Gesetzentwurf

der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

A. Problem und Ziel

Eine qualitativ gute und gut erreichbare medizinische Versorgung aller versicherten Patientinnen und Patienten ist zentrale Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung. Für die Erfüllung dieses Versorgungsauftrags und für die Erhaltung des Vertrauens in die Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung ist es von entscheidender Bedeutung, dass der Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung angemessen und flächendeckend sichergestellt ist. Insbesondere soll unangemessenen langen Wartezeiten auf Behandlungstermine bei Haus-, Kinder- sowie Fachärztinnen und -ärzten und mangelnden ärztlichen Versorgungsangeboten in ländlichen und strukturschwachen Regionen vorgebeugt werden.

Das Gesetz zielt darauf ab,

- allen gesetzlich Versicherten einen gleichwertigen Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung zu ermöglichen, indem Wartezeiten auf Arzttermine verkürzt werden, das Sprechstundenangebot erweitert und die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen verbessert wird,

- die Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu verbessern, indem die Grundlagen der Bedarfsplanung weiterentwickelt und die Förder- und Sicherstellungsinstrumente der Kassenärztlichen Vereinigungen erweitert werden,

- Leistungsansprüche der Versicherten in einzelnen Bereichen der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung zu erweitern und

- dass Patientinnen und Patienten die Möglichkeiten der Digitalisierung im Gesundheitswesen im Versorgungsalltag stärker praktisch nutzen können.

B. Lösung

In einem Sofortprogramm werden die Leistungen der ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung und der Zugang zu diesen Leistungen für die versicherten Patientinnen und Patienten verbessert.

Dazu werden die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen unter der bundesweit einheitlichen Telefonnummer 116 117 (bisher Nummer des Not- und Bereitschaftsdienstes) täglich 24 Stunden telefonisch und auch online erreichbar sein und nicht nur Termine bei Haus- und Kinderärztinnen und -ärzten, sondern in Akutfällen auch eine unmittelbare ärztliche Versorgung entweder in einer geöffneten Arztpraxis, in einer Portal- oder Bereitschaftsdienstpraxis oder in einer Notfallambulanz vermitteln. Zudem sollen die Terminservicestellen die gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten bei der Suche nach einer Haus- oder Kinderärztin bzw. einem Haus- oder Kinderarzt unterstützen, die oder der sie dauerhaft versorgen kann.

Das Mindestsprechstundenangebot der Vertragsärztinnen und -ärzte für die Versorgung von gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten wird von 20 auf 25 Stunden erhöht. Offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvergabe von Vertragsärzten, die an der fachärztlichen Grundversorgung teilnehmen, werden ausgeweitet. Das erweiterte Sprechstundenangebot wird mit entsprechenden extrabudgetären Vergütungsanreizen für die Vertragsärztinnen und -ärzte gefördert.

Ärztinnen und Ärzte, die in wirtschaftlich schwachen und vertragsärztlich unterversorgten ländlichen Räumen praktizieren, werden über regionale Zuschläge besonders unterstützt. Die hausärztliche Versorgung und die „sprechende Medizin“ werden besser vergütet, ebenso koordinierende Leistungen wie die Terminvermittlung zu Fachärztinnen oder Fachärzten. Durch Festlegung von Praxisbesonderheiten von Landarztpraxen, die im Vorfeld von Prüfverfahren anzuerkennen sind, werden insbesondere Hausbesuche gefördert.

Darüber hinaus sollen verbindliche Regelungen zur Vergabe und Übermittlung von Diagnosen- und Prozedurenschlüssel zur Stärkung der Manipulationsresistenz entwickelt werden.

Um die Attraktivität der medizinischen Versorgungszentren zu erhalten und gleichzeitig für eine ausgewogene Balance zwischen Anstellung und freiberuflicher Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten zu sorgen, werden die gesetzlichen Regelungen zu den medizinischen Versorgungszentren weiterentwickelt und Rechtsunsicherheiten beseitigt.

Die Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Finanzierung von Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung werden erhöht und verbindlicher ausgestaltet. Die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch Eigeneinrichtungen zu gewährleisten, wird erweitert.

Weiterentwickelt werden auch die Kompetenzen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung der Bedarfsplanung. Ziel ist es, eine kleinräumige, bedarfsgerechte und flexible Verteilung der Arztsitze zu erleichtern.

In ländlichen oder strukturschwachen Gebieten entfallen Zulassungssperren für die Neuniederlassung von Ärztinnen und Ärzten. Die Bestimmung der ländlichen und strukturschwachen Gebiete obliegt den Ländern. Die Länder erhalten ein Mitberatungs- und Antragsrecht in den Zulassungsausschüssen sowie ein Antragsrecht in den Landesausschüssen.

Damit Entscheidungen zu versorgungsrelevanten Verträgen und Vereinbarungen im Interesse der Patientinnen und Patienten zeitnah und effektiv umgesetzt werden können, werden die Schiedsregelungen und die sektorenübergreifenden Konfliktlösungsinstrumente der Selbstverwaltung neu strukturiert und weiterentwickelt.

Die Festzuschüsse für Zahnersatz werden ab dem 1. Januar 2021 von bisher 50 Prozent auf 60 Prozent erhöht.

Für Langzeiterkrankte wird die Möglichkeit, stufenweise wieder in das Berufslebens eingegliedert zu werden, verbessert.

Die Verfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und zur Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse werden vereinfacht.

Die psychotherapeutische Behandlung soll zukünftig im Rahmen einer gestuften und gesteuerten Versorgung erfolgen. Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält dazu einen Regelungsauftrag in der Psychotherapie-Richtlinie.

Darüber hinaus wird die elektronische Patientenakte flächendeckend eingeführt und der Zugriff auf die elektronische Patientenakte über mobile Geräte wie Smartphones ermöglicht.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Mit den Maßnahmen dieses Gesetzes sind Be- und Entlastungen für die gesetzliche Krankenversicherung verbunden. Aufgrund dezentraler Entscheidungsfindungen und Verhandlungen im Gesundheitswesen sowie schwer prognostizierbarer Verhaltensanpassungen der Beteiligten sind diese nicht genau quantifizierbar. Vorbehaltlich dessen könnten die Mehrausgaben insgesamt bei voller Wirksamkeit für die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Vergütung sowie für die Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ab dem Jahr 2019 jährlich einen mittleren dreistelligen Millionenbetrag betragen. Aufgrund schwer prognostizierbarer Entwicklungen der extrabudgetären vertragsärztlichen Leistungen im Verlauf der nächsten Jahre kann es zu nicht quantifizierbaren Minder- oder Mehrausgaben kommen. Durch die Erhöhung der Festzuschüsse beim Zahnersatz ergeben sich ab dem Jahr 2021 geschätzte jährliche Mehrausgaben in einer Größenordnung von rund 570 Millionen Euro. Für die übrigen leistungsrechtlichen Maßnahmen ergeben sich ab dem Jahr 2019 jeweils insgesamt geschätzte jährliche Mehrausgaben in einem mittleren zweistelligen Millionenbereich, für die beitragsrechtlichen Maßnahmen geschätzte jährliche Mehreinnahmen in Höhe eines niedrigen zweistelligen Millionenbetrags. Durch die verbesserte Möglichkeit, Langzeiterkrankte stufenweise wieder in das Berufsleben einzugliedern, können sich bei konservativer Schätzung Minderausgaben beim Krankengeld und damit verbundene höhere Beitragseinnahmen zunächst im Umfang eines mittleren zweistelligen Millionenbetrags ergeben. Aufgrund der verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung von Diagnosen- und Prozedurenschlüssel können derzeit nicht quantifizierbare Mehrausgaben ab dem Jahr 2028 entstehen.

Für den Bund ergeben sich beim Bundeszuschuss für die Altenteiler im Bereich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung in den Jahren 2019 und 2020 geschätzte jährliche Mehrausgaben in der Größenordnung eines niedrigen einstelligen Millionenbetrages und ab dem Jahr 2021 in der Größenordnung eines höheren einstelligen Millionenbetrages.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Bürgerinnen und Bürger werden aufgrund der ab 1. Januar 2021 vorgesehenen elektronischen Übermittlung von AU-Bescheinigungen um mindestens 43 Millionen Euro entlastet. Darüber hinaus entsteht im Zusammenhang mit Nachweis- und Mitwirkungspflichten bei der Geltendmachung sozialrechtlicher Ansprüche kein erheblicher neuer Erfüllungsaufwand.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten entsteht durch Mindestsprechstundenzeiten und durch offene Sprechstunden, sofern diese nicht bereits angeboten werden, ein geringfügiger Erfüllungsaufwand für die Praxisorganisation und ein geringfügiger Erfüllungsaufwand für die Beachtung der verbindlichen Regelungen zur Kodierung. Der Erfüllungsaufwand für die Informationspflicht der Zahnärztinnen und Zahnärzte gegenüber den Versicherten im Hinblick auf Mehrkostenvereinbarungen bewegt sich im Rahmen der allgemeinen ärztlichen

Aufklärungspflichten. Für Hersteller von Medizinprodukten ergibt sich geringfügiger Erfüllungsaufwand im Bewertungsverfahren neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse für die Übermittlung vorliegender Daten.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Der zuvor genannte Erfüllungsaufwand enthält im Hinblick auf die Pflicht der Medizinproduktehersteller zur Datenübermittlung Bürokratiekosten aus Informationspflichten.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Den Kassenärztlichen Vereinigungen entsteht insbesondere durch neue Anforderungen an die Terminservicestellen ein jährlicher Erfüllungsaufwand von rund neun Millionen Euro und für die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung durch Strukturfonds und Eigeneinrichtungen geringer einmaliger sowie jährlicher Erfüllungsaufwand. Die mitglieds- und beitragsrechtlichen Regelungen führen für die gesetzlichen Krankenkassen teilweise zu geringeren und teilweise zu höheren jährlichen Verwaltungsaufwand in geringfügigem Umfang. Den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entsteht geringer einmaliger Verwaltungsaufwand durch neue kollektivvertragliche Vereinbarungen und Prüfaufgaben hinsichtlich der Bewertung und Vergütung vertragsärztlicher Leistungen und vertragszahnärztlicher Mehrleistungen. Gleiches gilt für die Einrichtung eines sektorenübergreifenden Schiedswesens. Darüber hinaus entsteht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ein einmaliger und geringfügiger laufender Erfüllungsaufwand durch die Erstellung und Aktualisierung der verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung von Diagnosen- und Prozedurenschlüssel. Der Gesellschaft für Telematik entsteht für die Spezifizierung der Authentifizierungsverfahren für den Zugriff auf die elektronische Patientenakte einmalig Erfüllungsaufwand von rund 200 000 Euro. Für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ergibt sich Mehraufwand durch die Umstellung der Finanzierung der Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

Dem Bund entsteht geringfügiger Verwaltungsaufwand durch die Rechtsprüfung verschiedener Beschlüsse der Selbstverwaltung im Rahmen der staatlichen Aufsicht.

F. Weitere Kosten

Aus den gesetzlichen Maßnahmen ergeben sich wegen des im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt geringen Umfangs der finanziellen Be- und Entlastungen isoliert betrachtet allenfalls geringe, nicht quantifizierbare Auswirkungen auf das allgemeine Preisniveau und das Verbraucherpreisniveau. Nennenswerte Auswirkungen auf die Einzelpreise von Waren und Dienstleistungen im Gesundheitssektor werden nicht hervorgerufen.

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. August 2017 (BGBl. I. S. 3214) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 4 Absatz 6 wird aufgehoben.

2. § 5 wird wie folgt geändert:

   a) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

      „Eine Anrechnung erfolgt nicht für

      1. ein Adoptivkind, wenn das Kind zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Adoption bereits die in § 10 Absatz 2 vorgesehenen Altersgrenzen erreicht hat, oder

      2. ein Stiefkind, wenn das Kind zum Zeitpunkt der Eheschließung mit dem Elternteil des Kindes bereits die in § 10 Absatz 2 vorgesehenen Altersgrenzen erreicht hat oder wenn das Kind vor Erreichen dieser Altersgrenzen nicht in den gemeinsamen Haushalt mit dem Mitglied aufgenommen wurde.“

   b) In Absatz 8 Satz 3 wird die Angabe „§ 9 Abs. 1 Nr. 6“ durch die Wörter „§ 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 in der am … [einsetzen: Datum des Tages der Verkündung] geltenden Fassung“ ersetzt.

3. § 6 Absatz 8 wird aufgehoben.

4. § 7 Absatz 3 wird aufgehoben.

5. § 9 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

   a) Nummer 6 wird aufgehoben.

   b) Nummer 7 wird Nummer 6.

6. § 10 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 werden nach dem Wort „überschreitet;“ die Wörter „bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung der Entlassungsentschädigung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre;“ eingefügt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 3 werden die Wörter „ab dem 1. Juli 2011“ gestrichen.

bb) In Nummer 4 werden die Wörter „behinderte Menschen“ durch die Wörter „Menschen mit Behinderungen“ und werden die Wörter „nach Nummer 1, 2 oder 3 versichert war“ durch die Wörter „innerhalb der Altersgrenzen nach den Nummern 1, 2 oder 3 familienversichert war oder die Familienversicherung nur wegen einer Vorrangversicherung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ausgeschlossen war“ ersetzt.

c) In Absatz 4 Satz 1 werden nach dem Wort „unterhält“ die Wörter „oder in seinen Haushalt aufgenommen hat“ eingefügt.

7. In § 13 Absatz 3a Satz 4 werden nach dem Wort „Gutachterverfahren“ die Wörter „gemäß § 87 Absatz 1c“ eingefügt.

8. In § 14 Absatz 1 Satz 1 werden nach dem Wort „Angestellte“ die Wörter „und Versorgungsempfänger“ eingefügt.

9. Nach § 20i wird folgender § 20j eingefügt:

„§ 20j

Präexpositionsprophylaxe

(1) Versicherte mit einem substantiellen HIV-Infektionsrisiko, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf

1. ärztliche Beratung über Fragen der medikamentösen Präexpositionsprophylaxe zur Verhütung einer Ansteckung mit HIV sowie

2. Untersuchungen, die bei Anwendung der für die medikamentöse Präexpositionsprophylaxe zugelassenen Arzneimittel erforderlich sind.

(2) Das Nähere zum Kreis der Anspruchsberechtigten und zu den Voraussetzungen für die Ausführung der Leistungen vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des zweiten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] mit Wirkung zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] als Bestandteil der Bundesmantelverträge.

(3) Auf Grundlage der Vereinbarung nach Absatz 2 hat der Bewertungsausschuss den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zu überprüfen und spätestens innerhalb eines Monats nach Abschluss dieser Vereinbarung anzupassen.

(4) Versicherte nach Absatz 1 haben nach Beratung Anspruch auf Versorgung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zur Präexpositionsprophylaxe.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Wirkungen der ärztlichen Verordnung der Präexpositionsprophylaxe auf das Infektionsgeschehen bis Ende 2020 nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards."

10. § 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 sowie auf die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen, wenn die Kryokonservierung wegen einer Erkrankung und deren Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie medizinisch notwendig erscheint, um spätere medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach Absatz 1 vornehmen zu können. Absatz 3 Satz 1 zweiter Halbsatz gilt entsprechend."

b) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 5 und die Wörter „nach Absatz 1" werden durch die Wörter „nach den Absätzen 1 und 4" ersetzt.

11. In § 28 Absatz 1 Satz 3 werden die Wörter „bis zum 30. Juni 2012" gestrichen.

12. Dem § 29 wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) Wählen Versicherte im Fall von kieferorthopädischen Behandlungen Leistungen, die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildet sind, die aber anders als abgebildet durchgeführt werden oder bei denen andere Behandlungsmittel eingesetzt werden (Mehrleistungen), so haben die Versicherten die Mehrkosten, die durch diese Mehrleistungen entstehen, selbst zu tragen. In diesem Fall ist von dem behandelnden Zahnarzt die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildete kieferorthopädische Leistung als Sachleistung abzurechnen. Die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend. Der Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen beschließt bis zum 31. Dezember 2022 die Mehrleistungen nach Satz 1. Er kann solche nicht im Bewertungsmaßstab enthaltenen kieferorthopädischen Leistungen benennen, die nicht als Mehrleistungen anzusehen sind (Zusatzleistungen). Sofern es zur Abgrenzung zwischen Mehrleistungen und den im einheitlichen Bewertungsmaßstab enthaltenen kieferorthopädischen Leistungen erforderlich ist, konkretisiert der Bewertungsausschuss die im einheitlichen Bewertungsmaßstab abgebildete kieferorthopädische Leistung. Werden im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung neben kieferorthopädischen Leistungen, die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildet sind, Mehrleistungen oder Zusatzleistungen erbracht, ist der Versicherte vor Beginn der Behandlung vom behandelnden Zahnarzt über die in Betracht kommenden Behandlungsalternativen sowie über die von der Krankenkasse zu tragenden Kostenanteile und die vom ihm zu tragenden Kostenanteile in Textform zu informieren. Hiermit ist eine schriftliche oder elektronische Erklärung des Versicherten zu verknüpfen, dass er über die in Betracht kommenden Behandlungsalternativen einschließlich einer zuzahlungsfreien Behandlung auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen sowie über die Kosten, die mit den Behandlungsalternativen gegebenenfalls für ihn verbundenen sind, informiert worden ist. Die Bundesmantelvertragspartner vereinbaren für die Erklärung des Versicherten nach Satz 9 verbindliche Formularvordrucke und bestimmen den Zeitpunkt, ab dem diese verbindlich zu verwenden sind. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen überprüfen anlassbezogen die Einhaltung der Informations- und Aufklärungspflichten aus den Sätzen 5 und 6. Der behandelnde Zahnarzt ist verpflichtet, den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen auf Verlangen die für die Prü-

fung erforderliche Erklärung nach Satz 8 vorzulegen. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen dürfen die in diesen Unterlagen enthaltenen Daten nur für die Prüfung nach Satz 8 verarbeiten. Soweit 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, können die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen behandlungs- und rechnungsbegründende Unterlagen von dem behandelnden Zahnarzt anfordern. Der behandelnde Zahnarzt ist in diesem Fall zur Übermittlung dieser Unterlagen verpflichtet, wenn der Versicherte ihm gegenüber in die Übermittlung schriftlich oder elektronisch eingewilligt hat. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen dürfen die Daten, die in den ihnen nach Satz 9 oder Satz 11 übermittelten Unterlagen enthalten sind, nur für die Prüfung nach Satz 8 verarbeiten."

13. In § 31a Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „ab dem 1. Oktober 2016" gestrichen.

14. In § 33 Absatz 9 wird die Angabe „Satz 5" durch die Angabe „Satz 6" ersetzt.

15. Dem § 35a Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

    „Innerhalb eines Monats nach der Beschlussfassung veröffentlicht die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Information der Öffentlichkeit zudem den Beschluss und eine Zusammenfassung der tragenden Gründe in englischer Sprache auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses."

16. In § 37b Absatz 4 Satz 1 werden die Wörter „erstmals bis zum 31. Dezember 2017 und danach" gestrichen.

17. § 39 Absatz 1a Satz 9 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

    „Die weiteren Einzelheiten zu den Sätzen 1 bis 7, insbesondere zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den Krankenkassen, regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft unter Berücksichtigung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in einem Rahmenvertrag. Wird der Rahmenvertrag ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf des Vertrages kein neuer Rahmenvertrag zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a."

18. § 39a wird wie folgt geändert:

    a) In Absatz 1 Satz 8 werden die Wörter „spätestens bis zum 31. Dezember 2016 und danach" gestrichen.

    b) In Absatz 2 Satz 11 werden die Wörter „spätestens bis zum 31. Dezember 2016 und danach" gestrichen.

19. In § 39b Absatz 2 Satz 2 werden die Wörter „erstmals bis zum 30. Juni 2016" gestrichen.

20. § 40 wird wie folgt geändert:

    a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

        aa) In Satz 4 wird die Angabe „§ 39 Absatz 1a" durch die Wörter „§ 39 Absatz 1a Satz 1 bis 9 und 11 bis 14" ersetzt, wird das Semikolon und werden die Wörter „bei Anrufung des Bundesschiedsamtes entsprechend § 118a Absatz 2 Satz 2 ist das Bundesschiedsamt anstelle der Vertreter der Deutschen Kranken-

hausgesellschaft um Vertreter der für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene zu erweitern“ gestrichen.

bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Kommt der Rahmenvertrag ganz oder teilweise nicht zustande oder wird der Rahmenvertrag ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf des Vertrags kein neuer Rahmenvertrag zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a auf Antrag einer Vertragspartei. Abweichend von § 89a Absatz 5 Satz 1 und 4 besteht das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene in diesem Fall aus je zwei Vertretern der Ärzte, der Krankenkassen und der zertifizierten Rehabilitationseinrichtungen sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und einem weiteren unparteiischen Mitglied. Die Vertreter und Stellvertreter der zertifizierten Rehabilitationseinrichtungen werden durch die für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene bestellt.“

b) Absatz 3 Satz 8 wird aufgehoben.

21. § 44 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 Nummer 1 wird das Wort „soweit“ durch das Wort „sofern“ ersetzt und werden vor dem Komma am Ende die Wörter „oder sofern sie hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind und eine Wahlerklärung nach Nummer 2 abgegeben haben“ eingefügt.

b) Folgender Satz wird angefügt:

„Wird die Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 und 3 zum Zeitpunkt einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit abgegeben, wirkt die Wahlerklärung erst zu dem Tag, der auf das Ende dieser Arbeitsunfähigkeit folgt.“

22. Nach § 46 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Für Versicherte, deren Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nummer 2 vom Bestand des Anspruchs auf Krankengeld abhängig ist, bleibt der Anspruch auf Krankengeld auch dann bestehen, wenn die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit nicht am nächsten Werktag im Sinne von Satz 2, aber spätestens innerhalb eines Monats nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird.“

23. Dem § 48 Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Satz 2 gilt nicht für Zeiten des Bezuges von Verletztengeld nach dem Siebten Buch.“

24. § 49 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 7 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

b) Folgende Nummer 8 wird angefügt:

„8. solange bis die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit nach § 46 Satz 3 ärztlich festgestellt wurde.“

25. § 50 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 wird das Komma und das Wort „Erwerbsunfähigkeit“ gestrichen.

b) In Absatz 2 Nummer 2 wird das Komma und das Wort „Berufsunfähigkeit“ gestrichen.

26. § 51 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Beziehen Versicherte eine Teilrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung und ist absehbar, dass die Hinzuverdienstgrenze nach § 34 Absatz 2 des Sechsten Buches nicht überschritten wird, so kann die Krankenkasse eine Frist von vier Wochen setzen, innerhalb derer die Versicherten einen Antrag nach § 34 Absatz 3e des Sechsten Buches zu stellen haben.“

b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Ergibt sich im Fall des Absatzes 1a, dass die Hinzuverdienstgrenze nach Feststellung des Rentenversicherungsträgers überschritten wird, besteht abweichend von Satz 1 rückwirkend ein Anspruch auf Krankengeld ab Ablauf der Frist.“

27. § 53 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 5 wird aufgehoben.

b) In Absatz 8 Satz 1 werden die Wörter „nach den Absätzen 2, 4 und 5“ durch die Wörter „nach den Absätzen 2 und 4“ ersetzt.

28. § 57 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 8 und 9 wird wie folgt gefasst:

„Kommt eine Vereinbarung nicht zustande oder kündigt eine Vereinbarungspartei die Vereinbarung und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, setzt das Schiedsamt nach § 89 den Vertragsinhalt fest.Die Festsetzungsfristen nach § 89 Absatz 3, 4 und 9 für die Festsetzungen nach den Sätzen 2 bis 4 betragen zwei Monate.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 4 wird die Angabe „Satz 2“ durch die Angabe „Satz 3“ ersetzt.

bb) Satz 8 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht zustande oder kündigt eine Vereinbarungspartei die Vereinbarung und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, setzt das Schiedsamt nach § 89 den Vertragsinhalt fest.Die Festsetzungsfristen nach § 89 Absatz 3, 4 und 9 für die Festsetzungen nach Satz 1 betragen einen Monat.“

29. § 64a Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Sofern keine Einigung über die Durchführung eines Modellvorhabens erzielt wird, kann jede Vertragspartei das Schiedsgremium nach den Sätzen 2 und 3 zur Fest-

setzung des Inhalts einer Vereinbarung nach Absatz 1 anrufen. Das Schiedsgremium wird von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Beteiligten gebildet. § 89a Absatz 3 bis 10 sowie die Rechtsverordnung nach § 89a Absatz 11 gelten entsprechend.“

b) Die bisherigen Sätze 3 und 4 werden aufgehoben.

30. § 64c Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Sofern keine Einigung über die Durchführung eines Modellvorhabens nach Absatz 1 erzielt wird, kann jede Vertragspartei das zuständige sektorenübergreifende Schiedsgremium gemäß § 89a anrufen. Die Anrufung des Schiedsgremiums soll unterbleiben, wenn in einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung bereits ein Modellvorhaben nach Absatz 1 vereinbart wurde, keine überbezirkliche Versorgung besteht oder eine Durchführung eines Modellvorhabens in mehreren Kassenärztlichen Vereinigungen aus wissenschaftlichen Gründen nicht erforderlich ist.“

31. § 65c wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 5 Satz 4 werden die Wörter „eines Jahres“ durch die Wörter „von zwei Jahren“ ersetzt.

b) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 5 werden die Wörter „bis zum 31. Dezember 2013 “gestrichen.

bb) Die Sätze 8 bis 12 werden durch folgenden Satz ersetzt:

„Wird eine Vereinbarung nach Satz 5 ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.“

32. § 67 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung soll die Kommunikation sowie der Daten- und Informationsfluss unter den Leistungserbringern, zwischen den Krankenkassen und Leistungserbringern sowie im Verhältnis von Krankenkassen und Leistungserbringern zu den Versicherten durch vernetzte digitale Anwendungen und Dienste ausgebaut werden, insbesondere zur

1. elektronischen und maschinell verwertbaren Übermittlung von Befunden, Diagnosen, Therapieempfehlungen, Behandlungsberichten und Unterlagen in Genehmigungsverfahren,

2. Förderung der aktiven und informierten Mitwirkung der Versicherten am Behandlungs- und Rehabilitationsprozess sowie

3. Unterstützung der Versicherten bei einer gesundheitsbewussten Lebensführung.“

33. § 73 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 werden vor dem Komma am Ende die Wörter „einschließlich der Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer“ eingefügt.

b) Dem Absatz 1b wird folgender Satz angefügt:

„Im Übrigen gilt § 22 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe b des Bundesdatenschutzgesetzes.“

34. § 73b wird wie folgt geändert:

    a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

        aa) In Satz 2 werden nach dem Wort „schriftlich“ die Wörter „oder elektronisch“ eingefügt.

        bb) In Satz 3 werden die Wörter „in Textform“ durch die Wörter „schriftlich, elektronisch“ ersetzt.

        cc) In Satz 5 werden die Wörter „in Textform“ durch die Wörter „schriftlich oder elektronisch“ ersetzt.

    b) In Absatz 5 Satz 3 wird die Angabe „§ 20d“ durch die Angabe „§ 20i“ ersetzt.

35. Dem § 74 werden die folgenden Sätze angefügt:

    „Spätestens ab einer Dauer der Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen hat die ärztliche Feststellung nach Satz 1 regelmäßig mit der Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit zu erfolgen. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach § 92 bis zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] das Verfahren zur regelmäßigen Feststellung über eine stufenweise Wiedereingliederung nach Satz 2 fest.“

36. § 75 wird wie folgt geändert:

    a) Absatz 1a wird wie folgt geändert:

        aa) In Satz 1 wird das Wort „fachärztlichen“ durch das Wort „vertragsärztlichen“ ersetzt.

        bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

            „Hierzu informieren die Kassenärztlichen Vereinigungen die Versicherten im Internet in geeigneter Weise über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte und richten Terminservicestellen ein, die ab dem … [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] für 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche unter einer bundesweit einheitlichen Telefonnummer erreichbar sein müssen; die Terminservicestellen können in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen betrieben werden.“

        cc) Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

            „Die Terminservicestelle hat

            1. Versicherten innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 zu vermitteln,

            2. Versicherte bei der Suche nach einem Hausarzt zu unterstützen, den sie nach § 76 Absatz 3 Satz 2 wählen möchten, und

            3. Versicherten ab dem … [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in Akutfällen auf der

Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene zu vermitteln.

Für die Vermittlung von Behandlungsterminen bei einem Facharzt muss mit Ausnahme von Behandlungsterminen bei einem Augenarzt oder einem Frauenarzt und mit Ausnahme der Vermittlung in Akutfällen nach Satz 3 Nummer 3 eine Überweisung vorliegen; eine Überweisung muss auch in den Fällen des Satzes 11 Nummer 2 vorliegen."

dd) Im bisherigen Satz 4 werden die Wörter „den zu vermittelnden" durch das Wort „einen" ersetzt.

ee) Im bisherigen Satz 5 wird das Wort „Facharzt" durch das Wort „Arzt" ersetzt.

ff) Im bisherigen Satz 6 wird die Angabe „Satz 4" durch die Angabe „Satz 5" ersetzt und werden die Wörter „die Sätze 3 bis 5" durch die Wörter „Satz 3 Nummer 1 und die Sätze 4, 5 und 6" ersetzt.

gg) Im bisherigen Satz 7 wird die Angabe „Satz 6" durch die Angabe „Satz 7" ersetzt.

hh) Im bisherigen Satz 9 wird die Angabe „Satz 7" durch die Angabe „Satz 8" ersetzt.

ii) Der bisherige Satz 10 wird folgt geändert:

aaa) Die Wörter „bis zum 23. Oktober 2015" werden gestrichen.

bbb) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer 2 eingefügt:

„2. zu den Fällen, in denen es für die Vermittlung von einem Behandlungstermin bei einem Haus- oder einem Kinderarzt einer Überweisung bedarf,".

ccc) Die bisherige Nummer 2 wird Nummer 3 und die Angabe „Satz 5" wird durch die Angabe „Satz 6" ersetzt.

ddd) Die bisherige Nummer 3 wird Nummer 4 und die Angabe „Satz 7" wird durch die Angabe „Satz 8" ersetzt.

eee) Die bisherige Nummer 4 wird Nummer 5.

jj) Im bisherigen Satz 12 werden die Wörter „Sätze 2 bis 11" durch die Wörter „Sätze 2 bis 12" ersetzt.

kk) Der bisherige Satz 13 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Für Behandlungen nach § 28 Absatz 3 gelten die Sätze 2 und 3 Nummer 1 sowie die Sätze 5 bis 12 hinsichtlich der Vermittlung eines Termins für ein Erstgespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunden und hinsichtlich der sich aus der Abklärung ergebenden zeitnah erforderlichen Behandlungstermine; einer Überweisung bedarf es nicht. Die Wartezeit auf eine psychotherapeutische Akutbehandlung darf zwei Wochen nicht überschreiten."

ll) Im bisherigen Satz 14 wird das Wort „kann" durch das Wort „unterstützt" ersetzt, wird das Wort „unterstützen" gestrichen und wird vor dem Punkt am

Ende ein Semikolon und werden die Wörter „sie hat ein elektronisches Programm zur Verfügung zu stellen, mit dem die Versicherten auf die Internetseite der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung geleitet werden, um sich über die Sprechstundenzeiten der Ärzte informieren können“ eingefügt.

mm) Im bisherigen Satz 15 wird das Wort „Facharztterminen“ durch das Wort „Arztterminen“ ersetzt.

b) In Absatz 3c Satz 5 werden die Wörter „§ 89 Abs. 3 Satz 4 bis 6“ durch die Wörter „§ 134a Absatz 4 Satz 5 und 6“ ersetzt.

c) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) In Nummer 3 wird nach dem Wort „aufzustellen“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.

bbb) In Nummer 4 wird das Wort „Notdienstnummer“ durch die Wörter „Telefonnummer nach Absatz 1a Satz 2“ ersetzt und wird der Punkt am Endes durch ein Komma ersetzt.

ccc) Die folgenden Nummern 5 und 6 werden angefügt:

„5. Richtlinien für ein digitales Angebot zur Vermittlung von Behandlungsterminen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 sowie zur Vermittlung einer unmittelbaren ärztlichen Versorgung in Akutfällen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 aufzustellen und

6. Richtlinien für ein bundesweit einheitliches, standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren aufzustellen, auf dessen Grundlage die Vermittlung in Akutfällen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 erfolgt.“

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Richtlinien nach Satz 1 Nummer 4 und 5 müssen auch sicherstellen, dass die von Vertragsärzten in Umsetzung der Richtlinienvorgaben genutzten elektronischen Programme von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zugelassen sind.“

37. § 75a Absatz 4 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird die Angabe „bis zum 23. Oktober 2015“ gestrichen.

b) Folgender Satz wird angefügt:

„Wird eine Vereinbarung ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.“

38. In § 76 Absatz 1a Satz 1 wird die Angabe „Satz 6“ durch die Angabe „Satz 7“ ersetzt.

39. In § 77 Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „§ 105 Absatz 1 Satz 2“ durch die Wörter „§ 105 Absatz 1a“ ersetzt.

40. § 79 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 Satz 9 wird wie folgt gefasst:

„Die Höhe der jährlichen Vergütungen der einzelnen Vorstandsmitglieder einschließlich aller Nebenleistungen sowie sämtliche Versorgungsregelungen sind betragsmäßig in einer Übersicht jährlich am 1. März im Bundesanzeiger und gleichzeitig getrennt nach den kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Organisationen in den jeweiligen ärztlichen Mitteilungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sowie auf der Internetseite der betreffenden Kassenärztlichen Vereinigung oder Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu veröffentlichen."

b) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Für den Vorstand gilt § 35a Absatz 1 Satz 3 und 4, Absatz 2, 5 Satz 1, Absatz 6a und 7 des Vierten Buches entsprechend; für die Mitglieder der Vertreterversammlung gilt § 42 Absatz 1 bis 3 des Vierten Buches entsprechend."

bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Vergütungserhöhungen sind während der Dauer der Amtszeit der Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen unzulässig. Zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen kann eine über die zuletzt nach § 35a Absatz 6a Satz 1 des Vierten Buches gebilligte Vergütung der letzten Amtsperiode oder des Vorgängers im Amt hinausgehende höhere Vergütung nur durch einen Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Entwicklung des Verbraucherpreisindexes vereinbart werden. Die Aufsichtsbehörde kann zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen eine niedrigere Vergütung anordnen. Finanzielle Zuwendungen nach Absatz 4 Satz 10 sind auf die Vergütung der Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen anzurechnen oder an die jeweilige Kassenärztliche Bundesvereinigung abzuführen. Vereinbarungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen für die Zukunftssicherung der Vorstandsmitglieder sind nur auf der Grundlage von beitragsorientierten Zusagen zulässig."

41. Nach § 81a Absatz 3a wird folgender Absatz 3b eingefügt:

„(3b) Die Einrichtungen nach Absatz 1 dürfen personenbezogene Daten an die folgenden Stellen übermitteln, soweit dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Stelle erforderlich ist:

1. die Zulassungsausschüsse nach § 96,

2. die Stellen, die für die Abrechnungsprüfung nach § 106d zuständig sind,

3. die Stellen, die für die Überwachung der Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten nach § 75 Absatz 2 Satz 2 zuständig sind, und

4. die berufsständischen Kammern.

Die nach Satz 1 übermittelten Daten dürfen von dem jeweiligen Empfänger nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihm übermittelt worden sind."

42. § 85 Absatz 4b bis 4f wird aufgehoben.

43. § 87 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regeln in dem Bundesmantelvertrag für Zahnärzte bis zum 31. Dezember 2019 das Nähere zu einem elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahren für bewilligungspflichtige zahnärztliche Leistungen. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen können die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer durch Regelungen im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte dazu verpflichten, die für die Beantragung von bewilligungspflichtigen Leistungen notwendigen Angaben an die jeweilige Kassenzahnärztliche Vereinigung und an die jeweilige Krankenkasse im Wege elektronischer Datenübertragung zu übermitteln. Zur Durchführung der elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahren sind die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer befugt, die hierfür erforderlichen versichertenbezogene Angaben an die jeweilige Kassenzahnärztliche Vereinigung und an die jeweilige Krankenkasse zu übermitteln. Die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung ist befugt, die für die Durchführung der elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahren erforderlichen versicherungsbezogenen übermittelten Angaben zu verarbeiten.“

b) Nach Absatz 1b wird folgender Absatz 1c eingefügt:

„(1c) Die Krankenkassen können in den in § 275 Absatz 1, 2 und 3 geregelten Fällen insbesondere

1. bei kieferorthopädischen Maßnahmen,

2. bei der Behandlung von Parodontopathien,

3. bei der Versorgung von Zahnersatz und Zahnkronen, einschließlich der Prüfung der Gewährleistung nach § 136a Absatz 4 Satz 3,

4. für implantologische Maßnahmen bei Ausnahmeindikationen gemäß § 28 Absatz 2 Satz 9

abweichend von § 275 Absatz 1, 2 und 3 statt einer gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes eine gutachterliche Stellungnahme im Wege des nach Satz 2 im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehene Gutachterverfahrens einholen. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren im Bundesmantelvertrag das Nähere zu einem Gutachterverfahren für Zahnärzte insbesondere zur Bestellung der Gutachter, zur Einleitung des Gutachterverfahrens und zur Begutachtung sowie die Maßnahmen und Behandlungen die Gegenstand des Gutachtenverfahrens sein können. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen können vereinbaren, dass die Krankenkassen einheitlich für die im Bundesmantelvertrag näher bestimmten Maßnahmen und Behandlungen ausschließlich das nach Satz 2 vorgesehene Gutachterverfahren anwenden oder ausschließlich die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst vornehmen lassen. Der behandelnde Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem von der Krankenkasse benannten vertragszahnärztlichen Gutachter die für die gutachterliche Stellungnahme erforderlichen Daten zu übermitteln. Der vertragszahnärztliche Gutachter darf die vom Vertragszahnarzt übermittelten Daten nur zur Erstellung der in Satz 1 genannten gutachterlichen Stellungnahme verarbeiten. Im Übrigen gelten § 275 Absatz 5, § 276 Absatz 1, 2 Satz 2 und Absatz 3 und § 277 Absatz 1 Satz 1 bis 3 für das im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehene Gutachterwesen entsprechend.“

c) Absatz 2 Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen sind die Bewertung der Leistungen nach Satz 1 und die Überprüfung der wirtschaftlichen Aspekte nach Satz 2, insbesondere bei medizinisch-technischen Geräten, unter Berücksichtigung der Besonderheiten der betroffenen Arztgruppen auf in bestimmten Zeitabständen zu aktualisierender betriebswirtschaftlicher Basis durchzuführen. Grundlage der Aktualisierung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen bilden grundsätzlich die vom Statistischen Bundesamt nach dem Gesetz über die Kostenstrukturstatistik bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie bei Praxen von psychologischen Psychotherapeuten erhobenen Daten der Kostenstruktur; ergänzend können sachgerechte Stichproben bei vertragsärztlichen Leistungserbringern verwendet werden. Der Bewertungsausschuss hat die nächste Überprüfung gemäß Satz 3 und die anschließende Aktualisierung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen spätestens bis zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des neunten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] mit der Maßgabe durchzuführen, insbesondere die Angemessenheit der Bewertung von Leistungen zu aktualisieren, die einen hohen technischen Leistungsanteil aufweisen. Hierzu legt der Bewertungsausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des dritten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] ein Konzept vor, wie er die verschiedenen Leistungsbereiche im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen einschließlich der Sachkosten anpassen wird. Dabei soll die Bewertung der Leistungen mit einem hohen technischen Leistungsanteil, die in einem bestimmten Zeitraum erbracht werden, insgesamt so festgelegt werden, dass die Punkte, die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für diese Leistungen vergeben werden, ab einem bestimmten Schwellenwert mit zunehmender Menge sinken.“

d) Absatz 2b Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Mit Wirkung zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] sind in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen folgende Zuschläge auf die jeweiligen Versichertenpauschalen aufzunehmen:

1. ein einmaliger Zuschlag in Höhe von mindestens 25 Prozent der jeweiligen Versichertenpauschale, für den Fall, dass die Leistungen gegenüber Patienten erbracht werden, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals untersucht und behandelt werden oder die mindestens vier Jahre nicht in der jeweiligen Arztpraxis untersucht und behandelt wurden, sowie

2. ein Zuschlag in Höhe von mindestens fünf Euro für die erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 aufzunehmen.“

e) Absatz 2c wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Mit den Grundpauschalen nach Satz 1 sollen die regelmäßig oder sehr selten und zugleich mit geringem Aufwand von der Arztgruppe in jedem Behandlungsfall erbrachten Leistungen vergütet werden. Mit Wirkung zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] ist bei Arztgruppen, die an der grundversorgenden und unmittelbaren medizinischen Versorgung teilnehmen, ein einmaliger Zuschlag auf die jeweiligen Grundpauschalen in Höhe von mindestens 25 Prozent für den Fall vorzusehen, dass die Leistungen gegenüber Patienten erbracht werden,

die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals untersucht und behandelt werden oder die mindestens vier Jahre nicht in der jeweiligen Arztpraxis untersucht und behandelt wurden. Nachdem die Regelung gemäß § 19a Absatz 1 Satz 6 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 getroffen worden ist, ist spätestens innerhalb von drei Monaten ein Zuschlag auf die jeweilige Grundpauschale in Höhe von mindestens 15 Prozent für den Fall vorzusehen, dass die Leistungen im Rahmen offener Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung erbracht werden; bei einem vollen Versorgungsauftrag ist das Vergütungsvolumen des Zuschlages je Arzt auf einen Umfang von bis zu fünf offenen Sprechstunden je Kalenderwoche und bei einem reduzierten Versorgungsauftrag auf die jeweils anteilige Zeit offener Sprechstunden je Kalenderwoche begrenzt. Die Abrechnung des Zuschlages nach Satz 4 hat auf Grundlage einer Überweisung nach den Vorgaben des Bundesmantelvertrags nach § 82 Absatz 1 zu erfolgen. Im Fall der Abrechnung eines Zuschlages nach Satz 4 durch einen Augenarzt oder Frauenarzt bedarf es keiner Überweisung."

bb) Im bisherigen Satz 4 werden die Wörter „von Satz 3" durch die Wörter „von Satz 1 bis 7" ersetzt.

f) In Absatz 2d Satz 1 wird die Angabe „2a Satz 3," und die Angabe „Satz 5" gestrichen.

g) Absatz 3b Satz 3 bis 7 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Erfüllt das Institut seine Aufgaben nicht im vorgesehenen Umfang oder nicht entsprechend den geltenden Vorgaben oder wird es aufgelöst, kann das Bundesministerium für Gesundheit eine oder mehrere der in Satz 2 genannten Organisationen oder einen Dritten mit den Aufgaben nach Satz 1 beauftragen. Absatz 6 gilt entsprechend."

h) Absatz 3d wird wie folgt gefasst:

„(3d) Über die Ausstattung des Instituts nach Absatz 3b mit den für die Aufgabenwahrnehmung erforderlichen Sach- und Personalmittel und über die Nutzung der Daten gemäß Absatz 3f durch das Institut entscheidet der Bewertungsausschuss. Die innere Organisation des Instituts ist jeweils so zu gestalten, dass sie den besonderen Anforderungen des Datenschutzes nach den Artikeln 24, 25 und 32 der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) (ABl. L 119 vom 4.5.2016, S. 1; L 314 vom 22.11.2016, S. 72; L 127 vom 23.5.2018, S. 2) in der jeweils geltenden Fassung gerecht wird. Absatz 6 gilt entsprechend. Über die Ausstattung des beauftragten Dritten nach Absatz 3b Satz 3 mit den für die Aufgabenwahrnehmung erforderlichen Sach- und Personalmitteln sowie über die Nutzung der Daten gemäß Absatz 3f entscheidet das Bundesministerium für Gesundheit."

i) In Absatz 4 Satz 2 wird die Angabe „§ 89 Abs. 3" durch die Angabe „§ 89 Absatz 6" ersetzt.

j) Absatz 5a wird wie folgt gefasst:

„(5a) Bei Beschlüssen zur Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes zur Vergütung der Leistungen der spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b ist der Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen nach Absatz 3 um drei Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu ergänzen. Kommt durch über-

einstimmenden Beschluss aller Mitglieder eine Vereinbarung des ergänzten Bewertungsausschusses nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht zustande, wird der ergänzte Bewertungsausschuss auf Verlangen von mindestens zwei Mitgliedern um einen unparteiischen Vorsitzenden und ein weiteres unparteiisches Mitglied erweitert. Die Benennung der beiden unparteiischen Mitglieder durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung, den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft soll bis spätestens zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des ersten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] erfolgen; § 89a Absatz 6 gilt entsprechend. Im ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss sind nur jeweils zwei Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie die beiden unparteiischen Mitglieder stimmberechtigt. Der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss setzt den Beschluss mit einer Mehrheit von zwei Dritteln seiner stimmberechtigten Mitglieder innerhalb von drei Monaten fest. Wird eine Mehrheit von zwei Dritteln nicht erreicht, setzen die beiden unparteiischen Mitglieder den Beschluss fest. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag."

k) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

„Das Bundesministerium für Gesundheit kann zur Vorbereitung von Maßnahmen nach Satz 4 bereits vor Fristablauf das Institut nach Satz 5 beauftragen, Datenerhebungen in Auftrag geben oder Sachverständigengutachten einholen, sofern die Bewertungsausschüsse die Beratungen sowie die Beschlussfassungen nicht oder nicht in einem angemessenen Umfang vorbereiten oder durchführen."

bb) Im neuen Satz 9 wird die Angabe „bis 6" durch die Angabe „bis 7" ersetzt.

44. § 87a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 Satz 5 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Von den Krankenkassen sind folgende Leistungen und Zuschläge außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 zu vergüten:

1. Leistungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses,

2. Zuschläge nach § 87 Absatz 2b Satz 3 sowie Absatz 2c Satz 3 und 4,

3. Leistungen im Behandlungsfall, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 und 3 erbracht werden, sofern es sich nicht um Fälle nach § 75 Absatz 1a Satz 8 handelt,

4. Leistungen im Behandlungsfall bei Weiterbehandlung eines Patienten durch einen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach Vermittlung durch einen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2.

Darüber hinaus können Leistungen außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder wenn dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist. Die in Absatz 2 Satz 1

genannten Vertragspartner haben die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in den Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 1 um die in Satz 5 Nummer 3 und 4 genannten Leistungen unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen sind, begrenzt auf ein Jahr zu bereinigen. Dabei haben sie die vom Bewertungsausschuss zu beschließenden Vorgaben nach Absatz 5 Satz 7 zu berücksichtigen. “

b) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Die jeweils jahresbezogene Veränderung der Morbiditätsstruktur im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung nach Satz 3 ist ab dem Jahr, in dem die nach Absatz 5 Satz 2 bis 4 mitgeteilte Veränderungsrate auf der Grundlage der Behandlungsdiagnosen der Jahre 2023 bis 2025 ermittelt wird, allein auf der Grundlage dieser Veränderungsrate zu vereinbaren.“

c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nummer 3 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.

bb) In Satz 7 wird nach den Wörtern „Absatz 3 Satz 5“ die Angabe „und 6“ eingefügt.

cc) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„In den Jahren, in denen die Veränderungsraten auf der Grundlage der Behandlungsdiagnosen der Jahre 2020 bis 2022, 2021 bis 2023 und 2022 bis 2024 durch das Institut des Bewertungsausschusses nach Satz 3 errechnet werden, sind die Kodiereffekte, die durch die Einführung der verbindlichen Regelungen nach § 295 Absatz 4 Satz 3 zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach § 295 Absatz 1 Satz 5 entstehen, in den Berechnungen zu bereinigen. Hierzu hat der Bewertungsausschuss ein entsprechendes Verfahren zu beschließen.“

45. In § 87b Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „Satz 2“ durch die Angabe „Satz 3“ ersetzt.

46. § 87d wird aufgehoben.

47. In § 87e Satz 1 wird nach der Angabe „§ 28 Abs. 2 Satz 2“ ein Komma und die Angabe „§ 29 Absatz 5 Satz 1“ eingefügt.

48. § 89 wird durch die folgenden §§ 89 und 89a ersetzt:

„§ 89

Schiedsamt, Verordnungsermächtigungen

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen bilden je ein gemeinsames Schiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung und ein gemeinsames Schiedsamt für die vertragszahnärztliche Versorgung (Landesschiedsämter).

(2) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bilden ein gemeinsames Schiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung und ein gemeinsames Schiedsamt für die vertragszahnärztliche Versorgung (Bundesschiedsämter).

(3) Kommt ein Vertrag über die vertragsärztliche oder die vertragszahnärztliche Versorgung ganz oder teilweise nicht zustande, setzt das zuständige Schiedsamt mit der Mehrheit der Stimmen seiner Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Vertragsinhalt fest. Wird ein für die Einleitung des Verfahrens erforderlicher Antrag nicht gestellt, kann auch die für das jeweilige Schiedsamt zuständige Aufsichtsbehörde, nachdem sie den Organisationen, die das Schiedsamt bilden, eine Frist zur Antragstellung gesetzt hat und die Frist abgelaufen ist oder nach Ablauf einer für das Zustandekommen des Vertrages gesetzlich vorgeschriebenen Frist, das Schiedsamt mit Wirkung für die Vertragsparteien anrufen. Das Schiedsamtsverfahren beginnt mit dem bei dem Schiedsamt gestellten Antrag.

(4) Kündigt eine Vertragspartei einen Vertrag, hat sie die Kündigung dem zuständigen Schiedsamt schriftlich oder elektronisch mitzuteilen. Kommt bis zum Ablauf des Vertrages kein neuer Vertrag zustande, setzt das zuständige Schiedsamt mit der Mehrheit der Stimmen seiner Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Inhalt des neuen Vertrages fest. In diesem Fall gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages bis zur Festsetzung des Inhalts des neuen Vertrages durch das Schiedsamt weiter. Das Schiedsamtsverfahren beginnt mit dem auf den Ablauf der Kündigungsfrist folgenden Tag.

(5) Die Landesschiedsämter und die Bundesschiedsämter bestehen aus je vier Vertretern der Ärzte oder Zahnärzte und vier Vertretern der Krankenkassen sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Bei der Festsetzung des Inhalts eines Vertrages, der nicht alle Kassenarten betrifft, wirken als Vertreter der Krankenkassen nur Vertreter der betroffenen Kassenarten im Schiedsamt mit. Die in Absatz 1 genannten Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können von Satz 2 abweichende Regelungen vereinbaren. Für jedes Mitglied gibt es zwei Stellvertreter. Die Amtsdauer der Mitglieder beträgt vier Jahre. Die Vertreter und Stellvertreter werden jeweils durch die Organisationen, die das jeweilige Schiedsamt bilden, bestellt. Kommt eine Bestellung durch die Organisationen nicht zustande, bestellt die für das jeweilige Schiedsamt zuständige Aufsichtsbehörde die Vertreter und Stellvertreter, nachdem sie den Organisationen eine Frist zur Bestellung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist.

(6) Über den unparteiischen Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Vertragsparteien einigen. § 213 Absatz 2 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung gilt für die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen entsprechend. Kommt eine Einigung nicht zustande, erfolgt eine Bestellung des unparteiischen Vorsitzenden, der weiteren unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreter durch die für das jeweilige Schiedsamt zuständige Aufsichtsbehörde, nachdem sie den Vertragsparteien eine Frist zur Einigung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist. Die unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreter gelten als bestellt, sobald sie sich den beteiligten Vertragsparteien gegenüber zur Amtsübernahme bereit erklärt haben.

(7) Die Mitglieder des Schiedsamts führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden. Die unparteiischen Mitglieder und ihre Stellvertreter können aus wichtigem Grund von der für das jeweilige Schiedsamt zuständigen Aufsichtsbehörde abberufen werden. Die Vertreter der Ärzte oder Zahnärzte und die Vertreter der Krankenkassen sowie ihre Stellvertreter können von den Organisationen, die sie bestellt haben, abberufen werden. Eine Amtsniederlegung ist gegenüber den Organisati-

onen zu erklären, die das jeweilige Schiedsamt gebildet haben. Die Mitglieder sind verpflichtet, an den Sitzungen des Schiedsamtes teilzunehmen oder bei Verhinderung ihre Stellvertreter zu benachrichtigen. Eine Stimmenthaltung ist unzulässig. Jedes Mitglied hat eine Stimme.

(8) Das Schiedsamt ist beschlussfähig, wenn alle Mitglieder oder deren Stellvertreter anwesend sind. Ist das Schiedsamt in einer Sitzung nicht beschlussfähig, ist innerhalb von 14 Kalendertagen nach dieser Sitzung eine erneute Sitzung einzuberufen. In dieser erneuten Sitzung ist die Beschlussfähigkeit gegeben, wenn die unparteiischen Mitglieder oder deren Stellvertreter und mehr als die Hälfte der weiteren Mitglieder des Schiedsamtes oder deren Stellvertreter anwesend sind. Ist auch in der erneuten Sitzung keine Beschlussfähigkeit nach Satz 3 gegeben, setzen die unparteiischen Mitglieder des Schiedsamtes den Vertragsinhalt fest. Auf diese Folgen ist in der Einladung zur erneuten Sitzung ausdrücklich hinzuweisen.

(9) Setzt das Schiedsamt innerhalb der Frist nach Absatz 3 Satz 1 oder Absatz 4 Satz 2 keinen Vertragsinhalt fest, setzt die für das jeweilige Schiedsamt zuständige Aufsichtsbehörde eine Frist zur Festsetzung des Vertragsinhalts. Nach Ablauf dieser Frist setzen die unparteiischen Mitglieder des Schiedsamtes den Vertragsinhalt fest. Die unparteiischen Mitglieder können auf Kosten der Vertragsparteien Datenerhebungen, Auswertungen oder Sachverständigengutachten in Auftrag geben. Klagen gegen Entscheidungen des Schiedsamts sowie Klagen gegen Entscheidungen der Aufsichtsbehörden nach diesem Paragraphen haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet in den Fällen des Satzes 4 nicht statt.

(10) Die Aufsicht über die Landesschiedsämter führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Die Landesregierungen können durch Rechtsverordnung eine andere Behörde als Aufsichtsbehörde bestimmen; die Landesregierungen können diese Ermächtigung auf die obersten Landesbehörden weiterübertragen. Die Aufsicht über die Bundesschiedsämter führt das Bundesministerium für Gesundheit. Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht. Die Aufsicht umfasst auch das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen der Schiedsämter. Die Entscheidungen der Schiedsämter über die Vergütung der Leistungen nach § 57 Absatz 1 und 2, den §§ 83, 85 und 87a sind der jeweiligen zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen. Die Aufsichtsbehörden können die Entscheidungen bei einem Rechtsverstoß innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage beanstanden. Für Klagen der Vertragspartner gegen die Beanstandung gilt Absatz 9 Satz 4 und 5 entsprechend.

(11) Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsämter, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten.

(12) Der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bilden ein weiteres Schiedsamt auf Bundesebene. Das Schiedsamt besteht aus Vertretern des Verbandes Deutscher Zahntechniker-Innungen und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Im Übrigen gelten die Absätze 3, 4, 6, 7, 8, 9 und 10 Sätze 3, 4 und 5 sowie die auf Grund des Absatzes 11 erlassene Schiedsamtsverordnung entsprechend.

(13) Die Innungsverbände der Zahntechniker, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen bilden ein weiteres Schiedsamt auf Landesebene. Das Schiedsamt besteht aus Vertretern der Innungsverbände der Zahntechniker und der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei

weiteren unparteiischen Mitgliedern. Im Übrigen gelten die Absätze 3, 4, 6, 7, 8, 9 und 10 Sätze 3, 4 und 5 entsprechend.

§ 89a

Sektorenübergreifendes Schiedsgremium, Verordnungsermächtigungen

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Landeskrankenhausgesellschaften oder die Vereinigungen der Krankenhausträger im Land bilden je ein sektorenübergreifendes Schiedsgremium.

(2) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft bilden ein sektorenübergreifendes Schiedsgremium auf Bundesebene.

(3) Die sektorenübergreifenden Schiedsgremien nach den Absätzen 1 und 2 entscheiden in den ihnen durch Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes zugewiesenen Aufgaben mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen ihrer Mitglieder innerhalb von drei Monaten. Wird ein für die Einleitung des Verfahrens erforderlicher Antrag nicht gestellt, kann auch die für das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium zuständige Aufsichtsbehörde, nachdem sie den Organisationen, die das sektorenübergreifende Schiedsgremium bilden, eine Frist zur Antragstellung gesetzt hat und die Frist abgelaufen ist oder nach Ablauf einer für das Zustandekommen des sektorenübergreifenden Vertrages gesetzlich vorgeschrieben Frist, das sektorenübergreifende Schiedsgremium mit Wirkung für die Vertragsparteien anrufen. Das Schiedsverfahren beginnt mit dem bei dem sektorenübergreifenden Schiedsgremium gestellten Antrag.

(4) Kündigt eine Vertragspartei einen sektorenübergreifenden Vertrag, hat sie die Kündigung dem zuständigen sektorenübergreifenden Schiedsgremium schriftlich oder elektronisch mitzuteilen. Kommt bis zum Ablauf des Vertrages kein neuer Vertrag zustande, setzt das zuständige sektorenübergreifende Schiedsgremium mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen seiner Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Inhalt des neuen Vertrages fest. In diesem Fall gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages bis zur Festsetzung des Inhalts des neuen Vertrages durch das sektorenübergreifende Schiedsgremium weiter. Das Schiedsverfahren beginnt mit dem auf den Ablauf der Kündigungsfrist folgenden Tag.

(5) Die sektorenübergreifenden Schiedsgremien nach den Absätzen 1 und 2 bestehen aus je zwei Vertretern der Ärzte, der Krankenkassen und der zugelassenen Krankenhäuser sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und einem weiteren unparteiischen Mitglied. Für jedes Mitglied gibt es zwei Stellvertreter. Die Amtsdauer der Mitglieder beträgt vier Jahre. Die Vertreter und Stellvertreter werden jeweils durch die Organisationen, die das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium bilden, bestellt. Kommt eine Bestellung durch die Organisationen nicht zustande, bestellt die für das sektorenübergreifende Schiedsgremium zuständige Aufsichtsbehörde die Vertreter und Stellvertreter, nachdem sie den Organisationen eine Frist zur Bestellung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist.

(6) Über den unparteiischen Vorsitzenden und das weitere unparteiische Mitglied sowie deren Stellvertreter sollen sich die Vertragsparteien einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, erfolgt eine Bestellung des unparteiischen Vorsitzenden, des weiteren unparteiischen Mitglieds und von deren Stellvertretern durch die für das sektorenübergreifende Schiedsgremium zuständige Aufsichtsbehörde, nachdem sie den Vertragsparteien eine Frist zur Einigung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist. Die

unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreter gelten als bestellt, sobald sie sich den beteiligten Vertragsparteien gegenüber zur Amtsübernahme bereit erklärt haben.

(7) Die Mitglieder des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden. Die unparteiischen Mitglieder und ihre Stellvertreter können aus wichtigem Grund von der für das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium zuständigen Aufsichtsbehörde abberufen werden. Die Vertreter der Ärzte, der Krankenkassen und der zugelassenen Krankenhäuser sowie deren Stellvertreter können von den Organisationen, die sie bestellt haben, abberufen werden. Eine Amtsniederlegung ist gegenüber den Organisationen zu erklären, die das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium gebildet haben. Die Mitglieder sind verpflichtet, an den Sitzungen des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums teilzunehmen oder bei Verhinderung ihre Stellvertreter zu benachrichtigen. Eine Stimmenthaltung ist unzulässig. Jedes Mitglied hat eine Stimme.

(8) Das sektorenübergreifende Schiedsgremium ist beschlussfähig, wenn alle Mitglieder oder deren Stellvertreter anwesend sind. Ist das sektorenübergreifende Schiedsgremium in einer Sitzung nicht beschlussfähig, ist innerhalb von 14 Kalendertagen nach dieser Sitzung eine erneute Sitzung einzuberufen. In dieser erneuten Sitzung ist die Beschlussfähigkeit gegeben, wenn der unparteiische Vorsitzende und das weitere unparteiische Mitglied oder deren Stellvertreter und mehr als die Hälfte der weiteren Mitglieder des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums oder deren Stellvertreter anwesend sind. Ist auch in der erneuten Sitzung keine Beschlussfähigkeit nach Satz 3 gegeben, setzen die beiden unparteiischen Mitglieder des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums den Vertragsinhalt fest. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. Auf diese Folgen ist in der Einladung zur erneuten Sitzung ausdrücklich hinzuweisen.

(9) Setzt das sektorenübergreifende Schiedsgremium innerhalb der Frist nach Absatz 3 Satz 1 oder Absatz 4 Satz 2 keinen Vertragsinhalt fest, setzt die für das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium zuständige Aufsichtsbehörde eine Frist zur Festsetzung des Vertragsinhalts. Nach Ablauf dieser Frist setzen die beiden unparteiischen Mitglieder des sektorenübergreifenden Schiedsgremium den Vertragsinhalt fest. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. Die unparteiischen Mitglieder können auf Kosten der Vertragsparteien Datenerhebungen, Auswertungen oder Sachverständigengutachten in Auftrag geben. Klagen gegen Entscheidungen des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums sowie Klagen gegen Entscheidungen der Aufsichtsbehörde nach diesem Paragraphen haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet in den Fällen des Satzes 4 nicht statt.

(10) Die Aufsicht über die sektorenübergreifenden Schiedsgremien nach Absatz 1 führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder. Die Landesregierungen können durch Rechtsverordnung eine andere Behörde als Aufsichtsbehörde bestimmen; die Landesregierungen können diese Ermächtigung auf die obersten Landesbehörden weiterübertragen. Die Aufsicht über das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene führt das Bundesministerium für Gesundheit. Die Aufsicht erstreckt sich auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht. Das Aufsichtsrecht umfasst auch das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen. Die Entscheidungen der Schiedsgremien über die Vergütung der Leistungen nach § 116b Absatz 6 sind der jeweiligen zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen. Die Aufsichtsbehörden können die Entscheidungen bei einem Rechtsverstoß innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage beanstanden. Für Klagen der Vertragspartner gegen die Beanstandung gilt Absatz 9 Satz 4 und 5 entsprechend.

(11) Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Bestellung, die Amtsdauer, die

Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigungen für Zeitaufwand der Mitglieder der sektorenübergreifenden Schiedsgremien, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten.

(12) Die Regelungen der Absätze 1 bis 11 gelten nicht für die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung."

49. In § 90 Absatz 4 Satz 3 werden nach dem Wort „Beschlussfassung" die Wörter „sowie das Recht zur Beantragung von Ausnahmen bei Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Absatz 2 Satz 4" eingefügt.

50. § 91 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2 Satz 14 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Vergütungserhöhungen sind während der Dauer der Amtszeit der Unparteiischen unzulässig. Zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Unparteiischen kann eine über die zuletzt nach § 35a Absatz 6a Satz 1 gebilligte Vergütung der letzten Amtsperiode oder des Vorgängers im Amt hinausgehende höhere Vergütung nur durch einen Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Entwicklung des Verbraucherpreisindexes vereinbart werden. Die Aufsichtsbehörde kann zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Unparteiischen eine niedrigere Vergütung anordnen. Die Art und die Höhe finanzieller Zuwendungen, die den Unparteiischen im Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit als Unparteiische von Dritten gewährt werden, sind den Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 mitzuteilen und auf die Vergütung der Unparteiischen anzurechnen oder an den Gemeinsamen Bundesausschuss abzuführen. Vereinbarungen der Organisationen nach Absatz 1 Satz 1 für die Zukunftssicherung der Unparteiischen sind nur auf der Grundlage von beitragsorientierten Zusagen zulässig."

b) In Absatz 11 Satz 1 werden die Wörter „§ 137c Absatz 1 Satz 6 und 7 sowie § 137h Absatz 4 Satz 5" durch die Wörter „§ 137c Absatz 1 Satz 5 und 6 sowie § 137h Absatz 4 Satz 9" ersetzt.

51. § 92 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 Nummer 10 werden nach der Angabe „§ 27a Absatz 1" die Wörter „sowie die Kryokonservierung nach § 27a Absatz 4" eingefügt.

b) Dem Absatz 6a wird folgender Satz angefügt:

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

52. § 95 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „§ 126 Absatz 3" ein Komma und werden die Wörter „von anerkannten Praxisnetzen nach § 87b Absatz 2 Satz 3 in Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 Satz 1 getroffen hat," eingefügt und wird das Semikolon und werden die Wörter „die Gründung ist nur in der Rechtsform einer

Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich“ gestrichen.

bb) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 sind jedoch nur zur Gründung fachbezogener medizinischer Versorgungszentren berechtigt. Die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums ist nur in der Rechtsform der Personengesellschaft, der eingetragenen Genossenschaft oder der Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich.“

cc) Im bisherigen Satz 2 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die von Erbringern nicht ärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 gegründet wurden und am … [einsetzen: Datum des Tages der Verkündung] bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von ihrem Versorgungsangebot unverändert fort“ eingefügt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 6 wird nach dem Wort „Gesellschafter“ das Wort „entweder“ eingefügt.

bb) In Satz 9 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „oder der Zulassung oder der Anstellungsgenehmigung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 entgegenstehen“ eingefügt.

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „zeitlich vollen oder hälftigen“ gestrichen.

bb) In Satz 4 werden nach dem Wort „Vereinigung“ die Wörter „bundeseinheitlich, insbesondere anhand der abgerechneten Fälle und anhand der Gebührenordnungspositionen mit den Angaben für den zur ärztlichen Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand nach § 87 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz,“ eingefügt.

cc) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Die Ergebnisse sowie eine Übersicht über die gegebenenfalls getroffenen Maßnahmen sind den Landes- und Zulassungsausschüssen sowie der für die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörde jeweils zum 30. Juni des Jahres zu übermitteln.“

d) Absatz 5 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Unter der gleichen Voraussetzungen kann bei vollem Versorgungsauftrag das Ruhen der Hälfte oder eines Viertels der Zulassung beschlossen werden; bei einem drei Viertel Versorgungsauftrag kann das Ruhen eines Viertels der Zulassung beschlossen werden.“

e) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden die Wörter „eine hälftige Entziehung“ durch die Wörter „die Entziehung der Hälfe oder eines Viertels“ ersetzt.

bb) In Satz 4 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „bei einem anerkannten Praxisnetzen nach § 87b Absatz 2 Satz 3 bleibt die Gründereigenschaft auch bei späterer Beseitigung oder Abwendung der Unterversorgung in dem Gebiet, in dem es gegründet wurde, bestehen“ eingefügt.

cc) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Gründungsvoraussetzung nach Absatz 1a Satz 1 liegt weiterhin vor, sofern angestellte Ärzte die Gesellschafteranteile der Ärzte nach Satz 4 übernehmen und solange sie in dem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind.“

dd) Im bisherigen Satz 5 werden die Wörter „Absatz 1a Satz 2“ durch die Wörter „Absatz 1a Satz 4 erster Halbsatz“ ersetzt.

f) In Absatz 7 Satz 1 wird nach dem Wort „endet“ ein Komma und werden die Wörter „wenn die vertragsärztliche Tätigkeit in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich nicht innerhalb von drei Monaten nach Zustellung des Beschlusses über die Zulassung aufgenommen wird,“ eingefügt.

g) In Absatz 9 Satz 1 werden nach den Wörtern „angeordnet sind“ die Wörter „oder der Anstellung keine Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 entgegenstehen“ eingefügt.

h) In Absatz 9b wird die Angabe „§ 103 Absatz 4“ durch die Angabe „§ 103 Absatz 3a“ ersetzt.

53. Nach § 96 Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden haben in den Verfahren, in denen der Zulassungsausschuss für Ärzte eine der folgenden Entscheidungen trifft, ein Mitberatungsrecht:

1. ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3,

2. Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Absatz 3a,

3. Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze auf Grundlage einer Entscheidung des Landesausschusses nach § 103 Absatz 2 Satz 4 und 5,

4. Ablehnung einer Nachbesetzung nach § 103 Absatz 4 Satz 9,

5. Ermächtigung von Ärzten und Einrichtungen,

6. Befristung einer Zulassung nach § 19 Absatz 4 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und

7. Verlegung eines Vertragsarztsitzes oder einer genehmigten Anstellung nach § 24 Absatz 7 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte.

Das Mitberatungsrecht umfasst auch das Recht auf frühzeitige Information über die Verfahrensgegenstände, das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen einschließlich des Rechts zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung sowie das Recht zur Stellung verfahrensleitender Anträge.“

54. § 101 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 7 wird die Angabe „1. Januar 2017“ durch die Angabe „1. Juli 2019“ ersetzt.

b) Nach Satz 7 wird folgender Satz eingefügt:

„Er kann innerhalb der einzelnen Arztgruppen nach Fachgebieten, Facharztkompetenzen oder Schwerpunktkompetenzen differenzierte Mindest- oder Höchstversorgungsanteile für Ärzte dieser Fachgebiete oder für Ärzte mit entsprechenden Facharztkompetenzen oder Schwerpunktkompetenzen festlegen; die Festlegung von Mindest- oder Höchstversorgungsanteilen hat keine Auswirkungen auf die für die betreffenden Arztgruppen festgesetzten Verhältniszahlen.“

c) Im neuen Satz 10 wird die Angabe „Satz 7“ durch die Angabe „Satz 9“ ersetzt.

55. § 103 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „die Zulassungsbeschränkungen finden befristet bis zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrags an den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 101 Absatz 1 Satz 7 bei der Zulassung von Fachärzten für innere Medizin und Rheumatologie, von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, die sich gegenüber dem Zulassungsausschuss verpflichten, mindestens 80 Prozent ihrer abrechnungsfähigen Leistungen aus dem Bereich der psychiatrischen Leistungen zu erbringen, sowie Fachärzten, die der Arztgruppe der Kinderärzte angehören, keine Anwendung, soweit die Ärzte in den fünf Jahren vor Beantragung der Zulassung nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen haben“ eingefügt.

b) Dem Absatz 2 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden können ländliche oder strukturschwache Teilgebiete eines Planungsbereichs bestimmen, die auf ihren Antrag von den Zulassungsbeschränkungen auszunehmen sind. Der Landesausschuss legt in den von den Zulassungsbeschränkungen ausgenommenen Teilgebieten arztgruppenbezogen die Anzahl der zusätzlichen Zulassungsmöglichkeiten fest. Für die Bestimmung der ländlichen und strukturschwachen Teilgebiete sowie für die Ermittlung der Anzahl und Fachrichtungen der zusätzlichen Zulassungsmöglichkeiten stellt der Landesausschuss unter Beteiligung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde allgemeingültige Kriterien auf, die den jeweiligen Entscheidungen zugrunde zu legen sind. Der Landesausschuss hat sich dabei an den laufenden Raumbeobachtungen und Raumabgrenzungen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung zu orientieren oder eine vergleichbare Abgrenzung ländlicher Gebiete durch die für die Landesplanung zuständigen Stellen zu Grunde zu legen. Die zusätzlichen Arztsitze sind in den von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemäß § 99 aufzustellenden Bedarfsplänen auszuweisen.“

c) In Absatz 3a Satz 3 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „oder sofern mit der Nachbesetzung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 befolgt werden“ eingefügt.

d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „oder bei der Festlegung zusätzlicher Zulassungsmöglichkeiten nach Absatz 2 Satz 5“ eingefügt.

bb) Satz 5 wird wie folgt geändert:

aaa) In Nummer 8 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

bbb) Folgende Nummer 9 wird angefügt:

„9. bei medizinischen Versorgungszentren die Ergänzung des besonderen Versorgungsangebotes; dies gilt entsprechend für Vertragsärzte und Berufsausübungsgemeinschaften mit einem besonderen Versorgungsangebot“.

cc) Satz 10 wird aufgehoben.

e) Absatz 4a wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Bei der Prüfung, ob der Anstellung Gründe der vertragsärztlichen Versorgung entgegenstehen, ist die Ergänzung des besonderen Versorgungsangebots des medizinischen Versorgungszentrums durch den Arzt zu berücksichtigen. Der Arzt kann in dem Planungsbereich, für den er zugelassen war, weiter tätig sein, auch wenn der Sitz des anstellenden medizinischen Versorgungszentrums in einem anderen Planungsbereich liegt.“

bb) Der bisherige Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Medizinische Versorgungszentren können auf Antrag eine Arztstelle nachbesetzen, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Der Zulassungsausschuss kann den Antrag auf Nachbesetzung der Arztstelle innerhalb von drei Monaten ablehnen, wenn eine Nachbesetzung aus Gründen der vertragsärztlichen Versorgung nicht erforderlich ist. Dem Antrag ist stattzugeben, wenn mit der Nachbesetzung der Arztstelle Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 befolgt werden.“

f) Absatz 4b wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Bei der Prüfung, ob der Anstellung Gründe der vertragsärztlichen Versorgung entgegenstehen, ist die Ergänzung des besonderen Versorgungsangebots des anstellenden Vertragsarztes durch den anzustellenden Arzt zu berücksichtigen. Im Fall des Satzes 1 kann der angestellte Arzt in dem Planungsbereich, für den er zugelassen war, weiter tätig sein, auch wenn der Sitz des anstellenden Vertragsarztes in einem anderen Planungsbereich liegt.“

bb) Der bisherige Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Vertragsärzte können auf Antrag die Stelle eines bei ihnen nach § 95 Absatz 9 Satz 1 angestellten Arztes nachbesetzen, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Der Zulassungsausschuss kann den Antrag auf Nachbesetzung der Arztstelle innerhalb von drei Monaten ablehnen, wenn eine Nachbesetzung aus Gründen der vertragsärztlichen Versorgung nicht erforderlich ist. Dem Antrag ist stattzugeben, wenn mit der Nachbesetzung der Arztstelle Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 befolgt werden.“

56. § 105 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Semikolon und werden die Wörter „zu den möglichen Maßnahmen gehört auch die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an Vertragsärzte in Gebieten oder in Teilen von Gebieten, für die der Landesausschuss

der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 100 Absatz 1 und 3 getroffen hat“ gestrichen.

bb) Die Sätze 2 und 3 werden aufgehoben.

b) Absatz 1a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „kann“ durch das Wort „hat“ ersetzt, wird nach dem Wort „Strukturfonds“ das Wort „zu“ eingefügt und wird die Angabe „0,1 Prozent“ durch die Wörter „mindestens 0,1 Prozent und höchstens 0,2 Prozent“ ersetzt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „Hat die Kassenärztliche Vereinigung einen Strukturfonds nach Satz 1 gebildet, haben die“ durch das Wort „Die“ ersetzt und wird nach dem Wort „Ersatzkassen“ das Wort „haben“ eingefügt.

cc) Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Mittel des Strukturfonds sollen insbesondere für folgende Maßnahmen verwendet werden:

1. Zuschüsse zu den Investitionskosten bei der Neuniederlassung, bei Praxisübernahmen oder bei der Gründung von Zweigpraxen,

2. Zuschläge zur Vergütung und zur Ausbildung,

3. Vergabe von Stipendien,

4. Förderung von Eigenrichtungen nach Absatz 1b und von lokalen Gesundheitszentren für die medizinische Grundversorgung,

5. Förderung der Erteilung von Sonderbedarfszulassungen,

6. Förderung des freiwilligen Verzichts auf die Zulassung als Vertragsarzt, insbesondere bei Verzicht auf einen Nachbesetzungsantrag nach § 103 Absatz 3a Satz 1, und Entschädigungszahlungen nach § 103 Absatz 3a Satz 13.

