

ÄA	VSG	§§	Stichwort	Ergebnisse des BE-Gesprächs am 6. Mai 2015	TOP	
1	Art. 1 Nr. 2	§ 11	Zweitmeinung	<ul style="list-style-type: none"> Folgeänderung zu § 27b 	zu I.1.	
2	Art. 1 Nr. 4a	§ 23	Vorsorge	<ul style="list-style-type: none"> Wunsch- und Wahlrecht – Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation, insb. für Mütter und Väter 	III.3.	
3	Art. 1 Nr. 6c	§ 27	Blut-/ Organspende	<ul style="list-style-type: none"> Organspende - Ergänzung der Möglichkeit, die Erstattung der Entgeltfortzahlung an den Arbeitgeber auf Dritte zu übertragen Regelung zur Blutstammzellspende (Erstattung an Arbeitgeber) 	III.1. III.16.	
4	Art. 1 Nr. 7	§ 27b	Zweitmeinung	<ul style="list-style-type: none"> Besondere Expertise für Leistungserbringer Leistungserbringung durch nicht zugelassene Leistungserbringer Anspruch auf Übergabe notwendiger Befundunterlagen und damit korrespondierende Kostenregelung (insb. für die Zusammenstellung der Befundunterlagen) Ergänzung des G-BA-Auftrags zur Zweitmeinungserbringung im Hinblick auf die Telemedizin Regelung zur Satzungsleistung in § 27b SGB V 	I.1.	
5	Art. 1 Nr. 7a	§ 28	Delegation	<ul style="list-style-type: none"> Delegationsgrundsätze auch für Psychotherapeuten 	III.2.	
6	Art. 1 Nr. 7b	§ 32	Heil-/ Hilfsmittel	<ul style="list-style-type: none"> Regelungskompetenz beim langfristigen Heilmittelbedarf weiterhin beim G-BA (bei Wegfall des generellen Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen) 	II.1.	
7	Art. 1 Nr. 9	§ 39	Entlassmanagement	<ul style="list-style-type: none"> Keine "Delegation" (Beteiligung weiterer anderer Leistungserbringer (Dritter) am Entlassmanagement (kein ÄA erforderlich, entspricht GKV-VSG) Verbot Rezeptsammelstellen Entlassmanagement in der Pflege Packungsgrößen ("eine Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß der Packungsgrößenverordnung") 	I.2.	
8	Art. 1 Nr. 10a	§ 41	Reha	<ul style="list-style-type: none"> Entlassmanagement bei Rehabilitationsleistungen, insb. für Mütter und Väter 	III.3.	
9	Art. 1 Nr. 11	§ 43b	Behinderung	<ul style="list-style-type: none"> Nichtärztliche Leistungen für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen 	III.4.	
10	Art. 1 Nr. 12	§ 43c	Zuzahlungen	<ul style="list-style-type: none"> Zahlungsweg Krankenkassen und Krankenhaus 	A2.1.	
11	Art. 1 Nr. 13	§ 44	Krankengeld	<ul style="list-style-type: none"> Festhalten am Gesetzentwurf (mit Einführung einer Berichtspflicht im Jahr 2018 über das Krankengeldfallmanagement durch das BMG) 	I.3.	
12	Art. 1 Nr. 15	§ 46	Krankengeld	<ul style="list-style-type: none"> Regelung zum Krankengeld, Zeitpunkt der AU-Folgebescheinigung 	III.5.	
13	Art. 1 Nr. 16	§ 47a	bVE	<ul style="list-style-type: none"> Beitragszahlungen der Krankenkassen an berufsständische Versorgungseinrichtungen (bVE) / Besserstellung der bVE 	III.6.	
14	Art. 1 Nr. 22	§ 63	Modellvorhaben	<ul style="list-style-type: none"> Modellvorhaben Ergotherapie: Der aktuelle Gesetzestext sollte in § 63 Absatz 3 b Satz 2 SGB V um eine entsprechende Regelung für den Bereich Ergotherapie ergänzt werden 	A1.3.	
15	Art. 1 Nr. 23	§ 64	Bereinigung	<ul style="list-style-type: none"> Ausnahme von der Bereinigungspflicht Kleinverträge 	zu II.4.	
16	Art. 1 Nr. 25	§ 73	Psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> Rückführung der Befugniseinschränkung psychologischer Psychotherapeuten (Verordnung Krankenhausbehandlung, Reha, Fahrtkosten und Soziotherapie) Einführung einer Prüfpflicht der Zulassungsausschüsse, ob die Voraussetzungen des § 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V vorliegen 	I.6. III.7.	
17	Art. 1	§ 73b	EBM	<ul style="list-style-type: none"> Vorgaben zum EBM, Verweiskorrektur wird umgesetzt 	A1.5.	

	Nr. 27					
18	Art. 1 Nr. 29	§ 75	TSS, Notdienst	<ul style="list-style-type: none"> Nach Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde Ausweitung der Terminservicestellen auf die psychotherapeutische Versorgung. Terminservicestellen / Berichtspflicht und Evaluation Nichtvertragsärzte im Notarzdienst 	I.6. III.8. III.9.	
19	Art. 1 Nr. 30	§ 75a	Weiterbildung Allgemeinmedizin	<ul style="list-style-type: none"> Förderung von Kompetenzzentren mit bis zu 5 % der Fördersumme (in der Begründung Hinweis auf perspektivische Prüfung einer Stiftung zur Förderung der Allgemeinmedizin) Förderung der Weiterbildung der grundversorgenden Fachärzte, bis max. 1.000 Stellen 	I.4.	
20	Art. 1 Nr. 32	§ 79	KV_KBV	<ul style="list-style-type: none"> Getrennte Abstimmung und paritätische Stimmengewichtung in KVen/KBV (Bundesratsvorschlag: Geltung der Regelung nur für die KBV) 	I.5.	
21	Art. 1 Nr. 33a	§ 81	KV_KBV	<ul style="list-style-type: none"> Kassenärztliche Vereinigungen (§ 81 SGB V) (Disziplinarmaßnahmen bei Verletzung vertragsärztlicher Pflichten) 	III.17.	
22	Art. 1 Nr. 34	§ 87	Zweitmeinung Bewertungs- Ausschuss	<ul style="list-style-type: none"> Abrechnung und Vergütung der Leistungen der Zweitmeinung Beschleunigung der Einführung neuer Leistungen in die vertragsärztliche Versorgung 	zu I.1. III.13.	
-	Art. 1 Nr. 36	§ 87b	Selektivverträge	<ul style="list-style-type: none"> Neutrales Verfahren zur Bereinigung der ärztlichen Vergütung (§ 87 b Absatz 4) - Erläuterung in Ausschussdrucksache zur Verdeutlichung des Ziels der gesetzlichen Regelung, wonach weder Selektiv- noch Kollektivvertragsärzte bevorzugt oder benachteiligt werden (wird auf Anforderung geliefert) 	II.2.	
23	Art. 1 Nr. 37	§ 90	ASV	<ul style="list-style-type: none"> Konkretisierung hinsichtlich der Mitwirkung der obersten Landesbehörden und der Patientenvertretung in den erweiterten Landesausschüssen (Umsetzung Bundesrat) 	zu I.10.	
24	Art. 1 Nr. 38	§ 91	G-BA	<ul style="list-style-type: none"> Erweiterung der Gestaltungsmöglichkeiten für die Unparteiischen im G-BA als Prozessverantwortliche im Zusammenhang mit der Straffung der G-BA-Beratungsverfahren 	III.10.	
25	Art. 1 Nr. 39	§ 92	Psychotherapie	<ul style="list-style-type: none"> weitere Konkretisierung des Auftrags an den G-BA zur Flexibilisierung des Therapieangebotes in der Psychotherapie (Vorschlag zur Psychotherapierichtlinie, § 92 Abs. 6a Satz 3 neu: „[...] insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung, der Akutversorgung, von Gruppentherapien, der Rezidivprophylaxe sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens.“ 	I.6.	
26	Art. 1 Nr. 40	§ 92a,b	Innovationsfonds	<ul style="list-style-type: none"> Stärkung der Beteiligung des Expertenbeirats, indem Innovationsausschuss Abweichungen vom Votum des Expertenbeirats schriftlich begründen muss Begrenzung der Antragsbefugnis entfällt Krankenkassen sind "in der Regel" zu beteiligen. (ist bereits im GKV-VSG, § 92a Abs. 1 enthalten) Veröffentlichung der geförderten Projekte Transparenzregelung erfolgt in Verfahrensordnung (ist bereits im GKV-VSG, § 92b Abs. 2 und Begründung enthalten). Die finanziellen Rahmenbedingungen des Innovationsfonds werden von den Fraktionen weiterberaten (bisher kein ÄA) 	I.7.	
27	Art. 1 Nr. 41	§ 95	MVZ	<ul style="list-style-type: none"> Erleichterung der Sicherheitsleistungen für Kommunen und für alle anderen Errichtungsbefugte Erhalt der Gründereigenschaft von Vertragsärzten, die zum Zwecke der Anstellung im MVZ auf ihre Zulassung verzichten. MVZ in allen Rechtsformen des öffentlichen Rechts (BR- 	I.8. III.11.	

				Punkt) • Berichtspflicht KVen zu Ergebnissen Einhaltung Versorgungsauftrag		
28	Art. 1 Nr. 42	§ 100	Zulassung	• Die in § 100 Abs. 2 enthaltene Erweiterung der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen auch bei „in absehbarer Zeit drohenden Unterversorgung“ wird gestrichen	I.9.	
29	Art. 1 Nr. 43	§ 101	Bedarfsplanung	• Ermöglichung der Erhöhung des Praxisumfangs durch Jobsharing oder Anstellung bei bisher unterdurchschnittlichem Praxisumfang ohne Begrenzung auf den durchschnittlichen Praxisumfang • Der G-BA erhält den Auftrag, bis zum 31.12.2016 die Bedarfsplanung bedarfsgerechter und insbesondere kleinräumiger neu zu regeln.	I.6. I.9.	
30	Art. 1 Nr. 44	§ 103	Aufkauf Arztsitze	• Soll-Regelung für Aufkauf von Arztsitzen ab einem Versorgungsgrad von 140 Prozent; Kann-Regelung 110 % bleibt bestehen. • Klarstellungen zur Ermittlung des Verkehrswertes • obligatorische Privilegierung von Ärzten aus unterversorgten Regionen bei Nachweis mindestens fünfjähriger vertragsärztlicher Tätigkeit in einem unterversorgten Planungsbereich (für Neufälle)	I.9.	
31	Art. 1 Nr. 46	§ 106a	Korrektur GKV-VSG	• Korrektur eines redaktionellen Fehlers	-	
32	Art. 1 Nr. 47	§ 106b	Heil-/ Hilfsmittel	• Folgeänderung zu § 32	zu II.1.	
33	Art. 1 Nr. 51	§ 116a	Ambulanzen	• Überprüfung der Ermächtigung von Krankenhäusern alle 2 Jahre	II.5.	
34	Art. 1 Nr. 52	§ 116b	ASV	• Einschränkung auf schwere Verlaufsformen bei Krankheiten mit besonderen Krankheitsverläufen wird bei onkologischen und bei rheumatologischen Erkrankungen gestrichen • Bestandsschutz für Krankenhäuser nach § 116b a. F. wird auf drei Jahre befristet • Schaffung der Möglichkeit, dass Krankenhäuser die Kassenärztlichen Vereinigungen mit der Abrechnung der ASV beauftragen können (Umsetzung Bundesrat); die Abrechnung von ASV-Leistungen wird auf öffentlich-rechtliche Stellen begrenzt (Streichung § 116b Abs. 6 Satz 16 und § 295 Abs. 5 SGB V).	I.10.	
35	Art. 1 Nr. 53	§ 117	Ambulanzen	• Streichen fakultativen Überweisungsverbahls bei Forschung und Lehre • Seltene Erkrankungen (Verdeutlichung in der Begründung) • Bereinigung der fachärztlichen Gesamtvergütung wegen Verlagerungseffekten auf die Hochschulambulanzen (Hinweis in der Begründung des ÄA) • Ermächtigung der Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG	I.11. III.18.	
36	Art. 1 Nr. 53a	§ 118	Ambulanzen	• Einrichtung von PIAs aus Versorgungsgründen (Vorschlag BR)	II.3.	
37	Art. 1 Nr. 53b	§ 118a	Ambulanzen	• Ermächtigung geriatrischer Rehabilitationskliniken	III.12.	
38	Art. 1 Nr. 56	§ 120	Ambulanzen	• Aufhebung der Begrenzungsregelung bei Hochschulambulanzen • Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen (§ 75 SGB V Abrechnungsunterlagen; Beteiligungsregelung wird umgesetzt.)	I.11. A1.8.	
39	Art. 1 Nr. 57	§ 125	Heil-/ Hilfsmittel	• Angleichung der Preise für Heilmittel	II.1.	
40	Art. 1 Nr. 60a	§ 132e	Impfung	• Impfvereinbarungen (Die Bestimmungen eines bisherigen Vertrages sollen bis zur Entscheidung der	A2.2.	

				Schiedsperson vorläufig weiter gelten. So könnten vertragslose Zustände nach Kündigung der jeweils aktuellen Impfvereinbarung verhindert werden und der Verhandlungsdruck auf die Kassenärztlichen Vereinigungen wird erhöht.		
41	Art. 1 Nr. 64	§ 137c	NUB	<ul style="list-style-type: none"> • Beibehaltung von § 137c Absatz 3 (Regelung noch präziser formulieren, um Regelungsziel zu verdeutlichen) 	I.12.	
42	Art. 1 Nr. 66	§ 137h	NUB	<ul style="list-style-type: none"> • rückwirkende Gewährung von NUB-Entgelten für neue Methoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse • Klarstellung der Einbeziehung aktiver, implantierbarer Medizinprodukte (Einschränkung "besonders invasiver Charakter der Anwendung" bereits in Regierungsentwurf enthalten, nähere Konkretisierung in Rechtsverordnung) • Schrittinnovationen sollen vom Verfahren nicht erfasst werden (ist bereits im GKV-VSG, Begründung zu § 137h Absatz 2 enthalten) 	I.13.	
43	Art. 1 Nr. 69	§ 140a	Selektivverträge	<ul style="list-style-type: none"> • Einschränkung Sicherstellungsauftrag: Klarstellung, dass der Sicherstellungsauftrag der KVen in dem Umfang eingeschränkt ist, in dem Leistungen der Regelversorgung in den Selektivverträgen erbracht werden. • Ermächtigte Einrichtungen: Klarstellung, dass mit zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigten Einrichtungen (wie bisher) Verträge über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung abgeschlossen werden können. • Übertragung Zulassungsstatus: Klarstellung, dass in allen Verträgen nach § 140a sich die Vertragspartner darauf verständigen können, Leistungen zu erbringen, die nicht vom eigenen, aber vom Zulassungsstatus des anderen Vertragspartners gedeckt sind (Forderung aller Kassenverbände; entspricht dem geltenden Recht bei der integrierten Versorgung) • Add-On- und Strukturverträge: Klarstellung in der Begründung, dass "add on" Leistungen erbracht werden können und Strukturverträge nach § 73a SGB V weiterhin möglich sind. • Ausnahme von der Bereinigungspflicht Kleinverträge 	II.4.	
44	Art. 1 Nr. 74	§ 220	Gesundheitsfonds	<ul style="list-style-type: none"> • Streichung der Regelung zur externen Wirtschaftsprüfung des Gesundheitsfonds 	I.14.	
45	Art. 1 Nr. 76a	§ 257	Beitragsrecht	<ul style="list-style-type: none"> • Berücksichtigung des durchschnittlichen Zusatzbeitragsatzes beim Beitragszuschuss für privat versicherte Bezieher von Kurzarbeitergeld 	III.14.	
46	Art. 1 Nr. 82	§ 279	MDK	<ul style="list-style-type: none"> • III. Bank: Pflegeberufe und die Vertreter der Pflegebedürftigen werden durch einen Expertenbeirat einbezogen. • MDK-Verwaltungsrat-Wählbarkeit hauptamtlicher Krankenkassenmitarbeiter bei Schaffung einer Begrenzung für diese Personengruppe auf höchstens 25 % aller Mitglieder des Verwaltungsrats 	I.15.	
47	Art. 1 Nr. 84	§ 284	Rechtsbereinigung	<ul style="list-style-type: none"> • Zu § 284 Abs. 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V: Prüfung, ob im Rahmen der Rechtsbereinigung die Hinweise auf den Sozialausgleich und die Durchführung des Risikopools gestrichen werden können. 	A3.3.	
48	Art. 1 Nr. 85	§ 295	ASV	<ul style="list-style-type: none"> • Folgeänderung zu § 116b ASV 	zu I.10.	
49	Art. 2 Nr. 4	§ 79b	KV_KBV	<ul style="list-style-type: none"> • Fachausschuss Psychotherapeuten; Vorschlag wird umgesetzt: keine Begrenzung auf überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte 	I.5.	
50	Art. 2 Nr. 19	§ 296	Wirtschaftlichkeitsprüfung	<ul style="list-style-type: none"> • Überschriftenanpassung, Wirtschaftlichkeitsprüfungen 	A1.9.	
51	Art. 2 Nr. 20	§ 297	Wirtschaftlichkeitsprüfung	<ul style="list-style-type: none"> • Überschriftenanpassung, Wirtschaftlichkeitsprüfungen 	A1.10.	
52	Art. 3 Nr. 1-2	SGB III §§ 26 ff.	Blut-/ Organspende	<ul style="list-style-type: none"> • Einbeziehung von Spendern von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen 	zu III.16.	

53	Art. 5 Nr. 0	SGB XI § 44a	Pflege	<ul style="list-style-type: none"> • Änderung der Berechnungsgrundlage für den Zuschuss der Pflegeversicherung während Pflegezeit 	III.15.	
54	Art. 8 Nr. 3	KVLG § 9	Korrektur GKV-VSG	<ul style="list-style-type: none"> • Redaktionelle Korrektur einer fehlerhaften Absatzbezeichnung 	-	
55	Art. 14 Nr. 0	ÄrzteZV § 16	Zulassung	<ul style="list-style-type: none"> • Folgeregelung zu § 100 Abs. 2 SGB V 	I.9.	
56	Art. 14 Nr. 2	ÄrzteZV § 32	Weiterbildung Allgemeinmedizin	<ul style="list-style-type: none"> • Weiterbeschäftigung nach Abschluss der Weiterbildung und vor Erteilung der Zulassung 	I.4.	
57	Art. 20 Nr. 0	In- krafttre- ten	bVE Pflege	<ul style="list-style-type: none"> • Inkrafttreten des Artikels 1 Nr. 16, § 47a SGB V zum 1.1.2016 • rückwirkendes Inkrafttreten des Artikels 5 Nr. 0, § 44a Absatz 1 SGB XI zum 1.1.2015 	III.6.	

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 1

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 2 (§ 11 SGB V)

(Veränderte Rechtsgrundlage für den Anspruch auf
Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmei-
nung als Satzungsleistung)

Artikel 1 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

- .2. In § 11 Absatz 4 Satz 6 werden die Wörter "nach den §§ 140a bis 140d" durch die Angabe "nach § 140a" ersetzt.'

Begründung

Wie im Gesetzentwurf vorgesehen, sollen die Krankenkassen neben dem neu geregelten Zweitmeinungsanspruch nach § 27b – neu – weiterhin die Möglichkeit besitzen, die Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung als Satzungsleistung anzubieten. Allerdings soll die dafür zu schaffende Satzungsermächtigung an anderer Stelle im Gesetz geregelt werden.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Schaffung einer Rechtsgrundlage für Zweitmeinungen als Satzungsleistungen in § 11 Absatz 6 wird gestrichen. Die Möglichkeit, Zweitmeinungen als Satzungsleistungen anzubieten, wird nunmehr unmittelbar in § 27b normiert. Satzungsleistungen nach § 11 Absatz 6 werden bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung der standardisierten Aufwendungen für satzungsgemäße Mehr- und Erprobungsleistungen nicht berücksichtigt (§ 270 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe a). Durch die Verortung der Satzungsleistungen in § 27b sind Aufwendungen der Krankenkassen für Zweitmeinungen als Satzungsleistungen ebenso wie alle anderen Satzungsleistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 11 Absatz 6 und § 53 zuweisungsrelevant.

Im Übrigen entspricht der Änderungsbefehl zu § 11 Absatz 4 inhaltlich weiterhin Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe a des Gesetzentwurfs.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 2

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 4a – neu (§ 23 SGB V)

(entsprechende Anwendung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 9 SGB IX bei medizinischen Vorsorgeleistungen)

Nach Artikel 1 Nummer 4 wird folgende Nummer 4a – neu – eingefügt:

4a. In § 23 Absatz 5 Satz 1 werden nach dem Wort "Einzelfalls" die Wörter "unter entsprechender Anwendung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten nach § 9 des Neunten Buches" eingefügt.'

Begründung

Mit dieser Ergänzung wird eine entsprechende Anwendung des in § 9 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geregelten Wunsch- und Wahlrechts Versicherter auch bei Entscheidungen der Krankenkassen über stationäre Vorsorgeleistungen nach § 23 Absatz 4 bestimmt. Nach dem geltenden § 23 Absatz 5 Satz 1 bestimmt die Krankenkasse nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der stationären Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 23 Absatz 4 sowie die Vorsorgeeinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen. Mit dieser Änderung wird – wie durch die in § 40 Absatz 3 Satz 1 für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation vorgesehene Regelung – die eigenverantwortliche Gestaltung der Lebensumstände der Versicherten durch die entsprechende Anwendung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten nach § 9 SGB IX gestärkt. Hiernach müssen die Krankenkassen bei ihrer Entscheidung berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprechen. Die Entscheidung der Krankenkasse muss namentlich auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht nehmen (§ 9 Absatz 1 Satz 1 und 2 SGB IX). Zwar handelt es sich hier nicht um Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, da aber eine vergleichbare Situation vorliegt, ist eine entsprechende Anwendung des Wunsch- und Wahlrechts sachgerecht.

Die entsprechende Anwendung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 9 SGB IX gilt im Übrigen auch für Leistungen zur medizinischen Vorsorge für Mütter und Väter. Dies ist durch die bestehende Verweisung in § 24 Absatz 2 auf die Regelungen in § 23 Absatz 5 sichergestellt.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 3

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 6 (§ 27 SGB V)

(Mögliche Übertragung der Erstattung der Entgeltfortzahlung an Arbeitgeber auf Dritte)

In Artikel 1 Nummer 6 Buchstabe c werden im neuen Satz 5 das Wort "kann" durch das Wort "können" ersetzt und nach den Wörtern "Fahrkosten des Spenders" die Wörter "und die Erstattung der Entgeltfortzahlung an den Arbeitgeber nach § 3a Absatz 2 Satz 1 des Entgeltfortzahlungsgesetzes" eingefügt.

