

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

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 das Vertrauen in die Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung ist es von entscheidender Bedeutung, dass der Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung angemessen und flächendeckend sichergestellt ist. Insbesondere darf es nicht zu unangemessen langen Wartezeiten auf Behandlungstermine bei Haus-, Kinder- und Fachärztinnen und -ärzten oder zu einem Mangel an ärztlichen Versorgungsangeboten in ländlichen und strukturschwachen Regionen kommen.

Der Gesetzentwurf zielt darauf ab,

- allen gesetzlich Versicherten einen gleichwertigen Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung zu ermöglichen, indem Wartezeiten auf Arzttermine verkürzt, das Sprechstundenangebot erweitert und die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen verbessert werden,
- 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
- die Möglichkeiten der Digitalisierung im Gesundheitswesen für die Patientinnen und Patienten im Versorgungsalltag stärker praktisch nutzbar zu machen.

B. Lösung

In einem Sofortprogramm werden die Leistungen und der Zugang zur ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung 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) jeden Tag rund um die Uhr (24/7) telefonisch und auch online erreichbar sein und nicht nur Termine bei Haus- und Kinderärztinnen und -ärzten, sondern in Akutfällen eine unmittelbare ärztliche Versorgung entweder in einer offenen Praxis oder einer Notfallambulanz vermitteln. Zudem sollen die Terminservicestellen bei der Suche nach einer dauerhaften Haus- oder Kinderärztin bzw. einem dauerhaften Haus- oder Kinderarzt unterstützen.

Das Mindestsprechstundenangebot der Vertragsärztinnen und -ärzte für die Versorgung von gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten wird von 20 auf 25 Stunden erhöht.

Offene Sprechstunden grundversorgender Arztgruppen ohne vorherige Terminvergabe werden ausgeweitet. Das erweiterte Sprechstundenangebot wird mit entsprechenden extrabudgetären Vergütungsanreizen für die Vertragsärztinnen und -ärzte gefördert.

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

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

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

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

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

Damit Entscheidungen zu versorgungsrelevanten Verträgen und Vereinbarungen im Interesse der Patientinnen und Patienten zeitnah und effektiv umgesetzt werden können, werden die Schiedsregelungen und 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.

Die Möglichkeiten zur Inanspruchnahme der stufenweisen Wiedereingliederung von Langzeiterkrankten werden verbessert.

Darüber hinaus werden die elektronischen Patientenakte flächendeckend eingeführt und der Zugriff über mobile Geräte wie Smartphones ermöglicht.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Mit den Maßnahmen dieses Gesetzentwurfes 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 insgesamt bei voller Wirksamkeit für die vertragsärztliche und vertragszahn-

ärztliche Vergütung sowie die Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ab dem Jahr 2019 jährlich einen mittleren dreistelligen Millionenbetrag betragen. 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 verbesserten Möglichkeiten zur stufenweisen Wiedereingliederung von Langzeiterkrankten können sich bei konservativer Schätzung Minderausgaben beim Krankengeld und damit verbundene höhere Beitrags-einnahmen zunächst im Umfang eines mittleren zweistelligen Millionenbetrags ergeben.

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 mittleren einstelligen und ab dem Jahr 2021 niedrigen zweistelligen Millionenbetrags.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für Bürgerinnen und Bürger entsteht im Zusammenhang mit Nachweis- und Mitwirkungspflichten bei der Geltendmachung sozialrechtlicher Ansprüche kein erheblicher neuer Erfüllungsaufwand. Neue elektronische Verfahren (Übermittlung von AU-Bescheinigungen, Zugriff auf Gesundheitsdaten) wirken entlastend.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten entsteht durch Mindestsprechstundenzeiten und offene Sprechstunden, soweit diese nicht bereits angeboten werden, ein geringfügiger Erfüllungsaufwand für die Praxisorganisation. Die Informationspflicht der Zahnärztinnen und Zahnärzte zu Mehrkostenvereinbarungen gegenüber den Versicherten bewegt sich im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Aufklärungspflichten.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Der zuvor genannte Erfüllungsaufwand enthält keine Bürokratiekosten aus neuen Informationspflichten.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Den Kassenärztlichen Vereinigungen entsteht Verwaltungsaufwand insbesondere durch neue Anforderungen an die Terminservicestellen und an die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung durch Strukturfonds und Eigeneinrichtungen, den gesetzlichen Krankenkassen insbesondere durch das flächendeckende Angebot der elektronischen Patientenakte. Die mitglieds- und beitragsrechtlichen Regelungen führen teilweise zu geringeren und teilweise zu höheren Verwaltungsaufwänden der gesetzlichen Krankenkassen jeweils in geringfügigem Umfang. Den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen entsteht geringfügiger Verwaltungsaufwand durch neue kollektivvertragliche Vereinbarungen und Prüfaufgaben hinsichtlich der Bewertung und Vergütung vertragsärztlicher Leistungen sowie vertragszahnärztlicher Mehrleistungen. Gleiches gilt für die Einrichtung eines sektorenübergreifenden Schiedswesens. Der gematik entsteht

für die Spezifizierung der Authentifizierungsverfahren für den Zugriff auf die elektronische Patientenakte einmalig geringfügiger Erfüllungsaufwand.

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

F. Weitere Kosten

Keine.

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

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) In Absatz 2 Satz 3 werden nach dem Wort „angerechnet“ ein Semikolon und die Wörter „die Einschränkungen nach § 55 Absatz 3a des Elften Buches gelten entsprechend“ eingefügt.
 - b) In Absatz 8 Satz 3 werden nach der Angabe „Nummer 6“ die Wörter „in der am ... [einsetzen: Datum des Tages vor dem Tag des Inkrafttretens nach Artikel 15 Absatz 1] geltenden Fassung“ eingefügt.
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) Die bisherige Nummer 7 wird Nummer 6.
6. § 10 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 werden nach dem ersten Semikolon die Wörter „bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen, die wegen Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für den der Auszahlung folgenden Zeitraum berücksichtigt, der sich aus der Teilung der Entschädigungssumme durch das zuletzt erzielte Arbeitsentgelt ergibt;“ eingefügt.
 - b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- aa) In Nummer 3 werden nach dem Wort „gilt“ die Wörter „ab dem 1. Juli 2011“ gestrichen.
 - bb) In Nummer 4 werden nach dem Wort „war“ ein Semikolon und die Wörter „dies gilt auch, wenn die Familienversicherung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ausgeschlossen war“ eingefügt.
 - 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 werden nach dem Wort „Angestellte“ die Wörter „und Versorgungsempfänger“ eingefügt.
9. § 16 Absatz 3a wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 4 werden nach dem Wort „Versicherte“ die Wörter „nach Feststellung des zuständigen Trägers“ eingefügt.
 - b) Der folgende Satz wird angefügt:

„Die Hilfebedürftigkeit ist auf Antrag des Versicherten vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch zu bescheinigen.“
10. Nach § 20i wird folgender § 20j eingefügt:

„§ 20j

Präexpositionsprophylaxe

(1) Versicherte mit einem erhöhten HIV-Infektionsrisiko, die älter als 16 Jahre sind, haben Anspruch auf ärztliche Beratung über Fragen der medikamentösen Präexpositionsprophylaxe zur Verhütung einer Ansteckung mit HIV. Hierzu zählen auch die bei Anwendung der dafür zugelassenen Arzneimittel erforderlichen Untersuchungen sowie die Verordnung dieser Arzneimittel. 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. Auf Grundlage der Vereinbarung hat der Bewertungsausschuss den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zu überprüfen und spätestens innerhalb eines Monats nach Abschluss der Vereinbarung nach Satz 3 anzupassen.

(2) Versicherte nach Absatz 1 haben nach Beratung Anspruch auf Versorgung mit verschreibungspflichtigen Mitteln zur Präexpositionsprophylaxe. § 31 Absatz 2 bis 4 gilt entsprechend.

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

11. § 27a wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 eingefügt:

„(4) Versicherte haben Anspruch auf Kryokonservierung von Ei- oder Spermazellen oder von Keimzellgewebe und die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen, wenn diese wegen einer Krebserkrankung im Hinblick auf eine Maßnahme der künstlichen Befruchtung nach Absatz 1 medizinisch notwendig sind.“

b) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 5.

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

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

13. Dem § 29 wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) ¹Wählen Versicherte im Falle von kieferorthopädischen Behandlungen Leistungen, die den im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildeten kieferorthopädischen Leistungen vergleichbar sind und sich lediglich in der Durchführungsart oder durch die eingesetzten Behandlungsmittel unterscheiden (Mehrleistungen), haben die Versicherten die durch diese Mehrleistungen entstehenden Mehrkosten selbst zu tragen. ²In diesen Fällen ist von den Kassen die vergleichbare im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildete kieferorthopädische Leistung nach Satz 1 als Sachleistung abzurechnen; die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend. ³Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren zur näheren Konkretisierung der Leistungen nach Satz 1 einen Katalog der typischerweise als Mehrleistungen vereinbarungs- und abrechnungsfähigen Leistungen; dieser Katalog kann zugleich beispielhaft solche nicht im Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildeten kieferorthopädischen Leistungen festlegen, welche nicht als Mehrleistungen im Sinne von Satz 1 anzusehen sind (Zusatzleistungen). ⁴Werden im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung neben kieferorthopädischen Leistungen, die im Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildet sind, Mehrleistungen oder Zusatzleistungen erbracht, ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen, in der die von der Kasse zu tragenden Kostenanteile und die vom Versicherten zu tragenden Kostenanteile aufgeschlüsselt nach Leistungen transparent aufgeführt und gegenübergestellt werden. ⁵Hiermit ist eine schriftliche Erklärung des Versicherten zu verknüpfen, dass er über die in Betracht kommenden Behandlungsalternativen einschließlich einer auf Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen erfolgenden zuzahlungsfreien Behandlung sowie über die mit den Behandlungsalternativen gegebenenfalls für ihn verbundenen Kosten informiert worden ist. ⁶Die Bundesmantelvertragspartner vereinbaren für die schriftliche Vereinbarung nach Satz 4 und die Erklärung des Versicherten nach Satz 5 verbindliche Formularvordrucke und bestimmen den Zeitpunkt, ab dem diese hinsichtlich der Maßnahmen nach den Sätzen 4 und 5 verbindlich zu verwenden sind. ⁷Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen überprüfen anlassbezogen die Einhaltung der Pflichten aus den Sätzen 4 und 5. ⁸Zu diesem Zweck ist der behandelnde Zahnarzt verpflichtet, den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen auf Verlangen die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen nach den Sätzen 4 und 5 vorzulegen. ⁹Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen dürfen die in diesen Unterlagen enthaltenen Daten nur für die Prüfung nach Satz 7 verarbeiten. ¹⁰Soweit es für die Prüfung der Einhaltung der Informations- und Aufklärungspflichten aus den Sätzen 4 und 5 sowie zur Nachvollziehbarkeit der vereinbarten Mehr- und Zusatzkosten erforderlich ist und der Versicherte schriftlich oder elektronisch gegenüber dem behandelnden Zahnarzt eingewilligt hat, können die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen behandlungs- und rechnungsbezügliche Unterlagen von den behandelnden Zahnärzten anfordern. ¹¹Die behandelnden Zahnärzte sind insofern zur Datenübermittlung verpflichtet.“

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

15. In § 33 Absatz 9 wird die Angabe „5“ durch die Angabe „6“ ersetzt.

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

„Innerhalb eines Monats nach dem Beschluss veröffentlicht der Gemeinsame Bundesausschuss zur Information der Öffentlichkeit den Beschluss und eine Zusammenfassung der tragenden Gründe in englischer Sprache im Internet.“

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

18. § 39 Absatz 1a wird wie folgt geändert:

a) Satz 9 wird wie folgt gefasst:

„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.“

b) Nach Satz 9 wird folgender Satz eingefügt:

„Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet das zuständige Schiedsgremium gemäß § 89a.“

19. § 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.

