



**Stellungnahme des IKK e.V.
zum Referentenentwurf des
Bundesministeriums für Gesundheit
für den**

**Entwurf eines Gesetzes
für schnellere Termine und bessere
Versorgung**

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Stand 17.08.2018

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen	3
Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	6
§ 27a SGB V: Künstliche Befruchtung	6
§ 29 SGB V: Kieferorthopädische Behandlung	7
§ 44 SGB V: Krankengeld.....	10
§ 46 SGB V: Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld.....	12
§ 50 SGB V: Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes	14
§ 51 SGB V: Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe.....	16
§ 55 SGB V: Leistungsanspruch.....	18
§ 73 SGB V: Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung.....	19
§ 74 SGB V: Stufenweise Wiedereingliederung	20
§ 75 SGB V: Inhalt und Umfang der Sicherstellung	21
§ 81a SGB V: Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen	23
§ 85 SGB V: Gesamtvergütung	24
§ 87 SGB V: Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	25
§ 87a SGB V: Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten.....	28
§ 96 SGB V: Zulassungsausschüsse.....	30
§ 103 SGB V: Zulassungsbeschränkungen	31
§ 105 SGB V: Förderung der vertragsärztlichen Versorgung	33
§ 106a SGB V: Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen.....	35
§ 197a SGB V: Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen	36
§ 291a SGB V: Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur	37
§ 291b SGB V: Gesellschaft für Telematik.....	40
§ 295 SGB V: Abrechnung ärztlicher Leistungen	43
§ 305 Absatz 1 Sätze 2,3 und 4 (neu)SGB V: Auskünfte an Versicherte	44
Zu Artikel 8 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	46
§ 47a SGB V: Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen	46
§§ 71, 72 und 112 a (neu) SGB XI: Anschlussregelung Betreuungsdienste und deren Qualitätssicherung.....	47
Zu Artikel 13 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)	49
§ 19; 19a: Mindestsprechstunden.....	49
Ergänzender Änderungsbedarf	50
Delegation und Substitution ausbauen	50

Grundsätzliche Anmerkungen

Das Ziel des vorliegenden Referentenentwurfs für ein Terminservice- und Versorgungsgesetz ist es, die Termin- und Wartezeitsituation in den deutschen Arztpraxen zu verbessern. Dieses Vorhaben unterstützen die Innungskrankenkassen ausdrücklich. Sie stellen sich gleichzeitig gegen die pauschale Aussage, dass es in Deutschland eine „Zwei-Klassen-Medizin“ gibt. Der Begriff „Zwei-Klassen-Medizin“ suggeriert, dass GKV-Versicherte minderwertig versorgt werden. Das ist nicht der Fall, wie auch vergleichende internationale Länderstudien belegen. Diese Feststellung soll aber nicht davon ablenken, dass es in der Frage der Terminvergabe Probleme gibt, die gelöst werden müssen. Die Innungskrankenkassen begrüßen daher die vorgesehenen Maßnahmenbündel wie etwa die Weiterentwicklung der Terminservicestellen, die 24 Stunden / 7 Tage die Woche Erreichbarkeit der bundeseinheitlichen Notdienstnummer 116 117, die Ausweitung der Mindestsprechstundenzeit von 20 auf 25 Stunden sowie das vorgesehene Online-Angebot zur Terminvermittlung. Einen wirksamen Anker, der die Bevorzugung von Privatpatienten in Arztpraxen eindämmt, enthält der Entwurf zum aktuellen Zeitpunkt jedoch nicht. Die Innungskrankenkassen plädieren daher für eine Nachschärfung des Gesetzes in die Richtung, dass die Diskriminierung von gesetzlich Versicherten gegenüber Privatpatienten als Verstoß gegen vertragsärztlichen Pflichten zu werten ist.

Extrabudgetäre Vergütung

Kritisch bewerten die Innungskrankenkassen die undifferenzierte Ausweitung der extrabudgetären Vergütung in der vorliegenden Form des Referentenentwurfs, sei es für die Behandlung von Patienten, die durch die Terminservicestellen vermittelt werden, die Behandlung von neuen Patienten in der Arztpraxis, für Leistungen, die in der neu eingeführten Sprechstundenzeit erbracht werden, die Behandlung von Akut- und Notfälle während der Sprechstundenzeit etc. Alle diese Leistungen gehören zum Standard des Sicherstellungsauftrags und sind mit der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bereits heute abgedeckt.

Entsprechende extrabudgetäre Anreize würden zu weiteren Ungleichbehandlungen führen und das System der ambulanten Vergütung weiter aushöhlen. Die neuen extrabudgetären Vergütungen müssen daher auf tatsächlichen Mehraufwand begrenzt bleiben und zu einer tatsächlichen Verbesserung der Termin- und Wartezeitsituation führen.

Die Innungskrankenkassen gehen – wie der GKV-Spitzenverband – davon aus, dass die vorgesehene neue Vergütungs- und Leistungsstruktur in §§ 87, 87a SGB V deutlich vereinfacht werden kann, während die intendierte Anreizstruktur gleichzeitig zielgenauer ausgestaltet wird, um das Reformziel – den Zugang gesetzlich Versicherter zur ambulanten Versorgung zu verbessern – zu erreichen. Die Neufassung des § 87a Absatz 3

SGB V wird daher in der vorliegenden Form abgelehnt und stattdessen auf die konkreten vorgeschlagenen Maßnahmen des GKV-Spitzenverbandes verwiesen (vgl. Einleitende Anmerkungen zu Nrn. 40 Buchstabe b) bis 41 Buchstabe a) in der Stellungnahmen des GKV-Spitzenverbandes).

Unterversorgte Regionen

Nach dem Referentenentwurf sollen in Regionen mit drohender oder bereits bestehender Unterversorgung regionale Vergütungszuschläge obligatorisch festgelegt werden. Zudem soll zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung u.a. der regionale Strukturfonds finanziell ausgebaut und künftig verpflichtend für alle Kassenärztlichen Vereinigungen werden. Zudem sollen die Regelungen im Referentenentwurf dazu beitragen, den Aufbau von Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zu fördern. Für die Innungskrankenkassen können diese Instrumente dazu beitragen, die Versorgung im ländlichen Raum zu stützen und die betroffenen Regionen attraktiver für eine Niederlassung zu machen. Es stellt sich aber die Frage, ob das bisherige Primat „Freier Arzt in freier Praxis“ angesichts der aktuellen Entwicklungen bestehen bleiben kann. Die Zukunft der ambulanten Versorgung liegt in ambulanten Versorgungszentren. Daher setzen sich die Innungskrankenkassen für eine Aufwertung von Medizinischen Versorgungszentren und deren forcierte Einrichtung ein. Diesen Weg beschreitet der vorliegende Gesetzentwurf aber nicht.

Einen weiteren Punkt lässt der Referentenentwurf bei seinen Bemühungen um eine Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung außer Acht. Die Innungskrankenkassen sind der festen Überzeugung, dass den Herausforderungen im ländlichen Raum nur mit einem Ausbau der Delegations- und Substitutionsangebote von ärztlichen Leistungen begegnet werden kann. Angesichts der zunehmenden Spezialisierung der Ärzte, des Fachkräftemangels und der demografischen Entwicklung ist es notwendig, aus gewohnten Bahnen auszubrechen und neue Ausgestaltungsmöglichkeiten zu eröffnen.

Sprechende Medizin

Eine gute hausärztliche Versorgung ist ein wichtiges Element einer effizienten und guten Versorgung. Daher muss über neue Anreize nachgedacht werden, die nicht die Abrechnung von „Apparatemedizin“ fördern. Die Innungskrankenkassen unterstützen daher die vorgesehene Trendwende. Der Facharzt für Allgemeinmedizin hat gegenüber seinen hochspezialisierten Kollegen an Bedeutung verloren. Dieser Entwicklung müsste gleichermaßen entgegengewirkt werden.

Digitalisierung

Die im Vorgriff auf das angekündigte E-Health-Gesetz II getroffenen Regelungen in Bezug auf den Themenkomplex elektronische Patientenakte/Patientenfach und Gesundheitsakte werden begrüßt. Die Erweiterung der Zugriffsmöglichkeiten für die Versicherten auf ihre Daten über Smartphone, Tablett, etc. ist ein Schritt in die richtige Richtung, um versichertennahe Lösungen zu ermöglichen.

Die Prüfung dieser Lösungen auf Interoperabilität mit der technischen Infrastruktur der Telematik anhand eines Kriterienkataloges in die Verantwortung der Gesellschaft für Telematik zu stellen, ist nachvollziehbar. Die Interoperabilität mit der Telematik-Infrastruktur muss selbstverständlich sichergestellt sein. Erweiterte Zulassungsverfahren oder Sicherheitsbewertungen für individuelle Lösungen, die kassenspezifische Angebote einschränken würden, werden jedoch abgelehnt.

Der IKK e.V. nimmt im Folgenden Stellung zu einzelnen Aspekten des Referentenentwurfes. Im Übrigen wird auf die detaillierte Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes verwiesen.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 27a SGB V: Künstliche Befruchtung

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung soll eine Erweiterung des Leistungsanspruchs auf künstliche Befruchtung um die Kryokonservierung von Keimzellgewebe, Ei- und Samenzellen in Fällen erfolgen, in denen eine Krebserkrankung zu Fertilitätsverlust führen könnte.

Bewertung

Die Neuregelung zur Erweiterung des Leistungsanspruchs auf künstliche Befruchtung in den im Referentenentwurf benannten Fällen wird in ihrem Grundanliegen von den Innungskrankenkassen begrüßt und unterstützt. Der Leistungsanspruch sollte jedoch zum einen hinsichtlich der Dauer des Leistungsanspruchs nach § 27a Absatz 3 SGB V und zum anderen in Bezug auf die tatsächliche Behandlung der Krebserkrankung klargestellt bzw. konkretisiert werden.