Begründung

Mit der im Gesetzentwurf vorgesehenen Ergänzung des § 27 Absatz 1a um die Sätze 5 und 6 wird eine gesetzliche Grundlage für Vereinbarungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen mit Dritten geschaffen, in denen geregelt werden kann, dass z. B. Knochenmarkspenderdateien die Ansprüche der Spender auf Erstattung von Fahrkosten gegenüber den Krankenkassen der Empfänger von Blutstammzellen erfüllen sollen.

Um die Anonymität der Spender möglichst zu wahren und im Sinne einer Verringerung des Verwaltungsaufwands wird dieses Verfahren mit der vorliegenden Änderung auch für eine Übertragung der Erstattung des Verdienstaufwands nach § 3a Absatz 2 Satz 1 des Entgeltfortzahlungsgesetzes auf Dritte anwendbar. Nach dieser Vorschrift ist dem Arbeitgeber von der Krankenkasse des Empfängers von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen (vgl. hierzu Änderungen des Entgeltfortzahlungsgesetzes in Artikel 7 des Gesetzentwurfs) das an den Spender fortgezahlte Arbeitsentgelt auf Antrag zu erstatten.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 4

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 7 (§ 27b SGB V – neu)

(Besondere Expertise zur Erbringung der Zweitmeinung, telemedizinische Erbringung, zusätzliche Satzungsleistungen, Befundunterlagen)

In Artikel 1 Nummer 7 wird § 27b – neu – wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 werden die Sätze 2 bis 4 durch die folgenden Sätze ersetzt:

"Er legt indikationsspezifische Anforderungen an die Abgabe der Zweitmeinung zum empfohlenen Eingriff und an die Leistungserbringer nach Absatz 3 fest, um eine besondere Expertise zur Zweitmeinungserbringung zu sichern. Kriterien für die besondere Expertise sind insbesondere eine langjährige fachärztliche Tätigkeit in einem Fachgebiet, das für die Indikation zum Eingriff maßgeblich ist, Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung in diesem Bereich sowie über Therapiealternativen und, falls erforderlich zusätzlich, Erfahrungen mit der Durchführung des jeweiligen Eingriffs, regelmäßige gutachterliche Tätigkeit in einem für die Indikation maßgeblichen Fachgebiet oder besondere Zusatzqualifikationen, die für die Beurteilung einer gegebenenfalls interdisziplinär abzustimmenden Indikationsstellung von Bedeutung sind. Der Gemeinsame Bundesausschuss berücksichtigt bei den Festlegungen nach Satz 2 die Möglichkeiten einer telemedizinischen Erbringung der Zweitmeinung. Er beschließt die Festlegungen nach den Sätzen 1 und 2 erstmals bis zum 31. Dezember 2015."

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

"(3) Zur Erbringung einer Zweitmeinung sind berechtigt:

1. zugelassene Ärzte,
2. zugelassene medizinischen Versorgungszentren,
3. ermächtigte Ärzte und Einrichtungen,
4. zugelassene Krankenhäuser sowie

5. nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, die zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen,
soweit sie die Anforderungen nach Absatz 2 Satz 2 erfüllen."

c) Dem Absatz 4 werden die folgenden Sätze angefügt:

"Der Arzt hat den Versicherten bei der Aufklärung auf sein Recht auf Überlassung von Abschriften notwendiger Befundunterlagen aus der Patientenakte gemäß § 630g Absatz 2 Bürgerliches Gesetzbuch hinzuweisen. Die Kosten, die dem Arzt durch die Zusammenstellung und Überlassung von Befundunterlagen für die Zweitmeinung entstehen, trägt die Krankenkasse."

d) Folgender Absatz 6 wird angefügt:

"(6) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung vorsehen. Sofern diese die vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmten Eingriffe nach Absatz 2 Satz 1 betreffen, müssen sie die Anforderungen nach Absatz 2 Satz 2 erfüllen, die der Gemeinsame Bundesausschuss festgelegt hat. Dies gilt auch, wenn die Krankenkasse ein Zweitmeinungsverfahren im Rahmen von Verträgen der besonderen Versorgung nach § 140a anbietet."

Begründung

Zu Buchstabe a

Die Neufassung des Satzes 2 stellt klar, dass durch die Anforderungen, die der Gemeinsame Bundesausschuss an die Abgabe der Zweitmeinung und hierfür geeignete Leistungserbringer festlegt, ein besonderer Sachverstand bei der Zweitmeinungserbringung zu gewährleisten ist. Dies ist erforderlich, damit die Funktion der Zweitmeinung zur qualifizierten Überprüfung der Indikationsstellung bei sogenannten mengenanfälligen Eingriffen erfüllt werden kann.

Satz 3 (neu) gibt dem Gemeinsamen Bundesausschuss wesentliche Kriterien für die nach Satz 2 geforderte besondere Expertise zur Zweitmeinungserbringung gesetzlich vor. Diese verdeutlichen, dass die Zweitmeinung nur durch spezialisierte Fachleute und Einrichtungen und nicht durch jeden beliebigen Arzt oder jede beliebige Einrichtung erbracht werden soll. Dabei sind die langjährige fachärztliche Tätigkeit in einem für den Eingriff maßgeblichen Fachgebiet und Kenntnisse des aktuellen Forschungsstandes in dem betreffenden Gebiet sowie über Therapiealternativen als Mindestkriterien festgelegt, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss durch die zusätzlich aufgeführten Kriterien (u.a. besondere Zusatzqualifikationen) ergänzt werden können. Soweit er es für notwendig erachtet, kann der Gemeinsame Bundesausschuss danach u. a. auch Erfahrungen der Durchführung belegt z.B. durch eine Mindestzahl entsprechender Eingriffe fordern. Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses ist es, die Anforderungen für die von ihm bestimmten Eingriffe auf der Grundlage der vorgegebenen Kriterien zu konkretisieren oder auch kumulativ zu verbinden und sie für die unterschiedlichen Leistungserbringer nach Absatz 3 auszugestalten. Die Kriterien

sind zudem nicht abschließend vorgegeben, sondern können vom Gemeinsamen Bundesausschuss durch weitere ergänzt werden, wie die Formulierung "insbesondere" deutlich macht.

Die Regelung in Satz 4 (neu) gibt dem Gemeinsamen Bundesausschuss auf, bei den Festlegungen zur Zweitmeinung auch die Möglichkeiten der telemedizinischen Erbringung einzubeziehen. Er hat danach indikationsbezogen zu entscheiden, ob eine körperliche Untersuchung durch den Zweitmeinungsarzt erforderlich ist oder, ob indikationsbezogen auch eine telemedizinische Erbringung möglich ist. Letzteres kann etwa dann in Betracht kommen, wenn es um eine reine Zweitbegutachtung von Befundunterlagen (z.B. zur Interpretation einer Bildgebung) geht. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bei den Festlegungen berufsrechtliche Vorgaben zu beachten.

Zu Buchstabe b

Durch die Ergänzung des Absatzes 3 um eine neue Nummer 5 soll der Kreis der möglichen Leistungserbringer für die Erbringung einer Zweitmeinung erweitert werden. So sollen auch nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärztinnen und Ärzte (z.B. ausschließlich privatärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte) zur Erbringung einer Zweitmeinung berechtigt sein. Diese nehmen dann zu diesem Zweck ausnahmsweise an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Die Regelung stellt damit eine Ausnahme von der Vorschrift des § 95 Absatz 1 Satz 1 dar, nach der nur die dort genannten Ärztinnen und Ärzte und Einrichtungen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

Zu Buchstabe c

Die Regelung verpflichtet den Arzt, bei der Aufklärung über das Recht zur Einholung einer Zweitmeinung auch auf das Recht zur Einsichtnahme in die Behandlungsdokumentation hinzuweisen. Hierzu zählen auch die Befundunterlagen, auf denen die Indikationsstellung beruht. Der Arzt hat dem Patienten Abschriften, gegebenenfalls auch in elektronischer Form, auszuhändigen. Für Röntgenbilder gilt insbesondere § 28 Absatz 8 Röntgenverordnung. Hierdurch wird ein effektives Verfahren ermöglicht, bei dem z.B. radiologische Untersuchungen nicht unnötig wiederholt werden müssen, wenn der Versicherte sich zur Einholung einer Zweitmeinung entscheidet. Dabei verzichtet die Regelung auf eine direkte Pflicht zur Übergabe der Unterlagen, um überflüssigen Aufwand und Kosten für den Fall zu vermeiden, dass der Versicherte eine Zweitmeinung gar nicht einholen will. Der Versicherte kann die Übergabe einer Abschrift der Befundunterlagen sowie die Überlassung z.B. von Röntgenbildern unmittelbar, aber auch zu einem späteren Zeitpunkt verlangen. Für die Zusammenstellung und Überlassung der Befundunterlagen im Falle des Zweitmeinungsanspruchs schreibt die Regelung darüber hinaus abweichend zu § 630g Absatz 2 Satz 2 Bürgerliches Gesetzbuch die Kostentragung durch die Krankenkasse des Versicherten vor. Dies umfasst auch den Aufwand, der dem Arzt durch die Zusammenführung und gegebenenfalls notwendige Aufbereitung der Befundunterlagen entsteht.

Zu Buchstabe d

Wie bereits im Gesetzentwurf vorgesehen, sollen die Krankenkassen im Hinblick auf den neu geregelten Zweitmeinungsanspruch weiterhin die Möglichkeit besitzen, für die Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung zusätzliche Satzungsleistungen anzubieten. Allerdings wird die dafür zu schaffende Satzungsermächtigung mit der Regelung in Absatz 6 Satz 1 nunmehr unmittelbar in der Zweitmeinungsvorschrift verankert. Die Formulierung greift den mit dem Gesetzentwurf zunächst in § 11 Absatz 6 vorgesehenen Regelungsgehalt auf und überführt ihn in die

vorliegende Bestimmung. Satzungsleistungen nach § 11 Absatz 6 werden bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung der standardisierten Aufwendungen für satzungsgemäße Mehr- und Erprobungsleistungen nicht berücksichtigt (§ 270 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe a). Durch die Regelung der Satzungsleistungen in § 27b sind Aufwendungen der Krankenkassen für Zweitmeinungen als Satzungsleistungen ebenso wie alle anderen Satzungsleistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 11 Absatz 6 und § 53 zuweisungsrelevant. Hierdurch wird die Umsetzung weiterer Zweitmeinungsangebote stärker gefördert, da die Krankenkassen durch die Berücksichtigung der hierfür entstehenden Kosten bei der Ermittlung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds finanziell unterstützt werden.

Die Regelung in Satz 2 gewährleistet, dass die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur qualitativen Absicherung der Zweitmeinungserbringung bei kassenspezifischen Angeboten eingehalten werden müssen, wenn diese die nach Absatz 2 Satz 1 ausgewählten Indikationsstellungen betreffen. Satz 3 ordnet die Geltung der Anforderungen gleichermaßen für Zweitmeinungsangebote der Krankenkassen an, die im Rahmen von Verträgen der besonderen Versorgung erbracht werden.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 5

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 7a – neu (§ 28 SGB V)

(Delegation psychotherapeutische Behandlung)

Nach Artikel 1 Nummer 7 wird folgende Nummer 7a – neu – eingefügt:

,7a. Nach § 28 Absatz 3 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.“

Begründung

Nach § 28 Absatz 1 Satz 2 gehört zur ärztlichen Behandlung auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten ist. Die Regelung gilt nach Absatz 2 Satz 10 für die zahnärztliche Behandlung entsprechend. In Absatz 3 Satz 2 – neu – wird nunmehr klargestellt, dass auch für die psychotherapeutische Behandlung die gleichen Grundsätze gelten. Dabei können beispielsweise administrative Tätigkeiten, wie die Unterstützung des Psychotherapeuten bei der Erstellung eines Berichts oder eines Gutachtens als auch vorbereitende oder behandlungsergänzende Maßnahmen an Dritte delegiert werden. Die Vorgaben in dem Bundesmantelvertrag sind zu überprüfen und im Hinblick auf Delegationsmöglichkeiten im psychotherapeutischen Bereich anzupassen.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 6

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 7b – neu (§ 32 SGB V)

(langfristiger Heilmittelbedarf)

Nach Artikel 1 Nummer 7a wird folgende Nummer 7b – neu – eingefügt:

,7a. § 32 Absatz 1a wird wie folgt gefasst:

„(1a) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in seiner Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 das Nähere zur Heilmittelversorgung von Versicherten mit langfristigem Behandlungsbedarf. Er hat insbesondere zu bestimmen, wann ein langfristiger Heilmittelbedarf vorliegt, und festzulegen, ob und inwieweit ein Genehmigungsverfahren durchzuführen ist. Ist in der Richtlinie ein Genehmigungsverfahren vorgesehen, so ist über die Anträge innerhalb von vier Wochen zu entscheiden; ansonsten gilt die Genehmigung nach Ablauf der Frist als erteilt. Soweit zur Entscheidung ergänzende Informationen des Antragstellers erforderlich sind, ist der Lauf der Frist bis zum Eingang dieser Informationen unterbrochen.“

Begründung

Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband haben insbesondere auch aufgrund einer Befragung von Ärztinnen und Ärzten, Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Krankenkassen festgestellt, dass das derzeitige Verfahren der Heilmittelversorgung von Versicherten mit langfristigem Behandlungsbedarf von Vielen als hochkomplex und bürokratisch wahrgenommen wird. Dies führt dazu, dass bestehende Möglichkeiten, Heilmittel auch ohne vorherige Genehmigung langfristig in Anspruch zu nehmen, vielfach nicht wahrgenommen werden und der vom Gesetzgeber angestrebte Entlastungseffekt nicht erreicht wird.

Wesentliche Ursache hierfür ist, dass den Krankenkassen sowohl in dem Merkblatt des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Genehmigung langfristiger Heilmittelbehandlungen als auch in der Vereinbarung der KBV und des GKV-Spitzenverbandes über Praxisbesonderheiten für Heilmittel nach § 84 Abs. 8 Satz 3 SGB V ein Wahlrecht eingeräumt wird, ein Genehmigungsverfahren durchzuführen oder darauf zu verzichten.

Erschwerend kommt hinzu, dass das Verfahren der Versorgung von Versicherten mit langfristigem Heilmittelbedarf in vielfältigen Rechtsquellen wie der Heilmittelrichtlinie des G-BA, dem Merkblatt und der o.g. Vereinbarung sowie zusätzlichen Rundschreiben etc. auf Seiten der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen geregelt und erläutert wird und damit für die Beteiligten sehr unübersichtlich geworden ist.

Mit den nunmehr in § 32 Absatz 1a SGB V vorgesehenen Änderungen sollen die Aufgaben und Spielräume des G-BA normenklar gesetzlich geregelt werden, damit dieser in der Heilmittelrichtlinie ein praktikables, weniger komplexes Verfahren für die Heilmittelversorgung von Versicherten mit langfristigem Behandlungsbedarf verankern kann.

Dabei obliegt es dem G-BA, in der Richtlinie anhand konkreter Kriterien zu bestimmen, wann ein langfristiger Heilmittelbedarf anzunehmen ist. Dies kann – wie derzeit in der Anlage des Merkblatts des G-BA zur Genehmigung langfristiger Heilmittelbehandlungen umgesetzt – in Form einer Diagnoseliste erfolgen. Diese Festlegungen des G-BA sind auch in der Vereinbarung über die besonderen Verordnungsbedarfe nach § 106b Absatz 2 im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu berücksichtigen.

Darüber hinaus hat er zu regeln, ob und gegebenenfalls in welchen Fällen ein Genehmigungsverfahren durchgeführt werden soll. Angesichts der nachvollziehbaren Kritik an der bisherigen Wahlmöglichkeit der Krankenkassen und im Hinblick darauf, dass eine medizinisch fachliche Bewertung nicht von der Kassenzugehörigkeit der Versicherten abhängig sein kann, ist eine einheitliche Regelung ohne Rücksicht auf die Kassenzugehörigkeit sachgerecht. Der G-BA hat auch den Spielraum, zu entscheiden, ob er gänzlich auf ein Genehmigungsverfahren verzichtet oder ob er z.B. für bestimmte Fälle, in denen er eine medizinische Prognose für schwierig hält, ein Genehmigungs- oder Begutachtungsverfahren vorsieht.

Der G-BA hat – wie schon im geltenden Recht – auch nach dem neuen § 32 Absatz 1a SGB V das gesetzgeberische Ziel, die Behandlungskontinuität der Versicherten zu fördern und sie sowie die behandelnden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte von unnötigem bürokratischen Aufwand zu entlasten, zu berücksichtigen.

Sofern der G-BA weiterhin Genehmigungsverfahren vorsehen sollte, gelten weiterhin die in den bisherigen Sätzen 3 und 4 enthaltenen Vorgaben.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 7

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 9 (§ 39 SGB V)

(Entlassmanagement: apothekenrechtliches Zuweisungsverbot; stärkere Einbeziehung der pflegerischen Versorgung in das Entlassmanagement; Packungsgröße)

In Artikel 1 Nummer 9 Buchstabe b wird § 39 Absatz 1a – neu – wie folgt geändert:

a) Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

"§ 11 des Apothekengesetzes bleibt unberührt."

b) Im neuen Satz 5 wird der Punkt am Ende durch die Wörter "; soweit Hilfen durch die Pflegeversicherung in Betracht kommen, kooperieren Kranken- und Pflegekassen miteinander." ersetzt.

c) Im neuen Satz 7 werden die Wörter "die jeweils kleinste Packung" durch die Wörter "eine Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen" ersetzt.

d) Im neuen Satz 9 werden nach den Wörtern "der Spitzenverband Bund der Krankenkassen" die Wörter "auch als Spitzenverband Bund der Pflegekassen" eingefügt.

e) Im neuen Satz 10 werden nach dem Wort "Apotheker" die Wörter "sowie den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene" eingefügt.

Begründung

Zu Buchstabe a

Gemäß § 11 des Apothekengesetzes dürfen Apotheken mit Ärztinnen und Ärzten oder anderen Personen, die sich mit der Behandlung von Krankheiten befassen, keine Rechtsgeschäfte vornehmen oder Absprachen treffen, die u.a. die Zuweisung von Verschreibungen oder die Zuführung von Patientinnen und Patienten zum Gegenstand haben.

Der Bundesgerichtshof hat jedoch im Jahr 2014 den Gestaltungsspielraum für Kooperationen von Krankenhäusern u.a. mit Apotheken beim Entlassungsmanagement erweitert und entschieden, dass die neueren Regelungen zum Entlassmanagement als *lex specialis* zum apothekenrechtlichen Zuweisungsverbot zu sehen sind.

Das Zuweisungsverbot soll eine Abhängigkeit der Apothekerinnen und Apotheker von Ärztinnen und Ärzten oder Krankenhauspersonal verhindern und das Prinzip der freien Apothekenwahl absichern. Damit soll auch verhindert werden, dass die flächendeckende und wohnortnahe Arzneimittelversorgung der Bevölkerung gefährdet wird. Zudem sollen durch das Zuweisungsverbot korruptionsanfällige unerwünschte Formen der Zusammenarbeit sowie eine unzulässige Einflussnahme auf die eigenverantwortliche Leitung der Apotheke durch die Apothekeninhaberin und den Apothekeninhaber verhindert werden. Dies gilt auch im Rahmen des Entlassmanagements. Durch die Änderung wird daher ausdrücklich klargestellt, dass auch insoweit das Zuweisungsverbot zu beachten ist.

Zu Buchstabe b

Das Entlassmanagement ist Teil der Leistungen der Krankenversicherung. Es ist daher sachgerecht, dass das Krankenhaus bzw. die Krankenversicherung dafür zuständig sind, das Entlassmanagement durchzuführen und zu steuern bzw. dies zu unterstützen, und ein entsprechender Anspruch gegen sie besteht. Soweit Leistungen der Pflegeversicherung im Rahmen des Versorgungsmanagements im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt in Betracht kommen, soll im Rahmen dieses Entlassmanagements auch die Pflegeversicherung in die Durchführung der erforderlichen Maßnahmen eingebunden werden. Der Verweis in Satz 2 auf § 11 Absatz 4 Satz 4 trägt dieser Intention bereits Rechnung. Mit der vorliegenden Ergänzung wird dies darüber hinaus dahingehend konkretisiert, dass Kranken- und Pflegekasse im Interesse der Versicherten kooperieren sollen, um ein individuell sachgerechtes Versorgungsmanagement sicherzustellen, soweit im Einzelfall ebenfalls Hilfen durch die Pflegeversicherung in Betracht kommen. Dies gilt auch für Versicherte, die keine Pflegestufe haben, die aufgrund einer dauerhaften erheblichen Einschränkung ihrer Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI jedoch gleichfalls Ansprüche auf Pflegeleistungen gegen die Pflegeversicherung geltend machen können (sogenannte Pflegestufe 0).

Zu Buchstabe c

Bei der Verordnung von Arzneimitteln haben Krankenhäuser eine Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß Packungsgrößenverordnung zu verordnen. Bei der Bestimmung des kleinsten Packungsgrößenkennzeichens gemäß Packungsgrößenverordnung ist die DIMDI-Verwaltungsvorschrift heranzuziehen. Durch die Änderung wird klargestellt, dass eine Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen zu verordnen ist und nicht etwa innerhalb der Packungen mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß Packungsgrößenverordnung eine erneute Auswahl der Größe nach zu treffen ist, obwohl wegen der Spannbreitenregelung in § 1 Absatz 1 Satz 2 der Packungsgrößenverordnung nicht alle Packungen einer Packungsgröße die gleiche Anzahl an Tabletten enthalten.

Zu Buchstabe d

Den unter Buchstabe a dargelegten Aspekten wird ebenfalls dadurch Rechnung getragen, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch in seiner Eigenschaft als Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemäß § 53 Elftes Buch an der Erarbeitung und am Abschluss des Rahmenvertrages nach Satz 9 mitwirken soll.

Zu Buchstabe e

Die vorliegende Ergänzung trägt der Regelung Rechnung, dass auch Pflegeeinrichtungen in das Versorgungsmanagement einzubeziehen sind (§ 11 Absatz 4 Satz 4). Es ist daher sachgerecht und folgerichtig, dass auch den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vor Abschluss des Rahmenvertrages nach Satz 9 Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben wird.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 8

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 10a – neu (§ 41 SGB V)

(Entlassmanagement bei Rehabilitationsleistungen
für Mütter und Väter)

Nach Artikel 1 Nummer 10 wird folgende Nummer 10a – neu – eingefügt:

,10a. In § 41 Absatz 1 Satz 4 werden nach den Wörtern "§ 40 Absatz 2 Satz 3" die Wörter "und 4" eingefügt.'