Es ist sicherzustellen, dass die für den Strukturfonds bereitgestellten Mittel vollständig zur Förderung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung verwendet werden. Die Kassenärztliche Vereinigung erstellt jährlich einen im Internet zu veröffentlichenden Bericht über die Verwendung der Mittel des Strukturfonds.“

c) Nach Absatz 1a werden die folgenden Absätze 1b und 1c eingefügt:

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

diesen Einrichtungen erbrachten werden, sind die Regelungen der §§ 87 bis 87c anzuwenden.

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

d) Absatz 3 wird aufgehoben.

e) Absatz 4 Satz 1 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 oder Absatz 3 getroffen, sind von der Kassenärztlichen Vereinigung in diesen Gebieten Sicherstellungszuschläge an bestimmte dort tätigen vertragsärztlichen Leistungserbringer zu zahlen. Über die Anforderung die an die berechtigen Vertragsärztlichen Leistungserbringer gestellt werden, und über die Höhe der Sicherstellungszuschläge je berechtigten vertragsärztlichen Leistungserbringer entscheidet der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen.“

57. Dem § 106a Absatz 4 werden die folgenden Sätze angefügt:

„In den Vereinbarungen nach § 106 Absatz 1 Satz 2 sind als Kriterien zur Unterscheidung im Rahmen der Zufälligkeitsprüfungen und der Prüfungen nach Satz 3 Praxisbesonderheiten festzulegen, die sich aus besonderen Standort- und Strukturmerkmalen des Leistungserbringers oder bei besonderen Behandlungsfällen ergeben. Die Praxisbesonderheiten sind vor Durchführung der Prüfungen als besonderer Versorgungsbedarf durch die Prüfungsstelle anzuerkennen, dies gilt insbesondere auch bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von Besuchsleistungen.“

58. § 106b wird die folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 6 wird nach dem Wort „das“ das Wort „zuständige“ eingefügt und werden die Wörter „nach § 89 Absatz 4“ durch die Angabe „gemäß § 89“ ersetzt.

bb) Satz 7 wird aufgehoben.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird nach dem Wort „das“ das Wort „zuständige“ eingefügt und wird das Wort „nach“ durch das Wort „gemäß“ ersetzt.

bb) Satz 2 wird aufgehoben.

59. § 106d wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 1 wird nach dem Wort „Plausibilität“ ein Komma und werden die Wörter „auf Einhaltung der Vorgaben nach § 295 Absatz 4 Satz 3“ eingefügt.

b) In Absatz 7 wird die Angabe „Absatz 4b“ durch die Angabe „Absatz 4“ ersetzt.

60. § 114 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 4 werden die Wörter „§ 89 Abs. 3 Satz 3 und 4 durch Los“ durch die Wörter „§ 89 Absatz 6 Satz 3“ ersetzt.

b) In Absatz 5 werden die Wörter „und der erweiterten Schiedsstelle (§ 115 Abs. 3)“ gestrichen.

61. § 115 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das zuständige sektorenübergreifende Schiedsgremium gemäß § 89a.“

b) Absatz 3a wird aufgehoben.

62. § 115b Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Wird eine Vereinbarung nach Absatz 1 ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.“

63. § 116b Absatz 6 Satz 7 wird wie folgt gefasst:

„Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.“

64. § 117 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) Satz 5 wird die folgt gefasst:

„Wird eine Vereinbarung ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.“

b) Die Sätze 6, 7 und 8 werden aufgehoben.

65. § 118 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Wird der Vertrag ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf des Vertrages kein neuer Vertrag zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.“

b) Die Sätze 4 und 5 werden aufgehoben.

66. § 118a Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Wird eine Vereinbarung ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.“

67. In § 120 Absatz 3a Satz 1 wird nach den Wörtern „Absatz 3 Satz 5“ die Angabe „und 6“ eingefügt.

68. In § 127 Absatz 4a Satz 2 werden nach dem Wort „schriftlich“ die Wörter „oder elektronisch“ eingefügt.

69. § 129 wird wie folgt geändert:

    a) Der Überschrift wird ein Komma und das Wort „Verordnungsermächtigung“ angefügt.

    b) In Absatz 8 Satz 4 werden die Wörter „§ 89 Absatz 3 Satz 4 bis 6“ durch die Wörter „§ 89 Absatz 6 Satz 3“ ersetzt.

    c) Absatz 10 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

    „Es kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zahl und die Bestellung der Mitglieder, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder, das Verfahren, sein Teilnahmerecht an den Sitzungen sowie über die Verteilung der Kosten regeln.“

70. § 130a Absatz 2 wird wie folgt geändert:

    a) In Satz 2 werden nach dem Wort „Union“ die Wörter „oder den anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, in denen der wirkstoffidentische Impfstoff abgegeben wird“ eingefügt.

    b) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

    „Der Abschlag nach Satz 1 erhöht sich für Impfstoffe um 5 Prozent und für saisonale Grippeimpfstoffe um 10 Prozent des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers.“

    c) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

    „Kann der Abschlag nach Satz 1 nicht ermittelt werden, gilt Absatz 1 Satz 1 entsprechend.“

71. § 130b wird wie folgt geändert:

    a) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

        aa) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

        „Das Bundesministerium für Gesundheit kann an der Beratung und Beschlussfassung der Schiedsstelle teilnehmen.“

        bb) In Satz 5 werden die Wörter „§ 89 Absatz 3 Satz 4 bis 6“ durch die Wörter „§ 89 Absatz 6 Satz 3“ ersetzt.

    b) Absatz 6 Satz 5 wird wie folgt gefasst:

    „In der Rechtsverordnung nach § 129 Absatz 10 Satz 2 kann das Nähere über die Zahl und die Bestellung der Mitglieder, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder, das Verfahren, das Teilnahmerecht des Bundesministeriums für Gesundheit an den Sitzungen sowie über die Verteilung der Kosten geregelt werden.“

    c) In Absatz 9 Satz 7 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 6“ ersetzt.

72. In § 132a Absatz 3 Satz 5 werden die Wörter „§ 89 Absatz 3 Satz 5 und 6“ durch die Wörter „§ 89 Absatz 6 Satz 3“ ersetzt.

73. § 132d wird wie folgt geändert:

    a) Die Absätze 1 und 2 werden wie folgt gefasst:

    „(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung auf Bundesebene unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37b Absatz 3 erstmals bis zum 30. September 2019 einen einheitlichen Rahmenvertrag über die Durchführung der Leistungen nach § 37b. Den besonderen Belangen von Kindern ist durch einen gesonderten Rahmenvertrag Rechnung zu tragen. In den Rahmenverträgen sind die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und die wesentlichen Elemente der Vergütung festzulegen. Der deutschen Krankenhausgesellschaft, der Vereinigung der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Rahmenverträge sind in geeigneter Form öffentlich bekannt zu machen. Personen oder Einrichtungen, die die in den Rahmenverträgen festgelegten Voraussetzungen erfüllen, haben Anspruch auf Abschluss eines zur Versorgung berechtigenden Vertrages mit den Krankenkassen einzeln oder gemeinsam nach Maßgabe des Rahmenvertrages nach Satz 1 oder Satz 2 und unter Wahrung des Gleichbehandlungsgrundsatzes. In dem Vertrag nach Satz 6 werden die Einzelheiten der Versorgung festgelegt. Dabei sind die regionalen Besonderheiten angemessen zu berücksichtigen.

    (2) Im Fall der Nichteinigung wird der Inhalt der Verträge nach Absatz 1 durch eine von den jeweiligen Vertragspartnern zu bestimmenden unabhängigen Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese im Fall der Rahmenverträge nach Absatz 1 Satz 1 oder Satz 2 vom Bundesversicherungsamt und im Fall der Verträge nach Absatz 1 Satz 6 von der für die vertragschließenden Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Widerspruch und Klage gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung.“

    b) In Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „Empfehlungen nach Absatz 2“ durch die Wörter „Rahmenverträgen nach Absatz 1“ ersetzt.

74. § 132e Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

    „(2) In einem Vertrag nach § 129 Absatz 5 Satz 1 über die Versorgung mit Impfstoffen ist zu vereinbaren, dass die Krankenkassen den Apotheken den tatsächlich vereinbarten Einkaufspreis, höchstens jedoch den Apothekeneinkaufspreis, und eine Apothekenvergütung von einem Euro je Einzeldosis sowie die Umsatzsteuer erstatten. Die Krankenkasse können von der Apotheke Nachweise über Bezugsquellen sowie die tatsächlich vereinbarten Einkaufspreise und vom pharmazeutischen Unternehmer Nachweise über die Abnehmer, die abgegebenen Mengen und die vereinbarten Preise für Impfstoffe verlangen.“

75. § 134a Absatz 4 wird wie folgt geändert:

    a) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

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

b) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Amtsdauer beträgt in diesem Fall ein Jahr.“

76. In § 135 Absatz 2 Satz 8 wird die Angabe „Satz 9“ durch die Angabe „Satz 10“ ersetzt.

77. § 137c Absatz 1 Satz 5 wird aufgehoben.

78. § 137e wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Kommt eine Vereinbarung nach Satz 4 nicht innerhalb von drei Monaten nach Erteilung des Auftrags des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 5 zustande, wird ihr Inhalt durch das zuständige sektorenübergreifende Schiedsgremium gemäß § 89a festgelegt; abweichend von § 89a Absatz 3 Satz 1 ist der Inhalt der Vereinbarung innerhalb von sechs Wochen durch das zuständige sektorenübergreifende Schiedsgremium festzusetzen.“

b) Nach Absatz 5 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„An der Erprobung beteiligte Medizinprodukthersteller oder Unternehmen, die als Anbieter der zu erprobenden Methode ein wirtschaftliches Interesse an einer Erbringung zulasten der Krankenkassen haben, können auch selbst eine unabhängige wissenschaftliche Institution auf eigene Kosten mit der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung beauftragen.“

c) Absatz 6 wird wie folgt gefasst:

„(6) Die Kosten der von ihm beauftragten wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung trägt der Gemeinsame Bundesausschuss. Beruht die technische Anwendung der Methode maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinprodukts und erfolgt die Beauftragung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach Absatz 5 Satz 1, trägt der Gemeinsame Bundesausschuss die Kosten zunächst bis zum Abschluss der Erprobung. Die Hersteller dieses Medizinprodukts sind nach Abschluss der Erprobung verpflichtet, die entstandenen Kosten der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung nach Absatz 5 in angemessenem Umfang für den Fall zu übernehmen, dass aufgrund der Erprobung eine Aufnahme der neuen Methode in die vertragsärztliche Versorgung nach § 135 erfolgt. Der angemessene Umfang der Kostenbeteiligung der Medizinprodukthersteller richtet sich nach dem Einzelfall. Die maßgeblichen Kriterien für die Beurteilung der Angemessenheit regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in der Verfahrensordnung.“

d) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden die Wörter „sowie eine Verpflichtungserklärung nach Absatz 6 abzugeben“ gestrichen.

bb) In Satz 4 wird nach dem Wort „Erkenntnisse“ das Wort „unverzüglich“ eingefügt.

cc) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Die Möglichkeit einer Aussetzung des Bewertungsverfahrens im Fall des Fehlens noch erforderlicher Erkenntnisse bleibt unberührt. Die Kostentragung hinsichtlich der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung

richtet sich nach Absatz 5 Satz 2 oder Absatz 6. Wenn der Gemeinsame Bundesausschuss die Durchführung einer Erprobung ablehnt, weil er den Nutzen der Methode bereits als hinreichend belegt ansieht, gilt Satz 4 entsprechend."

e) In Absatz 8 Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Komma und werden die Wörter „zu dem Verfahren der Erprobung sowie zu der Möglichkeit, anstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses eine unabhängige wissenschaftliche Institution auf eigene Kosten mit der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung zu beauftragen" eingefügt.

79. § 137h wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Krankenhaus" die Wörter „im Einvernehmen mit dem Hersteller des Medizinprodukts" eingefügt und wird nach den Wörtern „Anwendung des Medizinprodukts" ein Komma und werden die Wörter „insbesondere Daten zum klinischen Nutzen und vollständige Daten zu durchgeführten klinischen Studien mit dem Medizinprodukt," eingefügt.

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Nur wenn die Methode ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept aufweist, erfolgt eine Bewertung nach Satz 4."

cc) In Satz 3 werden die Wörter „Weist die Methode ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept auf," durch die Wörter „Vor der Bewertung" und die Wörter „den jeweils" durch das Wort „weiteren" ersetzt.

dd) Satz 4 Nummer 2 und 3 wird wie folgt gefasst:

„2. die Schädlichkeit oder die Unwirksamkeit der Methode unter Anwendung des Medizinprodukts als belegt anzusehen ist oder

3. weder der Nutzen noch die Schädlichkeit oder die Unwirksamkeit der Methode unter Anwendung des Medizinprodukts als belegt anzusehen ist."

b) In Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „Satz 3" durch die Angabe „Satz 2" ersetzt.

c) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „Nummer 2" durch die Angabe „Nummer 3" ersetzt und wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „eine Prüfung des Potentials der Methode erfolgt nicht" eingefügt.

bb) Satz 5 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die Methode wird im Rahmen der Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkassen erbracht. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann die Voraussetzungen für die Abrechnungsfähigkeit des Medizinproduktes regeln, das im Rahmen der neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode angewendet wird, insbesondere einen befristeten Zeitraum für dessen Abrechnungsfähigkeit festlegen. Die betroffenen Hersteller haben dem Gemeinsamen Bundesausschuss unverzüglich nach Fertigstellung die Sicherheitsberichte nach Artikel 86 der Verordnung (EU) 2017/745 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. April 2017 über Medizinprodukte, zur Änderung der Richtlinie 2001/83/EG, der Verordnung (EG) Nr. 178/2002 und der Verordnung (EG) Nr. 1223/2009 und zur Aufhebung der Richtlinien 90/385/EWG und

93/42/EWG des Rates (ABl. L 117 vom 5.5.2017, S. 1) sowie weitere klinische Daten, die sie im Rahmen der ihnen nach Artikel 83 der Verordnung (EU) 2017/745 obliegenden Überwachung nach dem Inverkehrbringen oder aus klinischen Prüfungen nach dem Inverkehrbringen gewonnen haben, zu übermitteln.“

cc) Der bisherige Satz 8 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Nach Abschluss der Erprobung oder im Falle einer vorzeitigen Beendigung entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss auf Grundlage der vorliegenden Erkenntnisse innerhalb von drei Monaten über eine Richtlinie nach § 137c. Die Möglichkeit einer Aussetzung des Bewertungsverfahrens im Falle des Fehlens noch erforderlicher Erkenntnisse bleibt unberührt.“

d) In Absatz 5 wird die Angabe „Nummer 3“ durch die Angabe „Nummer 2“ ersetzt.

e) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird nach den Wörtern „Hersteller von Medizinprodukten“ ein Komma und werden die Wörter „auf deren Wunsch auch unter Beteiligung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte oder des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus,“ eingefügt und werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „sowie zu dem Verfahren einer Erprobung einschließlich der Möglichkeit, anstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses eine unabhängige wissenschaftliche Institution auf eigene Kosten mit der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung nach § 137e Absatz 5 Satz 2 zu beauftragen“ eingefügt.

bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Für die Hersteller von Medizinprodukten ist die Beratung gebührenpflichtig. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus die diesen im Rahmen der Beratung von Medizinprodukteherstellern nach Satz 1 entstandenen Kosten zu erstatten, soweit diese Kosten vom Medizinproduktehersteller getragen werden. Das Nähere einschließlich der Erstattung der entstandenen Kosten ist in der Verfahrensordnung zu regeln.“

80. § 140a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „§ 20d“ durch die Angabe „§ 20i“ ersetzt.

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „schriftlich“ die Wörter „oder elektronisch“ eingefügt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „in Textform“ durch die Wörter „schriftlich, elektronisch“ ersetzt.

cc) In Satz 4 werden die Wörter „in Textform“ durch die Wörter „schriftlich oder elektronisch“ ersetzt.

81. § 188 Absatz 2 Satz 3 wird aufgehoben.

82. In § 190 Absatz 11a wird die Angabe „Nr. 6“ durch die Wörter „Nummer 6 in der am … [einsetzen: Datum des Tages der Verkündung] geltenden Fassung“ ersetzt.

83. Nach § 197a Absatz 3a wird folgender Absatz 3b eingefügt:

„(3b) Die Einrichtungen nach Absatz 1 dürfen personenbezogene Daten an die folgenden Stellen übermitteln, soweit dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Stelle erforderlich ist:

1. die Stellen, die für die Entscheidung über die Teilnahme von Leistungserbringern an der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig sind,

2. die Stellen, die für die Leistungsgewährung in der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig sind,

3. die Stellen, die für die Abrechnung von Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig sind,

4. den Medizinischen Dienst und

5. die berufsständischen Kammern.

Die nach Satz 1 übermittelten Daten dürfen von dem jeweiligen Empfänger nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihm übermittelt worden sind. Der Medizinische Dienst darf personenbezogene Daten, die von ihm zur Erfüllung seiner Aufgaben erhoben oder an ihn übermittelt wurden, an die Einrichtungen nach Absatz 1 übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch die Einrichtungen nach Absatz 1 erforderlich ist. Die nach Satz 3 übermittelten Daten dürfen von den Einrichtungen nach Absatz 1 nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihnen übermittelt worden sind.“

84. Dem § 217b Absatz 2 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Vergütungserhöhungen sind während der Dauer der Amtszeit der Vorstandsmitglieder unzulässig. Zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes kann eine über die zuletzt nach § 35a Absatz 6a Satz 1 des Vierten Buches gebilligte Vergütung der letzten Amtsperiode oder des Vorgängers im Amt hinausgehende höhere Vergütung nur durch einen Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Entwicklung des Verbraucherpreisindexes vereinbart werden. Die Aufsichtsbehörde kann zu Beginn einer neuen Amtszeit eines Vorstandsmitgliedes eine niedrigere Vergütung anordnen. Finanzielle Zuwendungen nach § 35a Absatz 6 Satz 3 des Vierten Buches sind auf die Vergütungen der Vorstandsmitglieder anzurechnen oder an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen abzuführen. Vereinbarungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen für die Zukunftssicherung der Vorstandsmitglieder sind nur auf der Grundlage von beitragsorientierten Zusagen zulässig.“

85. Dem § 217f wird folgender Absatz 8 angefügt:

„(8) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat zur Sicherheit des Zahlungsverkehrs und der Buchführung für die Krankenkassen in Abstimmung mit dem Bundesversicherungsamt eine Musterkassenordnung nach § 3 der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung aufzustellen.“

86. In § 225 Satz 1 Nummer 3 wird die Angabe „§ 5 Abs. 1 Nr. 11 oder 12“ durch die Wörter „§ 5 Absatz 1 Nummer 11 bis 12“ ersetzt.

87. Dem § 228 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Ein Beitragsbescheid ist abweichend von § 48 Absatz 1 Satz 2 des Zehnten Buches mit Wirkung für die Vergangenheit aufzuheben, soweit Nachzahlungen nach den Sätzen 1 und 2 bei der Beitragsbemessung zu berücksichtigen sind."

88. § 235 wird wie folgt geändert:

    a) In der Überschrift wird das Wort „Behinderten" durch die Wörter „Menschen mit Behinderungen" ersetzt.

    b) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „gilt" durch das Wort „gelten" ersetzt und werden die Wörter „von Hundert" durch das Wort „Prozent" ersetzt.

    c) In Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „Satz 3" durch die Angabe „Satz 4" ersetzt.

89. In § 237 Satz 3 werden nach dem Wort „für" die Wörter „die Leistungen der Hinterbliebenenversorgung nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und für" eingefügt.

90. § 256 wird wie folgt geändert:

    a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Komma und werden die Wörter „die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen," gestrichen.

    b) Absatz 4 wird aufgehoben.

91. Dem § 274 Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:

    „Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen seiner Prüfungen nach Satz 2 in besonderen Fällen Wirtschaftsprüfer, vereidigte Buchprüfer oder spezialisierte Rechtsanwaltskanzleien mit einzelnen Bereichen der Prüfungen beauftragen. Die durch die Beauftragung entstehenden Kosten sind Kosten der Prüfung im Sinne von Absatz 2."

92. Dem § 275 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

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

93. § 279 Absatz 4 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

    „Die Höhe der jährlichen Vergütungen des Geschäftsführers und seines Stellvertreters einschließlich aller Nebenleistungen sowie sämtliche Versorgungsregelungen sind betragsmäßig in einer Übersicht jährlich am 1. März im Bundesanzeiger sowie gleichzeitig auf der Internetseite des betreffenden Medizinischen Dienstes zu veröffentlichen."

94. Dem § 282 Absatz 2d werden die folgenden Sätze angefügt:

    „Eine höhere Vergütung der Geschäftsführers oder seines Stellvertreters, die über die zuletzt nach § 35a Absatz 6a Satz 1 des Vierten Buches gebilligte Vergütung der betreffenden Person oder ihres Vorgängers im Amt hinausgeht, kann nur nach Ablauf von sechs Jahren seit der letzten Vergütungsanpassung oder im Falle eines Amtswechsels vereinbart werden. Es kann zur Erhöhung der Vergütung nur ein Zuschlag auf die Grundvergütung nach Maßgabe der Entwicklung des Verbraucherpreisindexes vereinbart werden. Die Aufsichtsbehörde kann jeweils zu den in Satz 6 genannten Zeitpunkten eine niedrigere Vergütung anordnen. Finanzielle Zuwendungen nach Absatz 4 Satz 2 in Verbindung mit § 279 Absatz 4 Satz 5 sind auf die Vergütung des Geschäftsführers oder seines Stellvertreters anzurechnen oder an den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen abzuführen. Vereinbarungen des Medizini-

schen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen für die Zukunftssicherung des Geschäftsführers oder seines Stellvertreters sind nur auf der Grundlage von beitragsorientierten Zusagen zulässig."

95. § 284 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

    a) In Nummer 7 werden vor dem Komma am Ende die Wörter „oder das Gutachterverfahren nach § 87 Absatz 1c" eingefügt.

    b) In Nummer 12 werden die Wörter „Vergütungsverträgen nach dem § 87a" durch die Wörter „von ihnen zu schließenden Vergütungsverträgen" ersetzt.

    c) In Nummer 13 werden die Wörter „soweit Verträge ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschlossen wurden," gestrichen.

96. § 291a wird wie folgt geändert:

    a) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

        aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

            aaa) In Nummer 4 werden die Wörter „den Patienten" durch die Wörter „die Versicherten sowie durch von Versicherten selbst oder für sie zur Verfügung gestellte Daten" ersetzt.

            bbb) Nummer 5 wird aufgehoben.

        bb) Die Sätze 4 bis 6 werden aufgehoben.

    b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

        aa) In Satz 8 wird die Angabe „Nummer 5" durch die Angabe „Nummer 4" ersetzt.

        bb) Nach Satz 8 wird folgender Satz eingefügt:

            „Ein Zugriff nach Satz 8 kann auch ohne Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte erfolgen, wenn der Versicherte nach umfassender Information durch seine Krankenkasse gegenüber der Krankenkasse schriftlich oder elektronisch erklärt hat, dieses Zugriffsverfahren zu nutzen."

        cc) Im neuen Satz 10 wird die Angabe „Nummer 5" durch die Angabe „Nummer 4" ersetzt.

    c) Absatz 5c wird wie folgt geändert:

        aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

            „Die Gesellschaft für Telematik hat bis zum 31. Dezember 2018 die erforderlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass

            1. Daten über den Versicherten in einer elektronischen Patientenakte nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 bereitgestellt werden können und

            2. Versicherte für die elektronische Patientenakte nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 Daten zur Verfügung stellen können."

        bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„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. 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. Die Krankenkassen können ihren Versicherten in der zugelassenen elektronischen Patientenakte zusätzliche Inhalte oder Anwendungen zu den Inhalten und Anwendungen, die von der Gesellschaft für Telematik für eine elektronische Patientenakte festgelegt werden, zur Verfügung stellen, sofern diese zusätzlichen Inhalte und Anwendungen die nach § 291b Absatz 1a Satz 1 zugelassene elektronische Patientenakte nicht beeinträchtigen."

d) In Absatz 6 Satz 2 wird die Angabe „5 und" durch die Angabe „4 und" ersetzt.

e) In Absatz 7b Satz 5 wird die Angabe „§ 89 Absatz 4" durch die Angabe „§ 89 Absatz 2" ersetzt.

f) In Absatz 7d Satz 2 wird die Angabe „§ 89 Abs. 4" durch die Angabe „§ 89 Absatz 2" ersetzt.

97. § 291b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 12 wird aufgehoben.

b) Dem Absatz 1a werden die folgenden Sätze angefügt:

„Für die Verfahren zum Zugriff der Versicherten nach § 291a Absatz 5 Satz 9 legt abweichend von den Sätzen 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 30. April 2019 zu veröffentlichen."

c) In Absatz 4 Satz 3 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „dies gilt auch für die Apothekerkammern der Länder für Beschlüsse über die Zuständigkeit für die Herausgabe von Komponenten zur Authentisierung, soweit dies nicht durch Bundes- oder Landesrecht geregelt ist" eingefügt.

d) Nach Absatz 6 Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Gesellschaft für Telematik hat das Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich über Meldungen nach Satz 4 zu informieren."

e) Folgender Absatz 9 wird angefügt:

„(9) Die Gesellschaft für Telematik hat das Bundesministerium für Gesundheit auf Verlangen und nach dessen Vorgaben über die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben zu informieren und Unterlagen vorzulegen."

98. § 293 Absatz 7 Satz 12 wird wie folgt gefasst:

„Kommt eine Vereinbarung nach Satz 10 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a."

99. § 295 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 werden nach dem Wort „Arztes“ die Wörter „und bei der Abrechnung von Leistungen nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 die Arztnummer des Arztes, bei dem der Termin vermittelt wurde,“ eingefügt.

b) In Absatz 1a wird die Angabe „§ 106a“ durch die Angabe „§ 106d“ ersetzt.

c) In Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 werden vor dem Komma am Ende die Wörter „und bei der Abrechnung von Leistungen nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 die Arztnummer des Arztes, bei dem der Termin vermittelt wurde“ eingefügt.

d) Dem Absatz 4 werden folgende Sätze angefügt:

„Dies umfasst im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information für die Abrechnung und Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen die Vorgabe von verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung der Schlüssel nach Absatz 1 Satz 5 sowie von Prüfmaßstäben erstmals bis zum 30. Juni 2020 mit Wirkung zum 1. Januar 2022. Die Regelungen sind danach jährlich zu aktualisieren. Die Regelungen nach Satz 3 gelten auch für Leistungserbringer nach Absatz 1b Satz 1, § 27b Absatz 3, § 76 Absatz 1a, § 120 Absatz 1a und § 137f sowie für die Leistungserbringung nach § 115b. Die Regelungen nach Satz 3 sind auch Gegenstand der durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung durchzuführenden Zertifizierung von Software, Softwareteilen und Komponenten, soweit diese außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung zur Anwendung kommen sollen.“

100. § 295a wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift wird nach der Angabe „§ 73b“ ein Komma und die Angabe „§ 132e, § 132f“ eingefügt.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird nach der Angabe „§ 73b“ ein Komma und die Angabe „§ 132e, § 132f“ eingefügt.

bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „schriftlich“ die Wörter „oder elektronisch“ eingefügt.

101. § 299 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden nach den Wörtern „gemäß § 135a Absatz 2“ die Wörter „sowie die nach Satz 2 festgelegten Empfänger der Daten“ eingefügt.

b) Satz 5 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. auch vorsehen, dass von einer Pseudonymisierung der versichertenbezogenen Daten abgesehen werden kann, wenn für die Qualitätssicherung die Überprüfung der ärztlichen Behandlungsdokumentation fachlich oder methodisch erforderlich ist und

a) die technische Beschaffenheit des die versichertenbezogenen Daten speichernden Datenträgers eine Pseudonymisierung nicht zulässt und die Anfertigung einer Kopie des speichernden Datenträgers, um auf dieser die versichertenbezogenen Daten zu pseudonymisieren, mit für die

Qualitätssicherung nicht hinnehmbaren Qualitätsverlusten verbunden wäre oder

b) die Richtigkeit der Behandlungsdokumentation Gegenstand der Qualitätsprüfung nach § 135b Absatz 2 ist;

die Gründe sind in den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen darzulegen.“

c) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Abweichend von Satz 4 Nummer 1 zweiter Halbsatz können die Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1 und § 136b und die Vereinbarungen nach § 137d vorsehen, dass den Leistungserbringern nach Satz 1 die Daten der von ihnen behandelten Versicherten versichertenbezogen für Zwecke der Qualitätssicherung im erforderlichen Umfang übermittelt werden. Die Leistungserbringer dürfen diese versichertenbezogenen Daten mit den Daten, die bei Ihnen zu den Versicherten bereits vorliegen, zusammenführen und für die in den Richtlinien, Beschlüssen oder Vereinbarungen nach Satz 1 festgelegten Zwecke verarbeiten.“

102. § 305 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Krankenkassen unterrichten die Versicherten auf deren Antrag über die in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten. Auf Verlangen der Versicherten und mit deren ausdrücklicher Einwilligung sollen die Krankenkassen an Dritte, die die Versicherten benannt haben, Daten nach Satz 1 auch elektronisch übermitteln. Bei der Übermittlung an Anbieter elektronischer Patientenakten oder anderer persönlicher elektronischer Gesundheitsakten muss sichergestellt werden, dass die Daten nach Satz 1 nicht ohne ausdrückliche Einwilligung der Versicherten von 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 für die Unterrichtung nach Satz 1 und für die Übermittlung nach Satz 2 erforderlichen Daten dürfen ausschließlich für diese Zwecke verarbeitet werden. Eine Mitteilung an die Leistungserbringer über die Unterrichtung des Versicherten und die Übermittlung der Daten ist nicht zulässig. Die Krankenkassen können in ihrer Satzung das Nähere über das Verfahren der Unterrichtung nach Satz 1 und über die Übermittlung nach Satz 2 regeln.“

b) In Absatz 2 Satz 5 werden die Wörter „schriftlich in verständlicher Form“ durch die Wörter „in verständlicher Form entweder schriftlich oder elektronisch“ ersetzt.

103. Folgender § 323 wird angefügt:

„§ 323

Übergangsregelung zur Vergütung der Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der unparteiischen Mitglieder des Beschlussgremiums des Gemeinsamen Bundesausschusses, der Vorstandsmitglieder des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Geschäftsführers des Medizinischen

Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie von dessen Stellvertreter

(1) § 79 Absatz 6 Satz 4, § 91 Absatz 2 Satz 15, § 217b Absatz 2 Satz 8 und § 282 Absatz 2d Satz 6 gelten auch für die Verträge, denen die Aufsichtsbehörde bereits bis zum … [einsetzen: Datum der Verkündung] zugestimmt hat, sofern diesen Verträgen nicht bereits eine Zusage über konkrete Vergütungserhöhungen zu entnehmen ist. § 79 Absatz 6 Satz 5 bis 8, § 91 Absatz 2 Satz 16 bis 19, § 217b Absatz 2 Satz 9 bis 12, § 282 Absatz 2d Satz 7 bis 10 gelten nicht für die Verträge, denen die Aufsichtsbehörde bereits bis zum … [einsetzen: Datum der Verkündung] zugestimmt hat.

(2) Abweichend von § 79 Absatz 6 Satz 5, § 91 Absatz 2 Satz 16, § 217b Absatz 2 Satz 9 und § 282 Absatz 2d Satz 6 kann bis zum 31, Dezember 2027 keine höhere Vergütung vereinbart werden. Zu Beginn der darauf folgenden Amtszeiten oder der darauffolgenden Erhöhung der Vergütung des Geschäftsführers des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen oder seines Stellvertreters kann bei der Erhöhung der Grundvergütung nur die Entwicklung des Verbraucherpreisindexes ab dem 1. Januar 2028 berücksichtigt werden.“

Artikel 2

Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

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

1. In § 49 Absatz 1 Nummer 5 werden nach den Wörtern „Beginn der Arbeitsunfähigkeit“ die Wörter „oder die Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten im elektronischen Verfahren nach § 295 Absatz 1 Satz 2“ eingefügt.

2. § 55 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

      aa) In Satz 2 werden die Wörter „50 vom Hundert“ durch die Angabe „60 Prozent“ ersetzt.

      bb) In Satz 3 werden die Wörter „um 20 vom Hundert“ durch die Wörter „auf 70 Prozent“ ersetzt.

      cc) In Satz 5 werden die Wörter „um weitere 10 vom Hundert“ durch die Wörter „auf 75 Prozent“ ersetzt.

   b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „Betrag in jeweils gleicher Höhe“ durch die Wörter „Betrag in Höhe von 40 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 6 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung“ und die Wörter „den doppelten Festzuschuss“ durch die Wörter „den Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und den Betrag in Höhe von 40 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 6 und Absatz 2 Satz 5 und 6 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung“ ersetzt.

   c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden die Wörter „zweifachen Festzuschusses“ durch die Wörter „Gesamtbetrages aus dem Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und des zusätzlichen Betrages nach Absatz 2 Satz 1“ ersetzt.

bb) In Satz 3 werden die Wörter „der zweifachen Festzuschüsse“ durch die Wörter „eines Gesamtbetrages bestehend aus dem Festzuschuss nach Absatz 1 Satz 2 und des zusätzlichen Betrages nach Absatz 2 Satz 1“ ersetzt.

3. § 295 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 295

Übermittlungspflichten und Abrechnung bei ärztlichen Leistungen“.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

„1. die von ihnen festgestellten Arbeitsunfähigkeitsdaten,“.

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

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

Artikel 3

Änderung des Bundesvertriebenengesetzes

§ 11 des Bundesvertriebenengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. August 2007 (BGBl. I S. 1902), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 20. November 2015 (BGBl. I S. 2010) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „Krankengeld und Mutterschaftsgeld nach § 24i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch längstens für 182 Tage,“ gestrichen.

b) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Auf Mutterschaftsgeld nach § 24i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und auf Krankengeld nach § 24b Absatz 2 Satz 2 und §§ 44 bis 51 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht kein Anspruch.“

2. Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird aufgehoben.

b) In Satz 2 wird das Komma und werden die Wörter „ausgenommen einen Anspruch auf Grund einer Krankenversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, wenn festgestellt wurde, dass ein Bezieher von Eingliederungshilfe bereits bei Beginn des Leistungsbezugs arbeitsunfähig war“ gestrichen.

3. Absatz 4 wird aufgehoben.

4. Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Die Berechtigten nach Absatz 1 haben unverzüglich eine Krankenkasse zu wählen, die die Leistungen gewährt. Soweit die Wahl einer Krankenkasse von einem Wohnort abhängig ist, gilt als Wohnort ein Ort in dem Bundesland, das nach § 8 für den Spätaussiedler als Aufnahmeland festgelegt ist oder festgelegt wird. Wird das Wahlrecht nach Satz 1 nicht ausgeübt, gelten § 28i des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und § 175 Absatz 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.“

5. Die Absätze 6 und 7a werden aufgehoben.

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

Artikel 4

Änderung des Sozialgerichtsgesetzes

§ 29 des Sozialgerichtsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. September 1975 (BGBl. I S. 2535), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 12. Juli 2018 (BGBl. I S. 1151) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 2 Nummer 1 werden nach den Wörtern „Klagen gegen Entscheidungen der Landesschiedsämter“ die Wörter „sowie der sektorenübergreifenden Schiedsgremien auf Landesebene“ und nach den Wörtern „Beanstandungen von Entscheidungen der Landesschiedsämter“ die Wörter „und der sektorenübergreifenden Schiedsgremien auf Landesebene“ eingefügt.

2. Absatz 4 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 1 werden die Wörter „gemeinsame Schiedsämter nach § 89 Abs. 4“ durch die Wörter „Bundesschiedsämter nach § 89 Absatz 2“ ersetzt, wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt, werden die Wörter „des Bundesschiedsamtes nach § 89 Abs. 7“ durch die Wörter „des weiteren Schiedsamtes auf Bundesebene nach § 89 Absatz 12“ ersetzt und wird vor dem Wort „sowie“ ein Komma und werden die Wörter „des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene nach § 89a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

b) In Nummer 2 werden nach dem Wort „Bundesschiedsämter“ die Wörter „und dem sektorenübergreifenden Schiedsgremium auf Bundesebene“ eingefügt.

Artikel 5

Änderung des Aufwendungsausgleichsgesetzes

§ 11 Absatz 2 des Aufwendungsausgleichsgesetzes vom 22. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3686), das zuletzt durch Artikel 6 Absatz 10 des Gesetzes vom 23. Mai 2017 (BGBl. I S. 1228) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Nummer 3 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

2. Folgende Nummer 4 wird angefügt:

   „4. Menschen mit Behinderungen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten, die zu den Werkstätten in einem arbeitnehmerähnlichen Rechtsverhältnis stehen."

Artikel 6

Änderung der Schiedsamtsverordnung

Die Schiedsamtsverordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 827-10, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 8a des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Überschrift des ersten Abschnitts wird gestrichen.

2. § 1 wird wie folgt geändert:

   a) Die Absätze 1 bis 4 werden aufgehoben.

   b) In Absatz 5 wird die Absatzbezeichnung „(5)" gestrichen und werden nach dem Wort „Bundesschiedsämter" die Wörter „sowie für die sektorenübergreifenden Landesschiedsgremien und das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene" eingefügt.

3. § 2 wird wie folgt gefasst:

„§ 2

Wird ein Landesschiedsamt oder ein sektorenübergreifendes Landesschiedsgremium für die Bezirke mehrerer Kassenärztlicher oder Kassenzahnärztlicher Vereinigungen errichtet, so sollen sich die Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigungen über die Vertreter der Ärzte oder Zahnärzte einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, so schlagen sie je bis zu sieben Vertreter und sieben Stellvertreter vor. In diesem Fall entscheidet das Los darüber, wer von den als Vertreter Vorgeschlagenen als Vertreter und, soweit die Anzahl der als Stellvertreter Vorgeschlagenen die erforderliche Anzahl überschreitet, wer als Stellvertreter bestellt ist."

4. § 3 Satz 1 wird aufgehoben.

5. § 4 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird aufgehoben.

bb) Der bisherige Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Bei einer Abberufung der unparteiischen Mitglieder und ihrer Stellvertreter durch die für das jeweilige Schiedsamt oder das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium zuständige Aufsichtsbehörde sind die Organisationen vorher zu hören, die das jeweilige Schiedsamts oder das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium gebildet haben."

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Abberufung der Vertreter oder ihrer Stellvertreter durch die Organisationen, die sie bestellt haben, ist dem Vorsitzenden mitzuteilen."

bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Mitgliedschaft" die Wörter „der Vertreter oder ihrer Stellvertreter" eingefügt.

cc) Satz 3 wird aufgehoben.

6. § 5 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird aufgehoben.

b) Der bisherige Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Legen die Vertreter ihr Amt nieder, hat die für die Bestellung zuständige Organisation den Vorsitzenden des jeweiligen Schiedsamtes oder des jeweiligen sektorenübergreifende Schiedsgremiums zu benachrichtigen."

c) Satz 3 wird aufgehoben.

d) Der bisherigen Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Legen die unparteiischen Mitglieder ihr Amt nieder, so haben sie dies der für das jeweilige Schiedsamt oder das jeweilige sektorenübergreifenden Schiedsgremium zuständigen Aufsichtsbehörde mitzuteilen."

e) Im bisherigen Satz 5 werden nach dem Wort „Erklärungen" die Wörter „über die Amtsniederlegung" eingefügt.

f) Folgender Satz wird angefügt:

„§ 4 Absatz 2 Satz 2 gilt."

7. § 6 wird aufgehoben.

8. § 7 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird das Wort „Körperschaften" jeweils durch das Wort „Organisationen" ersetzt und werden nach dem Wort „Schiedsämter" die Wörter „und der sektorenübergreifenden Schiedsgremien" eingefügt.

b) In Satz 2 wird das Wort „Körperschaft" durch das Wort „Organisation" ersetzt.

9. In § 8 Satz 1 werden die Wörter „Die Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder“ durch die Wörter „Die unparteiischen Mitglieder“ ersetzt und werden nach dem Wort „Bundesschiedsämter“ die Wörter „und des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene“ eingefügt.

10. § 9 wird wie folgt geändert:

    a) In Satz 1 werden die Wörter „Die Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder“ durch die Wörter „Die unparteiischen Mitglieder“ ersetzt und werden nach dem Wort „Landesschiedsämter“ die Wörter „und der sektorenübergreifenden Landesschiedsgremien“ eingefügt.

    b) In Satz 2 werden nach dem Wort „Landesschiedsämter“ die Wörter „oder der sektorenübergreifenden Landesschiedsgremien“ eingefügt.

11. In § 10 Satz 1 werden die Wörter „Die Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder“ durch die Wörter „Die unparteiischen Mitglieder“ ersetzt, werden nach dem Wort „Schiedsämter“ die Wörter „und der sektorenübergreifenden Schiedsgremien“ eingefügt und wird das Wort „„Körperschaften““ durch das Wort „Organisationen“ ersetzt.

12. § 11 wird wie folgt geändert:

    a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Landesschiedsämter“ die Wörter „und der sektorenübergreifenden Landesschiedsgremien“ eingefügt.

    b) In Satz 2 werden nach dem Wort „Bundesschiedsämter“ die Wörter „und des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene“ eingefügt.

    c) In Satz 3 wird das Wort „Schiedsamtsverfahrens“ durch das Wort „Schiedsverfahrens“ ersetzt.

13. In § 12 Satz 1 werden die Wörter „Die Körperschaften“ durch die Wörter „Die die Schiedsämter bildenden Körperschaften“ ersetzt.

14. Nach § 12 wird folgender § 12a eingefügt:

„§ 12a

Die Organisationen, die das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium bilden, tragen die Kosten für die von ihnen bestellten Vertreter selbst. Die nach Abzug der Gebühren nach § 20 verbleibenden Kosten für den Vorsitzenden und das weitere unparteiische Mitglied sowie die sonstigen sächlichen und persönlichen Kosten der Geschäftsführung tragen die beteiligten Organisationen zu je einem Drittel. Der auf jeden Verband entfallende Kostenanteil bemisst sich nach der Zahl der Versicherten der beteiligten Verbände. Sind mehrere Kassenärztliche Vereinigungen beteiligt, so trägt jede Vereinigung die Kosten anteilig.“

15. § 13 wird aufgehoben.

16. § 14 wird wie folgt gefasst:

„§ 14

Ist für Einleitung des Schiedsverfahrens ein Antrag erforderlich, ist dieser schriftlich bei dem Vorsitzenden des zuständigen Schiedsamtes oder des zuständigen sektorenübergreifenden Schiedsgremiums zu stellen. Die Vertragspartei, die den Antrag gestellt hat, hat in dem Antrag den Sachverhalt zu erläutern, ein zusammenfassendes Ergebnis der vorangegangenen Verhandlungen darzulegen sowie die Teile des Vertrages aufzuführen, über die eine Einigung nicht zustande gekommen ist.“

17. In § 15 wird das Wort „Schiedsamt“ durch die Wörter „zuständigen Schiedsamt oder dem zuständigen sektorenübergreifenden Schiedsgremium“ ersetzt.

18. § 16 wird wie folgt geändert:

    a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Schiedsamt“ die Wörter „oder das sektorenübergreifende Schiedsgremium“ eingefügt.

    b) Folgender Satz wird angefügt:

    „Die für das jeweilige Schiedsamt oder das jeweilige sektorenübergreifende Schiedsgremium zuständige Aufsichtsbehörde ist zu allen Sitzungen des jeweiligen Schiedsamtes oder des jeweiligen sektorenübergreifenden Schiedsgremiums einzuladen.“

19. 16a wird aufgehoben.

20. § 17 wird wie folgt gefasst:

„§ 17

„Sachverständige und Zeugen, die auf Beschluss eines Schiedsamts oder eines sektorenübergreifenden Schiedsgremiums hinzugezogen worden sind, sind entsprechend dem Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz zu vergüten oder zu entschädigen.“

21. § 18 wird wie folgt geändert:

    a) Absatz 1 wird aufgehoben.

    b) In Absatz 2 wird die Absatzbezeichnung „(2)“ gestrichen.

22. § 19 wird wie folgt geändert:

    a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Schiedsamts“ die Wörter „oder des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums“ eingefügt.

    b) Satz 3 wird aufgehoben.

23. § 20 wird wie folgt geändert:

    a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

    „Für die Festsetzung eines Vertrages durch ein Schiedsamt oder durch ein sektorenübergreifendes Schiedsgremium wird eine Gebühr in Höhe von 200 bis 1 200 Euro erhoben; der Vorsitzende setzt die Gebühr nach der Bedeutung und Schwierigkeit des jeweiligen Falles fest.“

b) In Satz 2 wird das Wort „Schiedsamtsverfahren“ durch das Wort „Schiedsverfahren“ ersetzt.

24. In § 21 werden nach dem Wort „Schiedsamt“ die Wörter „oder das sektorenübergreifende Schiedsgremium“ eingefügt und wird das Wort „Schiedsamtsverfahren“ durch das Wort „Schiedsverfahren“ ersetzt.

25. In § 22 Satz 1 werden die Wörter „zur Hälfte“ durch die Wörter „in gleichen Anteilen“ ersetzt.

26. Der zweite und dritte Abschnitt werden aufgehoben.

Artikel 7

Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

§ 35a Absatz 6 Satz 2 des Vierten Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), das zuletzt durch Artikel 7a des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

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

Artikel 8

Änderung der Schiedsstellenverordnung

In § 2 Satz 1 der Schiedsstellenverordnung vom 29. September 1994 (BGBl. I S. 2784), die zuletzt durch Artikel 1e des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2408) geändert worden ist, wird das Komma und werden die Wörter „unbeschadet der Vorschrift des § 89 Abs. 3 Satz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ gestrichen.

Artikel 9

Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch

In § 34 Absatz 6 Satz 3 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2575) geändert worden ist, wird die Angabe „§ 89 Abs. 3“ durch die Angabe „§ 89 Absatz 6“ und die Angabe „§ 89 Abs. 6“ durch die Angabe „§ 89 Absatz 11“ ersetzt.

Artikel 10

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

   a) Nach der Angabe zu § 112 wird folgende Angabe zu § 112a eingefügt:

      „§ 112a Übergangsregelung zur Qualitätssicherung bei Betreuungsdiensten".

   b) Die Angabe zu § 125 wird wie folgt gefasst:

      „§ 125 (weggefallen)".

2. In § 18 Absatz 6a Satz 3 werden nach dem Wort „schriftlich" die Wörter „oder elektronisch" eingefügt.

3. In § 18a Absatz 2 Satz 1 wird nach dem Wort „Geschäftsjahre" das Wort „ab" eingefügt und wird nach der Angabe „2013" die Angabe „bis 2018" gestrichen.

4. § 25 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 werden nach dem Wort „überschreitet;" die Wörter „bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen (Entlassungsentschädigungen), die wegen der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für die der Auszahlung der Entlassungsentschädigung folgenden Monate bis zu dem Monat berücksichtigt, in dem im Fall der Fortzahlung des Arbeitsentgelts die Höhe der gezahlten Entlassungsentschädigung erreicht worden wäre;" eingefügt.

   b) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

      aa) In Nummer 3 werden die Wörter „ab dem 1. Juli 2011" gestrichen.

      bb) In Nummer 4 werden die Wörter „nach Nummer 1, 2 oder 3 versichert war" durch die Wörter „innerhalb der Altersgrenzen nach den Nummern 1, 2 oder 3 familienversichert war oder die Familienversicherung nur wegen einer Vorrangversicherung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ausgeschlossen war" ersetzt.

5. Dem § 37 wird folgender Absatz 9 angefügt:

   „(9) Beratungsbesuche nach Absatz 3 dürfen von Betreuungsdiensten im Sinne des § 71 Absatz 1a nicht durchgeführt werden."

6. Dem § 47a wird folgender Absatz 3 angefügt:

   „(3) Die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 dürfen personenbezogene Daten an die folgenden Stellen übermitteln, soweit dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Stelle erforderlich ist:

1. die Stellen, die für die Entscheidung über die Teilnahme von Leistungserbringern an der Versorgung in der sozialen Pflegeversicherung sowie in der Hilfe zur Pflege zuständig sind,

2. die Stellen, die für die Leistungsgewährung in der sozialen Pflegeversicherung sowie in der Hilfe zur Pflege zuständig sind,

3. die Stellen, die für die Abrechnung von Leistungen in der sozialen Pflegeversicherung sowie in der Hilfe zur Pflege zuständig sind,

4. den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie die für Prüfaufträge nach § 114 bestellten Sachverständigen und

5. die berufsständischen Kammern.

Die nach Satz 1 übermittelten Daten dürfen von dem jeweiligen Empfänger nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihm übermittelt worden sind. Die Stellen nach Satz 1 Nummer 4 dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Buch erhoben oder an sie übermittelt wurden, an die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 erforderlich ist. Die nach Satz 3 übermittelten Daten dürfen von den Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihnen übermittelt worden sind.“

7. § 71 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Auf ambulante Betreuungseinrichtungen, die für Pflegebedürftige dauerhaft pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltführung erbringen (Betreuungsdienste), sind die Vorschriften dieses Buches, die für Pflegedienste gelten, entsprechend anzuwenden, soweit keine davon abweichende Regelung bestimmt ist.“

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Bei Betreuungsdiensten kann anstelle der verantwortlichen Pflegefachkraft eine entsprechend qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Fachkraft mit praktischer Berufserfahrung im erlernten Beruf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre (verantwortliche Fachkraft) eingesetzt werden.“

bb) Im neuen Satz 4 werden die Wörter „Satz 1 oder 2“ durch die Wörter „den Sätzen 1, 2 oder 3“ ersetzt.

cc) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Anerkennungen als verantwortliche Fachkraft, die im Rahmen der Durchführung des Modellvorhabens zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste erfolgt sind, gelten fort. Für die Anerkennung einer verantwortlichen Fachkraft ist ferner ab dem … [einsetzen: Datum des ersten Tages des 25. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] ebenfalls Voraussetzung, dass eine Weiterbildungsmaßnahme im Sinne von Satz 5 durchgeführt wurde.“

8. Dem § 72 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Bei Betreuungsdiensten nach § 71 Absatz 1a sind bereits vorliegende Vereinbarungen aus der Durchführung des Modellvorhabens zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste zu beachten."

9. Nach § 112 wird folgender § 112a eingefügt:

„§ 112a

Übergangsregelung zur Qualitätssicherung bei Betreuungsdiensten

(1) Bis zur Einführung des neuen Qualitätssystems nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 gelten für die Betreuungsdienste die Vorschriften des Elften Kapitels für ambulante Pflegedienste nach Maßgabe der folgenden Absätze.

(2) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt bis zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des zweiten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. Richtlinien zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste. Dabei sind die in dem Modellvorhaben zugrunde gelegten Vorgaben zu beachten. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 bei der Erarbeitung oder bei einer Änderung des Beschlusses mit.

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene bei der Erarbeitung oder bei einer Änderung des Beschlusses zu beteiligen. Ihnen ist innerhalb einer angemessenen Frist vor der Beschlussfassung und unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung über den Inhalt der Richtlinien einzubeziehen.

(4) Die Richtlinien sind durch das Bundesministerium für Gesundheit zu genehmigen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.

(5) Eine Qualitätsberichterstattung zu Betreuungsdiensten findet in der Übergangszeit bis zur Einführung des neuen Qualitätssystems nach § 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 nicht statt.

(6) Die Qualitätsprüfungs-Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen sind unverzüglich im Anschluss an den Richtlinienbeschluss nach Absatz 2 Satz 1 entsprechend anzupassen."

10. In § 114a Absatz 3a Satz 8 werden nach dem Wort „schriftlich" die Wörter „oder elektronisch" eingefügt.

11. In § 118 Absatz 1 Nummer 1 wird nach der Angabe „18b," die Angabe „112a Absatz 2," eingefügt.

12. Dem § 120 Absatz 3 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Bei der Vereinbarung des Pflegevertrages ist zu berücksichtigen, dass der Pflegebedürftige Leistungen von mehreren Leistungserbringern in Anspruch nimmt. Ebenso zu berücksichtigen ist die Bereitstellung der Informationen für eine Nutzung des Umwandlungsanspruchs nach § 45a Absatz 4.“

13. § 125 wird aufgehoben.

Artikel 11

Änderung des Arzneimittelgesetzes

Das Arzneimittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 13 Absatz 2b Satz 1 werden nach dem Wort „Arzt“ die Wörter „oder Zahnarzt“ eingefügt.

2. In § 78 Absatz 2 Satz 1 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „sowie die Bereitstellung von Arzneimitteln nach § 52b“ eingefügt.

Artikel 12

Änderung der Arzneimittelpreisverordnung

§ 2 Absatz 1 Satz 1 der Arzneimittelpreisverordnung vom 14. November 1980 (BGBl. I S. 2147), die zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 4. Mai 2017 (BGBl. I S. 1050) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„Bei der Abgabe von Fertigarzneimitteln, die zur Anwendung bei Menschen bestimmt sind, durch den Großhandel an Apotheken oder Tierärzte sind auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ein Festzuschlag von 70 Cent sowie die Umsatzsteuer zu erheben; zusätzlich darf auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ohne die Umsatzsteuer höchstens ein Zuschlag von 3,15 Prozent, höchstens jedoch 37,80 Euro erhoben werden.“

Artikel 13

Änderung des Transfusionsgesetzes

Das Transfusionsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 28. August 2007 (BGBl. I S. 2169), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 12a wird wie folgt geändert:

   a) In der Überschrift werden nach dem Wort „medizinischen“ die Wörter „und zahnmedizinischen“ eingefügt.

b) Folgender Absatz 3 wird angefügt:

„(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für die Bundeszahnärztekammer im Bereich der Zahnheilkunde entsprechend.“

2. § 18 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift werden nach dem Wort „medizinischen“ die Wörter „und zahnmedizinischen“ eingefügt.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Stand“ die Wörter „der Erkenntnisse“ eingefügt.

bb) In Satz 2 wird das Wort „Anhörung“ durch das Wort „Erarbeitung“ ersetzt.

c) Folgender Absatz 3 wird angefügt:

„(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für die Bundeszahnärztekammer im Bereich der Zahnheilkunde entsprechend.“

3. In § 28 werden die Wörter „von der Bundeszahnärztekammer festgestellten und in den Zahnärztlichen Mitteilungen veröffentlichten Standes“ durch die Wörter „nach § 12a Absatz 3 in Verbindung mit Absatz 1 und 2 und nach § 18 Absatz 3 in Verbindung mit Absatz 1 und 2 festgestellten allgemein anerkannten Standes der Erkenntnisse“ ersetzt.

4. § 35 wird wie folgt gefasst:

„§ 35

Übergangsregelung aus Anlass des Terminservice- und Versorgungsgesetzes

Bis zur Bekanntmachung des nach § 12a Absatz 3 und § 18 Absatz 3 von der Bundeszahnärztekammer festgestellten allgemein anerkannten Standes der Erkenntnisse der Wissenschaft und Technik im Bereich der Zahnheilkunde durch die zuständige Bundesoberbehörde, längstens aber bis zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des 37. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats], ist § 28 in der bis zum … [einsetzen: Datum des Tages der Verkündung] geltenden Fassung weiter anzuwenden.“

Artikel 14

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

§ 18a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In der Überschrift werden ein Komma und das Wort „Verordnungsermächtigung“ angefügt.

2. Absatz 6 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Wörter „nach diesem Gesetz oder der Bundespflegesatzverordnung“ durch die Wörter „durch Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes“ ersetzt.

b) In Satz 5 werden die Wörter „den Präsidenten des Bundessozialgerichts“ durch die Wörter „das Bundesministerium für Gesundheit“ ersetzt.

c) Satz 9 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Wird eine Vereinbarung nach Satz 8 ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle sowie die Geschäftsführung, das Verfahren, die Höhe und die Erhebung der Gebühren und die Verteilung der Kosten. In diesem Fall gelten die Bestimmungen der bisherigen Vereinbarung bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung fort.“

Artikel 15

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 6 der Verordnung vom 7. Juli 2017 (BGBl. I S. 2842) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 18 Absatz 1 Satz 3 Buchstabe c werden nach dem Wort „Hälfte“ die Wörter „oder drei Viertel“ eingefügt.

2. § 19 Absatz 3 wird aufgehoben.

3. § 19a wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Der Arzt ist verpflichtet, im Rahmen seiner vollzeitigen vertragsärztlichen Tätigkeit mindesten 25 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden für gesetzlich Versicherte zur Verfügung zu stehen. Ärzte, die an der fachärztlichen Versorgung nach § 73 Absatz 1a Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch teilnehmen und die insbesondere den Arztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung angehören, müssen mindestens fünf Stunden wöchentlich als offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten. Bei einem reduzierten Versorgungsauftrag nach Absatz 2 gelten die in den Sätzen 2 und 3 festgelegten Sprechstundenzeiten jeweils anteilig. Besuchszeiten sind auf die Sprechstundenzeiten nach Satz 2 anzurechnen. Die Einzelheiten zur angemessenen Anrechnung der Besuchszeiten nach Satz 5 sowie zu den Arztgruppen, die offene Sprechstunden anzubieten haben, sind bis zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des dritten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu regeln. Im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch können auch Regelungen zur zeitlichen Verteilung der Sprechstunden nach Satz 3 getroffen werden.“

b) In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „Hälfte“ die Wörter „oder drei Viertel“ eingefügt und wird nach der Angabe „Absatz 1“ die Angabe „Satz 1“ eingefügt.

c) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Die Kassenärztliche Vereinigung überprüft nach Maßgabe des § 95 Absatz 3 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Einhaltung der in Absatz 1 genannten Mindestsprechstunden. Stellt sie fest, dass der Vertragsarzt diese in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen unterschritten hat, so hat sie den betroffenen Arzt aufzufordern, umgehend die Anzahl seiner Sprechstunden entsprechend zu erhöhen oder seinen Versorgungsauftrag durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss gemäß Absatz 2 zu beschränken. Die Kassenärztliche Vereinigung hat den Vertragsarzt dabei auf die Möglichkeit einer Kürzung der Vergütung als Sanktionsmaßnahme und eines Zulassungsentzugs gemäß § 95 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch hinzuweisen. Die Kassenärztliche Vereinigung hat die Vergütung des Vertragsarztes zum nächstmöglichen Zeitpunkt zu kürzen, wenn der Vertragsarzt

1. keine rechtfertigenden Gründe für das Unterschreiten vortragen kann oder

2. der Aufforderung der Kassenärztlichen Vereinigung nach Satz 2 nicht innerhalb einer von der Kassenärztlichen Vereinigung zu setzenden Frist nachkommt.

Die Kassenärztliche Vereinigung hat den Vertragsarzt über die Höhe der Kürzung zu unterrichten. Bei wiederholtem oder fortgesetztem Verstoß eines Vertragsarztes gegen die in Absatz 1 Satz 2 oder Satz 4 genannte Pflicht hat der Zulassungsausschuss die Zulassung abhängig vom Umfang der Unterschreitung von Amts wegen zu einem Viertel, hälftig oder vollständig zu entziehen.“

4. In § 26 Absatz 1 werden die Wörter „oder hälftige Ruhen“ durch die Wörter „Ruhen der Zulassung oder das Ruhen der Hälfte oder eines Viertels“ ersetzt.

5. In § 27 Satz 1 werden die Wörter „oder hälftige Entziehung“ durch die Wörter „Entziehung der Zulassung oder die Entziehung der Hälfte oder eines Viertels“ ersetzt.

Artikel 16

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 6 Absatz 6 des Gesetzes vom 23. Mai 2017 (BGBl. I S. 1228) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 13 Absatz 4 werden die Wörter „§ 46 Satz 1 und 2“ durch die Wörter „§ 46 Satz 1 bis 3“ ersetzt.

2. In § 45 Absatz 1 Satz 2 wird nach dem Wort „Versorgungseinrichtung“ ein Komma und werden die Wörter „Leistungen der Hinterbliebenenversorgung nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

3. In § 50 Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „Abs. 2 bis 4“ durch die Wörter „Absatz 2 und 3“ ersetzt.

Artikel 17

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 5 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(2) Artikel 5 tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2018 in Kraft.

(3) Artikel 1 Nummer 31 Buchstabe a und Nummer 43 Buchstabe c tritt mit Wirkung vom … [einsetzen: Tag der ersten Lesung] in Kraft.

(4) Artikel 1 Nummer 15 tritt am … [einsetzen: Datum des ersten Tages des dritten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in Kraft.

(5) Artikel 2 tritt am 1. Januar 2021 in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

Eine qualitativ gute und gut erreichbare medizinische Versorgung aller versicherten Patientinnen und Patienten ist zentrale Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung. Für die Erfüllung dieses Versorgungsauftrags und für die Erhaltung des Vertrauens in die Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung ist es von entscheidender Bedeutung, dass der Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung angemessen und flächendeckend sichergestellt ist. Insbesondere soll unangemessenen langen Wartezeiten auf Behandlungstermine bei Haus-, Kinder- sowie Fachärztinnen und -ärzten und mangelnden ärztlichen Versorgungsangeboten in ländlichen und strukturschwachen Regionen vorgebeugt werden.

Deshalb sollen in einem Sofortprogramm die Leistungen und der Zugang zur ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung für die gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten verbessert werden.

Das Gesetz zielt darauf ab,

- allen gesetzlich Versicherten einen gleichwertigen Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung zu ermöglichen, indem Wartezeiten auf Arzttermine verkürzt werden, das Sprechstundenangebot erweitert und die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen verbessert wird,

- die Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu verbessern, indem die Grundlagen der Bedarfsplanung weiterentwickelt und die Förder- und Sicherstellungsinstrumente der Kassenärztlichen Vereinigungen erweitert werden,

- Leistungsansprüche der Versicherten in einzelnen Bereichen der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung zu erweitern und

- dass Patientinnen und Patienten die Möglichkeiten der Digitalisierung im Gesundheitswesen im Versorgungsalltag stärker praktisch nutzen können.

Mit dem vorliegenden Gesetz werden die mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) und dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) eingeleiteten Maßnahmen zur Stärkung des ärztlichen Versorgungsangebots in der gesetzlichen Krankenversicherung konsequent weiterentwickelt und mit neuen Instrumenten erweitert.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

II.1. Sprechstundenangebot

Alle Patientinnen und Patienten müssen in einer angemessenen Frist einen gleichwertigen Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung erhalten. Um dies zu erreichen, sollen die Wartezeiten auf Arzttermine verkürzt werden, indem das Sprechstundenangebot erweitert und dessen Vergütung verbessert werden.

II.1.1. Terminservicestellen

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, Terminservicestellen einzurichten, um die Wartezeit gesetzlich Versicherter auf einen Termin bei einer Fachärztin oder einem Facharzt zu verkürzen.

Um das Angebot der Terminvermittlung auszubauen und die Erreichbarkeit der Terminservicestellen in allen Bundesländern für alle Patientinnen und Patienten auf einem hohen Niveau sicherzustellen, werden die Terminservicestellen zu neuen Servicestellen mit zusätzlichen Aufgaben weiterentwickelt; der Sicherstellungauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird dementsprechend konkretisiert und wie folgt weiterentwickelt:

Künftig müssen die Terminservicestellen nicht nur auch Termine bei Hausärztinnen und Hausärzten und bei Kinderärztinnen und Kinderärzten vermitteln. Sie haben Versicherte auch bei der Suche nach einer Hausärztin und einem Hausarzt oder einer Kinder- und Jugendärztin und einem Kinder- und Jugendarzt zu unterstützen, die oder den sie für eine dauerhafte hausärztliche Versorgung wählen können. So sehen die gesetzlichen Regelungen zwar vor, dass Versicherte eine Hausärztin oder einen Hausarzt zu wählen haben (vgl. § 76 Absatz 3 Satz 2 SGB V). Immer wieder berichten Versicherte jedoch, dass sie keine Hausärztin und keinen Hausarzt oder keine Kinder- und Jugendärztin und keinen Kinder- und Jugendarzt finden, die oder der sie dauerhaft hausärztlich betreut.

Aufgabe der Terminservicestellen wird es künftig darüber hinaus sein, Versicherten in Akutfällen eine unmittelbare ärztliche Versorgung zu vermitteln. Bislang erfolgte eine solche Vermittlung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen nur im Rahmen des vertragsärztlichen Notdienstes außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten. Die Servicestelle vermitteln nunmehr auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens entweder in eine geöffnete Arztpraxis, eine Portal- bzw. Bereitschaftsdienstpraxis oder im Bedarfsfall in eine Notfallambulanz. Liegt ein lebensbedrohlicher Notfall vor, bei dem der Anrufer eigentlich die Notrufnummer 112 hätte wählen müssen, leitet die Servicestelle den Anrufer unmittelbar zur Notrufzentrale weiter.

Zur Verbesserung der Erreichbarkeit der neuen Servicestelle wird vorgesehen, dass diese künftig unter der bundesweit einheitlichen Rufnummer 116 117, die nach geltendem Recht allein für den außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten zu organisierenden vertragsärztlichen Not- bzw. Bereitschaftsdienst gilt, 24 Stunden täglich an 7 Tagen in der Woche (24/7) erreichbar ist.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird verpflichtet, entsprechend der bereits für die bundeseinheitliche Not- bzw. Bereitschaftsdienstnummer getroffenen Regelung eine Richtlinie für die Umsetzung der einheitlichen Rufnummer aufzustellen, um eine einheitliche und verbindliche Umsetzung der Regelung in allen Kassenärztlichen Vereinigungen zu gewährleisten. Diese Richtlinie hat auch Regelungen zur Zertifizierung erforderlicher Praxissoftware zum Terminmanagement zu enthalten.

Ergänzt wird die Zusammenlegung der Terminvermittlung über die Terminservicestellen und die Vermittlung einer Ärztin oder eines Arztes in Notfällen mit einem verbesserten digitalen Angebot (App/online-Angebote). Bereits jetzt ist für die Terminservicestellen vorgesehen, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Kassenärztlichen Vereinigungen durch das Angebot einer Struktur für ein elektronisch gestütztes Wartezeitenmanagement bei der Terminvermittlung unterstützen kann. Ärztinnen und Ärzte sollen auch künftig freie Termine an die Servicestelle melden, damit diese dann nicht nur im Rahmen eines Telefonkontaktes, sondern auch online oder per App vereinbart werden können.

II.1.2. Mindestsprechstunden

Die nähere Bestimmung des zeitlichen Umfangs des aus der vertragsärztlichen Zulassung folgenden Versorgungsauftrags wird in der Zulassungsverordnung-Ärzte konkretisiert und

die Mindestsprechstundenzeiten der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte für die Versorgung von gesetzlich Versicherten von 20 auf 25 Stunden erhöht. Um insbesondere solche Ärztinnen und Ärzte, die Hausbesuche machen, nicht zu benachteiligen, werden Besuchszeiten auf die vorgegebenen Mindestsprechstundenzeiten angerechnet.

Damit sich Versicherte über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte informieren können, werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, die Sprechstundenzeiten der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zu veröffentlichen. Darüber hinaus wird die Kassenärztliche Bundesvereinigung verpflichtet, eine App und ein Online-Angebot zur Verfügung zu stellen, die die Versicherten auf die Internetseite der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung leiten, auf der die Sprechstundenzeiten veröffentlicht sind.

Darüber hinaus wird insbesondere vorgesehen, dass Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen und den Arztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung angehören (z.B. konservativ tätige Augenärzte, Frauenärzte, Orthopäden, HNO-Ärzte), mindestens fünf Stunden in der Woche als offene Sprechstunden anbieten. Offene Sprechstunden werden unter bestimmten Voraussetzungen über einen extrabudgetären Zuschlag vergütet und erleichtern insoweit den Zugang in die Arztpraxen ohne vorherige Terminvereinbarung.

Die Regelungen zu den Mindestsprechstundenzeiten für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und zu der Verpflichtung, offene Sprechstundenzeiten anzubieten, gelten – im Verhältnis zu der jeweils arbeitsvertraglich vereinbarten Arbeitszeit – für die bei Vertragsärztinnen und Vertragsärzten oder medizinischen Versorgungszentren angestellten Arztinnen und Ärzte entsprechend.

Die Bundesmantelvertragspartner werden verpflichtet, die Einzelheiten zur angemessenen Anrechnung der Besuchszeiten auf die Mindestsprechstundenzeiten sowie zu den Arztgruppen, die offene Sprechstunden anzubieten haben, zu bestimmen.

Die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen zu prüfen, ob Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ihren Versorgungsauftrag und damit auch ihre Mindestsprechstundenzeiten einhalten, wird vor dem Hintergrund, dass die Umsetzung dieser Verpflichtung in der Praxis recht unterschiedlich erfolgt, weiterentwickelt. So haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Einhaltung der Versorgungsaufträge künftig bundeseinheitlich insbesondere anhand der abgerechneten Fälle und der im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztlichen Leistungen (EBM) enthaltenen Gebührenordnungspositionen mit den Angaben zum Zeitaufwand nach § 87 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz zu prüfen. Gleichzeitig werden sie verpflichtet, ihre Berichte zu den Ergebnissen der Prüfungen gegenüber den Landes- und Zulassungsausschüssen jeweils zum 30. Juni des Jahres vorzulegen. Zudem sollen die Prüfberichte künftig auch den zuständigen Aufsichtsbehörden vorgelegt werden.

II.1.3. Vergütungsanreize

Die Leistungen und der Zugang zur haus- und fachärztlichen Versorgung für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung werden mit folgenden Vergütungsanreizen verbessert und gefördert:

- Extrabudgetäre Vergütungszuschläge auf die ärztlichen Leistungen der Versicherten- und Grundpauschalen bei der Untersuchung und Behandlung von in den Arztpraxen neuen Patientinnen und Patienten,

- Extrabudgetärer Vergütungszuschlag von ärztlichen Leistungen für die erfolgreiche Vermittlung eines dringlich notwendigen Behandlungstermins durch einen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer,

- Extrabudgetärer Vergütungszuschläge auf Leistungen der jeweiligen Grundpauschale in der offenen Sprechstunde,

- Extrabudgetäre Vergütung der Leistungen im Behandlungsfall für die Übernahme eines Behandlungstermins durch einen fachärztlich tätigen Leistungserbringer nach Vermittlung durch einen hausärztlich tätigen Leistungserbringer,

- Extrabudgetäre Vergütung von ärztlichen (Akut-)Leistungen im Behandlungsfall, die von der Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung vermittelt werden,

- Überprüfung und Aktualisierung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen hinsichtlich der Bewertung technischer Leistungen zur Nutzung von Rationalisierungsreserven zur Förderung der „sprechenden Medizin".

- Durch Festlegung von Praxisbesonderheiten von Landarztpraxen in den Vereinbarungen zu den Wirtschaftlichkeitsprüfungen, die im Vorfeld von Prüfverfahren als besonderer Versorgungsbedarf anzuerkennen sind, werden insbesondere Hausbesuche gefördert.

Darüber hinaus sollen für vertragsärztliche und sektorenübergreifende Leistungserbringer verbindliche Regelungen zur Vergabe und Übermittlung von Diagnosen- und Prozedurenschlüssel zur Stärkung der Manipulationsresistenz entwickelt werden.

II.2. Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung

Für eine zukunftsfeste ambulante ärztliche Versorgung bedarf es weiterer Maßnahmen, um die Versorgung in allen Regionen, insbesondere in unterversorgten ländlichen und strukturschwachen Gebieten zu verbessern und zukunftstauglich zu machen.

II.2.1. Regionale Zuschläge

Künftig sind regionale Zuschläge zur Sicherstellung bei eingetretener oder drohender ärztlicher Unterversorgung sowie bei einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf obligatorisch zur besonderen Unterstützung von Ärztinnen und Ärzten zu zahlen.

II.2.2. Strukturfonds der KV

Die Kassenärztlichen Vereinigungen können schon heute zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung einen Strukturfonds nach § 105 SGB V bilden, für den sie jeweils 0,1 Prozent der vereinbarten Gesamtvergütung zur Verfügung stellen. Die Kassenseite hat dann zusätzlich einen Betrag in gleicher Höhe in den Strukturfonds zu entrichten.

Mit den folgenden Maßnahmen werden die Strukturfonds verbindlicher ausgestaltet, erhöht, und im Verwendungszweck flexibilisiert:

- Die Bildung eines Strukturfonds wird künftig für alle Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtend.

- Die Mittel des Strukturfonds werden von mindestens 0,1 % auf bis zu 0,2 % der vereinbarten Gesamtvergütung verdoppelt. Die Krankenkassen haben zusätzlich einen Betrag in gleicher Höhe in den Strukturfonds zu entrichten. Die Mittel sind vollständig für Fördermaßnahmen zur Sicherstellung zu verwenden.