Änderungsvorschlag

§ 27a wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 eingefügt:

„(4) Versicherte haben Anspruch auf Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder von Keimzellgewebe und die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen, wenn diese wegen einer Behandlung einer Krebserkrankung im Hinblick auf eine Maßnahme der künstlichen Befruchtung nach Absatz 1 medizinisch notwendig sind; Absatz 3 Satz 1 zweiter Teilsatz gilt entsprechend.

b) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 5.

c) Im neuen Absatz 5 werden die Wörter „nach Absatz 1“ durch die Wörter „nach den Absätzen 1 und 4“ ersetzt.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13

§ 29 SGB V: Kieferorthopädische Behandlung

Beabsichtigte Neuregelung

Im Bereich der Kieferorthopädie wird eine Mehrkostenregelung (Mehr- und Zusatzleistungen) eingeführt. Den Bundesmantelvertragspartnern wird aufgegeben, einen Katalog der typischerweise anfallenden Mehrleistungen zu vereinbaren. Die Bundesmantelvertragspartner haben eine Positiv- als auch eine Negativliste zur eindeutigen Abgrenzung von vertraglichen, mehrkostenfähigen und außervertraglichen Leistungen zu vereinbaren. Um die Aufklärungs- und Informationspflichten des Zahnarztes über die mit den Behandlungsalternativen verbundenen Kosten gegenüber den Versicherten sicherzustellen, sind einheitliche Formulare zu vereinbaren. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen können die Einhaltung anlassbezogen überprüfen.

Bewertung

Bislang gab es keine gesetzliche Grundlage, die die Abrechnung von Mehrkosten ermöglicht. Die Vereinbarung von Mehrkosten mit den Versicherten ist im kieferorthopädischen Bereich dennoch üblich, in hohem Maße intransparent und führt zu erheblichen finanziellen Belastungen der Versicherten.

Die wesentlichen Regelungen aus der Vereinbarung zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und dem Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden (BDK) zur Gewährleistung einer geordneten und transparenten Vereinbarung, Erbringung und Abrechnung von zahnärztlichen Mehr- und Zusatzleistungen sowie außervertraglicher Leistungen werden in den Referentenentwurf übernommen. Zwischen Mehr- und Zusatzleistungen wird unterschieden. Bei den Mehrleistungen hat der Versicherte nur die Differenz zwischen den Kosten der Mehrleistung und den Kosten für die vergleichbare im Bewertungsmaßstab für zahnärztlicher Leistungen (BEMA) enthaltene Leistung zu tragen. Zusatzleistungen sind vollständig von den Versicherten zu tragen.

Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist eine differenziertere Beschreibung der BEMA-Leistungen erforderlich, um besser Mehr- und Zusatzleistungen abgrenzen zu können. Insoweit sind durch den Gemeinsamen Bundesausschuss die Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Ziffer 2 SGB V für die kieferorthopädische Behandlung zu überarbeiten und die Behandlung der Regelversorgung einer aufzahlungsfreien kieferorthopädischen Behandlung festzulegen. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss sollte durch das Bundesministerium für Gesundheit eine angemessene Frist (§ 92 Absatz 1 a Satz 3 SGB V)

vorgeben werden. Die derzeit gültigen Richtlinien sind bereits am 1. Januar 2004 in Kraft getreten und daher ohnehin überprüfungsbedürftig.

Im Referentenentwurf ist allerdings nicht vorgesehen, dass die Krankenkassen über die geplanten Mehr- und Zusatzleistungen informiert werden. Um die Versicherten umfassend beraten zu können, ist dies nach Auffassung der Innungskrankenkassen aber unbedingt erforderlich.

Änderungsvorschlag

„(5) ¹Wählen Versicherte im Falle von kieferorthopädischen Behandlungen Leistungen, die den im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildeten kieferorthopädischen Leistungen vergleichbar sind und sich lediglich in der Durchführungsart oder durch die eingesetzten Behandlungsmittel unterscheiden (Mehrleistungen), haben die Versicherten die durch diese Mehrleistungen entstehenden Mehrkosten selbst zu tragen. ²In diesen Fällen ist von den Kassen die vergleichbare im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildete kieferorthopädische Leistung nach Satz 1 als Sachleistung abzurechnen; die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend. ³Der Gemeinsame Bundesausschuss überprüft und ergänzt hierfür die Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Ziffer 2 SGB V SGB V um den Inhalt und den Umfang der Regelversorgung Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren sowie um einen Katalog der aufzahlungsfreien sowie der typischerweise als Mehrleistungen vereinbarungs- und abrechnungsfähigen Leistungen zur näheren Konkretisierung der Leistungen nach Satz 1; dieser Katalog kann zugleich beispielhaft solche nicht im Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildeten kieferorthopädischen Leistungen festlegen, welche nicht als Mehrleistungen im Sinne von Satz 1 anzusehen sind (Zusatzleistungen). ⁴Nicht im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen vorgesehene kieferorthopädische Leistungen (Zusatzleistungen) sind in voller Höhe vom Versicherten zu zahlen. ⁵Werden im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung neben kieferorthopädischen Leistungen, die im Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildet sind, Mehrleistungen oder Zusatzleistungen erbracht, ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen, in der die von der Kasse zu tragenden Kostenanteile und die vom Versicherten zu tragenden Kostenanteile aufgeschlüsselt nach Leistungen transparent aufgeführt und gegenübergestellt werden. ⁶Hiermit ist eine schriftliche Erklärung des Versicherten zu verknüpfen, dass er über die in Betracht kommenden Behandlungsalternativen einschließlich einer auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen erfolgenden zuzahlungsfreien Behandlung sowie über die mit den Behandlungsalternativen

gegebenenfalls für ihn verbundenen Kosten informiert worden ist. *7Dabei sind für die Behandlungsalternativen die Gebührennummer, die Leistungsbeschreibung und der voraussichtliche Gebührensatz anzugeben.*⁸Die Bundesmantelvertragspartner vereinbaren für die schriftliche Vereinbarung nach Satz 5 und die Erklärung des Versicherten nach Satz 6 verbindliche Formularvordrucke und bestimmen den Zeitpunkt, ab dem diese verbindlich zu verwenden sind. *9Vor Beginn der Behandlung prüft die Krankenkasse die geplanten kieferorthopädischen Leistungen, einschließlich der vereinbarten Mehrleistungen und Zusatzleistungen, sowie deren voraussichtliche Kosten.*¹⁰Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen überprüfen anlass-bezogen die Einhaltung der Pflichten aus den Sätzen 5 und 6.¹¹Zu diesem Zweck ist der behandelnde Zahnarzt verpflichtet, den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen auf Verlangen die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen nach den Sätzen 5 und 6 vorzulegen.¹²Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen dürfen die in diesen Unterlagen enthaltenen Daten nur für die Prüfung nach Satz 10 verarbeiten.¹³Soweit es für die Prüfung der Einhaltung der Informations- und Aufklärungspflichten aus den Sätzen 5 und 6 sowie zur Nachvollziehbarkeit der vereinbarten Mehr- und Zusatzkosten erforderlich ist und der Versicherte schriftlich oder elektronisch gegenüber dem behandelnden Zahnarzt eingewilligt hat, können die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen behandlungs- und rechnungsbezügliche Unterlagen von den behandelnden Zahnärzten anfordern.¹⁴Die behandelnden Zahnärzte sind insofern zur Datenübermittlung verpflichtet.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22 Buchstabe a) und b)

§ 44 SGB V: Krankengeld

Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a)

Mit der Neuregelung soll erreicht werden, dass nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V versicherte hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige die Möglichkeit zur Wahl eines Anspruchs auf Krankengeld haben.

Buchstabe b)

Mit der Neuregelung soll erreicht werden, dass bei Versicherten, die nach § 44 Absatz 2 Nummer 2 und 3 SGB V die Möglichkeit zur Wahl eines Anspruchs auf Krankengeld haben und während einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit die Möglichkeit zur Wahl ausüben bzw. eine Arbeitsunfähigkeit bis zum Wirksamwerden der Wahl eintritt, die Wirksamkeit zur Wahl des Anspruchs auf Krankengeld erst nach Beendigung der Arbeitsunfähigkeit eintritt.

Bewertung

Buchstabe a)

Die Neuregelung ist weder sachgerecht noch stimmig.

Hauptberufliche Selbstständige haben nach § 9 SGB V die Möglichkeit einer freiwilligen Versicherung. Auch hauptberuflich Selbstständige mit einer Versicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V haben in aller Regel die Möglichkeit zum Beitritt in eine freiwillige Versicherung mit Anspruch auf Krankengeld gehabt. Die Möglichkeit wurde von den Personen aus unterschiedlichsten Gründen nicht genutzt. Es ist nicht sachgerecht, diesen Personen nun auf anderen Wegen ein Recht einzuräumen, welches sie selbst bis dato nicht genutzt haben.

Der Gesetzgeber hat bisher bewusst für diese Versicherte keinen Anspruch auf Krankengeld eingeräumt, da kein Bedarf hierfür besteht und andere Möglichkeiten zur Absicherung (z. B. § 9 SGB V) vorhanden sind.

Des Weiteren ist die Regelung nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V vor dem Hintergrund der Einführung des § 188 Absatz 4 SGB V eine „Auslaufregelung“. Es ist daher nicht nachvollziehbar, warum für eine „Auslaufregelung“ eine gesetzliche Neuregelung geschaffen wird.

Buchstabe b)

Die Neuregelung ist sachgerecht, um eine missbräuchliche Gestaltung des Anspruchs auf Krankengeld zu vermeiden. Die Neuregelung sorgt für Rechtssicherheit in der Praxis der Krankenkassen.