Begründung

Im Gesetzentwurf ist nach dem neuen § 40 Absatz 2 Satz 4 vorgesehen, dass die Regelungen zum Entlassmanagement nach Krankenhausaufenthalt nach der neuen Regelung des § 39 Absatz 1a bei stationären Aufenthalten zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 Absatz 2 entsprechend angewendet werden. Es ist sachgerecht, dass dies auch für die besondere Leistungsform der medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter gilt. Deshalb wird durch eine ausdrückliche Verweisung bestimmt, dass der neue § 40 Absatz 2 Satz 4 für Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter nach § 41 entsprechend gilt.

Durch die bereits bestehende Verweisung in § 41 Absatz 2 auf § 40 Absatz 3 ist im Übrigen sichergestellt, dass die im Gesetzentwurf vorgesehene Ergänzung des § 40 Absatz 3 Satz 1 zur Beachtung des in § 9 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation geregelten Wunsch- und Wahlrechts auch für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter nach § 41 gilt. Nach § 40 Absatz 3 Satz 1 bestimmt die Krankenkasse nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen. Hierzu wird neu geregelt, dass die Entscheidung der Krankenkasse unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 9 SGB IX zu erfolgen hat. Dies gilt nach dem Verweis in § 41 Absatz 2 auch für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter. Die Entscheidung der Krankenkasse muss also auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht nehmen (§ 9 Absatz 1 Satz 1 und 2 SGB IX). Im Übrigen wird eine

entsprechende Anwendung des Wunsch- und Wahlrechts auch für Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach den §§ 23, 24 geregelt.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 9

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 11 (§ 43b SGB V – neu)

(Klarstellungen zu nichtärztlichen Leistungen für
versicherte Erwachsene mit geistiger Behinderung
oder schweren Mehrfachbehinderungen)

In Artikel 1 Nummer 11 wird § 43b – neu – wie folgt geändert:

- a) Vor dem Wort "Erwachsene" wird das Wort "Versicherte" eingefügt und wird das Wort "sozialmedizinische" gestrichen.
- b) Folgender Satz wird angefügt:

"Dies umfasst auch die im Einzelfall erforderliche Koordinierung von Leistungen."

Begründung

Der neue § 43b im Gesetzentwurf sieht flankierend zum neuen § 119c, der medizinische Behandlungszentren zur ambulanten Behandlung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen ermächtigt, einen Anspruch auf bestimmte nichtärztliche Leistungen vor.

Zur Fassung des § 43b im Gesetzentwurfs werden im Kern zwei Änderungen vorgenommen: Zum Einen wird durch die Einfügung des Wortes "Versicherte" vor dem Wort "Erwachsene" (Buchstabe a) klargestellt, dass nur in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Erwachsene einen Leistungsanspruch haben. Dies entspricht insoweit auch der Formulierung des geltenden § 43a. Zum Anderen wird durch die Streichung des Wortes "sozialmedizinische" (Buchstabe a) und die Anfügung des Satzes, dass die Leistungen die im Einzelfall erforderliche Koordinierung von Leistungen umfassen (Buchstabe b) der Leistungsinhalt konkretisiert. Es handelt sich um nichtärztliche Leistungen, insbesondere psychologische, therapeutische und psychosoziale Leistungen, die auch die im Einzelfall erforderliche Koordinierung von Leistungen umfassen.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 10

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 12 (§ 43c SGB V)

(Abweichende Vereinbarungen zum Zahlungsweg
der Krankenhauszuzahlungen)

Artikel 1 Nummer 12 wird wie folgt gefasst:

,12. Der bisherige § 43b wird § 43c und dem neuen § 43c Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

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

Begründung

Wegen des mit dem Gesetzentwurf vorgesehenen flankierenden Leistungsanspruchs zu den medizinischen Behandlungszentren in § 43b – neu – verschiebt sich die Regelung zum Zahlungsweg in § 43c – neu. Mit der vorliegenden Änderung wird die dortige Regelung in Absatz 3 über den Zahlungsweg der Krankenhauszuzahlungen durch eine Vereinbarungsbefugnis von Krankenkassen und Krankenhäusern ergänzt, damit der Zahlungseinzug in diesen Fällen effektiver umgesetzt werden kann.

Nach der bisherigen gesetzlichen Regelung in Verbindung mit der Vereinbarung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Umsetzung der Kostenerstattung nach § 43b Absatz 3 Satz 9 SGB V (Zuzahlungsvereinbarung – ZuzV) vom 13. Dezember 2010 ziehen die Krankenhäuser fällige Zuzahlungen für die stationäre Behandlung beim Patienten selbständig ein. Der Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse verringert sich entsprechend. Leistet ein Versicherter die Zuzahlung nicht bereits bei seiner Entlassung oder nach einer gesonderten schriftlichen Zahlungsaufforderung durch das Krankenhaus, erlässt das Krankenhaus diesem gegenüber einen Leistungsbescheid, in dem der Versicherte unter letztmaliger Fristsetzung zur Zahlung aufgefordert wird. Für jedes durch Erlass eines Leistungsbescheides abgeschlossene Verwaltungsverfahren erhält das Krankenhaus von der Krankenkasse eine Kostenpauschale. Die dem Krankenhaus durch Klagen der Versicher-

ten gegen den Verwaltungsakt entstandenen Kosten werden diesem von der Krankenkasse in angefallener Höhe erstattet. Soweit die Einziehung der Zuzahlung durch das Krankenhaus erfolglos bleibt, erfolgt auf eine entsprechende Rückforderung durch das Krankenhaus eine Erstattung der bereits abgezogenen Zuzahlung an das Krankenhaus durch die Krankenkasse. Nach fruchtlosem Ablauf der im Leistungsbescheid enthaltenen Zahlungsfrist wird die Zuzahlungsvollstreckung von der jeweils zuständigen Krankenkasse durchgeführt.

Mit der vorliegenden Ergänzung der Vorschrift erfolgt eine Öffnung für abweichende Vereinbarungen zum Zahlungsweg. Die Krankenhäuser und die Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, ein schnelleres und kostengünstigeres Einzugsverfahren zu vereinbaren. Das Ziel des Zahlungseinzugs soll dadurch effektiver umgesetzt werden können. Durch den Vorbehalt der Wirtschaftlichkeit ist sichergestellt, dass abweichende Vereinbarungen nur erfolgen dürfen, wenn dadurch Krankenhäuser und Krankenkassen von Bürokratiekosten entlastet werden und eine Verringerung der Einnahmen aus den Zuzahlungen nicht zu befürchten steht.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 11

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 13 (§ 44 SGB V)

(Einführung einer Berichtspflicht des Bundesministeriums für Gesundheit über die Umsetzung der Regelung zur individuellen Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse bei Krankengeldbezug)

In Artikel 1 Nummer 13 wird dem § 44 Absatz 4 folgender Satz angefügt:

"Das Bundesministerium für Gesundheit legt dem Deutschen Bundestag bis zum 31. Dezember 2018 einen Bericht über die Umsetzung des Anspruchs auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen nach diesem Absatz vor."

Begründung

Der Gesetzentwurf sieht mit § 44 Absatz 4 – neu – die Einführung eines Anspruchs der Versicherten auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse vor, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind. Mit der vorliegenden Ergänzung des Absatzes 4 wird geregelt, dass das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis zum 31. Dezember 2018 einen Bericht über die Umsetzung dieses Anspruchs vorlegt. Im Rahmen der Evaluierung sollen insbesondere Erkenntnisse über die Inanspruchnahme der individuellen Beratung und Hilfestellung durch die Versicherten sowie über die von den Krankenkassen ergriffenen Maßnahmen gewonnen werden.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 12

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 15 (§ 46 SGB V)

(Regelung zum Krankengeld / AU-Folge-
bescheinigung einschließlich Samstags-Regelung)

Artikel 1 Nummer 15 wird wie folgt gefasst:

,15. § 46 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

"2. im Übrigen von dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit an."

b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

"Der Anspruch auf Krankengeld bleibt jeweils bis zu dem Tag bestehen, an dem die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit ärztlich festgestellt wird, wenn diese ärztliche Feststellung spätestens am nächsten Werktag nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit erfolgt; Samstage gelten insoweit nicht als Werktage."

c) In dem neuen Satz 4 wird die Angabe "2" durch die Angabe "3" ersetzt.'

Begründung

Zu Buchstabe a

Es bleibt bei der schon mit dem Gesetzentwurf vorgesehenen Änderung, wonach der Anspruch auf Krankengeld von dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit an entsteht.

In der Begründung wird diesbezüglich darauf hingewiesen, dass damit für Versicherte, deren Anspruch auf Entgeltfortzahlung ausgeschöpft ist und die wegen derselben Krankheit regelmäßig nur einen Arbeitstag arbeitsunfähig sind (beispielsweise wegen einer Chemotherapie oder bestimmte Formen der Dialyse), die notwendige Absicherung leistungsrechtlich gewährleistet wird.

Insoweit ist zu betonen, dass mit dieser Regelung bewährte und etablierte Verfahren zur Leistungsgewährung in Fällen, in denen bei bestimmten Formen der Dialyse Versicherte nur für Teilarbeitstage an der Arbeitsleistung gehindert sind (vgl. Besprechungsergebnis der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen vom 17./18. September 2013 zum § 43 SGB V – Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation; hier: Erstattung des Verdienstausfalls bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit während der Arbeitszeit (Teilarbeitstag wegen einer Dialyse- bzw. Apheresebehandlung), nicht ausgeschlossen werden.

Zu Buchstabe b

Der Gesetzentwurf enthält bereits eine Regelung, dass der Anspruch auf Krankengeld bestehen bleibt, wenn nach dem Ende der ärztlich festgestellten Arbeitsunfähigkeit deren Fortdauer wegen derselben Krankheit erst am nächsten Arbeitstag, der ein Werktag ist, ärztlich festgestellt wird. Damit werden die Probleme gelöst, die sich in der Praxis bei der verspäteten Ausstellung von Arbeitsunfähigkeits-Folgebescheinigungen zeigen.

Die im Gesetzentwurf enthaltene Regelung wird wie folgt abgeändert: Rechtstechnisch wird zum einen von der Inbezugnahme des Arbeitstages abgesehen. Zum anderen wird die Regelung dahingehend präzisiert, dass Samstage insoweit nicht als Werktage gelten. Durch den neuen Satz 2 wird nunmehr geregelt, dass der Anspruch auf Krankengeld bestehen bleibt, wenn nach dem Ende der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit deren Fortdauer wegen derselben Krankheit erst am nächsten Werktag – mit Ausnahme des Samstags – ärztlich festgestellt wird. Durch die ausdrückliche Klarstellung, dass Samstage insoweit nicht als Werktage gelten, ist die ärztliche Feststellung der fort dauernden Arbeitsunfähigkeit am Montag ausreichend, wenn die zuvor ärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit an einem Freitag endet. Dabei ist von einer fort dauernden Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit auch dann auszugehen, wenn zwischen dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit und der ärztlichen Feststellung der weiteren Arbeitsunfähigkeit ein Wochenende liegt, an dem eine Krankheit hinzugetreten und die Arbeitsunfähigkeit nur noch von der hinzugetretenen Krankheit verursacht ist und zu keinem Zeitpunkt Arbeitsfähigkeit vorlag.

Mit der Regelung einschließlich der Klarstellung bezüglich des Samstags wird der nahtlose Leistungsbezug sichergestellt und für die Versicherten bleibt darüber hinaus ihre Mitgliedschaft als Versicherungspflichtige aufgrund des Krankengeldbezugs nach § 192 Absatz 1 Nummer 2 erhalten.

Zu Buchstabe c

Durch die Einfügung des neuen Satzes 2 wird der bisherige Satz 2 zu Satz 3. Als erforderliche Folgeänderung ist die Verweisung im neuen Satz 4 entsprechend anzupassen (auf Satz 3 statt auf Satz 2).

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 13

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 16 (§ 47a SGB V)

(Beitragszahlungen der Krankenkassen an berufsständische Versorgungseinrichtungen)

Artikel 1 Nummer 16 wird wie folgt gefasst:

,16. Nach § 47 wird folgender § 47a eingefügt:

"§ 47a

Beitragszahlungen der Krankenkassen an berufsständische Versorgungseinrichtungen

(1) Für Bezieher von Krankengeld, die wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, zahlen die Krankenkassen auf Antrag des Mitglieds diejenigen Beiträge an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung, wie sie bei Eintritt von Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nummer 3 des Sechsten Buches an die gesetzliche Rentenversicherung zu entrichten wären. Die von der Krankenkasse zu zahlenden Beiträge sind auf die Höhe der Beiträge begrenzt, die die Krankenkasse ohne die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung für die Dauer des Leistungsbezugs zu tragen hätte und dürfen die Hälfte der in der Zeit des Leistungsbezugs vom Mitglied an die berufsständische Versorgungseinrichtung zu zahlenden Beiträge nicht übersteigen.

(2) Die Krankenkassen haben der zuständigen berufsständischen Versorgungseinrichtung den Beginn und das Ende der Beitragszahlung sowie die Höhe der der Beitragsberechnung zu Grunde liegenden beitragspflichtigen Einnahmen und den zu zahlenden Beitrag für das Mitglied zu übermitteln; ab dem 1. Januar 2017 erfolgt dies durch elektronischen Nachweis. Das Nähere zum Verfahren, zu notwendigen weiteren Angaben und den Datensatz regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in Gemeinsamen Grundsätzen, die vom Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen sind."

Begründung

Zu Nummer 16 (§ 47a)

Mit dem Gesetzentwurf wird ein neuer § 47a eingeführt, der Regelungen zu Beitragszahlungen der Krankenkassen an berufsständische Versorgungseinrichtungen zum Inhalt hat. Mit den vorliegenden Änderungen wird die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung an bestimmten Stellen konkretisiert.

Zu Absatz 1

Entspricht grundsätzlich dem Absatz 1 des Gesetzentwurfs und wird um einen Satz 2 ergänzt. Damit wird klargestellt, dass die Krankenkasse nur insoweit an den zur berufsständischen Versorgungseinrichtung zu zahlenden Beiträgen beteiligt wird, als dies dem Leistungsträgeranteil gemäß § 170 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe a des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch im Falle einer Rentenversicherungspflicht entspricht. Zum Ausschluss von Überkompensationswirkungen sind die von der Krankenkasse zu zahlenden Beiträge auf die Hälfte der in der Zeit des Leistungsbezuges vom Mitglied an die berufsständische Versorgungseinrichtung zu zahlenden Beiträge begrenzt.

Zu Absatz 2

Entspricht grundsätzlich dem Absatz 2 des Gesetzentwurfs und wird darüber hinaus insoweit geändert, dass die Krankenkassen der zuständigen berufsständischen Versorgungseinrichtung neben Beginn und Ende der Beitragszahlung und dem für das Mitglied zu zahlenden Beitrag, nicht die Höhe des Krankengeldes sondern die Höhe der der Beitragsberechnung zu Grunde liegenden beitragspflichtigen Einnahmen gemäß § 166 Absatz 1 Nummer 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch zu übermitteln haben. Unter Berücksichtigung für die Beteiligten notwendiger und angemessener Realisierungszeiten für die technische Einrichtung des elektronischen Verfahrens hat dies ab dem 1. Januar 2017 durch elektronischen Nachweis zu erfolgen. Analog zu den ansonsten üblichen Datenübertragungsverfahren regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen innerhalb von zwölf Monaten nach Verkündung dieses Gesetzes das Beitragsnachweisverfahren in Gemeinsamen Grundsätzen mit Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 14

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 22 (§ 63 SGB V)

(Modellvorhaben Ergotherapie)

Artikel 1 Nummer 22 wird wie folgt gefasst:

,22. § 63 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 3b wird folgender Satz angefügt:

"Satz 2 gilt im Bereich ergotherapeutischer Behandlungen entsprechend für Ergotherapeuten mit einer Erlaubnis nach § 1 Absatz 1 des Ergotherapeutengesetzes."

b) Absatz 5 Satz 1 wird aufgehoben.'

Begründung

Zu Buchstabe a

Wie im Bereich der Physiotherapie wird es den Krankenkassen durch die Änderung auch im Bereich der Ergotherapie ermöglicht, Modellvorhaben zu vereinbaren, in denen abweichend von den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehen werden kann, dass die Ergotherapeuten über die Auswahl und die Dauer der vom Arzt verordneten Therapie einschließlich der Frequenz der Behandlungseinheiten entscheiden.

Zu Buchstabe b

Entspricht dem Gesetzentwurf.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 15

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 23 (§ 64 SGB V)

(Vergütungsvereinbarung bei Modellvorhaben)

Artikel 1 Nummer 23 Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

.b) Die folgenden Sätze werden angefügt:

"Für die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Absatz 3 Satz 2 gilt § 73b Absatz 7 entsprechend; falls eine Vorabvereinbarung der teilnehmenden Versicherten nicht möglich ist, kann eine rückwirkende Bereinigung vereinbart werden. Die Vertragspartner nach § 73b Absatz 7 Satz 1 gemeinsam und einheitlich können von der Bereinigung absehen, wenn das zu bereinigende Vergütungsvolumen gering ist und der Aufwand für die Durchführung der Bereinigung das zu bereinigende Vergütungsvolumen überschreitet oder diesem entspricht."

Begründung

Der erste angefügte Satz entspricht der Regelung im Gesetzentwurf. Mit der Änderung des zweiten angefügten Satzes wird den Gesamtvertragspartnern gemeinsam und einheitlich ermöglicht, von einer Bereinigung abzusehen, wenn das zu bereinigende Vergütungsvolumen gering ist und in keinem angemessenen Verhältnis zum Aufwand des Bereinigungsverfahrens steht. Ein Hemmnis bei der Umsetzung besonderer Verträge wird damit beseitigt.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 16

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 25 (§ 73 SGB V)

(Abweichungsentscheidung zur hausärztlichen Versorgung, Befugnisenerweiterung für Psychotherapeuten)

Artikel 1 Nummer 25 wird wie folgt gefasst:

a) Dem Buchstaben a wird folgender Buchstabe a vorangestellt:

,a) Nach Absatz 1a Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

"Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für die Arztgruppe der Hausärzte, der Kinderärzte oder der Fachinternisten eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 Satz 1 getroffen, fasst der Zulassungsausschuss innerhalb von sechs Monaten den Beschluss, ob eine Regelung nach Satz 3 getroffen wird."

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

c) Der bisherige Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

,b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

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

"13. Zweitmeinung nach § 27b."

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

"Die Nummern 2 bis 4, 6, 8, 10 und 11 sowie 9, soweit sich diese Regelung auf die Feststellung und die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit bezieht, gelten nicht für Psychotherapeuten. Nummer 5 gilt für Psychotherapeuten in Bezug auf die Verordnung von Leistungen zur psychotherapeutischen Rehabilitation. Nummer 7 gilt für Psychotherapeuten in Bezug auf die Verordnung von Krankentransporten sowie Krankenhausbehandlung. Das Nähere zu den Verordnungen durch Psychotherapeuten bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, 8 und 12."

Begründung

Zu Buchstabe a

Bei drohender oder eingetretener Unterversorgung sind alle Beteiligten aufgerufen, die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zur Abwendung oder Beseitigung der Unterversorgung und für eine bedarfsgerechte Versorgung einzusetzen. Der neue Satz 4 verpflichtet aus diesem Grund die Zulassungsausschüsse, innerhalb von sechs Monaten nach der Feststellung der Landesausschüsse zu prüfen, ob ein Beschluss nach Satz 3 gefasst werden soll, und über das Ergebnis der Prüfung einen Beschluss zu fassen.

Die Möglichkeit der Zulassungsausschüsse, nach § 73 Absatz 1a Satz 3 von der gesetzlich vorgesehenen Differenzierung der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung abzuweichen, dient der Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung. Für den Fall, dass die haus- oder fachärztliche Versorgung in einer Region nicht sichergestellt ist, kann der Zulassungsausschuss mit dem Ziel der Sicherstellung Kinderärzten und Internisten ohne Teilgebietsbezeichnung die gleichzeitige Wahrnehmung haus- und fachärztlicher Aufgaben erlauben, vgl. BT-Drs. 12/3937.

Die neue Regelung in Satz 4 sichert mit der zeitlichen Anknüpfung an die Feststellung des Landesausschusses die zeitnahe Befassung mit der Situation im Zulassungsausschuss.

Zu Buchstabe b

Folgeänderung.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Befugnisse der Psychotherapeuten zur Verordnung von bestimmten Leistungen werden erweitert. Der Umfang der Erweiterung bemisst sich dabei nach den erforderlichen Kompetenzen, über die die Psychotherapeuten auf Grundlage ihrer Ausbildung verfügen. Vor diesem Hintergrund werden die Befugnisse in Bezug auf die Verordnung von Leistungen zur psychotherapeutischen Rehabilitation (insbesondere psychosomatische und psychiatrische Re-

habilitation), die Verordnung von Krankentransporten, die Verordnung von Krankenhausbehandlung sowie die Verordnung von Soziotherapie erweitert. Darüber hinaus wird der G-BA beauftragt, in den entsprechenden Richtlinien nähere Verordnungsvoraussetzungen zu konkretisieren, ggf. auch besondere Anforderungen an die Qualifikation der Psychotherapeuten als Qualitätsanforderung zu regeln.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 17

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 27 (§ 73b SGB V)

(Korrektur eines Verweisfehlers)

In Artikel 1 Nummer 27 Buchstabe d wird in Absatz 7 Satz 3 die Angabe "Satz 1" durch die Angabe "Satz 2" ersetzt.

Begründung

Korrektur eines redaktionellen Verweisfehlers.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 18

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 29 (§ 75 SGB V)

(Evaluation Terminservicestellen, Nicht-Vertrags-
ärzte im Rettungsdienst, Einbeziehung Psychothera-
peutischer Sprechstunden)

Artikel 1 Nummer 29 Buchstabe b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 12 wird die Angabe "und 3" gestrichen.

bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

"Ab Inkrafttreten des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 6a Satz 3 gelten die Sätze 2 bis 11 für Behandlungen nach § 28 Absatz 3 hinsichtlich der Vermittlung eines Termins für ein Erstgespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunden; einer Überweisung bedarf es nicht. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung evaluiert die Auswirkungen der Tätigkeit der Terminservicestellen insbesondere im Hinblick auf die Erreichung der fristgemäßen Vermittlung von Facharztterminen, die Häufigkeit der Inanspruchnahme und über die Vermittlungsquote. Über die Ergebnisse hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich, erstmals zum 30. Juni 2017, zu berichten."

b) Nach Absatz 1b Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

"Satz 3 gilt entsprechend für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte im Rahmen der notärztlichen Versorgung des Rettungsdienstes, soweit entsprechend Satz 1 durch Landesrecht bestimmt ist, dass auch diese Versorgung vom Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung umfasst ist."

Begründung

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelungen zur Vermittlung eines zeitnahen Facharzttermins sollen auch für die Vermittlung von psychotherapeutischen Sprechstunden gelten.