- Die ohnehin nicht abschließende Aufzählung der möglichen Verwendungszwecke wird ergänzt um die Verwendung für Investitionskosten bei Praxisübernahmen, die Förderung von lokalen Gesundheitszentren für die medizinische Grundversorgung, die Förderung

von Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Förderung der Erteilung von Sonderbedarfszulassungen und den Aufkauf von Arztsitzen.

II.2.3. Eigeneinrichtungen der KV

Die Befugnis der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch eigene Einrichtungen zu gewährleisten, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten dienen, wird erweitert und flexibilisiert. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Rahmen des Sicherstellungsauftrags eigene Versorgungskapazitäten in ländlichen und/oder strukturschwachen Regionen zur Verbesserung der Versorgung zur Verfügung oder beteiligen sich an entsprechenden Einrichtungen anderer Träger.

- Die Voraussetzung, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen des Benehmens mit der Kassenseite bedürfen, wird gestrichen.

- Um die notwendige Rechtssicherheit zu schaffen, wird gesetzlich klargestellt, dass dieses Sicherstellungsinstrument gleichrangig neben anderen Maßnahmen besteht.

- Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, Eigeneinrichtungen in Gebieten, in denen Unterversorgung oder drohende Unterversorgung festgestellt wurde, zu betreiben.

- Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen auf Kooperationen mit den Kommunen hinwirken. Eigeneinrichtungen sollen auch durch Kooperationen und gemeinsam mit Krankenhäusern betrieben werden können.

- Es wird klargestellt, dass Eigeneinrichtungen auch durch mobile oder telemedizinische Sprechstunden (bspw. durch Fernbehandlung im Rahmen der Weiterentwicklung der berufsrechtlichen Vorgaben), mobile Praxen oder ähnliche Versorgungsangebotsformen betrieben werden können.

Zur Vergütung der in den Eigeneinrichtungen erbrachten ärztlichen Leistungen wird klargestellt, dass Eigeneinrichtungen an der Honorarverteilung teilnehmen und den übrigen Leistungserbringern gleichgestellt sind.

II.2.4. Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

Die Sicherstellung einer guten medizinischen Versorgung setzt Versorgungsstrukturen voraus, die den Vorstellungen der Ärztinnen und Ärzte von ihrer Berufsausübung Rechnung tragen. Neben dem Bekenntnis des Koalitionsvertrags zur Freiberuflichkeit der Heilberufe ist daher auch dem Wunsch vieler insbesondere junger Medizinerinnen und Medizinern nach einer Tätigkeit in einem Anstellungsverhältnis gerecht zu werden. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind dafür seit vielen Jahren eine attraktive Form der Berufsausübung, zumal eine Tätigkeit dort häufig auch mit flexibleren Arbeitszeiten verbunden ist. Um die Attraktivität der medizinischen Versorgungszentren zu erhalten und gleichzeitig für eine ausgewogene Balance zwischen Anstellung und selbstständiger Tätigkeit zu sorgen, werden die gesetzlichen Regelungen weiterentwickelt und Rechtsunsicherheiten beseitigt.

- Die bisher bestehende generelle Möglichkeit zur Nachbesetzung einer Angestellten-Arztstelle in einem MVZ wird auf ein sachgerechtes Maß beschränkt. Künftig wird der Zulassungsausschuss auch bei der Nachbesetzung einer genehmigten Anstellung prüfen, ob ein Bedarf für die Nachbesetzung besteht. Anders als bei der Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes soll der Zulassungsausschuss aber nur über das „ob“ und nicht über das „wie“ der Nachbesetzung entscheiden. Das bedeutet, dass das MVZ ihre angestellten Ärztinnen und Ärzte weiterhin selbst auswählen kann.

- Zur Stärkung von MVZ in Nachbesetzungsverfahren wird vorgesehen, dass der Zulassungsausschuss bei der Bewerbung eines MVZ auf einen im Rahmen eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Absatz 4 SGB V ausgeschriebenen Vertragsarztsitzes die Ergänzung des besonderen Versorgungsangebotes des MVZ zu berücksichtigen hat. Dies soll auch für Vertragsärzte und Berufsausübungsgemeinschaften gelten, sofern sie ein besonderes Versorgungsspektrum anbieten.

- Zudem wird klargestellt, dass eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt auf die Zulassung zugunsten eines in einem anderen Planungsbereich gelegenen MVZ verzichten kann, wenn er ausschließlich in der Zweigpraxis des MVZ in seinem bisherigen Planungsbereich tätig wird. Insoweit bestehen bisher Rechtsunsicherheiten in der Praxis, die es auszuräumen gilt.

- Neben zugelassenen Ärztinnen und Ärzten können MVZ unter anderem von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 SGB V gegründet werden. Um den Einfluss von Kapitalinvestoren ohne medizinisch-fachlichen Bezug zur vertragsärztlichen Versorgung auf die Versorgungsstrukturen zu begrenzen, wird die Gründungsmöglichkeit für Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 SGB V auf fachbezogene MVZ beschränkt. Für nach dem bisherigen geltenden Recht zugelassene MVZ gibt es einen Bestandsschutz.

- MVZ können von zugelassenen Ärztinnen und Ärzten gegründet werden. Da die Gründungsvoraussetzungen nicht nur bei der Gründung selbst, sondern dauerhaft gegeben sein muss, ist einem MVZ die Zulassung bisher unter anderem dann zu entziehen, wenn die gesetzlichen Gründungsvoraussetzungen länger als sechs Monate nicht mehr vorliegen. Bereits gesetzlich geregelt ist, dass für diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die bei der Gründung auf ihre Zulassung zugunsten der Anstellung in einem MVZ verzichtet haben, die Gründereigenschaft bestehen bleibt, solange sie in dem MVZ tätig sind. Um zu verhindern, dass einem MVZ nach dem Ausscheiden (z. B. aus Altersgründen) aller originären Gründer die Zulassung zu entziehen ist, wird geregelt, dass die Gründungsvoraussetzung gewahrt bleibt, wenn angestellte Ärztinnen und Ärzte deren Gesellschafteranteile übernehmen, solange sie in dem MVZ tätig sind.

- Unklarheit besteht in der Verwaltungspraxis darüber, ob für jedes MVZ, das neu gegründet wird, auch die Gründung einer jeweils eigenständigen Trägergesellschaft notwendig ist. Deshalb wird klargestellt, dass ein MVZ-Träger auch mehrere MVZ tragen kann.

- Für die Zulassung eines MVZ in der Rechtsform der GmbH ist Voraussetzung, dass die Gesellschafter selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen abgeben oder auf andere Art Sicherheit nach § 232 BGB für Forderungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegen das MVZ aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit leisten. Die Möglichkeit anderer Sicherheitsleistungen nach § 232 BGB wurde insbesondere für Kommunen geschaffen, die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz neu in den möglichen Gründerkreis aufgenommen wurden. In der Praxis wird teilweise eine Beschränkung auf die Möglichkeit der Abgabe einer selbstschuldnerischen Bürgschaft vorgenommen, die insbesondere für öffentlich-rechtliche Träger – je nach Ausgestaltung der entsprechenden landesrechtlichen Vorschriften – Schwierigkeiten bereiten kann. Deshalb wird klargestellt, dass die selbstschuldnerische Bürgschaft und die Sicherheitsleistungen nach § 232 BGB gleichwertig und optional nebeneinander stehen.

- Die Vernetzung, Kooperation und Koordination in anerkannten Praxisnetzen wurde mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz verbessert. Zusammenarbeit und Vernetzung sind wichtige Voraussetzungen für eine am Patienten orientierte Versorgung. Kooperative Versorgungsformen können die Versorgung verbessern und das jeweilige Versorgungspotential effizient nutzen. Zur Sicherstellung der Versorgung in unterversorgten

und von Unterversorgung bedrohten Gebieten wird das Potential anerkannter Praxisnetze nun weitergehend genutzt. Dafür wird diesen die Möglichkeit gegeben, in unterversorgten und von Unterversorgung bedrohten Gebieten MVZ zu gründen.

II.2.5. Bedarfsplanung

Mit den gesetzlichen Regelungen zur Bedarfsplanung für die ambulante vertragsärztliche Versorgung wird ein bundeseinheitlicher Rahmen zur Bestimmung der Arztzahlen, die für eine bedarfsgerechte Versorgung benötigt werden, definiert. Die Konkretisierung erfolgt durch die Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat dabei u. a. die Aufgabe, die zu beplanenden Arztgruppen und die jeweiligen Planungsbereiche zu bestimmen sowie einheitliche Verhältniszahlen (Anzahl der Einwohner je Arzt) für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung festzulegen.

Um die Bedarfsplanung zur Verteilung der Arztsitze kleinräumiger, bedarfsgerechter und flexibler zu gestalten, werden folgende Maßnahmen ergriffen:

- Fristanpassung für die Umsetzung des Überprüfungsauftrags

  Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde dem Gemeinsamen Bundesausschuss der Auftrag erteilt, mit Wirkung zum 1. Januar 2017 die erforderlichen Anpassungen für eine bedarfsgerechte Versorgung nach Prüfung der Verhältniszahlen und unter Berücksichtigung der Möglichkeit zu einer kleinräumigeren Planung vorzunehmen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat hierfür ein umfangreiches wissenschaftliches Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung in Auftrag gegeben. Das Gutachten, das voraussichtlich im Herbst 2018 veröffentlicht wird, soll als Grundlage für die weiteren Beratungen zur Umsetzung des Auftrags an den Gemeinsame Bundesausschuss dienen, die Bedarfsplanung im Sinne einer kleinräumigen und bedarfsgerechteren Planung weiterzuentwickeln.

  Um einerseits im Rahmen der zeitlichen Umsetzung des Überprüfungsauftrages die Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses für das Gutachten zu würdigen, gleichzeitig jedoch auch die zentrale Bedeutung eines zeitnahen und zügigen Abschluss dieses Überprüfungsauftrags zu unterstreichen, wird die Frist für den Gemeinsamen Bundesausschuss, die erforderlichen Anpassungen für eine bedarfsgerechte Versorgung zu treffen, aktualisiert. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Anpassungen für eine bedarfsgerechte Versorgung unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Gutachtens bis zum 30. Juni 2019 zu treffen.

- (Befristete) Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen

  Um die Versorgung der Patientinnen und Patienten in der Übergangszeit bis zum Abschluss der Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses spürbar zu verbessern, wird geregelt, dass die Zulassungsbeschränkungen bei der Neuzulassung von Rheumatologen, Psychiatern und Kinderärzten keine Anwendung finden. Die Nichtanwendung gilt befristet bis zur Umsetzung des mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz geregelten gesetzlichen Auftrags zur Überprüfung und Weiterentwicklung der Bedarfsplanungs-Richtlinie.

  In ländlichen und strukturschwachen Gebieten entfallen Zulassungssperren für die Neuniederlassung von Ärztinnen und Ärzten. Die Bestimmung der von dieser Regelung erfassten Gebiete obliegt den Ländern. Korrespondierend mit der Schaffung zusätzlicher Arztsitze in den von den Ländern bestimmten Regionen erhalten die Länder ein Antragsrecht in den Landesausschüssen sowie ein Mitberatungs- und Antragsrecht in den Zulassungsausschüssen.

- Weiterentwicklung der Steuerungsinstrumente

  Für eine funktionierende Bedarfsplanung ist es entscheidend, dass bei Vorliegen der Ergebnisse des Gutachtens die Beratungen und Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschuss ohne weitere Verzögerungen auf Basis einer wissenschaftlich fundierten Grundlage innerhalb der neu festgelegten Frist abgeschlossen werden können. Dafür müssen auch die notwendigen Steuerungsmöglichkeiten und entsprechenden Instrumente für den Gemeinsamen Bundesausschuss existieren. Dies gilt insbesondere innerhalb der einzelnen Arztgruppen (z.B. den Fachinternisten oder den ärztlichen Psychotherapeuten), um sowohl die ärztliche Grundversorgung als auch Spezialisierungen oder Schwerpunkte mit Hilfe von verbindlichen Unterquoten bedarfsgerecht in den Planungsvorgaben abbilden zu können. Die gesetzlichen Grundlagen der Bedarfsplanung werden daher weiterentwickelt und die Regelungskompetenzen des Gemeinsamen Bundesausschusses insoweit erweitert, damit der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb der neu festgelegten Frist (30. Juni 2019) mit Hilfe der notwendigen Instrumente effektiv und sachgerecht die Beratungen abschließen und die erforderlichen Anpassungen für eine bedarfsgerechte Versorgung treffen kann.

II.2.6. Sektorenübergreifende Konfliktlösung

Sektorenübergreifende Versorgungsformen gewinnen für eine bedarfs- und zukunftsgerechte Gesundheitsversorgung zunehmend an Bedeutung.

In den Bereichen Krankenversicherung und Krankenhauswesen haben die Selbstverwaltungspartner dafür eine Vielzahl von gesetzlichen Aufträgen im Vereinbarungswege umzusetzen.

Damit die von der Selbstverwaltung zu treffenden Entscheidungen zu versorgungsrelevanten Verträgen und Vereinbarungen im Interesse der Patientinnen und Patienten zeitnah und effektiv umgesetzt werden können, bedarf es gut funktionierender Schiedsregelungen bzw. Konfliktlösungsinstrumente. Dies gilt insbesondere für den Bereich dreiseitiger Vereinbarungen zwischen der Ärzteschaft, der Krankenkassen- und der Krankenhausseite zur Ausgestaltung sektorenübergreifender Versorgungsangebote, bei denen aufgrund der unterschiedlichen Grundprinzipien der Leistungserbringung und -abrechnung in der stationären und in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung eine Einigung der Vertragsparteien regelmäßig nur schwer herbeigeführt werden konnte.

Die bestehenden gesetzlichen Regelungen zu den Schiedsverfahren bei dreiseitigen Vereinbarungen zeigen bisher eine historisch gewachsene Heterogenität auf, die sach- und interessengerechte Lösungen häufig erschwerte und zum Teil unmöglich machte. Vor diesem Hintergrund hat das Bundesministerium für Gesundheit im Jahr 2017 ein Rechtsgutachten zur „Bestandsaufnahme, Problemanalyse und Weiterentwicklung der Konfliktlösungsinstrumente bei dreiseitigen Verträgen und Beschlüssen der Selbstverwaltung im System der gesetzlichen Krankenversicherung“ (Auftragnehmerin Frau Prof. Dr. Dagmar Felix, Universität Hamburg) in Auftrag gegeben. Im Lichte der Ergebnisse des Gutachtens werden die Konfliktlösungsinstrumente für den dreiseitigen Bereich weiterentwickelt und einem eigenständigen sektorenübergreifenden Schiedsgremium übertragen. Mit dem neuen sektorenübergreifenden Entscheidungsgremium zur Konfliktlösung werden Kompetenzen gebündelt und eine sachgerechte, interessengerechte und zügige Konfliktlösung sichergestellt. Die bestehenden uneinheitlichen Regelungen und Unterschiede bezüglich der Mehrheitsverhältnisse, der Beschlussfassung und der Stimmverhältnisse werden beendet und die auf zweiseitige Konflikte ausgerichteten Schiedsämter und Schiedsstellen gleichzeitig von allen Entscheidungen im dreiseitigen Bereich befreit.

Im Interesse einer übersichtlichen und möglichst einheitlichen Regelungssystematik wird in diesem Zuge auch § 89, der mit dem Schiedsamt die zentrale Schlichtungsinstanz im vertrags-(zahn-)ärztlichen Bereich regelt, systematisch überarbeitet und neu strukturiert.

II.3. Weitere Maßnahmen des Gesetzes

Darüber hinaus enthält das Gesetz folgende Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung.

II.3.1. Zahnärztliche Versorgung

Erhöhung Festzuschuss:

Um die Versicherten, die auf eine Versorgung mit Zahnersatz angewiesen sind, finanziell zu entlasten, werden die befundbezogenen Festzuschüsse, die bisher rund 50 Prozent der Kosten der Regelversorgung abdecken, ab dem 1. Januar 2021 auf 60 Prozent erhöht. In der Folge steigen auch die Boni, die die Versicherten erhalten, die mit ihrem Bonus-Heft die regelmäßige Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen nachweisen können, von 60 bzw. 65 Prozent auf 70 bzw. 75 Prozent. Dadurch werden die Versicherten je nach notwendiger Versorgung um Beträge bis in den dreistelligen Euro-Bereich hinein, entlastet.

Abschaffung Punktwertdegression:

Durch die Abschaffung der Punktwertdegression für vertragszahnärztliche Leistungen werden Fehlanreize auf die Bereitschaft von Zahnärztinnen und Zahnärzten beseitigt, sich in ländlichen und strukturschwachen Gebieten niederzulassen.

Kieferorthopädische Leistungen:

Es wird eine Mehrkostenregelung bei kieferorthopädischen Leistungen analog der Mehrkostenregelung bei zahnerhaltenden Maßnahmen geschaffen. Dies bedeutet, dass Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung, die eine Versorgung über die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildeten kieferorthopädischen Leistungen hinaus wählen, die Mehrkosten hierfür selbst zu tragen haben. Die Regelung behält das Sachleistungsprinzip bei und konkretisiert das Wirtschaftlichkeitsgebot. Durch die Vorschrift wird außerdem klargestellt, dass Versicherte, die Mehrleistungen in Anspruch nehmen, ihren Leistungsanspruch behalten und lediglich die entstehenden Mehrkosten tragen und somit mehr Transparenz und Rechtssicherheit für die Versicherten geschaffen. Zudem wird eine gesetzliche Grundlage für weitergehende Konkretisierungen durch die Selbstverwaltung geschaffen, wodurch das Leistungsgeschehen besser strukturiert sowie für alle Beteiligten nachvollziehbarer ausgestaltet und die Patientensouveränität gesteigert wird. Dadurch wird zusätzlich die Eigenverantwortung gestärkt und die Wahlmöglichkeit der Versicherten bei der Auswahl der kieferorthopädischen Behandlungsalternativen erweitert.

Vertragszahnärztliches Gutachterverfahren:

Mit der Vorschrift in § 87 Absatz 1c SGB V wird eine Ermächtigungsgrundlage zur Beauftragung und Durchführung der im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehene Gutachterverfahren und somit eine von § 275 ff. SGB V abweichende Aufgabenregelung geschaffen. § 275 SGB V verpflichtet die Krankenkassen in bestimmten Fällen eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung einzuholen. Bei den in § 87 Absatz 1c SGB V geregelten Fällen Nr. 1 bis 4 können die Krankenkassen anstelle einer gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, eine Prüfung im Wege des im Bundesmantelvertrag der Zahnärzte vorgesehene Gutachterverfahrens durchführen lassen.

Das vertragszahnärztliche Gutachterverfahren ist seit Jahrzehnten im Bereich der Versorgung mit Zahnersatz und Kieferorthopädie etabliert. Im Zuge des Patientenrechtegesetzes wurde in § 13 Absatz 3a Satz 4 SGB V die Möglichkeit der Durchführung des vertragszahnärztlichem Gutachterverfahrens im Rahmen der vorgeschriebenen Bearbeitungsfrist für An-

träge auf Kostenerstattung durch die Krankenkassen aufgeführt. Eine ausdrückliche Ermächtigung zur Durchführung des vertragszahnärztlichen Gutachterverfahrens fehlte jedoch bislang. Darauf hat die aktuelle Rechtsprechung hingewiesen und deswegen das vertragszahnärztliche Gutachterverfahren für unzulässig erachtet (BayLSG, Urteile vom 27. Juni 2017, Az.: L 5KR 170/15 und L 5 KR 260/16).

II.3.2. Sozialdatenschutz

Abrechnung von Leistungen durch Betriebsärztinnen und Betriebsärzte:

Förderung der Umsetzung von Verträgen zur Versorgung mit Schutzimpfungen und anderen Leistungen nach den §§ 132e und 132f SGB V durch die Ermöglichung der Anwendung des für die hausarztzentrierte und die besondere Versorgung (§§ 73b und 140a SGB V) etablierten Abrechnungsverfahrens nach § 295a SGB V.

Qualitätssicherung:

Sozialdatenschutzrechtlich erfolgt u.a. eine Klarstellung zur Zulässigkeit einer versichertenbezogenen Zusammenführung von personenbezogenen Daten im Rahmen von Rückmeldeverfahren in der Qualitätssicherung (§ 299 Absatz 1 SGB V).

Datenübermittlung auf Verlangen des Versicherten:

Sozialdatenschutzrechtlich erfolgt die Schaffung einer Befugnis zur Übermittlung der Daten aus der Versichertenauskunft auf Verlangen und mit Einverständnis der Versicherten durch die Krankenkassen an Dritte, z.B. zur Verwendung in elektronischen Gesundheitsakten.

II.3.3. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Das bisherige Einzelvertragsmodell in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung wird auf ein gesetzliches Zulassungsmodell umgestellt, um vergaberechtliche Einwände gegen die bisherige Vertragspraxis auszuräumen. Künftig ist ein einheitlicher Rahmenvertrag zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung auf Bundesebene zu schließen. Leistungserbringer, die die in dem Rahmenvertrag festgelegten Anforderungen erfüllen, haben Anspruch auf Teilnahme an der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und Abschluss eines zur Versorgung berechtigenden Vertrags mit den Krankenkassen.

II.3.. Allgemeines Leistungsrecht

DO-Angestellte:

Klarstellung, dass nicht nur aktive Dienstordnungsangestellte der Krankenkassen und ihrer Verbände sondern auch Versorgungsempfänger Teilkostenerstattung in Anspruch nehmen können.

PrEP:

Versicherten mit substantiellem HIV-Infektionsrisiko wird ein Anspruch auf ärztliche Beratung, erforderliche Untersuchungen und Versorgung mit Arzneimitteln bei Präexpositionsprophylaxe (PrEP) eingeräumt.

Kryokonservierung:

Ergänzung des Leistungsanspruchs der künstlichen Befruchtung nach § 27a SGB V um die Möglichkeit der Kryokonservierung von Keimzellgewebe, Ei- und Samenzellen in Fällen, wenn die Kryokonservierung wegen einer Erkrankung und deren Behandlung mittels einer

keimzellschädigenden Therapie erforderlich erscheint, um nach der Genesung eine künstliche Befruchtung zu ermöglichen.

Stufenweise Wiedereingliederung:

Die Option für Versicherte, bei längerer Erkrankung stufenweise in das Arbeitsleben zurückzukehren, wird gestärkt.

Krankengeld:

Einzelne Regelungen aus dem Bereich des Krankengeldes werden angepasst, einschließlich notwendiger Änderungen wegen des Gesetzes zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung der Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz) vom 8. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2838):

- Klarstellung der Wahlmöglichkeit des gesetzlichen Krankengeldes für die nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V versicherten hauptberuflich Selbstständigen (§ 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 SGB V): Es wird klargestellt, dass hauptberuflich Selbstständige die Möglichkeit zur Wahl eines Krankengeldanspruches haben und zwar unabhängig davon, ob sie nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V nachrangig pflichtversichert oder freiwilliges Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung sind.

- Klarstellung zur wirksamen Abgabe einer Krankengeld-Wahlerklärung (neuer § 44 Absatz 2 Satz 3 SGB V): Um die Möglichkeit einer missbräuchlichen Gestaltung des Krankengeldanspruchs je nach voraussichtlicher Leistungsinanspruchnahme auszuschließen, wird klargestellt, dass für einen Zeitraum, in dem bereits eine Arbeitsunfähigkeit besteht, keine Wahlerklärung zur Absicherung des Krankengeldanspruchs wirksam abgegeben werden kann.

- Sicherstellung des Krankengeld-Anspruchs bei verspäteter Ausstellung von Folgearbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (§ 46 SGB V): Für Versicherte, deren Mitgliedschaft mit Anspruch auf Krankengeld vom lückenlosen Bestand des Anspruchs auf Krankengeld abhängig ist, wird bei verspäteter, aber spätestens innerhalb eines Monats nachgeholter ärztlicher Feststellung der weiterhin bestehenden Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit sichergestellt, dass das Krankengeld nicht mehr vollständig und dauerhaft entfällt und sie es nach dem Zeitraum der Säumnis weiter erhalten können.

- Rechtssichere Berücksichtigung der Verletztengeldzahlung bei der Höchstbezugsdauer des Krankengeldes (§ 48 SGB V): Damit der Bezug von Verletztengeld der gesetzlichen Unfallversicherung rechtssicher bei der Feststellung der Leistungsdauer des Krankengeldes berücksichtigt werden kann, wird der Verletztengeldbezug als eine bei der Feststellung der Leistungsdauer des Krankengeldes zu berücksichtigende Zeit in § 48 Absatz 3 SGB V genannt.

- Folgeregelung zum Flexirentengesetz (§ 51 SGB V): Durch das Flexirentengesetz haben sich für die Versicherten flexiblere Möglichkeiten für eine Wahl zwischen Altersvollrente und Altersteilrente eröffnet und es wurden die Hinzuverdienstmöglichkeiten bei gleichzeitigem Bezug einer Altersvollrente oder einer Altersteilrente neu geregelt. In der Folge bedarf es einer Regelung, die es den Krankenkassen ermöglicht, Versicherte im Rahmen pflichtgemäßer Ermessensausübung zur Antragstellung nach § 34 Absatz 3e SGB VI auffordern zu können.

Streichung Berichtspflicht Reha:

Die Berichtspflicht der Krankenkassen hinsichtlich von Zahlungen an die Pflegekasse, weil für Versicherte nicht innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung notwendige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht wurden, wird aus verwaltungsökonomischen Gründen gestrichen.

Elektronische AU-Bescheinigung:

Zum 1. Januar 2021 wird ein einheitliches und verbindliches elektronisches Verfahren zur Übermittlung von Arbeitsunfähigkeitsdaten durch die Ärzte an die Krankenkassen eingeführt und damit die bisherigen, der Krankenkasse vorzulegenden, papiergebundenen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ersetzt. In diesem Zusammenhang wird gesetzlich klargestellt, dass die Pflicht zur Übermittlung dieser Daten an die Krankenkassen den Ärzten und Einrichtungen obliegt, die die Arbeitsunfähigkeit feststellen.

Spätaussiedler:

Das Verfahren zur Erstattung der Aufwendungen für Leistungen der Krankenkassen an Aussiedler aus Bundesmitteln wird aus verwaltungsökonomischen Gründen abgeschafft (Streichung § 11 Absatz 6 Bundesvertriebenengesetz). Der Leistungsanspruch der Betroffenen gegenüber den Krankenkassen bleibt davon unberührt; sie können künftig von Beginn an ihre Krankenkasse frei wählen.

II.3.5. Verbänderecht, Aufsicht

Fehlverhaltensbekämpfungsstellen:

Die Kommunikation der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Kranken- und Pflegekassen sowie der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen mit anderen zuständigen Stellen wird auf eine sichere Grundlage gestellt, indem die Befugnisse zur Übermittlung personenbezogener Daten gesetzlich klargestellt werden.

274-Prüfung:

Zur Unterstützung der Prüfung nach § 274 Absatz 1 Satz 2 SGB V über den GKV-Spitzenverband, den Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbandes und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen soll der Prüfbehörde die Möglichkeit eröffnet werden, in einzelnen Prüfbereichen und in besonderen Fällen Wirtschaftsprüfer, vereidigte Buchprüfer oder spezialisierte Rechtsanwaltskanzleien zu beauftragen.

Musterkassenordnung:

Der GKV-Spitzenverband wird verpflichtet, für die Krankenkassen zur Sicherheit des Zahlungsverkehrs und der Buchführung eine Musterkassenordnung zu erstellen.

Vorstandsverträge

Für Vorstandsverträge der Spitzenorganisationen in der GKV, die der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit unterstehen, werden konkretere gesetzliche Vorgaben festgeschrieben, um die Transparenz der Vergütungen zu verbessern, den Körperschaften einen verlässlichen Rahmen für die Vertragsgestaltung zu geben und die Effektivität der präventiven Kontrolle solcher Verträge durch die Aufsichtsbehörde zu stärken. Auch für die gesetzlichen Krankenkassen, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen werden die Vorgaben zur Veröffentlichung der Vorstandsvergütung konkretisiert und damit die Transparenz verbessert sowie der Vergleich der Vergütungen erleichtert.

II.3.6. Mitgliedschafts- und Beitragsrecht

Berücksichtigung von Abfindungen beim Gesamteinkommen in der Familienversicherung:

Die Regelung gewährleistet, dass bei der Frage der eigenen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit eines Familienangehörigen die Berücksichtigung von Entlassungsentschädigungen unabhängig von ihrer Auszahlungsweise erfolgt und verhindert insofern eine gleichheitswidrige Aufnahme in die Familienversicherung.

Vereinfachung der Familienversicherung für Stiefkinder und Enkel:

Der Prüfaufwand für die Familienversicherung von Stiefkindern und Enkeln wird reduziert, weil die Krankenkassen nach der Neuregelung den überwiegenden Unterhalt nur dann prüfen müssen, wenn Stiefkinder oder Enkel nicht in häuslicher Gemeinschaft mit dem Mitglied leben.

Familienversicherung von Kindern mit Behinderungen:

Für Kinder mit Behinderungen wird die Durchführung der Familienversicherung ohne Altersgrenze auch in den Fällen ermöglicht, in denen dies bisher nach Ablauf einer Vorrangversicherung nicht möglich war.

Keine Vorversicherungszeit für erwachsene Stief- und Adoptivkinder:

Eine Anrechnung von Kindererziehungszeiten auf die Vorversicherungszeit für die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) wird dann ausgeschlossen, wenn die Elterneigenschaft im Wege einer Adoption oder Eheschließung erst nach den für die Familienversicherung maßgeblichen Altersgrenzen begründet wurde.

Beitragsfreistellung von unterhaltsersetzenden Versorgungsbezüge bei Waisenrentnern:

Eine für pflichtversicherte Waisenrentnerinnen und -rentner bestehende beitragsrechtliche Ungleichbehandlung hinsichtlich der verschiedenen unterhaltsersetzenden Hinterbliebenenleistungen wird beseitigt.

Rente und Versorgungsbezug:

Durch die Regelung wird eine verwaltungsverfahrensrechtliche Rechtsgrundlage geschaffen, die ermöglicht, dass Beitragsbescheide freiwillig versicherter Mitglieder im Falle von Nachzahlungen von Renten und Versorgungsbezügen dem geltenden materiellen Recht entsprechend rückwirkend angepasst werden können.

Verwaltungsvereinfachung und Bürokratieabbau durch Ausweitung des Zahlstellenverfahrens für Beiträge aus Versorgungsbezügen:

Zur Verwaltungsvereinfachung wird das Zahlstellenverfahren für Beiträge aus Versorgungsbezügen konsequent angewandt.

Aufwendungsausgleichsgesetz (AAG):

Im AAG wird eine in der Praxis über viele Jahre erfolgte Auslegung zum Anwendungsbereich nachvollzogen und klargestellt, dass arbeitnehmerähnliche Rechtsverhältnisse von Menschen mit Behinderungen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten nicht an den Umlageverfahren teilnehmen.

II.3.7. Arzneimittelversorgung

Versorgung mit Grippeimpfstoffen:

Es wird gesetzlich geregelt, dass in den Verträgen nach § 129 Absatz 5 Satz 1 SGB V über die Versorgung mit Impfstoffen im Sprechstundenbedarf die Krankenkassen den Einkaufspreis und eine Apothekenvergütung von einem Euro je Einzeldosis bei der Abgabe von Impfstoffen an Ärzte zu erstatten haben. Die Krankenkassen erhalten von den Apotheken auf den Referenzabschlag nach § 130a Absatz 2 Satz 1 einen zusätzlichen gesetzlichen Abschlag. Zudem wird die Bildung des Referenzabschlages neu gefasst.

Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses:

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Beschlüsse über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln für die internationale Öffentlichkeit auch in englischer Fassung zu veröffentlichen.

Zahnärzte:

Weitere Änderungen im Arzneimittelgesetz (AMG) und im Transfusionsgesetz (TFG) dienen der sicheren Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln.

In § 13 Absatz 2b AMG wird klargestellt, dass die erlaubnisfreie Herstellung von Arzneimitteln unter unmittelbarer fachlicher Verantwortung zum Zwecke der persönlichen Anwendung bei einer bestimmten Patientin oder einem bestimmten Patienten auch für Zahnärztinnen und Zahnärzte gilt.

Die Änderungen im Transfusionsgesetz dienen der Gewährleistung der Sicherheit der von Zahnärzten erlaubnisfrei hergestellten und angewendeten Blutzubereitungen nach dem allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der Wissenschaft und Technik im Bereich der Zahnheilkunde. Nach dem Vorbild der Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK) soll der Stand der Erkenntnisse der Wissenschaft und Technik in Richtlinien der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) im Einvernehmen mit der zuständigen Bundesoberbehörde, dem Paul-Ehrlich-Institut (PEI), festgelegt und von diesem im Bundesanzeiger veröffentlicht werden. Für den Zeitraum bis zur Veröffentlichung der Richtlinien gilt § 28 TFG fort.

Großhandelszuschlag:

Zu einer qualitativ guten und gut erreichbaren medizinischen Versorgung gehört auch die Absicherung einer bedarfsgerechten flächendeckenden Bereitstellung von Arzneimitteln durch den Arzneimittelgroßhandel. Für die Abgabe von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln wird deshalb gesetzlich klargestellt, dass der pharmazeutische Großhandel den Festzuschlag von 70 Cent auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers nach der Arzneimittelpreisverordnung zwingend aufschlagen muss. Im Ergebnis wird das bezweckte Ziel des Festzuschlages – Vergütung für den Auftrag zur Belieferung der Apotheken – erreicht.

Streichung des Wahltarifs für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen

Der Wahltarif zur Übernahme der Kosten für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen wird wegen geringer Nachfrage (bundesweit wenige hundert Versicherte) aufgehoben. Entsprechende Satzungsleistungen der Krankenkassen bleiben jedoch unberührt.

II.3.8. Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz, § 65c SGB V)

Die Nachbesserungsfrist für die Erfüllung der Kriterien als Voraussetzung der finanziellen Förderung der klinischen Krebsregister durch die gesetzliche Krankenversicherung wird von einem Jahr auf zwei Jahre verlängert. Damit wird den klinischen Krebsregistern die Möglichkeit gegeben, den geplanten Aufbau abzuschließen, um die Förderkriterien zu erfüllen

II.3.9. Pflegeversicherung (Anschlussregelung Betreuungsdienste)

Mit dem Gesetz werden Betreuungsdienste dauerhaft als Leistungserbringer im Bereich der Pflegeversicherung zugelassen. Damit wird die Versorgung Pflegebedürftiger auf eine breitere fachliche und personelle Basis gestellt. Betreuungsdienste bieten für Pflegebedürftige eine qualitätsgesicherte pflegerische Betreuung sowie Hilfen bei der Haushaltsführung an. Die Regelungen sind notwendig, um der wachsenden Nachfrage nach entsprechender Unterstützung durch ein breiteres Angebot Rechnung zu tragen.

II.3.10. Telematik

Die technologische Entwicklung der modernen Informations- und Kommunikationstechnologien hat in den vergangenen Jahren erhebliche Fortschritte gemacht und ist fester Bestandteil des Lebensalltags vieler Menschen geworden. Viele Menschen nutzen in ihrem Alltag mobile Endgeräte wie zum Beispiel Smartphones oder Tablets, um zu kommunizieren, sich zu informieren oder Geschäfte des alltäglichen Lebens zu tätigen. Diese Lebensrealität soll mit den gesetzlichen Änderungen aufgenommen werden, so dass Versicherte zusätzliche Zugriffs- und Authentifizierungsmöglichkeiten erhalten, um mit mobilen Endgeräten auf ihre medizinischen Daten in ihrer Patientenakte zugreifen zu können.

neue Zugriffswege:

Da die aktuellen gesetzlichen Regelungen nur einen Zugriff unter Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte und mit solchen Komponenten und Diensten vorsehen, die nach den Vorgaben des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik sicherheitszertifiziert sind (z.B. Kartenlesegerät), ist eine Anpassung der bestehenden gesetzlichen Regelungen hinsichtlich der Zugriffswege der Versicherten notwendig. Damit soll den Versicherten ein zusätzlicher technischer Zugriffsweg ohne Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte auf die Daten ihrer elektronischen Patientenakte eröffnet werden. Die bestehenden Zugriffswege sollen daneben erhalten bleiben.

Die Regelung, die einen zusätzlichen Zugriffsweg ohne Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte vorsieht, zielt darauf ab, den Versicherten einen selbstständigen Zugriff mittels mobiler Endgeräte wie Smartphones oder Tablets auf ihre medizinischen Daten der elektronischen Patientenakte zu ermöglichen und verpflichtet die Gesellschaft für Telematik, die Voraussetzungen dafür zu schaffen.

ePA:

Die Krankenkassen werden verpflichtet, ihren Versicherten spätestens ab dem 1. Januar 2021 elektronische Patientenakten zur Verfügung zu stellen.

Störungsmeldungen:

Die Gesellschaft für Telematik wird zudem verpflichtet, das Bundesministerium für Gesundheit über Meldungen nach § 291b Absatz 6 Satz 4 über Störungen oder bedeutende Störungen, die zu beträchtlichen Auswirkungen auf die Sicherheit oder Funktionsfähigkeit der Telematikinfrastruktur führen können oder bereits geführt haben, zu informieren.

II.3.11. Vereinfachung der Verfahren nach § 137e SGB V (Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) und § 137h SGB V (Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse)

Das Verfahren der Beteiligung betroffener Medizinprodukthersteller an den Kosten der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung einer Untersuchungs- und Behandlungsmethode nach § 137e SGB V wird vereinfacht:

- Die betroffenen Medizinprodukthersteller erhalten nunmehr die Wahlfreiheit, die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Erprobung anstelle des G-BA auf eigene Kosten selbst beauftragen zu können.

- Das aufwändige Verfahren einer Erklärung zur Kostenübernahme bereits im Vorfeld einer Erprobung entfällt.

- Im Falle der Beauftragung der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung einer Erprobung durch den G-BA werden die Kosten für die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung durch den G-BA umfassend vorfinanziert; wenn sich die Erprobung auf eine allein stationär erbringbare Methode bezieht, erfolgt eine Vollfinanzierung durch den G-BA.

- Eine Kostenbeteiligung von Medizinprodukteherstellern erfolgt nur noch im Anschluss an die Erprobung im Falle der späteren Aufnahme der Methode in die ambulante Regelversorgung. Die Angemessenheit der Kostenbeteiligung richtet sich wie bisher nach dem Einzelfall.

- Es wird klargestellt, dass der G-BA unverzüglich über eine Aufnahme in die Regelversorgung entscheiden muss, wenn er bei der Prüfung eines Erprobungsantrags feststellt, dass der Nutzen der Methode bereits als hinreichend belegt erscheint und er deshalb eine weitere Erprobung mit der Begründung ablehnt, der Nutzen sei schon hinreichend belegt.

- Die Möglichkeiten der Medizinprodukthersteller, sich bei beim G-BA beraten zu lassen, werden erweitert.

Auch das Verfahren zur Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse nach § 137h SGB V wird vereinfacht. Die Verantwortung der Medizinprodukthersteller wird gestärkt, um die Voraussetzungen für eine effektive und zügige Verfahrensdurchführung sicherzustellen. Hierzu dienen die folgenden Maßnahmen:

- Das bisherige bloße Benehmen zwischen Krankenhaus und Hersteller für die Informationsübermittlung an den G-BA wird durch das Erfordernis einer Einvernehmenserteilung durch den Hersteller ersetzt.

- Die Bewertung durch den G-BA wird vereinfacht, in dem die Notwendigkeit einer Potentialprüfung gestrichen wird. Für den Fall, dass aufgrund der vorgelegten Unterlagen weder ein Nutzen noch ein Schaden bzw. eine Unwirksamkeit der Methode als belegt anzusehen ist, erfolgt eine kontrollierte Leistungserbringung im Rahmen der Krankenhausbehandlung. Es bedarf nicht mehr einer Potentialbewertung und der positiven Feststellung eines Potentials durch den G-BA. Angesichts der Weiterentwicklungen des Konformitätsbewertungsverfahrens nach Maßgabe der Verordnung (EU) 2017/745 kann auf das Erfordernis einer positiven Potentialfeststellung als Voraussetzung für eine Erprobung verzichtet werden.

- Für die Beauftragung und Finanzierung der Erprobung gelten die oben dargestellten Vereinfachungen.

- Ergänzend zur Erprobung werden die betroffenen Hersteller verpflichtet, dem G-BA unverzüglich nach Fertigstellung die Sicherheitsberichte nach Artikel 86 der Verordnung (EU) 2017/745 sowie weitere klinische Daten, die sie im Rahmen der ihnen nach Artikel 83 der Verordnung (EU) 2017/745 obliegenden Überwachung nach dem Inverkehrbringen oder aus klinischen Prüfungen nach dem Inverkehrbringen gewonnen haben, zu übermitteln.

- Die Beratung beim G-BA wird für die Hersteller durch die Möglichkeit der Einbeziehung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte und des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus optimiert, die Beratungsinhalte werden erweitert und zugleich wird eine Gebührenpflicht der Hersteller für diese Beratung eingeführt.

II.3.12. Psychotherapeutische Versorgung

Die psychotherapeutische Behandlung soll zukünftig im Rahmen einer gestuften Versorgung erfolgen. Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält dazu einen Regelungsauftrag in der Psychotherapie-Richtlinie. Er hat Regelungen für eine gestufte und gesteuerte Versorgung für die psychotherapeutische Behandlung einschließlich der Anforderungen an die Qualifikation der für die Behandlungssteuerung verantwortlichen Vertragsärzte und psychologischen Psychotherapeuten zu treffen.

III. Alternativen

Keine.

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die sozialversicherungsrechtlichen Regelungen folgt aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 des Grundgesetzes (Sozialversicherung einschließlich der Arbeitslosenversicherung).

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes zur Änderung des Arzneimittelgesetzes und des Transfusionsgesetzes folgt aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 Grundgesetz (Recht des Apothekenwesens, der Arzneien, der Medizinprodukte, der Heilmittel, der Betäubungsmittel und der Gifte).

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

Das Gesetz ist mit dem Recht der Europäischen Union und mit völkerrechtlichen Verträgen vereinbar, die die Bundesrepublik Deutschland abgeschlossen hat.

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Das Gesetz trägt zur Rechts- und Verwaltungsvereinfachung bei. Dies betrifft insbesondere die Regelung zum Mitgliedschafts- und Beitragsrecht.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Das Gesetz steht im Einklang mit dem Leitgedanken der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung hinsichtlich des sozialen Zusammenhalts der Bürgerinnen und Bürger und der Beschäftigung sowie der Lebensqualität und Gesundheit im Sinne der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie. Mit dem Gesetz werden die notwendigen Reformen des Gesundheitswesens weitergeführt. Der Entwurf zielt auf eine Verbesserung der ambulanten medizinischen Versorgung ab.

Das Gesetz wurde unter Berücksichtigung der Managementregeln der nationalen Nachhaltigkeitsstrategie im Hinblick auf die Nachhaltigkeit geprüft, seine Wirkung entspricht einer nachhaltigen Entwicklung. Er entspricht insbesondere der Managementregel 4 und 9 der

Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie, mit dem Ziel, Gefahren und Risiken für die menschliche Gesundheit zu vermeiden und zur Stärkung des sozialen Zusammenhalts frühzeitig Anpassungen an den demographischen Wandel vorzunehmen. Auch wird dem Nachhaltigkeitsindikator Nummer 14a, b der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie Rechnung getragen, indem mit dem Gesetz auch dem Ziel Rechnung getragen wird, die Fälle der vorzeitigen Sterblichkeit zu verringern, u. a. durch die mit dem Entwurf vorgesehenen Maßnahmen zur Sicherung und Stärkung der ambulanten medizinischen Versorgung.

Die im Gesetz vorgesehenen arzneimittelrechtlichen Regelungen, insbesondere die Regelungen zur Veröffentlichung der Richtlinien der BZÄK zum allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der Wissenschaft und Technik im Bereich der Zahnheilkunde, fördern die Zielsetzung der Managementregel 4, Gefahren und unvertretbare Risiken für die menschliche Gesundheit zu vermeiden.

3. Demografische Aspekte

Das Gesetz vereinfacht den Zugang zur medizinischen Versorgung insbesondere auch bei der Terminvermittlung zu Haus-, Kinder- oder Jugendärztinnen und -ärzten und entlastet damit gerade junge Eltern. Die Leistungen zur Kryokonservierung sind insbesondere für junge Menschen wichtig, bei denen der Kinderwunsch noch nicht erfüllt bzw. die Familienplanung noch nicht abgeschlossen ist. Daneben wird der medizinische Schutz für junge Menschen ab 16 Jahren mit einem substantiellen HIV-Infektionsrisiko ausgebaut. Der Prüfbericht des „Kompetenzzentrum Jugend-Check“ (Projekt des Deutschen Forschungsinstituts für öffentliche Verwaltung; www.jugend-check.de) wurde berücksichtigt.

Die Maßnahmen des Gesetzes tragen im Übrigen dazu bei, dass auch unter den Bedingungen einer steigenden Lebenserwartung der Bürgerinnen und Bürger und der Zunahme chronischer Erkrankungen und Multimorbidität eine bedarfsgerechte, hochwertige und möglichst gut erreichbare medizinische Versorgung der Versicherten sichergestellt ist. Das Gesetz stärkt die ambulante vertragsärztliche Versorgung insbesondere in ländlichen und unterversorgten Gebieten, die von den demografischen Herausforderungen besonders betroffen sind.

4. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Aus den Maßnahmen dieses Gesetzes ergeben sich finanzielle Auswirkungen insbesondere für die gesetzliche Krankenversicherung.

Bund

Für den Bund ergeben sich beim Bundeszuschuss für die Altenteiler im Bereich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung in den Jahren 2019 und 2020 geschätzte jährliche Mehrausgaben in der Größenordnung eines niedrigen einstelligen Millionenbetrages und ab dem Jahr 2021 in der Größenordnung eines höheren einstelligen Millionenbetrages.

Länder und Kommunen

Für Länder und Kommunen ergeben sich keine finanziellen Mehrbelastungen.

Sozialversicherung

Mit den Maßnahmen dieses Gesetzes sind Be- und Entlastungen für die gesetzliche Krankenversicherung verbunden. Aufgrund dezentraler Entscheidungsfindungen und Verhandlungen im Gesundheitswesen und schwer prognostizierbarer Verhaltensanpassungen der Beteiligten sind diese nicht genau quantifizierbar. Vorbehaltlich dessen könnten die Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung durch das Gesetz insgesamt bei voller Wirksamkeit für die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Vergütung sowie und die

Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ab dem Jahr 2019 jährlich einen mittleren dreistelligen Millionenbetrag betragen. Aufgrund schwer prognostizierbarer Entwicklungen der extrabudgetären vertragsärztlichen Leistungen im Verlauf der nächsten Jahre kann es zu nicht quantifizierbaren Minder- oder Mehrausgaben kommen. Durch die Erhöhung der Festzuschüsse beim Zahnersatz ergeben sich ab dem Jahr 2021 geschätzte jährliche Mehrausgaben in einer Größenordnung von rund 570 Millionen Euro. Für die übrigen leistungsrechtlichen Maßnahmen des Gesetzes ergeben sich ab dem Jahr 2019 jeweils geschätzte jährliche Mehrausgaben in einem mittleren zweistelligen Millionenbereich, für die beitragsrechtlichen Maßnahmen geschätzte jährliche Mehreinnahmen in Höhe eines niedrigen zweistelligen Millionenbetrags. Aufgrund der verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung von Diagnosen- und Prozedurenschlüssel können derzeit nicht quantifizierbare Mehrausgaben ab dem Jahr 2028 entstehen. Durch die verbesserten Möglichkeiten zur stufenweise Wiedereingliederung von Langzeiterkrankten können sich für die gesetzliche Krankenversicherung bei konservativer Schätzung Minderausgaben beim Krankengeld und damit verbundene höhere Beitragseinnahmen zunächst im Umfang eines mittleren zweistelligen Millionenbetrags ergeben.

Für die soziale Pflegeversicherung ergeben sich aus den Änderungen im Mitgliedschafts- und Beitragsrecht in Anlehnung an die Finanzwirkungen in der gesetzlichen Krankenversicherung jährliche Mehreinnahmen im mittleren einstelligen Millionenbereich.

Einzelmaßnahmen

Auf die einzelnen Maßnahmen des Gesetzes entfallen folgende Haushaltsausgaben:

4.1. Sprechstundenangebot

4.1.1. Terminservicestellen

Durch die Regelungen zu den erweiterten Aufgaben der Terminservicestellen entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung keine Mehrausgaben (zu den Mehrausgaben durch Vergütungsanreize siehe Punkt 4.1.3.).

4.1.2. Mindestsprechstundenangebot

Durch die Regelungen zum Sprechstundenangebot entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung keine Mehrausgaben (zu den Mehrausgaben durch Vergütungsanreize siehe Punkt 4.1.3.).

4.1.3. Vergütungsanreize

Die jährlichen Mehrbelastungen der gesetzlichen Krankenversicherung für die vertragsärztliche Vergütung können sich je nach Ausgestaltung durch den Bewertungsausschuss bei voller Wirksamkeit auf einen mittleren dreistelligen Millionenbetrag belaufen. Durch die Überprüfung und Aktualisierung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen hinsichtlich der Bewertung technischer Leistungen können die Mehrbelastungen teilweise in geringem und nicht quantifizierbarem Umfang kompensiert werden.

Aufgrund schwer prognostizierbarer Entwicklungen der extrabudgetären vertragsärztlichen Leistungen im Verlauf der nächsten Jahre kann es zu nicht quantifizierbaren Minder- oder Mehrausgaben kommen.

Aufgrund der verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung von Diagnosen- und Prozedurenschlüssel können derzeit nicht quantifizierbare Mehrausgaben ab dem Jahr 2028 entstehen.

4.2. Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung

4.2.1. Regionale Zuschläge

Siehe Punkt 4.1.3.

4.2.2. Strukturfonds der KV

Durch die Regelungen zu den Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigungen können der gesetzlichen Krankenversicherung jährliche Mehrausgaben in Höhe von jährlich bis zu 24 Millionen Euro entstehen. Die gesetzlichen Krankenkassen beteiligen sich an den Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigungen in gleicher Höhe mit jeweils bis zu 0,1 Prozent der vereinbarten Gesamtvergütung.

4.2.3. Eigeneinrichtungen der KV

Durch die Regelungen zu den Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung keine Mehrausgaben.

4.2.4. Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

Durch die Regelungen zu medizinischen Versorgungszentren entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung keine Mehrausgaben.

4.2.5. Bedarfsplanung

Durch die Regelungen zur (befristeten) Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen, können der gesetzlichen Krankenversicherung jährliche Mehrausgaben in nicht quantifizierbarer Höhe Euro entstehen.

4.2.6. Sektorenübergreifende Konfliktlösung

Durch die Regelungen zur sektorenübergreifenden Konfliktlösung entstehen der der gesetzlichen Krankenversicherung keine Mehrausgaben.

4.3. Weitere Maßnahmen

4.3.1. Zahnärztliche Versorgung

Erhöhung Festzuschuss:

Durch die Anhebung der Festzuschüsse für Zahnersatz entstehen ab dem Jahr 2021 jährliche Mehraufwendungen für die gesetzliche Krankenversicherung in Höhe von rund 570 Millionen Euro.

Abschaffung Punktwertdegression:

Die Mehrbelastungen der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Abschaffung der Punktwertedegression belaufen sich auf 55 bis 60 Millionen Euro. Bisher haben die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die Degressionsbeträge abzuschöpfen und an die Krankenkassen weiterzugeben. Diese Honorareinsparungen entfallen künftig.

Kieferorthopädische Leistungen:

Durch Mehrkostenvereinbarungen mit den Versicherten auch im kieferorthopädischen Bereich, die den Leistungsanspruch der Versicherten gegenüber ihrer Krankenkasse nicht berühren, entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung keine Mehrausgaben.

Vertragszahnärztliches Gutachterverfahren:

Durch die Regelungen zum vertragszahnärztlichen Gutachterverfahren entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung keine Mehrausgaben.

4.3.2. Sozialdatenschutz

Abrechnung von Leistungen durch Betriebsärztinnen und Betriebsärzte:

Durch die Regelung zum Abrechnungsverfahren von Schutzimpfungen und anderen Leistungen durch Betriebsärztinnen und Betriebsärzte entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung keine Mehrausgaben.

Qualitätssicherung:

Mit der sozialdatenschutzrechtlichen Klarstellung zur Zulässigkeit einer Zusammenführung von personenbezogenen Daten im Rahmen der Qualitätssicherung (§ 299 SGB V) sind keine Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung verbunden.

Datenübermittlung auf Verlangen des Versicherten:

Mit der sozialdatenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnis der Daten aus der Versichertenauskunft (§ 305 SGB V) sind keine Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung verbunden.

4.3.3. SAPV

Durch die Regelung eines Rahmenvertrages über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung auf Bundesebene entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung keine Mehrausgaben. Bereits bisher hat der GKV-Spitzenverband Rahmenempfehlungen zu den wesentlichen Vertragsinhalten zu erarbeiten.

4.3.4. Leistungsrecht

DO-Angestellte:

Durch die Regelung zur Teilkostenerstattung für Dienstordnungsangestellte der Krankenkassen und ihrer Verbände entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung keine Mehrausgaben.

PrEP:

Durch die Einräumung eines Anspruchs auf Beratung, erforderliche Untersuchungen und die Versorgung mit Arzneimitteln bei Präexpositionsprophylaxe entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung jährliche Mehrkosten von etwa fünf Millionen Euro.

Kryokonservierung:

Durch die leistungsrechtlichen Regelungen zur Kryokonservierung entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung geschätzte Mehrausgaben in Höhe eines mittleren zweistelligen Millionenbetrages.

Stufenweise Wiedereingliederung:

Durch die verbesserten Möglichkeiten langzeiterkrankter Versicherter zur stufenweise Wiedereingliederung in das Arbeitsleben können für die gesetzliche Krankenversicherung nicht konkret bezifferbare Minderausgaben durch eine Verringerung der Bezugsdauer des Krankengeldes sowie damit verbundene Beitragsmehreinnahmen entstehen. Die Entlastungseffekte hängen dabei insbesondere von der möglichen Verkürzungsdauer des Krankengeldbezugs sowie von der Inanspruchnahme ab. Bei konservativer Schätzung ergeben sich

zunächst Minderausgaben in Höhe eines mittleren zweistelligen Millionenbetrags. Dies entspräche etwa 0,5 Prozent des derzeitigen Krankengeldvolumens.

Krankengeld:

Der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen durch die Klarstellung der Wahlmöglichkeit des gesetzlichen Krankengeldes für die nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V versicherten hauptberuflich Selbstständigen Mehrausgaben in nicht quantifizierbarer Höhe, denen entsprechende Mehreinnahmen gegenüberstehen. Durch die Regelung zur Klarstellung hinsichtlich der wirksamen Abgabe einer Krankengeld-Wahlerklärung entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung keine Mehrausgaben.

Der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen durch die Regelung zur Sicherstellung des Krankengeld-Anspruchs bei verspäteter Ausstellung von Folgearbeitsunfähigkeitsbescheinigungen Mehrausgaben in niedriger, aber nicht quantifizierbarer Höhe.

Der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen durch die Regelung zur rechtssicheren Berücksichtigung der Verletztengeldzahlung bei der Höchstbezugsdauer des Krankengeldes keine Mehrausgaben.

Der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen durch die Folgeregelung zum Flexirentengesetz keine Mehrausgaben.

Streichung Berichtspflicht Reha:

Durch die Streichung der Berichtspflicht nach § 40 Absatz 3 Satz 8 SGB V entstehen keine Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung.

Elektronische AU-Bescheinigung:

Durch das elektronische Verfahren zur Übermittlung von Arbeitsunfähigkeitsdaten durch die Ärzte an die Krankenkassen entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung keine Mehrausgaben.

Spätaussiedler:

Bei der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen durch den mit der Streichung der Erstattungsregelung in § 11 Bundesvertriebenengesetz verbundenen Wegfall der Erstattungen aus den Mitteln des Bundes Aufwendungen von etwa 180 000 Euro jährlich.

4.3.5. Verbänderecht, Aufsicht

Fehlverhaltensbekämpfungsstellen:

Durch die Klarstellung der Übermittlungsbefugnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Kranken- und Pflegekassen sowie der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung keine Mehrausgaben.

274-Prüfung:

Durch die Beauftragung von Wirtschaftsprüfern, vereidigten Buchprüfern oder spezialisierten Rechtsanwaltskanzleien im Rahmen der Prüfung nach § 274 Absatz 1 Satz 2 SGB V entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung keine höheren Leistungsausgaben.

Musterkassenordnung:

Durch die Verpflichtung zur Erstellung einer Musterkassenordnung entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung keine Mehrausgaben.

Vorstandsverträge:

Durch die Regelungen zu den Vorstandsverträgen der Selbstverwaltungskörperschaften der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen keine Mehrausgaben.

4.3.6. Mitgliedschafts- und Beitragsrecht

Berücksichtigung von Abfindungen beim Gesamteinkommen in der Familienversicherung:

Durch die Regelung müssen Personen mit einmaligen oder in einzelnen Teilbeträgen ausgezahlten Entlassungsentschädigungen zukünftig als freiwillige Mitglieder Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung entrichten. Daraus entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung geschätzte zusätzliche Mehreinnahmen in Höhe eines niedrigen zweistelligen Millionenbetrages.

Vereinfachung der Familienversicherung für Stiefkinder und Enkel:

Durch die Regelungen entstehen keine Mehrausgaben.

Familienversicherung von Kindern mit Behinderungen:

Kindern mit Behinderungen, die bisher Beiträge aus einer freiwilligen Mitgliedschaft zu entrichten hatten, wird zukünftig unter bestimmten Voraussetzungen anstelle einer freiwilligen Mitgliedschaft zum Mindestbeitrag eine beitragsfreie Familienversicherung ermöglicht. Daraus entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung geringfügige nicht quantifizierbare Mindereinnahmen.

Keine Vorversicherungszeit für erwachsene Stief- und Adoptivkinder:

Durch die Regelungen entstehen keine Mehrausgaben.

Beitragsfreistellung von unterhaltsersetzenden Versorgungsbezüge bei Waisenrentnern:

Die Beitragsfreistellung von Hinterbliebenenleistungen aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis bei versicherungspflichtigen Waisenrentnern nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b SGB V führt zu jährlichen Mindereinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe eines mittleren einstelligen Millionenbetrages.

Rente und Versorgungsbezug:

Für die gesetzliche Krankenversicherung entstehen bei freiwilligen Mitgliedern aufgrund der Anpassung der Beitragsbescheide bei Nachzahlungen von Renten und Versorgungsbezügen geringfügige nicht bezifferbare Mehreinnahmen.

Verwaltungsvereinfachung und Bürokratieabbau durch Ausweitung des Zahlstellenverfahrens für Beiträge aus Versorgungsbezügen:

Durch die Regelungen entstehen keine Mehrausgaben.

AAG:

Durch die Regelungen entstehen keine Mehrausgaben.

4.3.7. Arzneimittelversorgung

Versorgung mit Grippeimpfstoffen:

Die gesetzliche Regelung der Erstattung des Einkaufspreises und der Apothekenvergütung von einem Euro je Impfdosis führt zu nicht quantifizierbaren Mehrausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung. Dem stehen verminderte Ausgaben durch den zusätzlichen gesetzlichen Abschlag auf die Preise für Impfstoffe gegenüber. Eine genauere Quantifizierung ist nicht möglich, da in der Grippeimpfsaison 2018/19 erstmals ausschließlich der Vierfachimpfstoff zu verordnen ist und dieser teurer ist als der Dreifachimpfstoff. Die Vergütung der Apotheken von einem Euro je Impfdosis bei der Abgabe von Impfstoffen an Ärzte entspricht weitgehend bestehenden Vereinbarungen zwischen den Krankenkassen oder ihren Verbänden mit der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Organisation der Apotheker auf Landesebene.

Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses:

Mit der Veröffentlichung einer englischen Fassung der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln entstehen keine Mehrausgaben.

Zahnärzte:

Die gesetzliche Klarstellung zur erlaubnisfreien Herstellung von Arzneimitteln auch durch Zahnärztinnen und Zahnärzte führt zu keinen Mehrausgaben.

Großhandelszuschlag:

Die gesetzliche Klarstellung zu den Großhandelszuschlägen für Fertigarzneimittel in der Arzneimittelpreisverordnung führt zu keinen Mehrausgaben.

Streichung des Wahltarifs für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen

Durch die Streichung des Wahltarifs entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung keine Kosten. Da Wahltarife sich jeweils selbst tragen müssen, ist die Streichung kostenneutral.

4.3.8. Krebsregister

Die Verlängerung der Nachbesserungsfrist zur Erfüllung der GKV-Förderkriterien durch die klinischen Krebsregister von einem Jahr auf zwei Jahre führt nicht zu Mehrausgaben.

4.3.9. Pflegeversicherung (Anschlussregelung Betreuungsdienste)

Von direkten finanziellen Auswirkungen auf die Pflegeversicherung ist nicht auszugehen, da die Leistungsbeträge nicht ausgeweitet werden, sondern nur die Zulassung zur Leistungserbringung auf ambulante Betreuungsdienste ausgeweitet wird.

4.3.10. Telematik

Die grundsätzliche Einführung der elektronischen Patientenakte und von Gesundheitsakten wurde bereits mit dem am 1.Januar 2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetz geregelt. Mit dem Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen, dass in seinen wesentlichen Teilen am 28. Dezember 2015 in Kraft getreten ist, wurde die Gesellschaft für Telematik verpflichtet, bis zum 31. Dezember 2018 die technischen Voraussetzungen für die Einführung der elektronischen Patientenakte zu schaffen.

neue Zugriffswege:

Durch den zusätzlichen technischen Zugriffsweg ohne Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte auf die Daten der elektronischen Patientenakte und die Verpflichtung der Gesellschaft für Telematik, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, entstehen für die gesetzliche Krankenversicherung keine zusätzlichen Ausgaben.

ePA:

Valide Aussagen, in welchem Umfang durch die Nutzung elektronischer Patientenakten Veränderungen des Versorgungsgeschehens und damit der Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zu erwarten sind, lassen sich nicht treffen. Es handelt sich aber um Investitionen in eine Infrastruktur, die die Voraussetzungen für mehr Qualität in der Patientenversorgung schaffen soll.

Störungsmeldungen:

Durch die Verpflichtung der Gesellschaft für Telematik, das Bundesministerium für Gesundheit über Störungen der Telematikinfrastruktur zu informieren, entstehen für die gesetzliche Krankenversicherung keine zusätzlichen Ausgaben.

4.3.11. Vereinfachung der Verfahren nach § 137e SGB V (Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) und § 137h SGB V (Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse)

Durch die Vereinfachung der Verfahren nach den §§ 137e und 137h SGB V entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung über den Erfüllungsaufwand des Gemeinsamen Bundesausschusses hinaus keine zusätzlichen Mehrausgaben.

4.3.12. Psychotherapeutische Versorgung

Durch den Richtlinienauftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss für eine gestufte und gesteuerte Versorgung entstehen keine Mehrausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung. Das Nähere bleibt der Ausgestaltung der Psychotherapie-Richtlinie vorbehalten.

5. Erfüllungsaufwand

Bürgerinnen und Bürger

Bürgerinnen und Bürger werden aufgrund der ab 1. Januar 2021 vorgesehenen elektronischen Übermittlung von AU-Bescheinigungen um mindestens 43 Millionen Euro entlastet. Darüber hinaus entsteht im Zusammenhang mit Nachweis- und Mitwirkungspflichten bei der Geltendmachung sozialrechtlicher Ansprüche kein erheblicher neuer Erfüllungsaufwand.

Wirtschaft

Den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten entsteht durch Mindestsprechstundenzeiten und durch offene Sprechstunden, sofern diese nicht bereits angeboten werden, ein geringfügiger Erfüllungsaufwand für die Praxisorganisation und ein geringfügiger Erfüllungsaufwand für die Beachtung der verbindlichen Regelungen zur Kodierung. Der Erfüllungsaufwand für die Informationspflicht der Zahnärztinnen und Zahnärzte gegenüber den Versicherten im Hinblick auf Mehrkostenvereinbarungen bewegt sich im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Aufklärungspflichten. Für Hersteller von Medizinprodukten ergibt sich geringfügiger Erfüllungsaufwand im Bewertungsverfahren neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse für die Übermittlung vorliegender Daten.

Verwaltung

Den Kassenärztlichen Vereinigungen entsteht insbesondere durch neue Anforderungen an die Terminservicestellen ein jährlicher Erfüllungsaufwand von rund neun Millionen Euro und für die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung durch Strukturfonds und Eigeneinrichtungen geringer einmaliger sowie jährlicher Erfüllungsaufwand. Die mitglieds- und beitragsrechtlichen Regelungen führen für die gesetzlichen Krankenkassen teilweise zu geringeren und teilweise zu höheren jährlichen Verwaltungsaufwand in geringfügigem Umfang. Den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entsteht geringer einmaliger Verwaltungsaufwand durch neue kollektivvertragliche Vereinbarungen und Prüfaufgaben hinsichtlich der Bewertung und Vergütung vertragsärztlicher Leistungen und vertragszahnärztlicher Mehrleistungen. Gleiches gilt für die Einrichtung eines sektorenübergreifenden Schiedswesens. Darüber hinaus entsteht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ein einmaliger und geringfügiger laufender Erfüllungsaufwand durch die Erstellung und Aktualisierung der verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung von Diagnosen- und Prozedurenschlüssel. Der Gesellschaft für Telematik entsteht für die Spezifizierung der Authentifizierungsverfahren für den Zugriff auf die elektronische Patientenakte einmalig Erfüllungsaufwand von rund 200 000 Euro. Für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ergibt sich Mehraufwand durch die Umstellung der Finanzierung der Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

Dem Bund entsteht geringfügiger Verwaltungsaufwand durch die Rechtsprüfung verschiedener Beschlüsse der Selbstverwaltung im Rahmen der staatlichen Aufsicht.

Einzelmaßnahmen

Auf die einzelnen Maßnahmen des Gesetzes entfällt folgender Erfüllungsaufwand:

5.1. Sprechstundenangebot

5.1.1. Terminservicestellen

Den Kassenärztlichen Vereinigungen entsteht durch die erweiterten Aufgaben der Terminservicestellen aufgrund der anzunehmenden Erhöhung der Inanspruchnahme ein geschätzter jährlicher zusätzlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 9 Millionen Euro. Hierbei ist bereits ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entwickeltes Online-Angebot berücksichtigt, durch das die Terminservicestellen in einem deutlichen Umfang entlastet werden.

Zudem entsteht für die Kassenärztliche Bundesvereinigung aufgrund der Anpassung der Richtlinie nach § 75 Absatz 7 Satz 1 Nummer 4 SGB V und der neu aufzustellenden Richtlinie nach § 75 Absatz 1a Satz 1 Nummer 5 SGB V ein einmaliger Erfüllungsaufwand von geschätzt wenigen tausend Euro.

5.1.2. Mindestsprechstundenangebot

Den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten entsteht durch die Anforderungen an das Angebot von Mindestsprechstundenzeiten und offene Sprechstunden, soweit diese nicht bereits angeboten werden, ein geringfügiger Erfüllungsaufwand für die Praxisorganisation. Im Einzelfall kann es erforderlich sein, die Arbeitszeiten des Praxispersonals zu erhöhen, wenn die Erhöhung der Sprechstundenzeiten zu einer zusätzlichen Arbeitsbelastung führt (jährlicher Erfüllungsaufwand). Zudem sind die geänderten Praxiszeiten bekannt zu geben (einmaliger Erfüllungsaufwand).

5.1.3. Vergütungsanreize

Beim Bewertungsausschuss (GKV-Spitzenverband und Kassenärztliche Bundesvereinigung) entsteht für die Überprüfung und Beschlussfassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen im Durchschnitt ein einmaliger Erfüllungsaufwand in

Höhe von rund 13 000 Euro je Beschlussfassungsverfahren. Insgesamt entsteht für die Beschlussfassungen nach § 87 und § 87a SGB V ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 39 000 Euro.

Beim Bund (Bundesministerium für Gesundheit) entsteht durch die Prüfung der Beschlüsse zur Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen nach § 87 und § 87a SGB V ein Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 600 Euro.

Darüber hinaus entsteht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ein einmaliger und geringfügiger laufender Erfüllungsaufwand durch die Erstellung und jährliche Aktualisierung der verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung von Diagnosen- und Prozedurenschlüssel. Ab dem Jahr 2022 entsteht dadurch je nach Ausgestaltung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ein geringfügiger zusätzlicher Erfüllungsaufwand für die einzelne Vertragsärztin oder den einzelnen Vertragsarzt zu deren bisheriger Kodierung durch die Beachtung der verbindlichen Regelungen zur Vergabe und Übermittlung von Diagnosen- und Prozedurenschlüssel.

5.2. Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung

5.2.1. Regionale Zuschläge

Den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen entsteht Erfüllungsaufwand für die Verhandlungen bzw. Festlegung über die Höhe der Sicherstellungzuschläge je Leistungserbringer und die Anforderungen an den berechtigten Leistungserbringerkreis. Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen entsteht ein geringer Erfüllungsaufwand durch die Auszahlung der Sicherstellungszuschläge. Nach Schätzungen beläuft sich der Erfüllungsaufwand insgesamt auf einen Betrag von rund 60 000 Euro.

5.2.2. Strukturfonds der KV

Den Kassenärztlichen Vereinigungen entsteht ein geringer Erfüllungsaufwand der geschätzt deutlich unterhalb der Bagatellgrenze liegt, da bereits alle Kassenärztlichen Vereinigungen einen Strukturfonds eingerichtet haben. Durch die Möglichkeit der Erhöhung der Strukturfondsmittel können sich lediglich die Anzahl oder der jeweilige Auszahlungsbetrag der Fördermaßnahmen erhöhen.

5.2.3. Eigeneinrichtungen der KV

Den Kassenärztlichen Vereinigungen entsteht durch die verbindliche Vorgabe von Eigeneinrichtungen bei Vorliegen von Unterversorgung oder drohender Unterversorgung geschätzt ein einmaliger Erfüllungsaufwand im unteren sechsstelligen Bereich. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass in diesem Zusammenhang zukünftig andere Maßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung entfallen.

5.2.4. Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

Durch die Regelungen zu medizinischen Versorgungszentren entsteht für diese kein neuer Erfüllungsaufwand.

5.2.5. Bedarfsplanung

Die Regelungen zur Bedarfsplanung führen zu keinem neuen Verwaltungsaufwand für den Gemeinsamen Bundesausschuss und dessen Träger, da der gesetzliche Auftrag zur Überprüfung und Weiterentwicklung der Bedarfsplanungs-Richtlinie bereits mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz erteilt wurde.

5.2.6. Sektorenübergreifende Konfliktlösung

Die Regelungen zur sektorenübergreifenden Konfliktlösung sind mit einem einmaligen Verwaltungsaufwand für die Errichtung der neuen dreiseitigen Schiedsgremien durch die jeweiligen Trägerorganisationen (auf Bundesebene: GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft; auf Landesebene: Landesverbände der Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Landeskrankenhausgesellschaften) verbunden. Durch die Konstituierung der dreiseitigen Schiedsgremien werden die Geschäftsstellen der zweiseitigen Schiedsämter auf Bundes- und Landesebene von Verfahren im dreiseitigen Versorgungsbereich entlastet. Da die neuen sektorenübergreifenden Schiedsgremien diejenigen Schiedsverfahren führen, die bisher von den zweiseitigen (erweiterten) Schiedsämtern geführt wurden, und mit den Regelungen keine neuen zusätzlichen Verfahren geschaffen werden, entsteht in der Summe kein neuer laufender Verwaltungsaufwand.

5.3. Weitere Maßnahmen

5.3.1. Zahnärztliche Versorgung

Erhöhung Festzuschuss:

Durch die Anhebung der Festzuschüsse für Zahnersatz entsteht kein neuer Erfüllungsaufwand.

Abschaffung Punktwertdegression:

Durch die Abschaffung der Punktwertedegression entsteht kein neuer Erfüllungsaufwand.

Kieferorthopädische Leistungen:

Den Zahnärztinnen und Zahnärzten entsteht mit dem Schriftformerfordernis für die erfolgte Information und Aufklärung des Versicherten zu Mehrkostenvereinbarungen ein wiederkehrender zusätzlicher Erfüllungsaufwand. Bereits nach geltender Rechtslage sind die Zahnärztinnen und Zahnärzte durch die §§ 630c und 630e des Bürgerlichen Gesetzbuches dazu verpflichtet, den Versicherten über Behandlungsalternativen sowie die damit verbundenen, möglichen Mehrkosten aufzuklären.

Den Versicherten entsteht ein geringfügiger Erfüllungsaufwand durch die Unterzeichnung der schriftlichen Erklärung, über die in Betracht kommenden Behandlungsalternativen und die von der Krankenkasse zu tragenden bzw. selbst zu tragenden Kostenanteile aufgeklärt worden zu sein.

Den Bundesmantelvertragspartnern entsteht durch die Vorgabe, einen Katalog der typischerweise als Mehrleistungen vereinbarungsfähigen Leistungen zu erstellen, ein geringer einmaliger Erfüllungsaufwand. Hierfür können sie zurückgreifen auf den 2016 zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden vereinbarten Katalog, der typischerweise als Mehr- bzw. Zusatzleistungen vereinbarungs- und abrechnungsfähigen Leistungen. Den Bundesmantelvertragspartnern entsteht durch die Vorschrift, verbindliche Formularvordrucke für die Mehrkostenvereinbarungen zu vereinbaren, ein geringer Erfüllungsaufwand. Den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen entsteht durch die anlassbezogene Prüfung, ob Zahnärztinnen und Zahnärzte ihren Aufklärungs- und Informationspflichten nachgekommen sind, ein Erfüllungsaufwand. Dessen Ausmaß ist davon abhängig, wie häufig sich die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen veranlasst sehen, entsprechende Prüfungen vorzunehmen und wie komplex der jeweilige Einzelfall einzustufen ist.

Vertragszahnärztliches Gutachterverfahren:

Durch die Regelungen zum vertragszahnärztlichen Gutachterverfahren entsteht kein neuer Erfüllungsaufwand.