Änderungsvorschlag

Zu a) Die Neuregelung ist zu streichen.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23

§ 46 SGB V: Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung soll sichergestellt werden, dass für Versicherte, deren Mitgliedschaft vom lückenlosen Bestand des Anspruchs auf Krankengeld abhängig ist, bei verspäteter, aber nach Wegfall des Hinderungsgrundes unverzüglicher Vorlage der Folgearbeitsunfähigkeitsbescheinigung, das Krankengeld nicht mehr vollständig entfällt. Diese Regelung betrifft insbesondere Krankengeldbezieher, die vorher Arbeitslosengeld bezogen haben oder bei denen während des Bezuges von Krankengeld das Beschäftigungsverhältnis endet.

Das Krankengeld soll für den Zeitraum bis zur unverzüglichen Vorlage der Folgearbeitsunfähigkeitsbescheinigung ruhen.

Bewertung

Die Neuregelung zur Sicherstellung des Anspruchs auf Krankengeld wird von den Innungskrankenkassen in ihrem Grundanliegen begrüßt und unterstützt, da mit der bisherigen Regelung die sofortige Beendigung der Mitgliedschaft und damit ungewollte soziale Härten eintraten.

Die Verortung der Neuregelung in § 46 SGB V wird dagegen als nicht zielführend und nicht sachgerecht erachtet, da es sich dem Grunde nach um einen versicherungsrechtlichen Sachverhalt handelt. Die Neuregelung sollte vielmehr sachlich im § 192 SGB V verortet werden.

Nach Bewertung der Innungskrankenkassen sind im Weiteren die im Referentenentwurf gewählten Formulierungen wie „verspätet“ und „unverzüglich nach Wegfall des Hinderungsgrundes“ im Zusammenhang mit dem Sachverhalt nicht sachgerecht und bergen die Gefahr von rechtlichen Auseinandersetzungen.

Nach § 7 Absatz 3 Satz 1 SGB IV gilt bei Beschäftigten, die nicht rechtzeitig die weitere Arbeitsunfähigkeit feststellen lassen, das Beschäftigungsverhältnis und somit die Mitgliedschaft als fortbestehend, „jedoch nicht länger als einen Monat“. Eine vergleichbare Regelung ist vor dem Hintergrund der Gleichbehandlung der Personengruppen hinsichtlich ihrer Ansprüche angezeigt.

Änderungsvorschlag

Nach § 192 Absatz 1 Nummer 2 wird folgende Nummer 2a eingefügt:

2a) „die Mitgliedschaft nach Nummer 2 vom Bestand des Anspruchs auf Krankengeld abhängig ist, jedoch nicht länger als einen Monat, wenn die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit nicht rechtzeitig nach § 46 Satz 2 SGB V ärztlich festgestellt wurde.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25 Buchstabe a) und b)

§ 50 SGB V: Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes

Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a)

Die Neuregelung sieht vor, dass eine Abgrenzung der Zuständigkeit zwischen der Krankenversicherung und der Rentenversicherung dadurch gewährleistet wird, dass der Anspruch auf Krankengeld dann ausgeschlossen ist, wenn der Versicherte nach Erreichen der Regelaltersgrenze nach § 35 Satz 1 Nummer 2 SGB VI eine Rente wegen Alters von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente gewählt hat.

Buchstabe b)

Die Neuregelung soll sicherstellen, dass bei einer durch das Flexirentengesetz möglich gewordenen rückwirkenden Aufhebung einer Vollrente kein Anspruch auf Krankengeld entsteht.

Bewertung

Buchstabe a)

Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist die Neuregelung zu befürworten, da sie einen möglichen missbräuchlichen Gestaltungsspielraum von Versicherten zumindest in einem gewissen Umfang einschränkt.

Im Sinne einer klaren Abgrenzung der Zuständigkeit zwischen der Krankenversicherung und der Rentenversicherung ist bei Personen, die dem Grunde nach einen Anspruch auf Vollrente wegen Alters haben, eine weitergehende Neuregelung angezeigt. Es ist nicht sachgerecht, dass Personen, die Anspruch auf Vollrente wegen Alters haben und somit eine adäquate Existenzsicherung gewährleistet ist, zusätzlich Krankengeld erhalten können.

Buchstabe b)

Die Neuregelung ist sachgerecht, da sie einen erheblichen finanziellen und administrativen Aufwand der Versicherten, Krankenkassen und Arbeitgeber vermeidet. Die entstehenden Probleme bei einem rückwirkenden Anspruch auf Krankengeld wären von den Beteiligten in aller Regel nicht auflösbar und somit auch nicht umsetzbar.

Änderungsvorschlag

Buchstabe a)

§ 50 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 Nummer 1 wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Alters“ ein Komma und die Wörter „oder nach Erreichen der Regelaltersgrenze nach § 35 Satz 1 Nummer 1 des Sechsten Buches anstatt einer Vollrente wegen Alters eine Teilrente“ eingefügt.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 26

§ 51 SGB V: Wegfall des Krankengeldes, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe

Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass Krankenkassen Versicherte, die eine Teilrente wegen Alters beziehen und Anspruch auf Krankengeld haben, auffordern können, innerhalb von vier Wochen einen Antrag beim Rentenversicherungsträger zur Überprüfung der Prognoseentscheidung nach § 34 Absatz 3e SGB VI hinsichtlich der Auswirkungen des Hinzuverdienendes zu stellen.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen und unterstützen die Neuregelung. Die Krankenkasse wird durch sie in die Lage versetzt, die rechtlich gewollte Abgrenzung zwischen der Krankenversicherung und der Rentenversicherung selbst zu initiieren. Nach der bisherigen Rechtslage ist nur der Versicherte berechtigt, einen Antrag auf Überprüfung der Auswirkungen des Hinzuverdienstes zu veranlassen.

Im § 51 SGB V sind weitere Tatbestände geregelt, nach denen die Krankenkasse den Versicherten zur Stellung von Anträgen beim Rentenversicherungsträger auffordern kann. Vor diesem Hintergrund ist es nur konsequent, zur Harmonisierung der gesetzlichen Vorschrift gleiche Fristen für die Aufforderung zur Stellung eines Antrages in § 51 SGB V zu setzen.

Der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen hat in seinem Sondergutachten (2015) „Krankengeld – Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten“ folgende Feststellung bzw. Empfehlung abgegeben:

„Darüber hinaus sollte überprüft werden, ob die Frist, innerhalb derer die Krankenkasse einen Versicherten, dessen Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert ist, auffordern kann, einen Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation zu stellen, gekürzt werden sollte. Durch die bisherige Zehnwochenfrist kann ein schnellstmöglicher Beginn der Rehabilitationsmaßnahme verzögert werden. Das wiederum kann bewirken, dass die Gesundung und der Heilungsprozess sowie die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erschwert werden. Sofern die Voraussetzungen für eine Aufforderung zur Reha-Antragstellung durch ein aussagekräftiges Gutachten und nach Anhörung der oder des Betroffenen vorliegen, besteht grundsätzlich kein Grund, die Reha-Antragstellung hinauszuzögern. Würde die Frist von zehn Wochen auf einen Monat verkürzt, würde zudem eine Angleichung an die Vorschriften des SGB III (Arbeitslosenversicherung) erfolgen.“

Gemäß § 145 Absatz 2 Satz 1 SGB III hat die Agentur für Arbeit leistungsgeminderte Personen aufzufordern, innerhalb eines Monats einen Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation zu stellen.“

Aus diesem Grund sprechen sich die Innungskrankenkassen für eine einheitliche Frist von vier Wochen aus.

Änderungsvorschlag

- a) § 51 Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt geändert: Die Zahl „10“ wird durch die Zahl „4“ ersetzt.
- b) § 51 Absatz 2 wird wie folgt geändert: Die Zahl „10“ wird durch die Zahl „4“ ersetzt.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 27

§ 55 SGB V: Leistungsanspruch

Beabsichtigte Neuregelung

Die befundorientierten Festzuschüsse werden von bisher 50 Prozent auf 60 Prozent erhöht. Damit ist eine Anhebung der Boni, wenn sich der Versicherte während der letzten fünf Jahre bzw. während der letzten zehn Jahre nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen, auf 70 bzw. 75 Prozent verbunden. Eine Anpassung der Härtefallregelungen erfolgt ebenfalls. Damit der Gesamtzuschuss nicht die Kosten der Zahnersatzversorgung übersteigt, wird der zusätzliche Betrag auf 40 Prozent begrenzt.

Bewertung

Mit der Regelung wird eine Vereinbarung aus dem Koalitionsvertrag umgesetzt. Die vorgesehene Erhöhung des Bonus der Versicherten ist nach Bewertung der Innungskrankenkassen grundsätzlich zu begrüßen. Angezweifelt werden muss allerdings, ob dies im Ergebnis, bezogen auf die Gesamtkosten der Zahnersatzversorgung, zu einer Entlastung der Versicherten führt. Den Versicherten dürften vermehrt gleich- und andersartige Versorgungsleistungen angeboten werden. Damit steigt wiederum der Anteil privat zu finanzierender Leistungen.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 32

§ 73 SGB V: Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung

Beabsichtigte Neuregelung

Die gegenwärtig bereits praktizierte koordinative Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins durch einen hausärztlich tätigen Leistungserbringer zu einem fachärztlichen Leistungserbringer wird – auch unter zusätzlichen Vergütungsaspekten – explizit in den Umfang der vertragsärztlichen Versorgung aufgenommen.

Bewertung

Eine schnellere Terminierung bei dringenden Behandlungen, die direkt durch den Hausarzt vermittelt werden, wird ausdrücklich von den Innungskrankenkassen begrüßt.