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

21. § 40 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 4 zweiter Halbsatz werden die Wörter „Bundesschiedsamt entsprechend § 118a Absatz 2 Satz 2 ist das Bundesschiedsamt“ durch die Wörter „sektorenübergreifenden Schiedsgremiums gemäß § 89a ist das sektorenübergreifende Schiedsgremium“ ersetzt und die Wörter „um Vertreter“ durch die Wörter „mit Vertretern“ ersetzt und das Wort „erweitern“ durch das Wort „besetzen“ ersetzt.

b) Absatz 3 Satz 8 wird aufgehoben.

22. § 44 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) Dem Satz 1 Nummer 1 werden die Wörter „oder soweit sie hauptberuflich selbstständig erwerbstätig sind und eine Wahlerklärung nach Nummer 2 abgegeben haben,“ angefügt.

b) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Wird die Wahlerklärung nach Satz 1 Nummer 2 und 3 zum Zeitpunkt einer bestehenden Arbeitsunfähigkeit abgegeben oder tritt die Arbeitsunfähigkeit zwischen der Abgabe und dem Tag des Wirksamwerdens der Erklärung ein, wirkt die Wahlerklärung erst zu dem Tag, der auf das Ende dieser Arbeitsunfähigkeit folgt.“

23. 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 bestehen, wenn die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit verspätet aber unverzüglich nach Wegfall des Hinderungsgrundes nachgewiesen wird; für die Zeit der Säumnis gilt § 49 Absatz 1 Nummer 5 entsprechend.“

24. In § 49 Absatz 1 Nummer 3a wird nach dem Wort „Mutterschaftsgeld“ ein Komma und das Wort „Verletztengeld“ eingefügt.

25. § 50 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

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

b) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Ferner besteht rückwirkend kein Anspruch auf Krankengeld, wenn der Bescheid über die Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung wegen des Überschreitens der Hinzuverdienstgrenze nach § 34 Absatz 2 des Sechsten Buches rückwirkend aufgehoben wird.“

26. Nach § 51 Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Versicherten, die eine Teilrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen, kann die Krankenkasse eine Frist von vier Wochen setzen, innerhalb der sie einen Antrag nach § 34 Absatz 3e des Sechsten Buches zu stellen haben.“

27. § 55 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 wird die Angabe „50 v. H.“ durch die Angabe „60 Prozent“ ersetzt.

bb) In Satz 3 wird die Angabe „um 20 v. H.“ durch die Wörter „auf 70 Prozent“ ersetzt.

cc) In Satz 5 wird wie die Angabe „um weitere 10 v. H.“ 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 für die zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen der jeweiligen Regelversorgung festgesetzten Beträge“ und die Wörter „den doppelten Festzuschuss“ durch die Wörter „den zusätzlichen Betrag“ ersetzt.

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

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

bb) In Satz 3 werden die Wörter „der zweifachen Festzuschüsse“ werden durch die Wörter „des zusätzlichen Betrages nach Absatz 2 Satz 1“ ersetzt.

28. § 57 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden die Sätze 8 und 9 wie folgt gefasst:

„Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet das zuständige Schiedsamt gemäß § 89. Die Festsetzungsfristen nach § 89 Absatz 3 und 4 sowie Absatz 9 betragen für die Festsetzungen nach den Sätzen 2 bis 4 abweichend zwei Monate.“

b) In Absatz 2 werden die Sätze 8 und 9 wie folgt gefasst:

„Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet das zuständige Schiedsamt gemäß § 89. Die Festsetzungsfristen nach § 89 Absatz 3 und 4 sowie Absatz 9 betragen für die Festsetzungen nach Satz 1 abweichend jeweils einen Monat.“

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

a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Soweit keine Einigung über die Durchführung eines Modellvorhabens erzielt wird, kann jede Vertragspartei das Schiedsgremium zur Festsetzung des Inhalts einer Vereinbarung nach Absatz 1 anrufen, das die in Absatz 1 Satz 1 genannten Beteiligten bilden; § 89a Absatz 3 bis 9, Absatz 10 Satz 2 sowie die Rechtsverordnung nach § 89a Absatz 11 gelten entsprechend.“

b) Die Sätze 3 und 4 werden aufgehoben.

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

„(2) Soweit keine Einigung über die Durchführung eines Modellvorhabens nach Absatz 1 erzielt wird, kann jede Vertragspartei das zuständige 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 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 wird die Angabe „bis zum 31. Dezember 2013“ gestrichen.

bb) Satz 8 wird wie folgt gefasst:

„Kommt eine Vereinbarung nach Satz 5 nicht zustande, entscheidet das zuständige Schiedsgremium gemäß § 89a.“

cc) Die Sätze 9 bis 12 werden aufgehoben.

32. In § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 werden nach dem Wort „Maßnahmen“ die Wörter „einschließlich der Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer“ eingefügt.

33. In § 73b Absatz 5 Satz 3 wird die Angabe „§ 20d“ durch die Angabe „§ 20i“ ersetzt.

34. 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 seiner Richtlinie nach § 92 bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] das Verfahren zur regelmäßigen Feststellung über eine stufenweisen Wiedereingliederung nach Satz 2 fest.“

35. § 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 erster Halbsatz 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 1. April 2019 für 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche unter einer bundesweit einheitlichen Telefonnummer erreichbar sein müssen;“

cc) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Terminservicestelle hat Versicherten

1. innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 zu vermitteln,
2. bei der Suche nach einem Hausarzt zu unterstützen, den sie nach § 76 Absatz 3 Satz 2 wählen möchten und
3. ab dem 1. April 2019 in Akutfällen auch ohne Vorliegen einer Überweisung eine unmittelbare ärztliche Versorgung zu vermitteln, die auf der Grundlage einer Priorisierung zu erfolgen hat.“

dd) Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„Für die Vermittlung von Behandlungsterminen bei einem Facharzt muss mit Ausnahme von Behandlungsterminen bei einem Augenarzt oder einem Frauenarzt eine Überweisung vorliegen; eine Überweisung muss auch in den Fällen des Satz 10 Nummer 2 vorliegen.“

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

ff) Im bisherigen Satz 5 wird das Wort „Facharzt“ durch das Wort „Arzt“ ersetzt.

- gg) 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.
- hh) Im bisherigen Satz 7 wird die Angabe „Satz 6“ durch die Angabe „Satz 7“ ersetzt.
- ii) Im bisherigen Satz 9 wird die Angabe „Satz 7“ durch die Angabe „Satz 8“ ersetzt.
- jj) 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. in welchen Fällen es bei der Vermittlung zu einem Haus- oder zu einem Kinderarzt einer Überweisung bedarf,“
 - ccc) Die bisherigen Nummern 2 bis 4 werden die Nummern 3 bis 5.
 - ddd) In der bisherigen Nummer 2 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz 7“ ersetzt.
 - eee) In der bisherigen Nummer 3 wird die Angabe „Satz 7“ durch die Angabe „Satz 8“ ersetzt.
- kk) Im bisherigen Satz 12 werden die Wörter „Sätze 2 bis 11“ durch die Wörter „Sätze 2 bis 12“ ersetzt.
- ll) Im bisherigen Satz 13 werden die Wörter „Ab Inkrafttreten des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 6a Satz 3 gelten die Sätze 2 bis 11 für“ durch das Wort „Für“ ersetzt und werden nach der Angabe „§ 28 Absatz 3“ die Wörter „gelten Satz 2 und 3 Nummer 1 sowie die Sätze 6 bis 12“ eingefügt.
- mm) Im bisherigen Satz 14 wird das Wort „kann“ durch das Wort „unterstützt“ ersetzt und wird das Wort „unterstützen“ gestrichen.
- b) In Absatz 3c Satz 5 wird die Angabe „§ 89 Abs. 3 Satz 4 bis 6“ durch die Angabe „§ 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“ und der Punkt am Ende des Satzes durch ein Komma ersetzt.
 - ccc) Folgende Nummer 5 wird 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 aufstellen.“

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.“

36. § 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 eine neue Vereinbarung bis zum Ende der Vereinbarungszeit nicht zustande, entscheidet das zuständige Schiedsgremium gemäß § 89a.“

37. In § 76 Absatz 1a wird die Angabe „§ 75 Absatz 1a Satz 6“ durch die Angabe „§ 75 Absatz 1a Satz 7“ ersetzt.

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

„(3b) Die Einrichtungen nach Absatz 1 dürfen personenbezogene Daten an die Zulassungsausschüsse sowie an die für die Abrechnungsprüfung und die für die Überwachung der Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zuständigen Stellen übermitteln, soweit dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Zuständigkeitsbereich des jeweiligen Empfängers erforderlich ist. Die nach Satz 1 übermittelten Daten dürfen von dem jeweiligen Empfänger nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihm übermittelt worden sind.“

39. § 85 Absatz 4b bis 4f werden aufgehoben.

40. § 87 wird wie folgt geändert:

a) Nach § 87 Absatz 1b wird folgender Absatz 1c eingefügt:

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

1. bei kieferorthopädischen Maßnahmen,
2. bei der Behandlung von Parodontopathien,
3. bei der Versorgung von Zahnersatz und Zahnkronen,
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 der Krankenversicherung eine gutachterliche Stellungnahme im Wege des im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehene Gutachterverfahrens einholen. ²Das Nähere insbesondere zur Bestellung der Gutachter, Einleitung des Gutachterverfahrens sowie der Begutachtung wird durch die Bundesmantelvertragspartner geregelt. ³Der behandelnde Vertragszahnarzt ist

verpflichtet, dem von der Krankenkasse benannten vertragszahnärztlichen Gutachter die für die gutachterliche Stellungnahme erforderlichen Daten zu übermitteln. ⁴Der vertragszahnärztliche Gutachter darf die vom Vertragszahnarzt übermittelten Daten nur zur Erstellung der in Satz 1 genannten gutachterlichen Stellungnahme verarbeiten. ⁵Im Übrigen gilt § 275 Absatz 5, § 276 Absatz 1, Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 und § 277 Absatz 1 Sätze 1 bis 3 für das im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehene Gutachterwesen entsprechend.“

b) Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Im Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ist 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. Basis der Kalkulation bilden grundsätzlich die Daten der Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten des Statistischen Bundesamtes nach dem Gesetz über die Kostenstrukturstatistik (KoStrukStatG); ergänzend können sachgerechte Stichproben von Daten über die Einnahmen und Aufwendungen bei vertragsärztlichen Leistungserbringern verwendet werden. Der Bewertungsausschuss hat die nächste Aktualisierung der Bewertung gemäß Satz 3 spätestens bis zum 30. September 2019 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 31. März 2019 ein Konzept vor, wie er die verschiedenen Leistungsbereiche im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen einschließlich der Sachkosten anpassen wird. Dabei soll die Bewertung der technischen Leistungen, die in einem bestimmten Zeitraum erbracht werden, insgesamt so festgelegt werden, dass sie ab einem bestimmten Schwellenwert mit zunehmender Menge sinkt.“

c) Absatz 2a Satz 23 wird wie folgt gefasst:

„Die Regelungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen für die Versorgung im Notfall und im Notdienst sind nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren; mit Wirkung zum 1. April 2019 sind die Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall von allen Leistungserbringern abrechnungsfähig, die einen Versicherten in Akutfällen während der Sprechstundenzeiten auf Vermittlung der Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 behandeln.“

d) Absatz 2b wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen der hausärztlichen Versorgung sollen als Versichertenpauschalen abgebildet werden; für folgende Leistungen sind Einzelleistungen oder Leistungskomplexe vorzusehen:

1. Leistungen, die besonders gefördert werden sollen,
2. Leistungen, die nach Absatz 2a Satz 7 telemedizinisch erbracht werden können,
3. Leistungen, die nach Absatz 2a Satz 8 im Wege der Delegation erbracht werden können und

4. Leistungen für eine erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2.“

bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Pauschalen nach Satz 1 sind einerseits nach Patienten, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals diagnostiziert und behandelt werden, sowie andererseits nach Patienten, bei denen eine begonnene Behandlung fortgeführt wird, spätestens mit Wirkung zum 1. April 2019 und soweit möglich nach Morbiditätskriterien zur Abbildung des Schweregrades der Erkrankung zu differenzieren.“

cc) Folgende Sätze werden angefügt:

„In den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ist mit Wirkung zum 1. April 2019 ein Zuschlag für die erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 aufzunehmen. Sofern zum 1. April 2019 keine Regelung im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgenommen ist, können die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer bis zur Wirksamkeit einer Regelung im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen einen Betrag in Höhe von 2 Euro abrechnen.“

e) Absatz 2c Satz 1 und 2 werden wie folgt gefasst:

„Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen der fachärztlichen Versorgung sollen arztgruppenspezifisch und unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen als Grund- und Zusatzpauschalen abgebildet werden; für folgende Leistungen sollen Einzelleistungen vorgesehen werden:

1. Leistungen, bei denen dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist,
2. Leistungen, die nach Absatz 2a Satz 7 telemedizinisch erbracht werden können,
3. Leistungen, die nach Absatz 2a Satz 8 im Wege der Delegation erbracht werden können.