5.3.2. Sozialdatenschutz

Abrechnung von Leistungen durch Betriebsärztinnen und Betriebsärzte:

Mit der Einbeziehung von Leistungen im Rahmen von Verträgen zur Versorgung mit Schutzimpfungen nach § 132e SGB V und Verträgen über die Versorgung durch Betriebsärzte nach § 132f SGB V in die Abrechnung nach § 295a SGB V wird der Erfüllungsaufwand für die Leistungserbringer und Krankenkassen geringfügig reduziert, da sie nunmehr bereits etablierte Verfahren und Übermittlungswege für die Abrechnung der erbrachten Leistungen nutzen können.

Qualitätssicherung:

Die sozialdatenschutzrechtliche Klarstellung zur Zulässigkeit einer Zusammenführung von personenbezogenen Daten im Rahmen der Qualitätssicherung (§ 299 SGB V) verursachen nur geringen Erfüllungsaufwand bei den Stellen der Qualitätssicherungsverfahren und den Krankenkassen.

Datenübermittlung auf Verlangen des Versicherten:

Die sozialdatenschutzrechtliche Übermittlungsbefugnis der Daten aus der Versichertenauskunft (§ 305 SGB V) verursachen nur geringen Erfüllungsaufwand bei den Krankenkassen.

5.3.3. SAPV

Durch die Regelung besonderer Zulassungsverträge über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung entsteht den Krankenkassen und SAPV-Leistungserbringern kein neuer Erfüllungsaufwand. Bereits bisher haben die Krankenkassen mit allen geeigneten Leistungserbringern entsprechende Versorgungsverträge geschlossen.

5.3.4. Leistungsrecht

DO-Angestellte:

Durch die Klarstellung zur Teilkostenerstattung für Dienstordnungsangestellte der Krankenkassen und ihrer Verbände entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

PrEP:

Durch die Regelung zu Leistungen bei Präexpositionsprophylaxe entsteht weder den anspruchsberechtigten Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung noch den Krankenkassen neuer Erfüllungsaufwand.

Kryokonservierung:

Durch die Regelungen zur Kryokonservierung entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

Stufenweise Wiedereingliederung:

Durch die Regelung zur Stärkung der stufenweisen Wiedereingliederung entsteht bei den Krankenkassen kein Erfüllungsaufwand. Den Ärztinnen und Ärzten entsteht durch die regelmäßige Prüfung der stufenweisen Wiedereingliederung spätestens ab einer Dauer von sechs Wochen Arbeitsunfähigkeit ein geringer zusätzlicher Erfüllungsaufwand. Bereits nach geltender Rechtslage sollen Ärztinnen und Ärzte eine stufenweise Wiedereingliederung empfehlen, wenn Versicherte hierdurch voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden können.

Krankengeld:

Durch die Regelung zur Klarstellung der Wahlmöglichkeit des gesetzlichen Krankengeldes für die nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V versicherten hauptberuflich Selbstständigen sowie zur Klarstellung hinsichtlich der wirksamen Abgabe einer Krankengeld-Wahlerklärung entstehen den Krankenkassen keine zusätzlichen Verwaltungsaufwände.

Den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung, denen die Regelung zur Sicherstellung des Krankengeld-Anspruchs bei verspäteter Ausstellung von Folgearbeitsunfähigkeitsbescheinigungen zugutekommt, entsteht kein zusätzlicher Aufwand. Für die Krankenkassen ergeben sich keine Veränderungen zur üblichen Bearbeitung eines Krankengeldfalles.

Durch die Regelung zur rechtssicheren Berücksichtigung der Verletztengeldzahlung bei der Höchstbezugsdauer des Krankengeldes entstehen den Krankenkassen keine zusätzlichen Verwaltungsaufwände.

Den von der Regelung zur Berechtigung der Krankenkassen, zur Antragstellung nach § 34 Absatz 3e des Sechsten Buches auffordern zu können, betroffenen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung entsteht durch die Stellung eines entsprechenden Antrages nach § 34 Absatz 3e SGB VI ein geringer Aufwand. Im Zusammenhang mit der Ausübung pflichtgemäßen Ermessens entstehen den Krankenkassen zusätzliche Verwaltungsaufwände, die als gering einzuschätzen sind. Demgegenüber ergibt sich eine Verminderung des Aufwandes daraus, dass längere Zeiträume mit Erstattungsansprüchen und Rückabwicklungen zwischen Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern vermieden werden. Im Übrigen entstehen den Krankenkassen durch die Folgeregelung zum Flexirentengesetz keine zusätzlichen Verwaltungsaufwände.

Streichung Berichtspflicht Reha:

Für Krankenkassen und Aufsichtsbehörden verringert sich durch die Streichung der Berichtspflicht nach § 40 Absatz 3 Satz 8 SGB V der Erfüllungsaufwand geringfügiger, da nur sehr wenige Fälle beim Bundesversicherungsamt (10 Fälle in den Jahren 2009 bis 2010) gemeldet wurden.

Elektronische AU-Bescheinigung:

Für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung ergibt sich durch Einführung eines einheitlichen und verbindlichen elektronischen Verfahrens zur Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten durch die Ärztinnen und Ärzte an die Krankenkassen eine Verfahrenserleichterung, da durch die klarstellende Festlegung der Übermittlungspflichten die Übersendung durch den Versicherten an die Krankenkasse entfällt. Ausgehend von der jährlichen Fallzahl an Arbeitsunfähigkeiten beträgt die Entlastung für Bürgerinnen und Bürger mindestens 43 Millionen Euro.

Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhäusern entsteht ein Aufwand durch die Übermittlungspflichten, der aber durch die Nutzung der zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelung vorhandenen Telematikinfrastruktur als gering eingeschätzt wird. Der technische Umstellungsaufwand bei Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhäusern ist unerheblich, da sie bereits an die Telematikinfrastruktur angeschlossen sind und auf bestehende Verfahren der Telematikinfrastruktur aufgesetzt werden kann.

Den Krankenkassen entstehen Verwaltungsaufwände hinsichtlich der Annahme und Verarbeitung der von den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Einrichtungen zu übermittelnden Daten. Im Vergleich zu der bisherigen Übertragung der per Post oder per E-Mail an die Krankenkassen übersandten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigun-

gen in die Datenverarbeitungssysteme der Krankenkassen ist eine Reduzierung des Verwaltungsaufwandes anzunehmen. Eine technische Anbindung der Krankenkassen an die Telematikinfrastruktur besteht bereits.

Spätaussiedler:

Durch die Abschaffung des aufwändigen Erstattungsverfahrens nach § 11 Bundesvertriebenengesetz entfällt sowohl beim Bund als auch bei den Ländern sowie bei den Krankenkassen teilweise erheblicher Verwaltungsaufwand. Die Krankenkassen hatten bislang die ihnen entstehenden Aufwendungen für die Versorgung nach § 11 Bundesvertriebenengesetz nach Einzelfällen mit der vom Land bestimmten Erstattungsbehörde abzurechnen; für jeden Leistungsempfänger war ein Hauptbeleg zu fertigen, in einem Kostennachweis zusammenzufassen und der Erstattungsbehörde zu übersenden. Die Anzahl der Erstattungsfälle belief sich in den Jahren 2013 bis 2016 auf etwa 50 bis 130 Fälle jährlich. Die Erstattungsbehörde hatte die Kostennachweise und Hauptbelege zu prüfen sowie mindestens einmal jährlich die Beweisstücke, die den Leistungen zugrunde gelegen haben, stichprobenweise bei der Krankenkasse zu prüfen.

Die Zuweisungen aus Bundesmitteln für dieses Erstattungsverfahren hat das Bundesministerium für Gesundheit dem Bundesversicherungsamt zur selbständigen Bewirtschaftung zugewiesen. Das Bundesversicherungsamt hat die Bewirtschaftung den zuständigen Landesaufsichtsbehörden übertragen, die die Mittel dann an die vom Land bestimmten Erstattungsbehörden weiterleiteten. Wenngleich die Fallzahlen abgenommen haben, mussten zur Aufrechterhaltung des Erstattungsverfahrens auf allen Verwaltungsebenen entsprechende Verwaltungsstrukturen vorgehalten werden, die nunmehr entfallen können.

5.3.5. Verbänderecht, Aufsicht

Fehlverhaltensbekämpfungsstellen:

Durch die Klarstellung der Übermittlungsbefugnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen der Kranken- und Pflegekassen sowie der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen entsteht den Trägern der Stellen kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

274-Prüfung:

Den Selbstverwaltungskörperschaften der gesetzlichen Krankenversicherung auf Bundesebene entstehen für die Beauftragung von Wirtschaftsprüfern, vereidigten Buchprüfern oder spezialisierten Rechtsanwaltskanzleien im Rahmen der Prüfung nach § 274 Absatz 1 Satz 2 SGB V, die von diesen auch bei Beauftragung durch das Bundesministerium für Gesundheit refinanziert werden, geringfügige jährliche Belastungen, da die Beauftragung im Prüfturnus von fünf Jahren lediglich in besonderen Fällen erfolgen soll.

Musterkassenordnung:

Durch die Verpflichtung zur Erstellung einer Musterkassenordnung entstehen dem GKV-Spitzenverband und dem Bundesversicherungsamt geringfügige Mehrausgaben zur Abstimmung der Musterkassenordnung. Der zusätzliche Aufwand wird sich auf unter 100 000 Euro für die Abstimmung und für den weiteren Aktualisierungsbedarf bei Rechtsänderungen belaufen. Bei den Krankenkassen reduzieren sich im Gegenzug die Kosten zur Erstellung einer Kassenordnung, da allenfalls Abweichungen von der Musterkassenordnung geregelt und den Aufsichtsbehörden angezeigt werden müssen. Bei Übernahme der Musterkassenordnung entfällt sowohl bei den Krankenkassen als auch bei den Aufsichtsbehörden der aufwendige Prüf- und Abstimmungsprozess vollständig, der bisher bei jeder einzelnen Kassenordnung notwendig ist. Auf Basis einer Musterkassenanordnung wären von den Aufsichtsbehörden lediglich Abweichungen im Einzelfall zu prüfen und abzustimmen. Die Kosten werden sich allein beim Bundesversicherungsamt um rund 90 Prozent von derzeit

191 100 Euro auf 13 600 reduzieren. Die Kostenersparnis bei den Krankenkassen ist abhängig von der Übernahme der Regelungen der Musterkassenordnung und kann daher nicht quantifiziert werden.

Vorstandsverträge:

Durch die Konkretisierung der Veröffentlichungspflicht zur Vorstandsvergütung für alle Selbstverwaltungskörperschaften in der gesetzlichen Krankenversicherung und die Regelungen zu den Vorstandsdienstverträgen der Spitzenorganisationen in der gesetzlichen Krankenversicherung auf Bundesebene, die der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit unterstehen, entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

5.3.6. Mitgliedschafts- und Beitragsrecht

Berücksichtigung von Abfindungen beim Gesamteinkommen in der Familienversicherung:

Bürgerinnen und Bürgern als Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung entsteht durch die Berücksichtigung von einmaligen Abfindungen und Entlassungsentschädigungen bei der Familienversicherung nur geringer zusätzlicher Aufwand, da sie bereits nach geltender Rechtslage laufende Abfindungszahlungen nachzuweisen haben.

Für die Krankenkassen entsteht kein Umstellungsaufwand, da laufende Abfindungszahlungen seit jeher als Gesamteinkommen zu berücksichtigen waren und die Krankenkassen im Rahmen ihrer Verfahrensabläufe sicherzustellen hatten, dass die Familienversicherung bei Überschreiten der Einkommensgrenze nicht durchzuführen war. Für einmalige Abfindungszahlungen können diese Prozesse gleichermaßen genutzt werden.

Vereinfachung der Familienversicherung für Stiefkinder und Enkel:

Die Voraussetzungen der Familienversicherung von Stief- und Enkelkindern können nunmehr durch den Nachweis der Aufnahme des Kindes in den Haushalt des Mitglieds erfüllt werden. Dadurch werden Bürgerinnen und Bürger als Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung entlastet, da der bisher zwingend erforderliche regelmäßige Nachweis der wirtschaftlichen Verhältnisse innerhalb der Familiengemeinschaft entfällt. Der Regelfall der Familienversicherung ist die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern, Ehegatten und eingetragenen Lebenspartnern von Mitgliedern. Die Aufnahme von Stiefkindern und Enkeln ist ein Ausnahmefall, so dass von einer vergleichsweise geringen Fallzahl auszugehen ist.

Die Regelung reduziert den Verwaltungsaufwand für die Krankenkassen bei der Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen für die Familienversicherung. Die Krankenkassen mussten den bisher allein vorausgesetzten überwiegenden Unterhalt immer dann beurteilen und neu feststellen, wenn sich die wirtschaftlichen Verhältnisse innerhalb der Familiengemeinschaft und infolgedessen der Unterhaltsbedarf des Einzelnen geändert hat. Diese Prüfung entfällt künftig, sofern die Aufnahme des Stief- oder Enkelkindes in den Haushalt des Mitglieds festgestellt werden kann.

Familienversicherung von Kindern mit Behinderungen:

Es entsteht kein Erfüllungsaufwand.

Keine Vorversicherungszeit für erwachsene Stief- und Adoptivkinder:

Es entsteht kein Erfüllungsaufwand.

Beitragsfreistellung von unterhaltsersetzenden Versorgungsbezügen bei Waisenrentnern:

Durch die Regelung entsteht den Krankenkassen kein nennenswerter zusätzlicher Verwaltungsaufwand.

Rente und Versorgungsbezug:

Durch die Regelung entsteht den Krankenkassen ein zusätzlicher nicht bezifferbarer, aber gering einzuschätzender Verwaltungsaufwand durch die rückwirkende Aufhebung und Neufestsetzung der Beiträge unter Berücksichtigung der Nachzahlungen.

Verwaltungsvereinfachung und Bürokratieabbau durch Ausweitung des Zahlstellenverfahrens für Beiträge aus Versorgungsbezügen:

Bürgerinnen und Bürger als Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung werden dadurch entlastet, dass die Zahlungspflicht künftig die Zahlstelle trifft und sie nicht mehr sicherzustellen haben, dass der durch Bescheid der Krankenkasse festgestellte Beitrag aus Versorgungsbezügen jeweils rechtzeitig gezahlt wird. Da im Normalfall ein Versorgungsbezug und der Rentenbezug gleichzeitig beginnen oder nur um wenige Monate voneinander abweichen, ist von einer geringen Fallzahl auszugehen.

Kleinere Zahlstellen von Versorgungsbezügen, die künftig das Zahlstellenverfahren durchführen müssen, werden ausgehend von heutigen informationstechnologischen Möglichkeiten nur geringfügig belastet.

Die vollständige Einbeziehung kleinerer Zahlstellen in das Zahlstellenverfahren reduziert den Verwaltungsaufwand der Krankenkassen nicht nur hinsichtlich der wegfallenden Genehmigung der bisherigen Ausnahmeregelung. Der Verwaltungsaufwand wird ferner dadurch reduziert, dass die Beiträge (aus den von den kleineren Zahlstellen gezahlten Versorgungsbezügen) künftig nicht mehr durch Bescheid gegenüber dem Versicherten festgesetzt und der Beitragseinzug beim Versicherten nicht mehr überwacht werden muss. Insgesamt handelt es sich jedoch um Ausnahmefälle, sodass von einer geringen Fallzahl auszugehen ist. Gleichzeitig werden die betroffenen Zahlstellen insofern entlastet, als das Verfahren vereinheitlicht wird und die Beantragung der Ausnahme entfällt.

AAG:

Durch die klarstellende Regelung der in der Praxis über viele Jahre erfolgten Auslegung zur Nichtteilnahme der arbeitnehmerähnlichen Rechtsverhältnisse von Menschen mit Behinderungen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten an den Umlageverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz werden weiterhin für die anerkannten Werkstätten für Menschen mit Behinderungen Aufwände vermieden, die sich aus der Ermittlung der Anzahl der in arbeitnehmerähnlichen Rechtsverhältnissen tätigen Menschen mit Behinderungen sowie aus der Ermittlung der den Umlagebeiträgen zugrunde zu legenden beitragspflichtigen Einnahmen ergeben würden.

Durch die Regelung entstehen den Krankenkassen keine zusätzlichen Verwaltungsaufwände.

5.3.7. Arzneimittelversorgung

Versorgung mit Grippeimpfstoffen:

Die gesetzliche Regelung der Erstattung des Einkaufspreises kann zu einem neuen geringfügigen Erfüllungsaufwand für Apotheken und pharmazeutischen Unternehmern in den Fällen führen, in denen die Krankenkassen Nachweise zu den Preisen von Impfstoffen verlangen. Für die Änderung bei der Ermittlung des Referenzpreises entsteht den pharmazeutischen Unternehmern kein neuer Erfüllungsaufwand.

Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses:

Der Gemeinsame Bundesausschuss fasst im Jahr durchschnittlich rund 60 Beschlüsse nach § 35a SGB V. Der Umfang der Beschlüsse unterscheidet sich; er ist unter anderem

von der Anzahl der untersuchten Patientengruppen abhängig und lässt sich daher nicht valide vorhersehen. Ausgehend von einer ungefähren Beschlusslänge von 10 000 Zeichen für die Beschlüsse selbst sowie einer ungefähren Länge der Zusammenfassung der tragenden Gründe von 3 000 Zeichen und einem Grundhonorar der Übersetzer von 1,55 Euro für jeweils angefangene 55 Anschläge des schriftlichen Textes (gemäß § 11 Absatz 1 des Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetzes) ist mit einem jährlichen Erfüllungsaufwand für den Gemeinsamen Bundesausschuss von rund 22 000 Euro zu rechnen.

Zahnärzte:

Für Zahnärztinnen und Zahnärzte entsteht durch die Veröffentlichung der Richtlinien der BZÄK zum allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der Wissenschaft und Technik im Bereich der Zahnheilkunde eine Entlastung durch den teilweise zeitlich aufwändigen Wegfall eigener Recherchen, die nicht näher bestimmt werden kann.

Für die BZÄK entsteht Erfüllungsaufwand durch den Auftrag in den neuen §§ 12a Absatz 3 und 18 Absatz 3 TFG, Feststellungen zum allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der Wissenschaft und Technik für die Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und die Anwendung von Blutprodukten, die Qualitätssicherung der Anwendung von Blutprodukten und ihre Überwachung durch die Zahnärzteschaft etc. im Bereich der Zahnheilkunde zu treffen. Dieser dürfte von geringerem Umfang sein. Zum einen ist es ohnehin Aufgabe der BZÄK, als Standesorganisation der Zahnärzte den allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der Wissenschaft und Technik im Bereich der Zahnheilkunde in Richtlinien und Leitlinien festzustellen. Zum anderen hat die BZÄK bereits Vorarbeiten im Rahmen der Veröffentlichung des Standes der Wissenschaft und Technik nach § 28 TFG in den Zahnärztlichen Mitteilungen geleistet, so dass keine grundständig neu zu bewältigende Aufgabe anfällt.

Für die Bundesverwaltung entsteht beim PEI im Rahmen des Einvernehmens nach den neuen §§ 12a Absatz 3 und 18 Absatz 3 TFG, jeweils in Verbindung mit Absatz 1, ein Mehraufwand. Dieser dürfte aufgrund der bereits stattgefundenen fachlichen Befassung mit den Mitteilungen der BZÄK nach § 28 TFG und der vorliegenden Expertise zu den Richtlinien der BÄK im Bereich der Hämotherapie nach §§ 12a Absatz 1 und 18 Absatz 1 TFG von geringem Umfang sein. Für die Überwachungsbehörden der Länder entsteht kein zusätzlicher Aufwand, weil die Richtlinie der BZÄK die bisherigen Mitteilungen der BZÄK ersetzt.

Großhandelszuschlag:

Die gesetzliche Klarstellung zu den Großhandelszuschlägen für Fertigarzneimittel in der Arzneimittelpreisverordnung führt zu keinem neuen Erfüllungsaufwand für den pharmazeutischen Großhandel.

Streichung des Wahltarifs für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen

Durch die Streichung des Wahltarifs entfällt für die gesetzlichen Krankenkassen Erfüllungsaufwand in geringem Umfang.

5.3.8. Krebsregister

Die Verlängerung der Nachbesserungsfrist zur Erfüllung der GKV-Förderkriterien durch die klinischen Krebsregister von einem Jahr auf zwei Jahre führt zu keinem erhöhten Erfüllungsaufwand.

5.3.9. Pflegeversicherung (Anschlussregelung Betreuungsdienste)

In den Verbänden und beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird mit einem geringfügigen Erfüllungsaufwand gerechnet. Durch die Umsetzung ergibt sich auf Seiten der ambulanten Leistungserbringer ein jährlicher Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 35 000

Euro. Nur für einen Teil der bereits am Markt befindlichen ambulanten Leistungserbringer (Pflegedienste, niederschwellige Angebote) ist mit der Inanspruchnahme mehrerer Leistungserbringer gleichzeitig zu rechnen. Für diese ist mit einem zusätzlichen Erfüllungsaufwand in Form der Erfragung und Niederschrift zum Vertrag zu rechnen, der sich aus der nun notwendigen Berücksichtigung aller in Anspruch genommenen Leistungserbringer im Pflegevertrag und der Bereitstellung von Informationen zum Umwandlungsanspruch nach § 45a Absatz 4 SGB XI ergibt.

5.3.10. Telematik

Die grundsätzliche Einführung der elektronischen Patientenakte und von Gesundheitsakten wurde bereits mit dem am 1.Januar 2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetz geregelt. Mit dem Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen, dass in seinen wesentlichen Teilen am 28. Dezember 2015 in Kraft getreten ist, wurde die Gesellschaft für Telematik verpflichtet, bis zum 31. Dezember 2018 die technischen Voraussetzungen für die Einführung der elektronischen Patientenakte zu schaffen.

neue Zugriffswege:

Für die Spezifizierung der alternativen Authentifizierungsverfahren mit denen der Versicherte ohne Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte auf die Daten der elektronischen Patientenakte zuzugreifen kann entsteht der gematik ein einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 200 000 Euro.

ePA:

Einige Krankenkassen haben bereits damit begonnen, für ihre Versicherten kassenindividuelle Gesundheitsakten einzuführen. Sie nutzen dabei unterschiedliche Geschäftsmodelle sowie unterschiedliche technische Ansätze und befinden sich erst in Erprobungsphasen. Mit der Verpflichtung der Krankenkassen, ihren Versicherten spätestens ab dem 1. Januar 2021 eine von der Gesellschaft für Telematik zugelassene Patientenakte anzubieten, wird darauf hingewirkt, dass für alle gesetzlich Versicherten Patientenakten ins Gesundheitssystem eingeführt werden, die sektorenübergreifend bei allen Leistungserbringern und auch kassenübergreifend nutzbar sind. Die Einführung von Patientenakten für alle Versicherten hat zusätzliche Ausgaben bei den Krankenkassen zur Folge. Diese können jedoch noch nicht quantifiziert werden. Sie hängen zum einen insbesondere von den grundlegenden Anforderungen an die Patientenakte ab, die von der Gesellschaft für Telematik auf Grundlage der bereits geltenden gesetzlichen Regelungen bis Ende 2018 festzulegen sind. Zum anderen hängen die Ausgaben der Krankenkassen von den Preisen ab, zu denen die Industrie diese Patientenakten bzw. die Anpassung bestehender Aktensysteme den Krankenkassen in Abhängigkeit von der Anzahl der Versicherten oder in Abhängigkeit vom Umfang der Inanspruchnahme durch die Versicherten anbieten wird.

Störungsmeldungen:

Durch die Verpflichtung der Gesellschaft für Telematik, das Bundesministerium für Gesundheit über Störungen der Telematikinfrastruktur zu informieren, entsteht nur geringfügiger Erfüllungsaufwand.

5.3.11. Vereinfachung der Verfahren nach § 137e SGB V (Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) und § 137h SGB V (Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse)

Durch die Umstellung der Finanzierung der Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 137e SGB V, deren technische Anwendung maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinprodukts beruht, kann für den Gemeinsamen Bundesausschuss insbesondere in denjenigen Fällen ein zusätzlicher Erfüllungsaufwand entstehen, in denen die

Erprobung nicht zur Aufnahme der Methode in die ambulante Regelversorgung führt und damit keine Kostenbeteiligung der Medizinprodukthersteller mehr erfolgt. Da der G-BA bereits eine vorgelagerte Potentialbewertung durchgeführt hat, wird davon auszugehen sein, dass nur Methoden mit Aussicht auf erfolgreiche Erprobungen und damit Verbesserungen der Versorgung Gegenstand einer Erprobung werden. Da allerdings nicht abschätzbar ist, ob und in welchem Umfang es zu Erprobungen mit negativem Ergebnis kommen wird und auch die Kosten der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung von den medizinischen und methodischen Anforderungen des Einzelfalls abhängen, kann der Mehraufwand nicht näher quantifiziert werden. Die Kostenschätzungen des Gemeinsamen Bundesausschusses hinsichtlich der bisher beschlossenen Erprobungsrichtlinien mit Herstellerbeteiligung belaufen sich auf durchschnittliche Gesamtkosten pro Studie in Höhe von etwa 2 Millionen Euro über die gesamte Studienlaufzeit, die der G-BA in bestimmten Fällen auch bisher anteilig je nach dem Umfang der angemessenen Kostenbeteiligung der Hersteller zu tragen hat.

Denkbar ist eine Entlastung durch eine nun gesetzlich ebenso mögliche und vollständig herstellerfinanzierte Studienbeauftragung in eigener Verantwortung anstelle der Beauftragung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss. Es kann nicht verlässlich prognostiziert werden, wie viele Hersteller von dieser Möglichkeit der eigenständigen Beauftragung Gebrauch machen werden.

Durch die bestehende Verknüpfung des Verfahrens zur Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse nach § 137h SGB V mit dem Verfahren zur Erprobung nach § 137e SGB V gelten die dargestellten Erwägungen hier entsprechend. Für die beteiligten Hersteller ergibt sich aus der vorgesehenen Informationspflicht zur Übermittlung der Sicherheitsberichte sowie weiterer nach dem Inverkehrbringen gewonnener Daten aus klinischen Prüfungen an den G-BA ein Erfüllungsaufwand in Form von Bürokratiekosten. Diese Kosten sind gering, weil die Daten bei den Herstellern vorliegen und lediglich an den G-BA weiterzuleiten sind.

Durch die Optimierung der Beratung beim G-BA zu dem Verfahren nach § 137h SGB V, insbesondere die Beteiligung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte und des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus auf Wunsch der Beratungsinteressenten, entsteht insbesondere für die Institute ein zusätzlicher Erfüllungsaufwand. Dieser wird durch die Einführung einer Gebührenpflicht der Hersteller für die Inanspruchnahme der optimierten und erweiterten Beratungsmöglichkeiten kompensiert. Die konkrete Ausgestaltung der Beratung einschließlich der Gebührenerhebung erfolgt durch den G-BA, so dass eine nähere Quantifizierung gegenwärtig nicht möglich ist.

4.3.12. Psychotherapeutische Versorgung

Durch die Regelungen entsteht kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

6. Weitere Kosten

Aus den gesetzlichen Maßnahmen ergeben sich wegen des im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt geringen Umfangs der finanziellen Be- und Entlastungen isoliert betrachtet allenfalls geringe, nicht quantifizierbare Auswirkungen auf das allgemeine Preisniveau und das Verbraucherpreisniveau.

Nennenswerte Auswirkungen auf die Einzelpreise von Waren und Dienstleistungen im Gesundheitssektor werden nicht hervorgerufen.

7. Weitere Gesetzesfolgen

Auswirkungen von gleichstellungspolitischer Bedeutung sind nicht zu erwarten, weil mit dem Gesetz keine Regelungen getroffen werden, die sich spezifisch auf die Lebenssituation von Frauen und Männern auswirken.

VII. Befristung; Evaluierung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung evaluiert gemäß § 75 Absatz 1a SGB V die Auswirkungen der Tätigkeit der Terminservicestellen insbesondere im Hinblick auf die Erreichung der fristgemäßen Vermittlung von Facharztterminen, auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme und auf die Vermittlungsquote und berichtet darüber jährlich dem Bundesministerium für Gesundheit.

Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Wirkungen der ärztlichen Verordnung der Präexpositionsprophylaxe auf das Infektionsgeschehen bis Ende 2020 nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards.

Im Übrigen ist keine Befristung oder Evaluierung der Regelungen erforderlich.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung SGB V)

Zu Nummer 1 (§ 4)

Bereinigung einer gegenstandslos gewordenen Vorschrift, die eine Reduzierung der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen bei nicht rechtzeitiger Ausgabe der elektronische Gesundheitskarte (eGK) für die Jahre 2012 und 2013 vorsah.

Zu Nummer 2 (§ 5)

Zu Buchstabe a

Die Änderung gewährleistet, dass die Anrechnung von Kindererziehungszeiten auf die für die Versicherungspflicht der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 erforderliche Vorversicherungszeit nicht erfolgt, wenn die Elterneigenschaft im Wege einer Adoption oder Eheschließung erst nach den für die Familienversicherung maßgeblichen Altersgrenzen begründet wurde. In diesen Fällen kann eine entsprechende Erziehungsleistung, die sich auf den Versicherungsstatus der Eltern ausgewirkt hat, ausgeschlossen werden. Demnach ist in diesen Fällen eine pauschale Anrechnung von Kindererziehungszeiten nach § 5 Absatz 2 Satz 3 auf die für die Versicherungspflicht der KVdR nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 erforderliche Vorversicherungszeit nicht sachgerecht.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6, auf den diese Vorschrift Bezug nimmt. Der Bezug knüpft künftig an das bisherige Recht an.

Zu Nummer 3 (§ 6)

In Absatz 8 hat der Gesetzgeber für das Jahr 2004 die der Bestimmung der Jahresarbeitsentgeltgrenze zugrunde zu legenden Ausgangswerte festgelegt, so wie sie der Sozialversicherungsrechengrößenverordnung für das Jahr 2004 zugrunde gelegt wurden. Die Regelung kann zur Rechtsbereinigung gestrichen werden.

Zu Nummer 4 (§ 7)

Zur Rechtsbereinigung wird die Übergangsregelung des § 7 Absatz 3 wegen Zeitablaufs aufgehoben.

Zu Nummer 5 (§ 9)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Bereinigung einer gegenstandslos gewordenen Übergangsregelung, die Rentnern, die aufgrund einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts in der Krankenversicherung der Rentner versicherungspflichtig wurden, die Wahl der freiwilligen Versicherung erlaubte.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung von § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6.

Zu Nummer 6 (§ 10)

Zu Buchstabe a

Die Neuregelung sieht vor, dass auch einmalige oder in einzelnen Teilbeträgen ausgezahlte Entlassungsentschädigungen bei der Einkommensgrenze für die Familienversicherung zu berücksichtigen sind.

Die beitragsfreie Familienversicherung setzt die Schutzbedürftigkeit der erfassten Familienangehörigen voraus. Eine solche Schutzbedürftigkeit liegt grundsätzlich nicht vor, wenn eine eigene wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Familienangehörigen besteht. Übersteigt die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Familienangehörigen die Einkommensgrenze nach § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5, ist eine Entlastung der Familie im Wege einer beitragsfreien Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht geboten und dem betroffenen Familienangehörigen vielmehr eine eigene Beitragszahlung zuzumuten.

Das für die Bestimmung der eigenen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit eines Familienangehörigen maßgebliche Gesamteinkommen ist gemäß § 16 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) nach den Vorschriften des Einkommensteuerrechts zu bestimmen. Zu den steuerpflichtigen Einnahmen aus nichtselbstständiger Arbeit zählen auch Abfindungen, Entschädigungen oder ähnliche Leistungen, die wegen Beendigung eines Arbeitsverhältnisses gezahlt wurden. Dementsprechend ist eine vom Arbeitgeber in monatlichen Raten gezahlte steuerpflichtige Abfindung dem Gesamteinkommen nach § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 zuzurechnen (so auch das Urteil des Bundessozialgerichts vom 25. Januar 2006 – B 12 KR 2/05 R). Hingegen steht eine einmalige Abfindung wegen Beendigung des Arbeitsverhältnisses der Familienversicherung für die Zeit nach Erhalt dieser Abfindung nicht entgegen, entschied das Bundessozialgericht (Urteil des Bundessozialgerichts vom 9. Oktober 2007 – B 5b/8 KN 1/06 KR R). Grund hierfür ist jedoch nicht die Einnahmeart, sondern die nach § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 vorausgesetzte monatliche Zahlungsweise der Entlassungsentschädigung. Die Berücksichtigung einer solchen Leistung für die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Familienangehörigen hängt insofern nach der bisherigen Rechtslage von der vertraglichen Vereinbarung zwischen dem Familienangehörigen und seinem vorherigen Arbeitgeber ab. Dies kann zu ungerechtfertigten Ungleichbehandlungen führen, denn auch lediglich einmalig ausgezahlte Entschädigungen, die als Ersatz für entgangene oder entgehende Einnahmen gewährt worden sind, bestimmen die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit einer Person im Sinne regelmäßiger monatlicher Einkommensverhältnisse.

Vor diesem Hintergrund gewährleistet die Neuregelung, dass auch eine einmalige oder in einzelnen Teilbeträgen ausgezahlte Entlassungsentschädigung als Gesamteinkommen bei der Feststellung der für die Familienversicherung maßgeblichen Einkommensgrenze zu berücksichtigen ist. Dabei trägt der fingierte Bezug der Einmalzahlung als laufende Zahlung in Höhe des letzten Arbeitsentgelts den individuellen Familienverhältnissen Rechnung und

ist insofern sachgerecht zur Feststellung des Zeitpunktes, ab dem eine aus der Entschädigungsleistung resultierende wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des aus dem Arbeitsverhältnis ausgeschiedenen Familienmitglieds nicht mehr besteht. Umgesetzt wird die Anrechnungsregel, in dem die Entschädigungssumme durch das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt geteilt wird. Der sich daraus ergebende Wert ist auf eine volle Zahl zu runden und bestimmt die Anzahl der Monate, in denen das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt zu berücksichtigen ist.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Angabe der erstmaligen Geltung der Regelung ist gegenstandslos geworden und wird zur Rechtsbereinigung gestrichen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Für Menschen mit Behinderungen, die außerstande sind, sich selbst zu unterhalten, ist gesetzlich ein Anspruch auf Familienversicherung ohne die Berücksichtigung einer Altersgrenze vorgesehen, wenn die Behinderung zum Zeitpunkt des Bestehens einer Familienversicherung unter Berücksichtigung einer der Altersgrenzen für Kinder bereits vorlag.

Soweit die Familienversicherung wegen einer Vorrangversicherung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ausgeschlossen ist und die Vorrangversicherung nach Erreichen der Altersgrenzen des Absatzes 2 Nummer 1, 2 oder 3 endet, führt die Regelung nach bisheriger Rechtslage dazu, dass diese Menschen mit Behinderungen nicht in die Familienversicherung einbezogen werden können. Sie können ihre Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung als freiwillige Versicherung fortsetzen, für die Beiträge nach der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit erhoben werden, mindestens jedoch ein Betrag ausgehend von der gesetzlich vorgeschriebenen Mindestbemessungsgrundlage nach § 240 Absatz 4 Satz 1.

Die Änderung bewirkt, dass die Familienversicherung ohne Altersgrenze im Anschluss an eine beendete Vorrangversicherung durchgeführt wird, wenn die Behinderung, aufgrund derer sich das Kind nicht selbst unterhalten kann, innerhalb der Altersgrenzen des Absatzes 2 Nummer 1, 2 oder 3 eingetreten ist und die Familienversicherung nur aufgrund einer Vorrangversicherung nicht durchgeführt werden konnte. Damit werden insbesondere Kinder mit Behinderungen, die eine Waisenrente beziehen und aufgrund dessen einer gegenüber der Familienversicherung vorrangigen Versicherungspflicht unterliegen, nach dem Ende des Waisenrentenbezugs den Kindern mit Behinderungen gleichgestellt, die keine Waisenrente bezogen.

Bei Vorliegen der genannten Voraussetzungen kann die Familienversicherung ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes auch für alle bisher freiwillig Versicherten durchgeführt werden; die freiwillige Versicherung endet unter den Voraussetzungen des § 191 Nummer 3.

Zu Buchstabe c

§ 10 Absatz 4 Satz 1 regelt ergänzende Voraussetzungen für die Familienversicherung von Stiefkindern und Enkeln von Mitgliedern. Bislang sah die Regelung vor, dass Stief- und Enkelkinder von Mitgliedern nur dann familienversichert sind, wenn sie vom Mitglied „überwiegend unterhalten“ werden. Zur Feststellung des überwiegenden Unterhalts bedurfte es bislang in jedem Einzelfall der Prüfung, ob das Mitglied dem Stief- oder Enkelkind gegenüber Geld-, Sach- und/oder Betreuungsleistungen erbringt, die dessen Unterhaltsbedarf zu mehr als der Hälfte abdecken. Auf das Zusammenleben im gemeinsamen Haushalt kam es dagegen nicht entscheidend an. Die Feststellung des überwiegenden Unterhalts im Einzelfall ist in der Praxis mit erheblichem Verwaltungsaufwand verbunden.

Durch die Rechtsänderung wird das Kriterium des „überwiegenden Unterhalts“ durch das alternative Kriterium der Aufnahme des Stiefkindes bzw. Enkels in den Haushalt des Mitglieds ergänzt. Eine Aufnahme des Stiefkindes oder Enkelkindes in den Haushalt des Mitglieds liegt vor, wenn eine auf längere Dauer angelegte häusliche Gemeinschaft zwischen dem Mitglied und dem Stief- bzw. Enkelkind besteht. Wesentlich für die Haushaltsaufnahme ist, dass das Kind innerhalb der Familiengemeinschaft versorgt und betreut wird. Im Regelfall kann davon ausgegangen werden, dass eine solche häusliche Gemeinschaft besteht, wenn das Stief- oder Enkelkind im Haushalt des Mitglieds seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt (§ 30 Absatz 1 SGB I) hat.

Durch das alternative Kriterium der Haushaltsaufnahme wird auch weiterhin der Anwendungsbereich der Norm auf Konstellationen begrenzt, die dem Schutzzweck der Familienversicherung entsprechen. Gleichzeitig wird der Verwaltungsaufwand für die Krankenkassen verringert und die Prüfung des überwiegenden Unterhalts auf die Fälle begrenzt, bei denen es konkrete Anhaltspunkte für das Fehlen einer häuslichen Gemeinschaft gibt.

Zu Nummer 7 (§ 13)

Mit der Ergänzung in § 13 Absatz 3a Satz 4 wird auf die neu eingeführte Ermächtigungsgrundlage des vertragszahnärztlichen Gutachterverfahrens verwiesen.

Zu Nummer 8 (§ 14)

Die Änderung stellt klar, dass das Verfahren der Teilkostenerstattung auch auf Versorgungsempfänger der Krankenkassen zur Anwendung kommen kann.

Für Dienstordnungsangestellte der Krankenkassen und ihrer Verbände ermöglicht § 14 eine so genannte Teilkostenerstattung, die es diesem dem Grunde nach beihilfeberechtigten, aber GKV-nahen Personenkreis ermöglichen soll, ohne größere finanzielle Einbußen gesetzlich krankenversichert zu bleiben. Streitig war bislang, ob die Krankenkassen die Teilkostenversicherung auch für Versorgungsempfänger (also pensionierte DO-Angestellte) durchführen dürfen.

Die Änderung schafft insoweit Rechtsklarheit und stellt die gängige Praxis der Krankenkassen auf eine sichere Grundlage.

Zu Nummer 9 (§ 20j)

Versicherte mit substantiellem HIV-Infektionsrisiko erhalten einen Anspruch auf ärztliche Beratung, erforderliche Untersuchungen und Versorgung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zur Präexpositionsprophylaxe (PrEP). Die PrEP ist ein ergänzender Baustein einer effektiven Präventionsstrategie, die zum Ziel hat, die HIV-Neuinfektionen in Deutschland wirksam einzudämmen und die Zahl der Menschen, die an AIDS erkranken, zu senken. In Staaten, in denen die PrEP bereits seit einigen Jahren zur Verfügung steht, konnte in Studien nachgewiesen werden, dass die Zahl der HIV-Neuinfektionen um bis zu 40 Prozent gesunken ist. Die PrEP bietet damit einen wirksamen Infektionsschutz in einem Bereich, für den Impfungen bislang nicht zur Verfügung stehen und ist damit ein wichtiger Faktor für die öffentliche Gesundheit.

Um die Wirksamkeit der PrEP zu überprüfen und mögliche Nebenwirkungen zu kontrollieren, müssen regelmäßige Begleituntersuchungen (auch risikoadaptierte Diagnostik) durchgeführt werden. Deshalb wird ein Anspruch auf ärztliche Beratung und erforderliche Untersuchungen für die PrEP für Versicherte mit substantiellem HIV-Infektionsrisiko eingeräumt und der Anspruch auf Versorgung mit dem verschreibungspflichtigen Arzneimittel an die vorherige Inanspruchnahme der ärztlichen Beratung gekoppelt. Die ärztliche Beratung, Untersuchung und Verordnung erfolgen wegen der Neuheit von PrEP durch Ärztinnen und Ärzte mit besonderen Kenntnissen und Erfahrungen. Die Bundesmantelvertragspartner

werden verpflichtet, den konkreten Kreis der Anspruchsberechtigten und der zur Ausführung der Leistungen qualifizierten Ärztinnen und Ärzte zu vereinbaren. Die Vereinbarungen sollten sich an den aktuellen deutsch-österreichischen Leitlinien der Deutschen AIDS-Gesellschaft (DAIG) zur HIV-Präexpositionsprophylaxe orientieren. Der Bewertungsausschuss wird infolge der bundesmantelvertraglichen Vereinbarung beauftragt, den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zu überprüfen und anzupassen, um eine Abrechnung dieser Leistungen zu ermöglichen. Innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten der Regelung ist damit die Erbringung der PrEP als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung möglich. Nach geltender Beschlusslage des Bewertungsausschusses werden die mit PrEP verbundenen neuen Leistungen – hier aufgrund von Veränderungen des gesetzlichen Leistungsumfangs – zwei Jahre extrabudgetär vergütet, im Anschluss kann der Bewertungsausschuss eine Fortführung empfehlen.

Bei der Abgabe der verschreibungspflichtigen Arzneimittel zur PrEP in Apotheken haben die Versicherten eine Zuzahlung nach den auch sonst geltenden Regelungen zu leisten. § 31 Absatz 2 bis 4 gilt.

Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Wirkungen der ärztlichen Verordnung der PrEP auf das Infektionsgeschehen nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards bis Ende 2020. Die Evaluation soll insbesondere Daten zu den HIV-Neuinfektionen und die Anzahl der Verordnungen der PrEP enthalten, um Rückschlüsse auf die Wirksamkeit der getroffenen Regelung ziehen zu können. Gleichzeitig soll in den Blick genommen werden, ob weitere Personengruppen, wie z.B. Mitarbeiter im Gesundheitswesen, einer solchen Prophylaxe bedürfen.

Zu Nummer 10 (§ 27a)

Zu Buchstabe a

Der Leistungsanspruch der künstlichen Befruchtung nach § 27a wird um die Möglichkeit der Kryokonservierung ergänzt, wenn aufgrund einer Erkrankung (z. B. einer Krebserkrankung oder einer rheumatologischen Erkrankung) und deren Behandlung mittels einer keimzellschädigenden Therapie die Gefahr der Unfruchtbarkeit besteht und eine Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe erforderlich ist, um eine zukünftige künstliche Befruchtung mit Hilfe der kryokonservierten Ei- oder Samenzellen oder des kryokonservierten Keimzellgewebes zu ermöglichen.

Nach der Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) vom 17. Februar 2010, Az. B 1 KR 10/09 R, ist das Einfrieren und die Lagerung von Eierstockgewebe als Teilausschnitt der Gesamtbehandlung von der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 27 Absatz 1 zu übernehmen, wenn es eine unselbstständige Vorbereitungshandlung der späteren (eigentlichen) ärztlichen Krankenbehandlung zur Wiederherstellung der Empfängnisfähigkeit darstellt, die in Form der Implantation des Gewebes stattfindet.

Anders zu beurteilen ist es aber, wenn eine Kryokonservierung von Körperzellen (nur) eine spätere künstliche Befruchtung ermöglichen soll. Nach ständiger Rechtsprechung des BSG werden von den Leistungen zur künstlichen Befruchtung nach § 27a bisher nur Maßnahmen umfasst, die dem einzelnen natürlichen Zeugungsakt entsprechen und unmittelbar der Befruchtung dienen, nicht aber eine Kryokonservierung und Lagerung von Samenzellen oder vorsorglich gewonnener Eizellen für die Wiederholung eines Versuchs der Befruchtung (vgl. BSG, Urteil vom 17. Februar 2010, Az. B 1 KR 10/09 R, m.w.N.).

Mit der Änderung soll der Anspruch auf Kryokonservierung Personen zu Gute kommen, die aufgrund einer Erkrankung eine keimzellschädigende Therapie in Anspruch nehmen müssen und bei denen zwar keine spätere Wiederherstellung der Zeugungsfähigkeit oder Empfängnisfähigkeit an sich in Betracht kommt, für die aber eine spätere künstliche Befruchtung in Frage kommen könnte.

Bei Vorliegen der leistungsrechtlichen Voraussetzungen übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung danach künftig die Kosten für die erforderlichen Leistungen im Zusammenhang mit der Kryokonservierung, insbesondere Entnahme, Aufbereitung, Lagerung und ein späteres Auftauen, in vollem Umfang im Rahmen des Sachleistungsprinzips. Dabei ist der Anspruch nach Absatz 4 nicht an die für die spätere künstliche Befruchtung geltenden Voraussetzungen der unteren Altersgrenze von 25 Jahren und der Ehe geknüpft. Der Anspruch nach Absatz 4 endet mit Erreichen der oberen Altersgrenze nach Absatz 3 Satz 1 2. Halbsatz, weil die Kryokonservierung die spätere Vornahme einer künstlichen Befruchtung ermöglichen soll. Diesbezüglich ist eine Kostenübernahme mit Erreichen der oberen Altersgrenze ausgeschlossen. Der Umfang der Kostenübernahme für eine sich anschließende künstliche Befruchtung bleibt unverändert.

Zu Buchstabe b

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist nach dem bisherigen Absatz 4 damit beauftragt, in den Richtlinien nach § 92 die medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der Maßnahmen nach Absatz 1 zu bestimmen. Durch die Ergänzung wird dieser Auftrag im Hinblick auf den neuen Absatz 4 erweitert.

Zu Nummer 11 (§ 28)

Bereinigung einer gegenstandslos gewordenen Fristangabe für die (umgesetzte) erstmalige Festlegung delegationsfähiger Leistungen durch die Bundesmantelvertragspartner bis zum 31. Juni 2012. Die gesetzliche Verpflichtung zur Festlegung bleibt im Übrigen bestehen.

Zu Nummer 12 (§ 29)

Zu Satz 1

Mit der Mehrkostenregelung in Satz 1 wird sichergestellt, dass für Versicherte, die statt der medizinisch indizierten und nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichenden und zweckmäßigen kieferorthopädischen Leistung eine andere Behandlungsalternative wählen, die Krankenkasse die Kosten für die Versorgung für vergleichbare im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildete kieferorthopädische Leistung trägt. Den Differenzbetrag zu den Kosten der gewählten Behandlungsalternative haben die Versicherten aus eigenen Mitteln zu tragen.

Zu Satz 2

Sofern die Versicherten kieferorthopädische Leistungen wählen, die mit der im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildeten kieferorthopädischen Leistung vergleichbar sind und sich lediglich in der Durchführungsart oder durch die eingesetzten Behandlungsmittel (z.B. die eingesetzten Materialien) unterscheiden, trägt die Krankenkasse die Kosten der im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildeten vergleichbaren kieferorthopädischen Leistungen. Die Kosten werden als Sachleistung über die Kassenzahnärztliche Vereinigung abgerechnet. Sie sind Bestandteil der Gesamtvergütung nach § 85. Für den Versicherten bedeutet dies, dass die ihm gestellte Rechnung für die kieferorthopädische Behandlung nur den Differenzbetrag zwischen den Kosten der vom Versicherten gewählten kieferorthopädischen Leistung und den Kosten für die vergleichbare im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildete Leistung ausweisen darf.

Zu Satz 3

Zur Verbesserung der Transparenz und näheren Konkretisierung der nicht im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildeten Leistungen wird dem Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen bis zum 31.12.2022 aufgegeben, die

Mehrleistungen zu beschließen. Der Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen kann diesbezüglich auch Leistungen festlegen, welche außerhalb des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen stehenden Leistungen nicht als Mehrleistungen anzusehen sind (sog. Zusatzleistungen).

Zusatzleistungen sind solche zahnärztlichen-kieferorthopädischen Leistungen, die von den im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen beschriebenen Leistungen in einem Maße abweichen, dass mit ihrer Durchführung die Leistungsbeschreibung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen nicht mehr erfüllt wird. Zusatzleistungen dürfen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nicht zu Lasten der Krankenkasse erbracht werden, weswegen die Kosten für Zusatzleistungen vom Versicherten in voller Höhe selbst zu tragen sind.

Zu den Sätzen 4 bis 6

Nach § 630c Absatz 2 und 3 und § 630e des Bürgerliches Gesetzbuches ist der Zahnarzt als Behandelnder dazu verpflichtet, den Versicherten als Patienten über Behandlungsalternativen sowie die damit verbundenen, möglichen Mehrkosten aufzuklären. Die Aufklärungs- und Informationspflichten über mit Behandlungsalternativen verbundene Mehrkosten werden zur Klarstellung in Satz 5 aufgenommen. Darüber hinaus wird ein gesetzliches Schriftformerfordernis für die erfolgte Information und Aufklärung festgelegt. Die schriftliche Vereinbarung dient neben den Beweiszwecken für den Zahnarzt über die erfolgte Aufklärung dazu, den Versicherten rechtzeitig und vollständig über die zu erwartenden zusätzlichen finanziellen Belastungen zu informieren. Um eine einheitliche und vollständige Aufklärung über die zu erwartenden Mehrkosten zu gewährleisten, wird den Bundesmantelvertragspartnern aufgegeben, hierfür Formularvordrucke zu erstellen, die dann von den Zahnärzten verbindlich zugrunde zu legen sind.

Zu den Sätzen 7 bis 11

Zur Sicherstellung, dass die Aufklärungs- und Informationspflichten aus den Sätzen 4 und 5 von den Zahnärzten erfüllt werden, werden die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen dazu verpflichtet, die Einhaltung der Pflichten aus Satz 5 und 6 zu überwachen. Eine Überprüfung der Aufklärungs- und Informationspflichten erfolgt anlassbezogen. Eine Überprüfung kommt insbesondere in Betracht, wenn sich Versicherte über ihren Zahnarzt beschweren oder ein Zahnarzt deutlich häufiger als andere Zahnärzte Mehrkostenvereinbarungen abschließt. Eine derartige Prüfung ist nur möglich, wenn den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die hierfür benötigten Daten zur Verfügung stehen. Deshalb werden die Zahnärzte verpflichtet, den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die erforderlichen Informationen und Auskünfte zu erteilen. Um die für die Zahnärzte nach Satz 5 und 6 geltende Aufklärungs- und Informationspflicht durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen prüfen zu können, ist es erforderlich, dass die Zahnärzte den Nachweis der erfolgten Aufklärung den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen vorlegen. Die schriftliche Vereinbarung nach Satz 5 und die schriftliche Erklärung nach Satz 6 erfassen nur die Tatsache der erfolgten Aufklärung und Information. Diese versichertenbezogenen Daten sind den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen ohne Einwilligung der Versicherten vorzulegen. Dies ist erforderlich, um den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen eine wirksame Prüfung über die Aufklärungs- und Informationspflichten zu ermöglichen und sicherzustellen, dass die Prüfung der Einhaltung der Beratungspflicht nicht durch eine fehlende Einwilligungserklärung des Versicherten verhindert wird.

Der damit verbundene Eingriff in das Recht auf informationelle Selbstbestimmung der Versicherten ist auch verhältnismäßig, weil die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen außer den Nachweis über die erfolgte Aufklärung und Information durch den Zahnarzt keine Informationen erhalten, die über den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen bereits vorliegenden versichertenbezogenen Informationen hinausgehen.

Sofern auf Grundlage der schriftlichen Vereinbarung nach Satz 5 und der schriftlichen Erklärung nach Satz 6 die Überprüfung der Aufklärungs- und Informationspflichten nicht möglich ist bzw. die vereinbarten Mehr- und Zusatzkosten nicht nachvollzogen werden können, ist es zudem erforderlich, Einblick in behandlungs- und rechnungsbegründende Unterlagen und somit in sensible medizinische Daten der Versicherten zu nehmen. Aus Gründen der berechtigten Interessen der betroffenen Versicherten und der Verhältnismäßigkeit ist nach Satz 12 gesetzlich vorgesehen, dass hierzu vorher die schriftliche oder elektronische Einwilligung der jeweiligen versicherten Person einzuholen ist. Ist eine solche Einwilligung erfolgt, sind die Zahnärzte zur Datenübermittlung an die Kassenzahnärztliche Vereinigung verpflichtet.

Zu Nummer 13 (§ 31a)

Es handelt sich um eine Bereinigung einer gegenstandslosen Fristangabe zum erstmaligen Zeitpunkt, ab dem Versicherte Anspruch auf einen Medikationsplan haben. Dieser Anspruch besteht seitdem.

Zu Nummer 14 (§ 33)

Es handelt sich um eine Verweiskorrektur.

Zu Nummer 15 (§ 35a)

Alle Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses und damit auch Beschlüsse über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln nach § 35a Absatz 3 müssen der Öffentlichkeit transparent zur Verfügung stehen und werden deshalb auf seiner Internetseite veröffentlicht. Bereits jetzt veröffentlicht der Gemeinsame Bundesausschuss zu einzelnen Beschlüssen auch eine englische Übersetzung, um die Öffentlichkeit über die Beschlüsse zu informieren. Dies soll künftig regelhaft für alle Beschlüsse nach § 35a Absatz 3 erfolgen. Deshalb wird der Gemeinsame Bundesausschuss verpflichtet, eine englische Übersetzung der Beschlüsse nach § 35a Absatz 3 auf seiner Internetseite zu veröffentlichen. Zusätzlich soll er eine Zusammenfassung der tragenden Gründe zu dem Beschluss erstellen und diese ebenfalls in die englische Sprache übersetzen und veröffentlichen. Dazu hat er einen Monat Zeit. Die englische Fassung des Beschlusses und der Zusammenfassung der tragenden Gründe entfalten keine normative Wirkung, sondern dienen lediglich der Information und sind nicht Bestandteil der Arzneimittelrichtlinie. Die Zusammenfassung der tragenden Gründe des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses soll sich auf die medizinisch-wissenschaftlichen Aspekte konzentrieren jeweils zu den Kategorien Mortalität, Morbidität, Lebensqualität und Nebenwirkungen, sowie zusammenfassend zu dem Gesamtzusatznutzen je Patientengruppe. Die englische Übersetzung der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Zusammenfassung der tragenden Gründe zu den jeweiligen Arzneimitteln ermöglicht es insbesondere anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union, die darin enthaltene Information auch im Rahmen der von ihnen durchgeführten nationalen Verfahren zur Gesundheitstechnologiebewertung zu verwenden.

Zu Nummer 16 (§ 37b)

Bereinigung einer gegenstandslos gewordenen Fristangabe, die die (erfolgte) erstmalige Vorlage des Berichts des GKV-Spitzenverbandes über die Entwicklung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung bis zum 31. Dezember 2017 vorsah. Die Berichtspflicht alle drei Jahre bleibt bestehen.

Zu Nummer 17 (§ 39)

Es handelt sich um eine Folgeänderung in der Schiedsregelung des § 39 Absatz 1a (Rahmenvertrag Entlassmanagement der Krankenhäuser) aufgrund der Vereinheitlichung der Konfliktlösung durch die Einführung einer einheitlichen sektorenübergreifenden Konfliktlösung in § 89a. Gegenstand der Regelung ist hier eine sektorenübergreifende Vereinbarung,

für die im Konfliktfall das sektorenübergreifende Schiedsgremium entscheidet und die entsprechenden Regelungen nach § 89a gelten.

Die bisherige Konfliktlösung bei § 39 Absatz 1a in Verbindung mit § 118a Absatz 2 Satz 2 führte zu Unklarheiten und zu einer unausgeglichenen Berücksichtigung der Interessen der Vertragsparteien. Dadurch war im Rahmen des Schiedsverfahrens nicht ausgeschlossen, dass es zu einer Entscheidung kommen konnte, für die die Stimmen der unparteiischen Mitglieder nicht relevant gewesen wären. Zudem bestand die Gefahr, dass die Umsetzung notwendiger Vereinbarungen durch die Erhebung einer Klage verzögert werden konnte.

Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass es sich im Kontext von § 39 Absatz 1a um drei gleichberechtigte Vertragspartner handelt, ist die ungleiche Besetzung und Vertretung der Vertragspartner nicht gerechtfertigt. Durch die Übertragung der Konfliktlösung auf das sektorenübergreifende Schiedsgremium werden Rechtsunsicherheiten insbesondere hinsichtlich des Verfahrens, des Beschlusses, der Aufsicht und des Rechtsschutzes beseitigt.

Zu Nummer 18 (§ 39a)

Bereinigung gegenstandslos gewordener Fristangaben, die die (umgesetzte) erstmalige Anpassung der Rahmenvereinbarungen zu Hospizen und Hospizdiensten an aktuelle Versorgungs- und Kostenentwicklungen bis zum 31. Dezember 2016 vorsahen. Die Pflicht zur Anpassung der Rahmenvereinbarungen mindestens alle vier Jahre bleibt bestehen.

Zu Nummer 19 (§ 39b)

Bereinigung einer gegenstandslos gewordenen Fristangabe, die die (umgesetzte) erstmalige Regelung des GKV-Spitzenverbandes zu Form und Inhalt der allgemeinen Information der Versicherten durch die Krankenkassen über die Möglichkeiten persönlicher Vorsorge für die letzte Lebensphase (insbesondere Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung) bis zum 30. Juni 2016 vorsah. Die Regelungskompetenz des GKV-Spitzenverbandes bleibt in der Sache bestehen.

Zu Nummer 20 (§ 40)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung in der Schiedsregelung des § 40 Absatz 2 (Rahmenvertrag Entlassmanagement der Rehabilitationseinrichtungen) aufgrund der Vereinheitlichung der Konfliktlösung durch die Einführung einer sektorenübergreifenden Konfliktlösung in § 89a. Gegenstand der Regelung ist hier eine sektorenübergreifende Vereinbarung, für die im Konfliktfall das sektorenübergreifende Schiedsgremium entscheidet und die entsprechenden Regelungen nach § 89a gelten. Kommt der Rahmenvertrag ganz oder teilweise nicht zustande oder wird der Rahmenvertrag ganz oder teilweise beendet und kommt ein neuer Rahmenvertrag bis zum Ende der Vereinbarungszeit nicht zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a auf Antrag einer Vertragspartei. Dazu wird das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene ausnahmsweise anstelle der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit den für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbänden auf Bundesebene besetzt, die dafür zwei Vertreter und zwei Stellvertreter bestellen.

Zu Buchstabe b

Nach § 40 Absatz 3 Satz 8 hat die Krankenkasse ihrer Aufsichtsbehörde jährlich über Fälle zu berichten, in denen sie für pflegebedürftige Versicherte nach § 40 Absatz 3 Satz 6 Zahlungen an die Pflegekasse leisten musste, weil für diese Versicherte nicht innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung notwendige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht worden sind. Da nur sehr wenige Fälle gemeldet wurden (nach Berichten des Bundesversicherungsamtes für das Jahr 2009 sechs Fälle und für die Jahre 2010 bis 2016

vier weitere Fälle), wird die Berichtspflicht aus Gründen der Verwaltungsökonomie und des Bürokratieabbaus gestrichen.

Zu Nummer 21 (§ 44)

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung wird klargestellt, dass hauptberuflich Selbstständige die Möglichkeit zur Wahl eines Krankengeldanspruches haben und zwar unabhängig davon, ob sie nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 pflichtversichert oder freiwilliges Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung sind.

Der Personenkreis der hauptberuflich Selbstständigen, die nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 pflichtversichert sind, wird sowohl von der Regelung nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 als auch von Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 erfasst. Insoweit bestehen hinsichtlich der Frage, ob nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 pflichtversicherte hauptberuflich Selbstständige die Möglichkeit haben, den Krankengeldanspruch zu wählen, in der Praxis unterschiedliche Auslegungen.

Im Zusammenhang mit der Regelung des Krankengeldausschlusses für Versicherungspflichtige nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde in der Gesetzesbegründung ausgeführt, dass hauptberuflich Selbstständige, bezogen auf den Krankengeldwahltarif als zum damaligen Zeitpunkt einzige Option der Krankengeldabsicherung, nicht vom Krankengeldanspruch ausgeschlossen sein sollen. Die nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 Pflichtversicherten sind nach der Gesetzesbegründung zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz hingegen deshalb vom Krankengeldanspruch ausgeschlossen, weil ein Krankengeldanspruch für sie als nicht erforderlich angesehen wurde, da es sich überwiegend um Personen handelt, denen bei Arbeitsunfähigkeit kein Arbeitsentgelt entgeht (BT-Drs. 16/3100, S. 107). Der Personengruppe der nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 pflichtversicherten hauptberuflich Selbstständigen, denen bei Arbeitsunfähigkeit zuvor erzieltes, beitragspflichtiges Arbeitseinkommen entgehen kann, wollte der Gesetzgeber die Wahlmöglichkeit eines Krankengeldanspruches jedoch nicht verweigern.

Mit der Regelung wird auch der Lebenswirklichkeit der nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 pflichtversicherten hauptberuflich Selbstständigen Rechnung getragen, bei denen gleichermaßen Arbeitseinkommen bei Arbeitsunfähigkeit ausfallen kann und insoweit wird eine Gleichbehandlung aller in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten hauptberuflich Selbstständigen gewährleistet.

Zu Buchstabe b

Mit der gesetzlichen Regelung wird klargestellt, dass eine Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 und 3 nicht wirksam für einen Zeitraum abgegeben werden kann, in dem bereits eine Arbeitsunfähigkeit besteht und damit die Möglichkeit einer missbräuchlichen Gestaltung des Krankengeldanspruchs je nach voraussichtlicher Leistungsinanspruchnahme ausgeschlossen. Im Übrigen wird die vielfach von Krankenkassen in der Praxis entsprechend angewandte Verfahrensweise auf eine rechtliche Grundlage gestellt.

Mit der Regelung des § 44 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1, 2 und 3 wird den dort genannten Versicherten, den hauptberuflich selbstständig Erwerbstätigen und den unständig Beschäftigten, die Möglichkeit gegeben, sich bei der Wahl der Versicherung zusätzlich für die Absicherung durch das Krankengeld zu entscheiden. Andernfalls soll ein Anspruch auf Krankengeld für diese Gruppe von Versicherten nicht bestehen. Bei wirksamer Abgabe der Wahlerklärung sind die beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten dann anstatt mit dem ermäßigten Beitragssatz nach § 243 mit dem allgemeinen Beitragssatz nach § 241 zu verbeitragen, so dass diese Versicherten für die Absicherung des Krankengeldanspruchs entsprechend höhere Beiträge entrichten.

Wäre eine wirksame Abgabe einer Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 und 3 im Fall einer bereits bestehenden Arbeitsunfähigkeit möglich, würde das der gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde liegende Solidaritätsprinzip unterlaufen, da sich Versicherte dann regelmäßig erst mit oder nach Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit für die Abgabe der Wahlerklärung entscheiden würden, um vorherige höhere Beitragsbelastungen zu vermeiden. Das Krankengeld wäre dann nahezu ausschließlich von der Solidargemeinschaft und gerade nicht auch von den das Krankengeld in Anspruch nehmenden Versicherten finanziert. Das führt zu einer ungerechtfertigten finanziellen Benachteiligung der Beiträge zahlenden Solidargemeinschaft, die auszuschließen ist.

Zu Nummer 22 (§ 46)

Mit der Regelung wird sichergestellt, dass Versicherten, deren Mitgliedschaft mit Anspruch auf Krankengeld vom lückenlosen Bestand des Anspruchs auf Krankengeld abhängig ist, bei verspäteter, aber spätestens innerhalb eines Monats nachgeholter ärztlicher Feststellung der weiterhin bestehenden Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit, das Krankengeld nicht vollständig und dauerhaft entfällt und sie es nach dem Zeitraum der Feststellungslücke weiter erhalten können.

Nach Satz 1 entsteht der Anspruch auf Krankengeld bei Krankenhausbehandlung oder Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung von ihrem Beginn an; im Übrigen von dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit an. 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.

Das bedeutet, dass Folgebescheinigungen für Krankheiten spätestens am nächsten, auf den letzten Tag der zuvor bescheinigten (Erst-) Arbeitsunfähigkeit folgenden Arbeitstag, der ein Werktag ist, ausgestellt werden müssen, um einen nahtlosen Bezug von Krankengeld sicher zu gewährleisten. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts gehört die Erlangung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zu den Obliegenheiten des Versicherten. Die Folgen einer unterbliebenen oder nicht rechtzeitigen ärztlichen Feststellung sind deshalb grundsätzlich vom Versicherten zu tragen. Dies gilt selbst dann, wenn der Versicherte seinen Arzt zu Beginn der Arbeitsunfähigkeit nicht angetroffen hat und diese deshalb verspätet festgestellt wird.

Wird die Folgebescheinigung verspätet ausgestellt, hat dies in Abhängigkeit vom versicherungsrechtlichen Status unterschiedliche Konsequenzen.

Bei Versicherten, die weiterhin in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, lebt der Anspruch auf Krankengeld mit dem Tag der ärztlichen Feststellung der weiteren Arbeitsunfähigkeit wieder auf, weil auch zu diesem Zeitpunkt eine versicherungspflichtige Mitgliedschaft mit Anspruch auf Krankengeld besteht. Das Krankengeld entfällt damit nur für die Tage, die die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt zu spät aufgesucht wurde.

Endete das Beschäftigungsverhältnis während des Krankengeldbezuges oder wurde Krankengeld bei einer bereits vorher bestehenden Arbeitslosigkeit gezahlt, endet die nach § 192 Absatz 1 Nummer 2 fortbestandene Mitgliedschaft mit dem Tag nach dem Ende der letzten, rechtzeitig ausgestellten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. In der Regel ist das Versicherungsverhältnis in der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen einer freiwilligen Versicherung oder Familienversicherung ohne Anspruch auf Krankengeld fortzuführen. Damit besteht nach bisheriger Rechtslage bei verspäteter Feststellung der weiteren Arbeitsunfähigkeit für deren weitere Dauer kein Anspruch auf Krankengeld mehr, so dass das Krankengeld vollständig und dauerhaft entfällt.

Insoweit erfährt dieselbe Obliegenheitsverletzung in unterschiedlichem Maße eine Sanktionierung, wobei ein vollständiger und dauerhafter Verlust eines Rechtsanspruchs im Verhältnis zur Schwere der Obliegenheitsverletzung, die regelmäßig zum Entfallen des Anspruchs auf Krankengeld für den Zeitraum der Säumnis führt, unangemessen ist.

Das vollständige und dauerhafte Entfallen des Krankengeldes bei verspäteter Feststellung der weiteren Arbeitsunfähigkeit stellt insoweit für Versicherte, deren den Anspruch auf Krankengeld gewährleistende Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nummer 2 vom lückenlosen Bestand des Anspruchs auf Krankengeld abhängig ist, eine besondere Härte dar. Dies gilt insbesondere, wenn bei schwerwiegenden Erkrankungen eine zwischenzeitliche Genesung nicht anzunehmen ist und der Versicherte zum Zeitpunkt der für den weiteren Krankengeldanspruch notwendigen Folge-Ausstellung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung krankheitsbedingt nicht in der Lage war, die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt aufzusuchen.

Für die Aufrechterhaltung des Anspruchs auf Krankengeld zur Vermeidung von Versorgungslücken mit besonderer Härte ist es ausreichend und zur Sicherstellung einer verwaltungspraktikablen Umsetzung notwendig, den Zeitraum für eine verspätete Feststellung der weiterhin bestehenden Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit auf längstens einen Monat zu begrenzen.

In Ergänzung zu dieser Regelung wird in § 49 Absatz 1 eine diesen Sachverhalt aufgreifende Ruhensregelung getroffen. Für die Zeit der Feststellungslücke gilt § 49 Absatz 1 Nummer 8. Bezogen auf den Zeitraum einer Feststellungslücke wird dadurch eine Gleichbehandlung der Versicherten, deren Anspruch auf Krankengeld nach § 192 Absatz 1 Nummer 2 vom lückenlosen Bestand des Anspruchs auf Krankengeld abhängig ist, mit den Versicherten, die weiterhin in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, gewährleistet.

Zu Nummer 23 (§ 48)

Mit der Regelung wird sichergestellt, dass der Bezug von Verletztengeld der gesetzlichen Unfallversicherung rechtssicher bei der Feststellung der Leistungsdauer des Krankengeldes berücksichtigt wird.

Mit dem Gesetz zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht (Verwaltungsvereinfachungsgesetz) vom 21. März 2005 (BGBl. I S. 818) wurde die Regelung des § 49 Absatz 1 Nummer 3a ohne die Nennung des Verletztengeldes mit Wirkung vom 1. Januar 2005 neu gefasst. Sinngemäß ist der Gesetzgeber dabei davon ausgegangen, dass diese Regelung für den Fall des Bezuges von Verletztengeld nicht weiter erforderlich sei, weil ein Krankengeldanspruch wegen § 11 Absatz 4 (jetzt § 11 Absatz 5) bereits dem Grunde nach nicht besteht (BT-Drs. 15/4228 S. 26).

Die Nennung des Verletztengeldbezuges als eine bei der Feststellung der Leistungsdauer des Krankengeldes zu berücksichtigende Zeit, ist jedoch im Hinblick auf die notwendige Systemabgrenzung zwischen dem von der gesetzlichen Krankenversicherung im Falle vorübergehender Arbeitsunfähigkeit grundsätzlich zu leistenden Krankengeld und der bei einer dauerhaften Unfähigkeit zur Ausübung einer Erwerbstätigkeit typischerweise eintretenden Leistungspflicht der gesetzlichen Rentenversicherung dennoch erforderlich. Zeiträume, in denen Krankengeld wegen der Regelung des § 11 Absatz 5 nicht zu leisten ist, sind insbesondere bei Sachverhalten, in denen zu einer durch einen Arbeitsunfall bedingten Krankheit eine unfallunabhängige Krankheit hinzugetreten ist und die unfallunabhängige Krankheit anschließend die Arbeitsunfähigkeit allein bedingt, bei der nach § 48 festzustellenden Leistungsdauer des Krankengeldes zu berücksichtigen. Die Berücksichtigung des Verletztengeldbezuges ist auch sachgerecht, da das bei einer Arbeitsunfähigkeit zu leistende Verletztengeld von der Leistungsausrichtung dem Krankengeld entspricht.

Zu Nummer 24 (§ 49)

Bei dem neu eingeführten Ruhenstatbestand handelt es sich um eine Folgeänderung aufgrund des neu eingefügten § 46 Satz 3.

Für Versicherte, deren den Anspruch auf Krankengeld gewährleistende Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nummer 2 vom lückenlosen Bestand des Anspruchs auf Krankengeld abhängig ist, ruht das Krankengeld für den Zeitraum, der zwischen dem nächsten Werktag liegt, an dem die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit nach § 46 Satze 2 hätte ärztlich festgestellt werden müssen und dem Zeitpunkt, an dem die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit innerhalb des Zeitraums nach § 46 Satz 3 ärztlich festgestellt wird.

Damit wird sichergestellt, dass bei einer verspäteten Feststellung der weiteren Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit die Versicherten, deren Anspruch auf Krankengeld nach § 192 Absatz 1 Nummer 2 vom lückenlosen Bestand des Anspruchs auf Krankengeld abhängig ist, gleichbehandelt werden mit Versicherten, die weiterhin in einem Beschäftigungsverhältnis stehen. Im Ergebnis ist beiden Personengruppen für den Zeitraum der Feststellungslücke das Krankengeld nicht zu zahlen.

Zu Nummer 25 (§ 50)

Es handelt sich um Rechtsbereinigungen. Seit dem 1. Juli 2017 gelten Renten wegen Erwerbsunfähigkeit bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze nach § 302b Absatz 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch als Renten wegen voller Erwerbsminderung. Renten wegen Berufsunfähigkeit gelten bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze nach § 302b Absatz 1 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch als Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung. Daher bedarf es in der Regelung des § 50 nicht mehr der Nennung der Rente wegen Erwerbsunfähigkeit bzw. wegen Berufsunfähigkeit.

Zu Nummer 26 (§ 51)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Neuregelung der Hinzuverdienstmöglichkeiten bei gleichzeitigem Bezug einer Teil- oder Vollrente wegen Alters durch das Flexirentengesetz vom 8. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2838). Mit der Regelung können längere Zeiträume mit Erstattungsansprüchen und Rückabwicklungen zwischen Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern vermieden und administrativer Aufwand für Arbeitgeber sowie Mehrkosten für die Krankenkassen vermindert werden.

Wird eine Rente wegen Alters unter Berücksichtigung des Hinzuverdienstes als Teilrente gezahlt, besteht ein Anspruch auf Krankengeld. Ist entgegen der vorherigen Prognose die für eine Vollrente geltende Hinzuverdienstgrenze nicht überschritten worden, wird rückwirkend die Teilrente in eine Vollrente abgeändert. Damit entfällt ebenso rückwirkend ab dem Beginn der Vollrente der Anspruch auf Krankengeld.

Ist neben der Teilrente eine Arbeitsunfähigkeit eingetreten, derentwegen von der Krankenkasse Krankengeld zu gewähren ist, ergibt sich aufgrund des mit dem rückwirkend eingetretenen Vollrentenanspruch ebenfalls rückwirkend entfallenden Krankengeldanspruchs für die Krankenkasse ein Erstattungsanspruch, der regelmäßig aus der Rentennachzahlung (teilweise) beglichen wird. Der die Rente überschießende Krankengeldbetrag verbleibt jedoch bei den Versicherten, da er von der Krankenkasse nicht mehr zurückgefordert werden kann (§ 50 Absatz 1 Satz 2).