Zu Doppelbuchstabe bb

Zur Verringerung der Wartezeiten hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in seiner Richtlinie insbesondere Regelungen zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden zu treffen. Diese sollen für Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen einen zeitnahen Zugang zum Psychotherapeuten schaffen und ein Erstgespräch und eine kurzfristige Abklärung des Behandlungsbedarfs ermöglichen. Damit die Versicherten auch für diesen Versorgungsbereich kompetente Unterstützung erhalten, finden die Regelungen über die Terminvermittlung über die Terminservicestelle auch für diese und die sich aus der Abklärung ergebenden zeitnah erforderlichen Behandlungstermine Anwendung. Voraussetzung dafür ist, dass der G-BA die entsprechenden Regelungen nach § 92 Absatz 6a Satz 3 beschlossen hat und diese in Kraft getreten sind. Es wird erwartet, dass die Vermittlung von entsprechenden Behandlungsterminen über die Terminservicestelle spätestens ab dem 1. Januar 2017 in Anspruch genommen werden kann.

Die Einrichtung der Terminservicestellen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen wird mit einer Evaluationsverpflichtung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung verbunden. Es ist sachgerecht, Transparenz über die Arbeit der Terminservicestellen in Bezug auf die fristgemäße Vermittlung von Facharztterminen, die Häufigkeit der Inanspruchnahme sowie über die Vermittlungsquoten – insbesondere auch im Hinblick auf das Angebot von Terminen in Krankenhäusern – zu schaffen. Über die Ergebnisse hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich, erstmals zum 30. Juni 2017 zu berichten.

Zu Buchstabe b

In der Praxis sind schon heute Ärztinnen und Ärzte, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, in den Notarzdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen einbezogen. Der Verweis auf Satz 3 stellt sicher, dass die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte auch insoweit zur Leistungserbringung berechtigt sind und zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Voraussetzung ist, dass durch Landesrecht bestimmt ist, dass auch diese Versorgung vom Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung umfasst ist.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 19

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 30 (§ 75a SGB V)

(Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin und der grundversorgenden Fachärzte)

In Artikel 1 Nummer 30 wird § 75a – neu – wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift werden die Wörter "in der Allgemeinmedizin" gestrichen.
- b) Absatz 4 Satz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 3 wird das Wort "sowie" durch ein Komma ersetzt.
 - bb) In Nummer 4 wird der Punkt am Ende durch das Wort "sowie" ersetzt und wird folgende Nummer 5 angefügt:

"5. die zu fördernden grundversorgenden Fachärzte aus dem Bereich der allgemein fachärztlichen Versorgung."
- c) Absatz 7 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nach Satz 1 Nummer 2 wird folgende Nummer 3 eingefügt:

"3. bis zu 5 Prozent der vorgesehenen Fördermittel überregional für die Errichtung und Organisation von Einrichtungen, die die Qualität und Effizienz der Weiterbildung verbessern können, bereitgestellt werden,"
 - bb) Die bisherige Nummer 3 wird Nummer 4.
- d) Folgender Absatz 9 wird angefügt:

"(9) Die Absätze 1 und 4 bis 9 gelten für die Förderung der Weiterbildung in der ambulanten grundversorgenden fachärztlichen Versorgung nach Maßgabe der Vereinbarung nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 5 entsprechend. Es sind bundesweit bis zu 1.000 Stellen zu fördern."

Begründung

Zu Buchstabe a

Anpassung der Überschrift im Hinblick auf die Ausweitung der Förderung auch auf grundversorgende Fachärzte (siehe Änderung in Absatz 9).

Zu Buchstabe b

Die Vertragspartner nach Absatz 4 werden verpflichtet, in der Fördervereinbarung festzulegen, welche Arztgruppen aus dem Bereich der allgemein-fachärztlichen Versorgung zu den grundversorgenden Fachärzten gehören. Da der Begriff grundversorgende Fachärzte bisher nicht definiert ist, werden die Vertragspartner nach Absatz 4 verpflichtet, die Gruppe der grundversorgenden Fachärzte festzulegen. Dabei sollen sich die Vertragspartner auf Grundversorger aus der Gruppe der allgemeinfachärztlichen Versorgung nach § 12 der Bedarfsplanungsrichtlinie einigen. Vor dem Hintergrund, dass die Förderung der Weiterbildung dazu dient, den spezifischen Bedarf der ambulanten Versorgung zu decken, soll insbesondere die Weiterbildung für Kinder- und Frauenärzte sowie konservativ tätige Augenärzte gefördert werden. Für die grundversorgenden Fachärzte wird in Absatz 9 eine Förderverpflichtung geregelt (siehe Begründung Buchstabe d).

Zu Buchstabe c

Zur weiteren Stärkung der Attraktivität und der Qualität der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin wird für Vertragspartner explizit die Möglichkeit geregelt, einen bestimmten Betrag der Fördersumme (bis zu 5 Prozent) für die Förderung von Einrichtungen, die die Qualität und Effizienz der Weiterbildung verbessern können, wie zum Beispiel universitär angebundene Kompetenzzentren, bereitzustellen und die Einrichtungen mit diesen Mitteln zu fördern. Zur weiteren Stärkung und Straffung der Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin und der grundversorgenden fachärztlichen Versorgung soll perspektivisch die Ausgestaltung einer bundesweiten Stiftung geprüft werden.

Zu Buchstabe d

Mit der Regelung in Absatz 9 wird die Verpflichtung zur Förderung der Weiterbildung in der ambulanten Versorgung durch Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen auf den Bereich der grundversorgenden Facharztgebiete ausgeweitet. Mit der Ausweitung der Förderung auf den Bereich der fachärztlichen Grundversorger soll sichergestellt werden, dass auch in Zukunft ausreichend Nachwuchs für diesen Bereich der ambulanten Versorgung zur Verfügung steht. Die Förderung bezweckt, dass einerseits auch in Zukunft ausreichend Bereitschaft zur Niederlassung in der ambulanten fachärztlichen Versorgung besteht sowie andererseits die für den ambulanten Bereich besonderen Kenntnisse und Fähigkeiten vermittelt werden. Dies ist erforderlich, damit sich auch in Zukunft ausreichend junge

Medizinerinnen und Mediziner für eine Niederlassung in freier Praxis entscheiden. Vor diesem Hintergrund ist eine Förderung der Weiterbildung im Bereich der grundversorgenden Fachärzte sinnvoll und sachgerecht und hat daher bundesweit mit bis zu 1.000 Stellen zu erfolgen.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 20

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)
BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 32 (§ 79 SGB V)

(getrennte Abstimmungen nach haus- und fachärztlicher Versorgung sowie Stimmenparität in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung)

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

Begründung

Mit der Änderung in Absatz 3a wird die Regelung zur Abstimmung getrennt nach den Versorgungsbereichen hausärztliche und fachärztliche Versorgung und zur paritätischen Stimmenverteilung bei gemeinsamen Abstimmungen auf die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung begrenzt, da dieses Gremium die Grundsatzentscheidungen mit grundlegender Bedeutung für den hausärztlichen sowie den fachärztlichen Bereich trifft. Dies entspricht auch dem Änderungsvorschlag des Bundesrates in seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 21

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 33a – neu (§ 81 SGB V)

(Geldbußen bei Verletzung vertragsärztlicher Pflichten)

Nach Artikel 1 Nummer 33 wird folgende Nummer 33a eingefügt:

„33a. In § 81 Absatz 5 Satz 3 wird das Wort "zehntausend" durch das Wort "fünfzigtausend" ersetzt.“

Begründung

Durch die Änderung wird die Obergrenze für das Bußgeld, das bei Verstößen gegen vertragsärztliche Pflichten verhängt werden kann, auf 50.000 Euro erhöht. Die Erhöhung trägt zum einen dem Umstand Rechnung, dass diese Grenze seit ihrer Einführung im Jahre 1983 nicht an die Entwicklung der Einkommensverhältnisse angepasst worden ist. Zum andern ermöglicht sie die Verhängung einer angemessenen Sanktion auch in den Fällen, in denen wegen der Schwere der Verfehlung ein Bußgeld von 10.000 Euro als zu gering, ein befristetes Ruhen der Zulassung wegen der hiermit verbundenen einschneidenden wirtschaftlichen Folgen aber als unverhältnismäßig erscheint.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 22

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 34 (§ 87 SGB V)

(Abrechnung der Zweitmeinung; Bewertungsausschuss: Transparenz durch Verfahrensordnung, Auskunftsanspruch)

Artikel 1 Nummer 34 wird wie folgt geändert:

a) In Buchstabe c Doppelbuchstabe dd werden die Wörter "eine Regelung zu treffen, nach der Leistungen" durch die Wörter "durch den Bewertungsausschuss gemäß Absatz 5a eine Regelung zu treffen, nach der Leistungen und Kosten" ersetzt.

b) Nach Buchstabe f werden die folgenden Buchstaben g und h eingefügt:

.g) In Absatz 3c Satz 3 wird die Angabe "2" durch die Angabe "3" ersetzt.

h) Absatz 3e wird wie folgt gefasst:

"(3e) Der Bewertungsausschuss beschließt

1. eine Verfahrensordnung, in der er insbesondere die Antragsberechtigten, methodische Anforderungen und Fristen in Bezug auf die Vorbereitung und Durchführung der Beratungen sowie die Beschlussfassung über die Aufnahme in den einheitlichen Bewertungsmaßstab insbesondere solcher neuer Laborleistungen und neuer humangenetischer Leistungen regelt, bei denen es sich jeweils nicht um eine neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode nach § 135 Absatz 1 Satz 1 handelt,
2. eine Geschäftsordnung, in der er Regelungen zur Arbeitsweise des Bewertungsausschusses und des Instituts gemäß Absatz 3b, insbesondere zur Geschäftsführung und zur Art und Weise der Vorbereitung der in Absatz 3b Satz 1 genannten Beschlüsse, Analysen und Berichte trifft, sowie

3. eine Finanzierungsregelung, in der er Näheres zur Erhebung des Zuschlags nach Absatz 3c bestimmt.

Die Verfahrensordnung, die Geschäftsordnung und die Finanzierungsregelung bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Verfahrensordnung und die Geschäftsordnung sind im Internet zu veröffentlichen. Der Bewertungsausschuss ist verpflichtet, im Einvernehmen mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss auf Verlangen hinsichtlich einer neuen Leistung Auskunft zu erteilen, ob deren Aufnahme in den einheitlichen Bewertungsmaßstab in eigener Zuständigkeit des Bewertungsausschusses beraten werden kann oder ob es sich dabei um eine neue Methode handelt, die nach § 135 Absatz 1 Satz 1 zunächst einer Bewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss bedarf. Eine Auskunft können pharmazeutische Unternehmer, Hersteller von Medizinprodukten, Hersteller von Diagnostikleistungen und deren jeweiligen Verbände, einschlägige Berufsverbände, medizinische Fachgesellschaften und die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen nach § 140f verlangen. Das Nähere regeln der Bewertungsausschuss und der Gemeinsame Bundesausschuss im gegenseitigen Einvernehmen in ihrer jeweiligen Verfahrensordnung."

c) Die bisherigen Buchstaben g bis i werden die Buchstaben i bis k.

d) Der bisherige Buchstabe g wird wie folgt gefasst:

- .i) In Absatz 3f Satz 1 werden die Wörter "§ 73b Absatz 7 Satz 4 und § 73c Absatz 6 Satz 4 sowie § 140d Absatz 1 Satz 3" durch die Wörter "§ 73b Absatz 7 Satz 5 und § 140a Absatz 6" ersetzt.'

Begründung

Zu Buchstabe a

Durch die Änderung wird zum einen geregelt, dass die Beschlussfassung zur Beschreibung und Bewertung der Leistungen für die Einholung einer Zweitmeinung im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) durch den Bewertungsausschuss in der um die Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft ergänzten Besetzung gemäß Absatz 5a zu erfolgen hat. Nach § 27b Absatz 3 sind neben den zugelassenen Vertragsärzten, zugelassenen medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigten Ärzten und Einrichtungen insbesondere auch zugelassene Krankenhäuser zur Erbringung der Zweitmeinung berechtigt.

Für die Erbringung einer Zweitmeinung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte (vgl. Änderungsantrag zu § 27b Absatz 3 Satz 1 Nr. 5) gelten die Grundsätze zur Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen unmittelbar, da der Änderungsantrag vorsieht, dass sie zur Erbringung der Zweitmeinung ausnahmsweise an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

Mit der Ergänzung der "Kosten" soll darüber hinaus klargestellt werden, dass die Regelung im EBM auch die Bewertung der Kosten umfasst, die einem Leistungserbringer nach § 27b Absatz 3 für die Zusammenstellung und Überlassung der Befundunterlagen im Falle des Zweitmeinungsanspruchs entstehen. Dies umfasst auch den Aufwand, der dem Arzt durch die Zusammenführung und gegebenenfalls notwendige Aufbereitung der Befundunterlagen entsteht. Die Kosten für die Zusammenstellung, Überlassung der Befundunterlagen, Zusammenführung und gegebenenfalls notwendige Aufbereitung der Befundunterlagen können auch im Fall der Inanspruchnahme im Rahmen der Kosten-erstattung in Rechnung gestellt werden.

Zu Buchstabe b

Bei der Änderung des Absatz 3c handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung durch die Neufassung des Absatz 3e.

Um die Transparenz über die Beratungs- und Entscheidungsverfahren für innovative Leistungen, für die der Bewertungsausschuss zuständig ist, zu erhöhen, wird dieser in Absatz 3e Satz 1 Nummer 1 dazu verpflichtet, eine Verfahrensordnung zu beschließen, die der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf. Eine entsprechende Vorgabe, eine Verfahrensordnung zu beschließen, gilt heute bereits für den Gemeinsamen Bundesausschuss. Die Verfahrensordnung ist im Internet zu veröffentlichen. Ziel der Regelung ist auch eine sachgerechte Verkürzung der Zeit bis zur Beschlussfassung bei der Einführung neuer Leistungen in den EBM. Die Regelung konkretisiert damit die in § 87 Absatz 2 enthaltene Regelung, dass der Bewertungsmaßstab in bestimmten Zeitabständen auch daraufhin zu überprüfen ist, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik entsprechen. Neue Leistungen, bei denen es sich um eine neue Methode nach § 135 Absatz 1 Satz 1 handelt und die daher zunächst einer Bewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss bedürfen, fallen nicht unter die künftigen Vorgaben zur Verfahrensordnung des Bewertungsausschusses.

Die neu zu beschließende Verfahrensordnung baut auf der bereits bestehenden und zwischen den Bundesmantelvertragspartnern zur Beurteilung innovativer Laborleistungen im Hinblick auf Anpassungen des Kapitels 32 des EBM vereinbarten Verfahrensordnung (Anlage 22 des Bundesmantelvertrages) auf und erweitert diese insbesondere bezogen auf den Anwendungsbereich. Die neu zu beschließende Verfahrensordnung soll vor dem Hintergrund der dynamischen Entwicklung insbesondere die Aufnahme neuer Laborleistungen und humangenetischer Leistungen in den EBM regeln.

In der Verfahrensordnung sind insbesondere die Antragsberechtigten, die methodischen Anforderungen und Fristen in Bezug auf die Vorbereitung und Durchführung der Beratungen sowie die Beschlussfassung zu regeln. Die methodischen Anforderungen und Fristen sollen unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Bewertungsausschusses und der zu bewertenden innovativen Leistungen geregelt werden.

Die bis zum Inkrafttreten der Verfahrensordnung begonnenen Beratungen zu entsprechenden Leistungen, sollen zügig nach den bislang geltenden Regelungen abgeschlossen werden.

Mit dieser Regelung wird zudem in Satz 3 die bereits heute praktizierte Transparenz über die Geschäftsordnung des Bewertungsausschusses aufgegriffen und gesetzlich geregelt, dass auch die Geschäftsordnung im Internet zu veröffentlichen ist. Zudem wird eine Verweiskorrektur in Nummer 2 vorgenommen und der Absatz insgesamt neu gefasst. In diesem Zusammenhang wird auch die neue Nummer 2 dahingehend angepasst, dass nach der inzwischen vollständigen Errichtung des Instituts des Bewertungsausschusses alternativ kein beauftragter Dritter mehr durch den Bewertungsausschuss eingesetzt werden kann und somit auch Vorgaben zur Arbeitsweise eines beauftragten Dritten nach der neuen Nummer 2 durch den Bewertungsausschuss entbehrlich sind.

Vielfach gibt es unterschiedliche Bewertungen zwischen den Akteuren, ob eine neue innovative Leistung bereits eine neue Methode nach § 135 Absatz 1 Satz 1 darstellt und deshalb in die Zuständigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses fällt oder ob es sich um neue Leistungen handelt, die in den Zuständigkeitsbereich des Bewertungsausschusses fallen. Um den Initiatoren der Innovationen in der medizinischen Versorgung die Zuordnung ihrer neuen Leistung zu dem jeweiligen Zuständigkeitsbereich zu erleichtern, wird mit Satz 4 und 5 dieser Regelung der Bewertungsausschuss verpflichtet, auf Verlangen eine mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss abgestimmte und verbindliche Auskunft zu erteilen, inwieweit eine neue Leistung in die Zuständigkeit des Bewertungsausschusses oder in die Zuständigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses fällt. Eine abgestimmte Auskunft können pharmazeutische Unternehmer, Hersteller von Medizinprodukten, Hersteller von Diagnostikleistungen und die jeweiligen Verbände der pharmazeutischen Unternehmer, der Hersteller von Medizinprodukten und von Diagnostikleistungen, einschlägige Berufsverbände, medizinische Fachgesellschaften und die Patientenorganisationen nach § 140f verlangen. Das Nähere regeln der Bewertungsausschuss und der Gemeinsame Bundesausschuss im gegenseitigen Einvernehmen in ihrer jeweiligen Verfahrensordnung.

Zu Buchstabe c
Folgeänderungen.

Zu Buchstabe d
Redaktionelle Korrektur der Verweise.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 23

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 37 (§ 90 SGB V)

(Mitberatungsrecht in den erweiterten Landesaus-
schüssen)

Artikel 1 Nummer 37 wird wie folgt gefasst:

,37. § 90 wird wie folgt geändert:

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

Begründung

Zu Buchstabe a

Die Ergänzung in § 90 Absatz 4 Satz 2 stellt klar, dass die obersten Landesbehörden auch ein Mitberatungsrecht in den erweiterten Landesausschüssen nach § 116b Absatz 3 haben.

Zu Buchstabe b

Entspricht dem Gesetzentwurf.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 24

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 38 (§ 91 SGB V)

(Unparteiische im Gemeinsamen Bundesausschuss,
Änderungen von Vorgaben für die Benennung und
Amtszeit, Stärkung der Gestaltungsmöglichkeiten)

Artikel 1 Nummer 38 wird wie folgt gefasst:

,38. § 91 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden das Wort "sechs" durch das Wort "zwölf" und das Semikolon und der nachfolgende Satzteil durch einen Punkt ersetzt.

bb) Nach Satz 11 werden die folgenden Sätze eingefügt:

"Der Vorsitzende nach Absatz 1 Satz 3 stellt übergreifend die Einhaltung aller dem Gemeinsamen Bundesausschuss auferlegten gesetzlichen Fristen sicher. Zur Erfüllung dieser Aufgabe nimmt er eine zeitliche Steuerungsverantwortung wahr, er erstattet auch den nach Absatz 11 jährlich vorzulegenden Bericht."

cc) Die bisherigen Sätze 16 und 17 werden aufgehoben.

b) In Absatz 7 werden die Sätze 4 und 5 durch die folgenden Sätze ersetzt:

"Der unparteiische Vorsitzende und die weiteren unparteiischen Mitglieder können dem Beschlussgremium gemeinsam einen eigenen Beschlussvorschlag zur Entscheidung vorlegen. Mit der Vorbereitung eines Beschlussvorschlags können sie die Geschäftsführung beauftragen."

c) Folgender Absatz 11 wird angefügt:

"(11) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages einmal jährlich zum 31. März über das Bundesministerium für Gesundheit einen Bericht über die Einhaltung der Fristen nach § 135 Absatz 1 Satz 4 und 5, § 137c Absatz 1 Satz 6 und 7 sowie § 137h Absatz 4 Satz 5 vorzulegen, in dem im Falle von Fristüberschreitungen auch die zur Straffung des Verfahrens unternommenen Maßnahmen und die besonderen Schwierigkeiten einer Bewertung, die zu einer Fristüberschreitung geführt haben können, im Einzelnen dargelegt werden müssen. Zudem sind in dem Bericht auch alle anderen Beratungsverfahren über Entscheidungen und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses darzustellen, die seit förmlicher Einleitung des Beratungsverfahrens länger als drei Jahre andauern und in denen noch keine abschließende Beschlussfassung erfolgt ist."

Begründung

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit dieser Änderung wird die Frist zur Vorlage von sechs auf zwölf Monate verlängert. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass es wegen der in Satz 3 geregelten "Karenzzeit" von einem Jahr zunehmend schwierig wird, geeignete Personen für die Funktionen der Unparteiischen und deren Stellvertreter zu gewinnen. Mit der Verlegung der Meldefrist auf ein Jahr vor Amtsantritt wird für in aktiven Dienstverhältnissen nach Satz 3 stehende Personen die Möglichkeit geschaffen, diese Funktionen nach erfolgter Wahl aufzugeben und so bis zum Beginn der Amtszeit die Karenzzeit von einem Jahr zu erfüllen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Unbeschadet der bei den Vorsitzenden der jeweiligen Unterausschüsse liegenden Steuerungsverantwortung bedarf es mit Blick auf die in Absatz 11 (neu) dokumentierte zentrale Bedeutung der Einhaltung der dem Gemeinsamen Bundesausschuss vom Gesetzgeber auferlegten Fristen einer zentralen, alle Aufgabenbereiche des Gemeinsamen Bundesausschusses übergreifenden Steuerungsverantwortung in zeitlicher Hinsicht, damit im Bedarfsfalle unterausschussübergreifende Verfahren mit Blick auf gegebene gesetzliche Fristen priorisiert oder zurückgestellt werden können. Ein solches Frist-Controlling soll mit dieser Regelung beim Vorsitzenden verankert werden, weil in seiner Person auch die Verantwortlichkeit für die Einhaltung der Fristen gegenüber dem Gesetzgeber statuiert wird.

Zu Doppelbuchstabe cc

Angesichts der Vielzahl der dem Gemeinsamen Bundesausschuss übertragenen bisherigen und neuen Aufgaben mit ambitionierten Fristsetzungen kollidiert diese Regelung mit dem Ziel einer effektiven und kontinuierlichen Aufgabewahrnehmung. Durch die Änderung wird zur Vermeidung von Friktionsverlusten die Möglichkeit einer personellen Kontinuität geschaffen.