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; die Grundpauschalen sind, soweit dies für die Arztgruppe medizinisch nicht als sachwidrig anzusehen ist, einerseits nach Patienten, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals diagnostiziert und behandelt werden, sowie andererseits nach Patienten, bei denen eine begonnene Behandlung fortgeführt wird, spätestens mit Wirkung zum 1. April 2019 und soweit möglich und sachgerecht nach Morbiditätskriterien zur Abbildung des Schweregrades der Erkrankung, falls dieser nicht durch die Zusatzpauschalen nach Satz 3 berücksichtigt wird, zu differenzieren.“

- f) In Absatz 2d wird die Angabe „2a Satz 3,“ gestrichen.
- g) Der bisherige Absatz 2g wird Absatz 2f.
- h) Nach Absatz 2f wird folgender Absatz 2g eingefügt:

„(2g) Der Bewertungsausschuss hat auf Grundlage der Vereinbarung nach § 19a Satz 6 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) spätestens innerhalb von drei Monaten nachdem diese Vereinbarung geschlossen worden ist, die Voraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen der Versichertenpauschalen nach § 87 Absatz 2b und der Grundpauschalen nach § 87 Absatz 2c in der offenen Sprechstunde im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zu regeln. Hierbei ist zu gewährleisten, dass zusätzlich zu den Leistungen in der offenen Sprechstunde, Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung bei einem vollen Versorgungsauftrag in einem Umfang von 20 Wochenstunden und bei einem hälftigen Versorgungsauftrag von zehn Wochenstunden erbracht und abgerechnet werden. Für die Abrechnung von Leistungen in der offenen Sprechstunde hat im fachärztlichen Versorgungsbereich eine Überweisung nach den Vorgaben des Bundesmantelvertrags-Ärzte vorzuliegen. Einer Überweisung bedarf es für die Abrechnung durch einen Augenarzt oder Frauenarzt nicht.“

- i) In Absatz 3b werden die Sätze 3 bis 7 durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Erfüllt das Institut seinen Aufgaben nicht in dem vorgesehenen Umfang oder nicht entsprechend der 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.“

- j) Absatz 3d wird wie folgt gefasst:

„(3d) Über die Ausstattung des Instituts nach Absatz 3b mit den für die Aufgabenwahrnehmung erforderlichen Sachmittel, die Einstellung des Personals und 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 gerecht wird. Absatz 6 gilt entsprechend. Über die Ausstattung des beauftragten Dritten nach Absatz 3b mit den für die Aufgabenwahrnehmung erforderlichen Sach- und Personalmitteln sowie die Nutzung der Daten gemäß Absatz 3f entscheidet das Bundesministerium für Gesundheit.“

- k) In Absatz 4 Satz 2 wird die Angabe „§ 89 Abs. 3“ durch die Angabe „§ 89 Absatz 6“ ersetzt.

- l) 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 und um drei weitere Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu ergänzen. Kommt durch übereinstimmenden Beschluss aller Mitglieder eine Vereinbarung des ergänzten Bewertungsausschusses nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet auf Verlangen von mindestens zwei Mitgliedern das zuständige Schiedsgremium gemäß § 89a. Absatz 5 Satz 2 bis 4 und Absatz 6 gilt entsprechend.“

- m) 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 beauftragen, Datenerhebungen in Auftrag geben oder Sachverständigengutachten einholen, soweit die Bewertungsausschüsse die Beratungen sowie die Beschlussfassungen

nicht oder nicht in einem angemessenen Umfang vorbereiten oder durchführen.“

bb) In Satz 9 neu wird die Angabe „6“ durch die Angabe „7“ ersetzt.

41. § 87a wird wie folgt geändert:

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

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

1. Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses,
2. Leistungen, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 erbracht werden, soweit es sich nicht um Fälle nach § 75 Absatz 1a Satz 8 handelt,
3. Leistungen der erfolgreichen Vermittlung eines Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2,
4. Leistungen, die während der Sprechstundenzeiten in Akutfällen nach § 87 Absatz 2a Satz 23 und in Notfällen erbracht werden,
5. Leistungen der Versicherten- und Grundpauschalen nach § 87 Absatz 2b Satz 3 und Absatz 2c Satz 2 für Patienten, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals diagnostiziert und behandelt werden und
6. Leistungen der Versicherten- und Grundpauschalen für Patienten, die in der offenen Sprechstunde nach § 87 Absatz 2g behandelt werden.

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

b) 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 werden nach den Wörtern „Absatz 3 Satz 5“ die Wörter „und 6“ eingefügt.

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

43. § 87d wird aufgehoben.

44. In § 87e Satz 1 wird nach der Angabe „§ 28 Absatz 2 Satz 2“ die Angabe „, § 29 Absatz 5“ eingefügt.

45. § 89 wird wie folgt gefasst:

Schiedsamt

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

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

(3) Kommt ein Vertrag über die vertragsärztliche Versorgung ganz oder teilweise nicht zustande, setzt das Schiedsamt mit der Mehrheit der Stimmen der Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Vertragsinhalt fest. Wird ein erforderlicher Antrag nicht gestellt, kann nach Fristsetzung durch die Aufsichtsbehörde oder nach Ablauf einer für das Zustandekommen des Vertrages gesetzlich vorgeschriebenen Frist auch die Aufsichtsbehörde das Schiedsamt mit Wirkung für die Parteien anrufen.

(4) Kündigt eine Vertragspartei einen Vertrag, hat sie die Kündigung dem zuständigen Schiedsamt schriftlich mitzuteilen. Kommt bis zum Ablauf eines Vertrages ein neuer Vertrag nicht zustande, setzt das zuständige Schiedsamt mit der Mehrheit der Stimmen der Mitglieder innerhalb von drei Monaten dessen Inhalt fest. In diesem Fall gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages bis zur Entscheidung des Schiedsamts weiter.

(5) Die Schiedsämter nach den Absätzen 1 und 2 bestehen aus je vier Vertretern der Ärzte und vier Vertretern der Krankenkassen sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Bei der Entscheidung über einen Vertrag, der nicht alle Kassenarten betrifft, wirken nur Vertreter der betroffenen Kassenarten im Schiedsamt mit. Die in Absatz 1 genannten Krankenkassen und Verbände der Krankenkassen 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 durch die Organisationen, die das Schiedsamt bilden, bestellt. Kommt eine Bestellung durch die Organisationen nicht zustande, bestellt nach Fristsetzung die Aufsichtsbehörde die Vertreter und Stellvertreter.

(6) Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Parteien einigen. § 213 Absatz 2 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung gilt für die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen entsprechend. Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, erfolgt eine Bestellung des Vorsitzenden, der weiteren unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreter nach Fristsetzung durch die Aufsichtsbehörde. Die unparteiischen Mitglieder gelten als bestellt, sobald sie sich den beteiligten Organisationen 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 können aus wichtigem Grund von der zuständigen Aufsichtsbehörde abberufen werden; die Vertreter der Ärzte und der Krankenkassen können von den Organisationen, die sie bestellt haben, abberufen werden. Eine Amtsniederlegung ist gegenüber den beteiligten Organisationen zu erklären. Die Mitglieder sind verpflichtet, an den Sitzungen 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. Bei Beschlussunfähigkeit ist eine erneute Sitzung innerhalb von 14 Kalendertagen seit der ersteinberufenen Sitzung einzuberufen. Auf dieser erneuten

Sitzung ist die Beschlussfähigkeit gegeben, wenn der Vorsitzende oder dessen Stellvertreter und mehr als die Hälfte der Mitglieder des Schiedsamtes oder deren Stellvertreter anwesend sind. Ist auch dann keine Beschlussfähigkeit gegeben, entscheiden die unparteiischen Mitglieder des Schiedsamtes.

(9) Trifft das Schiedsamt innerhalb von drei Monaten nach Einleitung des Verfahrens keine Entscheidung, setzt die für das Schiedsamt zuständige Aufsichtsbehörde eine Frist zur Entscheidung. Nach Ablauf der 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 Schiedsamtes haben keine aufschiebende Wirkung; für Entscheidungen der Aufsichtsbehörden nach dieser Vorschrift gilt entsprechendes. Ein Vorverfahren findet nicht statt.

(10) Die Aufsicht über die Schiedsämter nach Absatz 1 führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder oder die von den Landesregierungen durch Rechtsverordnung bestimmten Behörden; die Landesregierungen können diese Ermächtigung auf die obersten Landesbehörden weiterübertragen. Die Aufsicht über die Schiedsämter nach Absatz 2 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 Schiedsämter über die Vergütung der Leistungen nach § 57 Absatz 1 und 2, §§ 83, 85 und § 87a sind den zuständigen Aufsichtsbehörden 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 2 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 Bundesschiedsamt. 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 und 10 Satz 2 sowie die auf Grund des Absatzes 11 erlassene Schiedsamtsverordnung entsprechend.

(13) Die Innungsverbände der Zahntechniker, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen bilden ein Landesschiedsamt. 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 und 6 sowie Absatz 10 Satz 2 entsprechend.“

46. Nach § 89 wird folgender § 89a eingefügt:

Sektorenübergreifendes Schiedsgremium

(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie die Landeskrankenhausgesellschaften oder die Vereinigungen der Krankenhausträger im Land bilden für jedes Land 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 mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder innerhalb von drei Monaten in den ihnen durch Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes zugewiesenen Aufgaben. Wird ein erforderlicher Antrag nicht gestellt, kann nach Fristsetzung durch die Aufsichtsbehörde oder nach Ablauf einer für das Zustandekommen des Vertrages gesetzlich vorgeschriebenen Frist auch die Aufsichtsbehörde das Schiedsgremium mit Wirkung für die Parteien anrufen.

(4) Kündigt eine Vertragspartei einen sektorenübergreifenden Vertrag, hat sie die Kündigung dem zuständigen sektorenübergreifenden Schiedsgremium schriftlich mitzuteilen. Kommt bis zum Ablauf eines Vertrages ein neuer Vertrag nicht zustande, setzt das zuständige sektorenübergreifende Schiedsgremium mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder innerhalb von drei Monaten dessen Inhalt fest. In diesem Fall gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrags bis zur Entscheidung des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums weiter.

(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 durch die Organisationen, die das Schiedsgremium bilden, bestellt. Kommt eine Bestellung durch die Organisationen nicht zustande, bestellt nach Fristsetzung die Aufsichtsbehörde die Vertreter und Stellvertreter.