Die Regelung berücksichtigt diese Rahmenbedingungen und knüpft an die Regelung des § 34 Absatz 3e des Sechsten Buches (SGB VI) an. Danach hat der Rentenversicherungsträger bei Hinzuverdienständerungen von mindestens 10 Prozent auf Antrag der Versicherten auch unterjährig eine neue Prognoseentscheidung zu treffen. Im Rahmen pflichtgemä-

ßer Ermessensausübung können Krankenkassen anhand der bei ihnen vorhandenen Daten (im Zusammenhang mit der Krankengeldberechnung vom Arbeitgeber gemeldetes Arbeitsentgelt, Dauer der Arbeitsunfähigkeit beziehungsweise des Krankengeldbezuges) Versicherte zur Stellung eines Antrages nach § 34 Absatz 3e SGB VI auffordern, wenn mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit selbst im Fall der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit in der verbleibenden Zeit des Kalenderjahres mit dem durchschnittlichen Hinzuverdienst des laufenden Kalenderjahres die Hinzuverdienstgrenze nach § 34 Absatz 2 SGB VI voraussichtlich nicht mehr überschritten wird.

Berücksichtigend, dass in den zugrunde liegenden Sachverhalten ein nachträglicher finanzieller Ausgleich zwischen Rentenversicherungsträger und Krankenkasse erfolgen muss, dient die Frist von vier Wochen dazu, diesen rückwirkenden Ausgleich auf möglichst kurzfristige Zeiträume zu begrenzen und die sich ändernde Rechtsposition der Versicherten in Bezug auf den Krankengeldanspruch zeitnah den tatsächlichen Verhältnissen anzupassen. Insoweit ist die von den Absätzen 1 und 2 abweichende Frist auch sachlich gerechtfertigt.

Zu Buchstabe b

Mit der Regelung wird sichergestellt, dass Versicherte durchgängig Anspruch auf Krankengeld haben, wenn sie zunächst der Aufforderung zur Antragsstellung nach § 34 Absatz 3e SGB VI nicht nachkommen und der Rentenversicherungsträger später im Rahmen der sogenannten Spitzabrechnung nach § 34 Absatz 3d SGB VI feststellt, dass die Hinzuverdienstgrenze nach § 34 Absatz 2 SGB VI doch überschritten und damit rechtmäßig Teilrente geleistet wurde. Sichergestellt ist der Anspruch auf Krankengeld auch für den Fall eines verspätet gestellten Antrages nach § 34 Absatz 3e SGB VI und der Feststellung des Rentenversicherungsträgers im Rahmen der Antragsbearbeitung, dass weiterhin eine Teilrente zu leisten ist.

Zu Nummer 27 (§ 53)

Zu Buchstabe a

Der Wahltarif zur Übernahme der Kosten für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen wird aufgehoben. Im Jahresdurchschnitt 2017 waren laut der Mitgliederstatistik KM 1 in Wahltarife nach dieser Vorschrift 562 Versicherte eingeschrieben. Die geringe Nachfrage verdeutlicht, dass kein ausreichender Bedarf für das Angebot derartiger Wahltarife besteht. Der mit dem Angebot von Wahltarifen einhergehende Bürokratieaufwand, insbesondere für die Erstellung der notwendigen versicherungsmathematischen Gutachten, lässt sich mit der geringen Nachfrage nicht rechtfertigen. Krankenkassen können die Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln weiterhin als Satzungsleistungen nach § 11 Absatz 6 anbieten. Versicherte, die auch an einer Versorgung mit Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen interessiert sind, können eine Krankenkasse wählen, deren Satzung entsprechende Regelungen enthält.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Streichung des Absatzes 5.

Zu Nummer 28 (§ 57)

Bei den Änderungen in § 57 Absatz 1und 2 (Schiedsregelungen zur Vergütung der zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen) handelt es sich um Folgeänderungen zu § 89. Die schon nach bisherigem Recht kürzeren Festsetzungsfristen für die Schiedsämter betreffend die Vergütungen für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen bei der Regelversorgung mit Zahnersatz dienen dem Zweck, dem Gemeinsamen Bundesausschuss die fristgerechte Bekanntmachung der Festzuschussbeträge gemäß § 56 Absatz 4 zu ermöglichen.

Zu Nummer 29 (§ 64a)

Bei den Änderungen in der Schiedsregelung des § 64a Absatz 2 (Vereinbarung zur Durchführung von Modellvorhaben zur Arzneimittelversorgung) handelt es sich um Folgeänderungen aufgrund der Einführungen einer einheitlichen sektorenübergreifende Konfliktlösung in § 89a.

Zu Buchstabe a

Das bisherige Modell einer Erweiterung des Schiedsamtes nach § 89 um Vertreter der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Apotheker führt zu einer nicht zu rechtfertigenden Schlechterstellung dieser Vertragspartei, da sie keinen Einfluss auf die Auswahl der unparteiischen Mitglieder des Gremiums hat. Es wird daher geregelt, dass die in Absatz 1 Satz 1 genannten Beteiligten ein eigenständiges Schiedsgremium bilden.

Zu Buchstabe b

Durch die entsprechende Geltung des § 89a Absatz 3 bis 9, Absatz 10 Satz 2 sowie der Rechtsverordnung nach § 89a Absatz 11 für das zu bildende Schiedsgremium sind die Regelungen in den Sätzen 3 und 4 zur Erweiterung des Schiedsamtes nicht mehr erforderlich bzw. widersprechen den Regelungen in § 89. Insoweit wird auf die Begründung zu § 89a verwiesen.

Zu Nummer 30 (§ 64c)

Bei den Änderungen in der Schiedsregelung des § 64c Absatz 2 (Vereinbarung zur Durchführung von Modellvorhaben zum Screening auf 4MRGN) handelt es sich um Folgeänderungen aufgrund der Einführungen einer einheitlichen sektorenübergreifende Konfliktlösung in § 89a. Bei der hier in Frage stehenden Vereinbarung über ein Modellvorhaben handelt es sich um eine sektorenübergreifende Vereinbarung, über die im Konfliktfall das zuständige sektorenübergreifende Schiedsgremium gemäß den Regelungen nach § 89a entscheiden soll.

Zu Nummer 31 (§ 65c)

Zu Buchstabe a

§ 65c Absatz 5 regelt die finanzielle Unterstützung des Betriebes der klinischen Krebsregister. Die Betriebskosten der klinischen Krebsregister sind unter festgelegten Voraussetzungen zu 90 Prozent durch die gesetzlichen Krankenkassen zu tragen. In einer Übergangsphase des Aufbaus der klinischen Krebsregister erfolgt die Finanzierung durch Zahlung einer Pauschale unabhängig von der Erfüllung von Förderkriterien. Für eine dauerhafte Kostenübernahme durch die Kassen müssen die klinischen Krebsregister aber die vom GKV-Spitzenverband gemeinsam mit anderen Beteiligten erarbeiteten Fördervoraussetzungen zur Finanzierung der klinischen Krebsregister durch die gesetzliche Krankenversicherung bis 31. Dezember 2017 mit einer Verlängerungsoption von einem Jahr bis Ende 2018 erfüllen. Sofern klinische Krebsregister die Förderkriterien bis dahin nicht vollumfänglich erfüllen, besteht für sie kein Anspruch mehr und keine gesetzliche Grundlage für die Krankenkassen auf Weiterführung der Förderung. In allen Ländern wurden mittlerweile die erforderlichen gesetzlichen Regelungen verabschiedet und bis zum 31. Dezember 2017 flächendeckend klinische Krebsregister eingerichtet, die nach einem bundeseinheitlichen Datensatz Meldungen zu Krebserkrankungen erfassen und verarbeiten.

Es hat sich gezeigt, dass die mit dem Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz vom 3. April 2013 (BGBl. I S.617, im Folgenden KFRG) in § 65c Absatz 5 eingeführte zeitliche Anforderung an die Länder, flächendeckend klinische Krebsregister einzurichten und alle

Fördervoraussetzungen der Krankenkassen vollumfänglich spätestens bis zum 31. Dezember 2018 zu erfüllen, aus heutiger Sicht als unrealistisch zu bewerten ist. Mit der Festlegung der GKV-Förderkriterien wurden hohe Maßstäbe für den Betrieb der klinischen Krebsregister angelegt, um der Intention des KFRG zu entsprechen. Teilweise handelt es sich bei den 43 Förderkriterien um zurzeit objektiv noch nicht erfüllbare Kriterien, die erst nach einiger Zeit im Routinebetrieb zuverlässig erfüllt werden können (z.B. hohe Anforderungen an die Datenqualität, Nachweis der aktuellen Vollzähligkeit der Registrierungen von Personen mit Krebserkrankungen sowie der Datenaustausch aller Register untereinander). Selbst wenn nur einigen Krebsregistern die Förderung entzogen würde, hätte dies unmittelbare Auswirkungen auf die sie umgebenden Krebsregister, die dann ebenfalls bestimmte Förderkriterien nicht mehr erfüllen könnten (z.B. Vollständigkeit der Therapieverläufe).

Durch die Verlängerung der Nachbesserungsfrist von einem auf zwei Jahre soll den klinischen Krebsregistern der Länder deshalb die Möglichkeit gegeben werden, den geplanten Aufbau abzuschließen, um die Förderkriterien zu erfüllen.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Angabe „bis zum 31. Dezember 2013“ wird im Wege der Rechtsbereinigung gestrichen, da sie nicht mehr aktuell ist.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeregelung aufgrund der Einführungen einer einheitlichen sektorenübergreifenden Konfliktlösung in § 89a.

In Absatz 6 wird das Verfahren zur Vereinbarung von Meldevergütungen zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Deutscher Krankenhausgesellschaft und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen geregelt. Es sah für den Konfliktfall in Satz 8 die Verständigung der Vereinbarungspartner auf eine unabhängige Schiedsperson vor, die die Höhe der einzelnen Meldevergütungen festzulegen hatte. Bei der Entscheidung über die Höhe der Meldevergütungen (für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und für Klinik-Ärztinnen und Klinik-Ärzte, die an die klinischen Krebsregister melden) handelt es sich um eine sektorenübergreifende Entscheidung, für die im Konfliktfall künftig das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene zuständig ist.

Die Sätze 9 bis 12 werden aufgehoben, da die Anwendung des neuen § 89a das bisherige Schiedsverfahren nach dem alten § 65 Absatz 6 Sätze 9 bis 12 ersetzt.

Zu Nummer 32 (§ 67)

Die Ergänzung zielt darauf ab, neben den Leistungserbringern und den Krankenkassen auch die Versicherten in die digitale Kommunikation im Gesundheitswesen einzubeziehen und ihnen digitale Dienste zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit ihrer Versorgung anzubieten.

Zu Nummer 33 (§ 73)

Zu Buchstabe a

Mit der Ergänzung in § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 wird das Ziel verfolgt, die bereits heute aus medizinischen Gründen in dringenden Behandlungsfällen praktizierte und in den Regionen vertraglich vereinbarte Vermittlung eines erforderlichen Behandlungstermins durch einen hausärztlich tätigen Leistungserbringer bei einem fachärztlich tätigen Leistungserbringer auch in der Aufgabenbeschreibung abzubilden. Dies dient auch dazu, eine Anknüpfung für die Vergütungsregelung in § 87 Absatz 2b Satz 3 zu schaffen. Hierzu wird

klargestellt, dass die Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins Teil der bereits in § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 verankerten Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen ist. Die hausärztlich koordinative Vermittlung eines fachärztlichen Behandlungstermins ist insbesondere dann erforderlich, wenn eine Terminvermittlung durch die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigung oder eine eigenständige Terminvereinbarung durch die Patientin oder den Patienten aufgrund der medizinischen Besonderheit des Einzelfalls oder der Dringlichkeit nicht angemessen oder nicht zumutbar ist. Die Regelung gilt für alle an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer nach § 73 Absatz 1a Satz 1 und demnach für Allgemeinärzte, hausärztlich tätige Kinder-/ Jugendärzte und hausärztlich tätige Internisten ohne Schwerpunkt und praktische Ärzte. In den bislang in den Regionen vereinbarten Verträgen wird dabei teilweise nach unterschiedlichen Dringlichkeitsgraden (z. B. innerhalb eines Tages und/oder innerhalb einer Woche) unterschieden.

Zu Buchstabe b

§ 73 Absatz 1b regelt verschiedene Datenerhebungs- und Datenübermittlungsbefugnisse bzw. -pflichten der Hausärztinnen und Hausärzte und weiteren behandelnden Leistungserbringern, mit denen entsprechend der Lotsenfunktion der Hausärztin oder des Hausarztes eine zentrale Dokumentation der Behandlungsdaten bei ihm erreicht werden soll. Voraussetzung ist, dass die Versicherten schriftlich oder – nach Inkrafttreten des 2. DSAnsUG – elektronisch einwilligen.

Mit der Neuregelung in Satz 6 und dem darin enthaltenen Verweis auf § 22 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe b des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) wird klargestellt, dass außerhalb dieses Regelungsbereichs das allgemeine (und nicht das bereichsspezifische) Datenschutzrecht gilt. § 22 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe b BDSG normiert einen von einer schriftlichen Einwilligung des Patienten unabhängigen Befugnistatbestand für die Verarbeitung von Behandlungsdaten (keine Abrechnungsdaten) durch ärztliches Personal und sonstige Personen, die einer entsprechenden Geheimhaltungspflicht unterliegen.

Zu Nummer 34 (§ 73b)

Zu Buchstabe a

Die Änderungen sehen vor, dass die Teilnahmeerklärung des Versicherten an der hausarztzentrierten Versorgung, deren Widerruf und die Belehrung der Krankenkasse über das Widerrufsrecht künftig schriftlich oder elektronisch zu erfolgen haben. Bislang wurde für die Teilnahmeerklärung Schriftlichkeit und für den Widerruf (neben der Möglichkeit, diesen zur Niederschrift bei der Krankenkasse zu erklären) sowie für die Belehrung über den Widerruf die Abgabe in Textform verlangt.

Mit den Änderungen soll eine Vereinheitlichung mit der gesetzlich vorgesehenen Form für datenschutzrechtliche Einwilligungen im SGB V hergestellt werden. Gemäß den Änderungen im 2. Datenschutzanpassungs- und Umsetzungsgesetz sollen diese in der Regel schriftlich oder elektronisch erfolgen. Der Schutz der Versicherten wird hierdurch nicht beeinträchtigt.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine bislang versäumte redaktionelle Folgeänderung in § 73b (Hausarztzentrierte Versorgung) aufgrund der mit dem Präventionsgesetz vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1366) eingefügten Regelungen, durch die der frühere § 20d zu § 20i (Primäre Prävention durch Schutzimpfungen) wurde. Der Verweisfehler wird korrigiert.

Zu Nummer 35 (§ 74)

Die Option für Versicherte, bei längerer Erkrankung stufenweise in das Arbeitsleben zurückzukehren, wird gestärkt.

Menschen, die an einer längerfristigen Erkrankung leiden, haben häufig Schwierigkeiten, ihre berufliche Tätigkeit wieder aufzunehmen. Je länger eine Erkrankung andauert, desto schwieriger ist es zumeist, beruflich wieder Fuß zu fassen. Bei positivem Therapieverlauf ist es möglich, dass Betroffene zwar noch nicht voll in den Beruf zurückkehren können, aber – unter ärztlicher Aufsicht und als therapeutische Maßnahme – schrittweise ihre Tätigkeit wieder aufnehmen. Dieses – häufig auch als „Hamburger Modell“ bezeichnete Verfahren der stufenweisen Wiedereingliederung hat sich in der Praxis bewährt. Bei fortdauernder Arbeitsunfähigkeit können hierdurch Beschäftigte schonend, aber kontinuierlich an die Belastungen ihres Arbeitsplatzes herangeführt werden.

Gleichwohl gibt es derzeit weder konkrete Strukturen noch Prozesse, die eine systematische Prüfung der Option einer stufenweisen Wiedereingliederung gewährleisten. Die Nutzung einer stufenweisen Wiedereingliederung scheint weitgehend einem Zufallsprinzip zu folgen. Es ist nicht gewährleistet, dass alle Versicherten, für die eine stufenweise Wiedereingliederung in Betracht kommt, tatsächlich eine entsprechende ärztliche Empfehlung erhalten.

Durch die Neuregelung werden Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, künftig ab einer bescheinigten Dauer der Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen die Option einer stufenweisen Wiedereingliederung regelmäßig zu prüfen. Damit soll gewährleistet werden, dass Versicherte, für die das Verfahren der stufenweisen Wiedereingliederung geeignet ist, auch tatsächlich von einer solchen Maßnahme profitieren können. Bei einer Erkrankungsdauer von unter sechs Wochen ist eine regelmäßige Prüfung der stufenweisen Wiedereingliederung nicht erforderlich, da Versicherte in diesen Fällen in der Regel unmittelbar an den Arbeitsplatz zurückkehren können.

Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seiner Richtlinie nach § 92 das Verfahren zur regelmäßigen Prüfung der Option einer stufenweisen Wiedereingliederung fest. Dazu hat er die Richtlinie über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 insbesondere dahingehend anzupassen, dass nunmehr ein für jeden Arzt verpflichtendes Verfahren zur Prüfung der Option einer stufenweisen Wiedereingliederung festgelegt werden muss. Dabei kann der Gemeinsame Bundesausschuss auch Ausnahmen von der regelmäßigen Prüfung festlegen.

Nach § 87 Absatz 5b Satz 2 hat der Bewertungsausschuss in Folge von Richtlinienbeschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses innerhalb von sechs Monaten eine Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen vorzunehmen, soweit dies erforderlich ist.

Durch die Teilnahme an einer Maßnahme der stufenweisen Wiedereingliederung kann der Genesungsprozess gefördert und die soziale Teilhabe von Versicherten mit längerer Erkrankung gestärkt werden. Überdies profitieren die Versicherten bei einer erfolgreichen Wiedereingliederung in das Berufsleben auch finanziell durch die Wiedererlangung der vollen Lohn- und Gehaltszahlung im Vergleich zum Bezug des niedrigeren Krankengeldes.

Die Teilnahme an einer Maßnahme der stufenweisen Wiedereingliederung ist für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer weiterhin freiwillig. Auch für die Arbeitgeber beinhaltet die Neuregelung des Absatzes 2 keine Änderungen in Bezug auf das Verfahren zur Durchführung der stufenweisen Wiedereingliederung.

Als Begleiteffekte der Stärkung der Wiedereingliederung in das Berufsleben können verkürzte Krankengeldbezugsdauern zu Minderausgaben der Krankenkassen beim Krankengeld führen und Beitragseinnahmen aus wiedererlangten Lohn- und Gehaltszahlungen zu Mehreinnahmen.

Zu Nummer 36 (§ 75)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Nach § 75 Absatz 1a Satz 1 umfasst der in § 75 Absatz 1 geregelte Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung. Diese Regelung wird nunmehr ausdrücklich auf die vertragsärztliche und damit auch auf die hausärztliche und die kinder- und jugendärztliche Versorgung erweitert. Künftig müssen daher die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen auch Termine bei Hausärzten und bei Kinder- und Jugendärzten vermitteln.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Neufassung des Satzes 2 werden die Kassenärztlichen Vereinigungen zum einen verpflichtet, die Versicherten im Internet in geeigneter Weise über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärztinnen und -ärzte zu informieren. Hierdurch sollen sich die Versicherten einfacher darüber informieren können, zu welchen Zeiten Ärztinnen und Ärzte Sprechstunden anbieten. Die Information über die Sprechstundenzeiten schließt auch Angaben über die offenen Sprechstunden mit ein.

Zum anderen wird zur Verbesserung der Erreichbarkeit der von den Kassenärztlichen Vereinigungen zum 23. Januar 2016 eingerichteten Terminservicestellen vorgesehen, dass diese drei Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes täglich an sieben Tagen in der Woche (24/7) unter einer bundesweit einheitlichen einprägsamen Telefonnummer erreichbar sein müssen. Hintergrund dieser Regelung ist auch die Erweiterung der Terminservicestelle zu einer neuen Servicestelle, die den Versicherten künftig in Akutfällen auch während der üblichen Sprechstundezeiten eine unmittelbare ärztliche Versorgung zu vermitteln hat (vgl. hierzu Neuregelung in Absatz 1a Satz 3 Nummer 3), sowie die Zusammenlegung mit der bisherigen bundeseinheitlichen Not- bzw. Bereitschaftsdienstnummer (116 117).

Ergänzt wird die Regelung daher auch durch eine Änderung in Absatz 7 Satz 1 Nummern 5 (siehe hierzu unter Buchstabe c Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe bbb), mit der die Kassenärztliche Bundesvereinigung verpflichtet wird, auf der Grundlage der bereits für die bundeseinheitliche Not- bzw. Bereitschaftsdienstnummer getroffenen Regelung, eine Richtlinie für die Umsetzung der einheitlichen Rufnummer aufzustellen.

Gestrichen wird schließlich das bisher vorgesehene Datum für die Einrichtung der Terminservicestellen, nachdem diese fristgerecht zum 23. Januar 2016 eingerichtet wurden und das Datum damit obsolet ist.

Zu Doppelbuchstabe cc

Der neu gefasste Satz 3 übernimmt in Nummer 1 die bereits bestehende Aufgabe der Terminservicestellen, innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 zu vermitteln. Da die Terminservicestelle nunmehr auch Termine zu Haus- und Kinder- und Jugendärzten vermittelt (vgl. Änderung unter Doppelbuchstabe aa) und es für die Vermittlung solcher Termine keiner Überweisung bedarf, wird das bisher in Satz 3 geregelte Überweisungserfordernis für Behandlungstermine bei einer Fachärztin oder einem Facharzt an dieser Stelle gestrichen. Es wird stattdessen im neuen Satz 4 geregelt.

Mit der Regelung in Nummer 2 erhält die Terminservicestelle eine weitere neue Aufgabe. So wird die neue Verpflichtung zur Vermittlung von Behandlungsterminen auch bei Haus- und Kinder- und Jugendärzten um die Verpflichtung ergänzt, Versicherte künftig auch bei der Suche nach einem Haus- oder einem Kinder- und Jugendarzt zu unterstützen, der sie dauerhaft hausärztlich betreut. Anlass hierfür ist, dass Versicherte immer wieder darüber

berichten, dass sie entgegen der Regelung des § 76 Absatz 3 Satz 2, nach der sie einen Hausarzt zu wählen haben, keinen Hausarzt finden, der sie dauerhaft hausärztlich betreut. Die Terminservicestellen werden daher verpflichtet, den Versicherten bei entsprechendem Bedarf nicht nur einen Behandlungstermin im Einzelfall, sondern auch einen Haus- oder einen Kinder- und Jugendarzt zu vermitteln, den sie nach § 76 Absatz 3 wählen können.

Mit der Regelung unter Nummer 3 erhalten die Terminservicestellen noch eine weitere Aufgabe. Drei Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes haben sie in Akutfällen eine unmittelbare ärztliche Versorgung zu vermitteln. Dabei haben sie die Versicherten auf der Grundlage eines von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu entwickelnden bundeseinheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens (vgl. Absatz 7 Satz 1 Nummer 6) in die richtige Versorgungsebene vermitteln. Erforderlich hierfür ist daher entsprechend qualifiziertes Personal. Für Zeiten außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten sind die Kassenärztlichen Vereinigungen bereits heute verpflichtet, den Versicherten eine entsprechende Versorgung zu vermitteln, da ihr Sicherstellungsauftrag nach § 75 Absatz 1b Satz 1 auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst) umfasst. Neu ist damit zum einen die ausdrückliche Zuweisung der Vermittlung dieser Akutfälle über die Terminservicestelle und zum anderen eine entsprechende Vermittlung auch während der Sprechstundenzeiten und damit rund um die Uhr. Damit wird die Terminservicestelle zukünftig zu einer Servicestelle mit erweitertem Aufgabenspektrum weiterentwickelt.

Hierdurch soll insbesondere auch einer zunehmenden Fehlinanspruchnahme der Notfallambulanzen in Krankenhäusern entgegengewirkt werden. So ist die Versorgungslage in Notfällen aktuell durch eine wachsende Inanspruchnahme von Notfallambulanzen und eine geringere Inanspruchnahme des durch die niedergelassenen Ärzte organisierten Notdienstes gekennzeichnet. Insbesondere auch während der regulären Öffnungszeiten vertragsärztlicher (Facharzt-)Praxen suchen Versicherte zunehmend öfter Notfallambulanzen auf, obwohl sie sich teilweise auch an niedergelassene Ärzte wenden könnten und müssten. Folge ist, dass insbesondere die stationären Notfalleinrichtungen eine steigende Überlastung beklagen. Dieser Entwicklung soll mit einer verbesserten Patientensteuerung in die richtige Versorgungsebene durch die Terminservicestelle begegnet werden. Die Terminservicestelle vermitteln daher nunmehr auf der Grundlage eines strukturierten Ersteinschätzungsverfahrens entweder in eine offene Arztpraxis, eine Portal- bzw. Bereitschaftsdienstpraxis oder im Bedarfsfall in eine Notfallambulanz (sog. Triage). Liegt ein lebensbedrohlicher Notfall vor, bei dem der Anrufer eigentlich die Notrufnummer 112 hätte wählen müssen, leitet die Servicestelle den Anrufer unmittelbar zur Notrufzentrale weiter.

Der neue Satz 4 regelt nunmehr zusammenfassend die Überweisungserfordernisse. Der neue Satz 4 übernimmt die im bisherigen Satz 3 enthaltene Regelung, nach der für die Vermittlung von Behandlungsterminen bei einer Fachärztin oder einem Facharzt eine Überweisung vorliegen muss. Festgehalten wird auch an der Ausnahmeregelung des bisherigen Satzes 3 zweiter Halbsatz für Behandlungstermine bei einem Augenarzt oder einem Frauenarzt. Für die Vermittlung solcher Behandlungstermine müssen Versicherte auch künftig nicht über eine Überweisung verfügen. Ebenfalls keiner Überweisung bedarf es in Akutfällen nach Satz 3 Nummer 3, da es in solchen Fällen ohnehin kaum möglich wäre, vorher eine Überweisung einzuholen.

Einer Überweisung bedarf es hingegen in den Fällen des neuen Satzes 11 Nummer 2, d. h. in den Fällen, in denen im Bundesmantelvertrag vorgesehen wird, dass ausnahmsweise auch für einen Behandlungstermin bei einem Hausarzt oder einem Kinder- und Jugendarzt eine Überweisung erforderlich ist (vgl. Änderung unter Doppelbuchstabe ii).

Zu Doppelbuchstabe dd bis hh

Es handelt sich jeweils um Folgeänderungen, die entweder redaktioneller Art oder der Notwendigkeit zur Anpassung von Verweisen aufgrund des neu eingefügten Satzes 4 geschuldet sind.

Zu Doppelbuchstabe ii

Im bisherigen Satz 10 wird zum einen die dort vorgesehene Frist für die im Bundesmantelvertrag zu treffenden Regelungen gestrichen, nachdem diese Regelungen inzwischen getroffen wurden. Eingefügt wird zum anderen ein neuer Regelungsauftrag (neue Nummer 2). So wird den Bundesmantelvertragspartnern aufgegeben zu regeln, in welchen Fällen es bei der Vermittlung zu einem Behandlungstermin bei einem Haus- oder Kinder- und Jugendarzt ausnahmsweise einer Überweisung bedarf. Erforderlich ist dies in den Fällen, in denen ein Behandlungstermin bei einem Hausarzt für eine besondere Versorgung vermittelt wird, die einen Fachkundenachweis, eine besondere Praxisausstattung oder andere Anforderungen an die Versorgungsqualität erfordert (z.B. für eine Schmerztherapie). Zudem werden in den bisherigen Nummern 2 und 3 als Folgeänderungen Verweisanpassungen vorgenommen.

Zu Doppelbuchstabe jj

Bei der Anpassung der Verweise handelt es sich um eine Folgeänderung aufgrund der neuen Struktur des Absatzes 1a.

Zu Doppelbuchstabe kk

Die Eingangsformulierung des bisherigen Satzes 13, die an das Inkrafttreten des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 6a Satz 3 knüpft, kann gestrichen werden, nachdem der entsprechende Beschluss zum 1. April 2017 in Kraft getreten ist. Bei der weiteren Änderung im bisherigen Satz 13 handelt es sich um eine Anpassung der Verweise als Folgeänderung der neuen Struktur des Absatzes 1a. Die in dem folgenden Satz für die Vermittlung von Terminen für psychotherapeutische Akutbehandlungen vorgesehene Verkürzung der Wartefrist auf höchstens zwei Wochen wird aufgrund der medizinischen Dringlichkeit der Behandlung vorgenommen. Dabei gilt wie bisher, dass die konkrete Wartezeit letztlich vom jeweiligen Einzelfall abhängig zu machen ist und auch Wartezeiten, die deutlich kürzer als zwei Wochen sind, medizinisch geboten sein können.

Zu Doppelbuchstabe ll

Bereits nach geltendem Recht ist für die Terminservicestellen vorgesehen, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Kassenärztlichen Vereinigungen durch das Angebot einer Struktur für ein elektronisch gestütztes Wartezeitenmanagement bei der Terminvermittlung unterstützen kann. Aus dieser Kann-Regelung wird nunmehr eine Verpflichtung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Hierdurch sollen die bisherige Terminvermittlung und die neu hinzu kommende Vermittlung einer unmittelbaren ärztlichen Versorgung in Akutfällen mit einem verbesserten digitalen Angebot (App/online-Angebote) verbunden werden. Ärzte sollen auch künftig freie Termine an die Servicestelle melden, damit diese dann nicht nur im Rahmen eines Telefonkontaktes, sondern auch online oder per App vereinbart werden können.

Zudem wird die Kassenärztliche Bundesvereinigung im neuen zweiten Halbsatz dazu verpflichtet, für die Versicherten eine App und ein Online-Angebot zur Verfügung zu stellen, mit denen sie auf die Internetseite der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung geleitet werden, auf der die Kassenärztliche Vereinigung die Sprechstundenzeiten der Ärztinnen und Ärzte veröffentlicht. Dadurch wird für die Versicherten eine zusätzliche, einfache Informationsmöglichkeit geschaffen.

Zu Doppelbuchstabe mm

Der bisherige Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die Auswirkungen der Tätigkeit der Terminservicestellen zu evaluieren, bezieht sich auf die Vermittlung von Facharztterminen. Da die Terminservicestelle zukünftig auch Termine bei Hausärzten und Kinder- und Jugendärzten vermittelt, ist der Evaluationsauftrag entsprechend anzupassen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 89 Absatz 3 Satz 4 bis 6. Das bisher in § 89 Absatz 3 vorgesehene Verfahren bei Nichteinigung über den Vorsitzenden, die unparteiischen Mitglieder oder die Stellvertreter per Los entscheiden zu lassen, wird dort durch die Entscheidung der Aufsichtsbehörde ersetzt (siehe Begründungstext zu § 89). Um bei den gemeinsamen Schiedsstellen der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und dem Verband der privaten Krankenversicherung den Status quo zu erhalten, wird künftig auf § 134a Absatz 4 Satz 5 und 6 verwiesen, der dem bisherigen Verfahren in § 89 Absatz 3 Satz 4 bis 6 entspricht.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird zum einen verpflichtet, auf der Grundlage der bereits für die bundeseinheitliche Not- bzw. Bereitschaftsdienstnummer (116 117) getroffenen Regelung, eine Richtlinie aufzustellen für die Umsetzung der einheitlichen Rufnummer nach Absatz 1a Satz 2, die täglich 24 Stunden erreichbar sein muss. Hierdurch soll eine einheitliche und verbindliche Umsetzung der Regelung in allen Kassenärztlichen Vereinigungen gewährleistet werden, wobei sicherzustellen ist, dass die neue Servicenummer in das künftige System einer verbesserten Notfallversorgung mit den im Koalitionsvertrag vorgesehenen gemeinsamen Notfallleitstellen (Zusammenlegung der Rufnummern 112 und 116117) integrierbar ist.

Zum anderen gibt die neue Nummer 5 vor, dass in Umsetzung der neuen Verpflichtung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigungen durch ein Angebot einer Struktur für ein elektronisch gestütztes Wartezeitenmanagement bei der Terminvermittlung (vgl. Änderung unter Buchstabe a Doppelbuchstabe ll) künftig Richtlinien für ein digitales Angebot zur Vermittlung von Behandlungsterminen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 sowie zur Vermittlung einer unmittelbaren ärztlichen Versorgung in Akutfällen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 aufzustellen sind. Auch diese Richtlinienregelung dient einer einheitlichen und verbindlichen Umsetzung der Regelung in allen Kassenärztlichen Vereinigungen.

Darüber hinaus wird der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Absatz 7 Satz 1 Nummer 6 der Auftrag erteilt, Richtlinien für ein bundesweit einheitliches, standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren aufzustellen, auf dessen Grundlage die Vermittlung in Akutfällen erfolgt (s. Begründung zu Absatz 1a Satz 3 Nummer 3). Um das Ziel einer besseren, bedarfsgerechten Patientensteuerung in die richtige Versorgungsebene zu erreichen, um sicherzustellen, dass die Regelungen in das künftige System einer gemeinsamen Notfallversorgung integriert werden können und vor dem Hintergrund, dass das Ersteinschätzungssystem auf medizinischen Gesichtspunkten beruht, ist es notwendig, auf Bundesebene ein einheitliches, standardisiertes Verfahren zu entwickeln.

Zu Doppelbuchstabe bb

Vorgesehen wird, dass die neuen Richtlinien nach Absatz 7 Satz 1 Nummer 4 und 5, die nach § 81 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 für die Kassenärztlichen Vereinigungen und ihren Mitglieder verbindlich sind, auch sicherstellen müssen, dass die von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten in Umsetzung der Richtlinienvorgaben genutzten elektronischen Programme, von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zugelassen sind. Die Richtlinien haben daher auch Regelungen zur Zertifizierung erforderlicher Praxissoftware zum Terminmanagement zu enthalten.

Zu Nummer 37 (§ 75a)

Zu Buchstabe a

Da die nach Absatz 4 zu schließende Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung inzwischen vorliegt, wird die ursprünglich für den Abschluss der Vereinbarung vorgesehene Frist gestrichen.

Zu Buchstabe b

Bei der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung nach § 75a Absatz 4 handelt es sich um eine dreiseitige Vereinbarung, für die bisher keine Konfliktlösungsregelung vorgesehen war. Dies hat in der Vergangenheit dazu geführt, dass eine Einigung der Vereinbarungsparteien erst mit einer erheblichen Verzögerung erzielt worden ist. Um Verzögerungen bei künftigen Konfliktfällen zu vermeiden, wird geregelt, dass in den Fällen, in denen eine Vereinbarung nicht zustande kommt, künftig das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene nach § 89a entscheidet.

Zu Nummer 38 (§ 76)

Folgeänderung zu dem in § 75 Absatz 1a eingefügten neuen Satz 4.

Zu Nummer 39 (§ 77)

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Änderung des § 105, mit der die Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen künftig dort nicht mehr im Absatz 1 Satz 2, sondern im Absatz 1a geregelt werden.

Zu Nummer 40 (§ 79)

Zu Buchstabe a

Die Änderung des § 79 Absatz 4 Satz 9 sorgt für eine vollständige und transparente Veröffentlichung der Vergütungen der Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie der jeweiligen Bundesvereinigung. Sie entspricht der Änderung des § 35a Absatz 6 Satz 2 SGB IV, auf deren Begründung verwiesen wird.

Zu Buchstabe b

Zu Buchstabe aa

Mit der Änderung wird klargestellt, dass die Haftungsprivilegierung nach § 42 Absatz 2 SGB IV nur für die ehrenamtlich tätigen Mitglieder der Vertreterversammlung und nicht für die hauptamtlichen Vorstände gilt. Dies hat zur Folge, dass auch eine umfassende vertragliche Haftungsbeschränkung auf Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit unzulässig ist, da sie dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit (§ 69 Absatz 2 SGB IV) widerspräche.

Zu Buchstabe bb

Ein Vergleich der Vorstandsvergütungen zur Beurteilung der Angemessenheit, wie er im Bereich der Krankenkassen in § 35a Absatz 6a SGB IV vorgegeben ist oder in entsprechender Anwendung auch grundsätzlich für die Kassenärztlichen Vereinigungen gilt, ist für die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen nicht möglich. Es fehlt an rechtssicheren Vergleichsmaßstäben, da andere Körperschaften oder Organisationen auf Bundes- oder Landesebene im Hinblick auf ihre Bedeutung, Strukturen, Größe und Aufgabenbereiche mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen nicht zwingend vergleichbar sind. Durch die Einführung des Zustimmungsvorbehalts sollte jedoch eine effektive präventive Kontrolle der Vorstandsverträge eingeführt werden, die es den Aufsichtsbehörden ermöglicht, rechtswidrige Vertragsbestandteile und Vergütungen, die mit dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit im Haushaltswesen unvereinbar sind, zu verhindern. Um einerseits diesen Gesetzesauftrag effektiv erfüllen zu können und andererseits auch den Körperschaften

einen verlässlichen Rahmen für die Vertragsgestaltung vorzugeben, sind bei den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen besondere Vorgaben für die Vorstandsvergütung notwendig.

Mit Satz 4 werden Vergütungsanpassungen während einer Amtsperiode ausgeschlossen. Automatische Vergütungsanpassungen oder auch die vertragliche Möglichkeit, eine Anpassung in gewissen zeitlichen Abständen zu verhandeln, haben in der Vergangenheit zu einer stetigen Erhöhung der Vergütung geführt, ohne dass dieser rechtsaufsichtlich sicher entgegengetreten werden konnte. Auch sind die in den Verträgen häufig in Bezug genommenen Tarifsteigerungen kein geeignetes Kriterium, da es sich bei Vorstandsgehältern um außertarifliche Vergütungen handelt. Für die Dauer der Amtsperiode sollen daher grundsätzlich keine Vergütungserhöhungen zulässig sein. In Anbetracht der erreichten Höhe der Vergütung und der befristeten Laufzeit der Verträge ist es zumutbar, in diesem Zeitraum auf Anpassungen zu verzichten.

Die derzeit vereinbarten Vergütungen haben sich im Rahmen der Vertragsverhandlungen und bisherigen Genehmigungsverfahren als ausreichend erwiesen, um geeignetes Personal für die Aufgaben zu gewinnen und sind damit angemessen. Die Vergütung umfasst die monetären Vergütungsteile, die Versorgungszusagen, die sonstigen Leistungen, insbesondere für den Fall der Beendigung der Tätigkeit sowie Nebenleistungen aller Art.

Diese Vergütungen, die zuletzt nach § 35a Absatz 6a Satz 1 gebilligt wurden, werden daher als Grundlage für eine zustimmungsfähige Vergütung festgeschrieben.

In Satz 5 wird die Vereinbarung von darüber hinausgehenden Vergütungen zu Beginn einer neuen Amtszeit darauf beschränkt, die Entwicklung des Verbraucherpreisindexes nachzuvollziehen. Hierbei ist ausschließlich eine Erhöhung der Grundvergütung nach Maßgabe der diesbezüglichen Entwicklung des Verbraucherpreisindexes zulässig. Eine weitere Erhöhung der Grundvergütung ist nicht zustimmungsfähig, ebenso wenig wie eine Erhöhung der sonstigen Vergütungsbestandteile.

Zudem wird der Aufsichtsbehörde in Satz 6 die Möglichkeit eingeräumt, auch eine Absenkung der Vergütung anzuordnen. Dies kann insbesondere in Fällen eines Amtswechsels notwendig sein, um die unterschiedlichen Erfahrungswerte des alten bzw. neuen Vorstands angemessen in der Vergütung abbilden zu können.

Die Angemessenheit der Vergütung kann nicht isoliert von dem zulässigen Umfang einer Nebentätigkeit, die mit dem Amt zusammenhängt, betrachtet werden. In Satz 7 wird daher klargestellt, dass Zuwendungen, die dem Vorstandsmitglied in Zusammenhang mit der Vorstandstätigkeit von Dritten gewährt werden, auf die Gesamtvergütung anzurechnen oder an die Körperschaft abzuführen sind.

Der Vorstandsdienstvertrag muss daher eine Regelung vorsehen, wonach solche Einnahmen entweder bei der Auszahlung der Vergütung angerechnet werden oder diese an die Körperschaft abzuführen sind. Die konkrete vertragliche Ausgestaltung der Anrechnungspflicht obliegt der Körperschaft.

Vereinbarungen zur Zukunftssicherung sollen nach Satz 8 zukünftig nur auf Grundlage von beitragsorientierten Zusagen möglich sein. Eine solche Vereinbarung liegt vor, wenn dem Vorstandsmitglied von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Leistungen zur Absicherung mindestens eines biometrischen Risikos (z.B. Alter, Tod, Krankheit, Invalidität) zugesagt werden. Die Ansprüche werden mit Eintritt des biologischen Ereignisses fällig. Einzelvertraglich vereinbarte Direktzusagen führten in der Vergangenheit zu intransparenten Vergünstigungen bei der Vorstandsvergütung. Aufwendungen für die Altersvorsorge bzw. sonstige Zukunftssicherungsleistungen stellen einen geldwerten Vorteil für das Vorstandsmitglied dar und sind daher ein Bestandteil der Vorstandsvergütung. Bei Direktzusagen ist der geldwerte Vorteil bezogen auf die Dauer der Amtszeit jedoch häufig nicht betragsmäßig

darstellbar. Dies führte dazu, dass sich die tatsächliche Höhe der Vergütung der Vorstandsmitglieder aus den Veröffentlichungen im Bundesanzeiger nicht ablesen lässt. Zur Erhöhung der Transparenz und der Vergleichbarkeit der Vorstandsvergütungen sollen daher zukünftig nur noch Zusagen getroffen werden können, die sich über einen Beitrag während der Amtszeit finanzieren. Dies soll zudem verhindern, dass die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen Verpflichtungen eingehen, deren Höhe bei Vertragsschluss nicht absehbar ist. Insbesondere einzelvertraglich vereinbarte Direktzusagen bergen das Risiko, dass die tatsächlichen Kosten im Voraus nicht quantifizierbar sind.

Zu Nummer 41 (§ 81a)

Mit den Ergänzungen der §§ 81a, 197a soll Erkenntnissen aus der Praxis der Fehlverhaltensbekämpfung Rechnung getragen werden. Die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (Fehlverhaltensstellen) bei den Krankenkassen und den Kassen(zahn)ärztlichen (Bundes-)Vereinigungen haben Fällen und Sachverhalten nachzugehen, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der jeweiligen Körperschaft hindeuten. Hierbei nehmen sie Kontrollbefugnisse nach § 67c Absatz 3 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch wahr, so dass sie die innerhalb ihrer Organisation vorhandenen personenbezogenen Daten für diese Zwecke verwenden dürfen (§§ 81a Absatz 1, 197a Absatz 1). Darüber hinaus dürfen sie von jeder Person Hinweise auf Fehlverhalten entgegennehmen (§§ 81a Absatz 2 Satz 1, 197a Absatz 2 Satz 1). Die Fehlverhaltensstellen erlangen so regelmäßig personenbezogene Daten, die nicht nur für ihre eigene Arbeit, sondern auch für andere Stellen innerhalb und außerhalb ihrer Organisation von Bedeutung sind. Ausdrücklich gesetzlich geregelt ist insoweit die Übermittlung personenbezogener Daten an andere Fehlverhaltensstellen (§§ 81a Absatz 3a, 197a Absatz 3a) sowie die Unterrichtung der Staatsanwaltschaft (§§ 81a Absatz 4, 197a Absatz 4). Insbesondere die Fehlverhaltensstellen der Krankenkassen haben darauf hingewiesen, dass in der Praxis Unsicherheiten hinsichtlich der datenschutzrechtlichen Zulässigkeit der Nutzung sonstiger Übermittlungswege bestünden, was die Gefahr mit sich bringe, dass ein sinnvoller Informationsaustausch unterbleibe. Diesen Rechtsunsicherheiten soll durch eine gesetzliche Klarstellung abgeholfen werden.

Der neue § 81a Absatz 3b sieht daher in Satz 1 vor, dass die Fehlverhaltensstellen der Kassenärztlichen (Bundes-)Vereinigungen personenbezogene Daten auch an die Zulassungsausschüsse nach § 96 sowie an die für die Abrechnungsprüfung (§ 106d) und die für die Überwachung der vertragsärztlichen Pflichten (§ 75 Absatz 2 Satz 2) zuständigen Stellen übermitteln dürfen. Zudem wird klargestellt, dass als Empfänger auch die berufsständischen Kammern in Betracht kommen, denen die Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 285 Absatz 3a Nummer 2 personenbezogene Daten der Ärzte übermitteln dürfen, soweit diese für berufsrechtliche Verfahren erheblich sind.

Die übermittelten Daten dürfen nach Satz 2 von den jeweiligen Empfängern nur für den Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihnen übermittelt wurden, d. h. für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeit. Durch die ausdrückliche Nennung der „Verhinderung“ von Fehlverhalten als Übermittlungszweck wird zum Ausdruck gebracht, dass die Datenübermittlung nicht lediglich auf die Aufarbeitung vergangener Sachverhalte gerichtet sein muss, sondern auch auf die (präventive) Unterbindung künftiger Unregelmäßigkeiten abzielen kann. So wäre es etwa denkbar, dass mit Blick auf ein schwerwiegendes Fehlverhalten die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung nach § 21 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte verweigert wird. Der Begriff der „Aufdeckung“ umfasst demgegenüber neben der Sachverhaltsermittlung sämtliche Reaktionen auf ein vergangenes Fehlverhalten, die von Regressforderungen über Disziplinarmaßnahmen bis hin zur Zulassungsentziehung nach § 95 Absatz 6 reichen können.

In der Regel wird es sich bei den übermittelten personenbezogenen Daten um personenbezogene Daten von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten handeln. Soweit im Einzelfall auch personenbezogene Daten von Versicherten betroffen sind, sind diese zu anonymisieren, wenn ihre Verarbeitung für den Zweck der Übermittlung nicht erforderlich ist. Dies gilt nicht für Fälle, in denen Hinweise auf eine Mitwirkung von Versicherten beim Abrechnungsbetrug vorliegen.

Die in den §§ 81a, 197a gesondert klargestellten Übermittlungsbefugnisse sollen lediglich die typischen Informationsflüsse im Zusammenhang mit der Arbeit der Fehlverhaltensstellen absichern und sind nicht als abschließend zu verstehen. Weitere Befugnisse zum Datenaustausch mit anderen Stellen oder zu anderen Zwecken können sich aus den besonderen Vorschriften zu anderen Stellen oder aus den allgemeinen datenschutzrechtlichen Bestimmungen der Verordnung (EU) 2016/679 in Verbindung mit den §§ 67d ff. des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch ergeben.

Zu Nummer 42 (§ 85)

In den zu streichenden Absätzen ist bisher geregelt, dass die vertraglich vereinbarten Punktwerte für vertragszahnärztliche Leistungen bei Überschreiten bestimmter Degressionsstufen (Gesamtpunktmengen je Kalenderjahr) prozentual vermindert werden. Die im Jahr 1993 mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) vorgenommene Einführung der Degressionsregelung sollte zur finanziellen Stabilität der GKV beitragen. Hintergrund war der überproportionale Anstieg der Ausgaben der GKV für zahnärztliche Behandlungen, der zu Beginn der 1990er Jahre zeitweise zweistellige Prozentraten erreichte. Zudem sollte der Gefahr von Qualitätsdefiziten infolge übermäßiger Leistungserbringung entgegen gewirkt werden. Zahnärztinnen und Zahnärzten mit umsatzstarken Praxen sollte ein Anreiz gegeben werden, Patientinnen und Patienten an andere, die Punktmengengrenzen nicht erreichende Praxen abzugeben. In den letzten Jahrzehnten haben sich die Ausgabenentwicklung und die Instrumente der Qualitätssicherung in der vertragszahnärztlichen Versorgung aber grundlegend verändert und weiterentwickelt. Seit Jahren liegen die Ausgabensteigerungen für vertragszahnärztliche Leistungen deutlich unterhalb des Niveaus in den 1990er Jahren. Ein zusätzlicher Beitrag der Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte zur Sicherung der Beitragssatzstabilität in der GKV ist vor diesem Hintergrund nicht länger geboten. Zudem sieht das Recht der GKV mittlerweile umfassende Vorgaben zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität vor, so dass die Degressionsregelung auch für Zwecke der Qualitätssicherung nicht mehr benötigt wird. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass die Punktwertdegression erhebliche Fehlanreize für die Bereitschaft von Zahnärztinnen und Zahnärzten birgt, sind in ländlichen und strukturschwachen Gebieten niederzulassen. Zahnarztpraxen in Gebieten mit einer niedrigen Versorgungsdichte, die eine überproportional hohe Zahl an Versicherten zu versorgen haben, laufen Gefahr, für die von ihnen erbrachten zusätzlichen Leistungen nicht angemessen vergütet werden. Fehlanreize können auch für die Bereitschaft von Zahnärztinnen und Zahnärzten entstehen, besonders förderungswürdige Leistungen im Bereich der Prävention, der aufsuchenden Versorgung von mobilitätseingeschränkten Versorgung von Versicherten oder im Rahmen von Kooperationsverträgen nach § 119b mit stationären Pflegeeinrichtungen zu erbringen.

Zu Nummer 43 (§ 87)

Zu Buchstabe a

Zur Einführung eines elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahrens werden die Bundesmantelvertragspartner verpflichtet Regelungen für ein elektronisches Beantragungs- und Genehmigungsverfahren zu schaffen. Eine Umstellung des papiergebundenen Antrags- und Genehmigungsverfahren für Leistungen bei der Behandlung von Verletzungen im Bereich des Gesichtsschädels, für kieferorthopädische Leistungen, für parodontologische Leistungen und für Leistungen bei der Behandlung für Zahnersatz und Zahnkronen bietet für die Vertragszahnärzte, Krankenkassen und Versicherte dahingehend Vorteil, dass

Behandlungspläne vom Zahnarzt schneller an die Krankenkassen und von der Krankenkasse schneller zurück an den Zahnarzt übermittelt werden. Die Versicherten werden so schneller über die Entscheidung der Krankenkasse informiert, so dass mit den jeweiligen Behandlungen früher begonnen werden kann. Damit das elektronische Antrags- und Genehmigungsverfahren künftig einheitlich durchgeführt werden kann und zur Vermeidung von Vermischungen der Antragsformen werden die Bundesmantelvertragspartner ausdrücklich dazu ermächtigt, die zahnärztlichen Leistungserbringer zur elektronischen Übermittlung der für diese Antrags- und Genehmigungsverfahren benötigten Angaben zu verpflichten. Zudem wird klargestellt, dass die Zahnärzte die betreffenden Antragsdaten einschließlich der dort notwendigerweise enthaltenen Versichertendaten für die Zwecke der Leistungsbeantragung und -genehmigung übermitteln dürfen.

Zu Buchstabe b

Zu Satz 1

Satz 1 schafft eine Ermächtigungsgrundlage, die Krankenkassen in den in § 87 Absatz 1c Satz 1 Nummer 1 bis 4 genannten Fälle anstelle einer gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, eine Prüfung im Wege des im Bundesmantelvertrag der Zahnärzte vorgesehene Gutachterverfahrens durchführen lassen zu können. Die Regelung in § 87 Absatz 1c stellt eine von § 275 ff. abweichende Aufgabenregelung dar.

Zu Satz 2

Die konkrete Ausgestaltung des vertragszahnärztlichen Gutachterverfahrens wird durch die Bundesmantelvertragspartner vereinbart.

Zu Satz 3

Zur Vermeidung einer Vermischung von vertragszahnärztlichen Gutachterverfahren und dem Gutachterverfahren des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung wird den Bundesmantelvertrag- und Gesamtvertragspartnern ausdrücklich die Möglichkeit eingeräumt, einheitlich die Anwendung allein das im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehene Gutachterverfahren oder die Begutachtung durch den Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung vorzusehen.

Zu Satz 4 und 5

Die Prüfung im Wege des vertragszahnärztlichen Gutachterverfahrens nach § 87 Absatz 1c Satz 1 ist nur möglich, wenn den vertragszahnärztlichen Gutachtern die hierfür benötigten Daten zur Verfügung stehen. Deshalb werden die behandelnden Vertragszahnärzte verpflichtet, den vertragszahnärztlichen Gutachtern die erforderlichen Informationen und Auskünfte zu erteilen. Nach Satz 4 dürfen die übermittelten Daten nur zur Erstellung der gutachterlichen Stellungnahme verwendet werden. Mit diesen Regelungen wird die datenschutzrechtliche Grundlage für die Übermittlung der Daten zwischen dem behandelnden Vertragszahnarzt und dem vertragszahnärztlichen Gutachter geschaffen.

Zu Satz 6

Die in § 87 Absatz 1c Satz 5 genannten Regelungen über die Begutachtung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und über die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen gelten für die vertragszahnärztlichen Gutachter entsprechend. Dies betrifft Regelungen über die Unabhängigkeit der Gutachter (§ 275 Absatz 5), die Verpflichtung der Krankenkassen, dem Gutachter die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen (§ 276 Absatz 1), die unmittelbare Übermittlung vom Gutachter oder der Krankenkasse bei anderen Leistungserbringern angeforderten und für die Begutachtung erforderlichen versichertenbezogenen Daten an den Gutachter (§ 276 Absatz 2

Satz 2), das Akteneinsichtsrecht der Versicherten (§ 276 Absatz 3) sowie die Mitteilung des Ergebnisses der gutachterlichen Stellungnahme und der erforderlichen Angaben über den Befund vom Gutachter an die Krankenkasse und ggf. an den Zahnarzt, über dessen Behandlungsvorschlag eine gutachterliche Stellungnahme erstellt wurde (§ 277 Absatz 1 Satz 1 bis 3).

Zu Buchstabe c

Mit der Neufassung des § 87 Absatz 2 Satz 3 sollen die Rationalisierungsreserven insbesondere bei dem Einsatz von medizinisch-technischen Geräten im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zugunsten von Verbesserungen von zuwendungsorientierten ärztlichen Leistungen („sprechenden Medizin“) genutzt werden. Dies führt dazu, dass bestehende Über-, Unter- und Fehlversorgungen zwischen „sprechender Medizin“ und „technisch-apparativer Diagnostik“ abgebaut werden. Rationalisierungsreserven ergeben sich aufgrund des technischen Fortschritts durch Automatisierung und Digitalisierung. Aufgrund einer veralteten betriebswirtschaftlichen Kalkulation und einer veralteten Datengrundlage der Bewertungen einschließlich der vorgesehenen Zeitaufwände insbesondere von technischen Leistungen und der bereits durch Beschluss des Bewertungsausschusses vom 22. Oktober 2012 vorgesehenen Aktualisierung, wird der Bewertungsausschuss nunmehr zu einer zeitnahen Aktualisierung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs gesetzlich verpflichtet. Hierzu hat der Bewertungsausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit ein Konzept vorzulegen, wie er die verschiedenen Leistungsbereiche aktualisieren wird. Hierbei kann eine Konzentrierung auf Arztgruppen oder Leistungen mit einem hohen technischen Leistungsanteil (z. B. Strahlentherapie und Nuklearmedizin, Labor, Radiologie oder Humangenetik) erfolgen. Die Bewertung der technischen Leistungen soll entsprechend der Beschlussfassung des Bewertungsausschusses vom 22. Oktober 2012 insgesamt so festgelegt werden, dass die punktzahlmäßige Bewertung der in einem bestimmten Zeitraum erbrachten Leistungen oder Leistungsanteile ab einem bestimmten Schwellenwert mit zunehmender Menge sinken.

Unabhängig von der vorzunehmenden Aktualisierung wird allgemein vorgegeben, dass die Bewertung der Leistungen nach Satz 1 und die Überprüfung der wirtschaftlichen Aspekte nach Satz 2 in bestimmten Zeitabständen auf zu aktualisierender betriebswirtschaftlicher Basis zu erfolgen hat. Dabei wird klargestellt, dass sich die Überprüfung der wirtschaftlichen Aspekte nunmehr insbesondere auf Leistungen beziehen soll, die unter Einsatz medizinisch-technischer Geräte erbracht werden. Des Weiteren wird mit der Neufassung konkretisiert, dass Basis der Kalkulation die Erhebung der Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten durch das Statistischen Bundesamtes nach dem Gesetz über die Kostenstrukturstatistik (KoStrukStatG) ist. Hierbei ist für den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen insbesondere die Kostenstruktur in Arztpraxen und Praxen von psychologischen Psychotherapeuten relevant. Für den Fall der nicht angemessenen oder nicht ausreichenden Daten der Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamtes können ergänzend sachgerechte Stichproben bei vertragsärztlichen Leistungserbringern verwendet werden.

Mit der gesetzlichen Fristsetzung für die Aktualisierung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs und der Frist zur Vorlage eines Aktualisierungskonzeptes im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten zum Tag der ersten Lesung im Bundestag entsteht für den Bewertungsausschuss die Notwendigkeit, die erforderlichen Arbeiten zur Weiterentwicklung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs unverzüglich aufzunehmen, um eine fristgerechte Beschlussfassung sicherzustellen. Gleichzeitig trägt die Pflicht, das Konzept dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen, zur nötigen Transparenz in Bezug auf die geplanten inhaltlichen Änderungen und die Einhaltung der Frist bei.

Zu Buchstabe d

Zur Verbesserung und Förderung des Zugangs zur ambulanten ärztlichen Versorgung wird § 87 Absatz 2b Satz 3 neu gefasst. Mit dem extrabudgetären Vergütungszuschlag für Neupatientinnen und Neupatienten wird ein finanzieller Anreiz vorgesehen, neue Patientinnen und Patienten aufzunehmen. Hierzu wird die mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz geregelte Differenzierung des Leistungsumfangs und der Bewertung der Pauschalen nach Patientinnen und Patienten, die erstmals in der jeweiligen Arztpraxis diagnostiziert und behandelt werden, sowie nach Patientinnen und Patienten, bei denen eine Behandlung fortgeführt wird, gestrichen.

Neupatientinnen und Neupatienten nach dieser Regelung sind zum einen Patientinnen und Patienten, die aufgrund eines erstmaligen persönlichen Kontakts z.B. zu einer Haus-/Fachärztin oder einem Haus-/Facharzt überhaupt oder aufgrund eines Umzuges in der jeweiligen Arztpraxis erstmals ärztlich untersucht und behandelt werden, zum anderen aber auch Patientinnen und Patienten, die mindestens vier Jahre nicht in der Praxis untersucht und behandelt wurden.

Die konkrete Vorgabe eines Vergütungszuschlags auf die Versichertenpauschale für die Neuaufnahme von Patientinnen und Patienten ist notwendig, da die Differenzierung der Pauschalen in wesentlichen Teilen bereits seit dem 1. Januar 2012 durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz vorgegeben ist. Der Bewertungsausschuss hat die Differenzierung bereits in seinem Grundsatzbeschluss vom 22. Oktober 2012 beschlossen. Eine Umsetzung in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ist auch aufgrund der immer wieder verschobenen Reform des einheitlichen Bewertungsmaßstabs durch den Bewertungsausschuss und der Komplexität der Umsetzung bislang nicht erfolgt.

Vor diesem Hintergrund wird auch die Regelung aufgehoben, dass die Pauschalen soweit möglich nach (weiteren) Morbiditätskriterien insbesondere zur Abbildung des Schweregrades der Erkrankungen zu differenzieren sind.

Zur Förderung der erfolgreichen Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2, wird der Bewertungsausschuss beauftragt, einen weiteren Zuschlag in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für (haus-)ärztliche Leistungen aufzunehmen. Die dringliche oder sehr dringliche Erforderlichkeit eines Behandlungstermins ist durch eine Überweisung zu belegen. Voraussetzung für die Terminvermittlung ist, dass eine Terminvermittlung durch die Terminservicestelle oder eine eigenständige Terminvereinbarung durch die Patientin oder den Patienten aufgrund der medizinischen Besonderheit des Einzelfalls oder der Dringlichkeit nicht angemessen oder nicht zumutbar ist. Eine Terminvermittlung für Bagatellerkrankungen, Vorsorgeuntersuchungen und planbare Untersuchungen oder Behandlungen ist nicht Gegenstand einer dringlich notwendigen Terminvermittlung.

Der Nachweis und die Überprüfung der erfolgreichen Terminvermittlung erfolgt bürokratiearm über die Abrechnungsunterlagen und wird durch eine Ergänzung des § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 flankiert.

Zu Buchstabe e

Zu den Doppelbuchstaben aa

Mit dem gleichen Ziel wie § 87 Absatz 2b Satz 3 wird auch der Absatz 2c Satz 2 neugefasst. Die bisher vorgegebene Differenzierung der Grundpauschalen nach Patienten, die erstmals in der jeweiligen Arztpraxis diagnostiziert und behandelt werden, sowie nach Patienten, bei denen eine Behandlung fortgeführt wird, wird aufgrund der zu hohen Komplexität gestrichen. Es gelten die Ausführungen zur Aufnahme eines Vergütungszuschlages für Neupatientinnen und Neupatienten in Buchstabe d gleichermaßen. Der Bewertungsausschuss hat weiterhin die Möglichkeit bei einzelnen Facharztgruppen, bei denen ein Vergütungszuschlag für die Aufnahme neuer Patientinnen und Patienten nicht sachgerecht wäre, davon abzusehen.

Des Weiteren wird zur bundesweiten Förderung der offenen Sprechstunde ein extrabudgetärer Zuschlag in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für (fach-)ärztliche Leistungen aufgenommen.

Es ist hierbei zu gewährleisten, dass die Zuschläge, die zur Förderung der offenen Sprechstunde extrabudgetär gezahlt werden, bei einem vollen Versorgungsauftrag auf einen Umfang von 5 Kalenderwochenstunden und bei einem reduzierten Versorgungsauftrag auf einen jeweils anteiligen Umfang an Sprechstundenzeit je Kalenderwoche begrenzt sind. Demnach ist für die Förderung bei einem drei Viertel Versorgungsauftrag ein Umfang von 3,75 Kalenderwochenstunden und bei einem hälftigen Versorgungsauftrag ein Umfang von 2,5 Kalenderwochenstunden nicht zu überschreiten.

Um darüber hinaus zu erreichen, dass die Abrechnung des Zuschlags für die Erbringung vertragsärztlicher Leistungen in der offenen Sprechstunde nur in medizinisch notwendigen Behandlungsfällen erfolgt, wird für fachärztlich tätige Leistungserbringer das Vorliegen einer Überweisung vorausgesetzt. Es gelten die Regelungen des Bundesmantelvertrags-Ärzte, wonach z. B. eine Überweisung in der Regel nur an eine Ärztin oder einen Arzt einer anderen Facharztgruppe zulässig ist. Einer Überweisung bedarf es nicht, für die Abrechnung durch Augenärzte und Frauenärzte. Durch die Überweisungsvorgabe werden eine bessere Koordinierung und eine bedarfsorientierte Patientenversorgung nach Behandlungsnotwendigkeit erreicht. Die fachärztlichen Leistungserbringer werden so in die Lage versetzt, eine bedarfsgerechte Patientenauswahl in der offenen Sprechstunde anhand der Überweisungen vorzunehmen. Es ist die Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte sowie der Krankenkassen hierüber hinreichend und angemessen zu informieren.

Soweit es für die Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung erforderlich ist, hat der Bewertungsausschuss nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 die Angabe der Uhrzeit bei der Abrechnung vorzusehen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die Versicherten gemäß § 75 Absatz 1a Satz 2 in geeigneter Weise über die Sprechstunden der Vertragsärzte zu informieren. Die Information über die Sprechstundenzeiten schließt auch Angaben zu den offenen Sprechstunden mit ein. Dadurch ist eine Überprüfbarkeit gewährleistet.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung. Abweichend von der in den Sätzen 1 bis 7 vorgesehenen Vergütungssystematik der als Grund- und Zusatzpauschalen sowie als der Einzelleistungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen der fachärztlichen Versorgung kann der Bewertungsausschuss beschließen, die Behandlung von Versichertengruppen, die mit einem erheblichen therapeutischen Leistungsaufwand und überproportionalen Kosten verbunden ist, mit arztgruppenspezifischen diagnosebezogenen Fallpauschalen zu vergüten.

Zu Buchstabe f

Es handelt sich um die Streichung einer redaktionellen Doppelung.

Zu Buchstabe g

Durch die Änderung des § 87 Absatz 3b Satz 3 bis 7 wird klargestellt, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband nach der inzwischen erfolgten Errichtung des Instituts des Bewertungsausschusses keinen Dritten mehr mit den Aufgaben nach § 87 Absatz 3b Satz 1 beauftragen dürfen.

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 (BGBl. S. 378) wurde in § 87 Absatz 3b die Errichtung eines Instituts zur Unterstützung des Bewertungsausschusses für ärztliche Leistungen eingeführt. Träger des Instituts sind die Kassenärztliche Bun-

desvereinigung und der GKV-Spitzenverband. Alternativ oder während der Errichtungsphase durften die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband auch einen Dritten mit den Aufgaben beauftragen oder die Aufgaben zwischen den Trägern aufteilen. Da inzwischen die Errichtung des Instituts des Bewertungsausschusses abgeschlossen ist und dieses schon seit mehreren Jahren die vorgesehenen Aufgaben wahrnimmt, sind die Reglungen zu Errichtung des Institutes und die alternative Beauftragung eines Dritten durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den GKV-Spitzenverband obsolet und werden daher aufgehoben. Für den Fall, dass das Institut seine Aufgaben nicht im vorgesehenen Umfang oder nicht entsprechend den geltenden Vorgaben erfüllt oder wenn es aufgelöst wird, kann das Bundesministerium für Gesundheit eine oder mehrere der genannten Organisationen oder einen Dritten mit den Aufgaben beauftragen.

Die Regelung und Klarstellung ist auch im Zusammenhang mit einer besseren aufsichtsrechtlichen Begleitung zur fristgerechten Umsetzung von Regelungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen nach § 87 Absatz 6 durch das Bundesministerium für Gesundheit zu sehen.

Zu Buchstabe h

In § 87 Absatz 3d werden die Änderungen des § 87 Absatz 3b nachgebildet, indem dem Bundesministerium für Gesundheit bei der Beauftragung eines Dritten auch das Recht eingeräumt wird, über die erforderlichen Sach- und Personalmittel sowie die Nutzung der Daten gemäß Absatz 3f durch den beauftragten Dritten zu entscheiden.

Zu Buchstabe i

Es handelt sich um eine Folgeregelung aufgrund der Neustrukturierung des § 89 und der entsprechenden neuen Regelung zur Benennung des unparteiischen Vorsitzenden.

Zu Buchstaben j

Im ergänzten Bewertungsausschuss nach Satz 1 wird die Verdoppelung der Stimmenanteile der Kassenseite gestrichen und im Interesse einer gleichberechtigten Vertretung eine paritätische Stimmverteilung aller drei Bänke (Kassenärztliche Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft) mit jeweils drei Vertretern geregelt.

Mit der Neufassung der Sätzen 2 bis 5 wird die Konfliktlösung durch den ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss neu geregelt.

Der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss wird im Verhältnis zum ergänzten Bewertungsausschuss nach Satz 1 um einen unparteiischen Vorsitzenden und ein weiteres unparteiisches Mitglied erweitert. Durch den Verweis auf § 89a Absatz 6 wird auch für den ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss geregelt, dass für den Fall, dass sich die Mitglieder nicht auf die beiden unparteiischen Mitglieder einigen, diese nach Fristsetzung von der Aufsichtsbehörde bestimmt werden.

Die Anrufung erfolgt wie bislang auf Verlangen von mindestens zwei Mitgliedern, sofern durch übereinstimmenden Beschluss aller Mitglieder eine Vereinbarung des ergänzten Bewertungsausschusses ganz oder teilweise nicht zustande kommt.

Der ergänzte erweiterte Bewertungsausschusses setzt Beschlüsse mit jeweils zwei stimmberechtigten Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, des GKV-Spitzenverbands und der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und einem weiteren unparteiischen Mitglied, mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder, fest.

Wird eine Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder nicht erreicht, setzen die beiden unparteiischen Mitglieder den Beschluss fest; die Stimme des unparteiischen Vorsitzenden gibt den Ausschlag.

Die Mitglieder des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses können personenidentisch mit denen des erweiterten Bewertungsausschusses nach Absatz 4 sein.

Gegenüber den Bewertungsausschüssen und somit auch dem ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss sind in § 87 Absatz 6 umfangreiche aufsichtsrechtliche Maßnahmen und Vorgaben geregelt.

Zu Buchstabe k

Zu Doppelbuchstabe aa

Zur besseren aufsichtsrechtlichen Begleitung und zur fristgerechten Umsetzung von Vorgaben in die einheitlichen Bewertungsmaßstäbe wird das Bundesministerium für Gesundheit in § 87 Absatz 6 in die Lage versetzt, bereits vor Ablauf einer gesetzlichen oder vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist das Institut zu beauftragen, Datenerhebungen in Auftrag zu geben und Sachverständigengutachten einzuholen. Voraussetzung hierfür ist, dass die Beratungen sowie die Beschlussfassung durch den Bewertungsausschuss nicht oder nicht in einem angemessenen Umfang vorbereitet oder durchgeführt werden. Die mit der Maßnahme verbundenen Kosten sind wie nach geltendem Recht vom GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung jeweils zur Hälfte zu tragen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Hierbei handelt es sich um redaktionelle Folgeänderungen zu Doppelbuchstabe aa.

Zu Nummer 44 (§ 87a)

Zu Buchstabe a

Zur Verbesserung und Förderung der Leistungen und des Zugangs zur haus- und fachärztlichen Versorgung für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung sind zukünftig weitere Leistungen und Zuschläge nach dem Gesetz außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen nach § 87a Absatz 3 Satz 1 zu festen Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach § 87a Absatz 2 Satz 5 zu vergüten. § 87a Absatz 3 Satz 5 wird zur besseren Übersichtlichkeit und Lesbarkeit in Form einer Auflistung neugefasst. Die folgenden Leistungen der Nummern 2 bis 4 werden neu in den Katalog der extrabudgetären Leistungen aufgenommen:

Nach Nummer 2 sind die mit diesem Gesetz vorgesehenen neuen Zuschläge extrabudgetär außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu festen Preisen zu vergüten. Zur Verbesserung des Zugangs für gesetzlich Versicherte zur ambulanten ärztlichen Versorgung handelt es sich um Zuschläge auf die Leistungen der Versicherten- und Grundpauschalen für Neupatientinnen und Neupatienten. Zudem wird der Zuschlag für die Leistung der erfolgreichen Vermittlung eines Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 durch einen hausärztlich tätigen Leistungserbringer zu einem fachärztlich tätigen Leistungserbringer außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu festen Preisen vergütet. Darüber hinaus wird der Zuschlag auf die Grundpauschale zur Förderung der gezielten Erbringung fachärztlicher Grundleistungen in offenen Sprechstunden, der grundsätzlich im Rahmen einer durch Überweisungen koordinierten vertragsärztlichen Versorgung gezahlt wird, außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu festen Preisen vergütet.

Nach Nummer 3 sind zukünftig auch Leistungen, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 und Nummer 3 erbracht werden, außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu festen Preisen zu vergüten. Hierbei werden alle aufgrund der Terminvermittlung im Behandlungsfall erforderlichen Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu festen Preisen vergütet. Der Behandlungsfall ist die gesamte von derselben Arztpraxis (Vertragsarzt, Vertragspsychotherapeut, Berufsausübungsgemeinschaft, medizinisches Versorgungszentrum) innerhalb desselben Kalendervierteljahres an demselben Versicherten ambulant zu Lasten derselben Krankenkasse vorgenommene Behandlung (vgl. § 21 Absatz 1 Satz 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte).

Akutfälle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 sind keine Notfälle im Sinne der ständigen Rechtsprechung des BSG. Die Notfallversorgung beschränkt sich demnach auf die Erstversorgung, insbesondere um Gefahren für Leib und Leben sowie unzumutbare Schmerzen der Patienten zu begegnen (vgl. BSG, Urteil vom 12. Dezember 2012, Az. B 6 KA 5/12 R, RdNr. 15 und BSG, Urteil vom 2. Juli 2014, Az. B 6 KA 30/13 R, RdNr. 12). Sofern die Terminservicestellen Akutfälle an Krankenhäuser vermitteln müssen, bleibt es bei der geltenden Rechtslage nach § 76 Absatz 1a in Verbindung mit § 120 Absatz 3a.

Die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu festen Preisen gilt nicht für Fälle nach § 75 Absatz 1a Satz 8 (verschiebbare Routineuntersuchungen, Bagatellerkrankungen sowie bei weiteren vergleichbaren Fällen).

Um auch die Übernahme eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins durch einen fachärztlich tätigen Leistungserbringer zu fördern, werden nach Nummer 4 alle Leistungen im Behandlungsfall außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu festen Preisen vergütet, die aufgrund der Vermittlung nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 erforderlich sind.

Satz 6 ist bereits Gegenstand des bisherigen Rechts. Die Sätze 7 und 8 sehen vor, dass die Leistungen, die in Satz 5 Nummer 3 und 4 genannt sind, aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses zu bereinigen sind (Entbudgetierung). Die Bereinigung erfolgt über die Anpassung des Behandlungsbedarfs nach Absatz 4. Dabei wird eine Nettobereinigung des Behandlungsbedarfs unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des Vorjahresquartals, die von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber den Krankassen transparent nachzuweisen sind, begrenzt auf einen Zeitraum von einem Jahr, das heißt einmalig für die jeweiligen vier Abrechnungsquartale eines Jahreszeitraums vorgesehen. Zu bereinigen sind die ab dem Inkrafttreten der Vergütungsregelungen erbrachten und nach sachlich-rechnerischer Prüfung abgerechneten Leistungen im Behandlungsfall, die in Satz 5 Nummer 3 und 4 genannt sind. Die Bereinigung soll auf Ebene der Honorarverteilung zudem ausschließlich diejenigen Leistungserbringerbetreffen, die die künftig aufgrund dieses Gesetzes extrabudgetär gestellten Leistungen erbringen. Dies ist durch die Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) nach § 87b Abs. 4 Satz 2 zu gewährleisten, wonach die KBV Vorgaben zur Durchführung geeigneter und neutraler Verfahren zur Honorarbereinigung im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu bestimmen hat.