Zu Buchstabe b

Mit der Änderung werden die Gestaltungsmöglichkeiten der unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses insbesondere in ihrer Funktion als Prozessverantwortliche für die in den jeweiligen Unterausschüssen zu beratenden Themen gestärkt. Vor dem Hintergrund einer Reihe bereits bestehender und mit dem Gesetzentwurf hinzukommender, fristgebundener Aufträge des Gemeinsamen Bundesausschusses werden ihre Möglichkeiten erweitert, eigene Beschlussvorschläge zu entwickeln, diese dem Unterausschuss zur Beratung und auch dem Plenum zur Entscheidung vorzulegen. Während dies nach § 91 Absatz 7 Satz 4 SGB V bisher nur für den Fall vorgesehen war, dass die unparteiischen Mitglieder einen bereits vorliegenden Beschlussvorschlag einheitlich für nicht sachgerecht halten, kann ein eigener Beschlussvorschlag zukünftig z.B. auch dann vorgelegt werden, wenn eine Vorlage der vorbereitenden Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses bisher nicht zustande gekommen ist. Hierzu erhalten die unparteiischen Mitglieder die Berechtigung, die Geschäftsführung des Gemeinsamen Bundesausschusses mit der Vorbereitung des Beschlussvorschlags zu beauftragen. Diese Regelung knüpft an die bereits nach der Geschäftsordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses bestehenden Möglichkeiten der Unparteiischen an, den entsprechenden Abteilungen der Geschäftsstelle über die Geschäftsführung Aufträge zur Klärung von rechtlichen oder methodischen Einzelfragen sowie zur Recherche von Beratungsunterlagen zu erteilen, welche aktuelle Relevanz für die Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses haben.

Zu Buchstabe c

Entspricht dem Gesetzentwurf.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 25

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 39 (§ 92 SGB V)

(weitere Präzisierung des Auftrages an den Gemeinsamen Bundesausschuss zur Überarbeitung seiner Psychotherapie-Richtlinie)

In Artikel 1 Nummer 39 Buchstabe a werden nach dem Wort "Sprechstunden," die Wörter "zur Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung, der Akutversorgung," und nach dem Wort "Gruppentherapien" ein Komma und die Wörter "der Rezidivprophylaxe" eingefügt.

Begründung

Mit der Änderung wird der Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss, seine Psychotherapie-Richtlinie bis zum 30. Juni 2016 zu überarbeiten weiter präzisiert und insoweit um die zu fördernden Elemente frühzeitige diagnostische Abklärung, Akutversorgung und Rezidivprophylaxe ergänzt.

Die frühzeitige diagnostische Abklärung soll die Einschätzung weiterer Behandlungsnotwendigkeiten und einen zielgerichteten Einsatz therapeutischer Maßnahmen ermöglichen. Ziel der zu treffenden Regelungen zur Förderung der Akuttherapie und der Rezidivprophylaxe ist es, einen zeitnahen Zugang sowie erforderlichenfalls eine optimierte psychotherapeutische Behandlung für chronisch kranke Patienten zu gewährleisten.

Die Definition und Ausgestaltung der zusätzlich einzuführenden Elemente obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss im Rahmen der Gesamtkonzeption zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrages zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung. Die neuen Elemente können auch Bestandteil der einzurichtenden Sprechstunden werden. Diese sollen für Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen einen zeitnahen Zugang zum Psychotherapeuten schaffen. Ziel dieser Sprechstunden ist es insbesondere, zeitnah ein Erstgespräch, eine kurzfristige Abklärung eines psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs und eine individuelle Beratung über verschiedene Versorgungsangebote zu ermöglichen. Dies dient der Verringerung von Wartezeiten auf eine notwendige psychotherapeutische Behandlung. Sobald der G-BA die entsprechenden Regelungen nach § 92 Absatz 6a Satz 3 beschlos-

sen hat und diese in Kraft getreten sind, finden die Regelungen nach § 75 Absatz 1a über die Terminservicestellen auch für die Vermittlung von Terminen für ein Erstgespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunden Anwendung.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 26

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 40 (§§ 92a, 92b SGB V – neu)

(Antragsteller Innovationsfonds, Veröffentlichung
geförderter Vorhaben, Expertenbeirat)

Artikel 1 Nummer 40 wird wie folgt geändert:

- a) § 92a Absatz 1 Satz 6 wird gestrichen.
- b) In § 92a Absatz 2 Satz 2 wird nach dem Wort "können" das Wort "insbesondere" eingefügt und nach dem Wort "Forschungseinrichtungen" die Wörter "sowie die in Absatz 1 Satz 6 genannten Einrichtungen" gestrichen.
- c) In § 92b Absatz 4 wird in Nummer 5 der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 6 angefügt:

"6. Veröffentlichung der aus dem Innovationsfonds geförderten Vorhaben."
- d) In § 92b Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:

"Abweichungen vom Votum des Expertenbeirates sind vom Innovationsausschuss schriftlich zu begründen."

Begründung

Zu Buchstabe a

Die im Gesetzentwurf bisher enthaltene Aufzählung der möglichen Antragsteller für eine Förderung neuer Versorgungsformen aus dem Innovationsfonds wird gestrichen. Der Kreis der möglichen Antragsteller ist somit nicht begrenzt. Maßgeblich ist allein, ob das Vorhaben, für das eine Förderung beantragt wird, den Förderkriterien des Absatzes 1 und den vom Innovationsausschuss festgelegten Förderschwerpunkten und -kriterien entspricht.

Der Bezug der geförderten Vorhaben zur Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung soll wie im Gesetzesentwurf zudem dadurch sichergestellt werden, dass bei der Antragstellung nach Satz 6 neu in der Regel eine Krankenkasse zu beteiligen ist.

Zu Buchstabe b

Entsprechend der Regelung in Buchstabe a wird auch bei der Förderung der Versorgungsforschung aus dem Innovationsfonds die Begrenzung des Kreises der Antragsteller gestrichen. Es wird weiterhin davon ausgegangen, dass insbesondere universitäre und nichtuniversitäre Forschungseinrichtungen Antragsteller für eine Förderung von Versorgungsforschung sein können. Eine weitere Konkretisierung des Kreises der Antragsberechtigten kann in der Geschäfts- und Verfahrensordnung des Innovationsausschusses vorgenommen werden, die der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf.

Zu Buchstabe c

Mit der Änderung wird der Geschäftsstelle des Innovationsausschusses die Aufgabe zugewiesen, die aus dem Innovationsfonds geförderten Vorhaben zu veröffentlichen, beispielsweise im Internet. Dies dient dazu, Transparenz über das Fördergeschehen herzustellen.

Zu Buchstabe d

Um die wissenschaftliche und versorgungspraktische Ausrichtung der Förderung aus dem Innovationsfonds sicherzustellen, wird geregelt, dass Abweichungen vom Votum des Expertenbeirates vom Innovationsausschuss schriftlich zu begründen sind.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 27

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 41 (§ 95 SGB V)

(Rechtsform, Sicherheitsleistungen, Gründereigenschaft angestellter Ärzte, Prüfung des Versorgungsauftrags und Übermittlungspflicht)

Artikel 1 Nummer 41 wird wie folgt geändert:

a) Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

.b) Absatz 1a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 erster Halbsatz wird nach der Angabe "§ 126 Absatz 3" das Wort "oder" durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort "teilnehmen," die Wörter "oder von Kommunen" eingefügt und werden im zweiten Halbsatz nach dem Wort "Haftung" die Wörter "oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform" eingefügt.

bb) Der folgende Satz wird angefügt:

"Für die Gründung von medizinischen Versorgungszentren durch Kommunen findet § 105 Absatz 5 Satz 1 bis 4 keine Anwendung."

b) Nach Buchstabe b wird folgender Buchstabe c eingefügt:

.c) In Absatz 2 Satz 6 werden nach dem Wort "Bürgschaftserklärung" die Wörter "oder andere Sicherheitsleistungen nach § 232 BGB" eingefügt.'

c) Die bisherigen Buchstaben c und d werden die Buchstaben d und f.

d) Dem neuen Buchstaben d wird folgender Satz angefügt:

"Die Ergebnisse sind den Landes- und Zulassungsausschüssen mindestens jährlich zu übermitteln."

e) Nach dem neuen Buchstaben d wird folgender Buchstabe e eingefügt:

,e) Nach Absatz 6 Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

"Die Gründereigenschaft nach Absatz 1a Satz 1 bleibt auch für die angestellten Ärzte bestehen, die auf ihre Zulassung zugunsten der Anstellung im MVZ verzichtet haben, solange sie im medizinischen Versorgungszentrum tätig sind und Gesellschafter des medizinischen Versorgungszentrums sind."

Begründung

Zu Buchstabe a

Die Rechtsformwahl für medizinische Versorgungszentren wird erweitert. Damit können Kommunen bei der Gründung von medizinischen Versorgungszentren jede öffentlich rechtliche Rechtsform wählen. Dies eröffnet den Kommunen im Einzelfall mehr Gestaltungsfreiheit, da sie entscheiden können, welche öffentlich rechtliche Rechtsform im Einzelfall zur Anwendung kommen soll. Dies entspricht auch einem Anliegen des Bundesrats. Im Übrigen entspricht die Formulierung dem Gesetzentwurf.

Zu Buchstabe b

Wird das medizinische Versorgungszentrum in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung betrieben, ist Voraussetzung, dass die Gesellschafter zur Sicherung der Forderungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen eine Sicherheitsleistung in Form einer selbstschuldnerischen Bürgschaft abgeben. Die Beschränkung der Sicherheitsleistung auf die Abgabe einer selbstschuldnerischen Bürgschaftserklärung stellt insbesondere die öffentlich-rechtlichen Träger vor große rechtliche Schwierigkeiten. Um Schwierigkeiten in der Praxis abzumildern, werden die möglichen Sicherheitsleistungen auch auf solche nach § 232 BGB erweitert.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung zu den neuen Buchstaben c und e.

Zu Buchstabe d

Ergänzend zu der bereits vorgesehenen Prüfpflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen hinsichtlich der Einhaltung des Versorgungsauftrages werden die Kassenärztlichen Vereinigungen zudem verpflichtet, über die Ergebnisse ihrer Prüfungen die Landes- und Zulassungsausschüsse mindestens einmal jährlich zu informieren. Die Berichtspflicht stärkt die Landes- und Zulassungsausschüsse bei Zulassungsentscheidungen und Bedarfsfeststellungen vor Ort, da sie fundierter als bisher getroffen und begründet werden können, insbesondere auch bei Entscheidungen über einen

gegebenenfalls bestehenden lokalen Versorgungsbedarf. Dies gilt auch für mögliche Abweichungen von der Bedarfsplanungsrichtlinie zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten.

Zu Buchstabe e

Mit der Regelung wird klargestellt, dass die Gründereigenschaft von ehemals zugelassenen Vertragsärzten dann nicht entfällt, wenn der Vertragsarzt zugunsten seiner Anstellung in dem medizinischen Versorgungszentrum auf seine Zulassung verzichtet. Das betrifft sowohl den mitgründenden Vertragsarzt als auch den Vertragsarzt, der später unter Verzicht auf seine Zulassung das bereits bestehende medizinische Versorgungszentrum erweitert. Die Gründereigenschaft wird jedoch weiterhin nur dann gewahrt, wenn der ehemalige Vertragsarzt in dem medizinischen Versorgungszentrum als Angestellter tätig ist und Gesellschaftsanteile an der Trägergesellschaft hält.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 28

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 42 (§ 100 SGB V)

(Anordnung von Zulassungsbeschränkungen)

Artikel 1 Nummer 42 wird wie folgt gefasst:

,42. In § 100 Absatz 1 Satz 1 wird der Punkt am Ende durch die Wörter "; die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sind bei der Feststellung einer Unterversorgung nicht zu berücksichtigen." ersetzt.'

Begründung

Die im Entwurf enthaltene Ausweitung der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen durch die Landesausschüsse auch in Fällen drohender Unterversorgung wird gestrichen. Artikel 1 Nummer 42 ist daher neu gefasst und enthält nunmehr allein die bereits im Entwurf enthaltenen Änderungen zu § 100 Absatz 1.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 29

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 43 (§ 101 SGB V)

(Erweiterung unterdurchschnittlicher Praxisumfang
psychotherapeutischer Praxen; Bedarfsplanung: An-
passung Verhältniszahlen und Kleinräumigkeit)

Artikel 1 Nummer 43 wird wie folgt geändert:

a) Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

„a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) In Nummer 5 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

bbb) Folgende Nummer 6 wird angefügt:

„6. Ausnahmeregelungen zur Leistungsbegrenzung nach den Nummern 4 und 5 im Fall eines unterdurchschnittlichen Praxisumfangs; für psychotherapeutische Praxen mit unterdurchschnittlichem Praxisumfang soll eine Vergrößerung des Praxisumfangs nicht auf den Fachgruppendurchschnitt begrenzt werden.“

bb) Nach Satz 6 wird folgender Satz eingefügt:

"Der Gemeinsame Bundesausschuss trifft mit Wirkung zum 1. Januar 2017 die erforderlichen Anpassungen für eine bedarfsgerechte Versorgung nach Prüfung der Verhältniszahlen gemäß Absatz 2 Nummer 3 und unter Berücksichtigung der Möglichkeit zur kleinräumigen Planung, insbesondere für die Arztgruppe nach Absatz 4."

b) Nach Buchstabe a wird folgender Buchstabe b eingefügt:

,b) In Absatz 2 Nummer 3 wird das Wort "ist" durch das Wort "sind" ersetzt und nach dem Wort "Entwicklung" werden die Wörter "sowie die Sozial- und Morbiditätsstruktur" eingefügt.'

c) Der bisherige Buchstabe b wird Buchstabe c.

Begründung

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelung unter aaa) entspricht der bisherigen Änderung.

Die Änderung unter bbb) übernimmt im ersten Halbsatz die bereits vorgesehene Regelung, die dem Gemeinsamen Bundesausschuss aufgibt, in der Bedarfsplanungs-Richtlinie Ausnahmeregelungen zur Leistungsbegrenzung bei Jobsharing-Verhältnissen nach § 101 Absatz 1 Nummer 4 und Anstellungsverhältnissen nach § 101 Absatz 1 Nummer 5 im Fall eines unterdurchschnittlichen Praxisumfangs zu bestimmen. Ziel der Regelung ist es, entsprechenden Praxen die Möglichkeit zu geben, den Praxisumfang in einem angemessenen Umfang (z. B. auf den Durchschnittsumsatz der Arztgruppe) zu steigern. Zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung wird es mit der nunmehr vorgesehenen Ergänzung psychotherapeutischer Praxen ausdrücklich zugestanden, den Praxisumfang auch über den Durchschnittsumsatz einer psychotherapeutischen Praxis zu steigern, wenn sie ein Jobsharing-Verhältnis oder ein Anstellungsverhältnis eingeht. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die näheren Festlegungen, insbesondere zur Möglichkeit der Überschreitung des durchschnittlichen Praxisumfangs bei psychotherapeutischen Praxen zu treffen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Nach der Flexibilisierung des gesetzlichen Rahmens der Bedarfsplanung mit dem Versorgungsstrukturgesetz hat der G-BA in der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie 2012 die bisherigen Vorgaben überarbeitet und insbesondere die Planungsbereiche neu strukturiert. Nunmehr wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss aufgegeben, die neue Bedarfsplanung weiterzuentwickeln und anzupassen, um dem tatsächlichen Versorgungsbedarf in der vertragsärztlichen Versorgung noch besser gerecht zu werden und eine flächendeckend bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung mittels kleinräumiger Planung zu fördern.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat insbesondere zu klären, ob für einzelne Arztgruppen eine Anpassung der Verhältniszahlen oder der räumlichen Planung die neue Bedarfsplanung weiter verbessern kann. Bundesweit maßgebliche Kriterien wie die Sozial- und Morbiditätsstruktur sind nach Absatz 2 Nummer 3 bei der Ermittlung einer bedarfsgerechten Versorgung in die Beratungen einzubeziehen. Die Möglichkeit zur flexiblen Festlegung der Pla-

nungsbereiche nach Absatz 1 Satz 6, insbesondere einer kleinräumigen Planung, ist ebenfalls explizit mit in die Prüfung einzubeziehen mit dem Ziel die wohnortnahe Versorgung zu stärken. Anpassungs- und Verbesserungsmöglichkeiten sind insbesondere im Hinblick auf die psychotherapeutische Versorgung zu prüfen.

Zu Buchstabe b

Die Änderung knüpft an einen Vorschlag aus der Stellungnahme des Bundesrates an. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat nach Absatz 2 Nummer 3 die Verhältniszahlen immer dann neu festzulegen oder anzupassen, wenn dies für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist. Beispielhaft ist bisher die demographische Entwicklung genannt. Die Ergänzung um die Sozial- und Morbiditätsstruktur stellt klar, dass auf Bundesebene auch diese Faktoren einen Regelungsbedarf auslösen können. Bei der Sozial- und Morbiditätsstruktur handelt es sich nicht um regionale Versorgungsbesonderheiten, sondern um bundesweit gewichtige Aspekte der Bedarfsplanung. Folglich sind diese Determinanten in die Bedarfsplanung auf Bundesebene einzubeziehen. Die Möglichkeit zur Abweichung auf regionaler Ebene nach § 99 Absatz 1 Satz 3 bleibt unberührt.

Zu Buchstabe c

Folgeänderung.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 30

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 44 (§ 103 SGB V)

(Zulassungsbeschränkungen und Aufkauf von Arzt-
sitzen)

Artikel 1 Nummer 44 wird wie folgt geändert:

a) Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

,a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird der Punkt am Ende durch die Wörter "; die durch die Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sind bei der Feststellung einer Überversorgung nicht zu berücksichtigen." ersetzt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

"Darüber hinaus treffen die Landesausschüsse eine Feststellung, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 40 Prozent überschritten ist."

b) Buchstabe b wird wie folgt geändert:

aa) Die Doppelbuchstaben aa und bb werden wie folgt gefasst:

,aa) In Satz 3 werden nach dem Wort "Nummer" die Angabe "4," und nach dem Wort "angehört" die Wörter "oder der sich verpflichtet, die Praxis in ein anderes Gebiet des Planungsbereichs zu verlegen, in dem nach Mitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung aufgrund einer zu geringen Ärztedichte ein Versorgungsbedarf besteht" eingefügt.

bb) Nach Satz 3 werden die folgenden Sätze eingefügt:

"Für einen Nachfolger, der dem in Absatz 4 Satz 5 Nummer 4 bezeichneten Personenkreis angehört, gilt Satz 3 zweiter Halbsatz mit der Maßgabe, dass dieser die vertragsärztliche Tätigkeit in einem Gebiet, in dem der Landesausschuss nach § 100 Absatz 1 das Bestehen von Unterversorgung festgestellt hat, nach dem ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 20 Absatz 1] erstmalig aufgenommen hat. Für einen Nachfolger, der dem in Absatz 4 Satz 5 Nummer 6 bezeichneten Personenkreis angehört, gilt Satz 3 zweiter Halbsatz mit der Maßgabe, dass das Anstellungsverhältnis oder der gemeinschaftliche Betrieb der Praxis mindestens drei Jahre lang angedauert haben muss. Satz 5 gilt nicht, wenn das Anstellungsverhältnis oder der gemeinschaftliche Praxisbetrieb vor dem ... [einsetzen: Datum des Tages der 1. Lesung des Deutschen Bundestages] begründet wurden. Hat der Landesausschuss eine Feststellung nach Absatz 1 Satz 3 getroffen, soll der Zulassungsausschuss den Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens ablehnen, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. Satz 3 zweiter Halbsatz sowie die Sätze 4 bis 6 gelten entsprechend; Absatz 4 Satz 9 gilt mit der Maßgabe, dass die Nachbesetzung abgelehnt werden soll."

bb) Folgender Doppelbuchstabe cc wird angefügt:

,cc) Folgender Satz wird angefügt:

"Bei der Ermittlung des Verkehrswertes ist auf den Verkehrswert abzustellen, der nach Absatz 4 Satz 8 bei Fortführung der Praxis maßgeblich wäre."

c) Buchstabe c Doppelbuchstabe bb wird wie folgt gefasst:

,bb) In Satz 9 werden die Wörter "Satz 5 Nummer 5 und 6" durch die Wörter "Absatz 3a Satz 3 zweiter Halbsatz in Verbindung mit Absatz 3a Satz 4 bis 6" ersetzt, wird das Wort "auch" gestrichen und werden die Wörter "Satz 5, 6 und 8" durch die Wörter "Satz 10,11,13 und 14" ersetzt.'

Begründung

Zu Buchstab a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelung entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Änderung wird den Landesausschüssen aufgegeben, neben der Feststellung, ob eine Überversorgung vorliegt, eine weitere Feststellung zu treffen, wenn der Versorgungsgrad in einzelnen Arztgruppen und Planungsbereichen den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad um 40 Prozent überschreitet. Die Regelung korrespondiert mit der Änderung in Absatz 3a, wonach die Sollens-Regelung zum Aufkauf von Arztsitzen erst ab einem Versorgungsgrad von 140 Prozent gilt (vgl. Absatz 3a Satz 7). Damit die Verschärfung ab einem Versorgungsgrad von 140 Prozent umgesetzt werden kann, bedarf es zunächst der Feststellung, dass ein entsprechender Versorgungsgrad erreicht wird. Unabhängig davon bleibt es bei der mit dem GKV-VStG beschlossenen Regelung, dass der Zulassungsausschuss einen Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens in einem Planungsbereich mit einem Versorgungsgrad von 110 Prozent ablehnen kann, wenn eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist und keine gesetzlich geregelten Privilegierungstatbestände erfüllt sind.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Regelung in Satz 3 enthält den bereits im Gesetzentwurf enthaltenen neuen Privilegierungsgrund für solche Ärztinnen und Ärzte, die sich verpflichten, den zur Nachbesetzung anstehenden Vertragsarztsitz in ein schlechter versorgtes Gebiet desselben Planungsbereichs zu verlegen.

Mit dem neu eingefügten Satz 4 wird die im Gesetzentwurf enthaltene mögliche Privilegierung der Ärztinnen und Ärzte, die fünf Jahre in einem unterversorgten Gebiet tätig waren, in eine verpflichtende Privilegierung überführt.

Satz 5 und 6 enthalten die bereits im Gesetzentwurf vorgesehene Regelungen wonach für eine Privilegierung von Angestellten und Job-sharing Partnern eine mindestens dreijährige gemeinsame Tätigkeit vorliegen muss.