(6) Über den Vorsitzenden und das weitere unparteiische Mitglied sowie deren Stellvertreter sollen sich die Parteien einigen. Soweit eine Einigung nicht zustande kommt, erfolgt eine Bestellung des Vorsitzenden und des unparteiischen Mitglieds und deren Stellvertreter nach Fristsetzung durch die Aufsichtsbehörde. Die unparteiischen Mitglieder gelten als bestellt, sobald sie sich den beteiligten Organisationen 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 können aus wichtigem Grund von der zuständigen Aufsichtsbehörde abberufen werden; die Vertreter der Ärzte, der Krankenkassen und der zugelassenen Krankenhäuser können von den Organisationen, die sie bestellt haben, abberufen werden. Eine Amtsniederlegung ist gegenüber den beteiligten Organisationen zu erklären. Die Mitglieder sind verpflichtet, an den Sitzungen teilzunehmen oder bei Verhinderung ihre Stellvertreter zu benachrichtigen. Eine Stimmenthaltung ist unzulässig. Jedes Mitglied hat eine Stimme.

(8) Das Schiedsgremium ist beschlussfähig, wenn alle Mitglieder oder deren Stellvertreter anwesend sind. Bei Beschlussunfähigkeit entscheidet das Schiedsgremium in einer zweiten einberufenen Sitzung mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen

der anwesenden Mitglieder. Ist auch bei einer zweiten einberufenen Sitzung keine Beschlussfähigkeit gegeben, entscheiden die beiden unparteiischen Mitglieder des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums; die Stimme des unparteiischen Vorsitzenden gibt den Ausschlag.

(9) Trifft das sektorenübergreifende Schiedsgremium innerhalb von drei Monaten nach Einleitung des Verfahrens keine Entscheidung, setzt die für das sektorenübergreifende Schiedsgremium zuständige Aufsichtsbehörde eine Frist zur Entscheidung. Nach Ablauf der Frist setzen die beiden unparteiischen Mitglieder des sektorenübergreifenden Schiedsgremium den Vertragsinhalt fest; die Stimme des unparteiischen Vorsitzenden gibt den Ausschlag. Die unparteiischen Mitglieder können auf Kosten der Vertragsparteien Datenerhebungen, Auswertungen oder Sachverständigengutachten in Auftrag geben. Klagen gegen Entscheidungen des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums haben keine aufschiebende Wirkung; für Entscheidungen der Aufsichtsbehörde nach dieser Vorschrift gilt entsprechendes. Ein Vorverfahren findet nicht statt.

(10) Die Aufsicht über die sektorenübergreifenden Schiedsgremien nach Absatz 1 führen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder oder die von den Landesregierungen durch Rechtsverordnung bestimmten Behörden; 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 §§ 87 und § 116b Absatz 6 sind den zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen. Die Aufsichtsbehörden können die Entscheidungen bei einem Rechtsverstoß innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage beanstanden.

(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 Entschädigungen für Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsämter, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten.

(12) Die Regelungen der Absätze 1 und 2 gelten nicht für die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung.“

47. § 95 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach der Angabe „§ 126 Absatz 3“ ein Komma und die Wörter „von anerkannten Praxisnetzen nach § 87b Absatz 4 in unterversorgten Regionen“ eingefügt und wird der zweite Halbsatz wie folgt gefasst:

„Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 sind nur zur Gründung fachbezogener medizinischer Versorgungszentren berechtigt.“

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„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.“

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 nach den Wörtern „angeordnet sind“ die Wörter „oder der Zulassung oder Anstellungsgenehmigung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 entgegenstehen“ eingefügt.
 - c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 4 werden nach dem Wort „Vereinigung“ die Wörter „bundeseinheitlich insbesondere anhand der abgerechneten Fälle und der Gebührenordnungspositionen mit den Angaben für den zur ärztlichen Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand nach § 87 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz“ eingefügt.
 - bb) In Satz 5 werden die Wörter „mindestens jährlich“ durch die Wörter „sowie der zuständigen Aufsichtsbehörde jeweils zum 30. Juni des Jahres“ ersetzt.
 - d) Nach Absatz 6 Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Gründungsvoraussetzung nach Absatz 1a Satz 1 liegt weiterhin vor, soweit angestellte Ärzte die Gesellschafteranteile der Ärzte nach Satz 4 übernehmen, solange sie in dem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind.“
 - e) In Absatz 7 Satz 1 werden nach dem Wort „endet“ ein Komma und 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.
 - f) In Absatz 9 Satz 1 werden nach den Wörtern „angeordnet sind“ die Wörter „oder Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 entgegenstehen“ eingefügt.
48. Dem § 96 Absatz 2 werden die folgenden Sätze angefügt:
- „In den Zulassungsausschüssen für Ärzte wirken die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden beratend mit. Das Mitberatungsrecht umfasst auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung sowie das Recht zur Beantragung zusätzlicher Zulassungen in ländlichen Gebieten eines Planungsbereichs, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind.“
49. § 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 Fachrichtungen oder Fachgebieten differenzierte Mindest- oder Höchstversorgungsanteile für Ärzte dieser Fachrichtungen oder Ärzte mit entsprechenden Schwerpunktkompetenzen festlegen.“
 - c) Im neuen Satz 10 wird die Angabe „Satz 7“ durch die Angabe „Satz 9“ ersetzt.
50. § 103 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 2 wird der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„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 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.“

b) In Absatz 3a Satz 3 zweiter Halbsatz werden nach dem Wort „besteht“ die Wörter „oder der Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 erfüllt“ eingefügt.

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

„(3b) In ländlichen Gebieten eines Planungsbereichs, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, sind auf Antrag der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden zusätzliche Zulassungen für eine Neuniederlassung zu erteilen. Die Bestimmung dieser ländlichen Gebiete obliegt den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden anhand der Raumbesichtigung und Raumabgrenzungen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Die zusätzlichen Arztstühle sind in den von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemäß § 99 aufzustellenden Bedarfsplänen auszuweisen.“

d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden nach dem Wort „Zulassung“ die Wörter „oder bei einem Antrag auf Erteilung zusätzlicher Zulassungen nach Absatz 3b“ eingefügt.

bb) In Satz 5 wird nach Nummer 8 der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 9 angefügt:

„9. bei medizinischen Versorgungszentren die Ergänzung des besonderen Versorgungsangebotes“

cc) Satz 10 wird aufgehoben.

e) Absatz 4a wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Ein Arzt nach Satz 1 kann in seinem bisherigen Planungsbereich weiter tätig sein, auch wenn der Sitz des anstellenden medizinischen Versorgungszentrums in einem anderen Planungsbereich liegt.“

bb) Der bisherige Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Medizinischen Versorgungszentren ist auf Antrag die Nachbesetzung einer Arztstelle möglich, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind; der Zulassungsausschuss kann den Antrag auf Nachbesetzung der Arztstelle ablehnen, wenn eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist.“

cc) Nach dem bisherigen Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„Dem Antrag ist stattzugeben, wenn die Nachbesetzung durch einen Nachfolger erfolgt, der Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 erfüllt.“

f) Absatz 4b wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Ein Arzt nach Satz 1 kann in seinem bisherigen Planungsbereich weiter tätig sein, auch wenn der Sitz des anstellenden Vertragsarztes in einem anderen Planungsbereich liegt.“

bb) Der bisherige Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Nachbesetzung der Stelle eines nach § 95 Absatz 9 Satz 1 angestellten Arztes ist auf Antrag möglich, auch wenn Zulassungsbeschränkung angeordnet sind; der Zulassungsausschuss kann den Antrag auf Nachbesetzung der Arztstelle ablehnen, wenn eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist.“

cc) Nach dem bisherigen Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„Dem Antrag ist stattzugeben, wenn die Nachbesetzung durch einen Nachfolger erfolgt, der Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 erfüllt.“

51. § 105 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden Satz 1 zweiter Halbsatz und die Sätze 2 und 3 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 bis zu 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 nach dem Wort „Ersatzkassen“ das Wort „haben“ eingefügt.

cc) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„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 und Entschädigungszahlungen nach § 103 Absatz 3a Satz 13.“

dd) Folgender Satz wird angefügt:

„Es ist sicherzustellen, dass die für den Strukturfonds bereitgestellten Mittel vollständig zur Förderung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung verwendet werden.“

- c) Nach Absatz 1a wird wie folgender Absatz 1b eingefügt:

„(1b) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können Einrichtungen betreiben, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung von Versicherten dienen, oder sich an solchen Einrichtungen beteiligen. Einrichtungen können auch durch Kooperationen und gemeinsam mit Krankenhäusern und auch in Form mobilen Praxen, Patientenbussen oder ähnliche Versorgungsangebotsformen sowie für die Durchführung von mobilen oder digitalen Sprechstunden betrieben werden. In Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 100 Absatz 1 getroffen hat, sind die Kassenärztlichen Vereinigungen zum Betreiben von Einrichtungen verpflichtet. Für die Vergütung der ärztlichen Leistungen, die in den Einrichtungen erbracht werden, sind die Regelungen nach den §§ 87 bis 87c anzuwenden.“

- d) Absatz 3 wird aufgehoben.

- e) Absatz 4 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 oder 3 getroffen, sind von der Kassenärztlichen Vereinigung in diesen Gebieten Sicherstellungszuschläge an die dort tätigen vertragsärztlichen Leistungserbringer zu zahlen; über die Höhe der Sicherstellungszuschläge je Arzt und über die Anforderungen an den berechtigten Personenkreis entscheidet der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen.“

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

„In den Vereinbarungen nach § 106 Absatz 1 Satz 2 sind für die Prüfungen nach Absatz 1 und nach Satz 3 Praxisbesonderheiten als Kriterien für Unterschiede, die sich aus Besonderheiten in Standort- und Strukturmerkmalen des Leistungserbringers oder in bestimmten Behandlungsfällen ergeben, festzulegen. Die Praxisbesonderheiten sind vor Durchführung der Prüfungen als besonderer Versorgungsbedarf anzuerkennen, dies gilt insbesondere auch bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von Besuchsleistungen.“

53. § 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 die Angabe „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 das Wort „nach“ durch das Wort „gemäß“ ersetzt.

bb) Satz 2 wird aufgehoben.

54. In § 106d Absatz 7 wird das Wort „Absatz 4b“ durch das Wort „Absatz 4“ ersetzt.

55. § 114 wird wie folgt geändert:

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

- b) In Absatz 5 wird die Angabe „und der erweiterten Schiedsstelle (§ 115 Abs. 3)“ gestrichen.
56. § 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 das zuständige Schiedsgremium gemäß § 89a auf Antrag einer Vertragspartei.“
- b) Absatz 3a wird aufgehoben.
57. § 115b Absatz 3 wird wie folgt gefasst:
- „(3) Wird eine Vereinbarung nach Absatz 1 ganz oder teilweise beendet und kommt eine neue Vereinbarung bis zum Ende der Vereinbarungszeit nicht zustande, entscheidet das zuständige Schiedsgremium gemäß § 89a auf Antrag einer Vertragspartei.“
58. § 116b Absatz 6 Satz 7 wird wie folgt gefasst:
- „Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet das zuständige Schiedsgremium gemäß § 89a auf Antrag einer Vertragspartei.“
59. § 117 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- a) Satz 5 wird die folgt gefasst:
- „Wird eine Vereinbarung ganz oder teilweise beendet und kommt eine neue Vereinbarung bis zum Ende der Vereinbarungslaufzeit nicht zustande, entscheidet das zuständige Schiedsgremium gemäß § 89a auf Antrag einer Vertragspartei.“
- b) Die Sätze 6, 7 und 8 werden aufgehoben.
60. § 118 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- a) Satz 3 wird wie folgt gefasst:
- „Wird der Vertrag ganz oder teilweise beendet und kommt ein neuer Vertrag bis zum Ende der Vertragslaufzeit nicht zustande, entscheidet das zuständige Schiedsgremium gemäß § 89a auf Antrag einer Vertragspartei.“
- b) Die Sätze 4 und 5 werden aufgehoben.
61. § 118a Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:
- „Wird eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise beendet und kommt eine neue Vereinbarung bis zum Ende der Vereinbarungszeit nicht zustande, entscheidet das zuständige Schiedsgremium gemäß § 89a auf Antrag einer Vertragspartei.“
62. In § 120 Absatz 3a Satz 1 werden die Wörter „Absatz 3 Satz 5“ durch die Wörter „Absatz 3 Satz 6“ ersetzt.
63. § 129 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:

„In einem Vertrag nach Satz 1 über die Versorgung mit Impfstoffen ist sicherzustellen, dass die Krankenkassen die Kosten für Impfstoffe bis zum Preis des zweitgünstigsten Herstellers übernehmen.“

- b) In Absatz 8 Satz 4 wird die Angabe „§ 89 Absatz 3 Satz 4 bis 6“ durch die Angabe „§ 89 Absatz 6 Satz 3“ ersetzt.
- c) Absatz 10 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Es kann durch Rechtsverordnung 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 an den Sitzungen sowie über die Verteilung der Kosten regeln.“

64. § 130b wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 5 Satz 5 wird die Angabe „§ 89 Absatz 3 Satz 4 bis 6“ durch die Angabe „§ 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 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.