Schon heute wird diese Art der Koordinierung durch eine Vielzahl von Hausärzten praktiziert. Mit der Neuregelung kann eine Verbesserung der fachärztlichen Versorgung für die gesetzlich Versicherten erreicht werden, da eine positive Auswirkung auf die Steuerung dinglicher Fälle entsprechend medizinischer Einschätzung zu erwarten ist.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 34

§ 74 SGB V: Stufenweise Wiedereingliederung

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung werden Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, ab einer Dauer der Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen die Option einer stufenweisen Wiedereingliederung regelmäßig zu prüfen.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen und unterstützen die Regelung. Versicherte werden in ihrem Recht gestärkt, dass eine frühzeitige Prüfung zur Rückkehr in das Arbeitsleben erfolgt.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 35 Buchstabe a)

§ 75 SGB V: Inhalt und Umfang der Sicherstellung

Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a

Doppelbuchstabe aa)

Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen in Bezug auf die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der Versorgung wird von der fachärztlichen allgemein auf die vertragsärztliche Versorgung ausgeweitet und umfasst damit auch die Terminvermittlung für Hausärzte, sowie Kinder- und Jugendärzte.

Doppelbuchstabe bb)

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) muss im Internet die Sprechstundenzeiten der Ärzte veröffentlichen.

Die Aufgaben der Terminservicestellen (TSS) werden ausgeweitet. Sie übernehmen zukünftig auch die Terminvermittlung zu Haus- und Kinderärzten, unterstützen insbesondere auch bei der Suche nach dauerhafter Behandlung. Darüber hinaus muss die Erreichbarkeit der TSS an 24 Stunden/Tag an 7 Tagen/Woche, und damit auch für Akutfälle während der Sprechstundenzeiten sichergestellt sein. Es wird eine bundesweit einheitliche Telefonnummer der TSS mit Zusammenlegung der bisherigen bundeseinheitlichen Not- bzw. Bereitschaftsdienstnummer eingerichtet.

Doppelbuchstabe cc)

Nach Satz 3 Nummer 3 hat die TSS Versicherten in Akutfällen auch ohne Vorliegen einer Überweisung eine unmittelbare ärztliche Versorgung zu vermitteln, die auf Grundlage einer Priorisierung erfolgen muss.

Bewertung

Buchstabe a

Doppelbuchstabe aa)

Die Erweiterung des Sicherstellungsauftrags auf die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung auch für Hausärzte sowie Kinder- und Jugendärzte wird als sinnvoll erachtet.

Doppelbuchstabe bb)

Die Veröffentlichung der Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte auf den KV Webseiten wird begrüßt.

Mit Blick auf die Ausrichtung am Patientenbedarf ist die Ausweitung der Aufgaben der TSS grundsätzlich als positiv zu bewerten. Versicherte können so künftig schneller und unbürokratischer Termine sowohl bei Fachärzten als auch bei Hausärzten sowie Kinder- und Jugendärzten erhalten. Die durchgängige Erreichbarkeit scheint insbesondere für die zukünftige Vermittlung von Akutfällen, die einer unmittelbaren ärztlichen Versorgung bedürfen (auch außerhalb der Sprechstundenzeiten), angezeigt, um die Notfallversorgung zielgerichtet zu steuern.

Doppelbuchstabe cc)

Die Vermittlung einer unmittelbaren ärztlichen Versorgung in Akutfällen in der Neuregelung des Satz 3 Nummer 3 auch ohne Vorliegen einer Überweisung auf der Grundlage einer Priorisierung erscheint grundsätzlich geeignet, die bestehende hohe Inanspruchnahme der Notfallambulanzen zu vermeiden. Die Ersteinschätzung von Notfällen in einem standardisierten Verfahren einer Triage erscheint sachgerecht. Dies sollte in allen TSS gleichermaßen gehandhabt werden.

ÄnderungsvorschlagBuchstabe a)

Doppelbuchstabe bb): Keiner.

Doppelbuchstabe cc): Keiner.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 38

§ 81a SGB V: Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Beabsichtigte Neuregelung

Der neue Absatz 3b schafft die Möglichkeit für Einrichtungen nach Absatz 1, personenbezogene Daten an die Zulassungsausschüsse sowie an die für die Abrechnungsprüfung und die für die Überwachung der Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zuständigen Stellen zu übermitteln, soweit dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Zuständigkeitsbereich des jeweiligen Empfängers erforderlich ist.

Bewertung

Die Erweiterung des gesetzlichen Handlungsrahmens von bisher im § 81a Absatz 3a SGB V geregelter „Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ zu neu in § 81a Absatz 3b SGB V „Verhinderung und Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“, ist nach Auffassung der Innungskrankenkassen notwendig und wird unbedingt begrüßt.

Somit können bereits frühzeitig die Zulassungsausschüsse und die für die Abrechnungsprüfung sowie für die Überwachung der Erfüllung der an den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zuständigen Stellen datenschutzrechtlich legitimiert einbezogen werden und sind im Weiteren mit Übermittlungsbefugnissen ausgestattet.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 39

§ 85 SGB V: Gesamtvergütung

Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Regelung, dass sich ab einer bestimmten Gesamtpunktmenge je Vertragszahnarzt aus vertragszahnärztlicher Behandlung der Vergütungsanspruch für die weiteren vertragszahnärztlichen Behandlungen verringert, indem die über die Gesamtpunktmenge hinausgehenden Leistungen mit einem geringeren Punktwert vergütet werden (Punktwertdegression) soll ersatzlos entfallen.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen lehnen die vorgesehene Streichung ab. Die Degressionsregelung wurde mit dem Ziel eingeführt, die Praxisabläufe produktiver zu gestalten. Durch Strukturänderungen bei den Zahnarztpraxen, weg von den Einzelpraxen und hin zu Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren, verbessert sich die betriebswirtschaftliche Basis der Praxen. Praxisabläufe, Personaleinsatz, Einkauf und Auslastung von Praxisräumen werden optimiert, was zu sinkenden Kosten führt.

Positive betriebswirtschaftliche Effekte gelten bei steigender Leistungsmenge für Zahnarztpraxen im städtischen und ländlichen Raum gleichermaßen. Zudem sind Praxiskosten auf dem Land auf Grund niedrigerer Mieten usw. in der Regel niedriger.

Versorgungsprobleme im ländlichen Raum sind im zahnärztlichen Bereich nicht bekannt. Sollte es dennoch die Intention des Gesetzgebers sein, die zahnärztliche Versorgung im ländlichen Raum zu fördern, sollte der Wegfall der Degressionsregelung allenfalls für unterversorgte ländliche Bereiche gelten.

Änderungsvorschlag

§ 85 Absätze 4 b bis 4f werden nicht aufgehoben.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 40 Buchstabe a) bis d)

§ 87 SGB V: Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a)

Bei den in § 87 Absatz 1c SGB V geregelten Fällen unter Nummer 1 bis 4 können die Krankenkassen anstelle einer gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung eine Prüfung im Wege des im Bundesmantelvertrag-Zahnärzte vorgesehenen Gutachterverfahrens durchführen lassen.

Buchstabe b)

Mit der Neufassung des § 87 Absatz 2 Satz 3 ff. SGB V sollen Rationalisierungsreserven bei technischen Leistungen zugunsten der zuwendungsorientierten ärztlichen Leistungen („sprechende Medizin“) im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) genutzt werden.

Buchstabe c)

Mit Neufassung des § 87 Absatz 2a Satz 23 sollen Gebührenordnungspositionen des EBM-Kapitels 1.2 „Versorgung im Notfall und im Notdienst“ für alle Leistungserbringer abrechnungsfähig sein, die einen Versicherten in Akutfällen während der Sprechstundenzeiten auf Vermittlung der Terminservicestellen (TSS) behandeln.

Buchstabe d)

Doppelbuchstabe bb)

Für die Aufnahme von Neupatienten soll durch die extrabudgetäre Vergütung gemäß § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 5 ein finanzieller Anreiz geschaffen werden.

Doppelbuchstabe cc)

Der Referentenentwurf sieht vor, im EBM einen Zuschlag für Leistungserbringer des hausärztlichen Versorgungsbereichs bei erfolgreicher Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins an einen Facharzt aufzunehmen.

Bewertung

Buchstabe a)

Die Regelung wird von den Innungskrankenkassen begrüßt.

Die Klarstellung wurde erforderlich, da das Landessozialgericht Bayern in zwei rechtskräftigen Entscheidungen im Jahr 2017 festgestellt hat, dass für die Begutachtung – auch bei vertragszahnärztlichen Fragestellungen – ausschließlich der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) zuständig sei.

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und der GKV-Spitzenverband haben in dem ab dem 1. Juli 2018 gültigen Bundesmantelvertrag vereinbart, dass beide Verfahren – MDK-Verfahren oder das bundesmantelvertragliche Gutachterverfahren – genutzt werden können. Die für die Krankenkassen notwendige Flexibilität ist daher gegeben.

Buchstabe b)

Die Berücksichtigung des technischen Fortschritts – insbesondere beim Einsatz von medizinisch-technischen Geräten und die entsprechende regelmäßige Aktualisierung dieser Leistungen bei gleichzeitiger Verwendung der dadurch freigesetzten Mittel in der „sprechenden“ Medizin – werden seitens der Innungskrankenkassen begrüßt. Dieser sollte bei der Modifizierung des EBM noch stärker Berücksichtigung finden. Die hausärztliche Versorgung wird dadurch aufgewertet und es dürfte mehr Zeit für den Patienten zur Verfügung stehen.

Buchstabe c)

Die Neuregelung zur schnelleren Vermittlung von Facharztterminen lässt zunächst die grundsätzliche Definition von „Akutfällen“ offen. Auch erscheint die einheitliche Abrechnungsfähigkeit der Leistungen des Kapitels 1.2 (Notfallpauschale und Schweregradzuschlag) für eine Behandlung während der Sprechstundenzeiten auf Vermittlung der TSS nicht angebracht, da akute Fälle auch schon jetzt während der Sprechstundenzeiten versorgt werden müssen.