Mit der Regelung in Satz 7 wird unter Versorgungsgesichtspunkten eine im Vergleich zum Gesetzentwurf höhere Toleranzgrenze für die Anwendung der obligatorischen Aufkaufregelung von Arztsitzen geschaffen. Es wird geregelt, dass der Aufkauf von Arztsitzen im Sinne einer "Soll"-Vorschrift erst ab einem Versorgungsgrad von 140 Prozent zur Anwendung kommt. Ab einem Versorgungsgrad von 110 Prozent ist weiterhin von Überversorgung auszugehen. Es bleibt bei der Regelung, dass der Landesausschuss Zulassungsbeschränkungen anzuordnen hat, und der Zulassungsausschuss einen Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens in einem entsprechenden Planungsbereich ablehnen kann, wenn eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist und keine gesetzlich geregelten Privilegierungstatbestände erfüllt sind. Neben dieser Könnens-Regelung wird nunmehr ab einem Versorgungsgrad von 140 Prozent eine Sollens-Regelung vorgesehen. Das bedeutet, dass ab einem Versorgungsgrad von 140 Prozent das Ermessen des Zulassungsausschusses bei der Entscheidung darüber, ob ein Nachbesetzungsverfahren nach Absatz 4 durchgeführt werden soll, eingeschränkt ist. Der Zulassungsausschuss ist auch hier verpflichtet zu prüfen, ob die Nachbesetzung des betreffenden Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen erforderlich ist. Kommt er zu dem Ergebnis, dass die Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist, soll er den Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens ablehnen. Die in Satz 3 zweiter Halbsatz sowie den Sätzen 4 bis 6 geregelten Privilegierungstatbestände finden auch im Rahmen der Sollens-Regelung Anwendung.

Zu Doppelbuchstabe bb

In Satz 9 wird geregelt, dass bei der Ermittlung des Verkehrswertes der Arztpraxis auf den Verkehrswert abzustellen ist, der bei der Fortführung der Praxis durch einen Praxisnachfolger nach Absatz 4 Satz 8 anzusetzen gewesen wäre. Dabei gilt auch hier, dass der am Markt theoretisch erzielbare höhere Verkaufspreis im Sinne eines echten Marktwertes bei Praxisfortführung durch einen Nachfolger nicht in Ansatz zu bringen ist, wenn er den Verkehrswert der Praxis übersteigt. Zu berücksichtigen sind bei der Ermittlung des Verkehrswertes sowohl der materielle als auch der immaterielle Wert der Praxis. Die Entschädigung schließt den Ersatz von Folgeschäden, die z. B. aufgrund von längerfristigen Verträgen entstehen können, ein; der ausscheidende Vertragsarzt ist dabei zur Schadensminderung verpflichtet. Etwaige Vermögensvorteile des ausscheidenden Vertragsarztes sind auf die zu zahlende Entschädigung anzurechnen

Zu Buchstabe c

Folgeänderung zu den Änderungen in Absatz 3a (vgl. Buchstabe b).

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 31

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 46 (§ 106a)

(Korrektur eines redaktionellen Fehlers)

Artikel 1 Nummer 46 Buchstabe e wird gestrichen.

Begründung

Korrektur eines redaktionellen Fehlers. Die Regelung ist bereits in Nummer 46 Buchstabe d des Gesetzentwurfs enthalten.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 32

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 47 (§ 106b – neu)

(Wirtschaftlichkeitsprüfungen)

In Artikel 1 Nummer 47 wird § 106b Absatz 4 Nummer 1 wie folgt gefasst:

"1. Verordnungen von Hilfsmitteln für Versicherte mit langfristigem Behandlungsbedarf nach § 32 Absatz 1a;"

Begründung

Folgeänderung zur Änderung des § 32 Absatz 1a SGB V. Da dem Gemeinsamen Bundesausschuss mit der Neuregelung des § 32 Absatz 1a SGB V nunmehr explizit die Option eingeräumt wird, in der Heilmittelrichtlinie eine Heilmittelversorgung von Versicherten mit langfristigem Behandlungsbedarf auch ohne Genehmigungsverfahren vorzusehen, war die Formulierung in § 106b Absatz 4 Nummer 1, die an die Genehmigung anknüpft, anzupassen.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 33

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 51 (§ 116a SGB V)

(Überprüfung der Ermächtigung von Krankenhäusern)

Artikel 1 Nummer 51 wird wie folgt gefasst:

,51. § 116a wird wie folgt geändert:

- a) In dem neuen Satz 1 wird das Wort "kann" durch das Wort "muss" ersetzt und wird nach dem Wort "Krankenkassen" das Wort "eingetretene" eingefügt.
- b) Folgender Satz wird angefügt:

"Der Ermächtigungsbeschluss ist nach zwei Jahren zu überprüfen."

Begründung

Die Änderung in Buchstabe a entspricht der Formulierung im Gesetzentwurf. Ergänzt wird die bereits im Entwurf enthaltene Ermächtigungsverpflichtung durch eine verbindliche Überprüfung des Ermächtigungsbeschlusses durch die Zulassungsausschüsse. Hierdurch wird die bereits in der Zulassungsverordnung der Ärzte enthaltene mögliche Befristung der Ermächtigung der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung durch eine Überprüfungspflicht flankiert.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 34

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 52 (§ 116b SGB V)

(Weitere Regelungen zur ambulanten spezialfach-
ärztlichen Versorgung)

Artikel 1 Nummer 52 wird wie folgt gefasst:

,52. § 116b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In dem Satzteil vor Nummer 1 werden die Wörter "schwere Verlaufsformen von" gestri-
chen.

bb) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

"1. Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen wie

- a) onkologische Erkrankungen,
- b) rheumatologische Erkrankungen,
- c) HIV/AIDS,
- d) Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3–4),
- e) Multiple Sklerose,
- f) zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie),
- g) komplexe Erkrankungen im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie,
- h) die Versorgung von Frühgeborenen mit Folgeschäden oder
- i) Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen;

bei Erkrankungen nach den Buchstaben c bis i umfasst die ambulante spezialfachärztliche
Versorgung nur schwere Verlaufsformen der jeweiligen Erkrankungen mit besonderen
Krankheitsverläufen;"

- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:
- "Danach läuft die Frist weiter, der Zeitraum der Unterbrechung wird in die Frist nicht eingerechnet."
- bb) In dem neuen Satz 8 wird die Angabe "Satz 6" durch die Angabe "Satz 7" ersetzt.
- cc) In dem neuen Satz 10 werden die Wörter "Sätze 4, 5 und 7" durch die Wörter "Sätze 4, 5 und 8" ersetzt.
- c) In Absatz 3 Satz 7 wird der Punkt am Ende durch die Wörter "; die Mitberatungsrechte nach § 90 Absatz 4 Satz 2 sowie § 140f Absatz 3 bleiben unberührt." ersetzt.
- d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 4 wird der Punkt am Ende durch die Wörter "unter Berücksichtigung der Ergebnisse nach § 137a Absatz 3." ersetzt.
- bb) In Satz 5 werden die Wörter "schweren Verlaufsformen von" gestrichen.
- cc) In Satz 8 werden die Wörter "schweren Verlaufsformen von" gestrichen.
- dd) In Satz 9 werden die Wörter "bei schweren Verlaufsformen" gestrichen.
- ee) In Satz 10 werden die Wörter "schweren Verlaufsformen onkologischer" durch das Wort "onkologischen" ersetzt.
- ff) Die folgenden Sätze werden angefügt:
- "Der Gemeinsame Bundesausschuss hat spätestens jeweils zwei Jahre nach dem Inkrafttreten eines für eine Erkrankung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1a oder b getroffenen Richtlinienbeschlusses die Auswirkungen dieses Beschlusses hinsichtlich Qualität, Inanspruchnahme und Wirtschaftlichkeit der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sowie die Erforderlichkeit einer Anpassung dieses Beschlusses zu prüfen. Über das Ergebnis seiner Prüfung berichtet der Gemeinsame Bundesausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit."

- e) In Absatz 5 Satz 1 werden die Wörter "schwere Verlaufsformen von" gestrichen.

- f) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 zweiter Halbsatz wird das Wort "vertragsärztliche" gestrichen.

 - bb) Satz 16 wird aufgehoben.

- g) Absatz 8 Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter "bis zu deren Aufhebung durch das Land" gestrichen.

 - bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

"Bestimmungen nach Satz 1 für eine Erkrankung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 oder 2 oder eine hochspezialisierte Leistung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 3, für die der Gemeinsame Bundesausschuss das Nähere zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung in der Richtlinie nach Absatz 4 Satz 1 geregelt hat, werden unwirksam, wenn das Krankenhaus zu dieser Erkrankung oder hochspezialisierten Leistung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt ist, spätestens jedoch drei Jahre nach Inkrafttreten des entsprechenden Richtlinienbeschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses."

Begründung

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Folgeänderung zu Doppelbuchstabe bb.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Neufassung von § 116b Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 entfällt für die onkologischen und die rheumatologischen Erkrankungen die Voraussetzung, dass die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) nur bei schweren Verlaufsformen dieser Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen erbracht werden darf. Diese Einschränkung hätte beispielsweise bei den gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle nach Ablauf der Übergangsregelung in § 116b Absatz 8 zur Folge gehabt, dass etwa die Hälfte der bisher nach § 116b SGB V alter Fassung versorgten Patientinnen und Patienten nicht in der ASV hätte versorgt werden können. Durch die Aufhebung dieser Einschränkung wird für die onkologischen und die rheumatologischen Erkrankungen eine weitere kontinuierliche und zukünftige Versorgung dieser Patientengruppe in der ASV gewährleistet.

Das generelle Merkmal, dass die ambulante spezialfachärztliche Versorgung bei Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen eine interdisziplinäre Abstimmung und Koordination der Patientenversorgung erfordert, bleibt auch für onkologische und rheumatologische Erkrankungen bestehen. Dies war auch bereits in den bisherigen konkretisierenden Richtlinienbeschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Krankheiten mit besonderen Krankheitsverläufen nach § 116b alter und neuer Fassung ein wichtiger Bestandteil.

Aus der teilweisen Aufhebung der Einschränkung auf schwere Verlaufsformen ergibt sich Anpassungsbedarf für die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 116b Absatz 4 erlassene Richtlinie, insbesondere für die bisher von ihm beschlossenen Regelungen zur Konkretisierung von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, den der Gemeinsame Bundesausschuss unverzüglich umzusetzen hat.

Eine gesetzliche Übergangsregelung für ASV-Leistungserbringer nach derzeitiger Rechtslage auf Grundlage der einzigen bisher in Kraft getretenen Richtlinienkonkretisierung des G-BA zu einer Erkrankung mit besonderen Krankheitsverläufen, nämlich zu schweren Verlaufsformen von gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle (derzeit nur wenige Teams) ist nicht erforderlich, weil durch die Gesetzesänderung deren Leistungsberechtigung nicht unmittelbar berührt wird. Sofern sich aufgrund der notwendigen Anpassung des Richtlinienbeschlusses des G-BA an die Streichung der Einschränkung auf schwere Verlaufsformen und die vorgenommene weitere Konkretisierung die Voraussetzungen für die Teilnahme an der ASV ändern sollten, ist es – wie bei jeder anderen zwischenzeitlich erfolgenden Änderung der ASV-Richtlinien durch den G-BA – nach § 116b Absatz 2 Satz 7 SGB V grundsätzlich die Aufgabe des Leistungserbringers selbst zu prüfen, ob er die Voraussetzungen noch erfüllt und dem zuständigen erweiterten Landesausschuss ggf. anzuzeigen, wenn dies nicht mehr der Fall ist. Nach § 116b Absatz 2 Satz 8 SGB V kann auch der erweiterte Landesausschuss u.a. aus gegebenem Anlass den Leistungserbringer auffordern, ihm gegenüber nachzuweisen, dass er weiterhin die Teilnahmevoraussetzungen erfüllt.

Zu Buchstabe b

Entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Buchstabe c

Die Ergänzung in § 116b Absatz 3 Satz 7 dient der Klarstellung, dass die obersten Landesbehörden sowie die Patientenvertretung auch im verkleinerten Gremium des erweiterten Landesausschusses ihr Mitberatungsrecht ausüben können. § 116b Absatz 3 gibt dem erweiterten Landesausschuss eine transparente, rechtssichere und beteiligungsreiche Verfahrensweise vor. In diesem Sinne sollen die Mitberatungsrechte auch im verkleinerten Gremium nicht beschnitten werden.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu den Doppelbuchstaben bb bis ee

Folgeänderung zu Buchstabe a Doppelbuchstabe bb

Zu Doppelbuchstabe ff

Mit der Regelung wird die allgemeine Pflicht des Gemeinsamen Bundesausschusses, die Auswirkungen seiner Beschlüsse zu beobachten und gegebenenfalls erforderliche Anpassungen vorzunehmen, hinsichtlich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung bei onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen konkretisiert und insbesondere bezüglich nicht nachvollziehbarer Mengen- oder Kostenentwicklungen verstärkt. Zudem wird der Gemeinsame Bundesausschuss verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit über das Ergebnis seiner Prüfung zu berichten.

Zu Buchstabe e

Folgeänderung zu Buchstabe a Doppelbuchstabe bb.

Zu Buchstabe f

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Änderung wird ermöglicht, dass neben den vertragsärztlichen Leistungserbringern auch die anderen Leistungserbringer die Kassenärztliche Vereinigung gegen Aufwendungsersatz mit der Abrechnung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung beauftragen können.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Aufhebung des Satzes 16 wird die Möglichkeit zur Beauftragung mit der Abrechnung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung auf die in Satz 1 vorgesehenen öffentlich-rechtlichen Stellen begrenzt.

Zu Buchstabe g

Zu Doppelbuchstabe aa

Entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Regelung wird der bereits im Gesetzentwurf vorgesehene Bestandsschutz für Krankenhäuser, die an der ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116b in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung teilnehmen, begrenzt. Die nach § 116b alter Fassung getroffenen Bestimmungen werden unwirksam, wenn das Krankenhaus zu der entsprechenden Erkrankung oder hochspezialisierten Leistung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt ist, spätestens jedoch drei Jahre nach Inkrafttreten eines Richtlinienbeschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses für die jeweilige Erkrankung oder hochspezialisierte Leistung. Daraus ergibt sich, dass spätestens nach Ablauf von drei Jahren für alle Krankenhäuser allein das neue Recht gilt.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 35

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 53 (§ 117 SGB V)

(Überweisungsvorbehalt bei Hochschulambulanzen,
seltene Erkrankungen, Ermächtigung von Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG)

Artikel 1 Nummer 53 wird wie folgt geändert:

- a) In Buchstabe a werden in Absatz 1 Satz 4 die Wörter "sowie in welchen Fällen des Satz 1 Nummer 1 es einer Überweisung bedarf" gestrichen.
- b) Buchstabe b Doppelbuchstabe aa wird wie folgt gefasst:
 - aa) In Satz 1 werden nach dem Wort "Umfangs" die Wörter "sowie für solche Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanzen bedürfen" eingefügt und werden die Wörter "und der Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 6 des Psychotherapeutengesetzes zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung der Versicherten und der in § 75 Abs. 3 genannten Personen in Behandlungsverfahren, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs. 6a anerkannt sind, sofern die Krankenbehandlung unter Verantwortung von Personen stattfindet, die die fachliche Qualifikation für die psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen" gestrichen.'
- c) Folgender Buchstabe c wird angefügt:
 - c) Folgender Absatz 3 wird angefügt:
 - „(3) Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 6 des Psychotherapeutengesetzes sind zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung der Versicherten und der in § 75 Absatz 3 genannten Personen in Behandlungsverfahren, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Ab-

satz 6a anerkannt sind, ermächtigt, sofern die Krankenbehandlung unter der Verantwortung von Personen stattfindet, die die fachliche Qualifikation für die psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen. Für die Vergütung gilt § 120 Absatz 2 Satz 1, 2 und 5 entsprechend mit der Maßgabe, dass dabei eine Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgen soll. Im Übrigen gilt § 120 Absatz 3 Satz 3 und 4 sowie Absatz 4 Satz 1 entsprechend.“

Begründung

Zu Buchstabe a

Gestrichen wird die Möglichkeit, einen Überweisungsvorbehalt für die Behandlung durch Hochschulambulanzen bei Forschung und Lehre vorzusehen. Hierdurch wird es Patientinnen und Patienten ermöglicht, im Rahmen von Forschung und Lehre ohne Einschränkungen unmittelbar Zugang zur Behandlung durch Hochschulambulanzen zu erhalten. Dieser ungefilterte Zugang stärkt gleichzeitig auch die Tätigkeit der Hochschulambulanzen im Bereich von Forschung und Lehre.

Die in Absatz 1 ebenfalls geregelte Erweiterung des Ermächtigungsumfang von Hochschulambulanzen auf die Behandlung von Personen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanz bedürfen erfasst auch die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit seltenen Erkrankungen. Bei der Konkretisierung der Patientengruppen, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Versorgung durch eine Hochschulambulanz bedürfen, durch die Vertragspartner sind daher auch die Patientinnen und Patienten, die an einer seltenen Erkrankung leiden, zu berücksichtigen.

Infolge der Erweiterung der Ermächtigung der Hochschulambulanzen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sind Leistungsverlagerungen aus dem niedergelassenen Bereich der vertragsärztlichen Versorgung an die Hochschulambulanzen zu erwarten, die nach künftigen Recht Bestandteil der Versorgung der Hochschulambulanzen sind. Die damit verbundenen Auswirkungen auf die im Rahmen des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs erbrachten Leistungen sind bei den Vereinbarungen über die Anpassung des Behandlungsbedarfs zu berücksichtigen. Der Bewertungsausschuss beschließt hierzu Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs (§ 87a Absatz 5 Satz 7). In den Vereinbarungen zur Bereinigung ist auch über notwendige Korrekturverfahren zu entscheiden.

Zu Buchstabe b

Die Regelungen zur Ermächtigung von staatlich anerkannten Ausbildungsstätten nach § 6 Psychotherapeutengesetz (PsychThG) werden in Absatz 2 gestrichen und in einen eigenen Absatz 3 – neu – überführt. Damit wird verhindert, dass die für die Hochschulambulanzen vorgesehenen Änderungen (gesetzliche Ermächtigung und erweiterte Behandlungsmöglichkeiten für bestimmte Personengruppen) über die Verweisregelung in Absatz 2 entsprechend auch für Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG gelten. Eine vollständige Verweisung ist hier nicht sachgerecht, weil die anerkannten Ausbildungsstätten andere Aufgaben wahrnehmen als die Hochschulambulanzen.

Zu Buchstabe c

Für die Ambulanzen der Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG werden daher – mit Ausnahme der Regelung zur gesetzlichen Ermächtigung – die bisherigen Regelungen beibehalten. Ebenso wie für die Hochschulambulanzen bedarf es hier zukünftig keines Zulassungsverfahrens mehr. Die Ambulanzen der Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG erbringen lediglich Leistungen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses auf Grundlage von Leistungspositionen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM). Daher wird für die Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG auf die jeweils entsprechend anzuwendenden erforderlichen Regelungen zur Vergütung ambulanter Leistungen der Ambulanzen aus § 120 verwiesen, um zu gewährleisten, dass die bisherige Vergütung für die Ambulanzen der Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG fort gilt. Dabei wird insbesondere angeordnet, dass bei der Vergütung wie bisher eine Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgen soll. Diese Regelung hat sich in Bezug auf die Ambulanzen der Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG bewährt.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 36

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 53a – neu (§ 118 SGB V)

(Erleichterungen für die Ermächtigung von Psychiatrischen Institutsambulanzen)

Nach Artikel 1 Nummer 53 wird folgende Nummer 53a – neu – eingefügt:

,53a. Dem § 118 wird folgender Absatz 4 angefügt:

"(4) Die in den Absätzen 1 und 2 genannten Krankenhäuser sind vom Zulassungsausschuss auch dann zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung zu ermächtigen, wenn die Versorgung durch räumlich und organisatorisch nicht angebundene Einrichtungen der Krankenhäuser erfolgt, soweit und solange die Ermächtigung notwendig ist, um eine Versorgung nach Maßgabe der Absätze 1 und 2 sicherzustellen."

Begründung

Die Ermächtigungsregelungen nach § 118 Absatz 1 bis 3 erfassen nur solche Einrichtungen, in denen die ambulante Behandlung der Versicherten in der Ambulanz einer Klinik durchgeführt wird. Das setzt eine organisatorische und räumliche Anbindung der Behandlungseinrichtung an die Klinik voraus. Räumlich und organisatorisch nicht an das Krankenhaus angegliederte Außenstellen von Psychiatrischen Institutsambulanzen können nach bisheriger Rechtslage von den Zulassungsausschüssen allein unter den Voraussetzungen des § 31 Ärzte-ZV ermächtigt werden. Psychiatrische Institutsambulanzen erfüllen einen wichtigen Beitrag zur Versorgung psychisch Kranker. Angesichts der besonderen Bedeutung der psychiatrischen Versorgung insbesondere auch für Kinder und Jugendliche werden die Voraussetzungen für die Erteilung einer Institutsermächtigung für Außenstellen von Psychiatrischen Institutsambulanzen gelockert. Außenstellen von Psychiatrischen Institutsambulanzen sind zu ermächtigen, soweit und solange eine Ermächtigung notwendig ist, um eine ausreichende ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung sicherzustellen. Damit wird für Außenstellen von Psychiatrischen Institutsambulanzen in § 118 Absatz 4 eine spezielle Ermächtigungsnorm geschaffen.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 37

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 53b – neu (§ 118a SGB V)

(Ermächtigung geriatrischer Rehabilitationskliniken)

Nach Artikel 1 Nummer 53a wird folgende Nummer 53b – neu – eingefügt:

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

- a) In Satz 1 werden nach dem Wort "Abteilungen" die Wörter ", geriatrische Rehabilitationskliniken und dort angestellte Ärzte" eingefügt.
- b) In Satz 3 zweiter Halbsatz werden nach den Wörtern "die Ermächtigung" die Wörter "eines in der geriatrischen Rehabilitationsklinik angestellten Arztes oder" eingefügt.'

Begründung

Mit der Änderung wird ein Vorschlag des Bundesrates aufgegriffen, der den bedarfsabhängigen Ermächtigungstatbestand des § 118a um die geriatrischen Rehabilitationskliniken und dort angestellte Ärztinnen und Ärzte mit entsprechender geriatrischer Weiterbildung erweitert.

