes (mit Verbindlichkeit des elektronischen Verfahrens EESSI auf EU-Ebene ab Juni 2019)	
16	Nr. 91	§ 274	<b>Prüfdienste</b>	nicht nur BMG kann einzelne Prüffragen extern vergeben, sondern auch Prüfbehörden der Länder und das BVA; außerdem Vergabe auch an IT-Berater ermöglicht	
17	Nr. 92a	§ 276	<b>MDK</b>	technisch erforderliche Anpassung der Datenerhebungs- und Datenverarbeitungsbefugnisse der Medizinischen Dienste	
18	Nr. 95a	§ 291	<b>eGK</b>	Verpflichtung der Krankenkassen, die elektronische Gesundheitskarte ab 1. Dezember 2019 mit kontaktloser Schnittstelle (NFC) auszustatten; die technische Regelung wurde bei der Europäischen Kommission vorab notifiziert (Stillhaltefrist am 7.12.2018 abgelaufen)	
19	Art. 3	BVFG § 11	<b>Spätaussiedler</b>	Anpassung des Verfahrens zur Krankenkassenwahl: Krankenkasse, die Spätaussiedler für Mitgliedschaft in GKV wählt, soll auch diejenige sein, die Leistungen der Krankenbehandlung unmittelbar nach Einreise aufgrund § 11 BVFG übernimmt	
20	Art. 14a	KH-EntgG	<b>InEK</b>	Streichung der mit Beauftragung der Datenstelle des InEK obsoleten Schiedsregelung zur datentechnischen Weiterentwicklung der Vereinbarung nach § 21 Absatz 4 Satz 1 KHEntgG	
21	Art. 14b	IfSG	<b>Infektions-schutz</b>	Klarstellung: staatliche Kostentragung auf zu erdulden staatliche ärztliche Untersuchungen beschränkt	

22	Art. 17	Inkraft-treten	<b>Zahlstellen-verfahren</b>	Inkrafttreten der Änderungen des Zahlstellenverfahrens bei Versorgungsbezügen (Artikel 1 Nr. 90) auf 1.7.2019 verschoben, um Krankenkassen vorherige IT-Anpassung und verwaltungstechnische Umstellung der Bestandsfälle zu ermöglichen	
----	---------	----------------	------------------------------	---	--

**Rechtsbereinigungen** (ohne inhaltliche Änderung)

23	Nr. 5 Nr. 20 Nr. 73 Nr. 103 Art. 2	§ 9 § 40 § 132d § 323 § 295	<b>Rechts-bereinigung TSVG</b>	Bereinigung von §§-Überschneidungen zwischen TSVG, VEG, PpSG und sonstige redaktionelle Anpassungen (ohne inhaltliche Änderung des Gesetzentwurfs)	
24	Nr. 51 Nr. 51a Nr. 74a Nr. 79 Nr. 80a Nr. 85a Nr. 90a Nr. 95 Nr. 95a Nr. 101a Nr. 102a	§ 92 § 92b § 132g § 137h § 142 § 221 § 271 § 284 § 285 § 301 § 322	<b>Rechts-bereinigung SGB V</b>	Bereinigung gegenstandslos gewordener Gesetzesaufträge und Fristvorgaben oder Korrektur offensichtlicher Fehler (ohne inhaltliche Änderung des geltenden Rechts)	

Entwurf

Formulierungshilfe

**Änderungsantrag 1**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

1	Nr. 13a	§ 32	<b>Heilmittel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einführung der Blanko-Verordnung in die Regelversorgung</li> <li>• Vertragliche Vereinbarung der Zulassungsempfehlungen für die Zulassung von Heilmittelerbringern</li> <li>• Dauerhafte Aufhebung der Bindung an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität</li> <li>• Bundesweite Vereinheitlichung der Höchstpreise für Heilmittelleistungen zum 1.4.2019</li> <li>• Einführung von Vertragsverhandlungen auf Bundesebene</li> <li>• Weiterentwicklung des Schiedsverfahrens</li> </ul>	
2	Nr. 28a	§ 63			
3	Nr. 30a	§ 64d			
4	Nr. 33	§ 73			
5	Nr. 41a	§ 84			
6	Nr. 51	§ 92			
7	Nr. 58	§ 106b			
8	Nr. 67a	§§ 124 ff			
9	Nr. 80a	§ 140f			
10	Nr. 104	§ 326			

Zu Artikel 1 Nummer 13a, 28a, 30a, 33, 41a, 51, 58, 67a, 104 (§§ 32, 63, 64d, 106b, 124, 124a, 125, 125a, 326 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Heilmittel)

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

1. Nach Nummer 13 wird folgende Nummer 13a eingefügt:

,13a. § 32 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1a Satz 1 werden die Wörter „bis zum 30. Juni 2016“ gestrichen.

b) nach Absatz 1a wird folgender Absatz 1b eingefügt

„(1b) Verordnungen, die über die nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 geregelte orientierende Behandlungsmenge hinausgehen, bedürfen keiner Genehmigung durch die Krankenkasse.“

c) In Absatz 2 Satz 3 wird die Angabe „§ 125“ durch die Angabe „§ 124“ ersetzt.“

2. Nach Nummer 28 wird folgende Nummer 28a eingefügt:

,28a. § 63 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 3b Sätze 2 und 3 werden aufgehoben.
- b) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Die Anwendung von Heilmitteln, die nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zur Behandlung krankheitsbedingter Schädigungen nur verordnungsfähig sind, wenn die Schädigungen aufgrund bestimmter Grunderkrankungen eintreten, kann auch bei anderen ursächlichen Grunderkrankungen Gegenstand von Modellvorhaben nach Absatz 2 sein.“

3. Nach Nummer 30 wird folgende Nummer 30a eingefügt:

„30a. § 64d wird aufgehoben.“

4. Nach Nummer 33 [zu § 73] Buchstabe b wird folgender Buchstabe c eingefügt:

,c) Folgender Absatz 11 wird angefügt:

„(11) Stellt ein Vertragsarzt bei einem Versicherten eine Diagnose nach § 125a und verordnet ein Heilmittel, sind Auswahl und Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten vom Heilmittelerbringer festzulegen.“

5. Nach Nummer 41 wird folgende Nummer 41a eingefügt:

,41a. Dem § 84 Absatz 7 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Die in Absatz 5 geregelte Datenübermittlung erfolgt für die Heilmittel in arztbezogener Form sowie versichertenbezogen in pseudonymisierter Form. Das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren der Pseudonymisierung regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.“

6. Nummer 51 [zu § 92] wird wie folgt geändert:

a) Nach Buchstabe a wird folgender Buchstabe b eingefügt:

,b) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„3. Indikationsbezogene orientierende Behandlungsmengen und die Zahl der Behandlungseinheiten je Verordnung sowie“

bb) Satz 2 wird wie folgt geändert:

aaa) Nach den Wörtern „Vor der Entscheidung des“ wird das Wort „Gemeinsamen“ eingefügt.

bbb) Die Angabe „§ 125 Abs. 1 Satz 1“ wird durch die Angabe „§ 124 Absatz 1 Satz 1“ ersetzt.

b) Der bisherige Buchstabe b wird Buchstabe c.

7. Nach Nummer 33 [zu § 106b] Buchstabe b wird folgender Buchstabe c eingefügt:

,c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 2 wird der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt.

b) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 3 eingefügt:

„3. Verordnungen von Heilmitteln nach § 73 Absatz 11.“

8. Nach Nummer 67 wird folgende Nummer 67a eingefügt:

,67a. Die §§ 124 und 125 werden durch die folgenden §§ 124, 124a, 125 und 125a ersetzt:

„§ 124  
Verträge

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen schließt mit bindender Wirkung für die Krankenkassen mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene mit Wirkung ab dem 1. Januar 2020 unter Berücksichtigung der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 Verträge über die Einzelheiten der Versorgung mit dem jeweiligen Heilmittel. Die für den jeweiligen Leistungsbereich zuständigen



maßgeblichen Spitzenorganisationen haben den Vertrag gemeinsam zu schließen. § 71 findet keine Anwendung. Die Vertragspartner haben zu beachten, dass die ausgehandelten Preise eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung ermöglichen. Deshalb haben sie bei der Vereinbarung und Anpassung der Vergütungen für erbrachte Leistungen

1. die Entwicklung der Personalkosten,
2. die Entwicklung der Sachkosten für die Leistungserbringung sowie
3. die durchschnittlichen laufenden Kosten für den Betrieb der Heilmittelpraxis zu berücksichtigen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat die Verträge sowie die jeweils geltenden Preislisten zu veröffentlichen. Die Krankenkassen oder ihre Verbände können mit den für den jeweiligen Leistungsbereich für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer zuständigen maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene von den Verträgen nach Satz 1 abweichende Vereinbarung schließen, um besondere regionale Versorgungsbedarfe zu berücksichtigen oder innovative Versorgungsmodelle zu schaffen.

(2) In den Verträgen nach Absatz 1 sind die Preise und deren Abrechnung, die erforderlichen Weiterbildungen sowie die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung zu regeln. Darüber hinaus sind folgende Regelungen zu treffen:

1. Inhalt der einzelnen Heilmittel einschließlich der Regelleistungszeiten, die sich aus der Durchführung der Maßnahme mit dem Versicherten und der Vor- und Nachbearbeitung einschließlich der erforderlichen Dokumentation zusammensetzen,
2. Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse umfassen,
3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Heilmittelerbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt,
4. die notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung sowie einheitliche Regelungen zur Abrechnung,
5. Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung und
6. Vergütungsstrukturen einschließlich Transparenzvorgaben zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Arbeitsentgelte.

Zudem haben die Vertragspartner personelle, räumliche und sachliche Voraussetzungen zu vereinbaren, die der Leistungserbringer erfüllen muss, um zur Abgabe von Leistungen an Versicherte berechtigt zu sein. Die Barrierefreiheit der Praxen ist sicherzustellen. Die Vertragspartner können insbesondere im Hinblick auf die räumlichen Voraussetzungen Richtwerte vereinbaren. Die Vertragspartner haben die Folgen bei der Nichteinhaltung dieser Voraussetzungen zu regeln.

(3) Für Verträge mit Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen gilt Absatz 1 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich die Verträge mit den jeweiligen Einrichtungen oder deren Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen schließen.

(4) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 oder nach Absatz 3 ganz oder teilweise nicht bis zum Ablauf der nach Absatz 1 Satz 1 bestimmten Frist oder einer von den Vertragspartner vereinbarten Vertragslaufzeit zustande oder können sich die Vertragspartner nicht bis zum Ablauf dieser Fristen auf Vertragspreise oder eine Anpassung der Vertragspreise einigen, werden der Inhalt des Vertrages oder die Preise innerhalb von drei Monaten durch die Schiedsstelle nach Absatz 5 festgesetzt. Trifft die Schiedsstelle erst nach Ablauf von drei Monaten ihre Entscheidung, gilt die Entscheidung rückwirkend ab dem Zeitpunkt, an dem diese Frist abgelaufen ist. Der bisherige Vertrag oder die bisherigen Vertragspreise gelten bis zur Entscheidung durch die Schiedsstelle fort.

(5) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene bilden erstmals bis zum 15. November 2019 eine gemeinsame Schiedsstelle. Sie besteht aus Vertretern der Krankenkassen und der Heilmittelerbringer des jeweiligen Leistungsbereichs oder aus Vertretern der Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen oder ihnen vergleichbaren Einrichtungen in gleicher Zahl sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Die Amtsdauer der Mitglieder beträgt vier Jahre. Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Vertragspartner einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, gilt § 89 Absatz 6 Satz 3 und 4 entsprechend. Im Übrigen gelten §§ 89 Absatz 7 Satz 2, 129 Absatz 9 und 10 entsprechend. Klagen gegen Entscheidungen der Aufsichtsbehörde nach dieser Vorschrift haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet bei Entscheidungen der Schiedsstelle und der Aufsichtsbehörde nicht statt.

(6) Die Vertragspartner nach Absatz 1 Satz 1 schließen Verträge über eine zentrale und bundeseinheitliche Prüfung und Listung der Weiterbildungsträger, der Weiterbildungsstätten sowie der Fachlehrer hinsichtlich der Erfüllung der Anforderungen an die Durchführung von besonderen Maßnahmen der Physiotherapie unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6.

#### § 124a

#### Bundesweit einheitliche Preise

(1) Die Verträge nach § 125 in der bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung gelten bis zum 31. Dezember 2019 mit der Maßgabe fort, dass ab dem 1. April 2019 die nach Absatz 2 zu bildenden Preise ihre Anwendung finden. Einer Kündigung dieser Verträge bedarf es nicht.

(2) Ab dem 1. April 2019 gilt für jedes Bundesland und jede Kassenart der jeweils höchste Preis, der für die jeweilige Leistungsposition bundesweit in einer Region vereinbart worden ist; sofern sich gleiche Leistungspositionen nur in der vereinbarten Regelbehandlungszeit unterscheiden, ist der jeweils höchste Minutenpreis als Basis für die Berechnung des entsprechenden Preises zu verwenden. § 71 findet keine Anwendung.

(3) Sofern zum 1. Januar 2020 noch kein bundesweiter Vertrag nach § 124 besteht, gelten die bisherigen Verträge mit den Preisen nach Absatz 2 bis zum Abschluss dieses Vertrages oder bis zur Entscheidung durch die Schiedsstelle fort.

## § 125

### Zugangsregelungen

(1) Heilmittel, die als Dienstleistungen abgegeben werden, insbesondere Leistungen der physikalischen Therapie, der Sprachtherapie, der Ergotherapie, der Podologie und der Ernährungstherapie, dürfen an Versicherte nur von Leistungserbringern abgegeben werden, die

1. die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis besitzen und
2. dem nach § 124 Absatz 1 geschlossenen Vertrag für den jeweiligen Leistungsbereich beitreten.

Der Beitritt zum Vertrag ist dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen oder einem von diesem zu benennenden Verband der Krankenkassen gegenüber anzuzeigen. Das Nähere über Form und Verfahren des Beitritts regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(2) Leistungserbringer, die bis zum 31. Dezember 2019 eine Zulassung nach § 124 Absatz 2 in der bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung erteilt bekommen haben, haben ihren Beitritt nach § 125 Absatz 2 dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 30. Juni 2020 anzuzeigen. Bis zu diesem Zeitpunkt gilt ihre Zulassung vorübergehend fort.

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sind berechtigt, die beigetretenen Leistungserbringer im Hinblick auf die vertraglich vereinbarten räumlichen, sachlichen und personellen Voraussetzungen zu überprüfen. Die Leistungserbringer haben hierzu den Zutritt zu ihrer Praxis zu gewähren. Mehrfache Praxisprüfungen durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sind zu vermeiden. Bei der Prüfung ist eine bis zum 31. Dezember 2019 erteilte Zulassung zu berücksichtigen, sofern sie nicht auf Grund von unrichtigen oder unvollständigen Angaben erteilt worden ist oder sich nach Erteilung der Zulassung wesentliche Änderungen ergeben haben.

(4) Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen dürfen die in Absatz 1 genannten Heilmittel durch Personen abgeben, die die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis besitzen und für die ein Vertrag nach § 124 Absatz 3 gilt, dessen Voraussetzungen sie erfüllen.

#### § 125a

##### Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene schließen bis zum 31. März 2020 eine Vereinbarung über die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung; es kann auch mit den für den jeweiligen Leistungsbereich maßgeblichen Spitzenorganisationen eine entsprechende Vereinbarung getroffen werden. Gegenstand der Vereinbarung ist eine Versorgungsform, bei der die Heilmittelerbringer auf Grund einer durch einen Vertragsarzt festgestellten Diagnose und der Indikation für eine Heilmittelbehandlung selbst über die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen können. Vor Abschluss der Vereinbarung ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, die in den Vereinbarungsprozess einzubeziehen ist.

(2) In der Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist insbesondere zu regeln:

1. die Indikationen, bei der die Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung möglich ist,
2. inwieweit die Heilmittelerbringer bei der Leistungserbringung von den Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 abweichen dürfen,
3. Vorgaben für die notwendigen Angaben der ärztlichen Verordnung sowie einheitliche Regelungen zur Abrechnung, soweit diese von dem Vertrag nach § 124 Absatz 1 Satz 2 abweichen,

4. Richtwerte zur Versorgungsgestaltung durch die Heilmittelerbringer, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen quartalsweise im Rahmen von § 84 Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 7 zu veröffentlichen hat sowie
5. Maßnahmen zur Vermeidung einer unverhältnismäßigen Mengenausweitung in der Anzahl der Behandlungseinheiten je Versicherten, die medizinisch nicht begründet sind; diese können auch in Form von Vergütungsabschlägen erfolgen, sofern eine durchschnittliche Anzahl an Behandlungseinheiten deutlich überschritten ist.

(3) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht bis zum Ablauf der nach Absatz 1 Satz 1 bestimmten Frist zustande, wird der Inhalt des Vertrages innerhalb von drei Monaten durch die Schiedsstelle nach § 124 Absatz 5 festgesetzt.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat aus den nach § 84 Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 7 zu übermittelnden Daten auch entsprechende Schnellinformationen für die Versorgungsform nach dieser Vorschrift sowie die nach Absatz 2 vereinbarten Richtwerte zur Versorgungsgestaltung zu erstellen und zu veröffentlichen.

(5) Unter Berücksichtigung der nach § 84 Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 7 erhobenen und nach Absatz 4 veröffentlichten Daten evaluieren die Vertragspartner nach Absatz 1 insbesondere die mit der Versorgungsform verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der Heilmittel, der Mengenentwicklung sowie der finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen innerhalb der ersten vier Jahre nach Abschluss der Vereinbarung nach Absatz 1. Dem Bundesministerium für Gesundheit ist jährlich über die Ergebnisse Bericht zu erstatten.“

9. Nach Nummer 80 wird folgende Nummer 80a eingefügt:

,80a In § 140f Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „§ 124 Abs. 4, § 125 Abs. 1“ gestrichen.‘

10. Nach Nummer 103 wird folgende Nummer 104 eingefügt:

,104. Nach § 325 wird folgender § 326 eingefügt:

#### „§ 326

#### Übergangsregelung zu den Verträgen im Heilmittelbereich

(1) Die §§ 124 und 125 Absatz 1 in der bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung gelten bis zum 31. Dezember 2019 fort. Die geschlossenen Rahmenempfehlungen nach § 125 Absatz 1 in der bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung gelten unabhängig von den vereinbarten Laufzeiten

und etwaigen Kündigungserfordernissen nur bis zum 31. Dezember 2019.

(2) Sofern zum 1. Januar 2020 noch kein bundesweiter Vertrag nach § 124 besteht, gelten § 124 und 125 Absatz 1 in der bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung sowie die geschlossenen Rahmenempfehlungen bis zum Abschluss dieses Vertrages oder bis zur Entscheidung durch die Schiedsstelle fort.

### Begründung

Zu Nummer 1 (§ 32)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung wegen Fristablauf.

Zu Buchstabe b

Mit dieser Regelung wird klargestellt, dass ein Genehmigungsverfahren für Verordnungen von Heilmitteln, die die orientierende Behandlungsmenge nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 überschreiten nicht durchgeführt wird, Die in der Vergangenheit durchgeführten Genehmigungsverfahren von Verordnungen außerhalb des Regelfalls waren mit einem hohen bürokratischen Aufwand verbunden und wurden ohnehin nur noch von wenigen Krankenkassen durchgeführt.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Verweiskorrektur.

Zu Nummer 2 (§ 63)

Zu Buchstabe a

Die derzeit geltende Regelung, dass die Krankenkassen und ihre Verbände Modellvorhaben vereinbaren können, in deren Rahmen Physiotherapeuten und Ergotherapeuten die Auswahl und Dauer der Therapie und die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen, entfällt, da die Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung gemäß neuem § 125a bei Indikationen, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer miteinander vereinbaren, in die Regelversorgung übernommen wird.

Zu Buchstabe b

Die Regelung in § 64d Absatz 4, die auf die Ermöglichung von Modellvorhaben zur Erprobung der podologischen Therapie auch bei solchen krankhaften Schädigungen am Fuß, die nicht durch Diabetes mellitus verursacht sind, abzielt, wird wegen der Aufhebung des § 64d in den § 63 überführt.

Zu Nummer 3 (§ 64d)

Mit der im neuen § 125a geregelten Aufnahme der Verordnung mit erweiterter Versorgungsverantwortung in die Regelversorgung, erübrigt sich die derzeit geltende Verpflichtung der Krankenkassen, Modellvorhaben zu dieser Versorgungsform zu vereinbaren.

Zu Nummer 4 (§ 73)

Mit der Änderung des § 73 wird Vertragsärzten vorgegeben, dass sie in bestimmten Fällen bei einer Verordnung von Heilmitteln dem Therapeuten die Entscheidung über die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten überlassen sollen. Voraussetzung für eine derartige Verordnung, die den Heilmittelerbringern eine erweiterte Versorgungsverantwortung zuweist, ist, dass die vom Arzt gestellte Indikation zu den nach § 125a vereinbarten Indikationen zählt. Nur wenn wichtige medizinische Gründe vorliegen, die gebieten, dass der Vertragsarzt selbst über Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz entscheidet, ist von dieser im allgemeinen Sprachgebrauch als „Blankoverordnung“ bezeichneten Versorgungsform abzusehen.

Zu Nummer 5 (§ 84)

Nach § 84 Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 7 sind Daten zur Feststellung des tatsächlichen Ausgabenvolumens zu erheben. Darüber hinaus hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen Berichte über die Entwicklung der Ausgaben von Leistungen nach § 32 zu erstellen und diese als Schnellinformationen an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu übermitteln. Sie dienen insbesondere der Übersicht über die Ausgabenentwicklung im Vergleich zu den Gesamtausgaben. Die hierfür erforderlichen Daten werden arztbezogen erfasst. Diese Schnellinformationen sollen durch § 125a Absatz 4 um Berichte im Hinblick auf die Versorgungsform der sogenannten „Blankoverordnung“ und um Richtwerte zur Versorgungsgestaltung ergänzt werden. Bei dieser Versorgungsform enthalten die Verordnungen keine Angaben zu der gewählten Maßnahmen und der Anzahl der Behandlungseinheiten. Damit die Anzahl der Behandlungseinheiten je Verordnung und die Behandlungsfrequenz erhoben werden können, ist die Zusammenführung der entsprechenden Daten erforderlich. Dies ist nur möglich, wenn versichertenbezogene Daten zusammengeführt werden können. Dies macht die Datenübermittlung in Bezug auf die Versicherten in pseudonymisierter Form erforderlich, für den Arztbezug ist dies nicht notwendig. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat hierfür das Nähere zur Datenübermittlung und zum Verfahren zur Pseudonymisierung zu regeln.