Buchstabe d)

Doppelbuchstabe bb)

Die extrabudgetäre Förderung für die Aufnahme von Neupatienten wird seitens der Innungskrankenkassen abgelehnt. Um die Bereitschaft zur Annahme neuer Patienten dennoch zu erhöhen, soll der Erstkontakt mit Neupatienten aus den vorhandenen Mitteln der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) gefördert werden (vgl. Konzept des GKV-Spitzenverbands).

Doppelbuchstabe cc

Die Innungskrankenkassen begrüßen – wie der GKV-Spitzenverband – in medizinisch dringend erforderlichen Fällen eine Förderung der Terminvermittlung durch den Hausarzt an einen Facharzt. Zur Förderung der Terminannahme durch den Facharzt sollte darüber hinaus ein finanzieller Anreiz geschaffen werden, wie auch für erfolgreich innerhalb von spätestens 24 Stunden durchgeführte Facharzttermine von Akutfällen nach Vermittlung durch die Terminservicestelle.

Änderungsvorschlag

Buchstabe a): Keiner.

Buchstabe b): Keiner.

Buchstabe c): Die Neuregelung ist zu streichen.

Buchstabe d)

Doppelbuchstabe bb): Die Neuregelung ist zu streichen.

Doppelbuchstabe cc): Ausweitung auch auf Fachärzte.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 41 Buchstabe a)

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

Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a)

Die Neuregelung in § 87a Absatz 3 Satz 5 sieht eine zusätzliche extrabudgetäre Vergütung ärztlicher Leistungen seitens der Krankenkassen vor,

1. bei Substitutionsbehandlung von Drogenabhängigkeit
2. für Leistungen, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestelle erbracht werden,
3. für die erfolgreiche Vermittlung eines dringlichen Behandlungstermins beim Facharzt durch den Hausarzt,
4. für Leistungen in Akut- und Notfällen während der Sprechstundenzeiten,
5. bei Behandlung neuer Patienten sowie
6. für Behandlungsleistungen in der offenen Sprechstunde.

Zusätzlich können Leistungen außerhalb der Gesamtvergütung vergütet werden, wenn sie besonders förderungswürdig oder medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung erforderlich sind.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen gehen – wie der GKV-Spitzenverband – davon aus, dass die vorgesehene neue Vergütungs- und Leistungsstruktur in §§ 87, 87a vereinfacht werden kann, während die intendierte Anreizstruktur gleichzeitig zielgenauer ausgestaltet wird, um das Reformziel, den Zugang gesetzlich Versicherter zur ambulanten Versorgung zu verbessern, zu erreichen. Daher lehnen die Innungskrankenkassen die Neufassung des § 87a Absatz 3 Satz 5 in dieser Form ab und schließen sich stattdessen den vorgeschlagenen Maßnahmen des GKV-Spitzenverbandes an.

In der Folge wird die Notwendigkeit für extrabudgetäre Zuschläge für die Vermittlung und Annahme von Akutfällen sowie Sprechstunden am Abend und am Samstag anerkannt. Diese Maßnahmen haben das Potential, die Versorgung zu flexibilisieren und zu verbessern sowie auch die Notfallversorgung zu entlasten. Es sei jedoch an dieser Stelle angemerkt, dass eine zusätzliche Vergütung für die Samstagssprechstunde bereits punktsummen-/ausgabenneutral über die anstehende EBM-Reform vorgesehen ist.

Darüber hinausgehende extrabudgetäre, mit festem Preis erfolgende Vergütungen für Leistungen, welche bereits zu den originären Aufgaben der Vertragsärzte gehören, werden dagegen abgelehnt. Eine derartig weitgehende Differenzierung der Vergütung für identische Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung ist sachlich nicht gerechtfertigt. In der weiteren Entwicklung könnte dieses zu einer Verknappung von Terminsprechstunden führen und damit zu einem weiteren Ausbau der offenen Sprechstunden bzw. den durch die Terminservicestellen/Hausärzten vermittelten Terminen, da hierfür höhere Vergütungen zu realisieren wären. Insofern sollten Vergütungsanreize, die zu einer Verlagerung von Leistungen führen, vermieden bzw. hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die ambulante medizinische Versorgung insgesamt betrachtet werden.

Die Einteilung bzw. Zuordnung von Leistungen der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bzw. der Extrabudgetären Gesamtvergütung (MGV/EGV) ist zudem grundsätzlich Aufgabe der regional zuständigen Vertragspartner in den jeweiligen Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigung. Ein politischer Eingriff schränkt den Verhandlungsspielraum ein und priorisiert bestimmte Leistungen. Bereits jetzt haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit, im Rahmen des Vorwegabzugs innerhalb der MGV, Budgetierungen auszuschließen.

Änderungsvorschlag

Anpassung der ersetzenden Neuregelung § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 2 bis 4 gemäß Konzept des GKV-Spitzenverbandes.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 48

§ 96 SGB V: Zulassungsausschüsse

Beabsichtigte Neuregelung

Mitberatungsrecht der Landesbehörden in den Zulassungsausschüssen, ergänzt um das Recht zur Beantragung zusätzlicher Zulassungen in ländlichen Gebieten innerhalb eines Planungsbereichs, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind.

Bewertung

Die Mitglieder der Zulassungsausschüsse beraten und entscheiden in paritätischer Besetzung unter Betrachtung sämtlicher relevanter Gesichtspunkte.

Ein Recht der Landesbehörden zur Mitberatung sowie zur Beantragung zusätzlicher Zulassungen in ländlichen Gebieten innerhalb eines Planungsbereichs, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, ist nicht angezeigt. Die jeweils zuständige oberste Landesbehörde und die Patientenvertreter werden bereits über den Bedarfsplan nach § 99 SGB V unterrichtet; die Landesbehörde hat dabei ein Beanstandungsrecht. Die Evaluation des Bedarfsplans erfolgt in 3-jährigen Abständen. Die kommunalen Verbände werden über das Ergebnis der Evaluation unterrichtet und um Stellungnahme gebeten. Das Ergebnis der Evaluation und die Anregungen zur Verbesserung der Bedarfsplanung fließen in die Ziele der künftigen Bedarfsplanung ein. Insoweit ist auf der Ebene des Bedarfsplanes ein Steuerungsinstrument der obersten Landesbehörden bereits gegeben. Zudem birgt die Neuregelung die Gefahr, dass politisch motivierte Entscheidungen und nicht Versorgungsaspekte bei Zulassungsentscheidungen möglich werden.

Änderungsvorschlag

Angefügte Sätze der Neuregelung in § 96 Absatz 2 SGB V streichen.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 50 Buchstabe a) und c)

§ 103 SGB V: Zulassungsbeschränkungen

Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a)

Befristete Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen für Rheumatologen, Psychiater und Pädiater bis der gesetzliche Auftrag an den G-BA zur Überprüfung der Bedarfsplanungs-Richtlinie nach § 101 Absatz 1 Satz 7 SGB V umgesetzt ist.

Buchstabe c)

Den zuständigen obersten Landesbehörden soll künftig das Recht zur Beantragung zusätzlicher Zulassungen für eine Neuniederlassung eingeräumt werden. Damit soll die Möglichkeit geschaffen werden, individuellen regionalen Versorgungsbedürfnissen in Gebieten innerhalb eines Planungsbereichs, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, noch besser gerecht zu werden.

Bewertung

Buchstabe a)

Die befristete Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen für Rheumatologen, Psychiater und Pädiater bis zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrags nach § 101 Absatz 1 Satz 7 SGB V wird kritisch gesehen. Die Neuregelung würde zu einer nicht bedarfsgesteuerten Neuniederlassung in attraktiven statt in untersorgten Planungsbereichen führen. Diese Fehlverteilung lässt sich im Nachhinein nicht mehr ausgleichen und verstärkt nur die bestehende Problematik der Versorgungs- und Termenschwierigkeiten. Sie ist daher abzulehnen.

Buchstabe c)

Es ist mit den Grundsätzen der Arbeit in der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen nicht vereinbar, dass Anträge der zuständigen obersten Landesbehörde auf zusätzliche Zulassungen für neue Niederlassungen zwingend zur Erteilung neuer Zulassungen führen. Vielmehr sollte es darum gehen, dass alle verfügbaren Informationen der zuständigen obersten Landesbehörde dem gemeinsamen Gremium von Ärzten und Krankenkassen für die zu treffende Entscheidung verfügbar gemacht werden. Dieser politische Eingriff in die Selbstverwaltung wird von den Innungskrankenkassen abgelehnt.

Änderungsvorschlag

Buchstabe a)

Die Neuregelung ist zu streichen.

Buchstabe c)

Die Neuregelung ist zu streichen.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 51 Buchstabe a) und b)

§ 105 SGB V: Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a)

Neuregelung des § 105 Absatz 4 Satz 1 wonach verpflichtend Sicherstellungszuschläge auf den regionalen Punktwert zu zahlen sind, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine (drohende) Unterversorgung festgestellt hat. Über die Höhe und den berechtigten Personenkreis entscheidet der Landesausschuss.

Buchstabe b)

Doppelbuchstabe aa)

Neuregelung des § 105 Absatz 1a, wonach die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Bildung eines Strukturfonds besteht und die dafür bereitzustellenden Mittel auf mindestens 0,1 Prozent bis zu 0,2 Prozent der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) verdoppelt werden.

Doppelbuchstabe cc)

Förderzwecke in Satz 3 werden ergänzt um

- Förderung von Eigenrichtungen und von lokalen Gesundheitszentren für die medizinische Grundversorgung
- Förderung der Erteilung von Sonderbedarfszulassungen
- Förderung des freiwilligen Verzichts auf die Zulassung als Vertragsarzt und Entschädigungszahlungen nach § 103 Absatz 3a Satz 13.