§ 118a dient dem Ziel, eine bessere Versorgung von Patientinnen und Patienten, die aufgrund ihrer geriatritypischen Multimorbidität einen dringenden ambulanten Versorgungsbedarf haben, aber wegen Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheitsverläufe mit den verfügbaren Qualifikationen und Versorgungsstrukturen derzeit nicht adäquat versorgt werden können, zu erreichen. Die hierfür erforderliche ärztlich geriatrische Kompetenz ist neben den bisher in Absatz 1 genannten Einrichtungen auch an stationären geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen vorzufinden. Vor diesem Hintergrund sollen auch diese Einrichtungen und die dort angestellten Ärztinnen und Ärzte, die über eine entsprechende geriatrische Weiterbildung verfügen, in den Ermächtigungstatbestand des § 118a einbezogen werden, um die Versorgungssituation weiter zu verbessern und gegebenenfalls bestehende Versorgungslücken zu schließen.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 38

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 56 (§ 120 SGB V)

(Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen)

Artikel 1 Nummer 56 wird wie folgt geändert:

- a) In Buchstabe c Doppelbuchstabe cc werden die Wörter ", zu Begrenzungsregelungen der Behandlungen im für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang" gestrichen.
- b) In Buchstabe d werden in Absatz 3a Satz 3 die Wörter "im Benehmen mit der Landeskrankenhausgesellschaft" durch die Wörter "im Einvernehmen mit der Landeskrankenhausgesellschaft und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich unter Berücksichtigung der Regelungen nach § 87 Absatz 1 Satz 2 bis zum ... [einsetzen: sechs Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 20 Absatz 1]; § 115 Absatz 3 gilt entsprechend" ersetzt.

Begründung

Zu Buchstabe a

Um eine angemessene Finanzierung der Leistungen der Hochschulambulanzen in allen Regionen sicher zu stellen, wird auf die Vorgabe verzichtet, nach der der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger bundeseinheitliche Grundsätze zu Begrenzungsregelungen der Behandlungen im für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang vereinbaren sollen.

Zu Buchstabe b

In den Behandlungsfällen im Krankenhaus nach § 76 Absatz 1a über die Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigungen werden den Landeskrankenhausgesellschaften und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen weitergehende Mitspracherechte bei den Bestimmungen zu Form und Inhalt der Abrechnungunterlagen und den erforderlichen Vordrucken zur Abrechnung dieser Leistungen eingeräumt. Dabei sind die durch die

Bundesmantelvertragspartner getroffenen Regelungen, die zur Organisation der vertragsärztlichen Versorgung notwendig sind, insbesondere zu Vordrucken sowie zur überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung, zu berücksichtigen, um vergleichbare Regelungen zu gewährleisten und unnötigen bürokratischen Aufwand zu vermeiden. Zudem wird für die Fälle der Nichteinigung eine Schiedsregelung vorgesehen. Zweck der Regelung ist, auf eine praktikable Umsetzung der Abrechnung hinzuwirken. Die Beteiligung der Krankenkassen ist vor dem Hintergrund der ergänzenden bundesmantelvertraglichen Regelungen zu den Terminservicestellen nach § 75 Absatz 1a vorgesehen. Die Vorgaben zur Schiedsregelung der dreiseitigen Verträge nach § 115 Absatz 3 gelten entsprechend.

Die nunmehr vorgesehene Frist entspricht der Frist zur Errichtung der Terminservicestellen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 75 Absatz 1a Satz 2. Ziel ist, dass mit der Aufnahme der Tätigkeiten der Terminservicestellen alle erforderlichen Regelungen zu Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen vereinbart bzw. festgesetzt sind.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 39

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 57 (§ 125 SGB V)

(Rahmenempfehlungen und Preisangleichung)

Artikel 1 Nummer 57 wird wie folgt gefasst:

,57. § 125 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 4 Nummer 3 wird folgende Nummer 3a eingefügt:

"3a. Vorgaben für die notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung sowie einheitliche Regelungen zur Abrechnung,"

bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

"Kommt eine Einigung 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 und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen je zur Hälfte. Die Inhalte der Rahmenempfehlungen nach Satz 4 Nummer 3a sind den Verträgen nach Absatz 2 zugrunde zu legen."

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

"(2a) Untergrenze für die in den Jahren 2016 bis 2021 nach Absatz 2 zu vereinbarenden Höchstpreise ist der Betrag, der sich jeweils aus dem niedrigsten Preis zuzüglich zwei Drittel der

Differenz zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Preisen des betreffenden Landes ergibt. Bei der Ermittlung der niedrigsten und der höchsten Preise sind diejenigen Höchstpreise zu berücksichtigen, die zwischen den Krankenkassen, ihren Landesverbänden oder Arbeitsgemeinschaften mit Verbänden der Leistungserbringer vereinbart wurden. Die Vertragspartner auf Kassenseite melden dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich jeweils zum 1. April die zu diesem Zeitpunkt gültigen Preise. Der Spitzenverband Bund ermittelt daraus für jedes Land den Preisrahmen nach Satz 2 und teilt diesen den Vertragspartnern nach Absatz 2 Satz 1 auf Anfrage mit. Preisanhebungen oberhalb der nach § 71 Absatz 3 festgestellten Veränderungsrate verletzen nicht den Grundsatz der Beitragssatzstabilität, wenn sie erforderlich sind, um die Untergrenze nach Satz 1 zu erreichen. Absatz 2a gilt nur für die am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen."

Begründung

Zu Buchstabe a

Absatz 1 unverändert wie bisher im Gesetzentwurf.

Zu Buchstabe b

Das Preisniveau bei der Vergütung von Leistungen ist historisch bedingt bei den Ersatzkassen in der Regel höher als das der übrigen Krankenkassen. Während in den Bereichen der ärztlichen sowie zahnärztlichen Vergütung Unterschiede in der Höhe der Vergütungssätze der jeweiligen Krankenkassen über die Jahre abgebaut wurden, war dies im Bereich der Heilmittel bislang nicht der Fall.

Diese Vergütungsunterschiede und die dadurch bedingten Mehrausgaben führen zu Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen. Um diese zu beseitigen, wird mit den Neuregelungen in Absatz 2a in § 125 SGB V eine schrittweise Angleichung der Heilmittelpreise über einen Zeitraum von fünf Jahren vorgenommen. Die erste Anpassung findet im Jahre 2016 statt, die letzte Anpassung erfolgt im Jahre 2021. Es wird davon ausgegangen, dass sich die Preise nach fünf Jahren so weit angeglichen haben, dass keine wettbewerbsverzerrenden Unterschiede mehr bestehen.

Der Anpassungsprozess soll dadurch in Gang gesetzt werden, dass eine gesetzliche Preisuntergrenze festgelegt wird. Diese errechnet sich jeweils aus dem niedrigsten Preis zuzüglich zwei Drittel der Differenz zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Preisen des betreffenden Landes. Auf welche Preise sich die Vertragspartner in der Spanne zwischen Untergrenze und höchstem Preis letztlich einigen, liegt in ihrer Verhandlungsmacht. Dabei wird sowohl das Ziel der Preisangleichung als auch die finanzielle Situation der Heilmittelerbringer einerseits und der Krankenkassen andererseits zu berücksichtigen sein. Vereinbarungen, die Preisanhebungen oberhalb der nach § 71 Absatz 3 festgestellten Veränderungsrate vorsehen, verletzen nicht den Grundsatz der Beitragssatzstabilität, wenn damit die Untergrenze von Satz 1 erreicht werden soll.

Um ein einfaches Verfahren der Berechnung der niedrigsten und höchsten Höchstpreise zu ermöglichen und die wichtigsten Preisvereinbarungen einzubeziehen, werden nur Höchstpreise berücksichtigt, die zwischen den am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen, ihren Landesverbänden oder Arbeitsgemeinschaften mit Verbänden der Leistungserbringer nach Absatz 2 Satz 1 vereinbart wurden. Vereinbarungen mit einzelnen Leistungserbringern bleiben unberücksichtigt.

Die Vertragspartner auf Kassenseite nach Absatz 2 Satz 1 melden dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich jeweils zum 1. April die zu diesem Zeitpunkt gültigen Höchstpreise. Anhand der gemeldeten Preise ermittelt der Spitzenverband Bund den Preisrahmen nach Satz 2 und teilt diesen den Vertragspartnern nach Absatz 2 Satz 1 auf Anfrage mit. Die gesetzliche Preisuntergrenze kommt nur dann zum Tragen, wenn ein Vergleich der am 1. April des jeweiligen Kalenderjahres gültigen Vertragspreise auf Landesebene eine Abweichung ergibt.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 40

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 60a – neu (§ 132e SGB V)

(Fortgeltung von Impfvereinbarungen)

Nach Artikel 1 Nummer 60 wird folgende Nummer 60a eingefügt:

„60a. Dem § 132e Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Endet ein Vertrag, der die Versorgung mit Schutzimpfungen durch die in Satz 2 genannten Personen regelt, so gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages bis zum Abschluss eines neuen Vertrages oder bis zur Entscheidung der Schiedsperson vorläufig weiter.“

Begründung

Die Änderung greift die Stellungnahme des Bundesrates auf. Wie der Bundesrat ausführt, kann es nach der bisherigen Regelung im Falle der Kündigung einer Impfvereinbarung zu einem vertragslosen Zustand kommen, bis eine neue Vereinbarung zu Stande kommt. Versicherte sind dann auf das Kostenerstattungsverfahren angewiesen. Für die Inanspruchnahme von Schutzimpfungsleistungen sollten jedoch keine Umsetzungshürden bestehen. Es wird daher geregelt, dass im Fall der Beendigung eines Vertrages, der die Versorgung durch die in Satz 2 genannten Personen regelt, die Bestimmungen des bisherigen Vertrages vorläufig weiter gelten. Die Regelung gilt für Verträge mit den in Satz 2 genannten Personen, da nach Satz 2 eine Berechtigung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte zur Versorgung mit Schutzimpfungsleistungen vorgeschrieben ist. Durch die Weitergeltung der Bestimmungen des bisherigen Vertrages bleibt eine kontinuierliche Versorgung der Versicherten mit Schutzimpfungsleistungen durch die in Satz 2 genannten Personen ohne das Erfordernis eines Kostenerstattungsverfahrens gewährleistet. Zugleich bewirkt die Regelung, dass für beide Verhandlungspartner gleichermaßen ein Verhandlungsdruck besteht. Der bisherige Vertrag gilt vorläufig weiter bis ein neuer Vertrag oder bis die Entscheidung der Schiedsperson eingreift. Die Regelungen über das Schiedsverfahren in Satz 3 bis 5 sind entsprechend anzuwenden, wenn ein bereits bestehender Vertrag durch Kündigung oder auf andere Weise endet und innerhalb von drei Monaten nach Vertragsende kein neuer Vertrag zustande kommt.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 41

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 64 (§ 137c SGB V)

(Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt)

In Artikel 1 Nummer 64 Buchstabe b werden in Absatz 3 Satz 1 nach dem Wort "erfolgt" die Wörter ", sie also insbesondere medizinisch indiziert und notwendig ist" eingefügt.

Begründung

Durch die Ergänzungen in der Formulierung des neuen § 137c Absatz 3 wird der Regelungstext gemäß den Ausführungen in der Begründung des Regierungsentwurfs weiter präzisiert. Die Regelung in § 137c Absatz 3 konkretisiert den Umfang der Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt und gewährleistet damit die Teilhabe der Versicherten am medizinischen Fortschritt. Sie dient dazu, dass den typischerweise schwerer erkrankten Versicherten in der stationären Versorgung mit besonderem Bedarf nach innovativen Behandlungsalternativen vielversprechende Heilungs- und Behandlungschancen weiterhin zeitnah auch außerhalb von Studien gewährt werden können, auch wenn deren Nutzen noch nicht auf hohem Evidenzlevel belegt ist. Voraussetzung ist, dass die noch nicht allgemein anerkannte Methode das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt, also insbesondere die konkrete Behandlung nach fachgerechter ärztlicher Indikationsstellung medizinisch notwendig ist gemäß § 39 SGB V.

Die Regelung in § 137c Absatz 3 gewährleistet damit einheitliche Bewertungsmaßstäbe für innovative Methoden in der stationären Versorgung sowohl auf der Ebene des G-BA, einschließlich des neuen Verfahrens nach § 137h SGB V, als auch auf der Ebene der Entscheidung über die Leistungserbringung vor Ort, etwa über den Abschluss einer Vereinbarung über ein NUB-Entgelt oder im Rahmen einer Abrechnungsprüfung zwischen Krankenkasse und Krankenhaus. Der bestehende Wertungswiderspruch in der Gesetzesauslegung in der jüngsten höchstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. etwa BSG, Urteil vom 21. März 2013, Az. B 3 KR 2/12 R), wonach jede einzelne Krankenkasse einem Versicherten die Kostenübernahme für eine Methode mit Potential als erforderliche Behandlungsalternative verwehren kann, während der G-BA die gleiche Methode nicht unmittelbar nach § 137c Absatz 1 aus der Versorgung ausschließen dürfte, wird somit aufgehoben. Im Übrigen bleibt es dabei, dass das Krankenhaus etwa im Rahmen

einer Abrechnungsprüfung darlegen muss, dass die angewandte Untersuchungs- oder Behandlungsmethode zu Lasten der Krankenkasse jeweils erbracht werden durfte, sie also nach dem verfügbaren Stand der medizinischen Erkenntnisse das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative aufwies und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgte, sie also insbesondere medizinisch indiziert und notwendig war.

Für neue Methoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse erfolgt durch die Einführung des systematischen Bewertungsverfahrens nach § 137h SGB V nun eine frühzeitige Prüfung und eine ggf. erforderliche Erprobung unter strukturierten Bedingungen durch den G-BA. Methoden, die nicht das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten, insbesondere weil sie schädlich oder unwirksam sind, dürfen weiterhin nicht zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 42

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 66 (§ 137h SGB V – neu)

(Klarstellung der Einbeziehung aktiver,
implantierbarer Medizinprodukte und rückwirkende
Gewährung von NUB-Entgelten bei neuen Methoden
mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse)

In Artikel 1 Nummer 66 wird § 137h – neu – wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern "geändert worden ist," die Wörter "oder den aktiven
implantierbaren Medizinprodukten" eingefügt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter "Absatz 1 Satz 2" durch die Wörter "Absatz 1 Satz 3" ersetzt.

b) Dem Absatz 3 werden die folgenden Sätze angefügt:

"Der Anspruch auf die vereinbarte oder durch die Schiedsstelle festgelegte Vergütung gilt für die ab dem Zeitpunkt der Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 6 Absatz 2 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung in das Krankenhaus aufgenommenen Behandlungsfälle. Für die Abwicklung des Vergütungsanspruchs, der zwischen dem Zeitpunkt nach Satz 3 und der Abrechnung der vereinbarten oder durch die Schiedsstelle festgelegten Vergütung entstanden ist, ermitteln die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung die Differenz zwischen der vereinbarten oder durch die Schiedsstelle festgelegten Vergütung und der für die Behandlungsfälle bereits gezahlten Vergütung; für die ermittelte Differenz ist § 15 Absatz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 15 Absatz 2 der Bundespflegesatzverordnung entsprechend anzuwenden."

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter "Absatz 1 Satz 3" durch die Wörter "Absatz 1 Satz 4" ersetzt.

bb) Nach Satz 2 werden die folgenden Sätze eingefügt:

"Der Anspruch auf die vereinbarte oder durch die Schiedsstelle festgelegte Vergütung gilt für die ab dem Zeitpunkt der Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 6 Absatz 2 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung in das Krankenhaus aufgenommenen Behandlungsfälle. Für die Abwicklung des Vergütungsanspruchs, der zwischen dem Zeitpunkt nach Satz 3 und der Abrechnung der vereinbarten oder durch die Schiedsstelle festgelegten Vergütung entstanden ist, ermitteln die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 11 der Bundespflegesatzverordnung die Differenz zwischen der vereinbarten oder durch die Schiedsstelle festgelegten Vergütung und der für die Behandlungsfälle bereits gezahlten Vergütung; für die ermittelte Differenz ist § 15 Absatz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 15 Absatz 2 der Bundespflegesatzverordnung entsprechend anzuwenden."

Begründung

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe aa

Die Ergänzung dient der Klarstellung, dass auch neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die maßgeblich auf dem Einsatz eines aktiven, implantierbaren Medizinprodukts beruhen, grundsätzlich dem Verfahren nach § 137h SGB V unterliegen. Hiervon wurde auch bereits bisher ausgegangen. Diese Medizinprodukte sind in ihrem Risikopotential vergleichbar mit Medizinprodukten der höchsten Risikoklasse III, werden aber gemäß § 13 Absatz 1 Satz 1 Medizinproduktegesetz nicht nach den Klassifizierungsregeln des Anhangs IX der Richtlinie 93/42/EWG in eine Risikoklasse eingeordnet, sondern die Vorgaben für aktive implantierbare medizinische Geräte auf EU-Ebene sind in der eigenständigen Richtlinie 90/385/EWG geregelt. Da die bisherige Formulierung im Gesetzentwurf an die Zuordnung zu Risikoklassen nach Anhang IX der Richtlinie 93/42/EWG anknüpft, ist eine klarstellende Ergänzung erforderlich, mit der die aktiven implantierbaren Medizinprodukte ausdrücklich in die Definition der Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse im Sinne des § 137h SGB V einbezogen werden.

Zu den Buchstaben a Doppelbuchstabe bb und c Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich jeweils um die redaktionelle Korrektur eines fehlerhaften Verweises.

Zu den Buchstaben b und c Doppelbuchstabe bb

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Nutzenbewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) sieht vor, dass der G-BA innerhalb von drei Monaten über den Nutzen, das Potential als erforderliche Behandlungsalternative oder das Fehlen eines Potentials entscheidet. Einschließlich der die Bewertung vorbereitenden Maßnahmen kann die Spanne zwischen der NUB-Antragstellung beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und der G-BA-

Entscheidung nach dem Gesetzentwurf viereinhalb Monate betragen. Kommt der G-BA zu dem Ergebnis, dass der Nutzen der neuen Methode bereits als hinreichend belegt anzusehen ist oder sie zumindest das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, und kommt eine Vereinbarung zwischen dem Krankenhaus und den Kostenträgern über ein NUB-Entgelt zur Finanzierung der neuen Methode nicht innerhalb von drei Monaten nach der G-BA-Entscheidung zu Stande, sieht der Gesetzentwurf vor, dass die Schiedsstelle das NUB-Entgelt innerhalb von sechs Wochen festzulegen hat.

Um zu verhindern, dass die im Gesetzentwurf vorgesehenen Fristen zu etwaigen Verzögerungen bei der Vereinbarung von NUB-Entgelten und damit der sachgerechten Vergütung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse führen, sehen die wortgleichen Ergänzungen unter Buchstabe b und Buchstabe c Doppelbuchstabe bb vor, dass der Anspruch des Krankenhauses auf das vereinbarte oder von der Schiedsstelle festgelegte NUB-Entgelt bereits für die Patientinnen und Patienten besteht, die nach der NUB-Anfrage beim InEK in das Krankenhaus aufgenommen worden sind. Da die Krankenhäuser auf Grund der geltenden Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt auch vor der Bewertung durch den G-BA und vor der Vereinbarung oder Festsetzung eines NUB-Entgelts die Methode erbringen können und hierfür regelhaft eine Vergütung erhalten, ist von den Vertragsparteien vor Ort für alle betroffenen Patientinnen und Patienten die Differenz zwischen dem vereinbarten oder festgelegten NUB-Entgelt und der bereits gezahlten Vergütung zu ermitteln, um eine Doppelvergütung zu vermeiden. Die Auszahlung des für alle betroffenen Patientinnen und Patienten ermittelten Differenzbetrags erfolgt nach dem Verfahren gemäß § 15 Absatz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 15 Absatz 2 der Bundespflegesatzverordnung. Die Nutzung bereits bestehender Verfahren gewährleistet eine aufwandsarme Abwicklung des rückwirkenden Vergütungsanspruchs noch im laufenden Jahr.

Da das NUB-Entgelt höher ausfällt als die ursprüngliche Vergütung, führt der Änderungsantrag zu Mehrausgaben für die Kostenträger, die jedoch nicht quantifizierbar sind, weil die Höhe der NUB-Entgelte und der ursprünglichen Vergütung sowie die Anzahl der betroffenen Behandlungsfälle nicht bekannt sind.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 43

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 69 (§ 140a SGB V)

(Selektivverträge über eine besondere Versorgung;
besondere ambulante ärztliche Versorgung; Klarstel-
lung zu Zweitmeinungsangeboten als Leistungen der
besonderen Versorgung)

In Artikel 1 Nummer 69 wird § 140a wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 wird das Wort "zugelassener" gestrichen.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

"Soweit die Versorgung der Versicherten nach diesen Verträgen durchgeführt wird, ist der Sicher-
stellungsauftrag nach § 75 Absatz 1 eingeschränkt."

b) In Absatz 2 Satz 2 wird nach den Wörtern "Leistungen nach den §§ 20d, 25, 26," die Angabe "27b," einge-
fügt.

c) In Absatz 3 Satz 2 wird das Wort "integrierte" durch das Wort "besondere" ersetzt.

d) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

"(6) Für die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Absatz 3 Satz 2 gilt § 73b Absatz 7 ent-
sprechend; falls eine Vorabbeschreibung der teilnehmenden Versicherten nicht möglich ist, kann eine rück-
wirkende Bereinigung vereinbart werden. Die Vertragspartner nach § 73b Absatz 7 Satz 1 gemeinsam und
einheitlich können von der Bereinigung absehen, wenn das zu bereinigende Vergütungsvolumen gering ist

und der Aufwand für die Durchführung der Bereinigung das zu bereinigende Vergütungsvolumen überschreitet oder diesem entspricht."

Begründung

Zu Buchstabe a

Doppelbuchstabe aa

Mit der Neufassung des § 140a werden die bisherigen Möglichkeiten zum Abschluss von Strukturverträgen (§ 73a), Verträgen über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung (§ 73c) und Verträgen über eine integrierte Versorgung (§ 140a SGB V) in einer Norm zusammengefasst und entbürokratisiert. Alle nach bisherigem Recht möglichen Vertragsformen sind auch auf der neuen Rechtsgrundlage künftig möglich. Vor diesem Hintergrund stellt die Änderung klar, dass Krankenkassen - wie auf Basis des bisher geltenden Rechts - ambulante ärztliche Versorgungsaufträge nicht nur mit den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen, sondern auch mit den dazu ermächtigten ärztlichen Leistungserbringern vereinbaren können.

Doppelbuchstabe bb

Die Änderung stellt in Anlehnung an das bisherige Recht klar, dass der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen eingeschränkt ist, soweit die Versorgung der Versicherten im Rahmen eines Vertrages über eine besondere Versorgung erfolgt. Das gilt jedoch nur insoweit, als in diesen Verträgen Leistungen erbracht werden, die ansonsten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung von den Kassenärztlichen Vereinigungen sichergestellt werden müssten. Handelt es sich um Verträge über zusätzliche Leistungen (sog. "add-on Verträge"), die nach der Neufassung des Absatzes 2 ebenfalls ausdrücklich möglich sind, so sind diese ohnehin nicht vom Sicherstellungsauftrag umfasst.