Zu Nummer 6 (§ 92)

Zu Doppelbuchstabe aa

Durch diese Regelung erhält der Gemeinsame Bundesausschuss den Auftrag, in einer Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln Vorgaben zu indikationsbezogenen orientierenden Behandlungsmengen und zur Zahl der Behandlungseinheiten je Verordnung zu machen. Die orientierende Behandlungsmenge ist mit dem bisherigen Regelfall vergleichbar, jedoch resultiert aus der orientierenden Behandlungsmenge kein Erfordernis für eine Unterscheidung bei erneuten Verordnungen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Es handelt sich um Richtigstellung in der Formulierung.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Es handelt sich um eine Verweiskorrektur.

Zu Nummer 7 (§ 106b)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Ergänzung durch eine neue Nummer 3.

Zu Buchstabe b

Die Ergänzung regelt, dass die Versorgungsform der sogenannten „Blankverordnung“ nach dem neuen § 125a, durch die der Vertragsarzt bei der Verordnung von Heilmitteln die Entscheidung über die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten dem Therapeuten überlässt, nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegt. Der Vertragsarzt hat bei dieser Versorgungsform keine Möglichkeit, auf die Entscheidung über die Art und den Umfang der Heilmittelbehandlung Einfluss zu nehmen, da diese dem Therapeuten obliegt.

Zu Nummer 8 (§§ 124, 124a, 125, 125a)

Die derzeit geltenden Regelungen zu den Beziehungen von Krankenkassen zu den Leistungserbringern von Heilmitteln sind intransparent, verursachen einen erheblichen bürokratischen Aufwand und geben der Versorgungsverantwortung der Leistungserbringer nur wenig Raum. Damit werden sie der stark gewachsenen Bedeutung der Heilmittelversorgung nicht mehr gerecht. Aus diesem Grund ist eine grundlegende Neuordnung erforderlich.

Zu § 124

Absatz 1 bestimmt, dass die Verträge zur Heilmittelversorgung künftig auf Bundesebene zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer abgeschlossen werden. Durch die Reduzierung der bisherigen Vielzahl von Verträgen wird mehr



Transparenz über das Vertragsgeschehen ermöglicht und der Aufwand für die Vertragsverhandlungen für die Verbände der Heilmittelerbringer und die Krankenkassen reduziert. Die maßgeblichen Spitzenorganisationen haben den Vertrag mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen für ihren jeweiligen Leistungsbereich gemeinsam abzuschließen. Die Beschränkung auf die maßgeblichen Spitzenorganisationen gewährleistet effiziente Vertragsverhandlungen. Die bundesweiten Verträge gelten ab dem 1. Januar 2020. Um den Vertragspartnern dauerhaft mehr Flexibilität bei den Preisvereinbarungen zu ermöglichen, wird die bisher auf den Zeitraum von 2017 bis 2019 beschränkte Aufhebung der Begrenzung der Vergütungsanpassungen durch die Veränderungsrate nach § 71 dauerhaft aufgehoben. Statt der Veränderungsrate haben die Vertragspartner bei ihren Vertragsverhandlungen künftig andere Parameter zu berücksichtigen, die insbesondere die gesamten Kosten der Praxisführung betreffen und damit deutlich besser die hieraus resultierenden Kostensteigerungen widerspiegeln als die Veränderungsrate, die sich ausschließlich aus den beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten berechnet und damit tatsächliche Kostensteigerungen nicht abbildet. Bei den nunmehr gesetzlich vorgegebenen Parametern handelt es sich um die Entwicklung der Personalkosten, der Sachkosten für die Leistungserbringung sowie die durchschnittlichen laufenden Kosten für den Betrieb der Heilmittelpraxis. Um den Krankenkassen oder ihren Verbänden die Möglichkeit zu eröffnen, besondere regionale Versorgungsbedarfe zu berücksichtigen oder innovative Versorgungsmodelle zu schaffen, können diese mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene Verträge abschließen, die von den bundesweiten Verträgen nach Satz 1 abweichen.

In Absatz 2 sind die Inhalte geregelt, die die Verträge nach Absatz 1 umfassen müssen. Diese entsprechen den bisher in § 125 Absatz 1 und 2 genannten Inhalten. Da die Verträge künftig auf Bundesebene abgeschlossen werden, sind die Rahmenempfehlungen nicht mehr erforderlich. Bei der Festlegung der Inhalte der einzelnen Heilmittel ist nunmehr eine Regelleistungszeit zu vereinbaren, die sich aus der Behandlung des Versicherten und der erforderlichen Vor- und Nachbereitung zusammensetzt. Diese Regelleistungszeiten sind auch bei der Vergütung angemessen zu berücksichtigen. Dadurch soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass die Leistungserbringer über die Behandlung hinaus Zeit für die erforderliche Vor- und Nachbereitung benötigen, die bislang nicht ausreichend vergütet worden ist. Darüber hinaus haben die Vertragspartner die personellen, räumlichen und sachlichen Voraussetzungen zu vereinbaren, die zur Leistungsabgabe an Versicherte berechtigen. Eine Zulassungsempfehlung ist nicht mehr erforderlich, weil die Zulassungsvoraussetzungen nunmehr einheitlich im bundesweiten Vertrag geregelt werden können. Dabei ist darauf zu achten, dass keine zu einschränkende Reglementierung erfolgt. Detaillierte Vorgaben zum Beispiel zur Raumgröße oder Deckenhöhe sind im Regelfall verzichtbar. Da die Leistungserbringer zum Vertrag beitreten müssen, haben sich die Vertragspartner auf ein Verfahren bei dem Verstoß gegen vertragliche Pflichten zu einigen.

Absatz 3 regelt, dass die Verträge mit Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und vergleichbaren Einrichtungen weiterhin mit den Krankenkassen oder ihren Landesverbänden abgeschlossen werden. Vertragsschlüsse auf der Landesebene haben sich in diesem Bereich in der Vergangenheit bewährt. Künftig sind die Verträge allerdings von den Landesverbänden und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich zu schließen. Durch den Verweis auf Absatz 1 gelten auch für diese Verträge weitere Regelungen wie die Aufhebung der Begrenzung der Vergütungsanpassungen durch die Veränderungsrate.

Für den Fall, dass sich die Vertragspartner nicht bis zu der in Absatz 1 genannten Frist oder bis zum Ende der Vertragslaufzeit einigen, sieht Absatz 4 die Festsetzung des Vertragsinhaltes oder der Preise durch die Schiedsstelle vor. Damit verbunden ist eine Weiterentwicklung des Schiedsverfahrens im Heilmittelbereich. Statt der unabhängigen Schiedsperson, die nach derzeit geltendem Recht bei Nichteinigung zwischen den Verhandlungs- bzw. Vertragsparteien durch die zuständige Aufsichtsbehörde zu benennen ist, erfolgt die Konfliktlösung künftig über eine Schiedsstelle. Angesichts der bundesweiten Bedeutung, die der Ausgang von Schiedsverfahren künftig für die Leistungserbringer und Krankenkassen hat, sollte die Verantwortung für den Schiedsspruch nicht einer einzelnen Person überlassen bleiben. Zudem gibt es für die Schiedsstelle eine Aufsichtsbehörde, so dass hierdurch ein effektives Verfahren sichergestellt werden kann. Die Schiedsstelle hat innerhalb von drei Monaten zu entscheiden. Dauert das Schiedsverfahren länger als drei Monate, so gilt die Entscheidung der Schiedsstelle ab dem Zeitpunkt, in dem die dreimonatige Frist abgelaufen ist. Dadurch soll ein schnelles und stringentes Schiedsverfahren gewährleistet werden. Kann die vorgegebene Frist nicht eingehalten werden, soll dies nicht zu Lasten der Heilmittelerbringer gehen.

Absatz 5 enthält die Regelungen zur näheren Ausgestaltung der Schiedsstelle. Um zu gewährleisten, dass die Schiedsstelle rechtzeitig gebildet wird, ist hierfür eine Frist bis zum 15.11.2019 vorgesehen. Die vierjährige Amtsdauer soll die Kontinuität der Schiedsstelle gewährleisten. Bei einer fehlenden Einigung auf die unparteiischen Mitglieder erfolgt die Bestellung der unparteiischen Mitglieder durch die Aufsichtsbehörde. Klagen gegen Festsetzungen der Schiedsstelle wie auch gegen Entscheidungen der Aufsichtsbehörde haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt, um ein zügiges Schiedsverfahren gewährleisten zu können.

Absatz 6 zur Qualitätssicherung der Weiterbildung in der Physiotherapie entspricht dem bisherigen § 125 Absatz 2a.

Zu § 124a

Durch § 124a wird zum einen eine bundesweit Anpassung der Preise erzielt, die die Ausgangsbasis für die Vertragsverhandlungen auf Bundesebene nach § 124 stellt. Zudem stellt sie eine

Übergangsregelung für den Zeitpunkt ab Inkrafttreten dieses Gesetzes bis zum Wirksamwerden des bundesweiten Vertrages am 1. Januar 2020 dar.

Mit Absatz 1 wird sichergestellt, dass die bisherigen Verträge auf Landesebene bis zum 31. Dezember 2019 fortgelten. Dies betrifft Verträge, deren Laufzeit vor dem 31. Dezember 2019 endet. Zugleich wird gewährleistet, dass alle laufenden Verträge am 31. Dezember 2019 enden. Einer Kündigung bedarf es nicht. Die Fortgeltung findet unter der Maßgabe statt, dass ab dem 1. April 2019 die Preise nach Absatz 2 gelten. Die Aufhebung von laufenden Verträgen zum 31. Dezember 2019 ist verhältnismäßig. Der Zweck der Vertragsverlagerung auf die Bundesebene besteht darin, dass ab dem Stichtag 1. Januar 2020 bundesweit einheitliche Regelungen bestehen sollen, um für die Leistungserbringer für die gleichen Leistungen gleiche Bedingungen zu schaffen. Dieser Zweck würde unterlaufen werden, wenn einzelne Verträge über diesen Zeitpunkt hinaus weiterlaufen würden. Durch Absatz 2 wird die für die Verhandlungen auf Bundesebene notwendige Ausgangsbasis geschaffen, indem die bisher zwischen den Kassenarten und Vertragsregionen stark voneinander abweichenden Preise für Heilmittelleistungen vereinheitlicht werden. Zum 1. April 2019 werden die Preise für die einzelnen Heilmittelpositionen einmalig und bundeseinheitlich für alle Krankenkassen und Vertragsregionen auf den höchsten, bundesweit in einer Vertragsregion vereinbarten Preis angehoben. Dabei ist maßgeblich, dass der Preis bereits vertraglich vereinbart worden ist, auch wenn die Gültigkeit erst zu einem späteren Zeitpunkt eintreten sollte. Dadurch wird sichergestellt, dass keine bereits vereinbarte Preissteigerung wegfällt und die Geltung von bundesweit einheitlichen Preisen für die Leistungserbringer günstig ist. Sofern sich identische Leistungspositionen in der vereinbarten Regelbehandlungszeit unterscheiden, ist der jeweils höchste Minutenpreis maßgeblich. Für die Anwendbarkeit der Preise ab dem 1. April 2019 (Datum der Verordnung, Datum der Behandlung) gelten die vertraglichen Regelungen.

Für den Fall, dass bis zum 1. Januar 2020 noch kein neuer Vertrag nach § 124 Absatz 1 in dem jeweiligen Leistungsbereich zustande gekommen ist, regelt Absatz 3, dass die bisherigen Verträge bis zum Abschluss des Vertrages oder bis zu einer Entscheidung durch die Schiedsstelle fortgelten. Dadurch wird ein vertragsloser Zustand verhindert.

#### Zu § 125

Da nunmehr die Zulassungsvoraussetzungen in dem Vertrag nach § 124 Absatz 1 zu regeln sind, kann das Zulassungsverfahren vereinfacht werden, was auch dem Bürokratieabbau dienlich ist. Das neue Verfahren beruht auf einem Beitritt zum Vertrag. Die Erteilung eines Zulassungsbescheides entfällt. Auch müssen sich die Leistungserbringer nur noch an eine Stelle wenden, um an der Versorgung teilnehmen zu können.

Absatz 1 regelt, dass Heilmittel nur von einem Leistungserbringer abgegeben werden dürfen, der die erforderliche Ausbildung sowie die entsprechende Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung besitzt und er dem für seinen Leistungsbereich gültigen Vertrag nach § 124 Absatz 1 beitrifft. Die Erteilung einer Zulassung ist nicht notwendig. Der Beitritt ist dem Spitzenverband Bund der

Krankenkassen gegenüber anzuzeigen. Dieses Verfahren führt zu einer besseren Übersicht über die Anzahl und die Verteilung von Praxen, da die Daten an einer Stelle vollständig vorliegen. Für die Leistungserbringer ist dieses Verfahren deutlich unbürokratischer, da sie nur noch bei einer Stelle Unterlagen einreichen müssen und nicht wie bisher, bei teilweise drei oder vier Zulassungsstellen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann auch einen Verband der Krankenkassen zur Verwaltung der Beitritte benennen. Die Einzelheiten zum Beitritt hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu regeln, kann dies jedoch auch in dem Vertrag nach § 124 Absatz 1 vereinbaren.

Die Übergangsregelung in Absatz 2 gilt für die Leistungserbringer, die bis zum 31. Dezember 2019 eine Zulassung erhalten haben. Um zu vermeiden, dass das alte System der Zulassung neben dem System des Vertragsbeitritts fortbesteht, haben alle Praxisinhaber, die auch weiterhin Leistungen zulasten der GKV abgeben wollen, dem Vertrag nach § 124 Absatz 1 beizutreten. Ein notwendiger Übergangszeitraum ist hierfür einzuräumen. Leistungserbringer, die ihren Beitritt nicht rechtzeitig anzeigen, dürfen ab dem 1. Juli 2020 keine Leistungen mehr abgeben, sondern müssen erst dem Vertrag nach § 124 Absatz 1 beitreten.

Durch die Regelung in Absatz 3 wird den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die Ermächtigung erteilt, Praxisbegehungen bei den Leistungserbringern durchzuführen, um die Einhaltung der vertraglich geregelten Voraussetzungen zur Leistungsabgabe zu überprüfen.

Für Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen ist schon nach derzeit geltenden Recht keine Zulassung erforderlich. Der Absatz 4 entspricht im Wesentlichen dem bisherigen § 124 Absatz 3.

#### Zu § 125a

Die im allgemeinen Sprachgebrauch mit dem Begriff der „Blankverordnung“ bezeichnete Versorgungsform wird mit § 125a für bestimmte Indikationen in die Regelversorgung überführt. Bei dieser Versorgungsform bestimmt der Leistungserbringer selbst die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten.

Absatz 1 weist dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene die Aufgabe zu, bis zum 31. März 2020 eine Vereinbarung über die Versorgungsform der „Blankverordnung“ zu schließen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist in den Prozess einzubeziehen. Ihr ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, die bei dem Abschluss der Vereinbarung zu berücksichtigen ist.

Die wesentlichen Inhalte, die die Vereinbarung nach Absatz 1 enthalten muss, sind in Absatz 2 dargelegt. So haben sich die Vertragspartner insbesondere auf Indikationen zu einigen, die für die Durchführung dieser Versorgungsform geeignet sind.

Weiterhin haben sich die Vertragspartner darauf zu verständigen, inwieweit bei der Durchführung dieser Versorgungsform von den Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses abgewichen werden kann und welche notwendigen Vorgaben die ärztliche Verordnung enthalten muss. Um den Leistungserbringer eine Vergleichbarkeit seiner Behandlung mit anderen Fällen und Therapeuten zu geben, haben sich die Vertragspartner auch auf Richtwerte für die Versorgungsgestaltung zu einigen, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen quartalsweise zu veröffentlichen hat. Diese Richtwerte stellen keine Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit dar, sondern sollen den Leistungserbringern eine Orientierungshilfe für die Behandlung geben, indem dieser feststellen kann, ob er sich mit seiner Behandlung in einem durchschnittlichen Rahmen bewegt. So kann ein Richtwert beispielsweise die Anzahl der Behandlungseinheiten in Abhängigkeit zur jeweiligen Diagnose sein. Den Leistungserbringer wird somit eine Vergleichbarkeit der Behandlungen untereinander gewährt.

Die Leistungserbringer tragen durch die „Blankoverordnung“ die Verantwortung, dass keine unverhältnismäßige Mengenausweitung in der Anzahl der Behandlungseinheiten erfolgt, die medizinisch nicht begründet ist. Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung muss gewährt bleiben. Die Vertragspartner haben sich auf Maßnahmen zu verständigen, die einer unwirtschaftlichen Mengenausweitung entgegenwirken sollen. Dies kann auch in Form von Vergütungsabschlägen erfolgen, sofern es sich um eine deutliche Mengenausweitung der Behandlungseinheiten und nicht nur um eine geringfügige handelt. Die medizinische Notwendigkeit ist dabei jedoch das maßgebliche Prüfkriterium und stets im Einzelfall zu prüfen.

Sofern ein Vertrag nach Absatz 1 nicht zustande kommt, verweist der Absatz 3 auf die Schiedsstelle nach § 124 Absatz 5.

Der Absatz 4 verpflichtet den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, auf Grund der pseudonymisiert übermittelten Daten nach § 84 Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 7 eine Schnellinformation für die sogenannte „Blankoverordnung“ sowie für die nach Absatz 2 zu vereinbarenden Richtwerte zur Versorgungsgestaltung zu erstellen und zu veröffentlichen. Die Veröffentlichung einer Schnellinformation ist wichtig, um auch eine Übersicht über die Mengen- und Kostenentwicklung unter der „Blankoverordnung“ zu erhalten. Die vereinbarten Richtwerte zur Versorgungsgestaltung müssen zwingend ermittelt und veröffentlicht werden, da sie den Leistungserbringern als Orientierungshilfe dienen sollen.

Die Versorgungsform nach § 125a ist zu evaluieren, um ihre Auswirkungen auf die Heilmittelversorgung feststellen zu können. Von besonderer Bedeutung ist dabei, wie sich die Versorgung mit Leistungen der Heilmittel verändert. Damit gehen die Fragen nach der Qualität der Versorgung, der Mengenentwicklung und den entsprechenden finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen einher. Die Evaluierung erfolgt innerhalb der ersten 4 Jahre nach Abschluss des Vertrages nach Absatz 1. Dem Bundesministerium für Gesundheit ist jährlich Bericht zu erstatten.

Zu Nummer 9 (§ 140f)

Es handelt sich um die Streichung eines Verweises, da die entsprechenden Regelungen zu den Zulassungsempfehlungen und Rahmenempfehlungen gestrichen worden sind.

Zu Nummer 10 (§ 326)

Durch diese Vorschrift wird sichergestellt, dass das bisherige Zulassungsverfahren bis zum 31. Dezember 2019 erfolgen kann. Darüber hinaus wird geregelt, dass die geschlossenen Rahmenempfehlungen nur bis zum 31. Dezember 2019 gelten, ohne dass es hierfür einer Kündigung bedarf.

Durch Absatz 2 wird sichergestellt, dass das Zulassungsverfahren auch dann durchgeführt werden kann, wenn der Vertrag nach § 124 nicht zum 1. Januar 2020 wirksam zustande kommt.

Entwurf

Formulierungshilfe

**Änderungsantrag 2**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

1	Nr. 14	§ 33	<b>Hilfsmittel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufhebung der Möglichkeit zu Hilfsmittel-Ausschreibungen</li> <li>• Klarstellung, dass bei Verträgen mit Beitrittsmöglichkeit von Krankenkassen zwingend Verhandlungsmöglichkeiten zu eröffnen</li> <li>• Schaffung eines Anspruchs auf Sicherheitsinstrumente als Schutz vor Nadelstichverletzungen</li> </ul>	227
2	Nr. 51	§ 92			
3	Nr. 67b	§ 126			
4	Nr. 68	§ 127			
5	Nr. 74b	§ 133			
6	Nr. 80a	§ 140f			
7	Nr. 95	§ 284			
8	Nr. 102	§ 305			

Zu Artikel 1 Nummer 14, 51, 67b, 68, 74b, 80a, 95, 102 (§§ 33, 92, 126, 127, 133, 140f, 284, 305 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Hilfsmittel)

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

1. Nummer 14 wird wie folgt gefasst:

14. § 33 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 Satz 5 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Ein Anspruch besteht auch auf solche Hilfsmittel, die eine dritte Person durch einen Sicherheitsmechanismus vor Nadelstichverletzungen schützen, wenn der Versicherte selbst nicht zur Anwendung des Hilfsmittels in der Lage ist und hierfür der Hilfe der dritten Person bedarf und von dem Versicherten eine erhöhte Infektionsgefährdung ausgeht. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seiner Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum 31. Oktober 2019 die Diagnosen und Tätigkeiten, bei denen von einer erhöhten Infektionsgefährdung auszugehen ist.“

b) In Absatz 6 werden die Sätze 2 bis 4 aufgehoben.

c) In Absatz 9 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.'

2. Nach Nummer 51 Buchstabe a wird folgender Buchstabe b eingefügt

,b) In § 92 Absatz 7a werden die Wörter „§ 127 Absatz 6 Satz 1“ durch die Wörter „§ 127 Absatz 9 Satz 1“ ersetzt.'

3. Nach Nummer 67a wird folgende Nummer 67b eingefügt:

,67b. In § 126 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „Absatz 1, 2 und 3“ durch die Angabe „Absatz 1 und 2“ ersetzt.'