Dem Bundesministerium für Gesundheit wird im Rahmen der gesetzlich vorgegebenen Evaluation jährlich durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung über die Auswirkungen der Tätigkeit der Terminservicestellen nach § 75 Absatz 1a berichtet. Hierbei sind die Auswirkungen der Tätigkeit der Terminservicestellen insbesondere im Hinblick auf die Erreichung der fristgemäßen Vermittlung von Facharztterminen, auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme und auf die Vermittlungsquote zu evaluieren. Mit dieser Evaluierung können in der Folge die zukünftigen Steuerungswirkungen auf die Annahme und Versorgung der Versicherten durch die neu vorgesehenen extrabudgetären Vergütungsanreize aufgezeigt werden. Dies schließt auch die neu aufgenommene Vermittlung von Akutfällen mit ein. Den

zukünftigen Auswirkungen auf die Versorgung sollen auch die damit verbundenen Ausgaben gegenübergestellt werden können. Deshalb hat der Bewertungsausschuss auf der Grundlage von § 87 Absatz 3a die Auswirkungen seiner in diesem Zusammenhang getroffenen Beschlüsse insbesondere auf die Versorgung der Versicherten mit vertragsärztlichen Leistungen, auf die vertragsärztlichen Honorare sowie auf die Ausgaben der Krankenkassen zu analysieren. Der Bewertungsausschuss hat die Auswirkungen der erfolgten Anpassungen der Vergütungen in den ersten zwei Jahren nach Inkrafttreten der Vergütungsregelungen zu analysieren und dem Bundesministerium für Gesundheit darüber zu berichten. In dem Bericht sollen unter anderem die Entwicklung der extrabudgetären Vergütungszuschläge bei der Untersuchung und Behandlung von in den Arztpraxen neuen Patientinnen und Patienten, für die erfolgreiche Vermittlung eines dringlich notwendigen Behandlungstermins durch eine an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztin bzw. Arzt sowie von Zuschlägen auf Leistungen der jeweiligen Grundpauschale in der offenen Sprechstunde dargestellt werden. Darüber hinaus sollen die Entwicklung der extrabudgetären Vergütung der Leistungen für die Übernahme eines Behandlungstermins durch einen fachärztlich tätigen Leistungserbringer nach Vermittlung durch einen hausärztlich tätigen Leistungserbringer und die extrabudgetäre Vergütung von ärztlichen (Akut-)Leistungen, die von der Terminservicestelle vermittelt werden, aufgezeigt werden. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zum Inhalt der Analysen bestimmen. Der Bericht wird der Bundesregierung vom Bundesministerium für Gesundheit zur Verfügung gestellt.

Zu Buchstabe b

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinbaren jährlich die an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung. Zurzeit wird die jahresbezogene Veränderung der Morbiditätsstruktur der Versicherten einerseits auf Grundlage der in der vertragsärztlichen Versorgung kodierten Behandlungsdiagnosen sowie andererseits auf der Grundlage demografischer Kriterien (Alter und Geschlecht) zwischen den Vertragspartnern vereinbart. Dabei werden diese vom Bewertungsausschuss als Empfehlung mitgeteilten Raten gewichtet zusammengefasst. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes ist eine Abweichung von einer 50:50 Gewichtung zu begründen.

Durch die Anwendung der verbindlichen Regelungen zur Kodierung und Prüfung der implementierten Prüfmaßstäbe im Rahmen der Abrechnungsprüfung (§106d Absatz 1 und 2) ist eine Steigerung der Diagnosequalität zu erwarten. In der Folge soll ab dem Jahr in dem die nach Absatz 5 Satz 2 bis 4 mitgeteilte Veränderungsrate auf der Grundlage der Behandlungsdiagnosen, auf der Grundlage der Diagnosen der Jahre 2023 bis 2025 ermittelt wird, diese allein verwendet werden.

Auf der Grundlage des derzeit geltenden zweijährig prospektiven Klassifikationsmodells wird die Regelung somit für die gesamtvertraglichen Vereinbarungen im Jahr 2028 wirksam.

Zu Buchstabe c

Zu den Doppelbuchstaben aa und bb

Hierbei handelt es sich um redaktionelle Folgeänderungen zu Buchstabe a.

Zu Doppelbuchstabe cc

Die bundeseinheitlichen Regelungen und Prüfmaßstäbe für die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren werden mit dem 1. Januar 2022 wirksam. Im ersten Jahr wird sich aufgrund der neuen Regelungen die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren entsprechend ändern. Aus diesen Kodiereffekten ergeben sich je-

doch keine Änderungen der tatsächlichen Morbiditätsstruktur in einer Kassenärztlichen Vereinigung, die Grundlage der gesamtvertraglichen Vereinbarungen ist. In der Folge sind die mit der Einführung und Umstellung entstehenden Kodiereffekte zu bereinigen. Der Bewertungsausschuss hat dafür ein entsprechendes Verfahren zu beschließen. Dies gilt somit, sofern es bei dem bestehenden zweijährig prospektiven Klassifikationsmodell bleibt, für die Bestimmung der Veränderungsraten auf der Grundlage der Behandlungsdiagnosedaten der Jahre 2020 bis 2022, 2021 bis 2023 und 2022 bis 2024.

Zu Nummer 45 (§ 87b)

Mit dieser Änderung wird ein Verweisfehler korrigiert.

Zu Nummer 46 (§ 87d)

Die Regelungen in § 87d zur Vergütung von vertragsärztlichen Leistungen im Jahr 2012 sind obsolet und werden daher aufgehoben.

Zu Nummer 47 (§ 87e)

Weil mit § 29 Absatz 5 eine weitere Abrechnungsgrundlage für Mehrkosten geschaffen wurde, wird § 87e um die Mehrkostenregelung bei kieferorthopädischen Behandlungen nach § 29 Absatz 5 ergänzt.

Zu Nummer 48 (§§ 89, 89a)

Zu § 89

In § 89 wird mit dem Schiedsamt die zentrale Streitschlichtungsinstanz im vertrags-(zahn)ärztlichen Bereich geregelt. Im Interesse einer übersichtlichen und möglichst einheitlichen Regelungssystematik wird im Zuge der Einrichtung des neuen sektorenübergreifenden Schiedsgremiums in § 89a die Vorschrift des § 89 systematisch überarbeitet und neu strukturiert. Darüber hinaus werden redundante Formulierungen im Verhältnis zu der Verordnung über die Schiedsämter für die vertragsärztliche (vertragszahnärztliche) Versorgung (Schiedsamtsverordnung) gestrichen.

Durch die Neustrukturierung werden in den Absätzen 1 und 2 die Organisation der Landesschiedsämter (die örtlich jeweils für den Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung sachlich zuständig sind) sowie des Bundesschiedsamtes geregelt, die bislang in den alten Absätzen 2 und 4 normiert waren.

Absatz 3 enthält Regelungen über die Zuständigkeit und die Einleitung des Verfahrens auf Antrag sowie die Entscheidungsfindung. Dabei werden die bisher in den alten Absätzen 1 und 1a getroffenen Regelungen in einem Absatz zusammengefasst. Die Regelung in Absatz 3 gilt somit für alle Verträge über die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung. Dabei wird für den Fall, dass ein erforderlicher Antrag zur Einleitung des Verfahrens nicht gestellt wird, einheitlich geregelt dass auch die Aufsichtsbehörde nach Fristsetzung oder nach Ablauf einer für das Zustandekommen des Vertrages gesetzlich vorgeschriebenen Frist, das Schiedsamt mit Wirkung für die Parteien anrufen kann. Diese Zusammenführung dient der Vereinheitlichung der Schiedsamtsregelungen und der Effizienz des Verfahrens.

Die Regelungen des bisherigen Absatzes 1 Satz 2 bis 4 für den Fall der Einleitung des Verfahrens durch die Kündigung eines Vertrages werden in den neuen Absatz 4 überführt.

Absatz 5 regelt die Besetzung des Schiedsamtes und die Bestellung der Mitglieder durch die Organisationen, die das Schiedsamt bilden. Die Anzahl der jeweiligen Vertreter der Vertragsparteien und der unparteiischen Mitglieder des Schiedsamtes entspricht der bisherigen Festlegung in § 1 Absatz 1 und 3 der Schiedsamtsverordnung. Die Regelung des alten

Absatzes 2 Satz 3 und 4 werden in den neuen Absatz 5 Satz 2 und 3 überführt. Entsprechend der Regelung in § 89a Absatz 5 Satz 5 ist für den Fall, dass die Vertragsparteien keine Vertreter bestellen, eine Bestellung durch die Aufsichtsbehörde vorgesehen. Auf die Begründung zu § 89a Absatz 5 wird verwiesen.

Absatz 6 enthält die bisher in Absatz 3 normierten Regelungen zu den unparteiischen Mitgliedern (Vorsitzender sowie zwei weitere unparteiische Mitglieder). Im Sinne einer stringenten und weitestgehend einheitlichen Konfliktlösung durch das Schiedsamt und das im neuen § 89a geregelte sektorenübergreifende Schiedsgremium wird das bislang vorgesehene Losverfahren zur Bestimmung der unparteiischen Mitglieder bei Nichteinigung der Parteien durch die Entscheidung der Aufsichtsbehörde ersetzt. Auf die Begründung zu § 89a Absatz 6 wird verwiesen.

Aspekte der Abberufung, der Amtsniederlegung und der Verpflichtung zur Teilnahme der Mitglieder an den Sitzungen sowie der Stimmabgabe wurden bisher in der Schiedsamtsverordnung (§§ 4 bis 6) festgelegt. Aufgrund der generellen Bedeutung dieser Vorschriften für die Funktionsfähigkeit des gesamten Schiedsverfahrens werden diese Regelungen ins SGB V überführt und neben der Regelung des bisherigen Absatzes 3 Satz 7 und 8 einheitlich in Absatz 7 bestimmt.

Absatz 8 enthält Regelungen zur Beschlussfähigkeit des Schiedsamts. Dabei werden die grundsätzlichen Voraussetzungen der Beschlussfähigkeit nach § 16a der Schiedsamtsverordnung in den Absatz 8 überführt. Ergänzend wird parallel zu den Regelungen zur Beschlussunfähigkeit in § 89a auch für den Fall, dass das Schiedsamt nicht beschlussfähig ist, eine Entscheidung durch die unparteiischen Mitglieder des Schiedsamtes vorgesehen. Auf die Begründung zu § 89a Absatz 8 wird verwiesen.

Die Einleitung des Verfahrens erfolgt auf Antrag einer Vertragspartei, durch die Aufsichtsbehörde (Absatz 3) oder durch Kündigung eines Vertrages (Absatz 4). Für den Fall, dass das Schiedsamt nach Einleitung des Verfahrens innerhalb der in Absatz 3 und Absatz 4 genannten Frist von drei Monaten nicht entscheidet, wird in Absatz 9 Satz 1 bestimmt, dass die Aufsichtsbehörde eine Nachfrist zur Entscheidung setzt (vergleiche den alten Absatz 1 Satz 5 erster Halbsatz). Nach Ablauf dieser Nachfrist setzen die unparteiischen Mitglieder den Vertragsinhalt fest, damit eine möglichst zügige Entscheidung ermöglicht wird (Absatz 9 Satz 2). Die unparteiischen Mitglieder können dafür auf Kosten der Vertragsparteien die in Satz 3 genannten Informationsquellen in Auftrag geben. Es handelt sich hierbei nicht um eine Ermächtigungsgrundlage zur Datenerhebung. Durch den Ausschluss der aufschiebende Wirkung bei Rechtsmitteln gegen die Entscheidungen der Schiedsgremien und der Aufsichtsbehörden und den Ausschluss des Vorverfahrens (Absatz 9 Satz 4 und 5) wird sichergestellt, dass eine zeitnahe Umsetzung von versorgungsrelevanten Verträgen und Vereinbarungen im Interesse der Patientinnen und Patienten an einem funktionsfähigen Gesundheitssystem und einer zeitnahen Erfüllung von Leistungsansprüchen gewährleistet ist. Auf die Begründung zu § 89a Absatz 9 wird verwiesen.

Die im alten Absatz 5 enthaltenen Regelungen zur Aufsicht über die Schiedsämter werden in Absatz 10 übertragen. Im Hinblick auf die Rolle und Funktion der Aufsicht wird hierbei – in Anlehnung an die Regelungen zur Aufsicht über das sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a – auch für die Schiedsamtsverfahren nach § 89 klargestellt, dass das Aufsichtsrecht das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen der Schiedsämter umfasst.

Absatz 11 enthält die bisher im alten Absatz 6 geregelte Ermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsämter, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die

Verteilung der Kosten zu bestimmen. Die Bestimmung des Näheren über die Zahl der Mitglieder der Schiedsämter entfällt, da diese in Absatz 5 durch den Gesetzgeber konkretisiert wurde.

Absatz 12 und Absatz 13 enthalten die inhaltlich unveränderten Regelungen zu den Schiedsämtern für die zahntechnische Versorgung.

Zu § 89a

Eine bedarfs- und zukunftsgerechte Gesundheitsversorgung setzt voraus, dass die ambulante und stationäre Leistungserbringung möglichst weitgehend aufeinander abgestimmt sind. Dabei sind ein gutes Zusammenwirken und die Vernetzung der verschiedenen Akteure über die Sektoren hinweg für eine bedarfsgerechte Versorgung der Patientinnen und Patienten von hoher Bedeutung. Da in den Bereichen Krankenversicherung und Krankenhauswesen die Selbstverwaltungspartner eine Vielzahl von gesetzlichen Aufträgen im Vereinbarungswege umzusetzen haben, haben gut funktionierende Schiedsregelungen eine zentrale Bedeutung, damit die von der Selbstverwaltung zu treffenden Entscheidungen effektiv, zeitnah und rechtssicher umgesetzt werden können. Dies gilt vor allem für den Bereich dreiseitiger Vereinbarungen zwischen der Ärzteschaft, der Krankenkassen- und der Krankenhausseite zur Ausgestaltung sektorenübergreifender Versorgungsangebote, bei denen aufgrund der unterschiedlichen Grundprinzipien der Leistungserbringung und -abrechnung in der stationären und in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung eine Einigung der Vertragsparteien regelmäßig nur schwer herbeigeführt werden konnte.

Die bestehenden gesetzlichen Regelungen zu den Schiedsverfahren bei dreiseitigen Vereinbarungen zeigten eine historisch gewachsene Heterogenität auf, die sach- und interessengerechte Lösungen häufig erschwerte. Die Lösung dreiseitiger Konflikte wurde dabei bislang bestehenden „bipolar“ ausgerichteten Gremien zugewiesen, die personell jeweils unterschiedlich aufgestockt wurden. Dabei wurden insbesondere das Schiedsamt nach § 89 und die Landesschiedsstelle nach § 114 in den entsprechenden Konstellationen erweitert. Gerade bei mehrpoligen Verhältnissen ist jedoch eine gleichmäßige Berücksichtigung der beteiligten Interessen notwendig. Die bloße Modifizierung der betreffenden bipolaren Gremien aus dem ambulanten oder stationären Bereich ist im sektorenübergreifenden tripolaren Bereich nicht sachgerecht. Ein Gremium, das den Konflikt einer dreiseitigen Vereinbarung lösen soll, muss die Interessen aller Vertrags- bzw. Vereinbarungspartner ausgeglichen berücksichtigen.

Vor diesem Hintergrund werden die Konfliktlösungsinstrumente für den dreiseitigen Bereich weiterentwickelt und ein eigenständiges sektorenübergreifendes Schiedsgremium für sektorenübergreifende Entscheidungen eingerichtet, das für Konfliktlösungen im dreiseitigen Bereich zuständig ist. Damit werden die derzeitigen unterschiedlichen Konstellationen und damit verbundene Probleme und Unsicherheiten beseitigt und im Sinne der Rechtssicherheit einheitliche und klare Regelungen geschaffen. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Bedeutung sektorenübergreifender Versorgung und damit verbundener dreiseitiger Vertrags- und Beschlusskonstellationen werden in dem Schiedsgremium für sektorenübergreifende Entscheidungen zur Konfliktlösung sektorenspezifische Kompetenzen gebündelt und eine sachgerechte, interessengerechte und zügige Konfliktlösung sichergestellt, wobei auch die Rolle und Bedeutung der Aufsicht gestärkt wird. Das neue auf dreiseitige Problematiken spezialisierte, sektorenübergreifende Schiedsgremium beendet damit die uneinheitlichen Regelungen, personellen „Aufstockungen“ und Unterschiede bezüglich der Mehrheitsverhältnisse, der Beschlussfassung und der Stimmverhältnisse.

Das Schiedsgremien für sektorenübergreifende Entscheidungen wird auf Bundes- und Landesebene verankert und entscheidet in den ihm jeweils durch Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes zugewiesenen Aufgaben.

Absatz 1 regelt die Zusammensetzung des Schiedsgremiums auf Landesebene. Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam sowie die Landeskrankenhausgesellschaften oder die Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam bilden jeweils ein sektorenübergreifendes Schiedsgremium (das jeweils örtlich für den Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung sachlich zuständig ist).

In Absatz 2 wird die Zusammensetzung des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene festgelegt. Auf Bundesebene wird das Gremium von den Vertragsparteien Kassenärztlicher Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband und Deutscher Krankenhausgesellschaft gebildet.

Absatz 3 bestimmt das Stimmverhältnis für Entscheidungen des Schiedsgremiums, die Frist zur Entscheidung, die Zuständigkeiten sowie die Einleitung des Verfahrens. Zur Stärkung der Rechte aller Vertragsparteien wird für die Beschlussfindung bei allen dem Schiedsgremium zugewiesenen Entscheidungen einheitlich eine 2/3 Mehrheit (erforderlich sind somit mindestens sechs Stimmen für einen Beschluss, siehe Absatz 5) vorgesehen. Um die Interessen aller Vertragsparteien sachgerecht zu berücksichtigen kann deshalb künftig eine einzelne Vertragspartei nur dann überstimmt werden, wenn beide unparteiischen Mitglieder sich der Auffassung der beiden anderen Parteien anschließen. Durch die erforderliche 2/3 Mehrheit wird sichergestellt, dass keine Verträge zu Lasten Dritter ergehen. Sichergestellt ist zudem, dass keine Seite allein einen Mehrheitsbeschluss erreichen kann und die Stimmen der unparteiischen Mitglieder für einen Beschluss immer erforderlich sind.

Das Schiedsgremium entscheidet in den gesetzlich zugewiesenen Aufgaben innerhalb von drei Monaten (Absatz 3 Satz 1). Auf Landesebene wird das Schiedsgremium somit insbesondere anstelle der jeweils erweiterten Landesschiedsstellen nach § 114 tätig (§§ 64c, 115, 137e). Das Gremium auf Bundesebene entbindet das auf zweiseitige vertragsärztliche Konfliktlösung ausgerichtete Bundesschiedsamt nach § 89 von jeglicher Tätigkeit im sektorenübergreifenden Bereich und macht dadurch die derzeit in einzelnen Normen des SGB V vorgesehenen „Erweiterungen“ (bspw. §§ 39, 115b, 116b, 117, 118) entbehrlich. Wie auch im Bereich des Schiedsamtes nach § 89 wird für den Fall, dass ein erforderlicher Antrag zur Einleitung des Verfahrens nicht gestellt wird, der Aufsichtsbehörde nach Fristsetzung einheitlich das Recht eingeräumt, das Schiedsgremium mit Wirkung für die Parteien anzurufen (Absatz 3 Satz 2). Mit dieser Regelung wird das Anliegen einer zeitnahen Umsetzung der gesetzlich vorgesehenen Vereinbarungen und Verträge adressiert.

Absatz 4 regelt den Fall der Kündigung eines sektorenübergreifenden Vertrages. Wird ein bereits bestehender sektorenübergreifender Vertrag gekündigt, ist das jeweils zuständige sektorenübergreifende Gremium zu informieren. Das sektorenübergreifende Entscheidungsgremium setzt den neuen Vertragsinhalt mit einer 2/3 Mehrheit (mindestsens sechs Stimmen) innerhalb von drei Monaten fest, wenn bis zum Ablauf des gekündigten Vertrages ein neuer Vertrag nicht zustande kommt. Es gelten insoweit dieselben Stimmverhältnisse wie nach Absatz 3. Klarstellend wird geregelt, dass für diesen Fall die Bestimmungen des bisherigen Vertrags bis zur Entscheidung des Gremiums weitergelten. Auch damit wird das Anliegen einer effizienten, zeitnahen Entscheidung begünstigt und Verzögerungen oder rechtsfreie Zustände vermieden.

Die Absätze 5 und 6 enthalten Regelungen zur Zusammensetzung der Gremien. Absatz 5 Satz 1 bestimmt, dass die Schiedsgremien auf Landesebene (Absatz 1) und das Schiedsgremium auf Bundesebene (Absatz 2) jeweils aus 8 Mitgliedern bestehen (je zwei Vertreter der Vertragsparteien und zwei unparteiische Mitglieder). Für jedes Mitglied sind zwei Stellvertreter vorgesehen. Die Vertragsparteien haben jeweils ihre Vertreter und Stellvertreter zu bestellen (Absatz 5 Satz 4). Kommt eine Bestellung durch die Organisationen nicht zustande, werden die Vertreter und Stellvertreter auf Bundesebene durch das Bundesministerium für Gesundheit, auf Landesebene durch die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde nach Fristsetzung bestellt (Satz 5), um „Blockadehaltungen“ der

Parteien bei der Konstituierung des Schiedsgremiums zu verhindern und die zeitnahe Zusammensetzung des Schiedsgremiums zu sichern. Absatz 6 Satz 1 sieht für das Schiedsgremium zwei unparteiische Mitglieder vor. Mit der Regelung soll erreicht werden, dass keine der drei Parteien jeweils „ihren“ Unparteiischen einbringen kann, sondern sich die Parteien zu dritt auf zwei Personen zu einigen haben. Gelingt dies nicht, bestellt die zuständige Aufsichtsbehörde die Unparteiischen (Satz 2). Diese Regelung, die der Neuregelung in § 89 Absatz 6 Satz 3 entspricht, löst das bisher vorgesehene Losverfahren bei Nichteinigung über die Unparteiischen ab. Dies ist deshalb sachgerecht, da die Akzeptanz eines durch Losverfahren gezogenen unparteiischen Mitgliedes, häufig nicht gegeben ist. Mit der Bestellung durch die Aufsichtsbehörde wird die Verantwortung für das Zustandekommen der gesetzlich vorgesehenen Verträge und Beschlüsse gestärkt, indem den Aufsichtsbehörden die Letztverantwortung für die in den Absätzen 5 und 6 zu treffenden Entscheidungen übertragen wird.

Für alle Mitglieder des Schiedsgremiums beträgt die Amtsdauer – entsprechend der Amtsdauer bei den Mitgliedern des Schiedsamts nach § 89 – vier Jahre (Absatz 5 Satz 3).

Die Mitglieder des Schiedsgremiums führen ihr Amt als Ehrenamt und sind an Weisungen nicht gebunden (Absatz 7 Satz 1 und 2). Die darüber hinaus in Absatz 7 geregelte Möglichkeit der Abberufung der Mitglieder der Schiedsgremien, die Amtsniederlegung und die Verpflichtung zur Teilnahme an den Sitzungen entsprechen jeweils den bisherigen Regelungen in den §§ 4, 5 und 6 der Schiedsamtsverordnung (alt), die mit der Neufassung des § 89 ins SGB V überführt wurden und auch für das sektorenübergreifende Schiedsgremium im SGB V verankert werden.

Absatz 8 regelt die Beschlussfähigkeit des Gremiums. Das Gremium ist beschlussfähig, wenn alle Mitglieder bzw. ihre jeweiligen Stellvertreter anwesend sind. Bei Beschlussunfähigkeit ist eine zweite Sitzung vorzusehen. Auf dieser erneuten Sitzung ist die Beschlussfähigkeit gegeben, wenn der unparteiische Vorsitzende und das weitere unparteiische Mitglied oder deren Stellvertreter und mehr als die Hälfte der weiteren Mitglieder des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums anwesend sind. Ist die Beschlussfähigkeit auch dann nicht gegeben, entscheiden die beiden unparteiischen Mitglieder des Schiedsgremiums. Auf diese Weise werden die Effizienz des Verfahrens und eine zeitnahe Entscheidungsfindung befördert.

Absatz 9 enthält Regelungen für den Fall, dass das Gremium nach Einleitung des Verfahrens innerhalb der in Absatz 3 Satz 1 und Absatz 4 Satz 2 gesetzten Frist von drei Monaten keine Entscheidung trifft. In diesem Fall setzt die Aufsichtsbehörde eine Frist zur Entscheidung. Nach Ablauf der Frist entscheiden die beiden unparteiischen Mitglieder, damit eine möglichst zügige Entscheidung ermöglicht wird. Die unparteiischen Mitglieder können auf Kosten der Vertragsparteien Auswertungen, zum Beispiel beim Institut des Bewertungsausschusses (InBA) oder beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) oder Sachverständigengutachten in Auftrag geben (Absatz 9 Satz 3). Dabei handelt es sich nicht um eine Ermächtigungsgrundlage zur Datenerhebung. Durch den Ausschluss der aufschiebende Wirkung bei Rechtsmitteln gegen die Entscheidungen der Schiedsgremien und der Aufsichtsbehörden und den Ausschluss des Vorverfahrens (Absatz 9 Satz 4 und 5) wird sichergestellt, dass eine zeitnahe Umsetzung von versorgungsrelevanten Verträgen und Vereinbarungen im Interesse der Patientinnen und Patienten an einem funktionsfähigen Gesundheitssystem und einer zeitnahen Erfüllung von Leistungsansprüchen gewährleistet ist.

Die in Absatz 10 Satz 1 und 2 normierten Aufsichtsregeln entsprechen denen über das Schiedsamt nach § 89.

Der Rechtsrahmen der sektorenübergreifenden Schiedsgremien wird, wie auch für § 89 vorgesehen, durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit mit Zustimmung des Bundesrates konkretisiert (Absatz 11).

Da im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung sektorenübergreifende Verträge keine besondere Bedeutung haben, ist in Absatz 12 geregelt, dass die Regelungen zur Bildung eines sektorenübergreifenden Schiedsgremiums für die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung nicht gelten.

Zu Nummer 49 (§ 90)

Mit der Änderung wird das Mitberatungsrecht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden um ein Antragsrecht erweitert. Das Antragsrecht bezieht sich auf die Ausnahme von ländlichen oder strukturschwachen Teilgebieten eines Planungsbereichs von den Zulassungsbeschränkungen und korrespondiert insoweit mit den in § 103 Absatz 2 neu geregelten Kompetenzen der Landesbehörden zur Bestimmung der betreffenden Teilregionen.

Zu Nummer 50 (§ 91)

Zu Buchstabe a

Die Regelung enthält besondere Vorgaben zur Vergütung der hauptamtlichen Unparteiischen des Gemeinsamen Bundesausschusses, die den Vorgaben für die Vorstände der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen entsprechen. Auf die Begründung zum neuen § 79 Absatz 6 Satz 4 bis 8 wird verwiesen.

Zusätzlich wird im neuen § 91 Absatz 2 Satz 18 aus Gründen der Transparenz eine Pflicht der Unparteiischen eingeführt, Vergütungen, die sie im Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit von Dritten erhalten, den Organisationen nach § 91 Absatz 1 Satz 1 mitzuteilen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass derartige Vergütungen wegen der besonderen Anforderungen an die Unparteilichkeit und Unabhängigkeit der Unparteiischen allenfalls im Rahmen zulässiger Nebentätigkeiten gewährt werden. Sie sind auf die Bezüge der Unparteiischen anzurechnen oder an den Gemeinsamen Bundesausschuss abzuführen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu den Änderungen in den §§ 137c und 137h.

Zu Nummer 51 (§ 92)

Zu Buchstabe a

Redaktionelle Folgeänderung zur Erweiterung des Auftrags des Gemeinsamen Bundesausschusses in Bezug auf die Kryokonservierung gemäß § 27a Absatz 4.

Zu Buchstabe b

Die psychotherapeutische Behandlung der gesetzlichen Krankenversicherung soll zukünftig im Rahmen einer gestuften Versorgung erfolgen. Diese neue Versorgungsform ist im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung erforderlich, um den gerade hier festzustellenden besonderen Herausforderungen bei der Gewährleistung eines dem individuellen Behandlungsbedarf entsprechenden, zeitnahen Behandlungszugangs gerecht zu werden. Sie dient der Flankierung der im Übrigen nicht bereichsspezifischen sonstigen Maßnahmen dieses Gesetzes zur Gewährleistung kürzerer und vor allem bedarfsgerechter Wartezeiten, und damit auch der Verbesserung des Krankheitsverlaufs sowie der Reduzierung der Folgekosten eines verzögerten oder in anderer Weise unangemessenen Behandlungsbeginns. Dadurch soll die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Erbringung dieser Leistungen verbessert werden. Das Nähere zur Ausgestaltung des gestuften Versorgungskonzepts wird der Regelungskompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses übertragen. Damit wird nicht nur die Akzeptanz unter allen Beteiligten der Gemeinsamen Selbstverwaltung

gestärkt, sondern infolge der unmittelbaren Sachnähe dieses Beschlussgremiums sichergestellt, dass die gefundenen Lösungen auch praktisch umsetzbar sind und die gewünschten Erfolge zeitigen. Bei der Implementierung des hiermit gesetzlich vorgegebenen gestuften und gesteuerten Verfahrens wird der Gemeinsame Bundesausschuss insbesondere die Anforderungen an die Qualifikation der für die Behandlungssteuerung verantwortlichen Vertragsärzte und psychologischen Psychotherapeuten zu konkretisieren haben. Hierbei hat er sicherzustellen, dass die Zahl der diese Anforderungen voraussichtlich erfüllenden Leistungserbringer hinreichend ist, um einen nahtlosen Übergang in die gestufte Versorgung zu gewährleisten. Hierzu kann es erforderlich sein, eine Einführungsphase vorzusehen, in der die gestufte Versorgung nur für definierte F- und G-Diagnosen des ICD-10-GM vorgegeben wird.

Zu Nummer 52 (§ 95)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurde die Vernetzung, Kooperation und Koordination in anerkannten Praxisnetzen gestärkt. Kooperative Versorgungsformen können die Versorgung der Versicherten verbessern und das Versorgungspotential effektiv nutzen. Zur Sicherstellung der Versorgung in unterversorgten und von Unterversorgung bedrohten Gebieten wird das Potential anerkannter Praxisnetzte nunmehr weitergehend genutzt, in dem diesen die Möglichkeit gegeben wird, in Gebieten, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkasse eine ärztliche Unterversorgung oder drohende Unterversorgung festgestellt hat, medizinische Versorgungszentren zu gründen. Bei der Streichung des zweiten Halbsatzes handelt es ich um eine Folgeänderungen zum neuen Satz 3.

Zu Doppelbuchstabe bb

Ebenfalls mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz hatte der Gesetzgeber die Berechtigung zur Gründung von medizinischen Versorgungszentren neu geregelt und erheblich eingeschränkt. Damit sollte der Entwicklung entgegengewirkt werden, dass medizinische Versorgungszentren immer häufiger von Investoren gegründet werden, die allein Kapitalinteressen verfolgen und keinen fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung haben. Die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen von Kapitalinteressen sollte gewährleistet werden. Nicht bewährt hat sich in diesem Zusammenhang die uneingeschränkte Einbeziehung von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 in den Gründerkreis eines medizinischen Versorgungszentrums. So hat sich nunmehr in den letzten Jahren gezeigt, dass zunehmend Kapitalinverstoren ohne fachlich-medizinischen Bezug zur vertragsärztlichen Versorgung berechtigte Leistungserbringer nach § 126 Absatz 3 aufkaufen, um hierüber Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung zu erhalten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Aufkauf entsprechender Leistungserbringer nach der bisherigen gesetzlichen Regelung auch zur Gründung fachfremder medizinischer Versorgungszentren (z.B. auch zahnärztlicher) berechtigte. Um der neuen Entwicklung entgegenzuwirken, wird die Möglichkeit zur Gründung von medizinischen Versorgungszentren mit dem neuen Satz 2 für Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 auf die Gründung fachbezogener medizinischer Versorgungszentren beschränkt. Um dem komplexen Versorgungsbedarf von Dialysepatienten gerecht zu werden und eine umfassende Behandlung dieser Patienten „unter einem Dach“ zu ermöglichen, können auch mit einer Dialyse zusammenhängende ärztliche Leistungen, wie beispielsweise internistische oder kardiologische Leistungen, in dem medizinischen Versorgungszentrum angeboten werden.

Der neu eingefügte Satz 3 übernimmt im Wesentlichen den Regelungsinhalt des bisherigen Satz 1 zweiter Halbsatz. Mit den Formulierungsänderungen wird klargestellt, dass ein MVZ-Träger auch mehrere medizinische Versorgungszentren tragen kann. In der Praxis wurde

in der Vergangenheit teilweise angenommen, dass je medizinischem Versorgungszentrum eine GmbH zu gründen sei. Dies entspricht nicht der Intention des Gesetzgebers.

Zu Doppelbuchstabe cc

Der zweite Halbsatz im neuen Satz 4 regelt einen umfassenden Bestandsschutz für von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 gegründeten medizinischen Versorgungszentren, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelung bereits zugelassen waren. Diese Zulassungen gelten für Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 unabhängig vom Merkmal der Fachbezogenheit des bestehenden medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort. Das bedeutet, dass diese bestandsgeschützten Einrichtungen aufgrund ihrer Zulassung alle Handlungsmöglichkeiten eines medizinischen Versorgungszentrums wahrnehmen können.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Für die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums in der Rechtsform der Gesellschaft mit beschränkter Haftung ist nach geltendem Recht Voraussetzung, dass die Gesellschafter selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen abgeben oder auf andere Art Sicherheit nach § 232 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) für Forderungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegen das medizinische Versorgungszentrum aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit leisten. Die Möglichkeit anderer Sicherheitsleistungen nach § 232 BGB wurde insbesondere für Kommunen geschaffen, die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 16. Juli 2015 (BGBl- I S. 1211) neu in den möglichen Gründerkreis aufgenommen wurden. In der Praxis wird teilweise eine Beschränkung auf die Möglichkeit der Abgabe einer selbstschuldnerischen Bürgschaft vorgenommen, die insbesondere für öffentlich rechtliche Träger – je nach Ausgestaltung der entsprechenden landesrechtlichen Vorschriften – Schwierigkeiten bereiten kann und die nicht der Intention des Gesetzgebers entspricht. Durch die Ergänzung wird klargestellt, dass die selbstschuldnerische Bürgschaft und die Sicherheitsleistungen nach § 232 BGB gleichwertig und optional nebeneinander stehen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Änderung werden die Zulassungsausschüsse verpflichtet, bei Entscheidungen über die Erteilung von Zulassungen für Ärzte oder medizinische Versorgungszentren sowie über die Genehmigung der Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum die vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Anforderungen an die Zusammensetzung einzelner Arztgruppen zu berücksichtigen. Die Änderung korrespondiert mit der in § 101 Absatz 1 Satz 8 neu geregelten Kompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses, innerhalb der Arztgruppen nach Fachgebieten, Facharztkompetenzen oder Schwerpunktkompetenzen differenzierte Versorgungsanteile für Ärzte dieser Fachgebiete oder Ärzte mit entsprechenden Facharztkompetenzen oder Schwerpunktkompetenzen für die Zulassungsausschüsse verbindlich festzulegen.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung des § 19a Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte ZV). Bisher sieht § 95 Absatz 3 Satz 2 in Übereinstimmung mit der Regelung in § 19a Ärzte-ZV lediglich vor, dass Vertragsärztinnen und Vertragsärzte entweder einen vollen oder einen hälftigen Versorgungsauftrag haben. Um Ärztinnen und Ärzten, die eine volle Zulassung mit 25 Mindestsprechstundenzeiten nicht mehr ausüben können oder wollen (z.B. aus gesundheitlichen Gründen oder weil sie im Alter kürzer treten wollen),

wird ihnen nun auch die Möglichkeit eröffnet, ihre Zulassung bzw. ihren Versorgungsauftrag nur um ein Viertel zu reduzieren (vgl. § 19a Absatz 2 Ärzte-ZV)

Zu Doppelbuchstabe bb

Bereits nach geltendem Recht sind die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet zu prüfen, ob Vertragsärztinnen und -ärzte ihren Versorgungsauftrag und damit auch ihre Mindestsprechstundenzeiten einhalten. Da die Umsetzung dieser seit Juli 2015 geltenden Vorgabe in der Praxis recht unterschiedlich erfolgt, wird den Kassenärztlichen Vereinigungen künftig vorgegeben, ein bundesweit zwischen allen Kassenärztlichen Vereinigungen abgestimmtes einheitliches Verfahren anzuwenden, um zu gewährleisten, dass Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ihre Versorgungsaufträge einschließlich der Mindestsprechstundenzeiten einhalten. Bei der Abstimmung des einheitlichen Verfahrens sollen Prüfmechanismen, die sich bereits bewährt haben, berücksichtigt werden. So haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Einhaltung der Versorgungsaufträge künftig bundeseinheitlich insbesondere anhand der abgerechneten Fälle und der im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztlichen Leistungen enthaltenen Gebührenordnungspositionen mit den Angaben zum Zeitaufwand nach § 87 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz zu prüfen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Auch die Umsetzung der nach Absatz 3 Satz 5 bestehenden Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Ergebnisse ihrer Prüfung den Landes- und Zulassungsausschüssen mindestens jährlich zu übermitteln, erfolgt nicht bundeseinheitlich. Um auch hier ein einheitliches Verfahren zu gewährleisten, werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, ihre Berichte zu den Ergebnissen der Prüfungen gegenüber den Landes- und Zulassungsausschüssen jeweils zum 30. Juni des Jahres vorzulegen. Zudem sind die Prüfberichte künftig auch der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen. Ergänzend wird vorgesehen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen in dem Bericht auch Ausführungen zu machen haben, welche Maßnahmen sie gegebenenfalls auf der Grundlage der Prüfungen im Verhältnis zu den betroffenen Ärztinnen und Ärzten ergriffen haben (insbesondere nach § 81 Absatz 5). Hintergrund ist, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet sind, dafür Sorge zu tragen, dass die vertragsärztlichen Pflichten eingehalten werden.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um eine Folgereglung zu der künftig nach § 19a Absatz 2 Satz 1 Ärzte-ZV für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bestehenden Möglichkeit, ihren Versorgungsauftrag nicht nur auf einen hälftigen, sondern auch auf einen drei Viertel Versorgungsauftrag zu beschränken. Als Folge hiervon kann der Zulassungsausschuss künftig auch beschließen, dass nur ein Viertel der Zulassung ruht.

Zu Buchstabe e

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgereglung zu der künftig nach § 19a Absatz 2 Satz 1 Ärzte-ZV für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bestehenden Möglichkeit, ihren Versorgungsauftrag nicht nur auf einen hälftigen, sondern auch auf einen drei Viertel Versorgungsauftrag zu beschränken. Als Folge hiervon kann der Zulassungsausschuss künftig auch beschließen, dass nur ein Viertel der Zulassung entzogen wird.

Zu Doppelbuchstabe bb

Da die Gründungsvoraussetzungen nicht nur bei der Gründung selbst, sondern dauerhaft gegeben sein müssen, ist einem medizinischen Versorgungszentrum die Zulassung unter anderem dann zu entziehen, wenn die gesetzlichen Gründungsvoraussetzungen länger als sechs Monate nicht mehr vorliegen. Einem Praxisnetz, das in einem unterversorgten oder

von Unterversorgung bedrohten Gebiet ein medizinisches Versorgungszentrum gegründet hat, müsste nach Wegfall der Unterversorgung oder drohenden Unterversorgung die Zulassung entzogen werden, obwohl es gerade zur Verbesserung der Versorgung in diesen Gebieten errichtet wurde. Um dies zu verhindern und um eine langfristige und planbare Stärkung der medizinischen Versorgung zu erreichen, wird geregelt, dass die Gründungsvoraussetzung für bereits errichtete Praxisnetze gewahrt bleibt, auch wenn zu einem späteren Zeitpunkt die Unterversorgung oder drohende Unterversorgung in dem Gebiet, in dem es gegründet wurde, nicht mehr besteht.

Zu Doppelbuchstabe cc

Mit der Regelung soll verhindert werden, dass einem medizinischen Versorgungszentrum nach dem Ausscheiden (z. B. aus Altersgründen) aller originären Gründer die Zulassung zu entziehen ist, weil alle Ärzte mit Gründereigenschaft ausgeschieden sind und damit die Gründungsvoraussetzung für das medizinischen Versorgungszentrum entfallen ist. Vorgesehen wird daher, dass die Gründungsvoraussetzung gewahrt bleibt, wenn angestellte und damit nach § 95 Absatz 1a Satz 1 nicht gründungsberechtigte Ärzte des medizinischen Versorgungszentrums die Gesellschafteranteile übernehmen. Dies gilt, solange sie in dem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind.

Zu Doppelbuchstabe dd

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung von Absatz 1a unter Buchstabe a.

Zu Buchstabe f

Die Änderung entspricht der bisher in § 19 Absatz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) geregelten Sonderregelung für die Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich. Das Bundesverfassungsgericht hat § 19 Absatz 3 Ärzte-ZV für nichtig erklärt, weil sie nicht von der Ermächtigungsgrundlage des § 98 Absatz 1 gedeckt ist und damit keine den verfassungsrechtlichen Anforderungen genügende Grundlage für einen Eingriff in die Berufsfreiheit darstellt (vgl. Bundesverfassungsgericht vom 26. September 2016 - 1 BvR 1326/15).

Mit der Ergänzung der in Absatz 7 geregelten Fälle, in denen ein Zulassung endet, wird an der Sonderregelung für die Aufnahme der vertragsärztliche Tätigkeit in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich festgehalten und die bisherige Regelung des § 19 Absatz 3 Ärzte-ZV in das SGB V aufgenommen. Danach endet die Zulassung, wenn in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich die vertragsärztliche Tätigkeit nicht innerhalb von drei Monaten nach Zustellung des Beschlusses über die Zulassung aufgenommen wird. Die Frist von drei Monaten wird dabei nach wie vor für sachgerecht gehalten.

Zu Buchstabe g

Mit der Änderung gelten die Grundsätze des Absatzes 2 Satz 9 auch bei Genehmigungen für die Anstellung bei einer Vertragsärztin oder einem Vertragsarzt.

Zu Buchstabe h

Es handelt sich um die Korrektur eines Verweisfehlers, die der bereits in einem früheren Gesetzgebungsverfahren erfolgten Einführung des Verfahrens nach § 103 Absatz 3a geschuldet ist.

Zu Nummer 53 (§ 96)

Mit dem neu eingefügten Ansatz 2a erhalten die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden ein Mitberatungsrecht sowie das Recht zur Stellung verfahrensleitender Anträge in den Zulassungsausschüssen für Ärzte. Das Mitberatungsrecht ist dem Mitberatungsrecht der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen nachempfunden und bezieht sich aus verfahrensökonomischen Erwägungen auf die in der gesetzlichen Regelung ausdrücklich aufgeführten Verfahren mit besonderer Versorgungsrelevanz. Bei dem Mitberatungsrecht handelt es sich um eine Teilnahme-, Informations- und Mitberatungsbefugnis. Eine Verpflichtung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden zur Mitberatung besteht nicht. Um die Ausübung des Mitberatungsrechts zu erleichtern, wird gesetzlich klargestellt, dass auch die frühzeitige Information über die Verfahrensgegenstände vom Mitberatungsrecht umfasst ist.

Zu Nummer 54 (§ 101)

Zu Buchstabe a

Der Gemeinsame Bundesausschuss wurde mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz verpflichtet, mit Wirkung zum 1. Januar 2017 die erforderlichen Anpassungen für eine bedarfsgerechte Versorgung nach Prüfung der Verhältniszahlen und unter Berücksichtigung der Möglichkeit zu einer kleinräumigeren Planung, insbesondere für die Arztgruppen der überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte und Psychotherapeuten, zu treffen. Im Zusammenhang mit der Umsetzung des gesetzlichen Auftrags hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein wissenschaftliches Gutachten in Auftrag gegeben, das im Jahr 2018 fertiggestellt werden soll. Mit der Änderung wird die Frist für die Überprüfung und Weiterentwicklung der Bedarfsplanungs-Richtlinie an die aktuelle Entwicklung angepasst.

Zu Buchstabe b

Mit der Änderung wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Kompetenz eingeräumt, verbindliche Anforderungen an die Zusammensetzung einzelner Arztgruppen vorzugeben und damit die Zusammensetzung der Arztgruppen zu konkretisieren. Hierfür wird ihm die Möglichkeit gegeben, innerhalb der Arztgruppen nach Fachgebieten, nach Facharztkompetenzen oder nach Schwerpunktkompetenzen differenzierte Mindest- oder Höchstversorgungsanteile für Ärzte einzelner Fachgebiete oder für Ärzte mit besonderen Facharztkompetenzen oder Schwerpunktkompetenzen festzulegen (z. B. Mindestanzahl an Rheumatologen innerhalb eines Planungsbereichs in der Arztgruppe der Fachinternisten). Bei der Festlegung von Mindest- oder Höchstversorgungsanteilen handelt es sich um Anteile der jeweils für die Arztgruppe festzulegenden Verhältniszahlen.

Die Änderung dient dem Ziel, dass der Gemeinsame Bundesausschuss über die notwendigen Kompetenzen verfügt, um nach Vorlage des von ihm in Auftrag gegebenen wissenschaftlichen Gutachtens seinen gesetzlichen Auftrag innerhalb der neu vorgegebenen Frist zügig abschließen zu können. Eine Kompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses, Mindestversorgungsanteile vorzugeben, besteht bereits für die Arztgruppe der überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte und Psychotherapeuten. Die bisherigen Beratungen zur Umsetzung des mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz beschlossenen Auftrags zur Überprüfung und Weiterentwicklung der Bedarfsplanungs-Richtlinie haben gezeigt, dass die verbindliche Vorgabe von Versorgungsanteilen auch bei anderen Arztgruppen notwendig ist, damit Versorgungsbedürfnisse insbesondere auch im Hinblick auf die Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung bei der Bedarfsplanung künftig besser berücksichtigt werden können. Dies betrifft sowohl die Frage der fachlichen Spezialisierung innerhalb großer Arztgruppen als auch die Frage einer bedarfsgerechten Steuerung zwischen Grundversorgung und spezialisierter Versorgung. Mit der Änderung wird daher die für die Arztgruppe der Psychotherapeuten geltende Quotenregelung auch

auf andere Arztgruppen übertragen und weiterentwickelt. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu definierenden Anforderungen können sich dabei sowohl auf Mindestzahlen als auch auf prozentuale Anteile bestimmter ärztlicher Qualifikationen in einer Arztgruppe beziehen.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine redaktionelle Verweiskorrektur.

Zu Nummer 55 (§ 103)

Buchstabe a

Mit der Änderung in § 101 Absatz 1 Satz 7 wird der Gemeinsame Bundesausschuss verpflichtet, die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz angeordnete Überprüfung der Bedarfsplanung zügig abzuschließen und die erforderlichen Anpassungen für eine bedarfsgerechte Versorgung nunmehr mit Wirkung zum 1. Juli 2019 vorzunehmen.

Um die Versorgung der Patientinnen und Patienten bereits in der Übergangszeit in einzelnen Versorgungsbereichen, bei denen ganz offensichtlich in besonderem Maße Versorgungs- und Terminschwierigkeiten bestehen, spürbar zu verbessern, finden die von den Landesausschüssen angeordneten Zulassungsbeschränkungen befristet bis zum Abschluss der Beratungen und Umsetzung des gesetzlichen Auftrags an den Gemeinsamen Bundesausschuss bei der Neuzulassung von Fachärztinnen und Fachärzten für innere Medizin und Rheumatologie, Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, die den weit überwiegenden Teil (mindestens 80 Prozent) ihrer abrechnungsfähigen Leistungen aus dem Bereich der psychiatrischen Leistungen erbringen, sowie Fachärztinnen und Fachärzten der Arztgruppe der Kinderärzte keine Anwendung. Dies bedeutet, dass sich Ärztinnen und Ärzte der betreffenden Fachrichtungen für einen Übergangszeitraum ohne Zulassungsbeschränkungen bundesweit um eine vertragsärztliche Zulassung bewerben können. Bei der Regelung handelt es sich um eine enge Ausnahmeregelung. Sie ist begrenzt auf Ärztinnen und Ärzte mit bestimmten Fachqualifikationen und die Erbringung eines bestimmten Leistungsangebotes, um gerade in diesen Versorgungsbereichen, in denen nach ersten Hinweisen aus der Evaluation der Arbeit der Terminservicestellen und aus Auswertungen der Daten aus dem Bundesarztregister in besonderem Maße Versorgungs- und Terminschwierigkeiten bestehen, bereits im Vorgriff auf die Weiterentwicklung der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses Verbesserungen für die Patientinnen und Patienten zu erreichen. Für die Durchführung des Zulassungsverfahrens und die Erteilung der Zulassung gelten die allgemeinen Regelungen des Zulassungsrechts. Die Zulassung von Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie setzt voraus, dass der überwiegende Teil der Leistungen (mindestens 80 Prozent) im Bereich der psychiatrischen Versorgung erbracht wird. Mit der Einschränkung soll die psychiatrische Versorgung gegenüber der Richtlinien-Psychotherapie gestärkt werden. Voraussetzung für die Erteilung der Zulassung ist daher, dass sich die betreffende Ärztin oder der betreffende Arzt gegenüber dem Zulassungsausschuss verpflichtet, mindestens 80 Prozent der abrechnungsfähigen Leistungen aus dem Bereich der psychiatrischen Leistungen zu erbringen. Die Erteilung der Zulassung erfolgt – vergleichbar der Praxis bei der Erteilung von Sonderbedarfszulassungen – mit eingeschränktem Leistungsspektrum für die Abrechnung von Leistungen aus dem Bereich der psychotherapeutischen Richtlinienverfahren.

Die Höhe der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen richtet sich insbesondere nach dem mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundenen Behandlungsbedarf, der mit dem jeweiligen Punktwert bewertet wird. Die Anzahl der tätigen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte wird hingegen nicht berücksichtigt (vgl. § 87a Absatz 4 SGB V).

Um einer räumlichen Verlegung der vertragsärztlichen Tätigkeit und Sogeffekten in attraktivere Regionen entgegen zu wirken, gilt die Regelung nur für Neuzulassungen, in denen die die Zulassung beantragende Ärztin oder der die Zulassung beantragende Arzt in den

fünf Jahren vor Antragstellung nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen hat. Eine Neuzulassung im Sinne der Regelung liegt auch dann vor, wenn die Zulassung von Ärztinnen oder Ärzten beantragt wird, die in den letzten fünf Jahren vor Antragstellung bereits im Rahmen eines Jobsharing- oder Anstellungsverhältnisses mit Mengenbegrenzung in der vertragsärztlichen Versorgung tätig waren.

Die Definition der Arztgruppe der Kinderärzte richtet sich nach der Definition der Arztgruppe in der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Demnach zählen zu der Arztgruppe der Kinderärzte die Fachärztinnen und Fachärzte für Kinderheilkunde und die Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin. Die Fachgruppe der Fachärztinnen und Fachärzte für innere Medizin und Rheumatologie und die Fachgruppe der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie werden nach dem Erwerb der jeweiligen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer definiert.

Zu Buchstabe b

Mit der Regelung wird den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden die Möglichkeit eingeräumt, ländliche oder strukturschwache Teilgebiete eines Planungsbereiches zu bestimmen, die auf Antrag der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden von den angeordneten Zulassungsbeschränkungen nach Absatz 1 Satz 2 auszunehmen sind. Die Regelung korrespondiert insoweit mit dem in § 90 Absatz 4 Satz 3 neu eingefügten Antragsrecht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden in den Landesausschüssen. Damit wird die Möglichkeit geschaffen, individuellen regionalen Versorgungsbedürfnissen in Gebieten innerhalb eines Planungsbereichs, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, noch besser gerecht werden zu können.

Der Landesausschuss hat einem entsprechenden Antrag der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden im Hinblick auf die Ausnahme von den Zulassungsbeschränkungen und die räumlichen Festlegungen stattzugeben. Mit der Ausnahme von den Zulassungsbeschränkungen legt der Landesausschuss arztgruppenbezogen die Anzahl der neu geschaffenen Zulassungen fest. Sind diese ausgeschöpft, tritt die Zulassungsbeschränkung im jeweiligen Teilgebiet unmittelbar wieder in Kraft.

Für die Bestimmung der ländlichen oder strukturschwachen Teilgebiete legt der Landesausschuss allgemeingültige Kriterien fest, die von den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden zugrunde zu legen sind. Der Landesausschuss hat sich dabei an den laufenden Raumbeobachtungen und Raumabgrenzungen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung zu orientieren oder eine vergleichbare Abgrenzung ländlicher Gebiete der für die Landesplanung zuständigen Stellen zu Grunde zu legen. Die Bestimmung selbst erfolgt durch die jeweils zuständigen obersten Landesbehörden, da davon ausgegangen wird, dass die Landesbehörden nicht nur über Kenntnisse über die lokale ärztliche Versorgungslage und die Altersstruktur der vorhandenen Ärzte in den jeweiligen Gebiete verfügen, sondern ihnen darüber hinaus auch weitere relevante Faktoren für einen bedarfsgerechten Zugang zur ärztlichen Versorgung bekannt sind, die von ihnen gewichtet werden können. Dies umfasst insbesondere die infrastrukturelle Gesamtsituation in ländlichen oder strukturschwachen Gebieten eines Planungsbereichs, die Gestaltung der Mobilität (Anschluss an den öffentlichen Nahverkehr, Nahversorgungs-, Bildungs- und andere öffentliche Einrichtungen) sowie die Versorgungssituationen und infrastrukturellen Verflechtungen in und zu benachbarten Gemeinden und Kreisen.

Die zusätzlichen Arztsitze sind in den von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemäß § 99 aufzustellenden Bedarfsplänen auszuweisen.

Buchstabe c

Die Änderung korrespondiert mit der in § 101 Absatz 1 Satz 8 neu geregelten Kompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses, innerhalb der Arztgruppen nach Fachrichtungen oder nach Fachgebieten differenzierte Versorgungsanteile für Ärztinnen und Ärzte einzelner Fachrichtungen oder Ärztinnen und Ärzte mit besonderen Schwerpunktkompetenzen für die Zulassungsausschüsse verbindlich festzulegen. Die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammensetzung von Arztgruppen sind sowohl für die Zulassung und Erteilung von Anstellungsgenehmigungen als auch für die Nachbesetzung von Arztsitzen bedeutsam, um eine stärker an Versorgungsbedürfnissen orientierte Steuerung der Versorgungskapazitäten in der vertragsärztlichen Versorgung zu erreichen. Mit der Änderung soll die gezielte Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen in Planungsbereichen, für die Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, mit Ärztinnen und Ärzten bestimmter Fachrichtungen oder mit Ärztinnen und Ärzten mit besonderen Schwerpunktkompetenzen innerhalb der einzelnen Artgruppen ermöglicht werden, um dem Versorgungsbedarf bestimmter Patientengruppen besser gerecht zu werden. Hierfür wird ein neuer Privilegierungstatbestand eingeführt, wonach die Ablehnung der Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens bei einem aus Versorgungsgründen nicht erforderlichen Arztsitz durch die Zulassungsausschüsse auch dann ausscheidet, wenn die Praxis von einer Nachfolgerin oder einem Nachfolger weitergeführt werden soll und dadurch die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 101 Absatz 1 Satz 8 zur Zusammensetzung der Arztgruppen befolgt werden. Auch eine aus Versorgungsgründen nicht erforderliche Praxis kann damit mit einer am Versorgungsbedarf orientierten neuen fachlichen Ausrichtung innerhalb der Artgruppe fortgeführt werden.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Ergänzung des Absatzes 2. Auch bei den auf Grundlage des Absatzes 2 Sätze 4 und 5 geschaffenen zusätzlichen Zulassungsmöglichkeiten in ländlichen oder strukturschwachen Teilgebieten von Planungsbereichen, die ansonsten für Neuniederlassungen gesperrt sind, hat die Kassenärztliche Vereinigung den Vertragsarztsitz in den für ihre amtlichen Bekanntmachungen vorgesehenen Blättern unverzüglich auszuschreiben und eine Liste der eingehenden Bewerbungen zu erstellen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Berücksichtigung der Ergänzung des besonderen Versorgungsangebots des medizinischen Versorgungszentrums im Rahmen der Auswahlentscheidung zur Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes ist bisher in Satz 10 als Kann-Regelung ausgestaltet. Die neue Nummer 9 verpflichtet nunmehr den Zulassungsausschuss, dieses Kriterium bei der Auswahl der Bewerber zu berücksichtigen, damit dem interdisziplinären Versorgungsgedanken in kooperativen Leistungserbringerstrukturen besser Rechnung getragen werden kann. Soweit Vertragsärzte und Berufsausübungsgemeinschaften ein besonderes Versorgungsspektrum anbieten, soll dies ebenso wie bei den medizinischen Versorgungszentren vom Zulassungsausschuss berücksichtigt werden.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Doppelbuchstabe bb.

Zu Buchstabe e

Zu Doppelbuchstabe aa

Der Zulassungsausschuss hat bei der Prüfung, ob Gründe der vertragsärztlichen Versorgung einer Anstellungsgenehmigung entgegenstehen, auch das besondere Versorgungsangebot des medizinischen Versorgungszentrums zu berücksichtigen. Insbesondere bei

medizinischen Versorgungszentren, die ein fachübergreifendes ärztliches Leistungsspektrum und damit eine „Versorgung unter einem Dach“ im Sinne eines interdisziplinären Teams anbieten, soll diese besondere Versorgung weiterhin gewährleistet sein.

Im Zusammenhang mit dem Verzicht von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten in gesperrten Planungsbereichen auf ihre Zulassung zugunsten einer Anstellung in einem medizinischen Versorgungszentrum bestehen Unsicherheiten, ob sich der Vertragsarztsitz des verzichtenden Arztes in demselben Planungsbereich befinden muss, in dem auch das medizinische Versorgungszentrum seinen Sitz hat. Der neue Satz 3 stellt klar, dass eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt auch auf seine Zulassung zugunsten einer Anstellung in einem anderen Planungsbereich gelegenen medizinischen Versorgungszentrums verzichten kann, wenn er nicht am Hauptsitz des medizinischen Versorgungszentrums, sondern bedarfsplanungsneutral ausschließlich in einer Zweigpraxis in seinem bisherigen Planungsbereich tätig wird. Da die Tätigkeit bedarfsplanungsneutral erfolgt, kann sie dann im Falle eines späteren Ausscheidens der Ärztin oder des Arztes auch nachbesetzt werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die bisher bestehende generelle Möglichkeit zur Nachbesetzung einer Angestellten-Arztstelle wird auf ein sachgerechtes Maß beschränkt. Medizinischen Versorgungszentren ist die Nachbesetzung einer Arztstelle zwar auch künftig trotz bestehender Zulassungsbeschränkungen möglich. Auch für sie gilt in diesen Fällen aber, dass sie künftig einen Antrag auf Nachbesetzung der Arztstelle stellen müssen. Ebenso wie bei Anträgen auf Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes hat der Zulassungsausschuss nunmehr auch bei der Nachbesetzung einer genehmigten Anstellung zu prüfen, ob ein Bedarf für die Nachbesetzung besteht. Kommt er zu dem Ergebnis, dass eine Nachbesetzung wegen einer ausreichenden Versorgung in dem Planungsbereich nicht erforderlich ist, kann er den Antrag ablehnen. Die Regelung sieht jedoch nur vor, dass der Zulassungsausschuss dabei über das „ob“ nicht hingegen auch über das „wie“ der Nachbesetzung zu entscheiden hat. Dadurch wird sichergestellt, dass das medizinische Versorgungszentrum ihre angestellten Ärzte weiterhin selbst auswählen kann. Die Fristvorgabe von drei Monaten für eine ablehnende Entscheidung des Zulassungsausschusses über einen Antrag auf Nachbesetzung einer Angestellten-Arztstelle ist erforderlich, da hier häufig kurzfristig gehandelt werden muss, um die Versorgungskontinuität zu gewährleisten.

Zudem werden die für die Nachbesetzung von Arztsitzen geltenden Grundsätze zur Steuerung bei der Zusammensetzung von Arztgruppen auf die Nachbesetzung einer Anstellung in medizinischen Versorgungszentren übertragen

Zudem werden die für die Nachbesetzung von Arztsitzen geltenden Grundsätze zur Steuerung bei der Zusammensetzung von Arztgruppen auf die Nachbesetzung einer Anstellung in medizinischen Versorgungszentren übertragen.

Zu Buchstabe f

Zu Doppelbuchstabe aa

Beim neuen Satz 2 handelt es sich um eine Parallelregelung zu der in Satz 2 des Absatz 4a getroffenen Regelung zur Berücksichtigung des besonderen Versorgungsangebots im Rahmen der Anstellungsgenehmigung. Auch Vertragsärzte und Berufsausübungsgemeinschaften können über ein besonderes Versorgungsangebot verfügen. Eine Ungleichbehandlung der verschiedenen Leistungserbringer ist somit nicht gerechtfertigt. Es gelten daher die gleichen Regelungen.

Beim neuen Satz 3 handelt es sich um die Parallelregelung zu der im neuen Absatz 4a Satz 3 getroffenen Regelung zum Verzicht von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten in gesperrten Planungsbereichen auf ihre Zulassung zugunsten einer Anstellung in einem medizinischen Versorgungszentrum in einem anderen Planungsbereich. Eine Ungleichbehandlung

der verschiedenen Leistungserbringer ist nicht gerechtfertigt. Daher gelten auch hier die gleichen Regelungen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um die Parallelregelung zur sachgerechten Einschränkung der generellen Möglichkeit zur Nachbesetzung einer Angestellten-Arztstelle in einem medizinischen Versorgungszentrum nach Absatz 4a Satz 5. Eine Ungleichbehandlung der verschiedenen Leistungserbringer ist nicht gerechtfertigt. Daher gelten auch hier die gleichen Regelungen.

Zudem werden die für die Nachbesetzung von Arztsitzen geltenden Grundsätze zur Steuerung bei der Zusammensetzung von Arztgruppen auf die Nachbesetzung einer Anstellung bei einer Vertragsärztin oder einem Vertragsarzt übertragen.

Zu Nummer 56 (§ 105)

Buchstabe a

Doppelbuchstabe aa

Bei der Aufhebung des zweiten Halbsatzes in Satz 1 handelt es sich um eine Folgeänderung zur Neufassung von § 105 Absatz 4 Satz 1, mit der die Kassenärztlichen Vereinigungen künftig verpflichtet werden, im Rahmen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung bei eingetretener oder drohender ärztlicher Unterversorgung sowie bei einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf zur besonderen Unterstützung der in diesen Gebieten tätigen Ärztinnen und Ärzte Sicherstellungszuschläge zu zahlen.

Doppelbuchstabe bb

Die Aufhebung der Sätze 2 und 3 erfolgt als Folgeänderung zum neuen § 105 Absatz 1b, der die bisherigen Regelungen zu den Einrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen erweitert und flexibilisiert.

Zu Buchstabe b

Die Kassenärztlichen Vereinigungen können schon heute zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung einen Strukturfonds nach § 105 bilden, für den sie jeweils 0,1 Prozent der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zur Verfügung stellen. Die Kassenseite hat dann zusätzlich einen Betrag in gleicher Höhe in den Strukturfonds zu entrichten. Gesetzlich geregelt ist bisher, dass die Mittel insbesondere für Zuschüsse zu den Investitionskosten bei der Neuniederlassung oder der Gründung von Zweigpraxen, für Zuschläge zur Vergütung und zur Ausbildung sowie für die Vergabe von Stipendien verwendet werden sollen. Mit den Änderungen im Absatz 1a werden die Strukturfonds verbindlicher ausgestaltet, die bereitzustellenden Mittel erhöht und die Verwendungszwecke der Mittel ergänzt.

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Bildung eines Strukturfonds wird künftig für alle Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtend. Gleichzeitig wird vorgesehen, dass die von den Kassenärztlichen Vereinigungen jeweils bereit zu stellenden Mittel des Strukturfonds mindestens 0,1 Prozent auf bis zu 0,2 Prozent der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen betragen und damit verdoppelt werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur künftigen Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, einen Strukturfonds zu bilden. Die bestehende Verpflichtung der Krankenkassen, in den Strukturfonds zusätzlich einen Betrag in entsprechend gleicher Höhe in den Strukturfonds zu entrichten, bleibt unverändert.

Zu Doppelbuchstabe cc

Mit der Neufassung des Satzes 3 wird die ohnehin nicht abschließende Aufzählung der möglichen Verwendungszwecke der Mittel des Strukturfonds ergänzt um die Verwendung für Investitionskosten bei Praxisübernahmen (siehe unter Nummer 1), die Förderung von Einrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen nach dem neuen Absatz 1b (Nummer 4), die Förderung von lokalen Gesundheitszentren für die medizinische Grundversorgung (Nummer 4) und die Förderung der Erteilung von Sonderbedarfszulassungen (Nummer 5). Die neue Nummer 6 übernimmt den Regelungsinhalt des bisherigen Absatzes 3 und ergänzt ihn um Entschädigungszahlungen nach § 103 Absatz 3a Satz 13 (Nummer 6). Möglich ist danach künftig eine Förderung des freiwilligen Verzichts sowohl in Gebieten ohne Zulassungsbeschränkungen, als auch in Gebieten mit Zulassungsbeschränkungen, wenn die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt auf einen Nachbesetzungsantrag verzichten. Darüber hinaus ist es nunmehr auch möglich, in den Fällen, in denen der Zulassungsausschuss eine Antrag auf Nachbesetzung ablehnt, die nach § 103 Absatz 3a Satz 13 bisher allein von der Kassenärztlichen Vereinigung zu zahlenden Entschädigungen aus dem Strukturfonds zu finanzieren.

Für die Förderung von Einrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigung nach Absatz 1b und von lokalen Gesundheitszentren für die medizinische Grundversorgung gilt, dass grundsätzlich jeweils nur die Errichtung, nicht hingegen der Betrieb der Einrichtung bzw. des lokalen Gesundheitszentren über den Strukturfonds gefördert werden kann. Für die Vergütung der ärztlichen Leistungen, die in den Einrichtungen erbracht werden, wird in dem neuen Absatz 1b die Anwendung der Regelungen nach §§ 87 bis 87c vorgegeben, um eine Gleichbehandlung mit den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten zu gewährleisten.

Darüber hinaus ist nach dem neuen Satz 4 sicherzustellen, dass die für den Strukturfonds bereitgestellten Mittel vollständig zur Förderung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung verwendet werden. Im begründeten Einzelfall können Mittel, die im vorgesehenen Verwendungszeitraum nicht ausgezahlt werden, in den darauffolgenden Verwendungszeitraum übertragen werden.

Um Transparenz über die mit Mitteln des Strukturfonds finanzierten Fördermaßnahmen herzustellen, werden die Kassenärztlichen Vereinigungen im neuen Satz 5 verpflichtet, jährlich einen Bericht zu erstellen und im Internet zu veröffentlichen. Darin sind die mit den Mitteln des Strukturfonds getroffenen Maßnahmen und die für hierfür jeweils eingesetzten Finanzvolumina näher darzustellen.

Zu Buchstabe c

Zu Absatz 1b

Die bislang in Absatz 1 Satz 2 und 3 geregelte Möglichkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch Einrichtungen zu gewährleisten, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten dienen, wird im neuen Absatz 1b erweitert und flexibilisiert. Damit wird die Option der Kassenärztlichen Vereinigungen, eigene Versorgungskapazitäten insbesondere in ländlichen und/oder strukturschwachen schlechter versorgten Regionen zur Verbesserung der Versorgung zur Verfügung zu stellen, oder sich an entsprechenden Einrichtungen zu beteiligen, noch attraktiver. Die Möglichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigungen sind dabei recht vielfältig. Angefangen mit der Gründung einer ganz normalen Praxis mit von der Kassenärztlichen Vereinigung angestellten Ärztinnen und Ärzten kommt beispielsweise auch der Betrieb von so-

genannten Portalpraxen an Krankenhäusern in Betracht, die während der Sprechstundenzeiten geöffnet haben. Die Vorgaben des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen bleiben auch bei der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch Einrichtungen, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten dienen, unberührt.

Zugleich wird klargestellt, dass dieses Sicherstellungsinstrument gleichrangig neben anderen Maßnahmen besteht. Die bisherige Regelung, nach der die Kassenärztlichen Vereinigungen zum Betreiben von Einrichtungen des Benehmens mit der Kassenseite bedürfen, wird gestrichen. Einrichtungen können auch durch Kooperationen mit anderen Kassenärztlichen Vereinigungen und gemeinsam mit Krankenhäusern und auch in Form von mobilen oder telemedizinischen Versorgungsangebotsformen betrieben werden. Mit diesen Regelungen soll erreicht werden, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die ihnen zur Verfügung stehenden flexiblen Versorgungsmöglichkeiten nutzen und dadurch die Versorgung verbessert wird. So kann die Kassenärztliche Vereinigung Versorgungleistungen für die Versicherten z.B. durch mobile oder telemedizinische Sprechstunden (z. B. durch Fernbehandlung im Rahmen der Weiterentwicklung der berufsrechtlichen Vorgaben), mobile Praxen oder ähnliche Versorgungsangebotsformen erbringen. Dabei sind die berufsrechtlichen Regelungen zu beachten. Ergänzt wird der Versorgungsbeitrag, den die Kassenärztlichen Vereinigungen durch Eigeneinrichtungen erbringen, durch die bisher ohnehin in Absatz 1 schon verpflichtend vorgegebenen Sicherstellungsmaßnahmen. So wird von Kassenärztlichen Vereinigungen z.B. teilweise ein Patiententransport zu Ärztinnen und Ärzten übernommen. In Gebieten, für die der Landesauschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Unterversorgung oder drohende Unterversorgung festgestellt hat, werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, nach Ablauf der von den Landesausschüssen nach § 100 Absatz 1 Satz 2 für die Beseitigung oder Abwendung der Unterversorgung zu setzenden angemessenen Frist, spätestens jedoch nach sechs Monaten, Einrichtungen zu betreiben, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten dienen.

Zur Vergütung der in den Einrichtungen erbrachten ärztlichen Leistungen wird durch die Anwendung der Regelungen der §§ 87 bis 87c klargestellt, dass zwischen Leistungen zu differenzieren ist, die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden oder die als extrabudgetäre Leistungen von den Krankenkassen mit den Preisen der regionale Euro-Gebührenordnung zu vergüten sind. Klargestellt wird ferner, dass Einrichtungen an der Honorarverteilung teilnehmen und den übrigen Leistungserbringern gleichgestellt sind. Daraus folgt, dass u.a. auch für Einrichtungen in Gebieten, in denen eine Unterversorgung oder eine drohende Unterversorgung festgestellt wurde, keine Maßnahmen zur Fallzahlbegrenzung oder -minderung bei der Behandlung der Patienten des betreffenden Planungsbereichs anzuwenden sind.

Zu Absatz 1c

Der vom Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Bildung und Forschung gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheits- und der Kultusministerkonferenz der Länder und der Koalitionsfraktionen des Deutschen Bundestages am 31. März 2017 beschlossene „Masterplan Medizinstudium 2020“ enthält Maßnahmen, die darauf abzielen, mehr Absolventinnen und Absolventen des Medizinstudiums für eine ärztliche Tätigkeit auf dem Lande zu gewinnen. Eine dieser Maßnahmen ist die Einführung und Umsetzung einer sogenannten „Landarztquote“. Mit dieser haben die Länder die Möglichkeit, neben dem regulären Zulassungsverfahren bis zu 10 Prozent der Medizinstudienplätze vorab an Bewerberinnen und Bewerber zu vergeben, die sich verpflichten, nach Abschluss des Studiums und der fachärztlichen Weiterbildung für bis zu zehn Jahre in unterversorgten und von Unterversorgung bedrohten ländlichen Regionen tätig zu werden. Hierbei sind die fachliche Eignung und Motivation zur hausärztlichen Tätigkeit in besonderen Auswahlverfahren zu überprüfen.

Mit dem neuen Absatz 1c wird klargestellt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen in Umsetzung des ihnen obliegenden Auftrages zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung an der Umsetzung der Landarztquote mitwirken, soweit der jeweilige Landesgesetzgeber entsprechende Regelungen getroffen hat. Voraussetzung ist daher, dass der Landesgesetzgeber von der ihm zustehenden Möglichkeit Gebrauch macht, eine entsprechende Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen vorzusehen. In Betracht kommt hier zum einen eine Beteiligung an dem Verfahren zur Auswahl geeigneter Studienplatzbewerberinnen und -bewerber. Ebenso denkbar ist eine Beteiligung an der Umsetzung der von den Studienplatzbewerberinnen und -bewerbern im Zusammenhang mit der Vergabe des Studienplatzes eingegangenen Verpflichtungen.

Zu Buchstabe d

Absatz 3 regelt bislang zwei Möglichkeiten der finanziellen Förderung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen: Während nach Satz 1 der freiwillige Verzicht auf die Zulassung als Vertragsärztin oder Vertragsarzt finanziell gefördert werden kann, besteht nach Satz 2 die Möglichkeit, in gesperrten Planungsbereichen den Aufkauf von Arztpraxen finanziell zu fördern, wenn auf eine Ausschreibung zur Nachbesetzung nach § 103 Absatz 4 Satz 1 verzichtet wird. Bei der Aufhebung dieser Regelungen handelt es sich um eine Folgeänderung zu Absatz 1a Satz 3 Nummer 6. Dieser übernimmt den Regelungsinhalt des bisherigen Absatzes 3 und ergänzt ihn um Entschädigungszahlungen nach § 103 Absatz 3a Satz 13.