Bewertung

Buchstabe a)

Die obligatorische Zahlung von Sicherstellungszuschlägen wird abgelehnt. Bereits heute können Sicherstellungszuschläge für (drohend) unterversorgte Gebiete vereinbart werden. Über die im Gesetzentwurf enthaltene Neuregelung müsste die GKV ohne eigenes Mitspracherecht und damit eigene Steuerungsmöglichkeiten regelhaft ambulante Versorgungsinfrastruktur mitfinanzieren.

Buchstabe b

Doppelbuchstabe aa)

Schon bislang existieren Strukturfonds in den Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Es werden Entscheidungen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung getroffen und umgesetzt. Eine Verdopplung des zur Verfügung stehenden Finanzvolumens wird daher als nicht erforderlich angesehen. Eher scheint es in den meisten Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen so zu sein, dass die jetzt vorhandenen Mittel nicht ausgeschöpft werden. Eine Erhöhung/Verdopplung ist insofern nicht angezeigt.

Doppelbuchstabe cc)

Die Ergänzungen der Förderzwecke werden kritisch gesehen, da eine Ausweitung der finanziellen Beteiligung der Krankenkassen auf früher ausschließliche Zuständigkeiten der Kassenärztlichen Vereinigung erfolgt.

Änderungsvorschlag

Die Neuregelungen sind zu streichen.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 52

§ 106a SGB V: Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen

Beabsichtigte Neuregelung

Anerkennung von Praxisbesonderheiten bei Landarztpraxen, Versorgung von Hospizen/Pflegeheimen oder Besonderheiten bei der Versorgung bestimmter Patientengruppen in der Wirtschaftlichkeitsprüfung, soweit Unterschiede in Standort- und Strukturmerkmale (z. B. viele Hausbesuche) begründet sind.

Bewertung

Die Regelung dürfte die Versorgungssituation in den ländlichen Regionen verbessern. Insbesondere Landarztpraxen stellen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung häufig eine Besonderheit dar. Von daher macht es Sinn, Praxisbesonderheiten für diese Praxen zu definieren. Gleichwohl dürfte es sich aufgrund der heterogenen Situation schwierig gestalten, alle Besonderheiten gerecht zu definieren. Darüber hinaus gibt es auch andere Praxen z. B. in Einwohnerregionen mit einem überdurchschnittlich hohen Migranten- oder Ausländeranteil. Diese Praxen könnten sich durch eine derartige gesetzliche Regelung benachteiligt sehen.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 73

§ 197a SGB V: Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Beabsichtigte Neuregelung

Die Einführung eines neuen § 197a Absatz 3b soll die datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnisse im Zusammenhang mit der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Krankenkassen klarstellen. Ebenso wird zu diesem Zweck eine Übermittlungsbefugnis der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung geschaffen (vgl. Parallelnorm zum § 81a Absatz 3b SGB V, § 47a SGB XI).

Bewertung

Die Erweiterung der Übermittlungsbefugnisse des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) im Rahmen der Begutachtungs-, Kontroll- oder Prüfungsaufgaben auch unmittelbar an die Stellen nach § 197a Absatz 1 SGB V zur Feststellung Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen ist nach Auffassung der Innungskrankenkassen notwendig und zeitgemäß.

Die Innungskrankenkassen setzten sich darüber hinaus dafür ein, dass ein bundesweites Register über auffällige Leistungserbringer im Sinne einer Betrugspräventionsdatenbank geschaffen werden sollte.

Zur Verhinderung von Negativeinwilligungen im Rahmen der Qualitäts- und Abrechnungsprüfung Pflege und Häuslichen Krankenpflege ist eine Mitwirkungspflicht der Leistungsbezieher gesetzlich zu regeln.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 83 Buchstabe a) und c)

§ 291a SGB V: Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur

Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a)

Buchstabe aa) Absatz 3 Satz 1

Das elektronische Patientenfach (ePF) wird mit der elektronischen Patientenakte (ePA) begrifflich zusammengeführt.

Buchstabe bb) Absatz 3 Satz 4 bis 6

Mit der Aufhebung der Sätze 4 bis 6 wird das Verfahren der Einwilligung des Versicherten in das für die verschiedenen Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte erforderliche Erheben, verarbeiten und Nutzen von Daten vereinfacht.

Buchstabe c) Absatz 5c

Die Krankenkassen werden verpflichtet, ihren Versicherten spätestens ab dem 1. Januar 2021 eine elektronische Patientenakte zur Verfügung zu stellen. Mit den damit zusammenhängenden Regelungen soll die Interoperabilität im Gesundheitssystem gestärkt werden.

Bewertung

Buchstabe a)

Buchstabe aa) Absatz 3 Satz 1

Nach den bisherigen Konzepten der Gesellschaft für Telematik (gematik) handelt es sich bei den im Patientenfach und in der Patientenakte abgelegten medizinischen Daten weitgehend um die gleichen Daten, auf die nur mit unterschiedlichen Zugriffsrechten verfügt werden kann. Da den Versicherten zukünftig der Zugriff auf die Daten der elektronischen Patientenakte auch ohne Heilberufsausweis und damit ohne Anwesenheit eines Leistungserbringers ermöglicht wird und dies dem Zugriff des elektronischen Patientenfachs entspricht, ist das elektronische Patientenfach als eine gesonderte Anwendung entbehrlich. Das bisherige Zugriffssystem auf das elektronische Patientenfach wird durch die Zusammenführung Teil des Zugriffssystems der elektronischen Patientenakte.

Buchstabe bb)

Durch den Wegfall der spezifischen Anforderungen wird die Möglichkeit eröffnet, dass der Versicherte, der die medizinische Anwendung elektronische Patientenakte nutzen möchte, seine Einwilligung hierzu auch gegenüber dem Anbieter der elektronischen Patientenakte abgeben kann und die Einwilligung nicht zwingend auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden muss.

Die Vereinfachung des Verfahrens zur Erklärung und Dokumentation der Einwilligung des Versicherten in die medizinischen Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte wird von den Innungskrankenkassen ausdrücklich begrüßt.

Durch den Wegfall der Verpflichtung, die Einwilligung auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zu speichern und in Kombination mit der Einführung des mobilen Zugriffs des Versicherten ohne eGK auf seine medizinischen Daten, ergeben sich für den Versicherten handhabbare Prozesse im Umgang mit seinen Daten.

Buchstabe c) Absatz 5c

Im Zusammenhang mit der Verpflichtung der Krankenkassen, ihren Versicherten spätestens ab dem 1. Januar 2021 eine elektronische Patientenakte zur Verfügung zu stellen, wird auch die Interoperabilität im Gesundheitssystem gestärkt. Es steht den Krankenkassen dabei frei, über die Anforderungen der Gesellschaft für Telematik hinaus zusätzliche Angebote für ihre Versicherten anzubieten.

Die Prüfung der Interoperabilität dieser Lösung nach § 68 SGB V (elektronische Gesundheitsakte) ist daher durch die Gesellschaft für Telematik nur insoweit vorzunehmen, dass ein einheitlicher Kriterienkatalog für die ePA erstellt wird.

Um den Kassen weiterhin zu ermöglichen, individuelle Lösungen im Sinne der Gesundheitsakte zu generieren, wird von den Innungskrankenkassen ein erweitertes Zulassungsverfahren und die Sicherheitsbewertungen dieser Lösungen über die gematik abgelehnt, da die Anwendungen gem. § 68 SGB V nicht der Zulassung der gematik unterworfen sind.

Änderungsvorschlag

Buchstabe c) Zu Absatz 5c

„Eine elektronische Patientenakte wird ~~den Versicherten~~ ausschließlich durch die Krankenkassen angeboten. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihren Versicherten spätestens ab dem 1. Januar 2021 eine von der Gesellschaft für Telematik nach § 291b Absatz 1a Satz 1 zugelassene elektronische Patientenakte zur Verfügung zu stellen. Den Krankenkassen steht es frei, über die Anforderungen des § 291 a Absatz 5c SGB V hinaus, zusätzliche Lösungen im Sinne einer elektronischen Gesundheitsakte anzubieten. Die

Krankenkassen haben ihre Versicherten spätestens bei der Zurverfügungstellung der elektronischen Patientenakte in allgemein verständlicher Form über deren Funktionsweise, einschließlich der Art der in ihr zu verarbeitenden Daten und über die Zugriffsrechte, zu informieren.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 84 Buchstabe b) bis d)

§ 291b SGB V: Gesellschaft für Telematik

Beabsichtigte Neuregelung

Die Gesellschaft für Telematik (gematik) wird verpflichtet, den Umfang der Zulassung einschließlich der erforderlichen Spezifikationen, das Zulassungsverfahren sowie die Sicherheitsanforderungen für Verfahren nach § 291a Absatz 5 Satz 9 im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik bis zum 31. März 2019 festzulegen und zu veröffentlichen. Die Regelung stellt eine Abweichung von den Vorgaben zum Zulassungsverfahren nach § 291b Absatz 1a Satz 7 und der Sicherheitszertifizierung nach § 291b Absatz 1a Satz 5 dar, da eine Sicherheitszertifizierung nicht mehr gesetzlich gefordert wird.

Buchstabe b)

Die Versicherten werden danach künftig, anders als bisher, die Möglichkeit haben, auch ohne Anwesenheit eines elektronischen Heilberufsausweises und damit eines Arztes auf die Daten der elektronischen Patientenakte zugreifen zu können. Die Anwendungen „elektronische Patientenakte“ und „elektronisches Patientenfach“ werden zu einer Anwendung „elektronische Patientenakte“ zusammengeführt.