4. Nummer 68 wird wie folgt gefasst:

,68. § 127 wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 1, 1a und 1b werden aufgehoben.

b) Die Absätze 2, 2a, 3, 4, 4a, 5, 5a, 5b, 6 werden zu den Absätzen 1 bis 9.

c) Der neue Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Krankenkassen, ihre Landesverbände und Arbeitsgemeinschaften schließen im Wege der Vertragsverhandlungen Verträge mit Leistungserbringern oder Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln, deren Wiedereinsatz, die Qualität der Hilfsmittel und zusätzlich zu erbringender Leistungen, die Anforderungen an die Fortbildung der Leistungserbringer, die Preise und die Abrechnung. In den Verträgen nach Satz 1 sind eine hinreichende Anzahl an mehrkostenfreien Hilfsmitteln, die Qualität der Hilfsmittel, die notwendige Beratung der Versicherten und die sonstigen, zusätzlichen Leistungen im Sinne des § 33 Absatz 1 Satz 5 sicherzustellen sowie für eine wohnortnahe Versorgung der Versicherten zu sorgen. Die Absicht über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln Verträge zu schließen ist in geeigneter Weise öffentlich bekannt zu machen. Über die Inhalte abgeschlossener Verträge sind andere Leistungserbringer auf Nachfrage unverzüglich zu informieren. Werden nach Abschluss des Vertrages die Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte nach § 139 Absatz 2 durch Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses



verändert, liegt darin eine wesentliche Änderung der Verhältnisse, die die Vertragsparteien zur Vertragsanpassung oder Kündigung berechtigt.“

- d) Der neue Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird die Angabe „Absatz 2“ durch die Angabe „Absatz 1“ ersetzt.
  - bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:  
  
„Hierbei sind entsprechend Absatz 1 Satz 1 Vertragsverhandlungen zu ermöglichen.“
- e) Im neuen Absatz 3 wird nach den Wörtern „Krankenkasse nach Absatz 1“ die Angabe „und 2“ gestrichen.
- f) Im neuen Absatz 4 wird die Angabe „Absätzen 1, 2 und 3“ durch die Angabe „Absätzen 1 und 2“ ersetzt.
- g) Im neuen Absatz 5 Satz 2 werden nach dem Wort „schriftlich“ die Wörter „oder elektronisch“ eingefügt.
- h) Im neuen Absatz 7 Satz 3 wird die Angabe „Absatz 4a“ durch die Angabe „Absatz 5“ ersetzt.
- i) Der neue Absatz 9 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird das Semikolon und werden die Wörter „Absatz 1a Satz 2 bis 4 gilt entsprechend“ gestrichen.
  - bb) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:  
  
„Kommt eine Einigung bis zum Ablauf der nach Satz 1 bestimmten Frist nicht zustande, wird der Empfehlungsinhalt durch eine von den Empfehlungspartnern nach Satz 1 gemeinsam zu benennende unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Empfehlungspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen

der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Spitzenorganisationen der Leistungserbringer je zur Hälfte.“

cc) In Satz 7 wird die Angabe „Absätzen 1, 2 und 3“ durch die Angabe „Absätzen 1 und 2“ ersetzt.‘

5. Nach Nummer 74a wird folgende Nummer 74b eingefügt:

,74b. In § 133 Absatz 4 wird die Angabe „§ 127 Absatz 6“ durch die Angabe „§ 127 Absatz 9“ ersetzt.‘

6. Nach Nummer 80 wird folgende Nummer 80a eingefügt:

,80a. In § 140f Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „§ 127 Absatz 1a Satz 1 Absatz 5b und 6“ durch die Wörter „§ 127 Absatz 8 und 9“ ersetzt.‘

7. Nach Nummer 95 Buchstabe c wird folgender Buchstabe d angefügt:

,d) In § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 16a wird die Angabe „ §127 Absatz 5a“ durch die Angabe „§ 127 Absatz 7“ ersetzt.‘

8. Nach Nummer 102 Buchstabe b wird folgender Buchstabe c angefügt:

,c) In § 305 Absatz 3 wird die Angabe „§127 Absatz 1, Satz 4, Absatz 3 und 4a“ durch die Angabe „§ 127 Absatz 3 und 5“ ersetzt.‘

### Begründung

Zu Nummer 1 (§ 33)

Zu Buchstabe a

Durch diese Regelung erhalten Versicherte einen Anspruch auf Hilfsmittel, die eine dritte Person durch einen Sicherheitsmechanismus vor Nadelstichverletzungen schützen, wenn der Versicherte auf Grund seines körperlichen Zustandes bei Blutentnahmen und Injektionen auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und von ihm ein erhöhtes Infektionsrisiko ausgeht. Durch den Sicherheitsmechanismus wird die pflegende Person vor dem Risiko der Infizierung mit einer Krankheit geschützt. Dies ist insbesondere bei Diabetikern relevant, bei denen Pflegekräfte oder Angehörige die Punktion und Messung des Blutzuckerwertes sowie die Injektion des Insulins übernehmen.

Die zur Versorgung erforderlichen Hilfsmittel wie beispielsweise Lanzetten, Kanülen und Portnadeln werden dem Versicherten durch den behandelnden Arzt verordnet. Die Instrumente mit Sicherheitsmechanismus sind in der Regel nicht erforderlich, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern. Somit sind sie nach geltender Rechtslage nicht verordnungsfähig. In der Folge müssen Arbeitgeber der Pflegekräfte zum Schutz ihrer Beschäftigten die verordneten Hilfsmittel gegen die Instrumente mit Sicherheitsmechanismus austauschen, was zu einer unnötigen und kostenintensiven Doppelversorgung führt. Bei der Pflege durch Angehörige und andere private Pflegepersonen müssen die Pflegebedürftigen oder ihre Pflegepersonen die Kosten für die Sicherheitsinstrumente selbst tragen oder das Risiko einer Infektion eingehen, was nicht zumutbar ist.

Der Anspruch ist auf solche Versicherte beschränkt, von denen eine erhöhte Infektionsgefährdung ausgeht. Die Diagnosen und Tätigkeiten, bei denen diese erhöhte Gefährdung vorliegt, hat der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Hilfsmittel-Richtlinie bis zum 31. Oktober 2019 festzulegen. Dabei kann er sich unter anderem an den Regelungen der Technischen Regeln für Biologische Arbeitsstoffe („TRBA 250 – Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege“ - TRBA 250) orientieren, die unter Punkt 4.2.5 Absatz 4 Ziffern 1 bis 3 Tätigkeiten beziehungsweise Arbeitsbereiche benennt, bei denen Instrumente mit Sicherheitsmechanismus zu verwenden sind.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Aufhebung des bisherigen § 127 Absatz 1.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um die Korrektur eines Verweisfehlers.

Zu Nummer 2 (§ 92)

Der Absatz 9 entspricht dem bisherigen Absatz 6.

Zu Nummer 3 (§ 126)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Aufhebung des bisherigen § 127 Absatz 1.

Zu Nummer 4 (§ 127)

Zu Buchstabe a

Um negativen Auswirkungen von Ausschreibungsverträgen der Krankenkassen auf die Qualität der Hilfsmittelversorgung entgegen zu wirken, hat der Gesetzgeber mit dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) den Krankenkassen und Leistungserbringern verschiedene Vorgaben zu einer stärkeren Berücksichtigung von Qualitätsaspekten beim Abschluss von Verträgen zur Hilfsmittelversorgung gemacht. Dazu gehören insbesondere das Verbot von Ausschreibungen bei

Versorgungen mit einem hohen Dienstleistungsanteil und die Vorgabe an die Krankenkassen, bei Hilfsmittelausschreibungen in den Leistungsbeschreibungen und bei den Vergabekriterien qualitative Aspekte angemessen zu berücksichtigen. Zwischenzeitlich hat sich aber gezeigt, dass die praktische Umsetzung des Gesetzes vielfach nicht den Zielen des Gesetzgebers entspricht. Zu dem erhofften Qualitätswettbewerb im Rahmen von Ausschreibungen ist es nicht gekommen. Angesichts der nach wie vor bestehenden Risiken durch Ausschreibungen für die Versorgungsqualität wird die Ausschreibungsoption in § 127 Absatz 1 aufgehoben. Die Krankenkassen haben künftig die Hilfsmittelversorgung ihrer Versicherten ausschließlich im Wege von Rahmenverträgen mit Beitrittsmöglichkeit sicherzustellen. Zudem können Krankenkassen weiterhin im Ausnahmefall Einzelvereinbarungen schließen, wenn der Aufwand für eine Vertragsanbahnung nach Absatz 1, etwa wegen des besonderen Versorgungsbedarfs eines Versicherten, wirtschaftlich nicht zweckmäßig wäre. Da die Ausschreibungsoption gestrichen wird, bedarf es auch keiner gemeinsamen Empfehlungen zur Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen mehr.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung der Absatzbezeichnungen infolge der Aufhebung der bisherigen Absätze 1 und 1a.

Zu Buchstabe c

Absatz 1 Satz 1 stellt klar, dass die Verträge zwischen den Vertragsparteien zu verhandeln sind. Die Ergänzung in Satz 1 dient außerdem der Klarstellung, dass es sich bei der Vertragsoption nach Absatz 1 nicht um das sogenannte Open-House-Modell handelt, bei dem die Vertragsbedingungen einseitig durch die Krankenkasse festgesetzt werden. In der Vergangenheit wurde diese Norm bisweilen als Rechtsgrundlage für Open-House-Verträge herangezogen. Durch die Rechtsprechung wurde bereits festgestellt, dass bei Rahmenverträgen mit Beitrittsmöglichkeit Vertragsverhandlungen ermöglicht werden müssen (Bundessozialgericht, Urteil vom 10. März 2010, Az: B 3 KR 26/08 R). Diese Rechtsprechung wird nun ausdrücklich in das Gesetz aufgenommen. Demnach haben Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften jedem Leistungserbringer oder Verband oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer Vertragsverhandlungen zu ermöglichen. Die Sätze 2 bis 5 entsprechen dem bisherigen Recht.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung der Aufhebung des bisherigen Absatz 1.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es wird klargestellt, dass auch beim Beitritt zu einem Vertrag nach Absatz 2 Satz 1 Vertragsverhandlungen ermöglicht werden müssen. Leistungserbringer können beim Beitritt zu diesen Verträgen andere Vertragskonditionen verhandeln.

Zu Buchstabe e

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung der Aufhebung des bisherigen Absatz 1.

Zu Buchstabe f

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung der Aufhebung des bisherigen Absatz 1.

Zu Buchstabe g

Die Formulierung entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Buchstabe h

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Aufhebung des bisherigen Absatz 1a.

Zu Buchstabe i

Die Änderung in Absatz 9 ist eine Folgeänderung aufgrund der Aufhebung von Absatz 1a. Anstelle der Verweisung auf die Regelung über das Schiedsverfahren, die bisher in Absatz 1a Satz 2 bis 4 geregelt war, wird diese Regelung nun direkt in Absatz 9 aufgenommen.

Zu Nummer 5 (§ 133)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Änderung von § 127 Absatz 6 zu einem neuen § 127 Absatz 9.

Zu Nummer 6 (§ 140f)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Aufhebung von § 127 Absatz 1, 1a und 1b und den dadurch geänderten Absatzbezeichnungen.

Zu Nummer 7 (§ 284)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Aufhebung von § 127 Absatz 1, 1a und 1b und den dadurch geänderten Absatzbezeichnungen in § 127.

Zu Nummer 8 (§ 305)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Aufhebung von § 127 Absatz 1.

Entwurf

Formulierungshilfe

### **Änderungsantrag 3**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

#### Zu Artikel 1 Nummer 7 (§ 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Kostenerstattung für Behandlungen im EU-Ausland)

Artikel 1 Nummer 7 wird wie folgt gefasst:

,7. § 13 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 3a Satz 4 werden nach dem Wort „Gutachterverfahren“ die Wörter „gemäß § 87 Absatz 1c“ eingefügt.
- b) In Absatz 4 Satz 5 werden die Wörter „und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen“ durch die Wörter „in Höhe von höchstens fünf Prozent“ ersetzt.‘

#### Begründung

Zu Buchstabe a

Entspricht dem bisherigen Gesetzentwurf.

Zu Buchstabe b

Die Vorschrift regelt die Deckelung der durch die Krankenkassen in ihren jeweiligen Satzungen vorzunehmenden Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten bei fünf Prozent des Erstattungsbetrages entsprechend der Erstattungsregelungen. Bislang haben die Krankenkassen in ihren Satzungen zumeist Abschläge von bis zu zehn Prozent vorgesehen. Es wird sichergestellt, dass die Krankenkassen keine höheren Abschläge aus dem Umstand vornehmen können, dass die Gesundheitsbehandlung im EU-Ausland, einem Vertragsstaat des EWR oder der Schweiz stattfindet und Versicherte dadurch im Vergleich zur Kostenerstattung im Inland (vgl. § 13 Absatz 3 Satz 9) nicht finanziell benachteiligt werden.

Entwurf

Formulierungshilfe

#### **Änderungsantrag 4**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

#### Zu Artikel 1 Nummer 9 (§ 20h des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Förderung der Selbsthilfe)

1. Nach Artikel 1 Nummer 8 wird folgende Nummer 8a eingefügt:

8a. § 20h wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „fördern“ die Wörter „gemeinschaftlich und kassenartenübergreifend“ eingefügt.
- b) In Absatz 2 Satz 3 werden die Wörter „durch pauschale Zuschüsse und als Projektförderung“ durch die Wörter „als Pauschal- und Projektförderung“ ersetzt.
- c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
  - aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Ausgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 Satz 1 sollen auf der Basis von einem Betrag von insgesamt 1,13 Euro je Versicherten im Jahr 2019 in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches angepasst werden.“
  - bb) In Satz 3 werden die Wörter „kassenartübergreifende Gemeinschaftsförderung“ durch die Wörter „die Pauschalförderung“ ersetzt.

- cc) In Satz 4 werden die Wörter „aus der Gemeinschaftsförderung“ gestrichen.
- dd) In Satz 5 wird das Wort „Gemeinschaftsförderung“ durch das Wort „Pauschalförderung“ ersetzt.

2. Nach Artikel 17 Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:

„(4a) Artikel 1 Nummer 8a tritt zum 1. Januar 2020 in Kraft.“

### Begründung

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Die Änderung verankert, dass nunmehr die gesamten Fördermittel (Pauschalförderung und Projektförderung) einheitlich und gemeinschaftlich kassenartenübergreifend von den Krankenkassen und ihren Verbänden zu verausgaben sind. Durch die gemeinschaftliche Verausgabung der Fördermittel wird das Verfahren für die Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen vereinheitlicht, vereinfacht und transparenter. Die festgeschriebene Aufteilung der Fördermittel, nach der mindestens 50 v. H. der nach Absatz 3 Satz 1 bestimmten Fördermittel in die Pauschalförderung fließen müssen, bleibt davon unberührt. Weiterhin kann damit im Rahmen der gemeinschaftlichen Förderung neben der Pauschalförderung weiterhin eine Projektförderung erfolgen, mit der zeitlich und inhaltlich begrenzte Maßnahmen unterstützt werden, die die Situation der Betroffenen verbessern, deren gesundheitlichen Ressourcen stärken und neue, innovative Ansätze, insbesondere auch durch Digitalisierung, erproben.

Die Regelung tritt zum 1. Januar 2020 in Kraft (vgl. Artikel 17). Vorhaben, die bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens im Rahmen der Projektförderung durch einzelne Krankenkassen finanziell unterstützt und mehrjährig bewilligt wurden, bleiben unberührt.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Änderung zur Festlegung auf den Begriff der „Pauschalförderung“ in der gesetzlichen Regelung. Mit dem Begriff „Pauschalförderung“ werden im Sinne der Rechtsklarheit bislang für denselben Tatbestand unterschiedliche Begriffe wie kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung/Gemeinschaftsförderung/Pauschalförderung vereinheitlicht.

Zu Buchstabe c



Zu Doppelbuchstabe aa  
Redaktionelle Änderung.

Zu den Doppelbuchstaben bb bis dd  
Redaktionelle Folgeänderung zu Buchstabe b.

Zu Nummer 2

Die Umstellung der Förderung der Selbsthilfe in § 20h (Pauschalförderung und Projektförderung) auf ein einheitliches und gemeinschaftlich kassenartübergreifendes Verfahren durch die Krankenkassen und ihren Verbänden tritt zum 1. Januar 2020 in Kraft. Dies berücksichtigt die für eine Umstellung erforderliche Vorlaufzeit.

Entwurf

Formulierungshilfe

### **Änderungsantrag 5**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

Zu Artikel 1 Nummer 15a und 40 (§§ 35a und 79 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Elektronische Arzneimittelinformation)

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

1. Nach Nummer 15 wird folgende Nummer 15a eingefügt:

,15a. § 35a wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 35a Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen,  
Verordnungsermächtigung“.

b) Absatz 3a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „und den Anforderungen der  
Rechtsverordnung nach § 73 Absatz 9 Satz 2 genügt“ gestrichen.

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch  
Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates weitere  
Vorgaben zur Veröffentlichung der Beschlüsse nach Satz 1 zu regeln.“

cc) Im neuen Satz 3 wird die Angabe „§ 73 Absatz 9“ gestrichen.

dd) Der neue Satz 4 wird durch folgenden Satz ersetzt:

„Vor der erstmaligen Beschlussfassung nach Satz 3 findet § 92 Absatz 3a mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass auch den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist.“

ee) Im neuen Satz 5 wird die Angabe „Satz 2“ jeweils durch die Angabe „Satz 3“ ersetzt.

c) Nach Absatz 3a wird folgender Absatz 3b eingefügt:

„(3b) Durch die Rechtsverordnung nach Absatz 3a Satz 2 kann das Bundesministerium für Gesundheit die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses verpflichten, zum Zweck der Verwendung in elektronischen Programmen nach § 73 Absatz 9 die Angaben zu den Jahrestherapiekosten des Arzneimittels und zu den Kosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie in der maschinenlesbaren Fassung regelmäßig zu aktualisieren.“

2. Nach Nummer 40 Buchstabe b wird folgender Buchstabe c angefügt:

,c) In Absatz 9 Satz 2 werden die Wörter „und zur Veröffentlichung der Beschlüsse nach § 35a Absatz 3a“ gestrichen.‘

### Begründung

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung in Folge der Änderungen zu b und c.

Zu Buchstabe b

Zu den Doppelbuchstaben aa bis cc

In Doppelbuchstabe bb wird die Verordnungsermächtigung zur Regelung der Anforderungen an die Veröffentlichung der maschinenlesbaren Fassung aus systematischen Gründen in Absatz 3a geregelt. Die Änderungen zu den Doppelbuchstaben aa und cc sind redaktionelle Folgeregelungen hierzu.

Zu Doppelbuchstabe dd

Bei Anpassung der Verfahrensordnung an die Vorgaben der Rechtsverordnung nach § 73 Absatz 9 und der Regelung des Näheren sind auch die für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen in das Stellungnahmeverfahren des G-BA einzubeziehen.

Zu Buchstabe c

Durch die Änderung erhält der Verordnungsgeber der Rechtsverordnung über die Mindestanforderungen für elektronische Programme nach § 73 Absatz 9 die Möglichkeit, den G-BA zu verpflichten, die Angaben zu den Jahrestherapiekosten und den Kosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie in der maschinenlesbaren Fassung der Nutzenbewertungsbeschlüsse regelmäßig zu aktualisieren. Derzeit sind die Angaben der Jahrestherapiekosten in den Beschlüssen des G-BA statisch und bezogen auf den Zeitpunkt der Beschlussfassung. Für die von den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten im Einzelfall vorzunehmende Beurteilung der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Verordnung kann jedoch die Aktualität der Jahrestherapiekosten von großer Bedeutung sein. Die Aktualisierung soll nur in der maschinenlesbaren Fassung und nur zu informatorischen Zwecken zur Verwendung in elektronischen Programmen nach § 73 Absatz 9 erfolgen. Hierzu bedarf es keines Beschlusses des G-BA nach Absatz 3, sondern die Rechtsverordnung kann vorsehen, dass die Aktualisierung der Veröffentlichung unmittelbar durch die Geschäftsstelle des G-BA erfolgt. Diese kann hierfür auf Angebote privater Anbieter zurückgreifen, die den Fachkreisen derzeit schon diese Daten in aktualisierter Form zur Verfügung stellen.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung in § 35a.

Entwurf

Formulierungshilfe

### **Änderungsantrag 6**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

Zu Artikel 1 Nummer 34, 41a, 80 (§ 73b, 83, 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Entkopplung der Vergütung von Diagnosen)

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

1. Nummer 34 Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

,b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 wird die Angabe „§ 20d“ durch die Angabe „§ 20i“ ersetzt.

bb) Satz 7 wird wie folgt gefasst:

„Vereinbarungen, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorsehen, sind unzulässig; die Pflicht nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, Satz 2, Absatz 1b Satz 1 bleibt unberührt.“

2. Nach Nummer 41 wird folgende Nummer 41a eingefügt:

,41a. § 83 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Kassenindividuelle oder kassenartenspezifische Vereinbarungen, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorsehen, können nicht Gegenstand der Gesamtverträge sein; § 71 Absatz 6 gilt entsprechend.“

3. Nummer 80 Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

,a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 2 wird die Angabe „§ 20d“ durch die Angabe „§ 20i“ ersetzt.
  
- bb) Satz 7 wird wie folgt gefasst:  
  
„Vereinbarungen, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorsehen, sind unzulässig; die Pflicht nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, Satz 2, Absatz 1b Satz 1 bleibt unberührt.“

### Begründung

#### Zu Nummer 1

Mit den Regelungen des Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) wurde vorgesehen, dass zusätzliche Vergütungen für Diagnosen nicht Gegenstand der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung sein können. Gleichwohl wurden in der Aufsichtspraxis Verträge bzw. Vertragsbestandteile identifiziert, die dazu geeignet sein können über zusätzliche Vergütungen Kodieranreize zu setzen, um Mittelzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu erhöhen (zum Beispiel nach der Anzahl der Diagnosen gestaffelte Pauschalen).

Die Diagnosestellung gehört zu den originär ärztlichen Tätigkeiten, hat anhand von medizinischen Gesichtspunkten zu erfolgen und darf nicht durch finanzielle Anreize beeinflusst werden. Zur Sicherung der Qualität der ärztlichen Diagnosedokumentation und zur Stärkung der Manipulationsresistenz wird die Kassenärztliche Bundesvereinigung in § 295 Absatz 4 mit diesem Gesetz verpflichtet, verbindliche Regelungen zur Vergabe und Übermittlung der Diagnosen sowie von Prüfmaßstäben erstmals bis zum 30. Juni 2020 mit Wirkung zum 1. Januar 2022 zu bestimmen. Diese Regelungen gelten auch für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge abgeschlossen haben.

Um sämtliche Umgehungsstrategien in den Verträgen zu eliminieren, wird die o. g. Regelung des HHVG dahingehend erweitert, dass generell vertragliche Regelungen unzulässig sind, in denen bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorgesehen werden. Auf die bisher oftmals umstrittene Frage, ob Vergütungen „für“ Diagnosen oder für ärztliche Leistungen gezahlt werden, kommt es damit nicht mehr an. Verboten ist sowohl eine Vergütung als Gegenleistung für die Vergabe, Dokumentation oder Übermittlung von Diagnosen als auch eine Vergütung ärztlicher Leistungen, deren Zahlung oder deren konkrete Höhe an bestimmte Diagnosen bzw. deren Anzahl geknüpft wird. Das Verbot bezieht sich insbesondere auf solche Verträge, die im Wesentlichen auf Listen von Diagnosen (nach ICD-10 oder auch auf einer ausdifferenzierten Beschreibung der Krankheit im Vertragstext gleichwertig zu einem ICD-10-Code) beruhen. Vergütungen für Leistungen,

die aus medizinischen Gründen nur Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten angeboten werden, sind weiterhin möglich, sofern sie an einen allgemeinen Krankheitsbegriff anknüpfen. Hierbei ist allerdings ausgeschlossen, dass die Vertragspartner diesen allgemeinen Krankheitsbegriff anhand bestimmter Krankheiten definieren und andere Krankheiten, die diesen Krankheitsbegriff auch erfüllen, dabei unberücksichtigt lassen.