Zu Buchstabe e

Zur Verbesserung und Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Gebieten mit eingetretener und drohender Unterversorgung sowie mit einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf sind zukünftig obligatorisch Sicherstellungszuschläge an ärztliche Leistungserbringer zu zahlen, die in diesen Gebieten tätig sind. Nach bisher geltendem Recht liegt die Entscheidung über die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen im Ermessen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. Mit der Änderung in § 105 Absatz 4 wird nunmehr geregelt, dass die Kassenärztliche Vereinigungen im Rahmen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung bei eingetretener oder drohender ärztlicher Unterversorgung sowie bei einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf obligatorisch zur besonderen Unterstützung der in diesen Gebieten tätigen vertragsärztlichen Leistungserbringern Sicherstellungszuschläge zu zahlen haben. Über die Höhe der Sicherstellungszuschläge je Leistungserbringer und über die Anforderungen an den berechtigten Leistungserbringerkreis entscheidet wie bereits nach geltendem Recht der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. Die bisher vorgesehene Festlegung der Dauer der Zahlung von Sicherstellungszuschlägen durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen ist obsolet, da sich die Dauer zukünftig nach dem Andauern der eingetretenen oder drohenden Unterversorgung sowie des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs richtet. Die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen sowie die Ersatzkassen tragen die Sicherstellungszuschläge weiterhin je zur Hälfte.

Unabhängig hiervon haben die Kassenärztlichen Vereinigungen mit Unterstützung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 105 Absatz 1 weiterhin alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern.

Zu Nummer 57 (§ 106a)

Mit der Regelung wird das Ziel verbunden, die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bereits im Vorfeld von Prüfverfahren zu schützen, soweit sich die Anzahl und die Art der ärztlichen Leistungserbringung mit Unterschieden in Praxisstruktur, Praxisstandort oder in der Behandlungsnotwendigkeit der Patientinnen und Patienten (Praxisbesonderheiten) begründen lässt. Praxisbesonderheiten sind insbesondere eine Landarztpraxis, eine Konzentration der Versorgung in Hospizen oder in Pflegeheimen, Besonderheiten bei der Versorgung

bestimmter Patientengruppen (z.B. bei anerkannter Pflegebedürftigkeit oder bei schwerer Erkrankung, bei der die Patientinnen und Patienten nicht in der Lage sind, ärztliche Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen). Die Anerkennung von Praxisbesonderheiten soll vorab durch einen Antrag der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes bei der Prüfungsstelle erfolgen.

Mit der vorherigen Anerkennung von Praxisbesonderheiten wird vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und dem Ziel zur Verbesserung des Zugangs zur vertragsärztlichen Versorgung im ländlichen Raum auch ein Beitrag zur Förderung von Hausbesuchen geleistet. Nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung im Rahmen einer Kleinen Anfrage ist die Anzahl der Hausbesuche tendenziell seit Jahren rückläufig (vgl. Drs. 19/2683). Für Patientinnen und Patienten, die eine Arztpraxis aus medizinischen Gründen nicht mehr selbständig aufsuchen können, ist es von großer Bedeutung, dass Vertragsärztinnen und Vertragsärzte Hausbesuche durchführen.

Bereits nach geltendem Recht sieht die Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes nach § 106a Absatz 3 allgemein die Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten bei den Prüfungen vor. Die Praxisbesonderheiten sind bereits nach der geltenden Rechtslage durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 106 Absatz 1 zu konkretisieren. Hierdurch können regionalen Besonderheiten in der Versorgung besser Rechnung getragen werden. Diese bereits geltende Rechtssystematik greift die Regelung auf, um die Anerkennung von Praxisbesonderheiten als besonderen Versorgungsbedarf vor Durchführung der Prüfungen zu regeln.

Zu Nummer 58 (§ 106b)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neufassung von § 89 zur Verwirklichung eines weitgehend einheitlichen Schiedswesen im SGB V. Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 nicht zustande, entscheidet das zuständige Bundesschiedsamt nach § 89 Absatz 2 Satz 7 wird aufgehoben, da bereits in § 89 Absatz 9 Satz 4 geregelt ist, dass Klagen gegen Entscheidungen des Schiedsamtes keine aufschiebende Wirkung haben.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Neufassung von § 89 zur Verwirklichung eines weitegehend einheitlichen Schiedswesen im SGB V. Kommen Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 1 nicht zustande, entscheidet das zuständige Landesschiedsamt nach § 89 Absatz 1 Satz 2 wird aufgehoben, da bereits in § 89 Absatz 9 Satz 4 geregelt ist, dass Klagen gegen Entscheidungen des Schiedsamtes keine aufschiebende Wirkung haben.

Zu Nummer 59 (§ 106d)

Zu Buchstabe a

Diese Folgeregelung ergänzt die Prüfung der Einhaltung der Prüfmaßstäbe für die verbindlichen und bundeseinheitlichen Regelungen für die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren im Rahmen der Abrechnungsprüfung.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Anpassung eines Verweises.

Zu Nummer 60 (§ 114)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung in § 114 (Landesschiedsstelle) zur Änderung des § 89 über die Schiedsämter.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Aufhebung der Konstruktion der erweiterten Schiedsstelle in § 115 Absatz 3 und der Überleitung der Zuständigkeit auf die sektorenübergreifenden Entscheidungsgremien nach § 89a.

Zu Nummer 61 (§ 115)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung in der Schiedsregelung des § 115 Absatz 3 (Dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärztinnen und Vertragsärzten) aufgrund der Einführungen einer einheitlichen sektorenübergreifenden Konfliktlösung in § 89a.

Krankenkassen und Leistungserbringer kooperieren im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung auf vielfältige Art und Weise. In § 115 sind die so genannten dreiseitigen Verträge normiert, durch die die eigentlich getrennten Leistungssektoren der ambulanten und stationären Versorgung miteinander verbunden werden sollen. Im Konfliktfall agierte bisher die Landesschiedsstelle nach § 114 als so genannte erweiterte Schiedsstelle, indem die Landesschiedsstelle nach § 114 um Vertreter der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte erweitert wurde.

Zu Buchstabe b

Die in Absatz 3a bisher vorgegebene Frist für vertragliche Regelungen nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 ist abgelaufen. Gleichzeitig ergibt sich der gesetzliche Auftrag aus Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2. Auf Antrag kann künftig das zuständige sektorenübergreifende Schiedsgremium angerufen werden. Es bedarf daher der Sonderregelung nicht mehr.

Zu Nummer 62 (§ 115b)

Gemäß § 115b Absatz 3 wird die Vereinbarung zum Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe sowie zu einer einheitlichen Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärztinnen und Vertragsärzte durch das Bundesschiedsamt festgesetzt, sofern eine Einigung ganz oder teilweise nicht zustande kommt. Durch die vorliegende Änderung wird die Festsetzung des Vereinbarungsinhalts im Konfliktfall zur Aufgabe des neuen sektorenübergreifenden Schiedsgremiums gemäß § 89a auf Bundesebene. Darüber hinaus wird die Vorschrift redaktionell angepasst, da die Vereinbarung nach Absatz 1 inzwischen vorliegt.

Zu Nummer 63 (§ 116b)

Es handelt sich um eine Folgeänderung in der Schiedsregelung des § 116b Absatz 6 (Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung) aufgrund der Einführungen einer einheitlichen sektorenübergreifenden Konfliktlösung in § 89a. Es handelt sich um eine sektorenübergreifende Vereinbarung, für die im Konfliktfall das sektorenübergreifende Entscheidungsgremium entscheidet und die entsprechenden Regelungen nach § 89a gelten.

Zu Nummer 64 (§ 117)

Es handelt sich um eine Folgeänderung in der Schiedsregelung des § 117 Absatz 1 (Vereinbarung zur Versorgung durch Hochschulambulanzen) aufgrund der Einführungen einer

einheitlichen sektorenübergreifenden Konfliktlösung in § 89a. Es handelt sich um eine sektorenübergreifende Vereinbarung, für die im Konfliktfall das sektorenübergreifende Entscheidungsgremium entscheidet und die entsprechenden Regelungen nach § 89a gelten. Darüber hinaus wird die Vorschrift redaktionell angepasst, da die Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 3 inzwischen vorliegt.

Zu Nummer 65 (§ 118)

Es handelt sich um eine Folgeänderung in der Schiedsregelung des § 118 Absatz 2 (Vereinbarung zur Versorgung durch psychiatrische Institutsambulanzen) aufgrund der Einführungen einer einheitlichen sektorenübergreifenden Konfliktlösung in § 89a. Es handelt sich um eine sektorenübergreifende Vereinbarung, für die im Konfliktfall das sektorenübergreifende Entscheidungsgremium entscheidet und die entsprechenden Regelungen nach § 89a gelten. Darüber hinaus wird die Vorschrift redaktionell angepasst, da der Vertrag nach Absatz 2 Satz 2 inzwischen vorliegt.

Zu Nummer 66 (§ 118a)

Es handelt sich um eine Folgeänderung in der Schiedsregelung des § 118a Absatz 2 (Vereinbarung zur Versorgung durch geriatrische Institutsambulanzen) aufgrund der Einführungen einer einheitlichen sektorenübergreifenden Konfliktlösung in § 89a. Es handelt sich um eine sektorenübergreifende Vereinbarung, für die im Konfliktfall das sektorenübergreifende Entscheidungsgremium entscheidet und die entsprechenden Regelungen nach § 89a gelten. Darüber hinaus wird die Vorschrift redaktionell angepasst, da die Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 inzwischen vorliegt.

Zu Nummer 67 (§ 120)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu § 87a Absatz 3 Satz 5 und 6.

Zu Nummer 68 (§ 127)

Nach § 126 Absatz 3 des Bürgerlichen Gesetzbuches kann die schriftliche Form durch die elektronische Form ersetzt werden. Zur Klarstellung wird neben der Schriftform auch die elektronische Form für die Dokumentation der Beratung ausdrücklich ins Gesetz aufgenommen. Die eigenhändige Unterschrift des Versicherten kann auch direkt elektronisch erfasst werden, beispielsweise durch ein Unterschriftenpad oder Signaturtablett.

Zu Nummer 69 (§ 129)

Zu Buchstabe a

Die Ergänzung der Überschrift macht die Rechtsgrundlage für die Verordnungsermächtigung in Absatz 10 deutlich.

Zu Buchstabe b

Bei der Änderung in § 129 Absatz 8 (gemeinsame Schiedsstelle des GKV-Spitzenverbandes und der Spitzenorganisation der Apotheker) handelt es sich um eine Folgeänderung zur Neufassung von § 89 zur Verwirklichung eines weitegehend einheitlichen Schiedswesen im SGB V. Kommt eine Einigung über den Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter zwischen den Vertragsparteien nicht zustande, erfolgt die Bestellung durch das Bundesministerium für Gesundheit als zuständige Aufsichtsbehörde. Die Amtsdauer beträgt in diesem Fall vier Jahre. Insoweit wird auf die eingehende Begründung zur Neufassung von § 89 verwiesen.

Zu Buchstabe c

Es wird klargestellt, dass das Bundesministerium für Gesundheit in der Rechtsverordnung nach § 129 Absatz 10 Satz 2 auch das Nähere über das Teilnahmerecht des Bundesministeriums an den Sitzungen der Schiedsstelle nach § 129 Absatz 8 regeln kann. Dies ist Aufgrund der erheblichen Auswirkungen der Entscheidungen der Schiedsstelle auf die Sicherstellung einer flächendeckenden, innovativen und bezahlbaren Arzneimittelversorgung und insbesondere auch der hohen Grundrechtsrelevanz der zu treffenden Entscheidungen erforderlich, um Kenntnisse über die Anwendung der gesetzlichen Regelungen in der Praxis zu erhalten.

Zu Nummer 70 (§ 130a)

Zu Buchstabe a

Die Praxis hat gezeigt, dass sich die Preisreferenzierung zur Bestimmung des Abschlags auf den Abgabepreis des pharmazeutische Unternehmers nach Satz 2 nicht bewährt hat, da ein tatsächlich gültiger Abgabepreis in den vier Mitgliedstaaten der Europäischen Union mit den am nächsten kommenden Bruttonationaleinkommen regemäßig nicht vorliegt. Die Preisreferenzierung wird daher auf die Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum erweitert und es wird geregelt, dass nur solche Staaten in die Referenzierung einbezogen werden, in den der Impfstoff tatsächlich abgegeben wird. Für den Fall, dass in einem der vier Staaten, die das Deutschland am nächsten kommende Bruttonationaleinkommen aufweisen, der Impfstoff nicht abgegeben wird, ist künftig der Staat mit dem nächst höheren Bruttonationaleinkommen zu berücksichtigen. Zudem wird klargestellt, dass ausschließlich auf wirkstoffidentische Impfstoffe referenziert werden kann.

Zu Buchstabe b

Es wir geregelt, dass sich der Referenzabschlag nach Satz 1 für Impfstoffe zusätzlich um fünf Prozent und für saisonale Grippeimpfstoffe um zehn Prozent auf den Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers erhöht. Die Regelung steht im Zusammenhang mit der Neuregelung in § 129 Absatz 5 und trägt der Wirtschaftlichkeit auch bei der Versorgung mit Impfstoffen Rechnung.

Zu Buchstabe c

Es wird klargestellt, dass der Abschlag nach Absatz 1 Satz 1 in Höhe von sieben Prozent des Abgabenpreises des pharmazeutischen Unternehmers entsprechend gilt, wenn der Referenzabschlag nach Satz 1 nicht ermittelt werden kann. Dies entspricht den bestehenden Regelungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zur Umsetzung des Herstellerabschlages für Impfstoffe.

Zu Nummer 71 (§ 130b)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es wird geregelt, dass das Bundesministerium für Gesundheit berechtigt ist, auch an der Beratung und Beschlussfassung der Schiedsstelle teilzunehmen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass die eigentliche Konfliktlösung erst in der Beratung und Beschlussfassung der Schiedsstelle erfolgt, während in der mündlichen Verhandlungen lediglich die Ausgangspositionen der Parteien dargestellt werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Bei der Änderung in § 130b Absatz 5 (gemeinsame Schiedsstelle des GKV-Spitzenverbandes und der Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer) handelt es sich um eine Folgeänderung zur Neufassung von § 89 zur Verwirklichung eines weitestgehend

einheitlichen Schiedswesen im SGB V. Kommt eine Einigung über den Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter zwischen den Verbänden nicht zustande, erfolgt die Bestellung durch das Bundesministerium für Gesundheit als zuständige Aufsichtsbehörde. Die Amtsdauer beträgt in diesem Fall vier Jahre. Insoweit wird auf die eingehende Begründung zur Neufassung von § 89 und § 89a verwiesen.

Zu Buchstabe b

Es wird klargestellt, dass das Bundesministerium für Gesundheit in der Rechtsverordnung nach § 129 Absatz 10 Satz 2 auch das Nähere über das Teilnahmerecht an den Sitzungen der Schiedsstelle nach § 130b Absatz 5 regeln kann.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um die Korrektur eines redaktionellen Verweisfehlers.

Zu Nummer 72 (§ 132a)

Der Änderung liegt die Änderung des § 89 zugrunde. Soweit sich die Rahmenempfehlungspartner zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege über den Vorsitzenden der gemeinsamen Schiedsstelle, die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter nicht einigen, erfolgt nach der neuen Verweisung eine Bestellung durch die zuständige Aufsichtsbehörde für die Amtsdauer von vier Jahren. Nach bisheriger Verweisung wurde die Entscheidung durch Los mit einer Amtsdauer von nur einem Jahr getroffen.

Zu Nummer 73 (§ 132d)

Zu Buchstabe a

Die Krankenkassen stellen die Versorgung mit SAPV sicher, indem sie Verträge mit den Leistungserbringern (meist multiprofessionelle Teams) schließen. In der mittlerweile weitgehend abgeschlossenen Aufbauphase wurden die Verträge regelhaft im unmittelbaren, nicht formalisierten Dialog zwischen Kassen und Teams geschlossen. Das OLG Düsseldorf hat in 2016 (Beschluss des Vergabesenats des OLG Düsseldorf vom 15.6.2016 (Az. VII - Verg 56/15) entschieden, dass es sich bei Verträgen zur SAPV um ausschreibungspflichtige öffentliche Aufträge handelt, wenn bei der Zulassung zu diesem Vertragssystem keine im Vorhinein festgelegten Bedingungen gelten und eine Auswahl unter den interessierten Leistungserbringern vorgenommen wird.

Diese Entscheidung hat bei Leistungserbringern und Krankenkassen zu Verunsicherung geführt. Zum einen, weil die Betroffenen den administrativen Aufwand eines Ausschreibungsverfahrens scheuen, zum anderen, weil eine Gefährdung der qualitativ hochwertigen Versorgung befürchtet wird. Die Krankenkassen sind daraufhin dazu übergegangen, mit jedem Leistungserbringer, der festgelegte Anforderungen erfüllt, einen Versorgungsvertrag abzuschließen. Dies geschah in einem „open-House-Verfahren“, bei dem entweder jeder Leistungserbringer, der von den Krankenkassen einseitig festgelegte Voraussetzungen erfüllt, einen Vertrag erhält, oder im Rahmen eines offenen Zulassungsverfahrens, bei dem die Zulassungsvoraussetzungen auf kollektiver Ebene zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den der Hospizarbeit und Palliativversorgung zuständigen Verbänden festgelegt werden. Beide Verfahren unterfallen, wenn bei ihnen keine Auswahl unter Leistungserbringern vorgenommen wird und sie folglich kein Exklusivrecht zur Versorgung vermitteln, nicht dem Vergaberecht.

Eine einseitige Vorgabe der Krankenkassen würde den speziellen vernetzten Strukturen in der SAPV nicht gerecht werden. Mit der Neufassung des § 132d wird daher das praktizierte offene Zulassungsverfahren gesetzlich abgesichert. Satz 1 regelt, dass die maßgeblichen Voraussetzungen, nach denen ein Leistungserbringer den Zugang zur Versorgung erhält, zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Vertretern der Hospizarbeit

und der SAPV auf Bundesebene in einem Rahmenvertrag festgelegt werden. Der Rahmenvertrag ersetzt die bisherigen Rahmenempfehlungen nach Absatz 2. Entsprechend den in den bisherigen Rahmenempfehlungen getroffenen Vereinbarungen ist bei der Erarbeitung des Rahmenvertrages zu berücksichtigen, dass die Versorgung der besonders vulnerablen Patientengruppe besondere Anforderungen an die Leistungserbringer stellt. Der Vertrag ist auf Bundesebene zu erarbeiten, damit bundesweit möglichst vergleichbare Versorgungsbedingungen entstehen. Die Vertragspartner haben bei der Erarbeitung des Rahmenvertrages neben den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses die bisherige Versorgung, insbesondere die räumliche Nähe der Versorger zum Patienten, zu berücksichtigen. In dem Vertrag sind auch die wesentlichen Elemente der Vergütung festzulegen. Dabei ist ein ausreichender Spielraum für die Berücksichtigung besonderer Bedürfnisse auf Landesebene zu ermöglichen. Damit die Leistungserbringer die Möglichkeit haben, sich um eine Zulassung zu bemühen, sind die Bedingungen des Rahmenvertrages in geeigneter Weise, z.B. auf den Internetseiten der Krankenkassen, bekannt zu machen. In Satz 6 ist festgelegt, dass jeder Leistungserbringer, der die im Rahmenvertrag festgelegten Vorrausetzungen erfüllt, einen Anspruch auf einen Versorgungsvertrag und damit auf den Zugang zur Versorgung erhält. Die Krankenkassen haben die Möglichkeit, den Versorgungsvertrag einzeln oder gemeinsam mit den Leistungserbringern zu schließen. In diesem Versorgungsvertrag sind Einzelheiten, die sich aus den besonderen Versorgungsbedürfnissen, etwa regionalen Besonderheiten ergeben, zu regeln. Dies gilt z.B. für die Vergütung, wenn etwa lokale Zuschläge für einen besonderen Wegeaufwand erforderlich sind. Um den besondere Versorgungsbedürfnissen von Kindern zu entsprechen, ist ein gesonderter Rahmenvertrag für Kinder zu entwickeln.

In Absatz 2 wird geregelt, dass der Inhalt der Verträge, sowohl der Rahmenverträge nach den Sätzen 1 und 2 als auch des besonderen Versorgungsvertrages nach Satz 6, falls keine Einigung zu Stande kommt, in dem beschriebenen Schiedsverfahren festgelegt wird. Um langwierige Auseinandersetzungen zu verkürzen und einen vertragslosen Zustand zu verhindern, haben Klagen und Widersprüche gegen die Bestimmung der Schiedsperson keine aufschiebende Wirkung.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeregelung.

Zu Nummer 7 (§ 132e)

Es wird geregelt, dass in den ergänzenden Verträgen auf Landesebene nach § 129 Absatz 5 Satz 1 über die Versorgung mit Impfstoffen zu vereinbaren ist, dass die Krankenkassen den Apotheken den tatsächlich vereinbarten Einkaufspreis, höchstens jedoch den Apothekeneinkaufspreis, und eine Apothekenvergütung von einem Euro je Einzeldosis sowie die Umsatzsteuer zu erstatten haben.

Durch die Begrenzung der Erstattung auf den tatsächlich vereinbarten Einkaufspreis bzw. höchstens den Apothekeneinkaufspreis in Verbindung mit der Vorgabe der Vergütung der Apotheken bei der Abgabe von Impfstoffen an Ärzte besteht für Apotheken kein Anreiz mehr für Preisverhandlungen mit pharmazeutischen Unternehmen, da etwaige Rabatte auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers an die Krankenkasse weitergegeben werden müssen. Zur Umsetzung der Regelung kann die Krankenkasse sowohl von der Apotheke als auch vom pharmazeutischen Unternehmer Nachweise verlangen.

Die Vergütung der Apotheken von einem Euro je Impfdosis bei der Abgabe von Impfstoffen an Ärzte entspricht weitgehend bestehenden Vereinbarungen zwischen den Krankenkassen oder ihren Verbänden mit der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Organisation der Apotheker auf Landesebene. Eine Apothekenvergütung in dieser Höhe ist angemessen, da es sich eben nicht um die Abgabe an Versicherte, sondern

an Ärzte im Rahmen des Sprechstundenbedarfs handelt, so dass Beratungsleistungen durch die Apotheke nicht erforderlich sind.

Zu Nummer 75 (§ 134a)

Bei der Änderung handelt es sich um eine Folgeänderung zu der Änderung des § 89. § 134a sieht in Absatz 4 eine eigene Schiedsstelle zwischen dem GKV-Spitzenverband und der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen sowie der Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene vor. Um an dem bisherigen status quo der Regelung festzuhalten, bedarf es aufgrund der Änderung des § 89 einer Übertragung der bisherigen Verweisregelung für den Fall, dass sich die Parteien nicht über die Unparteiischen Mitglieder einigen. Daher werden die bisher in § 89 Absatz 3 Satz 5 und 6 enthaltenen Regelungen in § 134a übertragen.

Zu Nummer 76 (§ 135)

Redaktionelle Folgeänderung durch das Einfügen eines Satzes in § 87 Absatz 6.

Zu Nummer 77 (§ 137c)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung in § 137e.

Zu Nummer 78 (§ 137e)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung in der Schiedsregelung des § 137e Absatz 4 (Vereinbarung zur Vergütung der ambulanten Leistungserbringung bei Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) aufgrund der Einführung einer einheitlichen sektorenübergreifenden Konfliktlösung in § 89a.

Abweichend von der regulären Frist des Gremiums von drei Monaten nach § 89a Absatz 3 Satz 1 gilt wie nach bisherigem Recht eine Frist von 6 Wochen. Dies entspricht auch der Frist nach § 137e Absatz 4 Satz 3 in Verbindung mit § 13 Absatz 2 Krankenhausentgeltgesetz bzw. § 13 Absatz 2 Bundespflegesatzverordnung.

Zu Buchstabe b

Durch die Ergänzung in Absatz 5 erhalten die an der Erprobung beteiligten Medizinproduktehersteller oder Unternehmen, die als Anbieter einer neuen Methode ein wirtschaftliches Interesse an einer Erbringung zulasten der Krankenkassen haben, künftig das Wahlrecht, die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Erprobung statt durch den G-BA unmittelbar selbst und auf eigene Kosten zu beauftragen. Es ist dabei in Abstimmung mit dem G-BA sicherzustellen, dass die Vorgaben nach Absatz 2 Satz 2 beachtet werden.

Zu Buchstabe c

Bisherige Erfahrungen zeigen, dass insbesondere kleinere Unternehmen häufig nicht in der Lage sind, die gesetzlich vorgesehene Kostentragung für die erforderlichen Erprobungsstudien zu übernehmen. Der neue Absatz 6 vereinfacht das Verfahren der Beteiligung betroffener Medizinproduktehersteller an den Kosten der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung einer Erprobung.

In Absatz 6 Satz 1 wird zunächst der bisher geltende Grundsatz klargestellt, dass die Kosten der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung vom Gemeinsamen Bundesausschuss aus dem Systemzuschlag getragen werden, wenn er die Beauftragung

nach Absatz 5 Satz 1 selbst vornimmt. Etwas anderes gilt, wenn die Beauftragung unmittelbar durch ein Unternehmen selbst nach Absatz 5 Satz 2 erfolgt. Dann trägt dieses die Kosten. Für den Fall, dass eine neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode erprobt werden soll, deren technische Anwendung maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinprodukts beruht, und die Beauftragung durch den G-BA erfolgt, wird nun in Absatz 6 Satz 2 eine Vorfinanzierung der gesamten Kosten durch den G-BA vorgegeben, um den zeitnahen Beginn der Erprobung und den für die Aufgabenwahrnehmung des G-BA notwendigen Erkenntnisgewinn zu befördern. Erst nach Abschluss der Erprobung erfolgt eine nachträgliche Kostenbeteiligung der betroffenen Medizinproduktehersteller. Diese Kostenbeteiligung wird in Absatz 6 Satz 3 auf den Fall beschränkt, dass es aufgrund der Erprobung tatsächlich zu einer Aufnahme der neuen Methode in die ambulante Regelversorgung nach § 135 kommt. Durch die Einführung einer umfassenden Vorfinanzierung der Kosten für die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung einer Erprobung durch den G-BA und die Beschränkung der Kostentragungspflicht für den Fall der späteren Überführung der Methode in die Regelversorgung wird das finanzielle Risiko der Medizinproduktehersteller reduziert und das Verfahren praxistauglicher ausgestaltet. Das Interesse der GKV an einem raschen Erkenntnisgewinn zur Beurteilung einer neuen Methode und insbesondere an einer Verbesserung der Versorgung der Versicherten durch innovative Untersuchungs- und Behandlungsansätze rechtfertigt die größere Verantwortung des G-BA für die Kostentragung von Erprobungen. Zudem wird davon auszugehen sein, dass nur Methoden mit Aussicht auf erfolgreiche Erprobungen und damit Verbesserungen der Versorgung Gegenstand einer Erprobung werden, weil der G-BA bereits eine vorgelagerte Potentialbewertung durchgeführt hat. Das aufwändige Verfahren einer vorherigen Erklärung der Hersteller zur Kostenübernahme wird durch eine unmittelbare gesetzliche Verpflichtung ersetzt. Der angemessene Umfang der Kostenbeteiligung richtet sich wie bisher nach dem Einzelfall. Die maßgeblichen Kriterien für die Beurteilung der Angemessenheit regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in der Verfahrensordnung.

Zu Buchstabe d

Die Änderungen in Absatz 7 sind teilweise Folgeänderungen zu den Änderungen in Absatz 6. Zudem wird klargestellt, dass eine Aussetzung des Bewertungsverfahrens im Falle des Fehlens noch erforderlicher Erkenntnisse auch nach dem Abschluss einer Erprobung möglich bleibt und der Gemeinsame Bundesausschuss unverzüglich und ohne weiteres Antragserfordernis über eine Aufnahme in die Versorgung zu entscheiden hat, wenn er den Nutzen der Methode bereits als hinreichend belegt ansieht und insoweit die Durchführung einer beantragten Erprobung ablehnt. Damit der G-BA seine Richtlinienentscheidung auf eine umfassende Erkenntnislage stützen kann, bedarf es auch in diesem Fall im Rahmen des abschließenden Methodenbewertungsverfahrens der Durchführung einer systematischen Literaturrecherche durch den G-BA.

Zu Buchstabe e

Durch die Ergänzung in Absatz 8 werden die Inhalte der Beratung erweitert. Dies gilt insbesondere hinsichtlich der neugeschaffenen Wahlmöglichkeit der Unternehmen nach Absatz 5 Satz 2, die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Erprobung selbst beauftragen zu können.

Zu Nummer 79 (§ 137h)

Das Verfahren nach § 137h hat sich in der Praxis bislang nicht ausreichend etabliert. Das Verfahren wird daher vereinfacht. Die Verantwortung der Medizinproduktehersteller wird gestärkt, um die Voraussetzungen für eine effektive und zügige Verfahrensdurchführung sicherzustellen.

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Für die Übermittlung der relevanten Informationen an den Gemeinsamen Bundesausschuss wird das Erfordernis eines Einvernehmens zwischen dem Krankenhaus, das eine erstmalige NUB-Anfrage stellt, und dem Hersteller des für die Methode maßgeblichen Medizinprodukts geregelt. Gleichzeitig wird in Absatz 1 Satz 1 klargestellt, dass es sich bei den relevanten Informationen insbesondere um Daten zum klinischen Nutzen und vollständige Daten zu durchgeführten klinischen Studien mit dem Medizinprodukt handelt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die bisherige Vorgabe einer Benehmensherstellung in Absatz 1 Satz 2 kann aufgrund des in Satz 1 geregelten Einvernehmenserfordernisses entfallen. Im neuen Satz 2 erfolgt eine sprachliche Klarstellung, die besser als die bisherige Formulierung in Satz 3 zum Ausdruck bringt, dass ein Bewertungsverfahren des G-BA nach § 137h nur dann durchgeführt wird, wenn die Methode nach den Vorgaben der Rechtsverordnung nach Absatz 2 ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept aufweist.

Zu Doppelbuchstabe cc

Bei den Anpassungen in Satz 3 handelt es sich um Folgeänderungen.

Zu Doppelbuchstabe dd

Durch die Änderungen in Satz 4 wird die Bewertung durch den G-BA vereinfacht. Die Notwendigkeit einer Potentialprüfung wird gestrichen. Für den Fall, dass aufgrund der vorgelegten Unterlagen weder ein Nutzen noch ein Schaden bzw. eine Unwirksamkeit der Methode als belegt anzusehen ist, erfolgt eine kontrollierte Leistungserbringung im Rahmen der Krankenhausbehandlung. Es bedarf nicht mehr einer Potentialbewertung und der positiven Feststellung eines Potentials durch den G-BA. Angesichts der Weiterentwicklungen des Konformitätsbewertungsverfahrens nach Maßgabe der Verordnung (EU) 2017/745 kann auf das Erfordernis einer positiven Potentialfeststellung als Voraussetzung für eine Erprobung verzichtet werden.

Zu Buchstabe b

Bei der Anpassung in Absatz 2 Satz 2 handelt es sich um eine Folgeänderung.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Es handelt sich um eine Folgeänderung.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Formulierung in den neugefassten Sätzen 5 und 6 stellt klar, dass die Methode im Rahmen der Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkassen erbracht wird und der G-BA dabei die Voraussetzungen der Abrechnungsfähigkeit des Medizinproduktes im Rahmen der neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode regeln, insbesondere einen befristeten Zeitraum für die Abrechnungsfähigkeit festlegen kann. Die bisherige gesetzliche Beschränkung auf Krankenhäuser, die an der Erprobung teilnehmen, entfällt. Im neuen Satz 6 werden die betroffenen Hersteller verpflichtet, dem G-BA unverzüglich nach Fertigstellung die periodischen Sicherheitsberichte und weitere geforderte klinische Daten gemäß Zertifizierung nach der Verordnung (EU) 2017/745 des Europäischen Parlaments und des Rates über Medizinprodukte zu übermitteln.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es wird klargestellt, dass der G-BA auch im Falle einer vorzeitigen Beendigung der Erprobung auf Grundlage der vorliegenden Erkenntnisse innerhalb von drei Monaten über eine Richtlinie nach § 137c entscheidet, aber dabei die Möglichkeit einer Aussetzung des Bewertungsverfahrens im Falle des Fehlens noch erforderlicher Erkenntnisse weiterhin möglich bleibt. Dies kann etwa der Fall sein, wenn eine Anpassung der Vorgaben für die Erprobung an die Versorgungsrealität erforderlich ist, um die tatsächliche Durchführbarkeit der Erprobung und der Leistungserbringung zu gewährleisten, oder wenn nach den zwischenzeitlich gewonnenen Erkenntnissen zwar der Nutzen noch nicht hinreichend belegt ist, dies aber in Zukunft erwartet und ein Schaden gleichzeitig weitgehend ausgeschlossen werden kann. In diesem Fall verlängert sich die Abrechenbarkeit der Methode entsprechend für den Aussetzungszeitraum.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um eine Folgeänderung.

Zu Buchstabe e

Zu Doppelbuchstabe aa

Durch die Ergänzungen in Absatz 6 wird das Beratungsrecht der Krankenhäuser und Medizinprodukthersteller gestärkt, indem auf deren Wunsch auch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus in die Beratung durch den G-BA einzubeziehen sind. Zudem wird klargestellt, dass sich die Beratung nicht nur auf die Einschlägigkeit des Verfahrens nach § 137h bezieht, sondern insbesondere auch das Verfahren einer Erprobung einschließlich der Wahlmöglichkeit nach § 137e Absatz 5 Satz 2 zum Gegenstand haben kann.

Zu Doppelbuchstabe bb

Aufgrund dieser Klarstellung und der stärkeren Einbeziehung der Hersteller in die Verantwortung für die Informations- und Datenübermittlung ist es zudem sachgerecht, zukünftig eine Gebührenerhebung für die Beratung der Hersteller einzuführen. Zugleich wird eine gesetzliche Grundlage für den Kostenausgleich zwischen dem G-BA und den nach Satz 1 an der Beratung mitwirkenden Instituten geschaffen. Auch letzteren entsteht auf Grund ihrer Mitwirkung an der gebührenpflichtigen Beratung ein Verwaltungs- und Kostenaufwand. Soweit die Medizinprodukthersteller gebührenpflichtig sind, muss der G-BA den Aufwand der mitwirkenden Institute bei der Kostenfestsetzung berücksichtigen und den Anteil der Gebühren, der auf die Mitwirkung der Institute entfällt, an diese weiterleiten.

Zu Nummer 80 (§ 140a)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine bislang versäumte redaktionelle Folgeänderung in § 140a (Besondere Versorgung) aufgrund der mit dem Präventionsgesetz vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1366) eingefügten Regelungen, durch die der frühere § 20d zu § 20i (Primäre Prävention durch Schutzimpfungen) wurde. Der Verweisfehler wird korrigiert.

Zu Buchstabe b

Mit den Änderungen werden für die Teilnahmeerklärung des Versicherten an der besonderen Versorgung, für deren Widerruf und für die Belehrung der Krankenkasse über das Widerrufsrecht als Formerfordernis alternativ die schriftliche oder die elektronische Form vorgesehen. Bislang wurde für die Teilnahmeerklärung Schriftlichkeit und für den Widerruf (neben der Möglichkeit, diesen zur Niederschrift bei der Krankenkasse zu erklären) sowie für die Belehrung über den Widerruf die Abgabe in Textform verlangt. Der Schutz der Versicherten wird hierdurch nicht beeinträchtigt.

Zu Nummer 81 (§ 188)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6, auf den diese Vorschrift Bezug nimmt. Die Vorschrift ist damit selbst entbehrlich.

Zu Nummer 82 (§ 190)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6, auf den diese Vorschrift Bezug nimmt. Der Bezug knüpft künftig an das bisherige Recht an.

Zu Nummer 83 (§ 197a)

Mit der Einfügung eines neuen § 197a Absatz 3b sollen die datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnisse im Zusammenhang mit der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (Fehlverhaltensstellen) der Krankenkassen und ihrer Landesverbände klargestellt werden. Es handelt sich um eine Parallelnorm zum vorgeschlagenen § 81a Absatz 3b. Auf die Begründung zu dieser Vorschrift wird Bezug genommen.

Die Sätze 1 und 2 betreffen die Übermittlung personenbezogener Daten an die Stellen, die für die Entscheidung über die Teilnahme von Leistungserbringern an der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung, für die Leistungsgewährung und für die Abrechnung von Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig sind, sowie an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und die berufsständischen Kammern. Diese dürfen die Daten zur Verhinderung und Aufdeckung von Fehlverhalten in den Grenzen ihrer jeweiligen Zuständigkeit verarbeiten.

Die Umschreibung der möglichen Empfänger ist bewusst weit gefasst, um sicherzustellen, dass alle sinnvollen Übermittlungswege zum Informationsaustausch über Fehlverhalten von Leistungserbringern sämtlicher Versorgungsbereiche genutzt werden können. Es kann sich um Stellen sowohl innerhalb als auch außerhalb der Organisationen, bei denen die Fehlverhaltensstellen eingerichtet sind, handeln. Entscheidungen über die Teilnahme von Leistungserbringern an der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Nummer 1) treffen z.B. die Zulassungsausschüsse (§ 96), die Krankenkassen selbst (etwa durch Verträge über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege nach § 132a Absatz 4), ihre Landesverbände (etwa durch Verträge mit Krankenhausträgern nach §§ 108 Nummer 3, 109 oder die Zulassung von Heilmittelerbringern nach § 124 Absatz 5) sowie ggf. ihre Arbeitsgemeinschaften (etwa als Option beim Abschluss von Hilfsmittelverträgen nach § 127 Absatz 1 und 2). Von dem Begriff ebenfalls erfasst sind die zuständigen Behörden der Länder, die durch die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan oder durch die landesrechtliche Anerkennung von Hochschulkliniken (vgl. § 108 Nummer 1 und 2) Entscheidungen über die Teilnahme von Krankenhäusern an der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter treffen. Als weitere zulässige Empfänger sind die für die Leistungsgewährung in der gesetzlichen Krankenversicherung zuständigen Stellen genannt (Nummer 2), die etwa bei Hinweisen auf ein kollusives Zusammenwirken von Leistungserbringern und Versicherten tätig werden können. Darüber hinaus benötigen auch die für die Abrechnung von Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung zuständigen Stellen (Nummer 3) präzise Informationen über vergütungsrelevantes Fehlverhalten, um etwa Teile der Vergütung zurückzuhalten, Regressforderungen geltend zu machen oder gegen Ansprüche des Leistungserbringers aufzurechnen. Weiterhin wird die Zulässigkeit der Datenübermittlung an die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung klargestellt (Nummer 4), denen die Krankenkassen gemäß § 276 Absatz 1 Satz 1 alle für die Beratung und Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen haben. Schließlich ermöglicht die Regelung eine Übermittlung personenbezogener Daten an die berufsständischen Kam-

mern (Nummer 5), welche nach dem jeweiligen Landesrecht die Verletzung berufsrechtlicher Pflichten ahnden und deswegen auch in den regelmäßigen Erfahrungsaustausch der Fehlverhaltensstellen nach Absatz 3 Satz 2 eingebunden werden. Zu denken ist vor allem an die Berufskammern der (Zahn-)Ärztinnen und -ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten oder Apothekerinnen und Apotheker sowie etwaige Pflegekammern.

Durch die Benennung der „Verhinderung oder Aufdeckung“ von Fehlverhalten im Gesundheitswesen als mögliche Übermittlungszwecke wird wie in § 81a Absatz 3b Satz 1 klargestellt, dass die übermittelten Daten als Grundlage sowohl für präventive als auch für reaktive Maßnahmen dienen können, die in der Zuständigkeit der jeweiligen Empfänger liegen.

Die Sätze 3 und 4 betreffen die Übermittlung personenbezogener Daten durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung an die Fehlverhaltensstellen. Die Regelung vervollständigt die bestehenden Übermittlungsbefugnisse nach §§ 275 ff. und den Qualitätsprüfungsrichtlinien für die ambulante Pflege. Sie soll deutlich machen, dass Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes, die bei Wahrnehmung ihrer Begutachtungs-, Kontroll- oder Prüfungsaufgaben Hinweise auf Unregelmäßigkeiten im Sinne von § 197a Absatz 1 erlangen, diese auch unmittelbar an die zuständigen Fehlverhaltensstellen übermitteln dürfen. Zu denken ist etwa an Abrechnungsverstöße ambulanter Pflegedienste. Übermittelt werden können auch „Zufallsfunde“, also Erkenntnisse, die anlässlich der Durchführung eines Auftrags mit ursprünglich anderer Zielrichtung gewonnen wurden. Der in Satz 3 aufgeführte Übermittlungszweck der „Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten“ entspricht der Regelung in § 197a Absatz 3a und verweist auf die gesetzlichen Aufgaben der Fehlverhaltensstellen nach § 197a Absatz 1 Satz 1.

In der Regel wird es sich bei den übermittelten personenbezogenen Daten um personenbezogene Daten von Leistungserbringern handeln. Soweit im Einzelfall auch personenbezogene Daten von Versicherten betroffen sind, sind diese zu anonymisieren, wenn ihre Verarbeitung für den Zweck der Übermittlung nicht erforderlich ist. Dies gilt nicht für Fälle, in denen Hinweise auf eine Mitwirkung von Versicherten beim Abrechnungsbetrug vorliegen.

Zu Nummer 84 (§ 217b)

Die Regelung enthält besondere Vorgaben zur Vergütung der Vorstände des GKV-Spitzenverbands, die den Vorgaben für die Vorstände der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen entsprechen. Auf die Begründung zum neuen § 79 Absatz 6 Satz 4 bis 8 wird verwiesen.

Zu Nummer 85 (§ 217f)

Die Krankenkassen sind gemäß § 3 der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung verpflichtet, eine Kassenordnung aufzustellen, über die die Aufsichtsbehörde unterrichtet werden muss. Besteht eine Musterkassenordnung, müssen lediglich die Abweichungen der Aufsichtsbehörde angezeigt werden. Bisher gibt es keine Musterkassenordnung für die gesetzlichen Krankenkassen. Zur Vereinfachung des Abstimmungsverfahrens wird der GKV-Spitzenverband daher nunmehr gesetzlich verpflichtet, eine Musterkassenordnung zu erstellen.

Dadurch kann der bürokratische Aufwand im Zusammenhang mit der Erstellung der Kassenordnung wesentlich reduziert werden. Zum einen muss nicht mehr jede Krankenkasse eine eigene Kassenordnung erarbeiten, sondern kann die Musterkassenordnung übernehmen. Zum anderen entfällt sowohl bei den Krankenkassen als auch bei den Aufsichtsbehörden der aufwendige Abstimmungs- und Prüfprozess, der bisher bei jeder einzelnen Kassenordnungen notwendig ist.

Zu Nummer 86 (§ 225)

Die Vorschrift wird im Nachgang zur Einführung der Versicherungspflicht für Waisenrentner gemäß § 5 Absatz 1 Nummer 11b durch Artikel 1a des Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2408) ergänzt.

Durch die Änderung wird die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 11a in die geltende Regelung einbezogen. § 5 Absatz 1 Nummer 11a erfasst bestimmte Künstler und Publizisten, die nicht bereits nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 die Voraussetzungen für den Zugang zur Krankenversicherung der Rentner erfüllen. Insoweit wird eine Regelungslücke geschlossen, da kein Grund dafür erkennbar ist, die Versicherungspflicht nach Nummer 11a insoweit anders zu behandeln.

Durch die Einbeziehung des § 5 Absatz 1 Nummer 11b werden künftig auch Waisen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und ohne die Rentenantragstellermitgliedschaft familienversichert wären, in der Phase der Rentenantragstellung beitragsfrei gestellt.

Zu Nummer 87 (§ 228)

Nachzahlungen von Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, von vergleichbaren Renten aus dem Ausland und von Versorgungsbezügen sind gemäß §§ 228 Absatz 2, 229 Absatz 2 und 240 Absatz 2 Satz 5 beitragspflichtig und werden zeitlich den Monaten zugeordnet, für die sie nachgezahlt werden. Während bei versicherungspflichtigen Rentnern die Beitragszahlung im sogenannten Quellenabzugsverfahren nach §§ 255 und 256 erfolgt, sind die Beiträge freiwilliger Mitglieder mit einem Beitragsbescheid der Krankenkasse gegenüber dem freiwilligen Mitglied geltend zu machen. Ein Beitragsbescheid stellt einen Verwaltungsakt dar, der nur unter Beachtung der Vorschriften zum Sozialverwaltungsverfahren geändert werden kann. Die Voraussetzungen des § 48 Absatz 1 Satz 2 SGB X für die Rücknahme eines Beitragsbescheides als Verwaltungsakt mit Dauerwirkung sind in den vorliegenden Fällen nicht gegeben. Das Bundessozialgericht stellte in seinem Urteil vom 21. September 2005 (B 12 Kr 12/04 R) fest, dass zwar das einschlägige materielle Recht eine Berücksichtigung nachgezahlter Renten und Versorgungsbezüge erlaubt und deren Zuordnung regelt, jedoch keine verfahrensrechtliche Ermächtigung zur rückwirkenden Aufhebung eines Beitragsbescheides in diesen Fällen bestehe. Mit der Neuregelung wird die insoweit erforderliche spezialgesetzliche Regelung als Ermächtigungsgrundlage für die rückwirkende Aufhebung von Beitragsbescheiden bei Nachzahlungen von Renten und Versorgungsbezügen geschaffen. Aufgrund der nach den materiell-rechtlichen Vorschriften bestehenden Beitragspflicht in Bezug auf Nachzahlungen von Renten und Versorgungsbezügen kann der Betroffene sich in diesen Fällen nicht auf ein schutzwürdiges Interesse am Bestand des bisherigen Beitragsbescheides berufen.

Zu Nummer 88 (§ 235)

Zu Buchstabe a

Die Überschrift des § 235 enthält bislang den überholten Begriff „Behinderten“ und wird insofern angepasst.

Zu Buchstabe b

Aus redaktionellen Gründen wird § 235 Absatz 1 Satz 1 korrigiert.

Zu Buchstabe c

Der Verweis in § 235 Absatz 2 Satz 2 wird korrigiert. Die bisherige Bezugnahme auf Absatz 1 Satz 3 beruht auf einem redaktionellen Versehen, da es bei der Einfügung des Satzes 3 in § 235 Absatz 1 durch Artikel 4 Nummer 5 des Ersten Gesetzes zur Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 16.12.1997 (BGBl. I S. 2970) unterblieben ist, den Verweis in § 235 Absatz 2 Satz 2 zu ändern.

Zu Nummer 89 (§ 237)

Mit dem Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2408) wurde ab dem 1. Januar 2017 eine Versicherungspflicht für Waisenrentner in der gesetzlichen Krankenversicherung neu eingeführt (§ 5 Absatz 1 Nummer 11b). Gleichzeitig wurde für die versicherungspflichtigen Waisenrentner die Beitragsfreiheit der Waisenrente der gesetzlichen Rentenversicherung oder einer entsprechenden Leistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung sowie der Waisenrente nach § 15 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte bis zum Erreichen der Altersgrenzen für die Familienversicherung angeordnet. Die Beitragsfreistellung dieser Hinterbliebenenleistungen ist insofern gerechtfertigt, als dass diese Leistungen den durch den Tod eines Elternteils entfallenden Unterhaltsanspruch des Kindes gegenüber dem verstorbenen Elternteil ersetzen sollen. Hinterbliebenenleistungen aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis des verstorbenen Elternteils bzw. Versorgungsbezüge nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, die vom verstorbenen Elternteil abgeleitet werden, haben ebenso die Funktion, den wegfallenden Unterhaltsanspruch des Kindes zu kompensieren und sind insofern den beitragsfreien Hinterbliebenenleistungen gleichzustellen.

Mit der Änderung wird eine beitragsrechtliche Ungleichbehandlung von versicherungspflichtigen Waisenrentnern nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b verhindert, indem die verschiedenen unterhaltsersetzenden Hinterbliebenenleistungen in gleicher Weise beitragsfrei sind.

Zu Nummer 90 (§ 256)

Zu Buchstabe a

Die Pflicht der Zahlstellen von Versorgungsbezügen nach § 229, die Beiträge aus den Versorgungsbezügen einzubehalten und an die zuständige Krankenkasse zu zahlen (sogenanntes Zahlstellenverfahren) gilt bisher nur für Versicherungspflichtige, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen. Der Bezug von Versorgungsleistungen nach § 229 ist jedoch zunehmend nicht an den zeitgleichen Bezug einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung gekoppelt. Mit der Gesetzesänderung wird das Zahlstellenverfahren für alle versicherungspflichtigen Versorgungsbezugsempfänger vorgesehen. Dies dient einem möglichst bürokratiearmen und wirtschaftlichen Beitragseinzug unter Nutzung der etablierten Prozesse des Zahlstellenverfahrens und Zahlstellen-Meldeverfahrens. Insofern ist für alle versicherungspflichtigen Versorgungsbezugsempfänger eine aufwändige Beitragserhebung durch die Krankenkasse mittels Verwaltungsakt gegenüber einem einzelnen Bezieher einer Versorgungsleistung ausgeschlossen.

Zu Buchstabe b

Kleinere Zahlstellen können sich bisher von der Beitragsabführungspflicht bzw. dem sogenannten Zahlstellenverfahren befreien lassen. Diese Ausnahmeregelung entfällt. Aufgrund der heutigen technischen Möglichkeiten ist es auch kleineren Zahlstellen zumutbar, Beiträge von den Versorgungsbezügen einzubehalten und an die Krankenkasse abzuführen und Beitragsnachweise an die Krankenkasse auf elektronischem Weg zu übermitteln. Vor diesem Hintergrund erfordert die bisherige Ausnahmeregelung, wonach die mögliche Freistellung vom Zahlstellenverfahren bei jeder betroffenen Krankenkasse beantragt werden muss, einen unverhältnismäßig hohen Verwaltungsaufwand.

Zu Nummer 91 (§ 274)

Zur Unterstützung der Prüfung des GKV-Spitzenverbandes, des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen nach § 274 Absatz 1 Satz 2 in Verbindung mit § 282 Absatz 4 Satz 2 soll die Möglichkeit eröffnet werden, dass das Bundesministerium für Gesundheit bei fachlich komplexen Sachverhalten, die Spezialwissen erfordern, Wirtschaftsprüfer, vereidigte Buchprüfer oder spezialisierte

Rechtsanwaltskanzleien mit Prüfungen beauftragen kann. Besondere Fälle liegen insbesondere dann vor, wenn während der Prüfung eine besondere Problemstellung erkannt wird, die Spezialwissen erfordert und durch eine externe Bewertung dieses Prüfthemas die Verbesserung der Ergebnisqualität und Prüfdauer zu erwarten ist. Der Prüfauftrag an externe Wirtschaftsprüfer, vereidigte Buchprüfer bzw. spezialisierte Rechtsanwaltskanzleien soll auf bestimmte Prüfthemen beschränkt sein. Die privaten Prüfeinrichtungen sind im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit tätig. Die Letztverantwortung für die Prüfung nach § 274 wird dadurch nicht berührt und verbleibt beim Bundesministerium für Gesundheit. Die anfallenden Kosten sind Kosten der Prüfung und werden von den zu prüfenden Stellen getragen.

Die Beauftragung von Wirtschaftsprüfern, vereidigten Buchprüfern oder spezialisierten Rechtsanwaltskanzleien ist ein Teil der Prüfung nach § 274 und daher durch die geprüfte Einrichtung zu finanzieren. Da die Beauftragung innerhalb des Prüfzeitraums von fünf Jahren nur in besonderen Fällen erfolgen soll, ist eine geringe jährliche Belastung der Körperschaften auf Bundesebene zu erwarten.

Zu Nummer 92 (§ 275)

Der Verweis auf das nach dem neuen § 87 Absatz 1c im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehene Gutachterverfahren in § 275 Absatz 1 Satz 2 dient zur Klarstellung, dass eine von § 275 abweichende Aufgabenregelung für das vertragszahnärztliche Gutachterwesen besteht.

Zu Nummer 93 (§ 279)

Die Änderung des § 279 Absatz 4 Satz 3 sorgt für eine vollständige und transparente Veröffentlichung der Vergütungen der Geschäftsführer und deren Stellvertreter beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung. Sie entspricht der Änderung des § 35a Absatz 6 Satz 2 SGB IV, auf deren Begründung verwiesen wird. Über die Verweisung in § 282 Absatz 4 Satz 2 findet die Regelung auch auf den Medizinischen Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen Anwendung.

Zu Nummer 94 (§ 282)

Die Regelung enthält besondere Vorgaben zur Vergütung des Geschäftsführers und seines Stellvertreters beim Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), die im Wesentlichen den Vorgaben für die Vorstände der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen entsprechen. Auf die Begründung zum neuen § 79 Absatz 6 Satz 4 bis 8 wird verwiesen. Da für die Geschäftsführer des MDS keine gesetzlichen Amtsperioden vorgegeben sind, werden Vergütungserhöhungen nicht für die Dauer einer Amtsperiode sondern für einen Zeitraum von sechs Jahren, der der Amtsdauer in den übrigen Körperschaften entspricht, ausgeschlossen.

Zu Nummer 95 (§ 284)

Zu Buchstabe a

Mit § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 wird die datenschutzrechtliche Grundlage für die Verarbeitung der Sozialdaten im Zusammenhang mit der Beteiligung der Krankenkassen am vertragszahnärztlichen Gutachterverfahren nach § 87 Absatz 1c geschaffen. Voraussetzung für die rechtmäßige Verarbeitung der Sozialdaten ist, dass diese für die Beteiligung an diesem Gutachterverfahren erforderlich ist.

Zu Buchstabe b

In § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 12 wird durch die vorgesehene Änderung geregelt, dass die Krankenkassen Sozialdaten zum Zwecke der Vorbereitung, Vereinbarung und Durchführung aller Vergütungsverträge erheben und speichern dürfen. Die bisherige Einschränkung auf Vergütungsverträge nach § 87a ist nicht sachgerecht, da Krankenkassen weitere Vergütungsverträge schließen. Auch für diese Vergütungsverträge benötigen die Krankenkassen entsprechende Sozialdaten.

Zu Buchstabe c

Mit der vorgesehenen Streichung in § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 13 wird klargestellt, dass die Krankenkassen für die Durchführung von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen bei Selektivverträgen die Sozialdaten auch dann benötigen, wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen an den Selektivverträgen beteiligt sind. Denn die Krankenkassen können die Kassenärztlichen Vereinigungen zum Abschluss von Selektivverträgen ermächtigen oder ihre Unterstützung in anderer Form nutzen, ohne das damit die Pflicht zu Wirtschaftlichkeits- oder Qualitätsprüfungen durch die Krankenkassen entfallen.

Zu Nummer 96 (§ 291a)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Zu Dreifachbuchstabe aaa

Die Ersetzung des Begriffs „Patienten“ durch „Versicherte“ dient der Vereinheitlichung der Begrifflichkeiten.

Das elektronische Patientenfach wird mit der elektronischen Patientenakte begrifflich zusammengeführt. Nach den bisherigen Konzepten der Gesellschaft für Telematik 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 zugegriffen 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.

Zu Dreifachbuchstabe bbb

Diese Regelung ist eine Folgeänderung aufgrund der Zusammenführung des elektronischen Patientenfachs mit der elektronischen Patientenakte.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Aufhebung der Sätze 4 bis 6 wird das Verfahren bei der Erklärung und der Dokumentation der Einwilligung des Versicherten in die medizinischen Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte vereinfacht. Die spezifischen Anforderungen der Sätze 4 bis 6 zur Abgabe der Erklärung und zum Ort der Dokumentation sind im Hinblick auf die Konzepte insbesondere zur elektronischen Patientenakte und den vorgesehenen Änderungen zur Erweiterung der Zugriffsmöglichkeiten für die Versicherten (siehe zu Buchstabe b) nicht mehr sachgerecht. 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. Von der Aufhebung der spezifischen Anforde-

rungen an die Einwilligung in die medizinischen Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte unberührt bleiben die Vorgaben für die datenschutzrechtliche Einwilligung nach der unmittelbar anwendbaren EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe a DSGVO regelt die Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten, Artikel 7 Absatz 1 DSGVO die Nachweispflicht für die Einwilligung und Artikel 7 Absatz 3 DSGVO die Widerruflichkeit der Einwilligung. Vorgaben für die Form der Erklärung und der Dokumentation enthält die DSGVO nicht.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Diese Regelung ist eine Folgeänderung aufgrund der Zusammenführung des elektronischen Patientenfachs mit der elektronischen Patientenakte.

Zu Doppelbuchstabe bb

Der Zugriff auf die Daten der elektronischen Patientenakte ist nach den geltenden Regelungen nur zusammen mit der elektronischen Gesundheitskarte und einem elektronischen Heilberufsausweis eines Leistungserbringers oder durch ein sicheres technisches Authentifizierungsverfahren, bei dem auch die elektronische Gesundheitskarte zum Einsatz kommt, durchführbar. Durch die neue Regelung wird es den Versicherten nunmehr ermöglicht, mittels eines sicheren Authentifizierungsverfahrens ohne Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte auf die Daten der elektronischen Patientenakte zuzugreifen. Dabei handelt es sich um einen zu den bisherigen Zugriffswegen nach Satz 5 und Satz 8 zusätzlichen Zugriffsweg, den sich die Versicherten auf eigenen Wunsch einrichten lassen können. Versicherte sollen dabei auch eigene mobile Endgeräte wie Smartphones oder Tablets nutzen und selbstständig auch ohne Anwesenheit eines Leistungserbringers auf ihre Daten zugreifen und Berechtigungen zum Zugriff auf ihre Daten erteilen können. Aus der Möglichkeit zur Nutzung handelsüblicher mobiler Endgeräte folgt, dass dabei Geräte und Dienste eingesetzt werden, die nicht über eine Sicherheitszertifizierung nach den Vorgaben des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik verfügen. Die Gesellschaft für Telematik wird durch die neue Regelung in § 291b Absatz 1a verpflichtet, für diese Geräte und Dienste im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik ein neues Zulassungsverfahren mit hierfür geeigneten Kriterien festzulegen.

Voraussetzung für die Nutzung des zusätzlichen Authentifizierungsverfahrens ohne Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte ist der Wunsch des Versicherten, diesen Zugriffsweg zu nutzen, die vorherige umfassende Information der Versicherten durch die Krankenkasse über die Besonderheiten der Zugriffswege, insbesondere die Abstufungen bei den Sicherheitskriterien sowie eine darauf basierende eindeutige Erklärung der Versicherten, das zusätzlich Authentifizierungsverfahren nutzen zu wollen. Deshalb werden die Krankenkassen in Absatz 5c verpflichtet, die Versicherten entsprechend zu informieren.

Zu Doppelbuchstabe cc

Diese Regelung ist eine Folgeänderung aufgrund der Zusammenführung des elektronischen Patientenfachs mit der elektronischen Patientenakte.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

Diese Regelung ist eine Folgeänderung aufgrund der Zusammenführung des elektronischen Patientenfachs mit der elektronischen Patientenakte.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Krankenkassen werden verpflichtet, ihren Versicherten spätestens ab dem 1. Januar 2021 eine elektronische Patientenakte zur Verfügung zu stellen.

Die grundsätzliche Einführung der elektronischen Patientenakte und von Gesundheitsakten wurde bereits mit dem am 1. Januar 2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetz geregelt. Mit dem Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen, dass in seinen wesentlichen Teilen am 28. Dezember 2015 in Kraft getreten ist, wurde die Gesellschaft für Telematik verpflichtet, bis zum 31. Dezember 2018 die technischen Voraussetzungen für die Einführung der elektronischen Patientenakten zu schaffen. Mit der Erfüllung der vorgenannten Aufgaben durch die Gesellschaft für Telematik werden die notwendigen Spezifikationen und Zulassungsverfahren vorliegen, damit unterschiedliche Industrieanbieter Patientenakten entwickeln und am Markt anbieten können, die bei allen Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten, den Krankenhäusern und in weiteren medizinischen Einrichtungen sektorenübergreifend einsetzbar sind. Einige Krankenkassen haben bereits damit begonnen, für ihre Versicherten kassenindividuelle Gesundheitsakten einzuführen. Mit der Verpflichtung der Krankenkassen, ihren Versicherten spätestens ab dem 1. Januar 2021 eine von der Gesellschaft für Telematik zugelassene Patientenakte anzubieten, wird einerseits darauf hingewirkt, dass alle Versicherten Patientenakten erhalten können und andererseits dass mehr Interoperabilität im Gesundheitssystem dadurch entsteht, dass dabei die Einhaltung der von der Gesellschaft für Telematik festgelegten Rahmenbedingungen in einem Zulassungsverfahren nachgewiesen werden muss. Letzteres ergänzt die für die Krankenkassen bereits nach § 291e Absatz 10 Satz 1 bestehende Verpflichtung, auch bei elektronischen Gesundheits- und Patientenakten die Festlegungen der Gesellschaft für Telematik zu beachten.

Den Krankenkassen steht es frei, über die Anforderungen der Gesellschaft für Telematik hinaus zusätzliche Angebote, wie zum Beispiel Patiententagebücher oder Aufzeichnungen von „Fitnesstrackern“ für ihre Versicherten in den Patientenakten anzubieten.

Die Informationspflicht der Krankenkassen über die elektronische Patientenakte ist zwingend notwendig, um die Versicherten zu befähigen, mit den Zugriffswegen und der Datenverwaltung der elektronischen Patientenakte umgehen zu können.

Zu Buchstabe d

Diese Regelung ist eine Folgeänderung aufgrund der Zusammenführung des elektronischen Patientenfachs mit der elektronischen Patientenakte. Die Versicherten erhalten – wie es bereits für das elektronische Patientenfach vorgesehen war – die Möglichkeit, ihre Daten zu löschen.

Zu den Buchstaben e und f

Redaktionelle Änderung aufgrund der Neustrukturierung des § 89 und der Verschiebung der Regelung zum Bundesschiedsamt von Absatz 4 in Absatz 2.

Zu Nummer 97 (§ 291b)

Zu Buchstabe a

Diese Regelung ist eine Folgeänderung aufgrund der Zusammenführung des elektronischen Patientenfachs mit der elektronischen Patientenakte.

Zu Buchstabe b

Die Gesellschaft für Telematik wird verpflichtet, die funktionalen Anforderungen, die Sicherheitsanforderungen und das Zulassungsverfahren für Verfahren nach § 291a Absatz 5 Satz 9 im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik festzulegen.

Im Rahmen der Festlegung des Umfangs der Zulassung kann die Gesellschaft für Telematik auch entscheiden, dass beispielsweise für mobile Endgeräte der Versicherten, wie Smartphones oder Tablets, nur eine Zulassung der zusätzlichen anwendungsspezifischen Software erforderlich ist. 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. Diese Abstufung der Sicherheitsanforderungen zielt darauf ab, für den Zugriff auf elektronische Patientenakten auch mobile Endgeräte, wie handelsübliche Smartphones oder Tablets der Versicherten nutzbar zu machen. Daneben sollen die nach den Vorgaben des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik sicherheitszertifizierten Zugriffswege erhalten bleiben und vom Versicherten weiterhin genutzt werden können.

Zu Buchstabe c

Die Regelung ergänzt die bestehende Regelung, dass Beschlüsse der Gesellschaft für Telematik nach § 291b Absatz 4 Satz 3 für die Leistungserbringer und Krankenkassen sowie ihre Verbände nach diesem Buch verbindlich werden. Dazu gehören nicht die Apothekenkammern der Länder. Damit die Regelung auch für technische Werkzeuge in der Telematikinfrastruktur Anwendung findet, die im Apothekenbereich eingesetzt werden, ist die Erweiterung auf die Apothekerkammern der Länder für die Fälle erforderlich, für die es keine landesrechtlichen oder bundesrechtlichen Bestimmungen gibt.

Zu Buchstabe d

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.

Zu Buchstabe e

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.

Zu Nummer 98 (§ 293)

Folgeänderung in der Schiedsregelung des § 293 Absatz 7 (Vereinbarungen zum Verzeichnis der in Krankenhäusern und ihren Ambulanzen tätigen Ärztinnen und Ärzte) aufgrund der Einführungen einer einheitlichen sektorenübergreifenden Konfliktlösung in § 89a.

Zu Nummer 99 (§ 295)

Zu Buchstabe a

Zur Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung für eine erfolgreiche Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 ist von dem hausärztlich tätigen Leistungserbringer zusätzlich in den Abrechnungsunterlagen die Arztnummer des Arztes anzugeben, bei dem erfolgreich ein Termin vermittelt wurde. Bereits nach geltendem Recht ist vorgesehen, dass bei Überweisungsfällen, die Arztnummer des überweisenden Arztes bei der Abrechnung anzugeben ist.

Zu Buchstabe b

Die Regelung behebt einen Verweisfehler. Statt § 106a soll § 106d in Bezug genommen werden.

Zu Buchstabe c

Für die Überprüfung der erfolgreichen Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins und damit für die Überprüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen benötigen diese ebenfalls die Arztnummer des Arztes, bei dem der Termin vermittelt wurde. Ist keine erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins zustande gekommen, besteht für die Krankenkassen keine Leistungspflicht.

Zu Buchstabe d

Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer (einschließlich der entsprechend ermächtigten Leistungserbringer) sind verpflichtet, die Behandlungsdiagnosen und Prozeduren im Hinblick auf die Patientinnen und Patienten nach der aktuell in Deutschland geltenden internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10-GM) und nach der amtlichen Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemein medizinischen Maßnahmen (OPS) aufzuzeichnen und zu übermitteln. Die dokumentierten Diagnosen und Prozeduren sind Bestandteil der Leistungserbringung und fließen in die Berechnungen zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ein. Auch für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich der Krankenkassen sind die dokumentierten Diagnosen von Bedeutung. Darüber hinaus sind sie im Rahmen von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesauschusses u.a. im Bereich der Qualitätssicherung, für die Versorgungsforschung und für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes relevant.

Voraussetzung für eine valide Morbiditätsmessung ist eine präzise und einheitliche Verschlüsselung der Behandlungsdiagnosen und Prozeduren. Einheitliche und verbindliche Regelungen zur Kodierung stellen hierbei ein wichtiges Instrument dar, um vergleichbare Fälle auch gleich zu kodieren. Sie stärken zugleich die Manipulationsresistenz. Die KBV wird daher beauftragt, verbindliche und bundeseinheitliche Regelungen und Prüfmaßstäbe für die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren zu schaffen. Hierbei sind eine benutzerfreundliche und bürokratiearme Ausgestaltung in den Praxisverwaltungssystemen sowie eine fortlaufende Aktualisierung der Regelungen zur Kodierung zu gewährleisten. Grundlage dafür können z.B. die bereits vom Zentralinstitut für die kassenärztlichen Versorgung (ZI) herausgegebenen Kodierhilfen sein. Im Rahmen der bereits bestehenden Verpflichtung zur Zertifizierung der Praxisverwaltungssysteme wird auch sichergestellt, dass die neuen Regeln einheitlich implementiert sind und die Kodierung unabhängig vom Softwareanbieter jeweils den gesetzlichen Anforderungen entspricht. Die erstmalige Festlegung hat bis zum 30. Juni 2020 zu erfolgen. Diese Version soll Grundlage dafür sein, um eine Schulung der betroffenen Ärzte sowie die Erprobung der Regelungen zur Kodierung in der Arztpraxis, als auch notwendige Anpassungen der Software der Praxisverwaltungssysteme zu ermöglichen, damit diese dann zum 1. Januar 2022 wirksam werden können.

Vor dem Hintergrund der Stärkung der Manipulationsresistenz sollen Regelungen zur Kodierung und die Kontrolle ihrer softwaretechnischen Anwendung im Rahmen der Zertifizierung durch die KBV auch für weitere Leistungserbringer nach der gesetzlichen Regelung z.B. im Rahmen von Selektivverträgen und für Leistungen in sektorenübergreifenden Versorgungsformen, wie z.B. dem ambulanten Operieren, gelten. Dies schließt entsprechende Altverträge z.B. nach § 73c, § 116b und § 140a mit ein. Im Hinblick auf eine zunehmende sektorenübergreifende Vernetzung und Kooperation ist eine Harmonisierung der Kodierung in den verschiedenen Sektoren anzustreben, mit dem Ziel Interoperabilität zu erreichen. Bei der Festlegung der ambulanten Regelungen zur Kodierung sind daher die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) im stationären Bereich, zu berücksichtigen.

Zu Nummer 100 (§ 295a)

Zu Buchstabe a und b Doppelbuchstabe aa

Mit der Neuregelung wird ermöglicht, dass für die Abrechnung von erbrachten Leistungen im Rahmen der Verträge der Krankenkassen oder ihrer Verbände mit geeigneten Ärztinnen und Ärzten einschließlich Betriebsärztinnen und -ärzten, deren Gemeinschaften oder Einrichtungen mit geeignetem ärztlichen Personal oder dem öffentlichen Gesundheitsdienst über die Durchführung von Schutzimpfungen (§ 132e) sowie im Rahmen der Verträge der Krankenkassen über die Versorgung durch Betriebsärzte (§ 132f) das für die hausarztzentrierte (§ 73b) und die besondere Versorgung (§ 140a) etablierte Abrechnungsverfahren angewendet werden kann. Damit wird auch für die Abrechnung von Leistungen im Rahmen von Verträgen nach den §§ 132e und 132f mit Einwilligung der betroffenen Versicherten die Möglichkeit der Einschaltung einer zentralen Abrechnungsstelle auf Leistungserbringerseite eröffnet. Dies erleichtert die Umsetzung dieser Verträge, weil die Abwicklung über eine zentrale Stelle weniger aufwendig und wirtschaftlicher ist als eine Abrechnung der einzelnen Ärztinnen und Ärzte mit jeder der beteiligten Krankenkassen.

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu den Änderungen in § 73b Absatz 3 Satz 2 und § 140a Absatz 4, die sicherstellt, dass neben den Teilnahmeerklärungen an diesen Versorgungsformen auch die Einwilligung der Versicherten in die mit der Abrechnung verbundenen Datenübermittlung auch elektronisch erfolgen kann.

Zu Nummer 101 (§ 299)

Zu Buchstabe a

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat nach Satz 2 in Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen nach Satz 1 diejenigen Daten, die von den Leistungserbringern zu verarbeiten sind, sowie deren Empfänger fest- und die Erforderlichkeit der Datenverarbeitung darzulegen. Klarstellend wird in Satz 1 auch für diese Empfänger die Befugnis und die Verpflichtung zur Verarbeitung personen- und einrichtungsbezogener Daten für Zwecke der Qualitätssicherung vorgegeben, soweit dies erforderlich und in den Richtlinien, Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135b Absatz 2, § 136 Absatz 1 Satz 1 und § 136b sowie in Vereinbarungen nach § 137d vorgesehen ist. Zu diesen Empfängern zählt insbesondere das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a, das als Verantwortlicher im Sinne des Artikel 4 Absatz 7 DSGVO personenbezogene Daten für die Qualitätssicherung verarbeitet.

Zu Buchstabe b

Die neugefasste Nummer 2 wird redaktionell neu gegliedert, um die Gründe für ein Abweichen vom Erfordernis der Pseudonymisierung nach Satz 4 Nummer 1 zweiter Halbsatz übersichtlich darzustellen.

Voraussetzung für ein solches Absehen vom Pseudonymisierungserfordernis ist stets, dass für die Qualitätssicherung die Überprüfung der ärztlichen Behandlungsdokumentation fachlich und methodisch erforderlich ist. Die weiteren, in den Buchstaben a und b alternativ vorgegebenen Voraussetzungen müssen hinzutreten. Die Gründe für die Inanspruchnahme der Ausnahme von der Pseudonymisierungspflicht sind in den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen darzulegen.

Neu gegenüber dem geltenden Recht ist lediglich ein weiterer Grund für ein Absehen von dem Pseudonymisierungserfordernis im Rahmen der Qualitätsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung nach § 135b Absatz 2, der in Buchstabe b vorgegeben wird.

Bei der Qualitätsprüfung nach § 135b Absatz 2, die gemäß § 135b Absatz 3 auch für die im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen gilt, wird die ärztliche Behandlungsdokumentation zum Zweck der Qualitätssicherung in der Regel durch Stichproben

überprüft. Die Überprüfung umfasst dabei die schriftliche und bildliche versichertenbezogene Dokumentation.

Durch die Prüfungen soll sichergestellt werden, dass die ärztlichen Leistungen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechend und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Um dieses Ziel der Qualitätsprüfung zu erreichen, kann es erforderlich sein, von einer Pseudonymisierung der Versichertendaten abzusehen. Sofern die Richtigkeit der Dokumentation ausdrücklich Gegenstand der Qualitätsprüfung ist, muss gewährleistet sein, dass die von den Leistungserbringern übermittelten Daten auch den von den Kassenärztlichen Vereinigungen versichertenbezogen angeforderten Dokumentationen entsprechen. Nur auf diese Weise kann ermittelt werden, ob der Versorgungsanspruch der Versicherten den Anforderungen an die vertragsärztliche Versorgung entsprechend erfüllt wurde und beispielsweise Verwechslungen, Diagnosefehler und Doppeluntersuchungen auszuschließen sind.

Hierfür ist es insbesondere bei bildgebenden Verfahren (Röntgendiagnostik, Computertomographie, Kernspintomographie, Arthroskopie) erforderlich, die Patienten eindeutig der vorgelegten Behandlungsdokumentation zuordnen zu können. Die korrekte Kennzeichnung des Bildmaterials und die eindeutige Zuordnung der Patienten sind im Rahmen der Überprüfung der Behandlungsdokumentation im Interesse einer bestmöglichen Versorgung zu überprüfende Qualitätsziele. Diese Überprüfung könnte auf der Grundlage ausschließlich pseudonymisierter Behandlungsdokumentationen nicht erfolgen.