Buchstabe c)

Der neu eingefügte Satz 5 bezieht das Bundesministerium für Gesundheit eng in den Informationsfluss zwischen der Gesellschaft für Telematik und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik ein. Dadurch soll das Bundesministerium für Gesundheit schnell Informationen über Störungen nach Satz 2 bzw. Satz 4 erhalten.

Buchstabe d)

Der neu angefügte Absatz 9 räumt dem Bundesministerium für Gesundheit zur Erfüllung seiner Aufgaben ein Informations- und Akteneinsichtsrecht gegenüber der Gesellschaft für Telematik ein. Es handelt sich dabei um ein umfassendes Informationsrecht und die Verpflichtung zur Vorlage von Unterlagen bezüglich der Erfüllung aller gesetzlichen Aufgaben und Pflichten der Gesellschaft für Telematik.

Bewertung

Buchstabe b)

Der Bezug auf den Themenkomplex elektronische Patientenakte (ePA), elektronisches Patientenfach (ePF) und Gesundheitsakte (eGA) wird begrüßt. Die Erweiterung der Zugriffsmöglichkeiten für die Versicherten auf ihre Daten über Smartphone, Tablett, etc. ist ein Schritt in die richtige Richtung, um versichertennahe Lösungen zu ermöglichen.

Da sowohl die Geräte selbst als auch die Entscheidung, diese Geräte zu nutzen, in der Hoheit des Versicherten liegen, ist die Abstufung der Sicherheitsanforderungen sachlogisch nachvollziehbar. Um dem Versicherten jedoch über die elektronische Patientenakte hinaus einen einheitlichen Zugang auf seine Daten zu ermöglichen, sollte die Regelung auch auf seine Protokolldaten nach § 291a Absatz 6 Satz 3 SGB V erweitert werden, so dass zukünftig für den Versicherten ein einheitlicher Zugangspunkt angeboten werden kann.

Die Prüfung dieser Lösungen auf Interoperabilität mit der technischen Infrastruktur der Telematik anhand eines Kriterienkataloges in die Verantwortung der Gesellschaft für Telematik zu stellen, ist nachvollziehbar. Die Interoperabilität mit der Telematik-Infrastruktur muss selbstverständlich sichergestellt sein. Erweiterte Zulassungsverfahren oder Sicherheitsbewertungen für individuelle Lösungen, die kassenspezifische Angebote einschränken würden, werden jedoch abgelehnt.

Auch die vorgesehene Vereinfachung der Nutzung freiwilliger medizinischer Anwendungen bei gleichzeitiger Wahrung der Anforderungen der Datenschutzgrundverordnung wird von den Innungskrankenkassen begrüßt.

Die Etablierung eines Rechtsanspruchs für Versicherte auf eine elektronische Patientenakte über ihre Krankenkassen, ist ebenfalls folgerichtig.

Die Krankenkassen müssen in diesem Zusammenhang von möglichen Regressansprüchen befreit sein, dies setzt natürlich eine umfassende Information durch die Krankenkassen und eine ausdrückliche Erklärung des Versicherten voraus, eines der hier geregelten Zugriffsverfahren zu nutzen.

Buchstabe c)

Da das Bundesministerium für Gesundheit ein ständiger Gast der Gesellschafterversammlung der gematik ist, wird die Ausweitung der Informationspflicht der gematik für nicht sachgerecht gehalten.

Buchstabe d)

Gemäß 291b Absatz 4 SGB V sind dem Bundesministerium für Gesundheit sämtliche Beschlüsse der Gesellschaft für Telematik zu den Regelungen, dem Aufbau und dem Betrieb der Telematikinfrastruktur vorzulegen. Das Bundesministerium für Gesundheit

kann Beschlüsse, soweit sie gegen Gesetz oder sonstiges Recht verstoßen, innerhalb eines Monats beanstanden. Diese Regelung stellt einen vollständigen und angemessenen Rahmen zur Ausübung der Rechtsaufsicht durch das Bundesministerium für Gesundheit dar. Die in § 291b Absatz 6 Satz 9 (neu) eingeräumten Befugnisse gehen weit über die Befugnisse einer Rechtsaufsicht hinaus und sind daher abzulehnen.

Änderungsvorschlag

Zu Buchstabe b)

„Für die Verfahren zum Zugriff der Versicherten nach § 291a Absatz 5 Satz 9 sowie für die Protokolldaten nach § 291a Absatz 6 Satz 3 legt abweichend von Satz 5 bis 7 die Gesellschaft für Telematik im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik den Umfang der Zulassung für die erforderlichen Komponenten und Dienste einschließlich der Anforderungen an die Sicherheit und das Nähere zum Zulassungsverfahren fest. Die Festlegungen nach Satz 13 sind von der Gesellschaft für Telematik bis zum 31. März 2019 zu veröffentlichen.“

Zu Buchstabe c)

Nichtaufnahme des neuen Satzes 5.

Zu Buchstabe d)

§ 291b Absatz 9 (neu) wird nicht übernommen.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 86 Buchstabe a)

§ 295 SGB V: Abrechnung ärztlicher Leistungen

Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a)

Mit der Neuregelung wird die Einführung eines einheitlichen und verbindlichen elektronischen Verfahrens zur Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten (sogenannte elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung) an die Krankenkassen ab dem 1. Januar 2021 eingeführt. Die Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten obliegt dann den an vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten.

Bewertung

Buchstabe a)

Die Neuregelung zur elektronischen Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten wird von den Innungskrankenkassen ausdrücklich begrüßt und unterstützt. Die Einführung der elektronischen Übermittlung wird das Verfahren qualitativ verbessern und den administrativen Aufwand bei den Beteiligten verringern. Die konkrete Ausgestaltung des Verfahrens zwischen den Beteiligten ist noch abzustimmen.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 89

§ 305 Absatz 1 Sätze 2,3 und 4 (neu) SGB V: Auskünfte an Versicherte

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung werden die Krankenkassen zur Übermittlung von Sozialdaten – auch in elektronischer Form – an von dem Versicherten benannte Dritte befugt. Damit soll die Nutzung elektronischer Patientenakten insgesamt unterstützt werden. Auf Wunsch der Versicherten sollen hierzu in persönlichen elektronischen Gesundheitsakten, die derzeit von den Kassen angeboten werden, neben den Daten von Leistungserbringern oder von den Versicherten selbst eingebrachten Daten auch bei den Krankenkassen vorhandene Sozialdaten des Versicherten gespeichert werden können.

Bewertung

Die Orientierung am Versicherten als Souverän seiner Daten ist ein signifikantes Kriterium im Prozess der Digitalisierung des Gesundheitswesens. Es ist daher darauf zu achten, dass der Versicherte der Souverän seiner Daten ist und bleibt. Er muss darüber bestimmen können, wer zu welchem Zeitpunkt auf seine Daten zugreifen darf, wer sie ergänzen darf und wem er sie zur Verfügung stellen möchte. Mit der Neuregelung wird die Souveränität des Versicherten gestärkt. Die geplante Neuregelung zur Übermittlung der Daten in die digitalen Gesundheitsakten – in absoluter Entscheidungshoheit des Versicherten – wird daher ausdrücklich von den Innungskrankenkassen begrüßt.

Es muss klargestellt werden, dass die Krankenkassen hierbei von möglichen Regressansprüchen befreit wird, wenn der vom Versicherten benannte Dritte die Datenübermittlung missbräuchlich nutzt. Insoweit erhalten die Krankenkassen auch das Recht, von einer aktiven Datenübermittlung an vom Versicherten benannte Dritte abzusehen.

Änderungsvorschlag

Buchstabe a)

Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Auf Verlangen der Versicherten und mit deren Einwilligung können die Krankenkassen an von den Versicherten benannte Dritte Daten nach Satz 1 auch elektronisch übermitteln. Bei der Übermittlung an Anbieter elektronischer Patientenakten muss sichergestellt werden, dass die Daten nicht ohne ausdrückliche Einwilligung der Versicherten von den Krankenkassen oder Dritten eingesehen werden können. Zum Schutz vor unbefugter

Kenntnisnahme der Daten der Versicherten, insbesondere zur sicheren Identifizierung des Versicherten und des Dritten nach Satz 2 sowie zur sicheren Datenübertragung ist die Richtlinie nach § 217f Absatz 4b entsprechend anzuwenden Die Krankenkassen sind hierbei von möglichen Regressansprüchen befreit, wenn der vom Versicherten benannte Dritte die Datenübermittlung missbräuchlich nutzt. Bei missbräuchlicher Nutzung hat die Krankenkassen das Recht, von einer aktiven Datenübermittlung an vom Versicherten benannte Dritte abzusehen.“

Zu Artikel 8 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 47a SGB V: Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird geregelt, wie personenbezogene Daten der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (Fehlverhaltensstellen) übermittelt und weiterverarbeitet werden dürfen.

Bewertung

Es handelt sich um eine Parallelnorm zu § 197a Absatz 3b SGB V. Hiermit wird klargestellt, an welche Befugte und zu welchem Zweck personenbezogene Daten der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen übermittelt werden dürfen und zu welchem Zweck die Befugten die übermittelten Daten verarbeiten dürfen. (vgl. Kommentierung zu § 197a Absatz 3b SGB V)

Änderungsvorschlag/ Ergänzungen

Siehe Kommentierung zu § 197a Absatz 3b SGB.