65. In § 132a Absatz 3 Satz 5 wird die Angabe „§ 89 Absatz 3 Satz 5 und 6“ durch die Angabe „§ 89 Absatz 6 Satz 3“ ersetzt.

66. § 132d Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen einzeln oder gemeinsam schließen mit Wirkung für ihre Mitgliedschaften unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37b und der Empfehlungen nach Absatz 2 einheitliche Versorgungsverträge über die Durchführung der Leistungen nach § 37b mit den maßgeblichen Vertretern der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung auf Landesebene. In den Versorgungsverträgen sind auch die Grundzüge der Vergütung zu vereinbaren. Personen oder Einrichtungen, die die in den Versorgungsverträgen nach Satz 1 festgelegten Voraussetzungen erfüllen, haben Anspruch auf Abschluss eines zur Versorgung berechtigenden Vertrages mit den Krankenkassen, in dem die Einzelheiten der Versorgung und die Vergütungen zu vereinbaren sind. Dabei sind regionale Besonderheiten angemessen zu berücksichtigen. Im Fall der Nichteinigung wird der Inhalt der Verträge nach diesem Absatz durch eine von den jeweiligen Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für den vertragschließenden Landesverband nach Satz 1 oder für die vertragschließende Krankenkasse nach Satz 3 zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.“

67. § 134a Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- a) Satz 5 wird wie folgt neu gefasst:

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

b) Der folgende Satz wird angefügt:

„Die Amtsdauer beträgt in diesem Fall ein Jahr.“

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

69. § 137e Absatz 4 Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Kommt eine Vereinbarung nach Satz 4 nicht innerhalb von 3 Monaten nach Erteilung des Auftrags des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 5 zustande, wird ihr Inhalt durch das zuständige Schiedsgremium gemäß § 89a festgelegt; abweichend von § 89a Absatz 9 Satz 1 ist die Entscheidung innerhalb von sechs Wochen zutreffen.“

70. In § 140a Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „§ 20d“ durch die Angabe „§ 20i“ ersetzt.

71. § 188 Absatz 2 Satz 3 wird aufgehoben.

72. In § 190 Absatz 11a werden nach der Angabe „Nummer 6“ die Wörter „in der am ... [einsetzen: Datum des Tages vor dem Tag des Inkrafttretens nach Artikel 15 Absatz 1] geltenden Fassung“ eingefügt.

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

„(3b) Die Einrichtungen nach Absatz 1 dürfen personenbezogene Daten an die für die Entscheidung über die Teilnahme von Leistungserbringern an der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie die für die Leistungsgewährung und die für die Abrechnung von Leistungen zuständigen Stellen übermitteln, soweit dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Zuständigkeitsbereich dieser Stellen erforderlich ist. 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 Medizinischen Dienste der Krankenversicherung dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhoben oder an sie übermittelt wurden, an die Einrichtungen nach Absatz 1 übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist. Die nach Satz 3 übermittelten Daten dürfen von dem Empfänger nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihm übermittelt worden sind.“

74. 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.“

75. In § 225 Satz 1 Nummer 1 und 3 wird jeweils das Wort „oder“ durch das Wort „bis“ ersetzt.

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

„Ein Beitragsbescheid ist mit Wirkung für die Vergangenheit aufzuheben, soweit Nachzahlungen nach Satz 1 und 2 bei der Beitragsbemessung zu berücksichtigen sind.“

77. § 235 wird wie folgt geändert:

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

b) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „gilt“ durch das Wort „gelten“ ersetzt.

- c) In Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „3“ durch die Angabe „2“ ersetzt.
78. In § 237 Satz 3 werden nach dem Wort „für“ die Wörter „die Leistungen der Hinterbliebenenversorgung nach § 229 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und“ eingefügt.
79. § 256 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „, die eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen,“ gestrichen.
 - b) Absatz 4 wird aufgehoben.
80. Dem § 274 Absatz 1 werden die folgende Sätze angefügt:
- „Das Bundesministerium für Gesundheit kann im Rahmen seiner Prüfungen nach Satz 2 in besonderen Fällen Wirtschaftsprüfer oder spezialisierte Rechtsanwaltskanzleien mit einzelnen Bereichen der Prüfungen beauftragen. Die entstehenden Kosten nach Satz 7 sind Kosten der Prüfung im Sinne von Absatz 2.“
81. Dem § 275 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:
- „Das im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehene Gutachterverfahren nach § 87 Absatz 1b bleibt unberührt.“
82. § 284 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
- a) In Nummer 7 werden nach dem Wort „Dienstes“ die Wörter „und die Beteiligung des im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenen Gutachterverfahrens,“ angefügt.
 - b) In Nummer 12 werden die Wörter „nach dem § 87a“ durch die Wörter „der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Leistungserbringung sowie von Vergütungsverträgen nach § 115a Absatz 3“ ersetzt.
 - c) In Nummer 13 werden die Wörter „soweit Verträge ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschlossen wurden,“ gestrichen.
83. § 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) Die 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 „5“ durch die Angabe „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 in elektronischer Form erklärt hat, dieses Zugriffsverfahren zu nutzen.“

cc) In dem neuen Satz 10 wird die Angabe „5“ durch die Angabe „4“ ersetzt.

c) Dem Absatz 5c werden die folgenden Sätze 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.“

d) In Absatz 6 Satz 2 werden die Wörter „5 und“ gestrichen.

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 Absatz 4“ durch die Angabe „§ 89 Absatz 2“ ersetzt.

84. § 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 Satz 5 bis 7 die Gesellschaft für Telematik im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik den Umfang der Zulassung für die erforderlichen Komponenten und Dienste einschließlich der Anforderungen an die Sicherheit und das Nähere zum Zulassungsverfahren fest. Die Festlegungen nach Satz 13 sind von der Gesellschaft für Telematik bis zum 31. März 2019 zu veröffentlichen.“

c) 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.“

d) 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.“

85. § 293 Absatz 7 Satz 12 wird wie folgt gefasst:

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

86. § 295 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„Übermittlungspflichten und Abrechnung bei ärztlichen Leistungen“

b) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

„1. die von ihnen festgestellten Arbeitsunfähigkeitsdaten,“

bb) In 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.

cc) Vor dem Punkt am Ende werden die Wörter „; die Angaben nach Nummer 1 sind unter Angabe der Diagnosen sowie unter Nutzung der Telematikinfrastruktur nach § 291a unmittelbar elektronisch an die Krankenkasse zu übermitteln“ eingefügt.

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

d) In Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 wird 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.

87. § 295a wird wie folgt geändert:

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

b) Im Absatz 1 Satz 1 werden nach der Angabe „§ 73b“ ein Komma und die Angabe „§ 132e“ eingefügt.

88. Dem § 299 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Soweit die Richtlinien, Beschlüsse und Vereinbarungen nach Satz 1 vorsehen, dass den Leistungserbringern nach Satz 1 Daten der von ihnen behandelten Versicherten versichertenbezogen für Zwecke der Qualitätssicherung im erforderlichen Umfang übermittelt werden, dürfen die Leistungserbringer diese versichertenbezogenen Daten mit den bei ihnen vorliegenden Daten unter Herstellung des Versichertenbezugs zusammenführen.“

89. § 305 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Auf Verlangen der Versicherten und mit deren Einwilligung können die Krankenkassen an von den Versicherten benannte Dritte Daten nach Satz 1 auch elektronisch übermitteln. Bei der Übermittlung an Anbieter elektronischer Patientenakten muss sichergestellt werden, dass die Daten nicht ohne ausdrückliche Einwilligung der Versicherten von den Krankenkassen oder Dritten eingesehen werden können. Zum Schutz vor unbefugter Kenntnisnahme der Daten der Versicherten, insbesondere zur sicheren Identifizierung des Versicherten und des Dritten nach Satz 2 sowie zur sicheren Datenübertragung ist die Richtlinie nach § 217f Absatz 4b entsprechend anzuwenden“

b) Im neuen Satz 6 werden nach den Wörtern „nach Satz 1“ die Wörter „und die Übermittlung nach Satz 3“ eingefügt.

Artikel 2

Änderung des Bundesvertriebenengesetzes

§ 11 Absatz 6 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 aufgehoben.

Artikel 3

Änderung des Sozialgerichtsgesetzes

In § 29 Absatz 4 Nummer 1 des Sozialgerichtsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. September 1975 (BGBl. I S. 2535), das zuletzt durch Artikel 5 Absatz 5 des Gesetzes vom 8. Oktober 2017 (BGBl. I S. 3546) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Angabe „§ 89 Abs. 4“ wird durch die Angabe „§ 89 Absatz 2“ und die Angabe „§ 89 Abs. 7“ wird durch die Angabe „§ 89 Absatz 12“ ersetzt.
2. Das Wort „und“ wird gestrichen und ein Komma eingefügt.
3. Vor das Wort „sowie“ werden die Wörter „, der sektorenübergreifenden Schiedsgremien nach § 89a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.

Artikel 4

Änderung des Aufwendungsausgleichsgesetzes

§ 11 Absatz 2 des Aufwendungsausgleichsgesetzes (Artikel 1 des Gesetzes 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. behinderte Menschen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten, die zu den Werkstätten in einem arbeitnehmerähnlichen Rechtsverhältnis stehen.“

Artikel 5

Änderung der Schiedsamtverordnung

Die Schiedsamtverordnung 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 gefasst:

„Verordnung über die Schiedsämter für die vertragsärztliche (vertragszahnärztliche) Versorgung und über die sektorenübergreifenden Schiedsgremien (Schiedsverordnung)

Eingangsformel

Auf Grund des § 89 Absatz 11 und des § 89a Absatz 11 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – verordnet das Bundesministerium für Gesundheit mit Zustimmung des Bundesrates:

Erster Abschnitt

Gemeinsame Vorschriften für die Schiedsämter für die vertragsärztliche und für die vertragszahnärztliche Versorgung und für die sektorenübergreifenden Schiedsgremien

§ 1 Anwendungsbereich

Die Vorschriften dieser Verordnung gelten für die Landes- und Bundesschiedsämter sowie für die sektorenübergreifenden Landesschiedsgremien und das sektorenübergreifende Bundesschiedsgremium gleichermaßen, soweit nichts Abweichendes bestimmt ist.

§ 2 Zusammensetzung der Schiedsämter und der sektorenübergreifenden Schiedsgremien

(1) Die Landesschiedsämter bestehen aus dem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, vier Vertretern der Ärzte (Zahnärzte) und vier Vertretern der Krankenkassen. Jedes Mitglied hat zwei Stellvertreter, die von der Körperschaft bestellt werden, die das Mitglied bestellt.