Die Pflicht der Ärztinnen und Ärzte zur Vergabe oder Übermittlung von Diagnosen ergibt sich bereits aus § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, Satz 2, Absatz 1b Satz 1.

Zu Nummer 2

Mit den Regelungen des Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) wurde klargestellt, dass Verträge, deren Hauptzweck darin besteht, über zusätzliche Vergütungen darauf hinzuwirken, Diagnosen zu optimieren, um Mittelzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu erhöhen, nicht im Rahmen von Gesamtverträgen fortgeführt oder neu vereinbart werden können. Die Neufassung der Regelung stellt eine Folgeänderung der neuen §§ 73b Absatz 5 Satz 7 und 140a Absatz 2 Satz 7 dar.

Zu Nummer 3

Mit den Regelungen des Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) wurde vorgesehen, dass zusätzliche Vergütungen für Diagnosen nicht Gegenstand der Verträge zur besonderen Versorgung der Versicherten sein können. Gleichwohl wurden in der Aufsichtspraxis Verträge bzw. Vertragsbestandteile identifiziert, die dazu geeignet sein können über zusätzliche Vergütungen Kodieranreize zu setzen, um Mittelzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zu erhöhen (zum Beispiel nach der Anzahl der Diagnosen gestaffelte Pauschalen).

Die Diagnosestellung gehört zu den originär ärztlichen Tätigkeiten, hat anhand von medizinischen Gesichtspunkten zu erfolgen und darf nicht durch finanzielle Anreize beeinflusst werden. Zur Sicherung der Qualität der ärztlichen Diagnosedokumentation und zur Stärkung der Manipulationsresistenz wird die Kassenärztliche Bundesvereinigung in § 295 Absatz 4 mit diesem Gesetz verpflichtet, verbindliche Regelungen zur Vergabe und Übermittlung der Diagnosen sowie von Prüfmaßstäben erstmals bis zum 30. Juni 2020 mit Wirkung zum 1. Januar 2022 zu bestimmen. Diese Regelungen gelten auch für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge abgeschlossen haben.

Um sämtliche Umgehungsstrategien in den Verträgen zu eliminieren, wird die o. g. Regelung des HHVG dahingehend erweitert, dass generell vertragliche Regelungen unzulässig sind, in denen bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorgesehen werden. Auf die bisher oftmals umstrittene Frage, ob Vergütungen „für“ Diagnosen oder für ärztliche Leistungen gezahlt werden, kommt es damit nicht mehr an. Verboten ist sowohl eine Vergütung als Gegenleistung für die

Vergabe, Dokumentation oder Übermittlung von Diagnosen als auch eine Vergütung ärztlicher Leistungen, deren Zahlung oder deren konkrete Höhe an bestimmte Diagnosen bzw. deren Anzahl geknüpft wird. Das Verbot bezieht sich insbesondere auf solche Verträge, die im Wesentlichen auf Listen von Diagnosen (nach ICD-10 oder auch auf einer ausdifferenzierten Beschreibung der Krankheit im Vertragstext gleichwertig zu einem ICD-10-Code) beruhen. Vergütungen für Leistungen, die aus medizinischen Gründen nur Patientengruppen mit bestimmten Krankheiten angeboten werden, sind weiterhin möglich, sofern sie an einen allgemeinen Krankheitsbegriff anknüpfen. Hierbei ist allerdings ausgeschlossen, dass die Vertragspartner diesen allgemeinen Krankheitsbegriff anhand bestimmter Krankheiten definieren und andere Krankheiten, die diesen Krankheitsbegriff auch erfüllen, dabei unberücksichtigt lassen.

Dass die Vertragspartner die medizinischen Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten an der besonderen Versorgung durch die Benennung von bestimmten Krankheiten definieren können, ist weiterhin möglich. Ausgeschlossen ist jedoch eine Vielzahl an Einzel-Verträgen, die das Verbot der Diagnose-Listen umgehen sollen.

Die Pflicht der Ärztinnen und Ärzte zur Vergabe oder Übermittlung von Diagnosen ergibt sich bereits aus § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, Satz 2, Absatz 1b Satz 1.



Entwurf

Formulierungshilfe

### **Änderungsantrag 7**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

Zu Artikel 1 Nummer 41, 83 und Artikel 10 Nummer 6 (§§ 81a, 197a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und § 47a des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

(Übermittlungsbefugnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten)

1. Artikel 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 41 wird § 81a Absatz 3b Satz 1 Nummer 4 wie folgt gefasst:

„4. die Behörden und berufsständischen Kammern, die für Entscheidungen über die Erteilung, die Rücknahme, den Widerruf oder die Anordnung des Ruhens der Approbation, der Erlaubnis zur vorübergehenden oder der partiellen Berufsausübung oder für berufsrechtliche Verfahren zuständig sind.“

b) In Nummer 83 wird § 197a Absatz 3b Satz 1 Nummer 5 wie folgt gefasst:

„5. die Behörden und berufsständischen Kammern, die für Entscheidungen über die Erteilung, die Rücknahme, den Widerruf oder die Anordnung des Ruhens einer Approbation, einer Erlaubnis zur vorübergehenden oder der partiellen Berufsausübung oder einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung oder für berufsrechtliche Verfahren zuständig sind.“

2. In Artikel 10 Nummer 6 wird § 47a Absatz 3 Satz 1 wie folgt geändert:

a) Nach Nummer 3 folgende Nummer 4 eingefügt:

„4. die Stellen, die nach Landesrecht für eine Förderung nach § 9 zuständig sind,“

b) Die bisherigen Nummern 4 und 5 werden zu den Nummern 5 und 6.

c) Nummer 6 wird wie folgt gefasst:

„6. die Behörden und berufsständischen Kammern, die für Entscheidungen über die Erteilung, die Rücknahme, den Widerruf oder die Anordnung des Ruhens einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung in den Pflegeberufen oder für berufsrechtliche Verfahren zuständig sind.“

### Begründung

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Mit dieser Ergänzung wird geregelt, dass die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (Fehlverhaltensstellen) bei den Kassenärztlichen Vereinigungen personenbezogene Daten nicht nur an die bereits im Gesetzentwurf genannten berufsständischen Kammern übermitteln dürfen, sondern ebenfalls an diejenigen (Landes-)Behörden, die für Entscheidungen über die Rücknahme, den Widerruf oder die Anordnung des Ruhens der Approbation von Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten zuständig sind. Es handelt sich um eine bloße Klarstellung, da die entsprechende Befugnis der Kassenärztlichen Vereinigungen bereits aus der allgemeinen Übermittlungsvorschrift des § 285 Absatz 3a Nummer 1 folgt.

Zu Buchstabe b

Mit dieser Ergänzung wird geregelt, dass die Fehlverhaltensstellen bei den Krankenkassen sowie ggf. bei deren Landesverbänden personenbezogene Daten nicht nur an die bereits im Gesetzentwurf genannten berufsständischen Kammern übermitteln dürfen, sondern ebenfalls an diejenigen (Landes-)Behörden, die für Entscheidungen über die Erteilung, die Rücknahme, den Widerruf oder die Anordnung des Ruhens einer Approbation, einer Erlaubnis zur vorübergehenden oder der partiellen Berufsausübung oder einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung oder für berufsrechtliche Verfahren zuständig sind. Hinweise auf berufsbezogenes Fehlverhalten von Ärzten/Ärztinnen, Zahnärzten/Zahnärztinnen, Psychologischen Psychotherapeuten/Psychologischen Psychotherapeutinnen sind nicht lediglich für die jeweiligen Kammern zwecks Prüfung berufsrechtlicher Konsequenzen relevant, sondern auch für die staatlichen Behörden, die über den Fortbestand der Approbation entscheiden. Im vertragsärztlichen Bereich sieht § 285 Absatz 3a Nummer 1 deshalb bereits eine dahingehende Übermittlungsbefugnis der Kassenärztlichen Vereinigungen vor. Vergleichbare Befugnisse sollten auch den Fehlverhaltensstellen der Krankenkassen eröffnet werden. Da diese nicht lediglich Informationen über vertragsärztliche Leistungserbringer erlangen, ist der Kreis der möglichen Empfänger hier weiter zu fassen. Zum einen existiert bei weiteren Heilberufen (z.B. Apothekern) ein Nebeneinander von berufsständischen Kammern und Approbations- bzw. Zulassungsbehörden der Länder. Zum anderen sind die in Betracht

kommenden Berufe (mit Ausnahme der Pflegeberufe in einigen Bundesländern) nicht verkammert, so dass Kontroll- und Sanktionsbefugnisse von staatlichen Behörden wahrgenommen werden. Es ist daher gerechtfertigt, in die Datenübermittlung alle Behörden mit einzubeziehen, die Entscheidungen über die Erlaubnis zur Ausübung eines Heilberufs treffen oder berufsrechtliche Verfahren durchführen.

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

Gemäß § 9 sind die Länder für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur verantwortlich. Die Länder sollen die durch die Einführung der PV bei der Sozialhilfe eingesparten Finanzmittel zur Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen einsetzen. Das Nähere zur Planung und Förderung der Pflegeeinrichtungen wird durch Landesrecht bestimmt. Sofern ein Bundesland eine Förderung im Sinne des § 9 gewährt, ist die rechtmäßige Gewährung der Fördermittel sicherzustellen. Ein Leistungsmissbrauch ist zu verhindern. Hierfür bedarf es, je nach Ausgestaltung des Landesrechts, eines Datenaustausches zwischen den in § 47a Absatz 1 Satz 2 genannten Stellen und den Stellen, die für die Förderung zuständig sind. Die Einbeziehung derjenigen Stellen, die für eine Förderung nach § 9 zuständig sind, in den Kreis der zum Empfang personenbezogener Daten berechtigten Stellen ist sachgerecht. Der Datenaustausch mit den in § 47a Absatz 1 Satz 2 genannten Stellen ist notwendige Voraussetzung dafür, dass eine wirkungsvolle Bekämpfung von Leistungsmissbrauch gerade in diesem Bereich gewährleistet ist.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Buchstabe c

Mit dieser Ergänzung wird geregelt, dass die Fehlverhaltensstellen bei den Pflegekassen sowie ggf. bei deren Landesverbänden personenbezogene Daten nicht nur an die bereits im Gesetzentwurf genannten berufsständischen Kammern übermitteln dürfen, sondern ebenfalls an diejenigen (Landes-)Behörden, die für Entscheidungen über die Erteilung, die Rücknahme, den Widerruf oder die Anordnung des Ruhens einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung in den Pflegeberufen oder für berufsrechtliche Verfahren zuständig sind. Bei den von den Fehlverhaltensstellen registrierten Fällen geht es typischerweise um Tatsachen, die für den Rücknahme- bzw. Widerrufstatbestand der Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Pflegeberufs von Belang sind. Gleiches gilt für die Ruhensvorschrift bei Einleitung eines Strafverfahrens wegen des Verdachts einer Straftat, aus der sich die Unzuverlässigkeit zur Berufsausübung ergeben würde, hier insbesondere beim Tatvorwurf des Betruges gemäß § 263 des Strafgesetzbuches bzw. der Teilnahme daran. Die zuständigen Behörden der Länder sind zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben auf die Übermittlung personenbezogener Daten durch die Fehlverhaltensstellen bei den Pflegekassen bzw. bei deren Landesverbänden angewiesen.

Entwurf

Formulierungshilfe

### **Änderungsantrag 8**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

#### Zu Artikel 1 Nummer 51 (§ 92 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Antrags- und Mitberatungsrecht der Länder bei Beratungen des G-BA  
zu Bedarfsplanung und Qualitätssicherung)

Nach Artikel 1 Nummer 51 Buchstabe b werden die folgenden Buchstaben c und d eingefügt:

,c) Absatz 7e wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „Mitberatungsrecht“ durch die Wörter „Antrags- und Mitberatungsrecht“ ersetzt.

bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat über Anträge der Länder in der nächsten Sitzung des jeweiligen Gremiums zu beraten. Wenn über einen Antrag nicht entschieden werden kann, soll in der Sitzung das Verfahren hinsichtlich der weiteren Beratung und Entscheidung festgelegt werden. Entscheidungen über die Einrichtung einer Arbeitsgruppe und die Bestellung von Sachverständigen durch den zuständigen Unterausschuss sind nur im Einvernehmen mit den beiden Vertretern der Länder zu treffen. Dabei haben diese ihr Votum einheitlich abzugeben.“

d) In Absatz 7f Satz 1 werden die Wörter „Mitberatungsrecht, soweit diese Richtlinien und Beschlüsse für die Krankenhausplanung von Bedeutung sind“ durch die Wörter „Antrags- und Mitberatungsrecht“ und die Wörter „Absatz 7e Satz 2 und 3“ durch die Wörter „Absatz 7e Satz 2 bis 7“ ersetzt.

### Begründung

Durch die Änderungen in § 92 Absatz 7e und 7f werden den Ländern künftig in den Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Bedarfsplanung und zu allen Aspekten der Qualitätssicherung die gleichen Rechte und Pflichten wie den Patientenvertretungen eingeräumt. Dies betrifft die Ausweitung der Mitberatungsgegenstände im Bereich der Qualitätssicherung auch auf solche Regelungen, die nicht für die Krankenhausplanung von Bedeutung sind, die Gewährung eines förmlichen Antragsrechts in Bezug auf die Regelungen zur Bedarfsplanung und zur Qualitätssicherung sowie die Einführung eines Einvernehmenserfordernisses für die Einrichtung von Arbeitsgruppen und die Bestellung von Sachverständigen in den Unterausschüssen Bedarfsplanung und Qualitätssicherung des G-BA.

Entwurf

Formulierungshilfe

### **Änderungsantrag 9**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

#### Zu Artikel 1 Nummer 55 (§ 103 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Erfüllung besonderer Versorgungsbedürfnisse  
als Zulassungsvoraussetzung im Nachbesetzungsverfahren)

Artikel 1 Nummer 55 Buchstabe d Doppelbuchstabe cc wird wie folgt gefasst:

,cc) Satz 10 wird wie folgt gefasst:

„Hat sich ein Bewerber nach Satz 5 Nummer 7 bereit erklärt, besondere Versorgungsbedürfnisse zu erfüllen, kann der Zulassungsausschuss die Zulassung unter der Voraussetzung erteilen, dass sich der Nachfolger zur Erfüllung dieser Versorgungsbedürfnisse verpflichtet.“

#### Begründung

§ 103 Absatz 4 Satz 5 Nummer 7 gibt dem Zulassungsausschuss vor, im Rahmen eines Ausschreibungsverfahrens bei der Auswahl der Bewerber für die Nachfolge einer Praxis das Kriterium, ob der Bewerber bereit ist, besondere Versorgungsbedürfnisse zu erfüllen, die in der Ausschreibung der Kassenärztlichen Vereinigung definiert worden sind, zu berücksichtigen. Mit dem neuen Satz 10 wird dem Zulassungsausschuss künftig ausdrücklich die Möglichkeit eingeräumt, einem Bewerber, der sich zur Erfüllung der besonderen Versorgungsbedürfnisse im Auswahlverfahren bereit erklärt hat, die Zulassung unter der Voraussetzung zu erteilen, dass er sich zur Erfüllung dieser besonderen Versorgungsbedürfnisse verpflichtet. Hierbei kann es sich beispielsweise um die Verpflichtung handeln, bestimmte Teile des Leistungsspektrums der betreffenden Facharztgruppe in einem bestimmten Umfang anzubieten, um somit beispielsweise die Versorgung der Versicherten mit einem grundversorgenden ärztlichen Leistungsspektrums aufrecht zu erhalten. Auch kann es sich um die

Verpflichtung handeln, neben der Tätigkeit am Vertragsarztsitz in gewissem Umfang auch in nahegelegenen schlechter versorgten Gebieten tätig zu sein.

Im Übrigen wird auf die Begründung zu der im Gesetzentwurf enthaltenen Aufhebung des bisherigen Satz 10 Bezug genommen.

Entwurf

Formulierungshilfe

### **Änderungsantrag 10**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

#### Zu Artikel 1 Nummer 56 (§ 105 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Förderung Notdienststrukturen)

Artikel 1 Nummer 56 Buchstabe c wie folgt gefasst:

,c) Nach Absatz 1a werden die folgenden Absätze 1b bis 1d eingefügt:

„(1b) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich können vereinbaren, über die Mittel nach Absatz 1a hinaus einen zusätzlichen Betrag zweckgebunden zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes bereitzustellen.

(1c) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können eigene Einrichtungen betreiben, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung von Versicherten dienen, oder sich an solchen Einrichtungen beteiligen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können die Einrichtungen auch durch Kooperationen untereinander und gemeinsam mit Krankenhäusern sowie in Form von mobilen oder telemedizinischen Versorgungsangebotsformen betreiben. In Gebieten, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 100 Absatz 1 Satz 1 eine ärztliche Unterversorgung oder eine drohende ärztliche Unterversorgung festgestellt hat, sind die Kassenärztlichen Vereinigungen nach Ablauf der Frist nach § 100 Absatz 1 Satz 2, spätestens jedoch nach sechs Monaten, zum Betreiben von Einrichtungen verpflichtet. Für die Vergütung der ärztlichen Leistungen, die in diesen Einrichtungen erbracht werden, sind die Regelungen der §§ 87 bis 87c anzuwenden.

(1d) Die Kassenärztlichen Vereinigungen wirken, sofern Landesrecht dies bestimmt, an dem Verfahren zur Vergabe von Medizinstudienplätzen sowie der Umsetzung der von Studienplatzbewerbern im Zusammenhang mit der Vergabe des Studienplatzes eingegangenen Verpflichtungen mit.“



### Begründung

Eingefügt wird ein neuer Absatz 1b, mit dem die Möglichkeit geschaffen wird, auf Landesebene vertraglich zu vereinbaren, dass über die Mittel des Strukturfonds hinaus ein zusätzlicher Betrag zweckgebunden zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des durch die Kassenärztlichen Vereinigungen organisierten Notdienstes bereitgestellt wird. Vorgesehen sind hierzu fakultative Verträge zwischen einer Kassenärztlichen Vereinigung sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich.

Mit der Regelung sollen in der Vergangenheit vereinzelt vereinbarte Vergütungszuschläge für den Bereitschaftsdienst, die aufgrund der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts und darauf resultierender Reaktionen der Aufsicht in Frage gestellt werden, nunmehr ausdrücklich erlaubt werden. Die Gesamtvertragspartner haben zwar grundsätzlich die Möglichkeit, die Leistungen im Notfall und im Notdienst als besonders förderungswürdige Leistungen durch Zuschläge auf den Orientierungswert zusätzlich zu vergüten. Um jedoch als Kassenärztliche Vereinigung die grundlegenden zentralen Strukturen aufzubauen (z.B. Räume für zentrale Notdienstpraxen im Krankenhaus anzumieten) fehlen den Kassenärztlichen Vereinigungen und ihren Vertragspartnern die rechtlichen Grundlagen.

Die Absätze 1c und 1d entsprechen den bisherigen Absätzen 1b und 1c.

Entwurf

Formulierungshilfe

### **Änderungsantrag 11**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

#### Zu Artikel 1 Nummer 56 (§ 105 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Sicherstellungsmaßnahmen der KZV)

Artikel 1 Nummer 56 wird wie folgt geändert:

1. Dem Buchstaben b Doppelbuchstabe cc werden die folgenden Sätze angefügt:

„Auch die Kassenzahnärztliche Vereinigung kann einen Strukturfonds bilden, für den sie bis zu 0,2 Prozent der nach § 85 vereinbarten Gesamtvergütungen zur Verfügung stellt. Satz 2 gilt in diesem Fall entsprechend.“

2. In Buchstabe c wird dem Absatz 1b [ggf. 1c] folgender Satz angefügt:

„Für die Vergütung der zahnärztlichen Leistungen, die in diesen Einrichtungen erbracht werden, sind die Regelungen in den §§ 57, 87 Absatz 2, 2h bis 2j und 87e anzuwenden.“

3. Buchstabe e wird wie folgt gefasst:

,e) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- a) Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen oder der Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 oder Absatz 3 getroffen, sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen in diesen Gebieten Sicherstellungszuschläge an bestimmte dort tätige vertragsärztliche Leistungserbringer zu zahlen. Über die Anforderungen, die an die berechtigten Leistungserbringer gestellt werden,

und über die Höhe der Sicherstellungszuschläge je berechtigten Leistungserbringer entscheidet der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen oder der Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen.“

- b) Im bisherigen Satz 2 wird nach der Angabe „§ 83“ ein Komma und wird die Angabe „§ 85“ eingefügt.
- c) Im bisherigen Satz 4 werden nach dem Wort „Krankenkassen“ die Wörter „oder der Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen“ eingefügt.

### Begründung

Bereits nach geltendem Recht sind sowohl die Kassenärztlichen als auch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen verpflichtet, „alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern“. Dies ergibt sich aus § 77 Absatz 1 Satz 1, in dem definiert wird, dass der Begriff „Kassenärztliche Vereinigungen“ im Sinne des SGB V sowohl Kassenärztliche als auch Kassenzahnärztliche Vereinigungen umfasst. Im Folgenden nennt zudem § 105 Absatz 1 Satz 1 die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen ausdrücklich im Plural und bezieht sich daher entsprechend den obigen Ausführungen zum einen auf die Kassenärztliche Bundesvereinigung und zum anderen auf die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung.

Die Verpflichtung zur Bildung eines Strukturfonds, besteht jedoch lediglich für die Kassenärztlichen Vereinigungen. Auch die Regelungen zum Betrieb von Eigeneinrichtungen und zur Zahlung von Sicherstellungszuschlägen im Falle einer vorhandenen oder drohenden Unterversorgung gelten – wie sich aus der Bezugnahme allein auf ärztliche Vergütungsregelungen ergibt – bislang nur für die ärztliche Versorgung. Ein entsprechender Regelungsbedarf wurde im Bereich der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen bislang aufgrund der anders gelagerten Versorgungsstruktur nicht als notwendig erachtet.

Mit den nunmehr vorgenommenen Änderungen sollen die genannten Sicherstellungsmaßnahmen im Wesentlichen auch für den zahnärztlichen Bereich gelten.