Zu Artikel 8 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5, 6, 7

§§ 71, 72 und 112 a (neu) SGB XI: Anschlussregelung Betreuungsdienste und deren Qualitätssicherung

Beabsichtigte Neuregelung

Betreuungsdienste, die sich ausschließlich auf häusliche Betreuung und Haushaltshilfe konzentrieren, werden als Leistungserbringer in der Pflegeversicherung zugelassen. Mit der gesonderten Zulassung von Betreuungsdiensten, die sich auf die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen konzentrieren, wird die Ausweitung des Leistungsspektrums in der Pflegeversicherung bewirkt. Darüber hinaus kann die verantwortliche Fachkraft der neuen Betreuungsdienste auch aus einer anderen Berufsgruppe des Gesundheits- und Sozialbereiches stammen (z. B. Sozialpädagogen, Heilpädagogen usw.). Mit der gesonderten Zulassung von Betreuungsdiensten soll dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs Rechnung getragen werden sowie der Verbreiterung der Fachkräftebasis in der Pflege dienen.

Mit § 112 a soll eine Übergangsregelungen zur Qualitätssicherung für Betreuungsdienste bis Umsetzung des neuen wissenschaftsbasierten Qualitätssystems nach Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) ab 2020 umgesetzt werden.

Bewertung

Der GKV-Spitzenverband hat ein Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste durchgeführt. In seinem Ergebnis stellt der Spitzenverband diese Dienste als eine sinnvolle und hilfreiche Erweiterung des Angebotsspektrums in der Pflege dar. Dieses Angebot an zusätzlichen Betreuungs- und Entlassungsleistungen muss jedoch transparent und überschaubar gestaltet werden.

Bei den Qualifikationsmaßnahmen für Mitarbeiter und Leitung der Betreuungsdienste fordern die Innungskrankenkassen bundesweit einheitliche Vorgaben. Es sollten beispielsweise Inhalte, Stundenzahl sowie Frequenzen der Fortbildungen in diesem Bereich einheitlich festgelegt werden. Hier gilt es, aussagekräftige Qualitäts(prüfungs)kriterien zu entwickeln. Denn gemäß den Richtlinien nach § 87b bzw. § 53c SGB XI umfasst die Qualifikation zur Betreuungskraft einen Basiskurs von 100 Stunden, einen Aufbaukurs von 60 Stunden sowie ein zweiwöchiges Praktikum in einer stationären Pflegeeinrichtung. Gängige Weiterbildungsangebote geben zumeist nur die Stundenzahl der Schulungen (Basiskurs und Aufbaukurs) als Umfang an, sodass die Qualifikationsmaßnahme mindestens 160 Stunden umfasst. Ebenso sind die Qualifikationsanforderungen

für die Leitungskraft, die Mindestpersonalstärke eines Betreuungsdienstes sowie deren Fortbildungsinhalte und -frequenzen der Mitarbeiter zu definieren. Hier ist die Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbandes entsprechend § 17 SGB XI zu erweitern.

Die Übergangsregelungen zur Qualitätssicherung für Betreuungsdienste bis zur Verwirklichung des neuen wissenschaftsbasierten Qualitätssystems nach dem PSG II ab 2020 einzuführen, ist zu kurz gegriffen. Bei der Umsetzung müssen die gesetzlichen Regelungen der Ausschreibung, die Erarbeitung wissenschaftlich fundierter Vorschläge und eine zeitintensive Evaluation berücksichtigt werden.

Änderungsvorschlag

Zu Nummer 6 Buchstaben a)

§ 72 wird wie folgt geändert:

Dem Absatz 2 werden folgende Sätze 3 und 4 angefügt:

„Bei ambulanten Diensten nach § 71 Absatz 1a sind bereits vorliegende Vereinbarungen aus der Durchführung des Modellvorhabens zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste einzubeziehen. Des Weiteren sind die Qualifikationsanforderungen für die Leitungskraft, die Mindestpersonalstärke eines Betreuungsdienstes, sowie die Fortbildungsinhalte und Fortbildungsfrequenzen für dessen Mitarbeiter im Rahmen der Richtlinienkompetenz des Spitzenverband Bund der Pflegekassen entsprechend § 17 SGB XI bis zum 31.12.2018 zu definieren“.

Zu Nummer 7

112 a (neu) SGB XI ist wie folgt zu ändern:

„Bis zur Einführung des neuen Qualitätssystems gelten die Vorschriften des Elften Kapitels für ambulante Pflegedienste mit folgenden Maßgaben: Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt bis zum 01.01.2022 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., unter Beachtung der in dem Modellvorhaben zugrunde gelegten Vorgaben, Richtlinien zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste.“

Zu Artikel 13 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Nr. 1, 2

§ 19; 19a Ärzte-ZV : Mindestsprechstunden

Beabsichtigte Neuregelung

Der Referentenentwurf sieht an dieser Stelle eine Erhöhung der regelmäßigen wöchentlichen Mindestsprechstundenzeiten des Vertragsarztes durch entsprechende Anpassungen im Bundesmantelvertrag der Ärzte vor. Zudem sollen die Ärzte fünf Stunden pro Woche als offene Sprechstunden vorhalten.

Bewertung

Die geplante Erhöhung der regelmäßigen wöchentlichen Mindestsprechstundenzeiten des Vertragsarztes in § 19 Satz 2 Ärzte-ZV und die Regelung, dass insbesondere für Arztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung mindestens fünf Stunden davon als offene Sprechstunde ohne vorherige Terminvereinbarung gewährleistet werden müssen, stellt eine Verbesserung der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter dar und ist zu begrüßen.

Problematisch ist im Zusammenhang mit der geplanten und von den Innungskrankenkassen abgelehnten extrabudgetären Vergütung für im Rahmen der offenen Sprechstunde erbrachten Leistungen, dass keine Konkretisierung erfolgt. Besser wäre es hier, diese Sprechstunden als offene Akutsprechstunden anzubieten. In der Außenwirkung für die Versicherten würde damit bereits deutlich, dass regelhaft nur akute Fälle in diese besondere Sprechstunde kommen sollen.

Änderungsvorschlag

Zu § 19 Satz 3 Ärzte-ZV:

„Ärzte, die insbesondere Arztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung angehören, müssen fünf Stunden wöchentlich als offene Akutsprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten.“

Ergänzender Änderungsbedarf

Delegation und Substitution ausbauen

1) Handlungsbedarf

Was ist zu tun?

Bisher ist die Delegation auf nicht-ärztliche Gesundheitsberufe durch das Fernbehandlungsverbot sowie die Substitution durch den Arztvorbehalt eingeschränkt. Hier muss angesetzt werden, um eine Ausweitung der Modellvorhaben zur Erprobung und Evaluation von Delegation und Substitution auf sämtliche geeignete und qualifizierte nicht-ärztliche Gesundheitsberufe zu ermöglichen.

Der zügige Einsatz flächendeckender Delegationskonzepte sowie die gesetzliche Auflegung und Evaluierung neuer Substitutionsmodelle, die über § 64d SGB V hinausgehend sämtliche geeignete Gesundheitsfachberufe umfassen, wären zukunftsweisende Ansätze. Sie könnten zu einer spürbaren Entlastung der personell angespannten ärztlichen Versorgungslage und zu einer deutlichen Verbesserung des gesamten Gesundheitswesens in Deutschland beitragen.

Worum geht es?

Bereits im Koalitionsvertrag 2013 hatte die Politik den flächendeckenden Einsatz von Delegation und die Erprobung neuer Substitutionsvorhaben im Rahmen von Modellvorhaben zugesagt. Grund dafür war schon damals die zwingende Erkenntnis, dass die demografische Entwicklung, das damit einhergehende Krankheitsspektrum, der zunehmende Hausarztmangel gerade in strukturschwachen und ländlichen Gebieten sowie die sektoralen Grenzen „Delegations- und Substitutionskonzepte“ als neue Formen von multiprofessionellen und interdisziplinären Teams erforderlich machen (so auch der Sachverständigenrat in seinem Gutachten „Bedarfsgerechte Versorgung“, 2014).

Tatsache ist: Vereinzelte Schritte sind zu verzeichnen wie z. B. das mit dem HHVG eingeführte flächendeckende Modellvorhaben für Heilmittelerbringer (sog. Blankoverordnung, § 64d SGB V). Dies reicht aber nicht! Denn auch hinsichtlich sonstiger nichtärztlicher Gesundheitsfachberufe sind Alternativen zu den bisherigen arztzentrierten Versorgungsstrukturen zu entwickeln. Das gilt zum Beispiel auch für die sog. Gesundheitshandwerke. Letztere leisten schon heute einen wertvollen medizinischen Beitrag zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit. Allerdings: Ihre Befugnisse sind beschränkt. So dürfen z. B. Leistungen ohne vertragsärztliche Verordnung nur erbracht werden, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch nicht geboten ist (§ 33 Absatz 5a Satz 1 SGB V). Neben anderen ge-

eigneten Gesundheitsfachberufen sollten deshalb auch hinsichtlich der Gesundheitshandwerke in einem gebotenen Maße sinnvolle Befugniserweiterungen erprobt und evaluiert werden.

2) Daher sollten

- *„Bestehende Hindernisse im Hinblick auf den Einsatz von qualifizierten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen im Rahmen der Delegation ärztlicher Leistungen sollen beseitigt, entsprechende Modelle flächendeckend vorangetrieben und unterstützt werden.“*
- *Zur Erprobung der Substitution ärztlicher Leistungen wollen wir zeitnah den Rahmen setzen, um neue – sämtlich geeignete Gesundheitsfachberufe umfassende – Modellvorhaben aufzulegen und bei positiven Ergebnissen in die Regelversorgung zu überführen.*

3) Welche Auswirkungen hätte das

Derzeit führen die demografische Entwicklung, der Anstieg multipler chronischer Erkrankungen und der Ärztemangel zunehmend zu einer medizinischen Unterversorgung gerade in struktur-schwachen Gebieten.

Durch den gezielten Einsatz von qualifizierten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen lassen sich die ärztlichen Ressourcen besser einsetzen und ergänzende Kompetenzen sinnvoll nutzen. Hierdurch kann eine flächendeckende, qualitativ hochwertige Versorgung bundesweit sichergestellt werden.