(2) Bei der Entscheidung über einen Vertrag, der nicht alle Kassenarten betrifft, wirken nur Vertreter der betroffenen Kassenarten mit; ist nur eine Kassenart betroffen, wirken der Vertreter dieser Kassenart und einer seiner Stellvertreter mit. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können hiervon abweichende Regelungen vereinbaren, jedoch darf die Zahl von zwei Vertretern nicht unterschritten werden. Reduziert sich die Zahl der Vertreter der Krankenkassen, so reduziert sich die Zahl der Vertreter der Ärzte (Zahnärzte) entsprechend.

(3) Die Bundesschiedsämter bestehen aus dem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, vier Vertretern der Ärzte (Zahnärzte) und vier Vertretern der Krankenkassen. Jedes Mitglied hat zwei Stellvertreter, die von der Körperschaft bestellt werden, die das Mitglied bestellt. Die Vertreter der Krankenkassen werden von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestellt.

(4) Die sektorenübergreifenden Landesschiedsgremien bestehen aus dem unparteiischen Vorsitzenden, einem weiteren unparteiischen Mitglied, zwei Vertretern der Ärzte, zwei Vertretern der Krankenkassen und zwei Vertretern der zugelassenen Krankenhäuser. Jedes Mitglied hat zwei Stellvertreter, die von der Organisation bestellt werden, die das Mitglied bestellt.

(5) Das sektorenübergreifende Bundesschiedsgremium besteht aus dem unparteiischen Vorsitzenden, einem weiteren unparteiischen Mitglied, zwei Vertretern der Ärzte, zwei Vertretern der Krankenkassen und zwei Vertretern der zugelassenen Krankenhäuser. Jedes Mitglied hat zwei Stellvertreter, die von der Organisation bestellt werden, die das Mitglied bestellt.

(6) Wird ein Landesschiedsamt oder ein sektorenübergreifendes Landesschiedsgremium für die Bezirke mehrerer Kassenärztlicher (Kassenzahnärztlicher) Vereinigungen errichtet, so sollen sich die Kassenärztlichen (Kassenzahnärztlichen) Vereinigungen über die Vertreter der Ärzte (Zahnärzte) einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, so schlagen sie je

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.

§ 3 Abberufung

(1) Bei einer Abberufung der unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreter sind die beteiligten Organisationen vorher zu hören.

(2) Die Abberufung der Vertreter und ihrer Stellvertreter durch die Organisationen, die sie bestellt haben, ist dem Vorsitzenden mitzuteilen. Die Mitgliedschaft bleibt so lange bestehen, bis ein Nachfolger bestellt ist.

§ 4 Amtsniederlegung

Die Niederlegung des Amtes ist der für die Bestellung zuständigen Organisation gegenüber zu erklären. Diese hat den Vorsitzenden zu benachrichtigen. § 3 Absatz 2 Satz 2 gilt. Die Niederlegung des Amtes des Vorsitzenden und der weiteren unparteiischen Mitglieder ist den beteiligten Organisationen gegenüber zu erklären und der zuständigen Aufsichtsbehörde mitzuteilen. Die Erklärungen haben schriftlich zu erfolgen. Diese Bestimmungen gelten auch für die Stellvertreter.

§ 5 Amtsdauer neu hinzugetretener Mitglieder

Die Amtsdauer der während einer Amtsperiode neu hinzugetretenen Mitglieder endet mit dem Ablauf der Amtsperiode. § 26 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch gilt.

§ 6 Geschäftsstelle

Die Geschäfte der Landesschiedsämter und der sektorenübergreifenden Landesschiedsgremien werden bei den Landesverbänden der Ortskrankenkassen geführt, wenn und solange nicht die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes eine andere Stelle bestimmt hat. Die Geschäfte der Bundesschiedsämter und des sektorenübergreifenden Bundesschiedsgremiums werden bei dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen geführt. Für die Dauer eines Schiedsverfahrens, das nur eine Kassenart betrifft, werden die Geschäfte bei dem betroffenen Landesverband, den Ersatzkassen oder der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See geführt; Satz 1 zweiter Halbsatz bleibt unberührt.

§ 7 Einleitung des Schiedsverfahrens

(1) Das Schiedsverfahren beginnt mit dem von einer Vertragspartei gestellten Antrag, eine Einigung über den Inhalt des Vertrags herbeizuführen. Stellt keine Vertragspartei einen Antrag nach Satz 1, so beginnt das Schiedsverfahren mit dem von der zuständigen Aufsichtsbehörde gestellten Antrag.

(2) Ist ein gekündigter Vertrag bis zum Ablauf der Kündigungsfrist nicht durch einen neuen Vertrag ersetzt, so beginnt das Schiedsverfahren mit dem auf den Ablauf der Kündigungsfrist folgenden Tag. Die Vertragspartei, die die Kündigung ausgesprochen hat, hat das Schiedsamt bzw. das sektorenübergreifende Schiedsgremium schriftlich unter Darstellung des Sachverhalts über den fehlenden Neuabschluss des Vertrages zu benachrichtigen.

(3) Der Antrag auf Einleitung des Schiedsverfahrens nach Absatz 1 ist schriftlich bei dem Vorsitzenden des Schiedsamts bzw. des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums zu stellen. Der Antrag hat 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.

§ 8 Beratung und Beschlussfassung

(1) Das Schiedsamt bzw. das sektorenübergreifende Schiedsgremium entscheidet auf Grund mündlicher Verhandlung, zu der die Vertragsparteien zu laden sind. Es kann auch in Abwesenheit Beteiligter verhandelt werden, falls in der Ladung darauf hingewiesen ist. Die Aufsichtsbehörde ist zu den Sitzungen einzuladen. Das Recht der Aufsichtsbehörde zur Teilnahme an den Sitzungen umfasst auch das Recht zur Anwesenheit bei den Beratungen und der Beschlussfassung.

(2) Auf Verlangen der unparteiischen Vorsitzenden haben die Verfahrensbeteiligten dem Schiedsamt bzw. dem sektorenübergreifenden Schiedsgremium die für die Vorbereitung und die Entscheidung erforderlichen Stellungnahmen abzugeben, Auskünfte zu erteilen und Unterlagen vorzulegen. Kommt einer der Verfahrensbeteiligten seiner Mitwirkungsverpflichtung nicht oder nicht fristgemäß nach, kann der jeweilige unparteiische Vorsitzende auf Kosten dieses Verfahrensbeteiligten die erforderlichen Datenerhebungen in Auftrag geben, Sachverständigengutachten einholen und andere verfügbare Informationsquellen nutzen.

(3) Das Schiedsamt ist beschlussfähig, wenn seine Mitglieder oder deren stimmberechtigte Stellvertreter anwesend sind. Ist die Beschlussfähigkeit des Schiedsamtes nicht gegeben, so ist eine erneute Sitzung innerhalb von 14 Kalendertagen seit der ersteinberufenen Sitzung mit der gleichen Tagesordnung einzuberufen. Auf dieser erneuten Sitzung ist die Beschlussfähigkeit gegeben, wenn der Vorsitzende oder dessen Stellvertreter und mehr als die Hälfte der Mitglieder des Schiedsamtes oder deren stimmberechtigte Stellvertreter anwesend sind. Ist auch dann keine Beschlussfähigkeit gegeben, entscheiden die unparteiischen Mitglieder des Schiedsamtes. Auf diese Folge ist in der Einladung zur erneuten Sitzung ausdrücklich hinzuweisen.

(4) Das sektorenübergreifende Schiedsgremium ist beschlussfähig, wenn seine Mitglieder oder deren Stellvertreter anwesend sind. Ist die Beschlussfähigkeit des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums nicht gegeben, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium in einer erneuten einberufenen Sitzung mit der gleichen Tagesordnung mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der anwesenden Mitglieder. Ist auch dann keine Beschlussfähigkeit gegeben, entscheiden die unparteiischen Mitglieder des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums; die Stimme des unparteiischen Vorsitzenden gibt den Ausschlag. Auf diese Folge ist in der Einladung zur erneuten Sitzung ausdrücklich hinzuweisen.

(5) Die Beschlussfähigkeit ist vom Vorsitzenden festzustellen und in die Niederschrift aufzunehmen; sie gilt für die Dauer der Sitzung, wenn und solange der Vorsitzende und die anderen unparteiischen Mitglieder oder deren Stellvertreter und mehr als die Hälfte der Mitglieder oder stimmberechtigten Stellvertreter anwesend bleibt.

(6) Die Beratung und Beschlussfassung erfolgt in Abwesenheit der Vertreter der Vertragsparteien.

(7) Die Entscheidung des Schiedsamtes bzw. des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums ist schriftlich zu erlassen, zu begründen und den beteiligten Vertragsparteien zuzustellen. Die Beteiligten sind hierbei über die Zulässigkeit der Klage, die einzuhaltende Frist und den Sitz des zuständigen Sozialgerichts zu belehren.

§ 9 Reisekosten-, Erstattungs- und Entschädigungsregelungen für die unparteiischen Mitglieder

(1) Die Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder der Bundesschiedsämter und des sektorenübergreifenden Bundesschiedsgremiums oder ihre Stellvertreter erhalten Reisekosten nach dem Bundesreisekostengesetz. Der Anspruch richtet sich gegen den Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

(2) Die Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder der Landesschiedsämter und der sektorenübergreifenden Landesschiedsgremien oder ihre Stellvertreter erhalten Reisekosten nach dem Bundesreisekostengesetz. Der Anspruch richtet sich gegen die für die Geschäftsführung der Landesschiedsämter und der sektorenübergreifenden Landesschiedsgremien zuständige Stelle.

(3) Die Vorsitzenden und die weiteren unparteiischen Mitglieder der Schiedsämter und der sektorenübergreifenden Schiedsgremien oder ihre Stellvertreter erhalten für sonstige Barauslagen und für Zeitaufwand einen Pauschbetrag, dessen Höhe die beteiligten Organisationen im Benehmen mit ihnen festsetzen. Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 Satz 2 gelten entsprechend. Die Festsetzung bedarf der Zustimmung der Aufsichtsbehörde. Bei Verfahren mit besonderem Aufwand, Umfang, bei besonderer Bedeutung oder Schwierigkeit des Falls können die beteiligten Organisationen mit den unparteiischen Mitgliedern auch Honorarvereinbarungen abschließen.

§ 10 Erstattungs- und Entschädigungsregelungen für die von den Organisationen bestellten Mitglieder

Die von den Organisationen bestellten Mitglieder der Schiedsämter und der sektorenübergreifenden Schiedsgremien oder ihre Stellvertreter haben Anspruch auf Erstattung ihrer bareren Auslagen und eine Entschädigung für Zeitaufwand nach den für die Mitglieder der Organe der bestellenden Organisationen geltenden Grundsätzen. Der Anspruch richtet sich gegen die bestellende Organisation.

§ 11 Entschädigung oder Vergütung für Sachverständige und Zeugen

Sachverständige und Zeugen, die auf Beschluss des Schiedsamts oder des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums hinzugezogen worden sind, erhalten eine Entschädigung oder Vergütung entsprechend dem Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz.

§ 12 Gebühren

(1) Für die Festsetzung eines Vertrages durch das Schiedsamt oder das sektorenübergreifende Schiedsgremium wird eine Gebühr in Höhe von 200 bis 1200 Euro erhoben; die Gebühr setzt der Vorsitzende nach der Bedeutung und Schwierigkeit des Falles fest. Wird das Schiedsamtsverfahren in anderer Weise erledigt, so wird die Mindestgebühr erhoben.

(2) Die Gebühr wird fällig, sobald das Schiedsamt oder das sektorenübergreifende Schiedsgremium den Vertragsinhalt festgesetzt oder das Schiedsverfahren sich auf andere Weise erledigt hat.