Zu Nummer 1

Auch den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen wird ausdrücklich die Möglichkeit eingeräumt, einen Strukturfonds zu bilden. Anders als bei den Kassenärztlichen Vereinigungen handelt es sich allerdings

um eine fakultative Regelung. Die Regelungen zur Finanzierung dieser Fonds orientieren sich dabei an den Finanzierungsregeln für die Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigungen.

#### Zu Nummer 2

Für zahnärztliche Leistungen, die in Eigeneinrichtungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erbracht werden, wird vorgesehen, dass diese in Anlehnung an die Regelungen für ärztlichen Leistungen, die in entsprechenden Eigeneinrichtungen erbracht werden, vergütet werden. Damit gelten die zum Betrieb von Eigeneinrichtungen getroffenen Regelungen nun auch für die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen.

#### Zu Nummer 3

Entsprechendes gilt für die Änderung des Absatzes 4. Die bisherige Regelung über die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen im vertragsärztlichen Bereich wird durch eine Vergütungsregelung für den vertragszahnärztlichen Bereich ergänzt. Damit gelten nunmehr auch die Regelungen über die Zahlung für Sicherstellungszuschläge nicht mehr nur für die Kassenärztlichen Vereinigungen, sondern auch für die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen.

Entwurf

Formulierungshilfe

### **Änderungsantrag 12**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

Zu Artikel 1 Nummer 56a , 57, 58, 59, 92, 100a (§§ 106, 106a, 106b, 106d, 275, 297 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Verkürzung der Frist für Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen  
sowie Abbau von Regressrisiken bei arztbezogenen Prüfungen)

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

1. Nach Nummer 56 wird folgende Nummer 56a eingefügt:

56a. § 106 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 wird die Angabe „Absatz 1 bis 3“ gestrichen.

b) Nach Absatz 3 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Festsetzung einer Nachforderung oder eine Kürzung muss für ärztliche Leistungen innerhalb von zwei Jahren ab Erlass des Honorarbescheides und für ärztlich verordnete Leistungen innerhalb von zwei Jahren ab dem Schluss des Jahres, in dem die Leistungen verordnet worden ist, erfolgen; § 45 Absatz 2 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.“

2. In Nummer 57 wird wie folgt gefasst:

57. In § 106a werden die Absätze 1 bis 5 durch die folgenden Absätze 1 bis 4 ersetzt:

„(1) Die Wirtschaftlichkeit der erbrachten ärztlichen Leistungen kann auf begründeten Antrag einer einzelnen Krankenkasse, mehrerer Krankenkassen

gemeinsam oder der Kassenärztlichen Vereinigung arztbezogen durch die jeweilige Prüfungsstelle nach § 106c geprüft werden. Je Quartal dürfen höchstens 2 Prozent der Ärzte in einer Kassenärztlichen Vereinigung geprüft werden. Die Prüfung kann neben dem zur Abrechnung vorgelegten Leistungsvolumen auch Überweisungen sowie sonstige veranlasste ärztliche Leistungen, insbesondere aufwändige medizinisch-technische Leistungen umfassen; honorarwirksame Begrenzungsregelungen haben keinen Einfluss auf die Prüfungen.

(2) Veranlassung für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Absatz 1 besteht insbesondere

1. bei fehlender medizinischer Notwendigkeit der Leistungen (Fehlindikation),
2. bei fehlender Eignung der Leistungen zur Erreichung des therapeutischen oder diagnostischen Ziels (Ineffektivität),
3. bei mangelnder Übereinstimmung der Leistungen mit den anerkannten Kriterien für ihre fachgerechte Erbringung (Qualitätsmangel), insbesondere in Bezug auf die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthaltenen Vorgaben,
4. bei Unangemessenheit der durch die Leistungen verursachten Kosten im Hinblick auf das Behandlungsziel oder
5. bei Leistungen des Zahnersatzes und der Kieferorthopädie auch bei Unvereinbarkeit der Leistungen mit dem Heil- und Kostenplan.

(3) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] das Nähere zu den Voraussetzungen nach Absatz 2 in Rahmenempfehlungen. Die Rahmenempfehlungen sind bei den Vereinbarungen nach § 106 Absatz 1 Satz 2 zu berücksichtigen.

(4) Die in § 106 Absatz 1 Satz 2 genannten Vertragspartner können über die Prüfung nach Absatz 1 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. Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 und 3 getroffen, dürfen bei Ärzten der betroffenen Arztgruppe keine Prüfungen nach Durchschnittswerten durchgeführt werden. In den Vereinbarungen nach § 106 Absatz 1 Satz 2 sind als Kriterien zur Unterscheidung im Rahmen der Prüfungen nach Absatz 1 und der Prüfungen nach Satz 2 Praxisbesonderheiten festzulegen, die sich aus besonderen Standort- und Strukturmerkmalen des Leistungserbringers oder bei besonderen Behandlungsfällen ergeben. Die Praxisbesonderheiten sind vor Durchführung der Prüfungen als besonderer Versorgungsbedarf durch die Prüfungsstellen

anzuerkennen, dies gilt insbesondere auch bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von Besuchsleistungen.“

3. Nummer 58 wird wie folgt gefasst:

a) Nach Buchstabe a wird folgender Buchstabe b eingefügt:

,b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Nachforderungen nach Absatz 1 sind auf die Differenz der Kosten zwischen der wirtschaftlichen und der tatsächlich ärztlich verordneten Leistung zu begrenzen. Etwaige Einsparungen begründen keinen Anspruch zugunsten des verordnenden Arztes.“

b) Der bisherige Buchstabe b wird Buchstabe c.

4. Nummer 59 wird wie folgt geändert:

a) Nach Buchstabe a wird folgender Buchstabe b eingefügt:

,b) Nach Absatz 5 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Maßnahmen müssen innerhalb von zwei Jahren nach Abschluss des Abrechnungszeitraums festgesetzt werden; § 45 Absatz 2 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.“

b) Der bisherige Buchstabe b wird Buchstabe c.

5. Nummer 92 wird wie folgt gefasst:

,92. § 275 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Die Regelungen des § 87 Absatz 1c zu dem im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenen Gutachterverfahren bleiben unberührt.“

b) Absatz 1b wird aufgehoben.

6. Nach Nummer 100 wird folgende Nummer 100a eingefügt:

„100a. § 297 wird wie folgt geändert:

- a) Die Absätze 1 und 3 werden aufgehoben.
- b) Die Absätze 2 und 4 werden zu den Absätzen 1 und 2.
- c) Im neuen Absatz 1 wird Satz 2 aufgehoben.
- d) Im neuen Absatz 2 wird Satz 4 aufgehoben.“

### Begründung

Zu Nummer 1

Buchstabe a

Hierbei handelt es sich um eine Folgeänderung zur Streichung der Absätze 1 und 3 in § 297.

Buchstabe b

Zur Erhöhung der Planungssicherheit der vertragsärztlichen Leistungserbringer, die bislang nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) für ärztliche Leistungen bis zu vier Jahre nach Erlass des Honorarbescheides (vgl. BSG, Urteil vom 19.08.2015, Az: B 6 KA36/14 R, RdNr. 23) von einer Nachforderung oder einer Kürzung im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung betroffen sein können, wird mit der Regelung die Verjährungs- bzw. Ausschlussfrist auf zwei Jahre gesetzlich festgelegt. Für die ärztlich verordneten Leistungen gilt diese zweijährige Frist mit der Maßgabe, dass die Frist mit dem Schluss des Jahres beginnt, in dem die Leistung verordnet worden ist. Eine Nachforderung oder Kürzung ist demnach zukünftig nur noch innerhalb von zwei Jahren möglich, soweit keine Vertrauensauschlussstatbestände nach § 45 Absatz 2 Satz 3 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 1 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X) vorliegen (vgl. BSG, Urteil vom 19.08.2015, Az: B 6 KA36/14 R, RdNr. 23). Bereits in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung des § 106 war für die Richtgrößenprüfung (ärztlich verordnete Leistungen) eine zweijährige Frist vorgesehen. Für die Hemmung, die Ablaufhemmung, den Neubeginn und die Wirkung gelten entsprechend der Regelung in § 45 Absatz 2 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.

Zu Nummer 2

Die von Amts wegen jedes Quartal bei mindestens 2 Prozent der vertragsärztlichen Leistungserbringern durchzuführende Zufälligkeitprüfung – ohne vorherige Auffälligkeit – kann mit



einem sehr hohen bürokratischen Aufwand für die in die Zufälligkeitsprüfung einbezogenen vertragsärztlichen Leistungserbringer verbunden sein. Am Aufwand gemessen ist der Nutzen dieser Prüfungsart nur gering. Daher wird mit Absatz 1 diese arztbezogene Prüfungsart einschließlich der darin beinhalteten arztbezogenen Prüfung der Feststellungen der Arbeitsunfähigkeit künftig in Absatz 1 nicht mehr gesetzlich von Amts wegen vorgegeben. Künftig bedarf es eines begründeten Antrages einer Krankenkasse, mehrerer Krankenkassen gemeinsam oder der Kassenärztlichen Vereinigung für die Einleitung der Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen. Es wird zudem zukünftig geregelt, dass nicht mehr als höchstens 2 Prozent der Ärzte je Quartal geprüft werden dürfen.

Nach Absatz 2 ergibt sich eine Veranlassung für einen begründeten Antrag insbesondere durch Fehlindikation, Ineffektivität, Qualitätsmangel oder Unangemessenheit der Kosten. Diese Merkmale sind bereits im geltenden Recht für die bisherigen Zufälligkeitsprüfungen gesetzlich vorgegeben.

Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen konkretisieren nach Absatz 3 das Nähere zur Prüfung auf begründeten Antrag in Rahmenempfehlungen, die bei den regionalen Vereinbarungen zu berücksichtigen sind. Bisher haben die Kassenärztliche Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen verbindliche Richtlinien für die Zufälligkeitsprüfungen zu vereinbaren. Insoweit werden die Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlicher Leistungen weitestgehend regionalisiert.

Darüber hinaus können die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen nach Absatz 4 weiterhin Prüfungen ärztlicher Leistungen nach Durchschnittswerten oder andere arztbezogene Prüfungsarten vereinbaren. Nach Absatz 4 Satz 2 werden künftig Prüfungen nach Durchschnittswerten für Planungsbereiche und für Arztgruppen, in denen Unterversorgung, drohende Unterversorgung oder ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf festgestellt ist, ausgeschlossen. Die Prüfung nach Durchschnittswerten ist häufig ein Ärgernis für vertragsärztliche Leistungserbringer, da sie besonderen Standort- und Strukturmerkmale und besonderen Behandlungsfällen häufig nicht angemessen Rechnung trägt. Vor diesem Hintergrund wird zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung auf die Durchführung von Durchschnittswertprüfungen in genannten Planungsbereichen verzichtet. Die Regelung in Absatz 4 Satz 3 ist bereits im Gesetzentwurf enthalten und wird übernommen.

Vor dem Hintergrund der Aufhebung der gesetzlichen Verpflichtung zur arztbezogenen Prüfung der Feststellungen von Arbeitsunfähigkeit im Zuge der Streichung der Zufälligkeitsprüfung entfällt auch Absatz 5.

Zu Nummer 3

Durch die Änderung wird die Höhe von Nachforderungen wegen unwirtschaftlicher Ordnungsweise auf eine Differenzberechnung beschränkt. Die Nachforderung ergibt sich aus dem Mehrbetrag, der nach Abzug der ärztlich ordnungsfähigen Leistung zu Lasten des Kostenträgers verbleibt. Soweit

sich durch eine unzulässige Verordnung Kostenersparnisse zugunsten des Kostenträgers ergeben, kommt dies nicht dem verordnenden Arzt zugute.

#### Zu Nummer 4

Zur Erhöhung der Planungssicherheit der vertragsärztlichen Leistungserbringer, die bislang nach Entscheidung des Bundessozialgerichts bis zu vier Jahre nach Ende der Abrechnung im Rahmen einer Abrechnungsprüfung von Maßnahmen betroffen sein können, wird mit der Regelung die Ausschlussfrist für die Prüfung der Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnung auf zwei Jahre nach dem Abrechnungszeitraum gesetzlich festgelegt. Eine Nachforderung oder Kürzung ist demnach zukünftig nur noch innerhalb von zwei Jahren möglich, soweit keine Vertrauensauschlussstatbestände nach § 45 Absatz 2 Satz 3 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 1 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X) vorliegen (vgl. BSG, Urteil vom 19.08.2015, Az: B 6 KA36/14 R, RdNr. 23). Für die Hemmung, die Ablaufhemmung, den Neubeginn und die Wirkung gelten entsprechend der Regelung in § 45 Absatz 2 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches. Auch bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen wird eine zweijährige Frist vorgesehen.

#### Zu Nummer 5

Buchstabe a entspricht dem Inhalt des Gesetzesentwurfs. Die Streichung des § 275 Absatz 1b durch Buchstabe b ist eine Folgeänderung der Aufhebung der arztbezogenen Prüfung der Feststellung von Arbeitsunfähigkeit im Zuge der Streichung der Zufälligkeitsprüfung in § 106a (vgl. Nummer 2).

#### Zu Nummer 6

Zu Buchstabe a bis d

Folgeänderungen der Streichung der Zufälligkeitsprüfungen von Amts wegen.

Entwurf

Formulierungshilfe

**Änderungsantrag 13**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

Zu Artikel 1 Nummer 79a (§ 137i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(PPUG)

Nach Artikel 1 Nummer 79 wird folgende Nummer 79a eingefügt:

,79a. § 137i wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 3 Satz 4 letzter Halbsatz wird vor dem Wort „entsprechend“ das Wort „erforderlichenfalls“ eingefügt.

2. Dem Absatz 4b werden die folgenden Sätze angefügt:

„Zudem vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes Vergütungsabschlüsse für Krankenhäuser, die nach Absatz 3a Satz 2 vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus zur Lieferung von Daten ausgewählt wurden und ihre Pflicht zur Übermittlung von Daten nach Absatz 3a Satz 3 nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erfüllen. Das Institut für das Entgeltsystem unterrichtet jeweils die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes über Verstöße der in Satz 1 und 2 genannten Pflichten der Krankenhäuser.“

3. Absatz 6 wird aufgehoben.

Begründung

Zu Nummer 1

Mit der Änderung in Absatz 3 Satz 4 erfolgt eine redaktionelle Anpassung an die Regelung in § 137j Absatz 3 zur Finanzierung der notwendigen Aufgaben, die dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus durch die Erfüllung der ihm übertragenen Aufgaben entstehen. Mit der vorgenommenen Anpassung wird in § 137i entsprechend der Regelung in § 137j geregelt, dass der Systemzuschlag infolge der Aufgabenübertragung an das Institut zu erhöhen ist, sofern die übertragenen Aufgaben eine Erhöhung des Zuschlags wegen tatsächlich entstandener Mehraufwendungen erfordern.

#### Zu Nummer 2

Mit dem neuen Satz 2 werden die Regelungen zur Übermittlung von Daten, die zur Herstellung einer Datengrundlage im Rahmen der Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen benötigt werden, an die Vorgaben zur Übermittlung von Daten im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung des DRG-Systems angepasst. Danach ist nunmehr die Nichtlieferung, die nicht vollständige Lieferung oder die nicht fristgerechte Übermittlung der Daten, die nach dem vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach Absatz 3a entwickelten Konzept für die Herstellung einer tragfähigen Datengrundlage zur Weiterentwicklung der Pflegepersonaluntergrenzen an das Institut zu übermitteln sind, mit der Erhebung von Vergütungsabschlägen auf Krankenhausebene sanktioniert. Die Vertragsparteien auf Ortsebene nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes benötigen die Informationen über die Pflichtverletzungen der Krankenhäuser, um die dafür vorgesehenen Vergütungsabschläge vorzusehen.

#### Zu Nummer 3

Der bisherigen Absatz 6 sah den Abschluss einer Rahmenvereinbarung durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene über die Mehrkosten vor, die bei der Finanzierung der Pflegepersonaluntergrenzen entstehen. Vor dem Hintergrund der im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz zur finanziellen Stärkung der Pflege getroffenen Maßnahmen – insbesondere die vollständige Finanzierung von zusätzlichen und aufgestockten Pflegestellen in der unmittelbaren Patientenversorgung – ist die Notwendigkeit einer solchen Vereinbarung obsolet. Denn es ist nicht ersichtlich, welche Mehrkosten den Krankenhäuser bei der Finanzierung der Pflegepersonaluntergrenzen entstehen könnten, da diese nicht von den Krankenhäusern zu tragen, sondern von den Kostenträgern zu refinanzieren sind.

Entwurf

Formulierungshilfe

### **Änderungsantrag 14**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

#### Zu Artikel 1 Nummer 78a (§ 137f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Integration digitaler medizinischer Anwendungen  
in strukturierte Behandlungsprogramme – DMP)

Nach Artikel 1 Nummer 78 wird folgende Nummer 78a eingefügt:

,78a. Dem § 137f wird folgender Absatz 8 angefügt:

„(8) Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft bei der Erstfassung einer Richtlinie zu den Anforderungen nach Absatz 2 sowie bei jeder regelmäßigen Überprüfung seiner Richtlinien nach Absatz 2 Satz 6 die Aufnahme geeigneter digitaler medizinischer Anwendungen. Den für die Wahrnehmung der Interessen der Anbieter digitaler medizinischer Anwendungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidungen einzubeziehen. Die Krankenkassen oder ihre Landesverbände können den Einsatz digitaler medizinischer Anwendungen in den Programmen auch dann vorsehen, wenn sie bisher nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss in die Richtlinien zu den Anforderungen nach Absatz 2 aufgenommen wurden.“

#### Begründung

Mit der Anfügung eines neuen Absatz 8 wird die Integration digitaler medizinischer Anwendungen in strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) nach § 137f gefördert.

In Satz 1 wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gesetzlich ausdrücklich vorgegeben, dass er die Aufnahme geeigneter digitaler Anwendungen in die in den Richtlinien nach Absatz 2 zu regelnden Anforderungen an die Ausgestaltung von DMP zu prüfen hat. Dies gilt sowohl bei der

Erstfassung von Vorgaben für neue DMP als auch im Rahmen der dem G-BA obliegenden Verpflichtung zur regelmäßigen Aktualisierung von bestehenden DMP-Vorgaben. Hier kommen z.B. im Hinblick auf Anwendungen, die das Selbstmanagement chronisch Kranker verbessern sollen, künftig entsprechende Richtlinien-Vorgaben des G-BA an die Inhalte von Patientenschulungen in Betracht.

Durch Satz 2 erhalten die für die Wahrnehmung der Interessen der Anbieter digitaler medizinischer Anwendungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen ein Stellungnahmerecht bei den Beschlüssen des G-BA zur Ausgestaltung der Richtlinien nach Absatz 2.

Satz 3 stellt klar, dass es zulässig ist, in den einzelnen Programmen der Kassen oder ihrer Landesverbände sowie den zu ihrer Durchführung geschlossenen Verträgen den Einsatz digitaler medizinischer Anwendungen vorzusehen, auch wenn die DMP-Richtlinien des G-BA bisher noch keine entsprechenden Vorgaben enthalten.

Entwurf

Formulierungshilfe

### **Änderungsantrag 15**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

#### Zu Artikel 1 Nummer 85a (§ 219b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(DVKA)

Nach Artikel 1 Nummer 85 wird folgende Nummer 85a eingefügt:

85a. Dem § 219b wird folgender Satz angefügt:

„Der Austausch weiterer Daten zwischen den in Satz 1 genannten Stellen im automatisierten Verfahren zur Erfüllung der in § 219a genannten Aufgaben erfolgt auf Grundlage Gemeinsamer Grundsätze, die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung Bund und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V. bestimmt werden.“

#### Begründung

Der grenzüberschreitende Austausch der Sozialversicherungsdaten im Rahmen der Verordnungen VO (EG) 883/2004 und VO (EG) 987/2009 erfolgt zukünftig elektronisch. Um die Kompatibilität zwischen den europäischen und nationalen Verfahren für den Datenaustausch einheitlich für alle gesetzlichen Krankenkassen und betroffenen Sozialversicherungsträgern sicherzustellen, wird die bisherige Rechtsgrundlage zur Anwendung der auf europäischer Ebene festgelegten strukturierten Dokumente für den Datenaustausch zwischen den Mitgliedstaaten um die Festlegung von Standards für den vor- und nachgelagerten nationalen Datenaustausch im automatisierten Verfahren geschaffen.

Entwurf

Formulierungshilfe

### **Änderungsantrag 16**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

#### Zu Artikel 1 Nummer 91 (§ 274 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung)

In Artikel 1 Nummer 91 wird § 274 Absatz 1 Satz 7 wie folgt gefasst:

„Die mit der Prüfung nach diesem Absatz befassten Stellen können in besonderen Fällen Wirtschaftsprüfer, vereidigte Buchprüfer, spezialisierte Rechtsanwaltskanzleien oder IT-Berater mit einzelnen Bereichen der Prüfung beauftragen.“

#### Begründung

Der Gesetzentwurf sieht bislang die Möglichkeit der Beauftragung externer Expertinnen und Experten im Rahmen der Prüfungen nach § 274 lediglich für das Bundesministerium für Gesundheit vor. Die Prüfdienste des Bundesversicherungsamtes und der Länder können jedoch gleichermaßen auf besondere Problemstellungen stoßen, die Spezialwissen erfordern und bei denen durch eine externe Bewertung des Prüftemas die Verbesserung der Ergebnisqualität und Prüfdauer zu erwarten ist. Daher soll die entsprechende Befugnis auf sämtliche mit der Prüfung nach § 274 Absatz 1 befassten Stellen ausgedehnt werden.

Zudem erfordert das Prüftema Informationstechnologie (insbesondere Datenschutz/Datensicherheit und Digitalisierung) aufgrund seiner Komplexität eine umfassende Qualifikation und Spezialwissen. Insofern ist es für die Prüfdienste sinnvoll, auch zu diesem Thema die Unterstützung von externen Spezialisten in Anspruch nehmen zu können. Der Begriff IT-Berater ist nach deutschem Recht keine geschützte Berufsbezeichnung, so dass grundsätzlich Berater mit unterschiedlichen Studiengängen oder beruflichen Hintergründen in Betracht kommen. Bei der Auswahl der IT-Berater ist darauf zu achten, dass die betreffende Person eine anerkannte und geprüfte Qualifikation im Bereich der Informations- und Telekommunikationstechnik vorweisen kann.



Entwurf

Formulierungshilfe

### **Änderungsantrag 17**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

#### Zu Artikel 1 Nummer 92a (§ 276 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Anpassung der Datenerhebungs- und Datenverarbeitungs-  
befugnisse der Medizinischen Dienste)

Nach Artikel 1 Nummer 92 wird folgende Nummer 92a eingefügt:

,92a. § 276 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird nach der Angabe „§ 275“ ein Komma und die Angabe „§ 275a und § 275b“ eingefügt.
- b) In Satz 3 wird nach der Angabe „§ 275“ ein Komma und die Angabe „§ 275a und § 275b“ eingefügt.