Zu Buchstabe b

Mit der Aufnahme des § 27b in § 140a Absatz 2 Satz 2 – neu – wird klargestellt, dass auch Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung, die nach § 27b Absatz 6 – neu – Gegenstand einer Satzungsleistung sein können, in den Verträgen vereinbart werden können. Die Krankenkassen haben demnach die Möglichkeit, die Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung neben dem Anspruch nach § 27b – neu – auch als Satzungsleistung oder im Rahmen eines Vertrages nach § 140a anzubieten.

Zu Buchstabe c

Für IV-Verträge bestand schon nach bisherigem Recht eine Sonderregelung, nach der die Vertragspartner auf Grundlage des jeweiligen Zulassungsstatus für die besondere Versorgung vereinbaren können, dass auch Leistungen über den Zulassungs-, Ermächtigungs- oder Berechtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers hinaus erbracht werden dürfen. Mit der Neuordnung der Selektivverträge soll unter anderem die besondere ambulante ärztliche Versorgung für die Beteiligung durch Krankenhäuser geöffnet werden. Voraussetzung hierfür ist die Beteiligung

eines vertragsärztlichen Leistungserbringers. Die Sonderregelung für IV-Verträge soll dann sachgerecht auch für Verträge über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung gelten.

Zu Buchstabe d

Der erste angefügte Satz entspricht der Regelung im Gesetzentwurf. Mit der Änderung des zweiten angefügten Satzes wird den Gesamtvertragspartnern gemeinsam und einheitlich ermöglicht, von einer Bereinigung abzusehen, wenn das zu bereinigende Vergütungsvolumen gering ist und in keinem angemessenen Verhältnis zum Aufwand des Bereinigungsverfahrens steht. Ein Hemmnis bei der Umsetzung besonderer Verträge wird damit beseitigt.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 44

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 74 (§ 220 SGB V)

(externe Prüfung der Jahresrechnung durch Wirtschaftsprüfer)

Artikel 1 Nummer 74 wird gestrichen.

Begründung

Dem Anliegen nach mehr Transparenz bei der Jahresrechnung des Gesundheitsfonds wird zukünftig durch einen gleichzeitig mit der Veröffentlichung der Jahresrechnung seitens des Bundesversicherungsamtes vorzulegenden Bericht Rechnung getragen. In diesem Begleitbericht erfolgen zukünftig zusätzliche Erläuterungen zu der Jahresrechnung des Gesundheitsfonds durch das Bundesversicherungsamt. Darüber hinaus gehende Maßnahmen, wie die Bestellung eines Wirtschaftsprüfers oder vereidigten Buchprüfers, werden insbesondere vor dem Hintergrund des hierdurch induzierten Erfüllungsaufwandes derzeit für nicht erforderlich gehalten.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 45

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 76a – neu (§ 257 SGB V)

(Berücksichtigung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes beim Beitragszuschuss für privat versicherte Bezieher von Kurzarbeitergeld)

Nach Artikel 1 Nummer 76 wird folgende Nummer 76a – neu – eingefügt:

76a. In § 257 Absatz 2 Satz 4 wird der Punkt am Ende durch die Wörter "; für die Berechnung gilt der um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz nach § 242a erhöhte allgemeine Beitragssatz nach § 241." ersetzt.'

Begründung

Es handelt sich um eine Folgeregelung zum Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133). Durch das GKV-FQWG wurde der allgemeine Beitragssatz nach § 241 zum 1. Januar 2015 auf 14,6 Prozent abgesenkt und der seinerzeit darin enthaltene mitgliederbezogene Beitragssatzanteil in Höhe von 0,9 Prozent abgeschafft. Gleichzeitig wurde die Möglichkeit der Erhebung einkommensabhängiger Zusatzbeiträge eingeführt.

Mit der Änderung wird klargestellt, dass für die Berechnung des Arbeitsgeberzuschusses für privat versicherte Bezieher von Kurzarbeitergeld der um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz nach § 242a erhöhte allgemeine Beitragssatz nach § 241 gilt. Damit wird sichergestellt, dass der Anspruch auf einen Beitragszuschuss für diesen Personenkreis vergleichbar mit dem Beitrag des Arbeitgebers für gesetzlich krankenversicherte Beschäftigte während des Bezuges von Kurzarbeitergeld ist.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 46

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 82 (§ 279 SGB V)

(Errichtung eines Beirats bei den MDK; Begrenzung
der Wählbarkeit von Krankenkassenmitarbeitern in
die Verwaltungsräte der MDK)

Artikel 1 Nummer 82 wird wie folgt gefasst:

,a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

"§ 279

Verwaltungsrat und Geschäftsführer; Beirat"

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „Vertreterversammlungen“ durch die Wörter „Verwaltungsräten oder der Vertreterversammlung“ ersetzt.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Beschäftigte der Krankenkassen dürfen mit höchstens einem Viertel der Mitglieder im Verwaltungsrat vertreten sein.“

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

„(4a) Bei den Medizinischen Diensten wird ein Beirat errichtet, der den Verwaltungsrat bei seinen Entscheidungen berät und durch Vorschläge und Stellungnahmen unterstützt; er ist vor allen Entscheidungen des Verwaltungsrates zu hören. Der Beirat besteht aus bis zu acht Vertretern; die Anzahl der Vertreter im Beirat soll der Hälfte der Anzahl der Mitglieder des Verwaltungsrates entsprechen. Die Vertreter im Beirat werden von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes bestimmt, und zwar

jeweils zur Hälfte auf Vorschlag der für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie der pflegenden Angehörigen maßgeblichen Organisationen auf Landesebene und auf Vorschlag der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene. Die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes bestimmt die Voraussetzungen der Anerkennung der maßgeblichen Organisationen und Verbände nach Satz 3, insbesondere zu den Erfordernissen an die Organisationsform und die Offenlegung der Finanzierung. Sie legt auch die Einzelheiten für das Verfahren der Übermittlung und der Bearbeitung der Vorschläge der Organisationen und Verbände nach Satz 3 fest. Die Kosten der Tätigkeit des Beirates trägt der MDK. Das Nähere, insbesondere zum Verfahren der Beteiligung des Beirates und zu seiner Finanzierung, ist in der Satzung des Medizinischen Dienstes zu regeln.“

Begründung

Zu Buchstabe a

Die Überschrift wird um den bei den Medizinischen Diensten (MDK) zu errichtenden Beirat ergänzt.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit der Änderung wird – wie bisher bereits im Entwurf vorgesehen – die Vorschrift an das seit dem Gesundheitsstrukturgesetz zum 1. Januar 1996 geltende Recht angepasst.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit dem Wegfall der im bisherigen Buchstaben a Doppelbuchstaben bb vorgesehenen Änderung bleibt die geltende Rechtslage, nach der Beschäftigte der Krankenkassen grundsätzlich in die Verwaltungsräte der MDK gewählt werden können, erhalten. Mit einem vollständigen Ausschluss der Wählbarkeit von hauptamtlichen Mitarbeitern der Krankenkassen in die Verwaltungsräte würde es insbesondere für bundesweit tätige Krankenkassen schwierig, die erforderliche Anzahl von sachkundigen Personen aus der Selbstverwaltung für die Vertretung in allen MDK-Verwaltungsräten zu stellen. Die grundsätzliche Wählbarkeit von Beschäftigten der Krankenkassen wird allerdings insoweit eingeschränkt, als für ihren Anteil an der Gesamtzahl der Mitglieder im Verwaltungsrat eine Obergrenze eingeführt wird. Es wird dem Absatz 2 ein neuer Satz 4 hinzugefügt, durch den der Anteil der Beschäftigten von Krankenkassen in den Verwaltungsräten der MDK auf höchstens ein Viertel der Gesamtzahl der Mitglieder begrenzt wird. Die Höhe dieser Begrenzung ergibt sich aus dem Durchschnitt des derzeitigen Anteils hauptamtlicher Krankenkassenmitarbeiter aller MDK (rd. 25 Prozent).

Die Begrenzung des Anteils hauptamtlicher Krankenkassenmitarbeiter in den Verwaltungsräten des MDK soll bei der nächsten regulär anstehenden Wahl des Verwaltungsrates wirksam werden. Um den Beteiligten eine ausreichende Vorlaufzeit von sechs Monaten einzuräumen, ist ein Inkrafttreten dieser Regelung sechs Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes vorgesehen.

Zu Buchstabe c

Mit dem neuen Absatz 4a wird dem Verwaltungsrat des MDK ein Beirat aus dem Kreis der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie der Pflegeberufe zur Seite gestellt. Der Beirat ist vor allen Entscheidungen des Verwaltungsrates zu hören und seine Vorschläge und Stellungnahmen sind bei den Entscheidungen zu berücksichtigen. Die Zahl der Vertreter soll der Hälfte der Zahl der Mitglieder des Verwaltungsrates des jeweiligen MDK entsprechen und darf acht Vertreter nicht überschreiten. Die für die Bestimmung der Vertreter des Beirates vorgesehenen Regelungen in den Sätzen 3 bis 5 entsprechen den bisher im Entwurf enthaltenen Regelungen. Mit der Einrichtung des neuen Beirates können die Anliegen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie der Pflegeberufe zielführend in die Entscheidungen des Verwaltungsrates Eingang finden.

Die Tätigkeit des Beirates wird vom MDK finanziert. Das Nähere zur Finanzierung des Beirates und zur Ausgestaltung seiner Beteiligung an der Beschlussfassung, wie z. B. die Häufigkeit der Sitzungen des Beirates, ist in der Satzung des MDK zu regeln. In der Satzung ist insbesondere festzulegen, dass dem Beirat Gelegenheit zur Stellungnahme zu allen Beschlussvorlagen des Verwaltungsrates eingeräumt wird und dass die Stellungnahmen des Beirates vom Verwaltungsrat in seine Beschlussfassung einbezogen werden.

Die Errichtung des Beirates ist nicht an die Amtsperiode des Verwaltungsrates geknüpft. Sie hat daher unabhängig von den jeweiligen Amtsdauern der Verwaltungsräte nach Inkrafttreten der Regelung zu erfolgen. Um den Beteiligten ausreichend Vorlauf einzuräumen, tritt die Regelung sechs Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes in Kraft.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 47

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 84 (§ 284 SGB V)

(Rechtsbereinigung durch Streichung des Hinweises
auf die Durchführung des Risikopools)

Artikel 1 Nummer 84 Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

- ,b) In Nummer 14 werden die Wörter "und des Risikopools (§ 269 Abs. 1 bis 3)" gestrichen und wird nach dem Wort "Programme" ein Komma eingefügt.'

Begründung

Mit der weiteren Änderung in § 284 Absatz1 Satz 1 Nummer 14 – Streichung der Wörter zum Risikopool – erfolgt eine Rechtsbereinigung. Der Risikopool wird seit dem Ausgleichsjahr 2009 nicht mehr durchgeführt.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 48

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 1 Nummer 85 (§ 295 SGB V)

(Folgeänderung zum Wegfall der Abrechnungsmöglichkeit für Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung durch andere Stellen)

Artikel 1 Nummer 85 wird wie folgt gefasst:

,85. § 295 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1b Satz 1 und Absatz 2a Satz 1 wird jeweils das Wort "integrierten" durch das Wort "besonderen" ersetzt und wird jeweils die Angabe "oder § 73c" gestrichen.
- b) Absatz 5 wird aufgehoben.'

Begründung

Zu Buchstabe a

Die Regelung entspricht der bereits im Entwurf enthaltenen Regelung.

Zu Buchstabe b

Die Regelung ist eine Folgeänderung zur Aufhebung des § 116b Absatz 6 Satz 16 (siehe zu Artikel 1 Nummer 52). Mit der Aufhebung des § 116b Absatz 6 Satz 16 wird die Möglichkeit zur Beauftragung mit der Abrechnung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung auf die in § 116b Absatz 6 vorgesehenen öffentlich-rechtlichen Stellen begrenzt. In der Folge sind auch die Regelungen zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten, die mit der Beauftragung einer anderen Stelle im Zusammenhang stehen, nicht mehr erforderlich.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 49

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 2 Nummer 4 (§ 79b SGB V)

(Vertreter der Ärzte im beratenden Fachausschuss
für Psychotherapie)

Artikel 2 Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

"4. § 79b Satz 4 wird aufgehoben."

Begründung

Die Wählbarkeitsvoraussetzung für die Vertreter der Ärzte im beratenden Fachausschuss für Psychotherapie, "überwiegend" psychotherapeutisch tätig sein zu müssen, wird ersatzlos gestrichen (bisheriger Buchstabe a in Artikel 2 Nummer 4 des Gesetzentwurfs entfällt). Im Übrigen entspricht die Regelung dem Gesetzentwurf (bisheriger Buchstabe b).

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 50

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 2 Nummer 19 (§ 296 SGB V)

(Überschriftenanpassung, Wirtschaftlichkeitsprüfungen)

Artikel 2 Nummer 19 wird wie folgt geändert:

a) Vor Buchstabe a wird folgender Buchstabe a – neu – eingefügt:

,a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

"§ 296

Datenübermittlung für Wirtschaftlichkeitsprüfungen".'

b) Die bisherigen Buchstaben a bis c werden die Buchstaben b bis d.

Begründung

Zu Buchstabe a

Durch die Regelung des § 106b – neu – werden Auffälligkeitsprüfungen für verordnete Leistungen nicht mehr gesetzlich vorgeschrieben. Dieser Begriff ist daher in der Überschrift zu ersetzen.

Zu Buchstabe b

Folgeänderungen.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 51

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 2 Nummer 20 (§ 297 SGB V)

(Überschriftenanpassung, Wirtschaftlichkeitsprüfungen)

Artikel 2 Nummer 20 wird wie folgt geändert:

a) Vor Buchstabe a wird folgender Buchstabe a – neu – eingefügt:

,a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

"§ 297

Weitere Regelungen zur Datenübermittlung für Wirtschaftlichkeitsprüfungen".

b) Die bisherigen Buchstaben a bis d werden die Buchstaben b bis e.

Begründung

Zu Buchstabe a

Durch die Regelung des § 106b – neu – werden die Wirtschaftlichkeitsprüfungen für verordnete Leistungen regionalisiert. Die bisherigen Überschriften der §§ 296 und 297 sind dem nicht mehr angemessen und werden geändert.

Zu Buchstabe b

Folgeänderungen.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 52

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)
BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 3 Nummer 1 (§§ 26, 98, 345, 347, 349 SGB III)

und Nummer 2 (§ 312 SGB III)

(Einbeziehung von Spendern von Blut zur Separation
von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen)

In Artikel 3 Nummer 1 und Nummer 2 wird jeweils nach den Wörtern "Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen" das Wort "und" durch das Wort "oder" ersetzt.

Begründung

Die versicherungs- und beitragsrechtlichen Vorschriften des Dritten Buches Sozialgesetzbuch werden geändert, damit neben den Spendern von Organen oder Geweben nach dem Transplantationsgesetz auch Spender von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes in den Geltungsbereich mit einbezogen werden.

Durch die Änderung werden die verwendeten Formulierungen an die vergleichbaren Regelungen in Artikel 1 Nr. 6a, 14a und b, Artikel 4, Artikel 5 Nr. 2, Artikel 7 Nr. 1, 2, 3 und Artikel 8 Nr. 2b angepasst, um einen einheitlichen Sprachgebrauch zu gewährleisten.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 53

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 5 Nummer 0 – neu (§ 44a SGB XI)

(Änderung der Berechnungsgrundlage für den Zuschuss der Pflegeversicherung während Pflegezeit)

Vor Artikel 5 Nummer 1 wird folgende Nummer 0 eingefügt:

,0. § 44a Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 3 werden das Semikolon und der nachfolgende Satzteil durch einen Punkt ersetzt.
- b) Die Sätze 4 und 5 werden durch die folgenden Sätze ersetzt:

"Für die Berechnung der Mindestbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung werden bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz nach § 242 Absatz 1 des Fünften Buches zugrunde gelegt. Bei Mitgliedern der Landwirtschaftlichen Krankenversicherung sowie bei Personen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, werden der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a des Fünften Buches zugrunde gelegt."

Begründung

Zu den Buchstaben a und b

Es handelt sich um eine Folgeregelung zum Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) vom 21. Juli 2014 (BGBl. I S. 1133) sowie um redaktionelle Änderungen bedingt durch Zeitablauf. Durch das GKV-FQWG wurde der allgemeine Beitragssatz nach § 241 SGB V zum 1. Januar 2015 auf 14,6 Prozent abgesenkt und der seinerzeit darin enthaltene mitgliederbezogene Beitragssatzan-

teil in Höhe von 0,9 Prozent abgeschafft. Gleichzeitig wurde die Möglichkeit der Erhebung einkommensabhängiger Zusatzbeiträge eingeführt.

Die Änderung sieht vor diesem Hintergrund vor, dass für die Berechnung des Zuschusses für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz nach § 242 Absatz 1 des Fünften Buches zugrunde gelegt werden.

Da für Mitglieder der Landwirtschaftlichen Krankenversicherung beitragsrechtliche Sonderregelungen gelten, wird für die Zuschussberechnung bei diesen Mitgliedern auf den allgemeinen Beitragssatz und den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz abgestellt. Um für Personen, die in der privaten Krankenversicherung, in der Postbeamtenkrankenkasse oder in der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten krankenversichert sind, eine vergleichbare Zuschusshöhe zu erreichen, wird bei diesen Personen ebenfalls der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a des Fünften Buches zugrunde gelegt.

Mit dieser Folgeregelung wird sichergestellt, dass von der Pflegeversicherung für Beschäftigte während der Pflegezeit weiterhin ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen bis zu einer Höhe gewährt wird, der den Mindestbeiträgen für eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht. Die zu zahlenden Zuschüsse dürfen dabei wie bisher die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 54

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)
BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 8 Nummer 3 (§ 9 KVLG 1989)

(Redaktionelle Korrektur einer fehlerhaften Absatz-
bezeichnung)

Artikel 8 Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

,3. Dem § 9 wird folgender Absatz 5 angefügt:

"(5) Versicherte haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse, welche Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind. Maßnahmen nach Satz 1 und die dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten erfolgen. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Die Krankenkasse darf ihre Aufgaben nach Satz 1 an die in § 35 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch genannten Stellen übertragen."

Begründung

Die Regelung entspricht dem Gesetzentwurf. Lediglich die Absatzbezeichnung wird korrigiert.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 55

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 14 Nummer 0 – neu (§ 16 Ärzte-ZV)

(Anordnung von Zulassungsbeschränkungen)

Vor Artikel 14 Nummer 1 wird folgende Nummer 0 – neu – eingefügt:

,0. In § 16 Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter "oder in absehbarer Zeit drohenden" gestrichen.'

Begründung

Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 42 (§ 100 Absatz 2 SGB V).

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 56

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 14 Nummer 2 (§ 32 Ärzte-ZV)

(Weiterbeschäftigung nach Abschluss der Weiterbildung, Refinanzierung Aufstockungsbetrag fachärztliche Grundversorger)

Artikel 14 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

2. § 32 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

"Die Beschäftigung nach Satz 2 Nummer 1, 1. Variante ist bei Antrag auf Teilnahme zur vertragsärztlichen Versorgung auch nach Abschluss der Weiterbildung zulässig für die Zeit bis zur Entscheidung über den Antrag."

b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

"In den Fällen der Beschäftigung eines Assistenten im Rahmen der Weiterbildung nach § 75a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch hat die Kassenärztliche Vereinigung im Verteilungsmaßstab nach § 87b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festzulegen, in welchem Umfang abweichend von Satz 1 und § 87b Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eine Vergrößerung der Kassenpraxis zulässig ist; bei der Festlegung ist insbesondere der von der Praxis zu zahlende Anhebungsbetrag nach § 75a Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu berücksichtigen."

Begründung

Die Änderung in Absatz 2 ermöglicht eine Weiterbeschäftigung als Assistent auch nach Abschluss der Weiterbildung. In der Praxis kann es eine gewisse Übergangszeit dauern, bis über den Antrag auf Zulassung, Anstellungsgenehmigung oder Ermächtigung nach erfolgter Weiterbildung entschieden worden ist. Während im Krankenhaus eine Beschäftigung nach Abschluss der Weiterbildung möglich ist, regelt die Ärzte-ZV bisher nicht den Fall der Beschäftigung bis zur Entscheidung des Zulassungsausschusses. Um hier gleiche Rahmenbedingungen zu schaffen, wird eine entsprechende Beschäftigungsmöglichkeit für die Dauer des Zulassungsverfahrens geregelt. Eine Weiterbeschäftigung ist nicht möglich, wenn kein Antrag auf Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung gestellt worden ist.

Die bereits im Gesetzentwurf enthaltene Regelungen in Absatz 3, wonach den Weiterbildungsstellen die Möglichkeit gegeben wird, die aus der Anhebungsverpflichtung resultierende finanziellen Lasten durch Modifikation des Leistungsausweitungsverbots zu refinanzieren, wird auch auf Weiterbildungsstellen der fachärztlichen Grundversorger erstreckt.

Entwurf

Formulierungshilfe

Änderungsantrag 57

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

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

BT - Drs. – 18/4095

Zu Artikel 20 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)

(Inkrafttreten des Artikels 1 Nummer 16 – § 47a
SGB V – und des Artikels 5 Nummer 0 – § 44a Absatz 1 SGB XI)

Artikel 20 wird wie folgt geändert:

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

"(3a) Artikel 5 Nummer 0 tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2015 in Kraft."

b) In Absatz 4 werden die Wörter "Artikel 5 Nummer 1 und 3 tritt" durch die Wörter "Artikel 1 Nummer 16 und Artikel 5 Nummer 1 und 3 treten" ersetzt.

Begründung

Zu Buchstabe a

Mit dem GKV-FQWG wurde der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches zum 1. Januar 2015 auf 14,6 Prozent abgesenkt und gleichzeitig der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz nach § 242 Absatz 1 des Fünften Buches sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a des Fünften Buches eingeführt. Die Änderung von Artikel 5 Nummer 0 ist eine notwendige Folgeänderung hierzu, damit Beschäftigte während der Pflegezeit von der Pflegeversicherung weiterhin einen Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen bis zu einer Höhe erhalten können, der den Mindestbeiträgen für eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht. Die Regelung soll daher ebenfalls rückwirkend zum 1. Januar 2015 in Kraft treten.

Zu Buchstabe b

Mit § 47a werden für Bezieher von Krankengeld, die wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, Beitrags-

zahlungen der Krankenkassen an berufsständische Versorgungseinrichtungen eingeführt. Dabei erfolgt die Zahlung der Beiträge direkt von den Krankenkassen an die berufsständischen Versorgungseinrichtungen. Für die Einführung dieses direkten Zahlungsweges und die in diesem Zusammenhang erforderliche Abstimmung zur Form der dafür zu übermittelnden Daten benötigen die Beteiligten einen hinreichenden zeitlichen Vorlauf, weshalb diese Regelung erst zum 1. Januar 2016 in Kraft tritt.