(3) Die Gebühr ist von jeder der beteiligten Vertragsparteien in gleichen Anteilen zu tragen. Sind auf Seiten einer Vertragspartei mehrere Organisationen an dem Vertrag beteiligt, so haften sie gesamtschuldnerisch für den nach Satz 1 anfallenden Gebührenanteil.

§ 13 Verteilung der Kosten der Schiedsämter

Die Körperschaften tragen die Kosten für die von ihnen bestellten Vertreter selbst. Die nach Abzug der Gebühren (§ 12) verbleibenden Kosten für den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie die sonstigen sächlichen und persönlichen Kosten der Geschäftsführung tragen die beteiligten Vereinigungen der Ärzte (Zahnärzte) und die beteiligten Verbände der Krankenkassen je zur Hälfte. Der auf jeden Verband entfallende Kostenanteil bemisst sich nach der Zahl der Versicherten der beteiligten Verbände. Sind mehrere Kassenärztliche (Kassenzahnärztliche) Vereinigungen beteiligt, so trägt jede Vereinigung die Kosten anteilmäßig.

§ 14 Verteilung der Kostender sektorenübergreifenden Schiedsgremien

Die Organisationen tragen die Kosten für die von ihnen bestellten Vertreter selbst. Die nach Abzug der Gebühren (§ 12) verbleibenden Kosten für den Vorsitzenden und das weitere unparteiischen Mitglieder 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 anteilmäßig.

Zweiter Abschnitt Schlussvorschriften

§ 15 Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt mit dem auf ihre Verkündung folgenden Tage in Kraft.“

Artikel 6

Änderung der Schiedsstellenverordnung

Die 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 wie folgt geändert:

1. In § 2 Satz 1 werden nach dem Wort „Jahre“ das Komma und die Wörter „unbeschadet der Vorschrift des § 89 Abs. 3 Satz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ gestrichen.
2. Dem § 8 Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:
„Das Bundesministerium für Gesundheit kann teilnehmen.“
3. Dem § 9 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:
„Bei Verfahren mit besonderem Aufwand, Umfang, bei besonderer Bedeutung oder Schwierigkeit des Falls können die beteiligten Organisationen mit den unparteiischen Mitgliedern auch Honorarvereinbarungen abschließen.“

Artikel 7

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 8

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 eingefügt:

„§ 112a Qualitätssicherung bei ambulanten Betreuungsdiensten, Übergangsregelung“
 - b) Die Angabe zu § 125 wird wie folgt gefasst:

„§ 125 (weggefallen)“
2. § 25 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 werden nach dem ersten Semikolon die Wörter „bei Abfindungen, Entschädigungen oder ähnlichen Leistungen, die wegen Beendigung eines Arbeitsverhältnisses in Form nicht monatlich wiederkehrender Leistungen gezahlt werden, wird das zuletzt erzielte monatliche Arbeitsentgelt für den der Auszahlung folgenden Zeitraum berücksichtigt, der sich aus der Teilung der Entschädigungssumme durch das zuletzt erzielte Arbeitsentgelt ergibt;“ eingefügt.
 - b) In Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 werden nach dem Wort „war“ ein Semikolon und die Wörter „dies gilt auch, wenn die Familienversicherung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ausgeschlossen war“ eingefügt.
3. Dem § 37 wird folgender Absatz 9 angefügt:

„(9) Beratungen nach dieser Vorschrift dürfen von Betreuungsdiensten im Sinne des § 71 Absatz 1a nicht durchgeführt werden.“
4. Dem § 47a wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Befugte Empfänger der Datenübermittlung nach Absatz 2 Satz 6 sind die für die Entscheidung über die Teilnahme von Leistungserbringern an der Versorgung in der sozialen Pflegeversicherung oder in der Hilfe zur Pflege sowie die für die Leistungsgewährung und die für die Abrechnung von Leistungen zuständigen Stellen bei den Pflegekassen, deren Verbänden und den örtlichen sowie überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Land, soweit die Übermittlung für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Zuständigkeitsbereich dieser Stellen erforderlich ist. Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung 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 beim Empfänger erforderlich ist. Die nach Satz 2 und nach Absatz 2 Satz 6 übermittelten Daten dürfen von dem Empfänger nur zum Zweck der Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben verarbeitet werden.“
5. § 71 wird wie folgt geändert:
 - a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Auf ambulante Betreuungseinrichtungen (Betreuungsdienste), die für Pflegebedürftige dauerhaft pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltführung erbringen, sind die Vorschriften für Pflegedienste 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 ambulanten Betreuungseinrichtungen im Sinne von Absatz 1a 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 als verantwortliche Fachkraft eingesetzt werden.“

bb) Im neuen Satz 4 wird die Angabe „Satz 1 oder 2“ durch die Angabe „Satz 1, 2 oder 3“ ersetzt.

6. § 72 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 2 wird folgender Satz 3 angefügt:

„Bei ambulanten Diensten nach § 71 Absatz 1a sind bereits vorliegende Vereinbarungen aus der Durchführung des Modellvorhabens zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste einzubeziehen.“

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

„Bei ambulanten Betreuungsdiensten nach § 71 Absatz 1a ist bei der Qualitätssicherung und beim Qualitätsmanagement § 112a zu beachten.“

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

„§ 112a

Qualitätssicherung bei ambulanten Betreuungsdiensten, Übergangsregelung

Bis zur Einführung des neuen Qualitätssystems gelten die Vorschriften des Elften Kapitels für ambulante Pflegedienste mit folgenden Maßgaben: Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des 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. unter Beachtung der in dem Modellvorhaben zugrunde gelegten Vorgaben Richtlinien zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste. Die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen wirken nach Maßgabe von § 118 mit. 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 zu beteiligen. Ihnen ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Die Richtlinien sind durch das Bundesministerium für Gesundheit

zu genehmigen. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben. Die Richtlinien des Spitzenverbandes Bund über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 sind unverzüglich im Anschluss an den Richtlinienbeschluss nach Satz 2 entsprechend anzupassen. Die Regelungen zur Qualitätsdarstellung finden keine Anwendung. Eine Qualitätsberichterstattung zu Betreuungsdiensten findet in der Übergangszeit bis zur Einführung des neuen Qualitätssystems nicht statt.“

8. Dem § 120 Absatz 3 werden folgende Sätze angefügt:

„In dem Pflegevertrag ist die Inanspruchnahme von mehreren Leistungserbringern durch den Pflegebedürftigen zu berücksichtigen. Ebenso zu berücksichtigen ist die Bereitstellung der Informationen für eine Nutzung des Umwandlungsanspruchs nach § 45a Absatz 4.“

9. § 125 wird aufgehoben.

Artikel 9

Änderung des Arzneimittelgesetzes

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

Artikel 10

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 ist 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 11

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. Dem § 12a wird folgender Absatz 3 angefügt:

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

2. § 18 wird wie folgt geändert:

a) 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.

b) 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 und § 18 Absatz 3 festgestellten allgemein anerkannten Standes der Erkenntnisse“ ersetzt.

4. § 35 wird wie folgt gefasst:

„§ 35

Übergangsregelung aus Anlass des Terminservice- und Versorgungsgesetzes

Der allgemein anerkannte Stand der Erkenntnisse der Wissenschaft und Technik im Bereich der Zahnheilkunde nach § 12a Absatz 3 und § 18 Absatz 3 ist spätestens bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des 25. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] bekannt zu machen. 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 ist § 28 in der bis zum ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens dieses Gesetzes] geltenden Fassung weiter anzuwenden.“

Artikel 12

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

§ 18a Absatz 6 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 Satz 1 werden die Wörter „nach diesem Gesetz oder der Bundespflegegesetzverordnung“ durch die Wörter „durch Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes“ ersetzt.
2. In Satz 5 werden die Wörter „den Präsidenten des Bundessozialgerichts“ durch die Wörter „das Bundesministerium für Gesundheit“ ersetzt.
3. Satz 9 wird wie folgt gefasst:

„Wird eine Vereinbarung nach Satz 8 beendet und kommt eine neue Vereinbarung bis zum Ende der Vereinbarungslaufzeit ganz oder teilweise nicht zustande, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit den Inhalt durch Rechtsverordnung. In diesem Fall gelten die Bestimmungen der bisherigen Vereinbarung bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung fort.“

Artikel 13

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 des Gesetzes vom 7. Juli 2017 (BGBl. I S. 2842) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 19 Absatz 3 wird aufgehoben.

2. § 19a wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Der Arzt übt seine vertragsärztliche Tätigkeit vollzeitig aus, wenn er an seinem Vertragsarztsitz persönlich mindestens 25 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden für gesetzlich Versicherte zur Verfügung steht. Ärzte, die insbesondere Arztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung angehören, müssen mindestens fünf Stunden wöchentlich als offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten. Bei einem hälftigen Versorgungsauftrag nach Absatz 2 gelten die in Satz 2 und 3 festgelegten Sprechstundenzeiten jeweils hälftig. 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 31. März 2019 im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu regeln; in dem Vertrag können auch Regelungen zur zeitlichen Verteilung der Sprechstunden nach Satz 3 getroffen werden.“

b) In Absatz 2 Satz 1 wird nach der Angabe „Absatz 1“ die Angabe „Satz 1“ eingefügt.

Artikel 14

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

In § X des Zweiten Gesetzes 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, werden die Wörter „...“ durch die Wörter „...“ ersetzt. [ggfs. BMEL Folgeregelungen Landwirte]

Artikel 15

Inkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(2) Artikel 1 Nummer 40 [zu § 87] Buchstabe b, Buchstabe d Doppelbuchstabe bb und Buchstabe e treten mit Wirkung zum ... [einsetzen: Tag der ersten Lesung] in Kraft.

(3) Artikel 1 Nummer 27 [zu § 55] und Nummer 86 [zu § 295] Buchstabe a und b Doppelbuchstabe aa und cc treten 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 das Vertrauen in die Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung ist es von entscheidender Bedeutung, dass der Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung angemessen und flächendeckend sichergestellt ist. Insbesondere darf es nicht zu unangemessen langen Wartezeiten auf Behandlungstermine bei Haus-, Kinder- und Fachärztinnen und -ärzten oder zu einem Mangel an ärztlichen Versorgungsangeboten in ländlichen und strukturschwachen Regionen kommen.

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.

Der Gesetzentwurf zielt darauf ab,

- allen gesetzlich Versicherten einen gleichwertigen Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung zu ermöglichen, indem Wartezeiten auf Haus-, Kinder- und Facharzttermine verkürzt, das Sprechstundenangebot erweitert und die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen verbessert werden,
- 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, indem insbesondere die Zuschüsse zum Zahnersatz erhöht werden, und
- die Möglichkeiten der Digitalisierung im Gesundheitswesen für die Patientinnen und Patienten im Versorgungsalltag stärker praktisch nutzbar zu machen, insbesondere durch die elektronische Patientenakte.

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf 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 Sicherstellungsauftrag 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 der sie dauerhaft behandelt. 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 behandelt.

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 einer entsprechenden Priorisierung entweder in eine offene 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 vorgesehen, dass Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die Arztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung angehören (z.B. Hausärzte, Kinderärzte, konservativ tätige Augenärzte, Frauenärzte, Orthopäden, HNO-Ärzte), mindestens fünf Stunden in der Woche als offene Sprechstunden anbieten. Offene Sprechstunden werden unter bestimmten Voraussetzungen extrabudgetär vergütet und erleichtern insoweit den Zugang in die Arztpraxen ohne vorherige Terminvereinbarung. Die Bundesmantelvertragspartner werden verpflichtet, bis zum 31. März 2019 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 und zusätzliche Vergütung 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,
- Extrabudgetäre Vergütung von ärztlichen Leistungen, die von der Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung vermittelt werden,
- Extrabudgetäre Vergütung und erhöhte Bewertung der ärztlichen Leistungen der Versicherten- und Grundpauschalen bei der Behandlung von in den Arztpraxen neuen Patientinnen und Patienten,
- Extrabudgetäre Vergütung der ärztlichen Leistungen der Versicherten- und Grundpauschale in der offenen Sprechstunde, die wöchentlich zusätzlich zu einem vertragsärztlichen Leistungsvolumen im Umfang von 20 bzw. zehn Wochenstunden erbracht und abgerechnet werden,

- Extrabudgetäre Vergütung von ärztlichen Leistungen in Akut- und Notfällen während der Sprechstundenzeiten.
- 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.