#### Begründung

Den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) können mit den Neuregelungen in Artikel 1 Nummer 83 und Artikel 10 Nummer 6 (§ 197a SGB V und § 47a SGB XI) personenbezogene Daten von den bei den Kranken- und Pflegekassen eingerichteten Stellen zur Bekämpfung des Fehlverhaltens im Gesundheitswesen übermittelt werden, soweit dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Zuständigkeitsbereich der MDK erforderlich ist. Dies betrifft insbesondere die Durchführung von Qualitäts- und Abrechnungskontrollen durch die MDK nach § 275b, aber auch die Durchführung von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern nach § 275a.

Den genannten Übermittlungsbefugnissen an die MDK müssen korrespondierende Datenerhebungs- und -verarbeitungsbefugnisse der MDK gegenüberstehen. Mit der Neuregelung wird daher als technisch erforderliche Folgeänderung die bestehende Befugnis der MDK zur Erhebung und Speicherung personenbezogener Daten in Satz 1 sowie zur Verarbeitung dieser Daten in Satz 3 um die Aufgaben der MDK nach § 275a und § 275b erweitert.

Entwurf

Formulierungshilfe

### **Änderungsantrag 18**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

#### Zu Artikel 1 Nummer 83a (§ 291 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Ausstattung der elektronischen Gesundheitskarte mit kontaktloser Schnittstelle)

Nach Artikel 1 Nummer 95 wird folgende Nummer 95a eingefügt:

,95a. Dem § 291 Absatz 2a werden die folgenden Sätze angefügt:

„Elektronische Gesundheitskarten, die ab dem 1. Dezember 2019 von den Krankenkassen ausgegeben werden, müssen mit einer kontaktlosen Schnittstelle ausgestattet sein. Die Krankenkassen sind verpflichtet, Versicherten ab dem 1. Dezember 2019 auf Verlangen unverzüglich eine elektronische Gesundheitskarte mit kontaktloser Schnittstelle zur Verfügung zu stellen.“

#### Begründung

Mit dieser Vorschrift werden die Krankenkassen verpflichtet, ab dem 1. Dezember 2019 nur noch elektronische Gesundheitskarten auszugeben, die über eine kontaktlose Schnittstelle, nach der neuesten Version des internationalen Standards ISO/IEC 14443 verfügen und ferner mit mobilen Geräten mit Near Field Communication (NFC)-Schnittstelle nach Spezifikationen des NFC-Forums kompatibel sind. Derzeit erfolgt der vollständige routinemäßige Austausch der elektronischen Gesundheitskarte in einem Fünf-Jahresrhythmus, da nach fünf Jahren die erteilten Zertifikate der elektronischen Gesundheitskarte ablaufen. Neben dem routinemäßigen Austausch erhalten Versicherte, die ansonsten erst zu einem späteren Zeitpunkt eine neue Gesundheitskarte erhalten würden, einen Anspruch gegenüber ihrer Krankenkasse auf sofortige Ausgabe einer Gesundheitskarte mit kontaktloser Schnittstelle. Daneben ist es den Krankenkassen freigestellt, darüber hinaus die Einführung der elektronischen Gesundheitskarten mit kontaktloser Schnittstelle

nach einem selbst gewählten Modus zu unterstützen, zum Beispiel durch den zeitnahen vollständigen Austausch für alle Versicherten.

Mithilfe der kontaktlosen Schnittstelle können die Versicherten in Zukunft die elektronische Gesundheitskarte mit einem mobilen Endgerät benutzen, ohne ein zusätzliches Kartenlesegerät verwenden zu müssen. Somit können sich die Versicherten in Verfahren zum Zugriff auf medizinische Daten mit einem mobilen Endgerät, gegenüber einer telemedizinischen Anwendung, einer Anwendung der Krankenkasse oder einer weiteren Anwendung der Telematikinfrastruktur leichter mit der elektronischen Gesundheitskarte authentifizieren.

Zusätzlich kann die kontaktlose Schnittstelle zukünftig auch für den Zugriff der Leistungserbringer verwendet werden.

Voraussetzung für die Nutzung der kontaktlosen Schnittstelle der elektronischen Gesundheitskarte ist ein entsprechendes mobiles Endgerät der Versicherten, das ebenfalls mit dieser Schnittstelle ausgestattet ist. Die bereits bestehende technische Zugriffsmöglichkeit über ein zusätzliches Kartenlesegerät wird durch die Verwendung dieser kontaktlosen Schnittstelle nicht eingeschränkt.

Neben der mit der vorliegenden Regelung eingeführten Ausstattung der elektronischen Gesundheitskarte mit einer kontaktlosen Schnittstelle wird die elektronische Gesundheitskarte weiterhin über eine kontaktbehaftete Schnittstelle verfügen. Diese ist zusätzlich erforderlich, solange die Lesegeräte der Leistungserbringer nur über eine kontaktbehaftete Schnittstelle verfügen.

Entwurf

Formulierungshilfe

### **Änderungsantrag 19**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

#### Zu Artikel 3 (§ 11 des Bundesvertriebenengesetzes)

(Krankenkassenwahl bei Spätaussiedlern)

In Artikel 3 werden die Nummern 4 bis 6 durch die Nummern 4 bis 8 ersetzt:

4. Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Die Leistungen gewährt die nach § 173 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die Durchführung der Krankenversicherung gewählte Krankenkasse. Soweit die Wahl einer Krankenkasse von einem Wohnort abhängig ist, gilt als Wohnort ein Ort in dem Bundesland, auf das der Spätaussiedler nach § 8 verteilt wird. Wird das Wahlrecht nach Satz 1 nicht ausgeübt, wählt das Bundesverwaltungsamt oder eine von ihm benannte Stelle eine Krankenkasse.“

5. Absatz 6 wird aufgehoben.

6. In Absatz 7 wird Satz 2 wie folgt gefasst:

„Ferner sind hierbei und bei der Erstattung des Aufwands der Krankenkassen untereinander im Fall, dass eine Versicherung nicht bei der Krankenkasse zustande kommt, welche die Leistungen nach § 11 erbracht hat, das Erste und Zehnte Buch Sozialgesetzbuch entsprechend anzuwenden. Für die Erstattung der Krankenkassen untereinander gilt § 103 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.“

7. Absatz 7a wird aufgehoben.

8. In Absatz 8 wird die Angabe „bis 7a“ durch die Angabe „bis 7“ ersetzt.

## Begründung

### Zu Nummer 4

Die Leistungen an nach § 11 an berechnigte Spätaussiedler werden künftig von der Krankenkasse erbracht, die der Berechnigte für eine spätere Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wählt. Wird eine Wahl der Krankenkasse nach § 173 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht getroffen, wählt das Bundesverwaltungsamt oder eine von ihm benannte Stelle eine Krankenkasse für die Leistungserbringung nach § 11.

### Zu Nummer 5

Der Text entspricht dem bisherigen Regelungsentwurf zur Aufhebung des Absatzes 6.

### Zu Nummer 6

Es handelt sich um eine Folgeänderung infolge der Abschaffung des Ersatzes der den Krankenkassen entstandenen Aufwendungen aus Mitteln des Bundes durch Artikel 3 Nummer 5.

Es sind Sachverhalte denkbar, in denen eine andere Krankenkasse die Leistungen nach § 11 erbringt als die Krankenkasse, bei der eine Versicherung zustande kommt (doppelte Kassenwahl – es gilt die zuletzt ausgesprochene Wahlerklärung). Für diesen Fall ist es erforderlich, die Anwendung des § 102 ff SGB X für die Erstattung der Krankenkassen untereinander zu regeln. Für den Erstattungsfall gilt § 103 SGB X analog.

Die Regelungen zur Erstattung des den Krankenkassen entstehenden Aufwandes aus Mitteln des Bundes sind dagegen nicht mehr erforderlich.

### Zu Nummer 7

Der Text entspricht dem bisherigen Regelungsentwurf zur Aufhebung des Absatzes 7a.

### Zu Nummer 8

Der Text entspricht dem bisherigen Regelungsentwurf.

Entwurf

Formulierungshilfe

### **Änderungsantrag 20**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

#### Zu Artikel 14a (§ 21 des Krankenhausentgeltgesetzes)

(Rechtsbereinigung im KHEntgG)

Nach Artikel 14 wird folgender Artikel 14a eingefügt:

#### „Artikel 14a

#### Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

§ 21 Absatz 6 des Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch ... geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Satz 1 werden die Wörter „den Absätzen 4 und“ durch das Wort „Absatz“ ersetzt.
2. Satz 2 wird aufgehoben.

#### Begründung

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals wurde die Datenstelle, die vom Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus getragen wird, ab dem 1. Januar 2019 dauerhaft mit der datentechnischen Weiterentwicklung der Vereinbarung nach § 21 Absatz 4 Satz 1 beauftragt. Diese Weiterentwicklung ist im Benehmen mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und dem Bundesamt für die Sicherheit in der Informationstechnik vorzunehmen. Zuvor war die entsprechende Vereinbarung durch die Vertragsparteien auf Bundesebene zu treffen, wobei auch eine Entscheidung durch die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vorgesehen war, sofern die Vereinbarung ganz oder teilweise nicht zustande kam. Einer Entscheidung durch die Schiedsstelle bedarf es durch die neue Aufgabenzuweisung nicht mehr. Es handelt sich insoweit um Rechtsbereinigungen bzw. um Korrekturen fehlerhafter Verweise.

Entwurf

Formulierungshilfe

### **Änderungsantrag 21**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

#### Zu Artikel 14b (§ 69 des Infektionsschutzgesetzes)

(Kostentragung von Gesundheitsuntersuchungen)

Nach Artikel 14a wird folgender Artikel 14b eingefügt:

„Artikel 14b

Änderung des Infektionsschutzgesetzes

§ 69 Absatz 1 Nummer 11 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch ... geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„11. Kosten für ärztliche Untersuchungen nach § 36 Absatz 5, Absatz 6 Satz 2 und Absatz 7 Satz 2.“

#### Begründung

Die Regelung dient der Klarstellung, dass nur zu erdulden staatliche Untersuchungen nach den genannten Vorschriften aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten sind. Bereits durch das Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten hat der Gesetzgeber bewusst die staatliche Kostentragung auf zu erdulden staatliche Untersuchungen beschränkt (BT-Drucks. 18/10938, S. 75) und nicht auf privat einzuholende ärztliche Zeugnisse erstreckt.



Entwurf

Formulierungshilfe

## **Änderungsantrag 22**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

### Zu Artikel 17 (Inkrafttreten)

(Inkrafttreten der Änderung des Zahlstellenverfahrens)

Nach Artikel 17 Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:

„(4a) Artikel 1 Nummer 90 tritt am 1. Juli 2019 in Kraft.“

### Begründung

Die in Artikel 1 Nummer 90 Buchstabe a vorgesehene Einbindung aller versicherungspflichtigen Versorgungsbezugsempfänger in das Zahlstellenverfahren nach § 256 SGB V sowie die Aufhebung der Ausnahmeregelung zur Beitragsabführung durch kleinere Zahlstellen (Artikel 1 Nummer 90 Buchstabe b) sollen nicht wie bisher vorgesehen am Tag nach der Verkündung, sondern erst am 1. Juli 2019 in Kraft treten. Dadurch erhalten die Krankenkassen eine Vorlaufzeit, um die IT-Systeme anzupassen und die mit den Änderungen verbundenen administrativen Aufgaben, insbesondere hinsichtlich der Bestandsfälle, umzusetzen.

Entwurf

Formulierungshilfe

**Änderungsantrag 23**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

1a	Nr. 5	§ 9	<b>Rechts- bereinigung TSVG</b>	Bereinigung von §§-Überschneidungen zwischen TSVG, VEG, PpSG und sonstige redaktionelle Anpassungen (ohne inhaltliche Änderung des Gesetzentwurfs)	228
1b	Nr. 20	§ 40			223
1c	Nr. 73	§ 132d			221
1d	Nr. 103	§ 323			217
2	Art. 2	§ 295			223

Zu Artikel 1 Nummer 5, 20, 73, 103 (§§ 9, 40, 132d, 323 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Rechtsbereinigungen TSVG)

1. Artikel 1 wird wie folgt geändert:

a. Nummer 5 wird wie folgt gefasst:

„5. § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 wird aufgehoben.“

b. Nummer 20 wird wie folgt geändert:

a) In Buchstabe a Doppelbuchstabe aa wird die Angabe „Satz 4“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.

b) In Buchstabe b wird die Angabe „Satz 8“ durch die Angabe „Satz 12“ ersetzt.

c. Nummer 73 wird gestrichen.

d. In Nummer 103 wird § 323 zu § 325.

2. Artikel 2 Nummer 3 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb wird wie folgt gefasst:

„bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Angaben nach Satz 1 Nummer 1 sind unter Angabe der Diagnosen sowie unter Nutzung der Telematikinfrastruktur nach § 291a unmittelbar elektronisch an die Krankenkasse zu übermitteln; dies gilt nicht für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die nicht an die Telematikinfrastruktur angeschlossen sind.“

### Begründung

Zu Nummer 1 (Artikel 1)

Zu Buchstabe a

Die Änderung sieht vor, dass die zur Rechtsbereinigung aufzuhebende Nummer 6 des § 9 Absatz 1 Satz 1 nicht wie bisher vorgesehen durch die jetzige Nummer 7 ersetzt wird, sondern frei bleibt. Dies dient der technischen Anpassung an die durch das GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) geänderte und ab dem 1. Januar 2019 geltende Rechtslage.

Zu Buchstabe b

Die Satzählung zur Änderung des § 40 Absatz 2 und 3 wird entsprechend der durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) geänderten Satzählung angepasst.

Zu Buchstabe c

Die Regelung wurde im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) umgesetzt und ist daher hier zu streichen.

Zu Buchstabe d

Die Übergangsregelung wird als neuer § 325 angefügt, da bereits mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) neue §§ 323, 324 angefügt werden.

Zu Nummer 2 (Artikel 2)

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung des Regelungsortes. Die Regelung entspricht dem Gesetzentwurf.

Entwurf

Formulierungshilfe

**Änderungsantrag 24**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

1	Nr. 51	§ 92	<b>Rechts- bereinigung SGB V</b>	Bereinigung gegenstandslos gewordener Gesetzesaufträge und Fristvorgaben oder Korrektur offensichtlicher Fehler (ohne inhaltliche Änderung des geltenden Rechts)	213
2	Nr. 51a	§ 92b			213
3	Nr. 74a	§ 132g			221
4	Nr. 79	§ 137h			213
5	Nr. 80a	§ 142			217
6	Nr. 85a	§ 221			228
7	Nr. 90a	§ 271			222
8	Nr. 95	§ 284			211
9	Nr. 95a	§ 285			211
10	Nr. 101a	§ 301			211
11	Nr. 102a	§ 322			228

Zu Artikel 1 Nummer 51, 51a, 74a, 79, 80a, 85a, 95, 95a, 101a (§§ 92, 92b, 132g, 137h, 142, 221, 284, 285, 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Rechtsbereinigungen SGB V)

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

1. Nummer 51 Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

,b) Absatz 6a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 werden die Wörter „bis zum 30. Juni 2016“ gestrichen.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt in den Richtlinien Regelungen für eine gestufte und gesteuerte Versorgung für die psychotherapeutische Behandlung einschließlich der Anforderungen an die Qualifikation der für die Behandlungssteuerung verantwortlichen Vertragsärzte und psychologischen Psychotherapeuten.“

2. Nach Nummer 51 wird folgende Nummer 51a eingefügt:

,51a. In § 92b Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „bis zum 1. Januar 2016“ gestrichen.‘

3. Nach Nummer 74 wird folgende Nummer 74a eingefügt:

,74a. In § 132g Absatz 5 werden die Wörter „erstmals bis zum 31. Dezember 2017 und danach“ gestrichen.‘

4. Nummer 79 wird folgt geändert:

a) Nach Buchstabe b wird folgender Buchstabe c eingefügt:

,c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden die Wörter „§ 6 Absatz 2 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung“ durch die Wörter „§ 6 Absatz 4 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung“ ersetzt.

bb) In Satz 3 werden die Wörter „§ 6 Absatz 2 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung“ durch die Wörter „§ 6 Absatz 4 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung“ ersetzt.‘

b) Die bisherigen Buchstaben c bis e werden die Buchstaben d bis f.

c) Der neue Buchstabe d wird wie folgt geändert:

aa) Nach Doppelbuchstabe aa werden die folgenden Doppelbuchstaben bb und cc eingefügt:

,bb) In Satz 2 werden die Wörter „§ 6 Absatz 2 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung“ durch die Wörter „§ 6 Absatz 4 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung“ ersetzt.

cc) In Satz 3 werden die Wörter „§ 6 Absatz 2 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung“ durch die Wörter „§ 6 Absatz 4 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung“ ersetzt.‘

bb) Die bisherigen Doppelbuchstaben bb und cc werden die Doppelbuchstaben dd und ee.

d) Der neue Buchstabe e wird wie folgt gefasst:

,e) In Absatz 5 wird die Angabe „Nummer 3“ durch die Angabe „Nummer 2“ und werden die Wörter „§ 6 Absatz 2 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung“ durch die Wörter „§ 6 Absatz 4 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung“ ersetzt.’

5. Nach Nummer 80 wird folgende Nummer 80a eingefügt:

,80a. Die Überschrift zu § 142 wird wie folgt gefasst:

„§ 142  
Sachverständigenrat“

6. Nach Nummer 85 wird folgende Nummer 85a eingefügt:

,85a. In § 221 Absatz 1 werden die Wörter „10,5 Milliarden Euro für das Jahr 2014, 11,5 Milliarden Euro für das Jahr 2015, 14 Milliarden Euro für das Jahr 2016 und ab dem Jahr 2017“ gestrichen.’

7. Nach Nummer 90 wird folgende Nummer 90a eingefügt:

,90a. § 271 Absatz 2 Satz 4 wird aufgehoben.“

8. Der Nummer 95 wird folgender Buchstabe d angefügt:

,d) Die bisherigen Nummern 16a und 17 werden Nummern 17 und 18.“

9. Nach Nummer 95 wird folgende Nummer 95a eingefügt:

,95a. In § 285 Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „§ 17a Röntgenverordnung und § 83 Strahlenschutzverordnung“ durch die Wörter „§ 128 Absatz 1 Strahlenschutzverordnung“ ersetzt.’

10. Nach Nummer 101 wird folgende Nummer 101a eingefügt:

,101a. § 301 Absatz 5 Satz 3 wird aufgehoben.“

11. Nach Nummer 102 wird folgende Nummer 102a eingefügt:

„102a. § 322 wird aufgehoben.“

Nach Artikel 17 Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:

„(4a) Artikel 1 Nummer 102a tritt am 1. Januar 2020 in Kraft.“

### Begründung

Zu Nummer 1

Es handelt sich bei der Änderung in § 92 Absatz 6a Satz 3 um die redaktionelle Bereinigung einer obsoleten Fristvorgabe. Die übrigen Anpassungen des § 92 bleiben unverändert.

Zu Nummer 2

Es handelt sich bei der Änderung in § 92b Absatz 1 Satz 1 um die redaktionelle Bereinigung einer obsoleten Fristvorgabe.

Zu Nummer 3

Bereinigung einer gegenstandslos gewordenen Fristvorgabe, die die (erfolgte) erstmalige Vorlage eines Berichts des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen über die Entwicklung der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase bis zum 31. Dezember 2017 vorsah. Die Berichtspflicht alle drei Jahre bleibt bestehen.

Zu Nummer 4

Es handelt sich um die redaktionelle Korrektur fehlerhafter Verweise. Diese ist nötig, weil sich mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vom 19. Dezember 2016 durch die Einfügung von zwei Absätzen die Absatzzählung in § 6 der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) geändert hat. Die übrigen Anpassungen des § 137h bleiben unverändert.

Zu Nummer 5

In der Überschrift zu § 142 wird der Verweis auf die obsoleete Unterstützung der Konzertierte Aktion gestrichen.

Zu Nummer 6

Es handelt sich um die Bereinigung einer gegenstandslos gewordenen Regelung zur Beteiligung des Bundes an den Einnahmen des Gesundheitsfonds für die Jahre 2014 bis 2017.

Zu Nummer 7

Es handelt sich um die Bereinigung einer gegenstandslos gewordenen Regelung zur einmaligen Zuführung von 1,5 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve zu den Einnahmen des Gesundheitsfonds im Jahr 2017.

Zu Nummer 8

Die Änderung ist lediglich technischer Natur und stellt eine durchgehende Nummerierung in § 284 Absatz 1 Satz 1 sicher.

Zu Nummer 9

§ 285 Absatz 3 Satz 2 verweist auf ärztliche und zahnärztliche Stellen nach § 17a Röntgenverordnung und ärztliche Stellen nach § 83 Strahlenschutzverordnung. Diese Verordnungen werden durch die Verordnung zur weiteren Modernisierung des Strahlenschutzrechts aufgehoben und die entsprechende Materie nunmehr in der am 01.01.2019 in Kraft tretenden neuen Strahlenschutzverordnung geregelt. Somit ist der Verweis in § 285 Absatz 3 Satz 2 an die neue Rechtslage anzupassen.

Zu Nummer 10

Die Aufhebung des Satzes 3 dient der Rechtsbereinigung. In § 301 Absatz 5 Satz 3 wird die entsprechende Anwendung der Sätze 1 und 2 für die Abrechnung wahlärztlicher Leistungen vorgegeben. Dies stellte die Begleitregelung für einen im Rahmen eines früheren Gesetzgebungsverfahrens zunächst verfolgten, dann aber aufgegebenen Regelungsansatz zur Abrechnung wahlärztlicher Leistungen dar. Es wurde aber versäumt, diese Begleitregelung zu streichen.

Die Bezugnahme auf den Regelungsinhalt des Satzes 1 ist nicht erforderlich, weil die Verpflichtung der Krankenhausärzte zur Vorlage der Abrechnungsunterlagen für wahlärztliche Leistungen bei ihren Krankenhausträgern bereits im § 17 Absatz 3 Sätze 3 und 4 Krankenhausentgeltgesetz enthalten ist. Die entsprechende Anwendung des Satzes 2 für wahlärztliche Leistungen ist mangels Sachbezug der Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Abrechnung wahlärztlicher Leistungen nicht erforderlich und kann entfallen.