Sofern die Qualitätsprüfung in mehreren Schritten durch unterschiedliche Personen durchgeführt wird, wäre nach einer einleitenden Prüfung der Richtigkeit der Behandlungsdokumentation anhand nicht pseudonymisierter Unterlagen und der eindeutigen Zuordnung aller Unterlagen der Behandlungsdokumentation zu demselben Versicherten für weitere, nachfolgende Prüfungsschritte durch andere Personen zu prüfen, ob eine Pseudonymisierung aller zu einem Versicherten gehörenden Unterlagen nach Satz 4 Nummer 1 zweiter Halbsatz vorzunehmen ist. Denn der Name oder die Versichertennummer eines Versicherten sind für die medizinische Prüfung von Unterlagen aus der Behandlungsdokumentation nicht erforderlich, soweit sichergestellt ist, dass die zur medizinischen Prüfung vorgelegten Unterlagen demselben und von der Kassenärztlichen Vereinigung benannten Versicherten zuzuordnen sind. Ein solches Vorgehen folgt aus dem bereits im geltenden Recht vorgegebenen Grundsatz der Erforderlichkeit der Datenverarbeitung für die Erreichung der Zweckbestimmung (Zwecke der Qualitätssicherung). Eine Pseudonymisierung für Verfahren der Qualitätsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung kann nach Absatz 2 Satz 3 in einer gesonderten Stelle bei den Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgen.

Zu Buchstabe c

Die Sätze 1 bis 3 ermöglichen, dass in Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen des Gemeinsamen Bundesausschusses die Übermittlung versichertenbezogener Daten an Leistungserbringer (= Empfänger) geregelt werden kann. Dies gilt auch für Daten der Qualitätssicherung, die bei anderen Leistungserbringern erhoben wurden. Die Übermittlung versichertenbezogener Daten an eine vorbehandelnde Einrichtung ist für Zwecke der Qualitätssicherung z. B. erforderlich, um Erkenntnisse über spätere Ergebnisse von Behandlungen zu gewinnen, damit diese für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement genutzt und Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität ergriffen werden können. Der neue Satz 10 erlaubt insoweit, dass den Leistungserbringern personenbezogene Daten der von ihnen behandelten Versicherten versichertenbezogen für Zwecke der Qualitätssicherung übermittelt werden dürfen. Die Leistungserbringer dürfen diese Daten nach dem neuen Satz 11 mit den bei ihnen bereits vorliegenden Daten versichertenbezogen zusammenführen und für in den Richtlinien, Beschlüssen und Vereinbarungen nach Satz 1 festgelegte Zwecke verarbeiten.

Zu Nummer 102 (§ 305)

Zu Buchstabe a

Mit der Neufassung des Satzes 1 wird die geltende zeitliche Begrenzung des Auskunftsrechtes der Versicherten auf einen Zeitraum von mindestens 18 Monate vor Antragstellung aufgehoben. Dies erweitert den Auskunftsanspruch der Versicherten und dient der Stärkung der Transparenz über die in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten.

Mit der Neuregelung der Sätze 2 und 3 werden die Krankenkassen zur Übermittlung von Sozialdaten – auch in elektronischer Form – an Dritte befugt, die die Versicherten benannt haben. Die Krankenkassen sollen auf Wunsch des Versicherten die Daten an Dritte übermitteln, wenn keine Hinderungsgründe bestehen (z.B. dass eine Datenübermittlung nicht den Anforderungen an die in Satz 4 neu genannte Richtlinie nach § 217f Absatz 4b entsprechen würde). Damit soll zum einen die Nutzung elektronischer Patientenakten insgesamt dadurch unterstützt werden, dass auf Wunsch der Versicherten 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. Dabei muss sichergestellt werden, dass die Daten ohne ausdrückliche Einwilligung der Versicherten nicht von dem Aktenanbieter eingesehen werden können. Darüber hinaus kommen für eine Übermittlung von Sozialdaten an einen von Versicherten benannten Dritten z. B. auch Vorhaben der wissenschaftlichen Forschung im Sozialleistungsbereich nach § 75 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch infrage. Für die sichere Identifizierung der Versicherten ist nach Satz 4 die Richtlinie nach § 217f Absatz 4b anzuwenden. Für die sichere Identifizierung des vom Versicherten benannten Dritten und die sichere Datenübertragung ist diese Richtlinie entsprechend anzuwenden.

Die bisher im Gesetz festgelegte Trennung der Information über die ärztlichen Leistungen von den ärztlich veranlassten und verordneten Leistungen war historisch in der bis ins Jahr 2004 vorgegebenen fallbezogenen Übermittlung der vertragsärztlichen Abrechnungsdaten begründet und entspricht nicht mehr dem Ziel einer einfachen und transparenten Information der Versicherten. Gleiches gilt für das Verbot der Erstellung einer Gesamtübersicht der von den Versicherten in Anspruch genommenen Leistungen. Diese in den bisherigen Sätzen 2 und 3 zweiter Halbsatz enthaltenden Vorgaben entfallen. Unverändert gilt nach Satz 5 die strikte Zweckbindung der Verarbeitung der für die Unterrichtung der Versicherten erforderlichen Daten (bisheriger Satz 3 erster Halbsatz) und das Verbot der Mitteilung der Unterrichtung an die Leistungserbringer nach Satz 6 (bisheriger Satz 4).

Auch die Vorgabe, dass die Krankenkassen in ihrer Satzung das Nähere über das Verfahren der Unterrichtung der Versicherten regeln können, bleibt mit Satz 7 erhalten. Klarstellend wird als Regelungsgegenstand neben dem Verfahren der Unterrichtung der Versicherten nach Satz 1 auch Entsprechendes für das Verfahren der Übermittlung von Sozialdaten zum Beispiel an Anbieter von elektronischen Patientenakten ergänzt.

Zu Buchstabe b

Bei der Ergänzung der Wörter „oder elektronisch“ handelt es sich um eine Änderung im Hinblick auf die fortschreitende Digitalisierung. Es geht um eine Unterrichtungspflicht über die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen und die dafür von den Krankenkassen zu zahlende Entgelte.

Zu Nummer 103 (§ 323)

Die Übergangsvorschriften betreffen den zeitlichen Anwendungsbereich der Neuregelungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes zur Vergütung der Vorstände der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen (§ 79 Absatz 6 Satz 4 bis 8), der hauptamtlichen Unparteiischen des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 91 Absatz 2 Satz 15 bis 19), der Vorstände des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (§ 217b Absatz 2 Satz 8 bis 12)

sowie des Geschäftsführers des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen und seines Stellvertreters (§ 282 Absatz 2d Satz 6 bis 9).

Zu Absatz 1

Nach Absatz 1 Satz 1 gilt bei den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, dem Gemeinsamen Bundesausschuss und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen das neu eingeführte Verbot von Vergütungserhöhungen während der Dauer der Amtszeit bzw. beim Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen das Verbot von Vergütungserhöhungen während eines Zeitraums von sechs Jahren seit der letzten Vergütungsanpassung auch für die Verträge, denen die Aufsichtsbehörde bis zum Inkrafttreten der Änderungen bereits zugestimmt hat. Die Gründe, die für ein solches Verbot sprechen, rechtfertigen eine Erstreckung auf laufende Verträge. Vertrauensschutz bestünde nur, wenn die Verträge bereits einen Anspruch auf eine konkrete Erhöhung vorsehen würden. Überprüfungs- und Nachverhandlungsklauseln, die lediglich die Möglichkeit auf eine Vergütungsanpassung gewähren, werden von dem Vertrauensschutz nicht erfasst. Im Übrigen finden nach Satz 2 bei den genannten Körperschaften die neuen Anforderungen erst bei der Zustimmungsentscheidung zu Beginn der auf das Inkrafttreten der Regelungen folgenden neuen Amtsperiode Anwendung. So können insbesondere nicht beitragsorientierte Versorgungszusagen bis zum Ende der bereits begonnenen Amtszeit beibehalten werden.

Zu Absatz 2

Der Absatz 2 regelt in Satz 1, dass bis zum Ablauf des Jahres 2027 die Vereinbarung einer höheren Vergütung im Vergleich zu derjenigen, der die Aufsichtsbehörde zuletzt zugestimmt hat, unzulässig ist. Bis zu diesem Zeitpunkt wird auch eine Anpassung der Grundvergütung an die Entwicklung des Verbraucherpreisindexes ausgeschlossen. Diese vorübergehende Deckelung der Vergütungen dient der Begrenzung des Einsatzes von Beitragsmitteln der Versicherten und Vertragsärzte bzw. des Systemzuschlags für den Gemeinsamen Bundesaussauschuss. Die Begrenzung ist mit Blick auf das bereits erreichte hohe Vergütungsniveau bei den betroffenen Körperschaften gerechtfertigt, um dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zur Geltung zu verhelfen. Da der gesetzliche Rahmen bislang keine feste Obergrenze vorsah, haben sich die vereinbarten Vergütungen kontinuierlich gesteigert, ohne dass dies aufsichtsbehördlich wirksam verhindert werden konnte. Unter diesen Umständen ist davon auszugehen, dass das bestehende Vergütungsniveau auch unter Berücksichtigung der Entwicklung des Verbraucherpreisindexes noch bis 2027 ausreichen wird, um qualifiziertes Personal zu gewinnen und zu halten. Der Zeitraum ist so gewählt, dass er bei den Organmitgliedern mit begrenzter Amtszeit mindestens eine neue Amtsperiode umfasst, für die eine höhere Vergütung ausgeschlossen wird. Die Ergänzung in Satz 2 stellt sicher, dass nach Ablauf des Jahres 2027 nicht die gesamte Teuerung während der Dauer des Erhöhungsverbotes nach Satz 2 „aufgeholt“ werden kann. Vielmehr darf lediglich die Entwicklung des Verbraucherpreisindexes ab dem 1. Januar 2028 berücksichtigt werden.

Zu Artikel 2 (Weitere Änderung SGB V)

Zu Nummer 1 (§ 49)

Mit der Änderung wird klargestellt, dass eine etwaige Verspätung bei der ab dem 1. Januar 2021 von den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Einrichtungen an die Krankenkassen zu übermittelnden Arbeitsunfähigkeitsdaten nach § 295 Absatz 1 Satz 1 nicht zu Rechtsfolgen zu Lasten der Versicherten führt.

Mit der Einführung eines einheitlichen und verbindlichen elektronischen Verfahrens zur Übermittlung der bisher mittels Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen in Papierform an die Krankenkassen gemeldeten Arbeitsunfähigkeitsdaten wird die Obliegenheit zur Meldung der (fortbestehenden) Arbeitsunfähigkeit auf die an der vertragsärztlichen Versorgung teil-

nehmenden Ärzten und Einrichtungen übertragen. Soweit sich bei der elektronischen Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten Verzögerungen ergeben, liegen sie insoweit nicht mehr im Einflussbereich der Versicherten, so dass sie keine sich aus der verspäteten Übermittlung ergebenden Rechtsfolgen zu tragen haben.

Zu Nummer 2 (§ 55)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Änderung in § 55 Absatz 1 Satz 2 zielt darauf ab, die Versicherten, die auf die Versorgung mit Zahnersatz angewiesen sind, bei der Aufbringung ihres Eigenanteils zu entlasten. Dazu werden die befundorientierten Festzuschüsse mit Wirkung vom 1. Januar 2021 auf 60 Prozent der nach § 57 Absatz 1 Satz 6 und Absatz 2 Satz 5 und 6 vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgesetzten Beträge für die zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen für die jeweilige Regelversorgung erhöht.

Zu den Doppelbuchstaben bb und cc

Im Zuge der Anhebung der befundorientierten Festzuschüsse für Zahnersatz einschließlich Kronen und Suprakonstruktionen erfolgt auch eine Anhebung der Boni, auf die Versicherte einen Anspruch haben, wenn ihr Gebisszustand regelmäßige Zahnpflege erkennen lässt und sie während der letzten 5 Jahre bzw. letzten 10 Jahre vor der Behandlung ununterbrochen die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen haben, auf 70 Prozent bzw. 75 Prozent. Zudem werden aus Gründen der Verständlichkeit anstelle der bisherigen Vomhundertsätze, um die im Rahmen der Bonus-Regelung der Festzuschuss bei Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen erhöht wird, feste Prozentwerte genannt.

Zu Buchstabe b

Die Anhebung der Festzuschüsse macht eine Anpassung der Regelung für Härtefälle in § 55 Absatz 2 erforderlich. Die bisher 100 Prozent der nach § 57 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung abgedeckte Größe „doppelter Festzuschuss“ wird durch den wiederum 100 Prozent umfassenden Gesamtbetrag aus dem Festzuschuss in Höhe von 60 Prozent und den zusätzlichen Betrag in Höhe von 40 Prozent ersetzt.

Zu Buchstabe c

Die Anhebung der Festzuschüsse macht eine Anpassung der sogenannten „gleitenden Härtefallregelung“ nach § 55 Absatz 3 erforderlich. Die bisher 100 Prozent der nach § 57 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung abgedeckte Größe „zweifacher Festzuschuss“ wird durch den wiederum 100 Prozent umfassenden Gesamtbetrag aus dem Festzuschuss in Höhe von 60 Prozent und den zusätzlichen Betrag in Höhe von 40 Prozent ersetzt.

Zu Nummer 3 (§ 295)

Zu Buchstabe a

Die Vorschrift regelt neben den inhaltlichen Vorgaben für die Abrechnung vertragsarztrechtlicher Leistungen auch den in diesem Zusammenhang erforderlichen Datenaustausch mit den Krankenkassen. Die Überschrift gibt das bisher nur eingeschränkt wieder und wird daher redaktionell ergänzt.

Zu Buchstabe b

Die Regelung stellt klar, dass ab dem 1. Januar 2021 die Pflicht zur Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten unter Angabe der Diagnosen den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Einrichtungen obliegt.

Nach bisheriger Rechtslage erstreckt sich die Aufzeichnungs- und Übermittlungspflicht der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen bereits auf die Diagnosen in dem Abschnitt der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, den die Krankenkasse erhält.

Verbunden mit der Einführung eines einheitlichen und verbindlichen elektronischen Verfahrens zur Übermittlung der bisher mittels Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen in Papierform an die Krankenkassen gemeldeten Arbeitsunfähigkeitsdaten, stellt die Regelung klar, dass die Pflicht zur Übermittlung dieser Daten an die Krankenkassen den Ärzten und Einrichtungen obliegt. Dies schließt zum Beispiel auch die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Ärzte mit ein, wenn eine Arbeitsunfähigkeit attestiert wird. Es bleibt auch weiterhin sichergestellt, dass nur in der Meldung an die Krankenkassen die Angaben zur Diagnose enthalten sind. Die dafür erforderlichen Daten liegen im Zusammenhang mit der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bereits den Ärzten und Einrichtungen vor. Zur sicheren Übermittlung der bisher in der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung enthaltenen und mit der Unterschrift des behandelnden Arztes bestätigten Daten an die Krankenkasse erfolgt die Übersendung über die Telematikinfrastruktur mit qualifizierter elektronischer Signatur durch den Heilberufsausweis.

Im Hinblick auf die den Krankenhäusern und stationären Rehabilitationseinrichtungen durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz eingeräumte Möglichkeit, im Rahmen des Entlassmanagements Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für eine Dauer bis zu sieben Tagen auszustellen, ist über § 39 Absatz 1a Satz 6 zweiter Halbsatz sichergestellt, dass die Krankenhäuser und stationären Rehabilitationseinrichtungen ebenfalls die Arbeitsunfähigkeitsdaten unter Angabe der Diagnosen unmittelbar elektronisch an die Krankenkassen zu übermitteln haben.

Da Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erst in weiteren Schritten an die Telematikinfrastruktur angebunden werden, gilt für sie nicht der gesetzlich geregelte Stichtag sondern der Zeitpunkt, an dem sie sich an die Telematikinfrastruktur anbinden.

Zu Artikel 3 (Änderung § 11 BVFG)

Mit den Änderungen werden das Verfahren zur Erstattung der Aufwendungen für Leistungen der Krankenkassen an Spätaussiedler durch den Bund abgeschafft und ein Krankenkassenwahlrecht für berechtigte Spätaussiedler eingeführt sowie mehrere Rechtsbereinigungen durchgeführt.

Zu Nummer 1

Spätaussiedler haben seit dem Jahr 2005 Anspruch auf Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch. Die Gewährung von Lohnersatzleistungen nach dem Bundesvertriebenengesetz ist insoweit nicht mehr erforderlich. Der Anspruch auf die Leistungen Krankengeld und Mutterschaftsgeld wird daher gestrichen.

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Streichung des Anspruchs auf Krankengeld und Mutterschaftsgeld in Absatz 2.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Bereinigung einer gegenstandslos gewordenen Ausnahmeregelung. Die Eingliederungshilfe für Spätaussiedler wurde bereits im Jahr 1999 gestrichen. Eine Ausnahmereglung für Bezieher von Eingliederungshilfe ist daher nicht mehr erforderlich.

Zu Nummer 3

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Streichung des Anspruchs auf Krankengeld und Mutterschaftsgeld in Absatz 2.

Zu Nummer 4

Spätaussiedler, die Anspruch auf Leistungen bei Krankheit nach § 11 haben, können künftig die Krankenkasse, die die Leistungen erbringt, frei wählen. Die Leistungen an die berechtigten Spätaussiedler werden nicht mehr wie bisher regelmäßig durch die für den Wohnort der Berechtigten zuständigen Allgemeinen Ortskrankenkasse gewährt.

Zu Nummer 5

Sowohl die Fallzahlen als auch die Höhe der zu erstattenden Aufwendungen nach § 11 Absatz 6 sind seit mehreren Jahren auf niedrigem Niveau. Ein wesentlicher Anstieg der zu erstattenden Aufwendungen ist nicht mehr zu erwarten. Aussiedler haben seit dem Jahr 2005 grundsätzlich Anspruch auf Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch und sind damit in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert.

Aufwendungen für Leistungen bei Krankheit nach § 11 können insoweit nur noch im Einzelfall in Betracht kommen, wenn medizinische Leistungen notwendig werden, bevor Sozialleistungen beantragt und ein Versicherungsverhältnis begründet worden ist. Die Aufrechterhaltung eines aufwändigen Erstattungsverfahrens auf vier Verwaltungsebenen (Bundesministerium für Gesundheit, Bundesversicherungsamt, Landesministerien, Landesbehörden) ist insoweit nicht verhältnismäßig. Vielmehr ist es zweckmäßig, dass die Aufwendungen für Leistungen bei Krankheit gemäß § 11 von der Krankenkasse getragen werden, die der Berechtigte nach seiner Aufenthaltsnahme auswählt.

Die Aufwendungen der Krankenkassen sind als versicherungsfremde Leistungen mit dem Bundeszuschuss nach § 221 SGB V abgegolten. Die Einführung eines Krankenkassenwahlrechts für berechtigte Spätaussiedler in Absatz 5 bewirkt, dass die Aufwendungen nicht ausschließlich bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen anfallen.

Bei der Aufhebung des Absatzes 7a handelt es sich um eine Bereinigung einer gegenstandslos gewordenen Vorschrift. Hinsichtlich der Gewährung von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es keine Vorschriften mehr, nach denen in den Ländern unterschiedliche Ansprüche gelten. Eine Regelung dahingehend, dass bei der Gewährung von Leistungen die Vorschriften des Aufnahmelandes gelten, ist daher nicht mehr erforderlich.

Zu Nummer 6

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeregelung zur Aufhebung des Absatzes 7a.

Zu Artikel 4 (Änderung § 29 SGG)

Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine Folgeregelung in Zusammenhang mit der Regelung der sektorenübergreifenden Schiedsgremien in § 89a SGB V. Die Zuständigkeit der Landessozialgerichte für die Überprüfung von Entscheidungen der neuen sektorenübergreifenden Schiedsgremien auf Landesebene wird ergänzt.

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung in § 29 Absatz 4 Nummer 1 (Zuständigkeit des LSG Berlin-Brandenburg in Angelegenheiten des SGB V) infolge der Überarbeitung des § 89 SGB V und der dadurch bedingten Verschiebung der Regelung der Bundesschiedsämter in § 89 SGB V von Absatz 4 zu Absatz 2 sowie von Absatz 7 zu Absatz 12.

Es handelt sich um eine Folgeregelung in § 29 Absatz 4 Nummer 1 in Zusammenhang mit der Regelung eines sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene in § 89a SGB V. Die Zuständigkeit des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg für die Überprüfung von Entscheidungen des neuen sektorenübergreifenden Schiedsgremiums auf Bundesebene wird ergänzt.

Zu Buchstabe b

Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg entscheidet im ersten Rechtszug auch über Klagen gegen Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit gegenüber dem sektorenübergreifenden Schiedsgremium auf Bundesebene.

Zu Artikel 5 (Änderung § 11 AAG)

Werkstätten für Menschen mit Behinderungen nach § 219 Absatz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) sind Einrichtungen zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Arbeitsleben und zur Eingliederung in das Arbeitsleben. Sie haben denjenigen Menschen mit Behinderungen, die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können, u. a. eine angemessene berufliche Bildung und eine Beschäftigung zu einem ihrer Leistung angemessenen Arbeitsentgelt aus dem Arbeitsergebnis anzubieten. Menschen mit Behinderungen im Arbeitsbereich solcher anerkannten Werkstätten stehen nach § 221 Absatz 1 SGB IX, wenn sie nicht Arbeitnehmer sind, zu den Werkstätten in einem besonderen arbeitnehmerähnlichen Rechtsverhältnis und erhalten statt eines Arbeitsvertrages einen Werkstattvertrag. Diese Rechtsverhältnisse sind nicht mit einem Arbeitsvertrag nach § 611 BGB vergleichbar. Eine Teilnahme der Werkstätten für behinderte Menschen an den Umlageverfahren nach dem AAG ist daher insoweit nicht erforderlich.

Durch die Regelung wird klargestellt, dass arbeitnehmerähnliche Rechtsverhältnisse von Menschen mit Behinderungen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten nach § 221 Absatz 1 SGB IX nicht an den Umlageverfahren nach dem AAG teilnehmen. Damit wird eine in der Praxis über viele Jahre erfolgte Auslegung zum Anwendungsbereich dieses Gesetzes nachvollzogen, die diese arbeitnehmerähnlichen Rechtsverhältnisse vom Anwendungsbereich ausnimmt.

Unabhängig von der Teilnahme am Umlageverfahren ist über bestehende gesetzliche Regelungen sichergestellt, dass Menschen mit Behinderungen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten in arbeitnehmerähnlichen Rechtsverhältnissen Entgeltfortzahlung und im Mutterschaftsfall Leistungen nach dem Mutterschutzgesetz von den Werkstätten für Menschen mit Behinderungen erhalten.

Zu Artikel 6 (Änderung Schiedsamtsverordnung)

In der Schiedsamtsverordnung werden redundante Regelungen im Zuge der Neufassung des § 89 SGB V sowie der Einfügung des § 89a SGB V gestrichen. Die Schiedsamtsverordnung gilt künftig auch für die sektorenübergreifenden Landesschiedsgremien und das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene. Damit wird die im SGB V verfolgte einheitliche Regelungssystematik für die Konfliktlösung in der Schiedsamtsverordnung fortgeführt. Die Änderungen in der Schiedsamtsverordnung und die Erweiterung des

Anwendungsbereichs für die sektorenübergreifenden Schiedsgremien stehen dabei in unmittelbarem Zusammenhang zu den Änderungen des § 89 SGB V, in den Regelungen der Schiedsamtsverordnung übertragen werden, sodass redundante Regelungen der Schiedsamtsverordnung zu streichen sind, sowie der Einfügung des § 89a SGB V.

Zu den Nummern 1 bis 3

Die Überschrift zum ersten Abschnitt wird gestrichen.

In § 1 werden die Absätze 1 bis 4 zur Besetzung der Schiedsämter gestrichen, da die Besetzung in § 89 Absatz 5 SGB V für die Schiedsämter und in § 89a Absatz 5 SGB V für die sektorenübergreifenden Schiedsgremien abschließend geregelt wird und die Regelungen in der Schiedsamtsverordnung somit redundant sind. Der bisherige Absatz 4 wird § 2 (neu). Der bisherige Absatz 5 wird um die Geltung der Schiedsamtsverordnung für die sektorenübergreifenden Schiedsgremien ergänzt.

Die bisher in § 2 getroffene Regelung ist redundant und wird deshalb aufgehoben (Regelung in § 89 Absatz 6 Satz 4, § 89a Absatz 6 Satz 3 SGB V). Die bisher in § 1 Absatz 4 getroffene Regelung zu den Landesschiedsämtern für die Bezirke mehrerer Kassenärztlicher Vereinigungen wird um die sektorenübergreifenden Landesschiedsgremien ergänzt und in § 2 übertragen.

Zu Nummer 4

Für alle Mitglieder beträgt die Amtsdauer in allen Schiedsämtern und sektorenübergreifenden Schiedsgremien vier Jahre (§ 89 Absatz 5 Satz 5 und § 89a Absatz 5 Satz 3 SGB V). In § 3 bedarf es daher nur noch der Sonderregelung für die Amtsdauer der während einer Amtsperiode neu hinzugetretenen Mitglieder.

Zu Nummer 5

Die Möglichkeit der Abberufung wird jetzt in § 89 und § 89a SGB V jeweils in Absatz 7 SGB V neu geregelt. § 4 regelt deshalb nur noch Näheres zum Verfahren für den Fall der Abberufung und redundante Sätze werden gestrichen.

Zu Nummer 6

Die im Verhältnis zu § 89 Absatz 7 Satz 5 und § 89a Absatz 7 Satz 5 SGB V redundanten Regelungen zur Niederlegung des Amtes in § 5 werden gestrichen.

Zu Nummer 7

§ 6 wird aufgrund der entsprechenden Regelung in § 89 Absatz 7 SGB V und § 89a Absatz 7 SGB V aufgehoben.

Zu Nummer 8

§ 7 wird um die sektorenübergreifenden Schiedsgremien ergänzt.

Zu den Nummern 9 und 10

§ 8 wird demgemäß ergänzt, dass die Regelungen auch für das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gelten. § 9 wird um die Geltung für die sektorenübergreifenden Landesschiedsgremien ergänzt.

Zu Nummer 11

§ 10 wird demgemäß ergänzt, dass die Regelungen auch für die sektorenübergreifenden Schiedsgremien gelten.

Zu Nummer 12

§ 11 wird um die Geltung für die sektorenübergreifenden Landesschiedsgremien und das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene ergänzt. Die Geschäftsstellen der sektorenübergreifenden Schiedsgremien entsprechen denjenigen der Schiedsämter auf Landes- und Bundesebene.

Zu den Nummern 13 und 14

Nach § 12, der die Kostenverteilung für die Schiedsämter regelt, wird § 12a neu für Verteilung der Kosten der dreiseitigen sektorenübergreifenden Schiedsgremien eingefügt.

Zu Nummer 15

§ 13 wird aufgehoben, da die dort bisher getroffenen Regelungen im SGB V geregelt werden (§ 89 und § 89a jeweils Absatz 3 und 4).

Zu Nummer 16

§14 zur Einleitung des Schiedsverfahrens, sofern dafür ein Antrag erforderlich ist, wird im Hinblick auf die Geltung für die sektorenübergreifenden Schiedsgremien entsprechend ergänzt.

Zu Nummer 17

§ 15 wird um die Anwendbarkeit für die sektorenübergreifenden Schiedsgremien ergänzt.

Zu Nummer 18

§ 16 wird um die sektorenübergreifenden Schiedsgremien ergänzt und es wird vor dem Hintergrund der Regelung in § 89 Absatz 10 Satz 4 und § 89a Absatz 10 Satz 4 SGB V, dass das Aufsichtsrecht auch das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen umfasst, klargestellt, dass die Aufsichtsbehörde zu den Sitzungen einzuladen ist.

Zu Nummer 19

§ 16a wird aufgehoben, da die Voraussetzungen der Beschlussfähigkeit der Schiedsämter und der sektorenübergreifenden Schiedsgremien in § 89 Absatz 8 und § 89a Absatz 8 SGB V geregelt sind.

Zu Nummer 20

Der Anwendungsbereich des § 17 wird um die Vergütung und Entschädigung von Sachverständigen und Zeugen, die auf Beschluss eines die sektorenübergreifenden Schiedsgremiums hinzugezogen worden sind, ergänzt.

Zu Nummer 21

In § 18 wird Absatz 1 aufgehoben, da die Regelungen redundant sind im Verhältnis zu den Regelungen in § 89 Absatz 3 Satz 1, Absatz 7 Satz 7 SGB V und § 89a Absatz 7 Satz 7 SGB V.

Zu Nummer 22

§ 19 wird um die Geltung für die sektorenübergreifenden Schiedsgremien ergänzt und es wird die redundante Regelung in Satz 3 (geregelt in § 89 Absatz 10 Satz 6 SGB V) aufgehoben.

Zu den Nummern 23 und 25

Um der besonderen Komplexität der Verfahren insbesondere vor den sektorenübergreifenden Schiedsgremien Rechnung zu tragen, wird der mögliche Gebührenrahmen in § 20 auf 1 200 Euro erhöht und der Anwendungsbereich der §§ 21 und 22 wird auf die sektorenübergreifenden Schiedsgremien ausgeweitet.

Zu der Nummer 26

Der zweite Abschnitt und der dritte Abschnitt sind gegenstandslos und werden deshalb aufgehoben.

Zu Artikel 7 (Änderung § 35a SGB IV)

Die Veröffentlichungspflicht stärkt die Transparenz hinsichtlich der Gesamtvergütungen der Vorstände der Krankenkassen. Die Veröffentlichung der notwendigen Daten zur Ermittlung der Gesamtvergütung war in der Vergangenheit uneinheitlich und unvollständig. Insbesondere die Veröffentlichungen der Versorgungsregelungen waren häufig nicht aussagekräftig. Nur eine konkrete betragsmäßige Ausweisung der einzelnen Vergütungsbestandteile ermöglicht es, eine Gesamtvergütung transparent darzustellen, zu berechnen und schließlich den Vergleich mit anderen Krankenkassen, der zur Beurteilung der Angemessenheit einer Vergütung erforderlich ist, zu ziehen. Die Kassen werden daher nun verpflichtet, zukünftig sämtliche Vergütungsbestandteile einschließlich aller Versorgungsregelungen betragsmäßig zu veröffentlichen.

Mit der Festlegung eines konkreten Zeitpunktes für die Veröffentlichung im Sinne einer Stichtagsregelung, am 1. März jeden Jahres, wird erreicht, dass die Veröffentlichung der Vorstandsvergütungen aller Krankenkassen gleichzeitig in einer Ausgabe des Bundesanzeigers und nicht über einen längeren Zeitraum erfolgt, so dass ein Vergleich erleichtert wird. Zu einer einheitlichen Form trägt darüber hinaus das von den Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder entwickelte „Darstellungsraster“ bei.

Um der Entwicklung gerecht zu werden, dass nicht mehr alle Krankenkassen Mitgliederzeitschriften herausgeben, wird zudem geregelt, dass eine Veröffentlichung auch auf der Internetseiten der Krankenkassen zu erfolgen hat.

Mit den Änderungen wird insgesamt eine vollständige, transparente und übersichtliche Veröffentlichung der Vorstandsvergütung der Krankenkassen erreicht und damit auch eine ausreichende Grundlage zur Berechnung der Gesamtvergütungen geschaffen.

Zu Artikel 8 (Änderung Schiedsstellenverordnung)

Es handelt sich um eine Folgeänderung der Neufassung von § 89 SGB V. Bisher betrug die Amtsdauer ein Jahr, wenn eine Einigung durch die Vertragsparteien nicht erfolgt und das Los darüber entschied, wer das Amt des Vorsitzenden, der weiteren unparteiischen Mitglieder und der Stellvertreter auszuüben hat. Durch die Neufassung erfolgt die Bestellung nunmehr durch die zuständige Aufsichtsbehörde, wenn Einigung durch die Vertragsparteien nicht erfolgt. In diesem Fall beträgt die Amtsdauer vier Jahre.

Zu Artikel 9 (Änderung § 34 SGB VII)

Es handelt sich um eine Folgeänderung in § 34 Absatz 6 (Schiedsamt für die medizinische und zahnmedizinische Versorgung) aufgrund der Änderung der Regelungen zum Schiedsamt nach § 89 SGB V.

Zu Artikel 10 (Änderung SGB XI)

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

Es handelt sich um redaktionelle Folgeänderungen zur Übernahme der Überschrift des neuen § 112a in die Inhaltsübersicht und Streichung des § 125.

Zu Nummer 2 (§ 18)

Die Regelung ermöglicht mit Blick auf den zunehmenden Einsatz von digitalisierten Verfahren im Bereich Pflege und deren Nutzung bei der Pflegebegutachtung, dass die gegenüber dem Gutachter erforderliche Zustimmung des Versicherten zu konkreten Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittel-Versorgung, die als Antrag auf Leistungsgewährung gelten, auch elektronisch dokumentiert werden kann.

Zu Nummer 3 (§ 18a)

Die seit dem Geschäftsjahr 2013 bestehende detaillierte Berichtspflicht des GKV-Spitzenverbandes über die Anwendung eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens zur Erkennung rehabilitativer Bedarfe in der Pflegebegutachtung und die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung zur medizinischen Rehabilitation ist bisher bis zum Geschäftsjahr 2018 befristet. Durch den Bericht können unter anderem Aussagen über die Anzahl der Empfehlungen und die Anzahl der durchgeführten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen von Pflegebedürftigen und von Personen, denen Pflegebedürftigkeit droht, getroffen werden. Der Bericht enthält auch wichtige Angaben zur Einwilligung der Versicherten zur Weiterleitung einer positiven Rehabilitationsempfehlung an den zuständigen Rehabilitationsträger. Um auf der Grundlage gesicherter Daten die Durchsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ nachhaltig zu fördern, ist es zielführend, die Entwicklung des Zugangswegs über die Rehabilitationsempfehlung im Rahmen der Pflegebegutachtung weiter und auf Dauer im Blick zu behalten. Daher wird die bisherige Befristung bis zum Geschäftsjahr 2018 gestrichen und eine fortwährende jährliche Berichtspflicht eingeführt.

Zu Nummer 4 (§ 25)

Zu Buchstabe a

Diese Änderung zur Berücksichtigung von Entlassungsentschädigungen bei der Ermittlung des Gesamteinkommens für die Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung entspricht der Änderung des § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V zur Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Auf die dortige Begründung wird Bezug genommen.

Zu Buchstabe b

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Angabe der erstmaligen Geltung der Regelung ist gegenstandslos geworden und wird zur Rechtsbereinigung gestrichen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Änderung des § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V zur Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung wird für die Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung entsprechend nachvollzogen. Auf die dortige Begründung wird Bezug genommen.

Zu Nummer 5 (§ 37)

Beratungsbesuche nach der Vorschrift des § 37 dienen der Qualitätssicherung. Dies gilt insbesondere bei Pflegebedürftigen, die Pflegegeld beziehen. Die Beurteilung der Pflegesituation erfordert daher nicht nur vertiefte Kenntnisse über betreuerische und hauswirtschaftliche Belange, sondern vor allem auch Kenntnisse, die zur Beurteilung von pflegerischen Sachverhalten aus dem Bereich der körperbezogenen Pflege befähigen. Vor dem Hintergrund, dass sich das Leistungsspektrum der Betreuungsdienste auf pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltführung beschränkt und mithin nicht sichergestellt ist, dass jeder Betreuungsdienst Kräfte mit ausreichenden Kenntnissen im Bereich der körperbezogenen Pflege vorhält, schließt die Vorschrift derartige Dienste von der Beratung nach § 37 aus. Einzelne Mitarbeiter, die die entsprechenden Befähigungen vorweisen, können jedoch unter den Voraussetzungen von Absatz 3 Satz 1 in die Beratung eingebunden werden.

Zu Nummer 6 (§ 47a)

Mit der Einfügung eines neuen § 47a Absatz 3 wird präzisiert, an welche Befugten und zu welchem Zweck personenbezogene Daten der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (Fehlverhaltensstellen) übermittelt werden dürfen und zu welchem Zweck die Befugten die übermittelten Daten verarbeiten dürfen. Es handelt sich um eine Parallelnorm zu der mit diesem Gesetz eingefügten Vorschrift des § 197a Absatz 3b SGB V.

Die Sätze 1 und 2 betreffen die Übermittlung personenbezogener Daten an diejenigen Stellen bei den Pflegekassen, ihren Verbänden sowie bei den für die Hilfe zur Pflege zuständigen Trägern der Sozialhilfe im Land, die jeweils für die Entscheidung über die Zulassung von Leistungserbringern zur pflegerischen Versorgung und für die Leistungsgewährung sowie für die Abrechnung entsprechender Leistungen zuständig sind. Für eine sachgerechte Aufgabenwahrnehmung werden die Befugten ermächtigt, die personenbezogenen Daten aus Erkenntnissen der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten in den Grenzen ihrer jeweiligen Zuständigkeit zu verarbeiten.

Weiterhin wird die Zulässigkeit der Datenübermittlung an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. sowie den für Prüfaufträge nach § 114 bestellten Sachverständigen klargestellt (Nummer 4), die Qualitätsprüfungen nach § 114a durchführen. Schließlich ermöglicht die Regelung eine Übermittlung personenbezogener Daten an die berufsständischen Kammern (Nummer 5), soweit diese nach dem jeweiligen Landesrecht die Verletzung berufsrechtlicher Pflichten ahnden.

Satz 3 betrifft die Übermittlung personenbezogener Daten durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und die weiteren Stellen nach Satz 1 Nummer 4 in Erfüllung ihrer Aufgaben an die Fehlverhaltensstellen. Mitarbeiter dieser Stellen, die bei Wahrnehmung ihrer Begutachtungs-, Kontroll- oder Prüfungsaufgaben nach dem SGB XI Hinweise auf Unregelmäßigkeiten im Sinne von Absatz 1 in Verbindung mit § 197a Absatz 1 SGB V erlangen, dürfen diese auch unmittelbar an die zuständigen Fehlverhaltensstellen weitergeben. Dies sind insbesondere Abrechnungsverstöße und Verstöße gegen Vorgaben zur Sicherung der Pflegequalität von ambulanten und stationären Pflegediensten. Übermittelt werden können auch „Zufallsfunde“, also Erkenntnisse, die anlässlich der Durchführung eines Auftrags mit ursprünglich anderer Zielrichtung gewonnen wurden.

In der Regel wird es sich bei den übermittelten personenbezogenen Daten um personenbezogene Daten von Leistungserbringern handeln. Soweit im Einzelfall auch personenbezogene Daten von Versicherten betroffen sind, sind diese zu anonymisieren, wenn ihre Verarbeitung für den Zweck der Übermittlung nicht erforderlich ist. Dies gilt nicht für Fälle, in denen Hinweise auf eine Mitwirkung von Versicherten beim Abrechnungsbetrug vorliegen.

Die Sätze 2 und 4 beschränken die Befugnis der Empfänger zur Verarbeitung der nach den Sätzen 1 und 3 übermittelten Daten jeweils auf den Zweck, zu dem diese Daten übermittelt worden sind.

Zu Nummer 7 (§ 71)

Zu Buchstabe a

Der Abschlussbericht zu dem vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen durchgeführten Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste belegt, dass Betreuungsdienste eine sinnvolle und hilfreiche Erweiterung des Angebotsspektrums in der Pflege darstellen. Die Änderung dient deshalb der dauerhaften Einführung von Betreuungsdiensten als zugelassene Leistungserbringer im Bereich der Pflegeversicherung. Mit der gesonderten Zulassung von Betreuungsdiensten, die sich auf Leistungen der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen konzentrieren möchten, wird der Ausweitung des Leistungsspektrums (§ 4 Absatz 1, § 36 Absatz 1), die mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in den Pflegestärkungsgesetzen erfolgt ist, dauerhaft Rechnung getragen. Wie die ambulanten Pflegedienste haben auch die neuen Leistungserbringer Sachleistungen der Hilfen bei der Haushaltsführung zu erbringen, wenn Pflegebedürftige dies wünschen. Die Landesverbände der Pflegekassen werden verpflichtet, mit hierfür qualifizierten Leistungserbringern Verträge zu schließen, die qualitätsgesicherte pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung anbieten. Es ist keine Beschränkung auf ehrenamtliche Anbieter vorgesehen. Die Nutzerinnen und Nutzer von Betreuungsdiensten haben – wie alle Bezieherinnen und Bezieher von Sachleistungen der Pflegeversicherung – einen Anspruch auf eine Beratung nach § 37 Absatz 3. Sie können auch eine Pflegeberatung nach § 7a nutzen, um so z.B. gemeinsam mit einem Pflegeberater bzw. einer Pflegeberaterin ihren Hilfebedarf systematisch zu erfassen, einen individuellen Versorgungsplan zu erstellen und so die jeweils erforderlichen Hilfemaßnahmen möglichst passgenau zu erhalten.

Ziel des vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen durchgeführten Modellvorhabens war die umfassende Bewertung der Wirkung des Einsatzes von Betreuungsdiensten auf die ambulante pflegerische Versorgung insbesondere für an Demenz erkrankte Pflegebedürftige. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die ambulanten Betreuungsdienste einen wichtigen und wertvollen Beitrag zur Professionalisierung von Betreuung und Betreuungsleistungen im ambulanten Bereich leisten. Sie bieten gerade im Hinblick auf die Qualifikationserfordernisse der verantwortlichen Fachkraft, aber auch für das übrige eingesetzte Personal ein hohes Potential zur Erweiterung der Fachkräftebasis im ambulanten Bereich. Im Modellvorhaben haben sich Kooperationen der teilnehmenden Betreuungsdienste mit zugelassenen ambulanten Pflegediensten als erfolgreich erwiesen; diese sind daher weiterhin möglich und sinnvoll. Der GKV-Spitzenverband empfiehlt die Aufnahme der Betreuungsdienste als zugelassene Leistungserbringer im Bereich der Pflegeversicherung.

Für die Betreuungsdienste gelten die Vorschriften dieses Buches für Pflegedienste entsprechend, soweit keine davon abweichenden Regelungen getroffen worden sind. Das betrifft zum einen die Übergangsregelung nach § 112a. Zudem dürfen Betreuungsdienste keine Beratungsbesuche gemäß § 37 Absatz 3 Satz 1 durchführen.

Die Betreuungsdienste ermöglichen eine größere Flexibilisierung für Pflegebedürftige bei den Auswahlmöglichkeiten von Betreuungsleistungen. Zudem können damit Kapazitäten zur Erbringung von Leistungen der häuslichen Betreuung und Hilfen bei der Haushaltsführung für Pflegebedürftige insbesondere in unterversorgten Regionen entsprechend dem Bedarf geschaffen oder erweitert werden. Betreuungsdienste können damit dazu beitragen, einen Teil der wachsenden Nachfrage nach Hilfe bei der häuslichen Betreuung Pflegebedürftiger zu decken und so auch die ambulanten Pflegedienste entlasten.

Zu Buchstabe b

Dem besonderen Anliegen dieser Betreuungsdienste folgend können an Stelle der verantwortlichen Pflegefachkraft qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Fachkräfte mit zweijähriger Berufserfahrung im erlernten Beruf, vorzugsweise aus dem Gesundheits- und Sozialbereich, als verantwortliche Fachkräfte eingesetzt werden. Dies können zum Beispiel auch Altentherapeutinnen, Altentherapeuten, Heilerzieherinnen, Heilerzieher, Heilerziehungspflegerinnen, Heilerziehungspfleger, Heilpädagoginnen, Heilpädagogen, Sozialarbeiterinnen, Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen, Sozialpädagogen sowie Sozialtherapeutinnen und Sozialtherapeuten sein. Dem Leistungsspektrum der Dienste entsprechend kommen somit unterschiedliche Ausgangsqualifikationen für die verantwortliche Fachkraft in Betracht. Die Eignung der verantwortlichen Fachkraft ist im Zulassungsverfahren zu prüfen und in die Entscheidung einzubeziehen. Dieser Ansatz ermöglicht, die Versorgung Pflegebedürftiger auf eine breitere fachliche und damit auch breitere personelle Basis zu stellen.

Die für verantwortliche Pflegefachkräfte geltende Anforderung im Hinblick auf die Rahmenfrist der praktischen Berufserfahrung sowie hinsichtlich der Weiterbildung von mindestens 460 Stunden gilt auch für diese verantwortlichen Fachkräfte. Bereits erfolgte Anerkennungen als verantwortliche Fachkraft im Rahmen des vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen durchgeführten Modellvorhabens zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste gelten fort. Zudem ist für Betreuungsdienste eine Übergangsfrist von zwei Jahren vorgesehen, in der die verantwortliche Fachkraft die nach Satz 5 erforderliche Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen z.B. berufsbegleitend absolvieren kann.

Zu Nummer 8 (§ 72)

Beim Abschluss von Versorgungsverträgen sind bereits vorliegende Vereinbarungen der teilnehmenden Betreuungsdienste am vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen durchgeführten Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung einzubeziehen und als Grundlage bei der Ausgestaltung des Zulassungsverfahrens für Betreuungsdienste zu beachten. Damit ist der Übergang in die dauerhafte Leistungserbringung von den Pflegekassen möglichst praktikabel und effizient zu gestalten.

Zu Nummer 9 (§ 112a)

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) wurde der Qualitätsausschuss verpflichtet, neue Systeme der Qualitätsmessung und -darstellung durch unabhängige Wissenschaftler entwickeln zu lassen (§ 113b Absatz 4 Satz 2 Nummer 1). Der Abschlussbericht der wissenschaftlichen Arbeiten für den ambulanten Bereich liegt dem Qualitätsausschuss vor. Noch durchzuführen ist die gesetzlich vorgesehene wissenschaftlich begleitete praktische Erprobung (Pilotierung) der neu entwickelten Instrumente. Die regelungstechnische Umsetzung des neuen Qualitätssystems durch die Selbstverwaltung umfasst auch die Betreuungsdienste.

Die Einführung des neuen Systems ist für das Jahr 2020 geplant. Um in der Übergangszeit ab Inkrafttreten dieses Gesetzes die Qualität für die neu in die Regelversorgung aufgenommenen Betreuungsdienste zu gewährleisten, wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beauftragt, innerhalb von höchstens drei Monaten nach Inkrafttreten Richtlinien zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für Betreuungsdienste zu beschließen. Diese Regelung stellt die zügige Schaffung der notwendigen Qualitätsgrundlagen für die Betreuungsdienste sicher und ermöglicht zugleich die Einarbeitung entsprechender Regelungen in die in Vorbereitung befindlichen neuen Instrumente.

Maßstab für den Inhalt und den Umfang des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung sind die vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen bei den Modellvorhaben zu Grunde gelegten Vorgaben und Anforderungen.

Die derzeit nach § 115a weiter geltenden Qualitätsprüfungs-Richtlinien sind zugleich anzupassen. Eine Qualitätsberichterstattung zu Betreuungsdiensten soll erst mit Einführung des

neuen Qualitätssystems stattfinden, da Instrumente zur Messung und Darstellung der Ergebnisqualität von Betreuung im ambulanten Bereich noch in der Entwicklung stehen. Die Regelungen des Elften Kapitels zur Qualitätsdarstellung finden deshalb im Übergangszeitraum keine Anwendung.

Zu Nummer 10 (§ 114a)

Die Regelung ermöglicht mit Blick auf den zunehmenden Einsatz von digitalisierten Verfahren in der Pflege und deren Nutzung bei der Durchführung von Qualitätsprüfungen, dass im Falle einer mündlichen Einwilligung oder Nichteinwilligung des Berechtigten zur Inaugenscheinnahme eines Pflegebedürftigen im Rahmen einer Qualitätsprüfung diese auch elektronisch dokumentiert werden kann. Die Inaugenscheinnahme von in die Prüfung einbezogenen Personen sowie die damit jeweils zusammenhängende Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten zum Zwecke der Erstellung eines Prüfberichts bedürfen der Einwilligung der betroffenen Personen bzw. bei Einwilligungsunfähigkeit der Einwilligung der hierzu berechtigten Person.

Zu Nummer 11 (§ 118)

Es handelt sich um eine Folgeänderung der Einfügung des § 112a (Übergangsregelung zur Qualitätssicherung bei Betreuungsdiensten).

Zu Nummer 12 (§ 120)

Für die Sicherstellung der ambulanten pflegerischen Versorgung einschließlich der pflegerischen Betreuung ist es für Pflegebedürftige von Bedeutung, dass sie aus dem bestehenden Leistungsangebot vor Ort das jeweils für ihre individuelle Hilfesituation passende Arrangement nach ihren individuellen Bedürfnissen wählen können. Im Einzelfall hängt die genaue Eignung und Abstimmung der verschiedenen Anbietertypen für die Pflegebedürftigen von der jeweiligen Bedarfskonstellation insgesamt ab, die den zentralen Dreh- und Angelpunkt insbesondere im Rahmen der Pflegeberatung nach § 7a darstellt.

Um die Transparenz in der ambulanten Versorgung für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen zu stärken, ist bei Vereinbarung eines Pflegevertrages für häusliche Pflege die Inanspruchnahme von Sachleistungen mehrerer Leistungserbringer sowie ggf. von Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a Absatz 4 ausdrücklich zu berücksichtigen. So sind Pflegebedürftige beim Abschluss sowie bei Änderungen des Pflegevertrages von dem ambulanten Leistungserbringer zu fragen, ob und in welchem Umfang sie weitere Leistungserbringer bzw. Angebote zur Unterstützung im Alltag zusätzlich nutzen bzw. nutzen wollen. Dabei ist gegebenenfalls auf die damit verbundenen Auswirkungen bei der Abrechnung des Sachleistungsbetrages hinzuweisen. Insbesondere durch die bereitgestellten Informationen zur Ausschöpfung des Sachleistungsbetrages wird transparent, in welcher Höhe der Sachleistungsbetrag monatlich jeweils ggf. noch zur Verfügung steht. Zugleich können Pflegebedürftige hierdurch Informationen für eine Nutzung des Umwandlungsanspruchs nach § 45a Absatz 4 erhalten. Dadurch kann der Ablauf für den Pflegebedürftigen vorausschauender gestaltet und der Gefahr einer Überschreitung des zur Verfügung stehenden maximalen Pflegesachleistungsbetrages bei Nutzung verschiedener Leistungserbringer bzw. des Umwandlungsanspruches gemäß § 45a Absatz 4 entgegengewirkt werden.

Zu Nummer 13 (§ 125)

Mit der Zulassung von Betreuungsdiensten als Leistungserbringer im Bereich der Pflegeversicherung werden die Vorschriften zum Modellvorhaben nicht mehr benötigt und deshalb aufgehoben.

Zu Artikel 11 (Änderung AMG)

Zu Nummer 1 (§ 13)

Vollzugsbehörden der Länder haben in der jüngeren Vergangenheit die Auffassung vertreten, dass Zahnärztinnen und Zahnärzte nicht als Heilberuf im Sinne des § 13 Absatz 2b angesehen werden können und deshalb für die Herstellung von Arzneimitteln zum Zwecke der persönlichen Anwendung bei einer bestimmten Patientin oder einem bestimmten Patienten einer Herstellungserlaubnis bedürfen. Die Ergänzung dient der Klarstellung, dass auch Zahnärztinnen und Zahnärzte keiner behördlichen Erlaubnis für die Herstellung von Arzneimitteln bedürfen, soweit die Arzneimittel unter ihrer unmittelbaren fachlichen Verantwortung zum Zwecke der persönlichen Anwendung bei einer bestimmten Patientin oder einem bestimmten Patienten hergestellt werden.

Zu Nummer 2 (§ 78)

Zu den berechtigten Interessen der Arzneimittelverbraucher gehört die Sicherstellung der Versorgung mit Arzneimitteln. Diese erfolgt unmittelbar durch die Apotheken. Dafür haben die pharmazeutischen Unternehmer und Betreiber von Arzneimittelgroßhandlungen eine angemessene und kontinuierliche Bereitstellung des Arzneimittels sicher zu stellen, damit der Bedarf der Patientinnen und Patienten gedeckt ist. Diese Bereitstellung erfordert eine ausreichende Vergütung wie sie die Arzneimittelpreisverordnung vorsieht.

Zu Artikel 12 (Änderung § 2 AMPreisV)

Die Änderung steht im Zusammenhang mit der Änderung des § 78 Absatz 2 AMG durch dieses Gesetz. Es handelt sich um eine Klarstellung des mit der Umstellung der Vergütung des Großhandels mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2262) verfolgten Ziels, dass der Festzuschlag zur Sicherstellung einer angemessenen und flächendeckenden Belieferung der Apotheken dient. Der prozentuale Zuschlag bleibt hingegen rabattfähig und erlaubt dem Großhandel einen gewissen Spielraum bei der Preisgestaltung gegenüber den Apotheken.

Der Bundesgerichtshof hat in seiner Entscheidung vom 5. Oktober 2017 (I ZR 172/16) festgestellt, dass die Vorschrift des § 2 Absatz 1 Satz 1 für den pharmazeutischen Großhandel bei der Abgabe von verschreibungspflichtigen Fertigarzneimitteln an Apotheken lediglich eine Preisobergrenze festlegt. Zwar verfolge der Gesetzgeber das Ziel, dem Großhandel eine für seine Funktionsfähigkeit erforderliche Mindestvergütung zu sichern. Der Wortlaut biete jedoch keinen hinreichenden Anhaltspunkt dafür, dass ein Fest- oder Mindestpreis zu erheben sei.

Nach § 52b AMG haben Betreiber von Arzneimittelgroßhandlungen eine angemessene und kontinuierliche Bereitstellung von Arzneimitteln sicherzustellen, damit der Bedarf von Patientinnen und Patienten im Geltungsbereich des AMG gedeckt ist. Vollversorgende Arzneimittelgroßhandlungen müssen im Rahmen ihrer Verantwortlichkeit eine bedarfsgerechte und kontinuierliche Belieferung der mit ihnen in Geschäftsbeziehung stehenden Apotheken gewährleisten. Dies gilt entsprechend für andere Arzneimittelgroßhandlungen im Umfang der von ihnen jeweils vorgehaltenen Arzneimittel (§ 52b Absatz 3 AMG). Da dieser Auftrag unabhängig vom Preis eines Arzneimittels zu erfüllen ist, sollte der Großhandel im Gegenzug eine Vergütung erhalten, die ausreichend ist, eine angemessene und flächendeckende Belieferung der Apotheken zu gewährleisten.

Durch die Änderung wird jetzt eindeutig klargestellt, dass der Großhandel den Festzuschlag von 70 Cent auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers zwingend aufschlagen muss. Nur so kann das mit dem Festzuschlag bezweckte Ziel erreicht werden. Rabatte und die im Handel allgemein üblichen Skonti können nur auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers und Rabatte nur im Rahmen des prozentualen Zuschlags gewährt werden.

Zu Artikel 13 (Änderung TFG)

Zu Nummer 1 (§ 12a)

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung wird die Überschrift angepasst an die im Absatz 3 erfolgte Erweiterung der Richtlinienkompetenzvorschrift auf den Bereich der Zahnmedizin.

Zu Buchstabe b

Im neu eingefügten § 12a Absatz 3 wird der BZÄK die Befugnis eingeräumt, fakultativ in Richtlinien den allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der Wissenschaft und Technik im Bereich der Zahnheilkunde zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen festzustellen. Die für die Richtlinien der BÄK geltenden Vorschriften nach den Absätzen 1 und 2 gelten entsprechend für die Richtlinien der BZÄK. Insbesondere ist bei der Erarbeitung die angemessene Beteiligung von Sachverständigen der betroffenen Fach- und Verkehrskreise und der zuständigen Behörden von Bund und Ländern sicherzustellen. Die Richtlinien ergehen im Einvernehmen mit der zuständigen Bundesoberbehörde und sind von dieser im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. Die Vermutungsregelung nach Absatz 2 gilt entsprechend.

Zu Nummer 2 (§ 18)

Zu Buchstabe a

Mit der Änderung wird die Überschrift angepasst an die im Absatz 3 erfolgte Erweiterung der Richtlinienkompetenzvorschrift auf den Bereich der Zahnmedizin.

Zu Buchstabe b

Absatz 1 Satz 1 und 2 werden redaktionell an die Richtlinienkompetenzvorschriften der BÄK nach § 12a Absatz 1 und nach den §§ 16 Absatz 2, 16b Absatz 1 des Transplantationsgesetzes (TPG) angepasst.

Zu Buchstabe c

Im neu angefügten § 18 Absatz 3 wird die BZÄK verpflichtet, in Richtlinien den allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der Wissenschaft und Technik für den Bereich der Zahnheilkunde nach Absatz 1 Satz 1 Nummern 1 bis 4 festzulegen, insbesondere im Hinblick auf die Anwendung und die Qualitätssicherung der Anwendung von Blutprodukten. Bei der Erarbeitung der Richtlinie ist die angemessene Beteiligung von Sachverständigen der betroffenen Fach- und Verkehrskreise und der zuständigen Behörden von Bund und Ländern sicherzustellen. Die Richtlinien ergehen im Einvernehmen mit der zuständigen Bundesoberbehörde und sind von dieser im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. Die Vermutungsregelung nach Absatz 2 gilt entsprechend.

Zu Nummer 3 (§ 28)

Die Ausnahmevorschrift des § 28 wird insoweit geändert, dass zukünftig die BZÄK den allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der Wissenschaft und Technik im Bereich der Zahnheilkunde durch Richtlinien nach § 12a Absatz 3 in Verbindung mit den Absätzen 1 und 2 und § 18 Absatz 3 in Verbindung mit den Absätzen 1 und 2 feststellt. Damit soll flankierend zur Änderung des § 13 Absatz 2b AMG durch dieses Gesetz gewährleistet werden, dass die von Zahnärzten erlaubnisfrei hergestellten und angewendeten Blutzubereitungen dem allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der Wissenschaft und Technik im Bereich der Zahnheilkunde entsprechen.

Zu Nummer 4 (§ 35)

Nach § 35 ist für die Feststellung des allgemein anerkannten Standes der Erkenntnisse der Wissenschaft und Technik im Bereich der Zahnheilkunde nach § 12a Absatz 3 in Verbindung mit den Absätzen 1 und 2 und § 18 Absatz 3 in Verbindung mit den Absätzen 1 und 2 eine Übergangsfrist von drei Jahren nach Inkrafttreten der TFG-Änderung vorgesehen. Mit der Fristenregelung wird dem bei der BZÄK und dem PEI zu absolvierenden Richtlinienverfahren Rechnung getragen. Bis dahin ist § 28 in der bisherigen Fassung weiter anzuwenden. Nach Fristablauf liegen die Voraussetzungen des § 28 nicht vor, so dass die Vorschriften des TFG Anwendung finden.

Zu Artikel 14 (Änderung § 18 Absatz 6 KHG)

Zu Nummer 1

In der Überschrift wird auf die Verordnungsermächtigung nach § 18a Absatz 6 hingewiesen.

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a (Satz 1)

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung. Die bisherige Formulierung, wonach die Bundesschiedsstelle in Angelegenheiten zu entscheiden hat, die ihr durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz oder die Bundespflegesatzverordnung zu entscheiden hat, war zu erweitern. Auch das Krankenhausentgeltgesetz, das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch und die Bundespflegesatzverordnung sehen verschiedene Konfliktlösungsaufgaben für die Bundesschiedsstelle vor.

Zu Buchstabe b (Satz 5)

Die Änderung betrifft die Regelung, wonach die unparteiischen Mitglieder der Bundesschiedsstelle durch den Präsidenten des Bundessozialgerichts berufen werden, soweit eine Bestellung durch den GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft nicht zustande kommt. Diese Regelung zur Lösung von Personalkonflikten wird ersetzt durch die Vorgabe, dass die unparteiischen Mitglieder der Bundesschiedsstelle im Konfliktfall durch das Bundesministerium für Gesundheit berufen werden. Durch die Änderung wird die Regelung an bestehende Regelungsvorbilder, etwa zum Schlichtungsausschuss Bund (§ 17c Absatz 3 Satz 8 KHG) und zu den Landesschiedsstellen (§ 18a Absatz 2 Satz 4 KHG), angeglichen.

Zu Buchstabe c (Satz 9)

Gemäß § 18 Absatz 6 Satz 9 KHG bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer, die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle sowie die Geschäftsführung, das Verfahren, die Höhe und die Erhebung der Gebühren und die Verteilung der Kosten durch Rechtsverordnung, soweit hierzu eine Einigung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft bis zum 31. August 1997 nicht zustande kommt. Die vorliegende Änderung trägt dem Umstand Rechnung, dass eine entsprechende Vereinbarung inzwischen vorliegt.

Zu Artikel 15 (Änderung Ärzte-ZV)

Zu Nummer 1 (§ 18)

Es handelt sich um eine Folgereglung zu der künftig nach § 19a Absatz 2 Satz 1 für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bestehenden Möglichkeit, ihren Versorgungsauftrag nicht nur auf eine hälftigen, sondern auch auf einen drei Viertel Versorgungsauftrag zu beschränken.

Zu Nummer 2 (§ 19)

Die Änderung resultiert aus der Entscheidung des Bundesverfassungsgericht vom 26. September 2016 (Az. 1 BvR 1326/15), das § 19 Absatz 3 für nichtig erklärt, weil § 19 Absatz 3 nicht von der Ermächtigungsgrundlage des § 98 Absatz 1 SGB V gedeckt ist und damit keine verfassungsrechtlichen Anforderungen genügende Grundlage für einen Eingriff in die Berufsfreiheit darstellt.

Die Aufhebung ist mit der Änderung des § 95 SGB V in Artikel 1 (Ergänzung des § 95 Absatz 7 SGB V) dieses Gesetzes verschränkt und aufgrund der Nichtigkeitserklärung des Bundesverfassungsgerichts redaktionell.

Zu Nummer 3 (§ 19a)

Zu Buchstabe a

Die vertragsärztliche Zulassung verpflichtet Ärztinnen und Ärzte, die vertragsärztliche Tätigkeit in Vollzeit auszuüben. Welcher zeitliche (Mindest-)Umfang mit vollzeitiger Ausübung gemeint ist, wird jedoch bislang weder im SGB V noch in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) näher festgelegt, sondern mit Blick auf Mindestsprechstundenzeiten lediglich im Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) konkretisiert. So bestimmt § 17 Absatz 1 Satz BMV-Ä, dass Vertragsärztinnen und -ärzte gehalten sind, an ihrem Vertragsarztsitz sowie ggf. weiteren Tätigkeitsorten Sprechstunden entsprechend dem Bedürfnis nach einer ausreichenden und zweckmäßigen vertragsärztlichen Versorgung festzusetzen. Dabei gilt, dass sie bei einem vollen Versorgungsauftrag an ihrem Vertragsarztsitz persönlich mindestens 20 Stunden pro Woche in Form von Sprechstunden zur Verfügung zu stehen müssen (§ 17 Absatz 1a Satz 1). Die Mindestsprechstundenzeiten sind eine Präsenzpflicht, zu der die Vertragsärztin bzw. der -arzt am Vertragsarztsitz zur Versorgung der gesetzlich Versicherten zur Verfügung stehen muss.

Mit dem Ziel, den Zugang zur medizinischen Versorgung für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung zu verbessern, wird nunmehr die in § 19 Absatz 1 geregelte Verpflichtung, die vertragsärztliche Tätigkeit in Vollzeit auszuüben, näher konkretisiert und hierdurch die Mindestsprechstundenzeiten der Vertragsärztinnen und -ärzte für die Versorgung von gesetzlich Versicherten von 20 auf 25 Stunden erhöht. Die Festsetzung der Mindestsprechstundenzeiten hält sich im Rahmen der Ermächtigungsgrundlage nach § 98 Absatz 1 und 2 Nummer 10 SGB V, nach der die Ärzte-ZV unter anderem Vorschriften zur näheren Bestimmung des zeitlichen Umfangs des sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrages zu enthalten hat.

Ärztinnen und Ärzten üben somit künftig ihre vertragsärztliche Tätigkeit dann vollzeitig aus, wenn sie an ihrem Vertragsarztsitz persönlich mindestens 25 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden für gesetzlich Versicherte zur Verfügung stehen (neuer Satz 2). Um insbesondere solche Ärztinnen und Ärzte, die Patientinnen und Patienten zu Hause oder im Heim aufsuchen, nicht zu benachteiligen, werden Besuchszeiten auf die vorgegebenen Mindestsprechstundenzeiten angerechnet (Satz 5).

Darüber hinaus wird vorgesehen, dass Ärztinnen und Ärzte, die an der fachärztlichen Versorgung nach § 73 Absatz 1a Satz 2 SGB V teilnehmen und insbesondere Arztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung angehören (z.B. konservativ tätige Augenärzte, Frauenärzte, Orthopäden, HNO-Ärzte), von den 25 Sprechstunden mindestens fünf Stunden in der Woche als offene Sprechstunden anbieten müssen (Satz 3). Solche offenen Sprechstunden werden unter bestimmten Voraussetzungen mit einem extrabudgetären Vergütungsanreiz flankiert und erleichtern insoweit den Zugang in die Arztpraxen ohne vorherige Terminvereinbarung.

Welche Arztgruppen konkret offene Sprechstunden anzubieten haben, ist dabei im Bundesmantelvertrag-Ärzte nach § 82 Absatz 1 SGB V zu regeln (vgl. den neuen Satz 6). Für

Psychotherapeuten ergibt sich insoweit bereits aus der in § 92 Absatz 6a Satz 3 SGB V getroffenen Sonderregelung zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, dass die Verpflichtung, offene Sprechstunden anzubieten, für sie nicht gilt.

Für Ärztinnen und Ärzte, die ihren Versorgungsauftrag nach § 19a Absatz 2 auf die Hälfte oder drei Viertel (zu dieser neuen Möglichkeit siehe Begründung zu Buchstabe b) reduziert haben, sieht der neue Satz 4 vor, dass die in Satz 2 und 3 festgelegten Sprechstundenzeiten jeweils anteilig gelten.

Die Regelungen zu den Mindestsprechstundenzeiten für Vertragsärztinnen und -ärzten und zu der Verpflichtung, offene Sprechstundenzeiten anzubieten, gelten - im Verhältnis zu der jeweils arbeitsvertraglich vereinbarten Arbeitszeit - für angestellte Ärztinnen und Ärzte entsprechend; für angestellte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gilt dies bezüglich der Mindestsprechstundenzeiten (vgl. § 1 Absatz 3 Nummer 1 bis 3).

Die Einzelheiten zu den Arztgruppen, die offene Sprechstunden anzubieten haben sowie zur angemessenen Anrechnung der Besuchszeiten nach Satz 5, sind im Bundesmantelvertrag-Ärzte nach § 82 Absatz 1 SGB V zu regeln. Die Bundesmantelvertragspartner werden insoweit verpflichtet, innerhalb von drei Monaten die entsprechenden Regelungen zu treffen (Satz 6 erster Halbsatz). Kommt eine Anpassung des Bundesmantelvertrags-Ärzte nicht innerhalb dieser Frist zustande, gilt nach dem neuen § 89 Absatz 3 Satz 2 SGB V, dass das Bundesministerium für Gesundheit als zuständige Aufsichtsbehörde über die Bundesmantelvertragspartner das Bundesschiedsamt mit Wirkung für die Vertragsparteien anrufen kann. Das Bundesschiedsamt wäre dann verpflichtet, die Vertragsanpassung innerhalb von drei Monaten festzusetzen.

Mit der Regelung in Satz 6 zweiter Halbsatz erhalten die Bundesmantelvertragspartner schließlich die Möglichkeit, ergänzend auch Regelungen zur zeitlichen Verteilung der Sprechstunden nach Satz 3 zu treffen. Weitergehende Regelungen zu den Sprechstunden, wie sie sich auch bereits im BMV-Ä finden, bleiben selbstverständlich auch weiterhin möglich.

Zu Buchstabe b

Bisher sieht § 19a Ärzte-ZV lediglich vor, dass Vertragsärztinnen und Vertragsärzte entweder ihre vertragsärztliche Tätigkeit vollzeitig ausüben (Absatz 1) oder dass sie ihren Versorgungsauftrag durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss auf einen hälftigen Versorgungsauftrag beschränken (Absatz 2). Um Ärztinnen und Ärzten, die eine volle Zulassung mit 25 Mindestsprechstundenzeiten nicht mehr ausüben können oder wollen (z.B. aus gesundheitlichen Gründen oder weil sie im Alter kürzer treten wollen), wird ihnen mit der vorliegenden Änderung in Absatz 2 Satz 1 auch eine Beschränkung auf drei Viertel des Versorgungsauftrags ermöglicht. Die korrespondierende Regelung in § 95 Absatz 3 Satz 2 SGB V wurde ebenfalls entsprechend geändert.

Die Konkretisierung des Verweises ist eine redaktionelle Folgeänderung zur Änderung unter Buchstabe a.

Zu Buchstabe c

Der neue Absatz 4 korrespondiert mit der in § 95 Absatz 3 Satz 4 SGB V geregelten Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Einhaltung der Versorgungsaufträge durch die Vertragsärzte und Vertragsärztinnen zu überprüfen, und konkretisiert die Prüfpflichten und Sanktionsmechanismen im Hinblick auf die Einhaltung der in Absatz 1 geregelten Mindestsprechstundenzeiten.

Zu Nummer 4 (§ 26)

Es handelt sich um eine Folgereglung zu der künftig nach § 19a Absatz 2 Satz 1 für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bestehenden Möglichkeit, ihren Versorgungsauftrag nicht nur auf einen hälftigen, sondern auch auf einen drei Viertel Versorgungsauftrag zu beschränken. Als Folge hiervon kann der Zulassungsausschuss künftig auch beschließen, dass nur ein Viertel der Zulassung ruht.

Zu Nummer 5 (§ 27)

Es handelt sich um eine Folgereglung zu der künftig nach § 19a Absatz 2 Satz 1 für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bestehenden Möglichkeit, ihren Versorgungsauftrag nicht nur auf einen hälftigen, sondern auch auf einen drei Viertel Versorgungsauftrag zu beschränken. Als Folge hiervon kann der Zulassungsausschuss künftig auch beschließen, dass nur ein Viertel der Zulassung entzogen wird.

Zu Artikel 16 (Änderung KVLG 1989)

Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Änderung in § 46 SGB V. Mit der Einfügung des neuen Satzes, der auch für Krankengeldbezieher nach dem Zweiten Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte Anwendung finden soll, wird sichergestellt, dass Versicherten, deren Mitgliedschaft mit Anspruch auf Krankengeld vom lückenlosen Bestand des Anspruchs auf Krankengeld abhängig ist, bei verspäteter, aber spätestens innerhalb eines Monats nachgeholter ärztlicher Feststellung der weiterhin bestehenden Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung wegen derselben Krankheit das Krankengeld nicht vollständig und dauerhaft entfällt und sie es nach dem Zeitraum der Feststellungslücke weiter erhalten können.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 237 SGB V. Mit der Änderung wird eine beitragsrechtliche Ungleichbehandlung von versicherungspflichtigen Waisenrentnern nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b SGB V verhindert, indem die verschiedenen unterhaltsersetzenden Hinterbliebenenleistungen in gleicher Weise beitragsfrei sind.

Zu Nummer 3

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu § 256 Absatz 4 SGB V. Die Ausnahmeregelung, wonach sich kleinere Zahlstellen von der Beitragsabführungspflicht befreien lassen können, entfällt auch in der landwirtschaftlichen Krankenversicherung.

Zu Artikel 17 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten am Tag nach der Verkündung.

Zu Absatz 2

Zur Sicherstellung, dass die gesetzliche Klarstellung in § 11 AAG (Nichtteilnahme arbeitnehmerähnlicher Rechtsverhältnisse von Menschen mit Behinderungen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten nach § 221 Absatz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch an den Umlageverfahren nach dem AAG) unmittelbar an die in der Praxis über viele Jahre erfolgte Auslegung anschließt, ist das rückwirkende Inkrafttreten zum 1. Januar 2018 erforderlich.

Zu Absatz 3

§ 65c Absatz 5 Satz 4 SGB V legt fest, dass die klinischen Krebsregister die Möglichkeit der Nachbesserung zur Erfüllung der GKV-Förderkriterien innerhalb von zwei Jahren haben (beginnend am 1. Januar 2018). Damit wird die ursprünglich bis 31. Dezember 2018 vorgesehene Verlängerungsoption nunmehr auf zwei Jahre (nicht wie bisher um ein Jahr) ausgedehnt. Um keine Regelungslücke entstehen zu lassen und den Betroffenen frühzeitig Rechtssicherheit zu geben, wird ein Inkrafttreten auf den Tag der ersten Lesung im Deutschen Bundestag festgelegt.

Das Inkrafttreten der Fristregelungen im § 87 Absatz 2 Satz 3 SGB V wird auf den Tag der ersten Lesung im Deutschen Bundestag festgelegt, da es sich hierbei im Wesentlichen um Aufträge vom 1. Januar 2012 an den Bewertungsausschuss handelt, die nunmehr zeitnah umgesetzt werden sollen. Hierzu hat der Bewertungsausschuss teilweise bereits mit Datum vom 22. Oktober 2012 einen Grundsatzbeschluss zur Umsetzung gefasst.

Der Bewertungsausschuss soll frühzeitig mit der Konzepterstellung und der Aktualisierung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen auf Grundlage aktualisierter betriebswirtschaftlicher Basis beginnen können.

Zu Absatz 4

Die Verpflichtung der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Nutzenbewertung von Arzneimitteln nach § 35a Absatz 3 SGB V sowie eine Zusammenfassung der Tragenden Gründe auf Englisch zu veröffentlichen soll drei Monate nach Verkündung des Gesetzes in Kraft treten. Dies dient der Schaffung der notwendigen organisatorischen Voraussetzungen für die regelhafte Übersetzung der Beschlüsse innerhalb von einem Monat unabhängig von der jeweiligen Zahl der getroffenen Beschlüsse. Da bereits jetzt teilweise mehr als zehn Verfahren zur frühen Nutzenbewertung taggleich mit einem Beschluss nach § 35a Absatz 3 SGB V abgeschlossen werden, bedarf es entsprechender Vorbereitungsmaßnahmen seitens des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Zu Absatz 5

Die Änderungen in § 55 SGB V zu den erhöhten Festzuschüssen für Zahnersatz treten zum 1. Januar 2021 in Kraft.

Mit der Änderung des § 295 Absatz 1 Satz 1 SGB V wird ein einheitliches und verbindliches elektronischen Verfahrens zur Übermittlung von Arbeitsunfähigkeitsdaten durch die Ärzte an die Krankenkassen eingeführt und klargestellt, dass die Pflicht zur Übermittlung dieser Daten an die Krankenkassen den Ärzten und Einrichtungen obliegt. Für die Einführung dieses Verfahrens benötigen die Beteiligten einen hinreichenden zeitlichen Vorlauf, weshalb diese Regelung erst zum 1. Januar 2021 in Kraft tritt.