Zu Nummer 11

Die Übergangsregelung zur Beitragsbemessung aus Renten und aus Versorgungsbezügen in § 322 legt für die Monate Januar und Februar 2015 einen bestimmten Beitragssatz fest. Da diesbezügliche Ansprüche der Krankenkassen gemäß § 25 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch mit Ablauf des 31. Dezember 2019 verjähren, findet die Vorschrift ab 1. Januar 2020 keine Anwendung mehr und ist insofern aufzuheben.



**TSVG – (fachfremde) Änderungsanträge**

(Einbringung fachfremder ÄA vor Anhörung im AfG am 11.02.2019)

ÄA	Art. 1	SGB V	Stichwort	Beschreibung	
25	Nr. 10 Nr. 33 Nr. 67a	§ 27a § 73 § 121	<b>PID</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kostenübernahme für Präimplantationsdiagnostik, sofern die Voraussetzungen nach Embryonenschutzgesetz vorliegen</li> </ul>	
26	Nr. 40 Art. 7	§ 79 SGB IV	<b>Vorstands- verträge und Vertreter- versammlung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klarstellung, dass Mitglieder der Vertreterversammlungen der K(Z)Ven und K(Z)BV ihre Tätigkeit ehrenamtlich ausüben (Gleichlauf zu GKV-SV, MDS und G-BA)</li> <li>• Vorstandsverträge: Anpassungen an BSG-Rspr.: Angemessenheit der Vergütung richtet sich nicht nur nach Grundvergütung sondern nach Gesamtvergütung (mit Nebenleistungen und Versorgungsregelungen); Kriterium des Aufgabenbereichs gestrichen, da nicht hinreichend objektivierbar; darüber hinaus Klarstellungen und Konkretisierungen aus der aufsichtsrechtlichen Praxis: insb. Anrechnung von Zuwendungen Dritter, Versorgungszusagen beitragsorientiert und vergleichbar zu kalkulieren</li> </ul>	
27	Nr. 75 Art. 14a	§ 134a KH- EntgG	<b>Hebammen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bisher auf vertraglicher Grundlage vom GKV-SV geführte Vertragspartnerliste wird institutionalisiert; GKV-SV wird Aufgabe übertragen, Versicherte auf Verlangen über zugelassene Hebammen, Kontaktdaten, Leistungsspektrum und zusätzliche freiwillige Angaben zu informieren; GKV-SV stellt auf Internetseite elektronisches Programm für Hebammsuche zur Verfügung</li> <li>• Finanzielle Förderung von Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf für in Krankenhäusern tätige Hebammen durch die Krankenkassen (§ 4 Absatz 8a KHEntgG)</li> </ul>	
28	Nr. 9a Nr. 51a	§ 27 § 94a	<b>RVO zur Aufnahme von Untersuchungs- und Behandlungs- methoden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BMG wird ermächtigt, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden per Rechtsverordnung in die GKV-Versorgung aufzunehmen; gilt für Methoden, die zur Gewährleistung ausreichender und angemessener Versorgung nach Abwägung insb. der Behandlungschancen und Risiken für Versicherte unter Berücksichtigung zumutbarer Behandlungsalternativen als erforderlich angesehen (z.B. Liposuktion zur Behandlung des Lipödems); von G-BA-Entscheidungen kann abgewichen werden</li> <li>• entsprechender Leistungsanspruch der Versicherten in § 27 SGB V ausdrücklich geregelt</li> </ul>	

Entwurf

Formulierungshilfe

**Änderungsantrag 25**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

Zu Artikel 1 Nummer 10, 33 und 67a (§§ 27a, 73 und 121 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Präimplantationsdiagnostik)

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

1. Nummer 10 wird wie folgt gefasst:

10. § 27a wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 27a

Künstliche Befruchtung, Kryokonservierung und Präimplantationsdiagnostik“

b) In Absatz 1 Nummer 1 werden nach den Wörtern „erforderlich sind“ die Wörter „oder im Zusammenhang mit der Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik nach Absatz 5 erfolgen“ eingefügt.

c) Nach Absatz 3 werden die folgenden Absätze 4 und 5 eingefügt:

„(4) Versicherte haben Anspruch auf Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder von Keimzellgewebe sowie auf die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen, wenn die Kryokonservierung wegen einer Erkrankung und deren Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie medizinisch notwendig erscheint, um spätere medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach Absatz 1 vornehmen zu können. Absatz 3 Satz 1 zweiter Halbsatz gilt entsprechend.“

(5) Versicherte haben Anspruch auf die Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik, soweit die Voraussetzungen nach § 3a Absätze 2 und 3 des Embryonenschutzgesetzes vorliegen. Absatz 1 Nummer 2, erster Halbsatz, Nummer 3 und 4 sowie Absatz 3 gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass die untere Altersgrenze von 25 Jahren auf die Leistungen nach diesem Absatz keine Anwendung findet und die Beschränkung der Kostenübernahme auf 50 vom Hundert sich allein auf die Maßnahme der künstlichen Befruchtung bezieht. Der Anspruch besteht dann nicht mehr, wenn nach dreimaligem intrauterinem Transfer keine Schwangerschaft herbeigeführt worden ist. Der Krankenkasse ist vor Beginn der Durchführung der Präimplantationsdiagnostik die zustimmende Bewertung der zuständigen Ethikkommission vorzulegen. Ein Methodenbewertungsverfahren nach § 135 Absatz 1 Satz 1 ist nicht durchzuführen.“

- d) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 6 und die Wörter „nach Absatz 1“ werden durch die Wörter „nach den Absätzen 1 und 4“ ersetzt.‘

2. Nach Nummer 33 Buchstabe b wird folgender Buchstabe c eingefügt:

- ,c) In Absatz 2 Nummer 10 werden nach der Angabe „§ 27a Absatz 1“ die Wörter „einschließlich einer Präimplantationsdiagnostik nach § 27a Absatz 5“ eingefügt.‘

3. Nach Nummer 67 wird folgende Nummer 67a eingefügt:

- ,67a. Dem § 121a wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) Krankenkassen dürfen Maßnahmen nach § 27a Absatz 5 nur durch nach der auf Grund des § 3a des Embryonenschutzgesetzes erlassenen Verordnung zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik zugelassene Zentren erbringen lassen.““

### Begründung

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Die Überschrift des § 27a wird um die in § 27a geregelten Bereiche der Kryokonservierung und der Präimplantationsdiagnostik im Sinne des § 3a des Embryonenschutzgesetzes (ESchG) erweitert.

Zu Buchstabe b

Mit der Änderung wird klargestellt, dass Leistungen zur künstlichen Befruchtung auch erbracht werden, wenn bei den Versicherten keine Infertilität vorliegt, aber die Leistungen im Zusammenhang mit einer Präimplantationsdiagnostik stehen. Nach § 3a Absatz 1 ESchG ist Präimplantationsdiagnostik die Untersuchung von Zellen eines Embryo in vitro vor seinem intrauterinen Transfer.

Zu Buchstabe c

Absatz 4 entspricht dem bisherigen Gesetzentwurf.

In Absatz 5 wird der Leistungsanspruch der künstlichen Befruchtung nach § 27a um Leistungen zur Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik erweitert, wenn diese entsprechend den Vorgaben des ESchG zulässig ist, das heißt, wenn die Voraussetzungen von § 3a Absatz 2 und 3 ESchG vorliegen.

Der Bundesgerichtshof hat in seinem Urteil - vom 6. Juli 2010 - Az. 5 StR 386/09 - festgestellt, dass die Präimplantationsdiagnostik zur Entdeckung schwerer genetischer Schäden des künstlich erzeugten Embryos nach damaliger Rechtslage unter bestimmten Voraussetzungen straffrei war. Gleichwohl wurde in der Entscheidung ausgeführt, dass eine eindeutige gesetzliche Regelung wünschenswert sei. Der Gesetzgeber hat mit dem Präimplantationsdiagnostikgesetz (PräimpG) vom 21. November 2011 (BGBl. I S. 2228) das ESchG um eine Regelung ergänzt, nach der die genetische Untersuchung von Zellen eines Embryos im Rahmen einer künstlichen Befruchtung grundsätzlich verboten und nur in eng begrenzten Ausnahmefällen nicht rechtswidrig ist.

Die Frage der Kostenübernahme einer Präimplantationsdiagnostik durch die gesetzliche Krankenversicherung blieb im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zur Einfügung des § 3a ESchG unbeantwortet. Die Verordnung zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik (PIDV) ist am 1. Februar 2014 in Kraft getreten und legt das Nähere zu den organisatorischen und verfahrensmäßigen Voraussetzungen zur Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik fest.

Durch die vorliegende Änderung soll nunmehr ein wertungsmäßiger Gleichklang mit der Entscheidung des Gesetzgebers zur Zulassung der Präimplantationsdiagnostik in eng begrenzten Ausnahmefällen im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung hergestellt werden.

Eine Kostenübernahme erfolgt, wenn es sich um eine nicht rechtswidrige Präimplantationsdiagnostik nach § 3a Absatz 2 ESchG handelt und die Voraussetzungen von § 3a Absatz 3 ESchG erfüllt sind. Nach § 3a Absatz 2 ESchG ist eine Präimplantationsdiagnostik nicht rechtswidrig, wenn auf Grund der genetischen Disposition der Frau, von der die Eizelle stammt, oder des Mannes, von dem die Samenzelle stammt, oder von beiden für deren Nachkommen das hohe Risiko einer schwerwiegenden Erbkrankheit besteht oder wenn eine schwerwiegende Schädigung des Embryos, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Tot- oder Fehlgeburt führen wird, festgestellt werden soll.

Eine nach § 3a Absatz 2 ESchG nicht rechtswidrige Präimplantationsdiagnostik darf im Übrigen nur unter den in § 3a Absatz 3 ESchG genannten Voraussetzungen durchgeführt werden. Es bedarf der vorherigen Aufklärung und Beratung zu den medizinischen, psychischen und sozialen Folgen der Präimplantationsdiagnostik. Außerdem muss die zustimmende Bewertung einer interdisziplinär zusammengesetzten Ethikkommission vorliegen.

Diese Entscheidung der zuständigen Ethikkommission für Präimplantationsdiagnostik ist für die Krankenkassen für die Kostenübernahme maßgeblich.

Weiterhin gelten die für die im Zusammenhang mit der nicht rechtswidrigen Präimplantationsdiagnostik erforderlichen medizinischen Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a Absatz 1 Nummer 2 erster Halbsatz sowie Nummer 3 und Nummer 4 enthaltenen Vorgaben.

Eine Kostenübernahme für die Präimplantationsdiagnostik kommt somit nur in Betracht, wenn nach ärztlicher Feststellung hinreichende Aussicht besteht, dass durch die Maßnahmen der künstlichen Befruchtung eine Schwangerschaft herbeigeführt wird. Darüber hinaus müssen die Personen, die die Präimplantationsdiagnostik einschließlich der künstlichen Befruchtungsmaßnahmen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sein. Des Weiteren dürfen nur Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden. Lediglich die ansonsten geltende untere Altersgrenze von 25 Jahren findet für die Leistungen der Präimplantationsdiagnostik keine Beachtung. Eine genetische Disposition liegt bereits von Geburt an vor. Die Aufrechterhaltung der unteren Altersgrenze würde daher dazu führen, dass ein Paar bei bekannter genetischer Disposition und bestehendem Kinderwunsch bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres für eine Präimplantationsdiagnostik warten müsste, um von einer Kostenübernahme durch die GKV profitieren zu können. Dies stellt eine nicht zu rechtfertigende Härte dar.

Eine Kostenübernahme erfolgt bei Vorliegen der leistungsrechtlichen Voraussetzungen für die erforderlichen Leistungen im Zusammenhang mit einer Präimplantationsdiagnostik in vollem Umfang. Der Umfang der Kostenübernahme für die Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung bleibt unverändert bei 50 Prozent der im Behandlungsplan für die künstliche Befruchtung aufgeführten Kosten. Nicht von der GKV getragen werden hingegen die Kosten für das Verfahren bei der zuständigen Ethikkommission für Präimplantationsdiagnostik.

Es bedarf keiner gesonderten Methodenbewertung und Anerkennung der genetischen Untersuchungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 135 Absatz 1 Satz 1.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Absatzbezeichnung und entspricht dem bisherigen Gesetzentwurf.

Zu Nummer 2

Die Änderung stellt klar, dass die vertragsärztliche Versorgung nach § 73 die Leistungen zur Präimplantationsdiagnostik umfasst.

Zu Nummer 3

Die Regelung stellt klar, dass die Krankenkassen Maßnahmen nach § 27a Absatz 5 nur durch Zentren erbringen lassen dürfen, die nach der auf Grundlage des § 3a EschG erlassenen Verordnung zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik zugelassen sind und vollzieht damit die Vorgaben dieser Verordnung leistungsrechtlich nach.

Die Zulassung der Zentren sowie die Einrichtung der Ethikkommissionen für Präimplantationsdiagnostik obliegen den Ländern. Die Vergütung der ambulanten ärztlichen Leistungen zur Präimplantationsdiagnostik einschließlich der nach § 3 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 ESchG vorgeschriebenen ärztlichen Aufklärung und Beratung zu den medizinischen, psychischen und sozialen Folgen einer Präimplantationsdiagnostik erfolgt für die Leistungserbringer über den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM), der entsprechend anzupassen ist. Ein Methodenbewertungsverfahren nach § 135 Absatz 1 Satz 1 ist nicht durchzuführen.

Entwurf

Formulierungshilfe

**Änderungsantrag 26**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

Zu Artikel 1 Nummer 40 und Artikel 7 (§ 79 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, §§ 35a, 121 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

(Ehrenamtlichkeit VV-Mitglieder K(B)Ven  
und Vorstandsverträge)

1. Artikel 1 Nummer 40 wird wie folgt geändert:

a) Dem Buchstaben a wird folgender Buchstabe a vorangestellt:

,a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Für die Mitglieder der Vertreterversammlung gilt § 40 des Vierten Buches  
entsprechend.“

b) Die bisherigen Buchstaben a und b werden die Buchstaben b und c.

c) Der neue Buchstabe c wird wie folgt geändert:

aa) Nach Doppelbuchstabe aa wird folgender Doppelbuchstabe bb eingefügt:

,bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Für die Kassenärztlichen Vereinigungen gilt § 35a Absatz 6a Satz 2  
des Vierten Buches mit der Maßgabe, dass sich die Bedeutung der  
Körperschaft insbesondere nach der Zahl der Mitglieder bemisst.“

bb) Der bisherige Doppelbuchstabe bb wird Doppelbuchstabe cc.

2. Artikel 7 wird wie folgt gefasst:

,Artikel 7  
Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), das zuletzt durch Artikel 7a des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 35a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 6 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Höhe der jährlichen Vergütung der einzelnen Vorstandsmitglieder einschließlich aller Nebenleistungen sowie sämtliche Versorgungsregelungen sind betragsmäßig in einer Übersicht jährlich am 1. März im Bundesanzeiger und gleichzeitig, begrenzt auf die jeweilige Krankenkasse und ihre Verbände, in der Mitgliederzeitschrift sowie auf der Internetseite der jeweiligen Krankenkasse zu veröffentlichen.“

b) Absatz 6a wird wie folgt geändert:

aa) Die Sätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:

„Die Vergütung der Mitglieder des Vorstandes einschließlich aller Nebenleistungen und Versorgungsregelungen hat in angemessenem Verhältnis zur Bedeutung der Körperschaft zu stehen, die sich insbesondere nach der Zahl der Versicherten bemisst. Darüber hinaus ist die Größe des Vorstandes zu berücksichtigen.“

bb) Folgende Sätze werden angefügt:

„Finanzielle Zuwendungen nach Absatz 6 Satz 3 sind auf die Vergütung der Vorstandsmitglieder anzurechnen oder an die Körperschaft abzuführen. Vereinbarungen der Körperschaft für die Zukunftssicherung der Vorstandsmitglieder sind nur auf Grundlage von beitragsorientierten Zusagen zulässig.“



2. Folgender § 121 wird angefügt:

„§ 121

Übergangsregelung zur Vergütung der Vorstandsmitglieder der gesetzlichen  
Krankenkassen

§ 35a Absatz 6a Satz 4 und 5 gilt nicht für die Verträge, denen die Aufsichtsbehörde bereits bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung] zugestimmt hat.“

Begründung

Zu Nummer 1

Zu den Buchstaben a und b

Die Ehrenamtlichkeit der Tätigkeit der Mitglieder der Vertreterversammlungen der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen und ihrer Bundesvereinigungen ist – anders als beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen, beim Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und beim Gemeinsamen Bundesausschuss (§ 217b Absatz 1 Satz 3, § 282 Absatz 2b Satz 4, § 91 Absatz 2 Satz 8, 9 und 15) – im Gesetz nicht ausdrücklich geregelt. Sie wurde bisher ausschließlich satzungsrechtlich festgelegt. Es besteht jedoch kein Grund für die Ungleichbehandlung unter den Selbstverwaltungsorganen im Gesundheitswesen, sodass der Verweis auf § 40 SGB IV eine gesetzliche Klarstellung der bisher gelebten Praxis der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen und ihrer Bundesvereinigungen darstellt. § 40 SGB IV regelt, dass die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane ihre Tätigkeit ehrenamtlich ausüben.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neufassung von § 35a Absatz 6a Satz 2 des Vierten Buches. Dort soll künftig geregelt sein, dass sich die Bedeutung der Körperschaft insbesondere nach der Anzahl der Versicherten bemisst. Diese Konkretisierung lässt sich auf die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht übertragen. Deren Bedeutung hängt vielmehr im Wesentlichen von der Zahl ihrer Mitglieder im Sinne des § 77 Absatz 3 ab.

Zu Nummer 2

Zu Artikel 7 Nummer 1

Zu Buchstabe a

Die Regelung entspricht dem bisherigen Gesetzentwurf.

#### Zu Buchstabe b

Mit den Änderungen in § 35a Absatz 6a werden notwendige Änderungen umgesetzt, die sich aus dem Urteils des Bundessozialgerichts (BSG) vom 20. März 2018 (Az. B 1 A 1/17 R) ergeben. Darüber hinaus werden Klarstellungen und Konkretisierungen vorgenommen, die sich im Rahmen der aufsichtsrechtlichen Prüfung von Vorstandsdienstverträgen als notwendig herausgestellt haben.

#### Zu Doppelbuchstabe aa

In Satz 2 wird klargestellt, dass bei der Beurteilung der Angemessenheit der Vergütung nicht nur auf die Grundvergütung, sondern auf die sog. Gesamtvergütung, die aus der Vergütung einschließlich aller Nebenleistungen und Versorgungsregelungen besteht, abzustellen ist.

Für die Beurteilung der Angemessenheit der Vergütung soll das Kriterium des Aufgabenbereichs gestrichen werden. Das BSG hat dieses Kriterium in seiner o.g. Entscheidung auf die einzelnen Aufgaben des Vorstandsmitglieds bezogen und verlangt eine entsprechende konkrete Berücksichtigung bei der Beurteilung der Angemessenheit z.B. durch pauschalierende Zu- und Abschläge ausgehend vom Regelfall. Da es aber keine objektiven Maßstäbe für den monetären Vergleich verschiedener Ressortzuständigkeiten gibt und die Wertigkeit von einzelnen Aufgaben sich nicht ohne Willkür konkret z.B. in Prozent darstellen lässt, ist das Kriterium des Aufgabenbereichs unter Berücksichtigung der Auslegung des BSG für die Aufsichtsbehörden nur schwer zu handhaben. Zudem werden die Aufgaben häufig im Rahmen einer späteren Geschäftsordnung durch die Vorstände festgelegt und sind bei Vertragsschluss meistens nur grob umrissen.

Das entscheidende Angemessenheitskriterium soll auch in Zukunft die Bedeutung der Körperschaft sein. Insoweit stellt die Neuregelung klar, dass sich diese Bedeutung im Wesentlichen nach der Zahl der Versicherten der betreffenden Krankenkasse bemisst. Das BSG hat in seiner o.g. Entscheidung bereits die bisherige Regelung, welche von „Mitgliedern“ spricht, zutreffend in diesem Sinne ausgelegt. Als ergänzendes Kriterium ist nach Satz 3 daneben die Größe des Vorstandes zu berücksichtigen. Bei Erreichen der gesetzlichen Obergrenzen für die Zahl der Vorstandsmitglieder nach § 35a Absatz 4 Satz 1 muss die Vergütung des einzelnen Vorstandsmitglieds niedriger ausfallen als in dem Fall, dass diese Grenzen unterschritten werden.

#### Zu Doppelbuchstabe bb

Die Angemessenheit der Vergütung kann nicht isoliert von dem zulässigen Umfang einer Nebentätigkeit, die mit dem Amt zusammenhängt, betrachtet werden. In Satz 5 wird daher klargestellt, dass Zuwendungen, die dem Vorstandsmitglied in Zusammenhang mit der Vorstandstätigkeit von Dritten gewährt werden, bei der Gestaltung der Vergütungsvereinbarungen zu berücksichtigen sind: Der Vorstandsdienstvertrag muss eine Regelung vorsehen, wonach solche Einnahmen entweder bei

der Auszahlung der Vergütung angerechnet werden oder diese an die Körperschaft abzuführen sind. Die konkrete vertragliche Ausgestaltung der Anrechnungspflicht obliegt der Körperschaft.

Vereinbarungen zur Zukunftssicherung sollen nach Satz 6 zukünftig nur auf Grundlage von beitragsorientierten Zusagen möglich sein. Eine solche Vereinbarung liegt vor, wenn dem Vorstandsmitglied Leistungen zur Absicherung mindestens eines biometrischen Risikos (z.B. Alter, Tod, Krankheit, Invalidität) zugesagt werden. Die Ansprüche werden mit Eintritt des biologischen Ereignisses fällig. Einzel-vertraglich vereinbarte Direktzusagen führten in der Vergangenheit zu intransparenten Vergünstigungen bei der Vorstandsvergütung. Aufwendungen für die Altersvorsorge bzw. sonstige Zukunftssicherungsleistungen stellen einen geldwerten Vorteil für das Vorstandsmitglied dar und sind daher ein Bestandteil der Vorstandsvergütung. Bei Direktzusagen ist der geldwerte Vorteil bezogen auf die Dauer der Amtszeit jedoch häufig nicht betragsmäßig darstellbar. Dies führt dazu, dass sich die tatsächliche Höhe der Gesamtvergütung der Vorstandsmitglieder aus den Veröffentlichungen im Bundesanzeiger nicht ablesen lässt. Zur Erhöhung der Transparenz und der Vergleichbarkeit der Vorstandsvergütungen sollen daher zukünftig nur noch Zusagen getroffen werden können, die sich über einen Beitrag während der Amtszeit finanzieren. Dies soll zudem verhindern, dass die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen Verpflichtungen eingehen, deren Höhe bei Vertragsschluss nicht absehbar und kalkulierbar ist. Insbesondere einzelvertraglich vereinbarte Direktzusagen bergen das Risiko, dass die tatsächlichen Kosten im Voraus nicht quantifizierbar sind.

Zu Artikel 7 Nummer 2

Die Übergangsregelung in § 121 stellt klar, dass § 35a Absatz 6a Satz 4 und 5 erst bei der Zustimmungsentscheidung zu Beginn der auf das Inkrafttreten der Regelung folgenden neuen Amtsperiode Anwendung findet. So können insbesondere die in bestehenden Verträgen vereinbarten nicht beitragsorientierten Versorgungszusagen bis zum Ende der bereits begonnenen Amtszeit beibehalten werden.

Entwurf

Formulierungshilfe

**Änderungsantrag 27**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

Zu Artikel 1 Nummer 75 und Artikel 14a (§ 132a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und § 4 des Krankenhausentgeltgesetzes)

(Hebammen und Entbindungspfleger)

1. Artikel 1 Nummer 75 wird wie folgt gefasst:

,75. § 134a wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2 werden die folgenden Absätze 2a und 2b eingefügt:

„(2a) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen führt eine Vertragspartnerliste, in der alle zur Leistungserbringung zugelassenen Hebammen nach Absatz 2 geführt werden. Die Hebammen sind verpflichtet, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen folgende Angaben für die Vertragspartnerliste zu übermitteln

1. Bestehen einer Mitgliedschaft in einem Berufsverband und Name des Berufsverbands, oder
2. Beitrittsformular für den Beitritt nach Absatz 1 Nummer 2, sowie
3. Vorname und Name
4. Anschrift der Hebamme beziehungsweise der Einrichtung,
5. Telefonnummer
6. E-Mailadresse, soweit vorhanden,
7. Art der Tätigkeit
8. Kennzeichen nach § 293.

Änderungen sind dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen unverzüglich mitzuteilen. Nähere Einzelheiten über die Vertragspartnerliste und gegebenenfalls erforderliche weitere Angaben vereinbaren die Vertragspartner im Vertrag nach Absatz 1.

(2b) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen informiert die Versicherten auf Verlangen über die zur Leistungserbringung zugelassenen Hebammen und teilt ihnen die Angaben nach Absatz 2 Nummer 3 und Nummer 5 bis 7 sowie gegebenenfalls weitere freiwillig gemeldete Informationen mit. Darüber hinaus stellt er auf seiner Internetseite auch ein elektronisches Programm zur Verfügung, mit dem die Versicherten selbst Suchläufe durchführen können.“

b) Absatz 4 Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Kommt es nicht zu einer Einigung über die unparteiischen Mitglieder oder deren Stellvertreter, entscheidet das Los, wer das Amt des unparteiischen Vorsitzenden, der weiteren unparteiischen Mitglieder und der Stellvertreter auszuüben hat.“

2. Nach Artikel 14 wird folgender Artikel 14a eingefügt:

,Artikel 14a  
Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

In § 4 Absatz 8a Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch ... geändert worden ist, werden nach dem Wort „Pflegepersonal“ die Wörter „oder von Hebammen und Entbindungspflegern“ eingefügt.‘

Begründung

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

In der Vergangenheit war es für Frauen, die eine Hebamme für die Vor- und Nachsorge sowie Geburtshilfe suchten, in bestimmten Regionen teilweise schwierig, mit vertretbarem Aufwand eine Hebamme zu finden, die sich zur Übernahme der Betreuung bereit erklärt. Dabei hat sich gezeigt, dass in den bestehenden Hebammenverzeichnissen nur einen Teil der zur Leistungserbringung zugelassenen Hebammen aufgeführt sind und die Informationsgrundlage deshalb unzureichend ist. Mit der bereits jetzt im Hebammenhilfevertrag nach § 134a SGB V verankerten und für die Aufgabenerfüllung des GKV-Spitzenverbands erforderlichen Vertragspartnerliste verfügt dieser über eine umfassende Datenbasis, in der sowohl die Daten der Hebammen enthalten sind, die Mitglied in einem Hebammenverband sind, als auch die Daten derjenigen, die dem Hebammenhilfevertrag beigetreten sind. Insofern konnte der GKV-Spitzenverband anfragenden Frauen schon mehrfach

weiterhelfen, sofern die Hebammen, deren Kontaktdaten weitergegeben werden sollten, sich hierzu im Vorfeld einverstanden erklärt hatten.

Um die Frauen bei der Suche nach einer Hebamme zu unterstützen und alle verfügbaren Ressourcen der zugelassenen Hebammen ausschöpfen zu können, wird die bisher allein auf vertraglicher Grundlage basierende Vertragspartnerliste nunmehr gesetzlich verankert. Deshalb werden die bisherigen Mitteilungspflichten nunmehr auch in einer gesetzlichen Vorschrift, dem neuen Absatz 2a des § 134a SGB V, geregelt. In Satz 1 wird der bisher vertragliche vereinbarte Inhalt der Vertragspartnerliste (Anlage 4.2 des Hebammenhilfevertrags) abgebildet und enumerativ aufgezählt. Insbesondere soll auch die Art der Tätigkeit (Schwangerenbetreuung, Wochenbettbetreuung, Geburten im häuslichen Umfeld, Beleggeburten, Kurse Geburt in hebammengeleiteten Einrichtungen/Praxis), die die Hebamme anbietet, angegeben werden, damit eine gezielte und effiziente Suche durchgeführt werden kann und Hebammen, die die nachgefragte Leistung nicht anbieten, von vornherein aus dem Kreis der in Frage kommenden Leistungserbringerinnen ausgeschieden werden.

Auch wenn der Hebammenhilfevertrag die Hebammen bereits dazu verpflichtet, Änderungen in ihren Verhältnissen (z.B. Namensänderung, Änderung der Kontaktdaten, des Leistungsspektrums, Unterbrechung oder Aufgabe der Berufstätigkeit etc.) unverzüglich mitzuteilen, wurde dem bisher nur unzureichend nachgekommen. Um dieser Pflicht mehr Nachdruck zu verleihen, wird sie nunmehr auch explizit im Gesetz (Satz 2) geregelt. Insofern obliegt es den Hebammen, dazu beitragen, dass die Aktualität der Daten und damit auch die Möglichkeiten der Versicherten, die ihnen zustehenden gesetzlichen Ansprüche zu realisieren, verbessert werden.

Satz 3 stellt klar, dass weitere Einzelheiten und gegebenenfalls auch zusätzliche erforderliche Angaben weiterhin im Vertrag geregelt werden können. Dies ist erforderlich, um Folgeregelungen treffen zu können, die im Falle von Änderungen im Hebammenhilfevertrag notwendig werden können. Denn im Bereich der Hebammenhilfe ist – anders als z.B. im ärztlichen Leistungsbereich, in dem es auch Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses oder des Bewertungsausschusses gibt – die gesamte Gestaltung des Leistungsbereichs (einschließlich des Leistungs- und Vergütungsverzeichnisses) in die Hände der Vertragspartner gelegt.

Absatz 2b überträgt dem GKV-Spitzenverband die Aufgabe, die Versicherten auf der Grundlage der Vertragspartnerliste über die zur Leistungserbringung zugelassenen Hebammen zu informieren. Dabei teilt er den Versicherten Name und Kontaktdaten (Absatz 2 Nummer 3, 5 und 6) sowie das angebotene Leistungsspektrum (Absatz 2 Nummer 7) mit. Diese Informationen hat der GKV-Spitzenverband den anfragenden Versicherten weiterzugeben, ohne dass es einer vorherigen Einwilligung der Hebammen bedarf. Dies ist – wie die bisherigen Probleme belegen – aus Gründen der Sicherstellung der Versorgung auch notwendig. Die neue Aufgabe des GKV-Spitzenverbands

nach Absatz 2b ergänzt die bereits bestehende Informationsverpflichtung der Krankenkassen nach § 305 Absatz 3 SGB V und ist ihr rechtlich nachgebildet. Dies setzt die Versicherten in die Lage, ein Auskunftsrecht auch gegenüber derjenigen Stelle geltend zu machen, die über die umfassendsten und aktuellsten Daten verfügt – nämlich dem GKV-Spitzenverband.

Die o.g. Daten ermöglichen den Versicherten eine gezielte Kontaktaufnahme mit denjenigen Hebammen, die auch die nachgefragten Leistungen erbringen. Die Hebammen können dem GKV-Spitzenverband zudem noch freiwillige Zusatzdaten (z.B. Erreichbarkeitszeiten, Tätigkeitsschwerpunkte, besondere Qualifikationen etc.) mitteilen, die an die Versicherten weitergegeben werden.

Im Sinne eines größtmöglichen Nutzens und einer Reduzierung des Verwaltungsaufwands wird der GKV-Spitzenverband verpflichtet, auf seiner Internetseite auch ein elektronisches Programm zur Verfügung zu stellen, mit dem die Versicherten selbst Suchläufe durchführen können. Hierbei ist ihnen Zugriff auf die Pflichtangaben und die freiwilligen Informationen zu gewähren.

Zu Buchstabe b

Buchstabe b übernimmt die bereits mit dem Regierungsentwurf vorgenommene Änderung des Absatzes 4.

Zu Nummer 2

Hebammen und Entbindungspfleger leisten in Krankenhäusern, in denen in Deutschland 98 Prozent der Kinder zur Welt kommen, auch am Wochenende und in der Nacht unersetzliche Arbeit. Dies stellt besonders hohe Anforderungen an die Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Um die Attraktivität des Berufes der Hebammen und der Entbindungspfleger zu stärken und Anreize zur Aufnahme einer Vollzeittätigkeit zu schaffen, werden finanzielle Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für in Krankenhäusern tätige Hebammen und Entbindungspfleger durch die Krankenkassen eingeführt. Hierbei sollen nicht nur zusätzliche Betreuungsmöglichkeiten geschaffen werden, sondern auch die „besonderen Betreuungsbedarfe“ rund um die Uhr jenseits der üblichen Öffnungszeiten von Kindertagesstätten abgedeckt werden.

Entwurf

Formulierungshilfe

**Änderungsantrag 28**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

Zu Artikel 1 Nummer 9a, 51a (§§ 27, 94a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Verordnungsermächtigung zur Aufnahme von  
Untersuchungs- und Behandlungsmethoden  
wie zum Beispiel Liposuktion bei Lipödem)

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

1. Nach Nummer 9 wird folgende Nummer 9a eingefügt:

9a. Dem § 27 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Versicherte haben im Rahmen der Krankenbehandlung auch Anspruch auf die vom Bundesministerium für Gesundheit in der Rechtsverordnung nach § 94a für den jeweiligen Versorgungsbereich bestimmten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden; § 2 Absatz 1 Satz 3 und § 12 Absatz 1 stehen nicht entgegen.“

2. Nach Nummer 51 wird folgende Nummer 51a eingefügt:

51a. Nach § 94 wird folgender § 94a eingefügt:

„§ 94a

Verordnungsermächtigung zur Aufnahme von Untersuchungs- und  
Behandlungsmethoden

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch  
Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Untersuchungs- und



Behandlungsmethoden zu bestimmen, die in der Versorgung zu Lasten der Krankenkassen zu erbringen sind. § 2 Absatz 1 Satz 3 und § 12 Absatz 1 stehen der Bestimmung und Erbringung einer Methode, deren Nutzen nach den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin noch nicht belegt ist, nicht entgegen.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit kann eine Methode nach Absatz 1 bestimmen, wenn es die Methode zur Gewährleistung einer ausreichenden und angemessenen Versorgung nach Abwägung insbesondere der Behandlungschancen und -risiken für die Versicherten unter Berücksichtigung etwaiger zumutbarer Behandlungsalternativen in der jeweiligen Versorgungssituation für erforderlich hält. Die Bestimmung kann unabhängig davon erfolgen, ob sich der Gemeinsame Bundesausschuss bereits mit der Methode befasst hat oder nicht. Das Bundesministerium für Gesundheit kann von Richtlinien und Entscheidungen sowie sonstigen Einschätzungen des Gemeinsamen Bundesausschusses abweichen.

(3) In der Rechtsverordnung kann das Bundesministerium für Gesundheit für die dort aufgenommenen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nähere Vorgaben für die Erbringung der Leistung regeln, insbesondere

1. einen befristeten Zeitraum für die Leistungserbringung,
2. Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung,
3. Vorgaben für die Vergütung.

Nicht in der Rechtsverordnung aufgeführte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind weiterhin nach den Vorgaben dieses Gesetzes zu Lasten der Krankenkassen zu erbringen.

(4) Zur Vorbereitung von Regelungen nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 kann das Bundesministerium für Gesundheit insbesondere das Institut nach § 87 Absatz 3b und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus beauftragen. Bei Beauftragung des Instituts nach § 87 Absatz 3b gilt § 87 Absatz 6 Satz 5 und 7 entsprechend. Bei Beauftragung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus gilt § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 und Absatz 7 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes entsprechend.

(5) Trifft das Bundesministerium für Gesundheit keine Regelung zur Vergütungshöhe nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3, so richtet sie sich ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Rechtsverordnung nach den für die Abrechnung privatärztlicher Leistungen geltenden Regelungen. Die für die Festlegung und Vereinbarung der Vergütung in der gesetzlichen Krankenversicherung jeweils zuständigen Selbstverwaltungspartner sind in diesem Fall verpflichtet, innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Rechtsverordnung die Vergütung zu regeln. Bis zum Inkrafttreten dieser Regelungen der Selbstverwaltungspartner können die Leistungserbringer die Anwendung der Methode nach Satz 1 mit den Krankenkassen abrechnen. Soweit das Bundesministerium für Gesundheit nicht selbst Regelungen

nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 getroffen hat, können die Bundesmantelvertragspartner nach § 135 Absatz 2 und der Gemeinsame Bundesausschuss nach §§ 136 bis 136b Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung regeln.“

### Begründung

#### Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine Folgeänderung zum neuen § 94a. Damit wird auch im Leistungsrecht ausdrücklich geregelt, dass Versicherte im Rahmen der Krankenbehandlung auch einen Anspruch auf diejenigen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden haben, die das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in die Rechtsverordnung nach § 94a aufgenommen hat. Dies gilt auch dann, wenn der Nutzen der vom BMG bestimmten Methode nach den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin noch nicht belegt ist. Da die Rechtsprechung teilweise davon ausgeht, dass die Vorgaben des Qualitätsgebots nach § 2 Absatz 1 Satz 3 für solche Methoden per se nicht erfüllt seien, wird ausdrücklich geregelt, dass § 2 Absatz 1 Satz 3 dem Leistungsanspruch auf eine in der Rechtsverordnung bestimmte Methode nicht entgegensteht. Auch das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 steht diesem ausdrücklich in § 27 verankerten Leistungsanspruch der Versicherten nicht entgegen, insbesondere erhalten die Versicherten eine nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgende Behandlung mit einer in der Rechtsverordnung bestimmten Methode auch dann, wenn für die Behandlung zunächst Mehrkosten entstehen.

#### Zu Nummer 2

##### Zu den Absätzen 1 und 2

Durch die Schaffung der Verordnungsermächtigung im neuen § 94a wird das BMG in die Lage versetzt, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden unabhängig von einer Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in den Leistungsumfang der GKV aufzunehmen. Dies gilt auch für den Fall, dass der G-BA bereits ablehnend über eine Methode entschieden hat, die Versorgungssituation unter Abwägung der Behandlungschancen und -risiken unter Berücksichtigung etwaiger zumutbarer Behandlungsalternativen aus Sicht der BMG jedoch die Aufnahme der Methode in den Leistungsumfang der GKV erfordert. Die Behandlungsmethode der Liposuktion bei Lipödem kommt als ein Anwendungsfall in Betracht.

Nach der Rechtsprechung des 6. Senats des Bundessozialgerichts (vgl. Urteil vom 6. Mai 2009, Az. B 6 A 1/08 R, Rn 50) handelt es sich bei der Verordnungsermächtigung um einen systemkonformen Weg, mit dem der Parlamentsgesetzgeber seine zu einzelnen Regelungsgegenständen vom G-BA abweichenden Gestaltungsvorstellungen zur Geltung bringen kann, indem er die Exekutive gemäß Artikel 80 Grundgesetz zu einer von ihr zu verantwortenden Normsetzung ermächtigt.

Das BMG erhält damit unter den Voraussetzungen des Absatzes 2 die Möglichkeit, auch solche Methoden ausdrücklich in die GKV-Versorgung aufzunehmen, für die der G-BA bisher keine Regelung getroffen hat oder für die der G-BA die Anerkennung eines diagnostischen oder therapeutischen Nutzens bisher abgelehnt hat. Das Qualitätsgebot nach § 2 Absatz 1 Satz 3 steht der Aufnahme einer solchen Methode in die Rechtsverordnung und damit in die Versorgung nicht entgegen, die das BMG auf Grundlage der vorhandenen wissenschaftlichen Erkenntnisse nach Abwägung insbesondere der Behandlungschancen und -risiken für die Versicherten unter Berücksichtigung etwaiger zumutbarer Behandlungsalternativen in der jeweiligen Versorgungssituation zur Gewährleistung einer ausreichenden und angemessenen Versorgung für erforderlich hält. Im Rahmen der Abwägung des BMG kommt die Aufnahme einer noch nicht auf hohem Evidenzniveau belegten Methode umso eher in Betracht, wenn keine Alternativbehandlung oder jedenfalls unter Berücksichtigung der jeweiligen Versorgungssituation keine zumutbare Alternativbehandlung in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung steht. Das BMG bezieht in seine Abwägungsentscheidung insbesondere die Expertise der jeweils einschlägigen medizinischen wissenschaftlichen Fachgesellschaften sowie der Patientenorganisationen ein. Über die Anwendung einer vom BMG in der Rechtsverordnung bestimmten Methode im konkreten Einzelfall ist weiterhin von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten unter Beachtung der Regeln der ärztlichen Kunst zu entscheiden. Die Versicherten haben einen Anspruch auf eine Behandlung mit der betreffenden Methode. Auch das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 steht diesem Anspruch ausdrücklich nicht entgegen, insbesondere erhalten die Versicherten eine nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgende Behandlung mit der Methode auch dann, wenn für die Behandlung Mehrkosten entstehen. Der Leistungsanspruch der Versicherten wird durch eine Ergänzung in § 27 Absatz 1 auch im Leistungsrecht ausdrücklich geregelt.

#### Zu Absatz 3

Im Zusammenhang mit der Aufnahme einer Methode in die Rechtsverordnung wird das BMG zudem ermächtigt, soweit erforderlich Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung und Vorgaben für die Vergütung zu regeln.

Im Übrigen bleibt es dabei, dass Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die nicht in der Rechtsverordnung aufgeführt werden, weiterhin nach den Vorgaben des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und ggf. auf dieser Grundlage beschlossener Regelungen des G-BA zu Lasten der Krankenkassen zu erbringen sind. Es handelt sich bei der Aufnahme von Methoden in die Rechtsverordnung um die Regelung oder Klarstellung zusätzlicher Behandlungsoptionen.

#### Zu Absatz 4

Zur Vorbereitung von Regelungen nach Absatz 1 oder 3 kann das BMG Datenerhebungen, Auswertungen oder Sachverständigengutachten in Auftrag geben. Im Hinblick auf die Regelung von

Vorgaben zur Vergütung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 kann es insbesondere diejenigen Institute beauftragen, die auch den Selbstverwaltungsorganisationen in dem jeweiligen Regelungsbereich zuarbeiten. Diese werden jeweils zur Zusammenarbeit mit dem BMG verpflichtet. Die Kosten für die Wahrnehmung der Aufgaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Rahmen der Beauftragung werden über den DRG-Systemzuschlag finanziert. Die Kosten des Instituts des Bewertungsausschusses tragen der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung jeweils zur Hälfte entsprechend § 87 Absatz 6 Satz 7 in der Fassung des Gesetzentwurfs.

Zu Absatz 5

Das BMG kann nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 die Vergütung der betreffenden Methode umfassend und abschließend regeln, ohne dass es einer weiteren Umsetzung, z.B. im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) bedarf. Soweit das BMG die Vergütungshöhe nicht selbst festlegt, kann die Methode ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Rechtsverordnung zunächst nach den Vorgaben der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet werden, wie dies etwa auch im Falle eines Systemversagens nach § 13 Absatz 3 der Fall ist. Die für die Festlegung und Vereinbarung der Vergütung in der gesetzlichen Krankenversicherung jeweils zuständigen Selbstverwaltungspartner werden dann verpflichtet, innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Rechtsverordnung die Vergütung zu regeln. Dies betrifft etwa den Bewertungsausschuss bzw. die Bundesmantelvertragspartner im vertragsärztlichen Bereich, die die erforderlichen Anpassungen des EBM vorzunehmen haben. Bis zum Inkrafttreten der Vergütungsregelungen der Selbstverwaltungspartner erfolgt die Abrechnung weiterhin nach GOÄ.

Soweit das BMG nicht selbst Regelungen nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 getroffen hat, können die Bundesmantelvertragspartner nach § 135 Absatz 2 und der G-BA nach den §§ 136 bis 136b Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung regeln.

[ möglicher Verordnungsentwurf:

**Rechtsverordnung zur Aufnahme weiterer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden  
in den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung  
(Methodenaufnahmeverordnung – MAV)**

Auf Grund des § 94a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung –,  
der durch Artikel 1 Nummer 51a des Gesetzes vom ... (BGBl. I S. ...) [einfügen: Verkündung des  
TSVG] eingefügt worden ist, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit:

§ 1

Geltungsbereich

Die Verordnung bestimmt auf Grundlage von § 94a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch  
Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die zu Lasten der Krankenkassen zu erbringen sind, und  
regelt nähere Vorgaben für die Erbringung der Leistung.

§ 2

Aufgenommene Methoden

(1) Folgende weitere Methoden sind in der vertragsärztlichen Versorgung zu erbringen:

1. Liposuktion bei Lipödem,

zunächst befristet bis zum Inkrafttreten des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses  
nach § 135 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auf Grundlage der Ergebnisse der Erprobung der  
Liposuktion zur Behandlung des Lipödems nach § 137e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(2) Folgende weitere Methoden sind in der Krankenhausversorgung zu erbringen:

1. Liposuktion bei Lipödem,

zunächst befristet bis zum Inkrafttreten des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses  
nach § 137c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auf Grundlage der Ergebnisse der Erprobung der  
Liposuktion zur Behandlung des Lipödems nach § 137e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 3

Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung

(unbesetzt)

§ 4

Vorgaben für die Vergütung

(unbesetzt)

§ 5

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am ... in Kraft. ]