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. Die Krankenkassen tragen – wie bislang – den sich daraus ergebenden Betrag zur Hälfte.

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 Versorgungs-

kapazitäten 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 digitale Sprechstunden (bspw. durch Fernbehandlung im Rahmen der Weiterentwicklung der berufsrechtlichen Vorgaben), mobile Praxen, Patientenbusse 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 Mediziner 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.
- 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 Planungsbe-
reich tätig wird. Insoweit bestehen bisher Rechtsunsicherheiten in der Praxis, die es aus-
zuräumen gilt.

- Neben zugelassenen Ärztinnen und Ärzten und zugelassenen Krankenhäusern können MVZ unter anderem auch von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 SGB V gegründet werden. Um den Einfluss von Kapitalinvestoren ohne medi-
zinisch-fachlichen Bezug zur vertragsärztlichen Versorgung auf die Versorgungsstruktu-
ren zu begrenzen, wird die Gründungsmöglichkeit für Erbringer nichtärztlicher Dialyse-
leistungen nach § 126 Absatz 3 SGB V auf fachbezogene MVZ beschränkt.
- MVZ können von zugelassenen Ärztinnen und Ärzten gegründet werden. Da die Grün-
dungsvoraussetzungen 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 vor-
liegen. 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 Gründungs-
voraussetzung gewahrt bleibt, wenn angestellte Ärztinnen und Ärzte deren Gesellschaf-
teranteile übernehmen, solange sie in dem MVZ tätig sind.
- Unklarheit besteht in der Verwaltungspraxis darüber, ob für jedes MVZ, das neu gegrün-
det wird, auch die Gründung einer jeweils eigenständigen Trägergesellschaft notwendig
ist. Deshalb wird klargestellt, dass eine Träger-GmbH 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 mög-
lichen Gründerkreis aufgenommen wurden. In der Praxis wird teilweise eine Beschrän-
kung auf die Möglichkeit der Abgabe einer selbstschuldnerischen Bürgschaft vorgenom-
men, die insbesondere für öffentlich-rechtliche Träger – je nach Ausgestaltung der ent-
sprechenden 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. Koopera-
tive Versorgungsformen können die Versorgung verbessern und das jeweilige Versor-
gungspotential effizient nutzen. Zur Sicherstellung der Versorgung in unterversorgten
Gebieten wird das Potential anerkannter Praxisnetze nun weitergehend genutzt. Dafür
wird diesen die Möglichkeit gegeben, in unterversorgten Regionen 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 Ge-
meinsame 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 Gemeinsamen 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 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 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 zukunftsgerichtete 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 Krankenhausesseite 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 der Gesetzentwurf 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 vertragszahnärztlichen Gutachterverfahrens im Rahmen der vorgeschriebenen Bearbeitungsfrist für Anträge 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 Schutzimpfungen durch Betriebsärzte:

Förderung der Umsetzung von Verträgen zur Versorgung mit Schutzimpfungen nach § 132e 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 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 Versichertenankunft 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 sind gemeinsame und einheitliche Versorgungsverträge der Landesverbände der Krankenkassen mit den maßgeblichen Vertretern der SAPV-Leistungserbringer auf Landesebene gesetzlich vorgegeben. Leistungserbringer, die die Anforderungen erfüllen, haben Anspruch auf Teilnahme an der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und Abschluss eines zur Versorgung berechtigenden Vertrags mit den Krankenkassen.

II.3.4. Allgemeines Leistungsrecht

DO-Angestellte:

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

Bedürftigkeitsprüfung:

Klarstellung, dass beim Ruhen von Leistungen wegen verzögerter Beitragszahlung die Prüfung der Hilfebedürftigkeit nach SGB II oder SGB XII von den nach diesen Büchern zuständigen Trägern und nicht von den Krankenkassen durchzuführen ist.

PrEP:

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

Kryokonservierung:

Erweiterung des Leistungsanspruchs der künstlichen Befruchtung nach § 27a SGB V um die Möglichkeit der Kryokonservierung von Keimzellgewebe, Ei- und Samenzellen in Fällen, in denen eine akute Krebserkrankung bzw. deren Behandlung zu einem unwiederbringlichen Fertilitätsverlust führen würde und eine Kryokonservierung erforderlich ist, 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 Krankengeldanspruches je nach voraussichtlicher Leistungsanspruchnahme auszuschließen, wird klargestellt, dass für einen Zeitraum, in dem bereits eine Arbeitsunfähigkeit besteht, keine Wahlerklärung zur Absicherung des Krankengeldanspruches 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 nach Wegfall des Hinderungsgrundes unverzüglicher Vorlage der Folgearbeitsunfähigkeitsbescheinigung 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 (§ 49 SGB V): Damit der Bezug von Verletztengeld der gesetzlichen Unfallversicherung rechtssicher bei der Feststellung der Leistungsdauer des Krankengeldes berücksichtigt werden kann, ist der Verletztengeldbezug (wieder) in die Ruhestandsregelung des § 49 Absatz 1 SGB V aufzunehmen.
- Folgeregelungen zum Flexirentengesetz (§§ 50, 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 zum einen einer Regelung, die die Abgrenzung der Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung von der gesetzlichen Rentenversicherung gewährleistet. Zum anderen sind Regelungen erforderlich, die die sich durch die Neuregelung der Hinzuverdienstmöglichkeiten ergebenden Auswirkungen auf den Krankengeldanspruch aufgreifen. Unter anderem ist es den Krankenkassen zu ermöglichen, 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.

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 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.

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 behinderten Kindern:

Für behinderte Kinder 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 verwaltungsverfahrenrechtliche 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.

AAG:

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

II.3.7. Arzneimittelversorgung

Impfstoffausschreibung:

Es wird gesetzlich geregelt, dass in Verträgen nach § 129 Absatz 5 Satz 1 SGB V über die Versorgung mit Impfstoffen die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet sind, die Kosten für Impfstoffe bis zum Preis des zweitgünstigsten Herstellers zu übernehmen.

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:

Es wird gesetzlich klargestellt, dass der pharmazeutische Großhandel bei der Arzneimittelabgabe den Festzuschlag von 70 Cent auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers nach der Arzneimittelpreisverordnung zwingend aufschlagen muss und auf diesen Betrag keine Rabatte oder Skonti gewähren darf.

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.

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

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

VI. Gesetzesfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

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

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Der Gesetzentwurf 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 Gesetzentwurf werden die notwendigen Reformen des Gesundheitswesens weitergeführt. Der Entwurf zielt auf eine Verbesserung der ambulanten medizinischen Versorgung ab. Durch die Maßnahmen wird sichergestellt, dass auch in Zukunft eine bedarfsgerechte, hochwertige und möglichst gut erreichbare medizinische Versorgung der Versicherten sichergestellt ist. Strukturelle Probleme des Gesundheitswesens,

die aus den wandelnden Strukturen der Gesellschaft wie dem demographischen Wandel und drohendem Ärztemangel insbesondere im ländlichen Raum entstehen, werden mit dem Gesetzentwurf begegnet.

Der Gesetzentwurf 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 Gesetzentwurf auch dem Ziel Rechnung getragen wird, die Fälle der vorzeitigen Sterblichkeit zu verringern, u. a. durch die mit dem Entwurf vorgesehenen Maßnahmen zur Sicherung und Stärkung der ambulanten medizinischen Versorgung.

Die im Gesetzentwurf 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 unvermeidbare Risiken für die menschliche Gesundheit zu vermeiden.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

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

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 mittleren einstelligen und ab dem Jahr 2021 in Höhe eines niedrigen zweistelligen Millionenbetrages.

Länder und Kommunen

Für Länder und Gemeinden 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 den Gesetzentwurf 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. 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.

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:

3.1. Sprechstundenangebot

3.1.1. Terminservicestellen

Durch die Regelungen zu den erweiterten Aufgaben der Terminservicestellen entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung keine Mehrausgaben (zu den Mehrausgaben durch Vergütungsanreize siehe Punkt 3.1.3.).

3.1.2. Mindestsprechstundenangebot

Durch die Regelungen zum Sprechstundenangebot entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung keine Mehrausgaben (zu den Mehrausgaben durch Vergütungsanreize siehe Punkt 3.1.3.).

3.1.3. 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.

3.2. Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung

3.2.1. Regionale Zuschläge

Siehe Punkt 3.1.3.

3.2.2. 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 0,1 Prozent der vereinbarten Gesamtvergütung.

3.2.3. Eigeneinrichtungen der KV

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

3.2.4. Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

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

3.2.5. Bedarfsplanung

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

3.2.6. Sektorenübergreifende Konfliktlösung

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

3.3. Weitere Maßnahmen

3.3.1. 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 Punktwertdegression 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 betreffen, entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung keine Mehrausgaben.

Vertragszahnärztliches Gutachterverfahren:

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

3.3.2. Sozialdatenschutz

Abrechnung von Schutzimpfungen durch Betriebsärzte:

Durch die Regelung zum Abrechnungsverfahren von Schutzimpfungen durch 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 Versichertenankunft (§ 305 SGB V) sind keine Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung verbunden.

3.3.3. SAPV

Durch die Regelung gemeinsamer Versorgungsverträge über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung auf Landesebene entstehen der gesetzlichen Krankenversicherung keine Mehrausgaben. Bereits bisher haben die Krankenkassen mit allen geeigneten Leistungserbringern entsprechende kassenindividuelle oder gemeinsame Versorgungsverträge geschlossen.

3.3.4. Leistungsrecht

DO-Angestellte:

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

Bedürftigkeitsprüfung:

Durch die Klarstellung, dass die Prüfung der Hilfebedürftigkeit beim Ruhen der Leistungen wegen Beitragsverzugs durch nicht durch die Krankenkassen sondern durch die nach SGB II und SGB XII zuständigen Träger zu erfolgen hat, 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 Folgeregelungen 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.

3.3.5. 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 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.

3.3.6. Mitgliedschafts- und Beitragsrecht

Berücksichtigung von Abfindungen beim Gesamteinkommen in der Familienversicherung:

Durch die Regelung müssen Personen mit einmaligen oder in einzelnen Teilbeträgen ausbezahlten 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 behinderten Kindern:

Behinderten Kindern, 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.

3.3.7. Arzneimittelversorgung

Impfstoffausschreibung:

Die gesetzliche Regelung zur Erstattung der Kosten bis zum zweitgünstigsten Herstellerabgabepreis für Impfstoffe in Verträgen nach § 129 Absatz 5 Satz 1 SGB V führt zu nicht quantifizierbaren geringen Mehrausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine genauere Quantifizierung ist nicht möglich, da in der Grippeimpfseason 2018/19 erstmals ausschließlich der Vierfachimpfstoff zu verordnen ist und dieser teurer ist als der Dreifachimpfstoff.

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.

3.3.8. Krebsregister

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

3.3.9. 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.

3.3.10. 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, das 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. Erfüllungsaufwand

Bürgerinnen und Bürger

Für Bürgerinnen und Bürger entsteht im Zusammenhang mit Nachweis- und Mitwirkungspflichten bei der Geltendmachung sozialrechtlicher Ansprüche kein erheblicher neuer Erfüllungsaufwand.

Der Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger reduziert sich durch verschiedene Maßnahmen des Gesetzes in jeweils geringer Höhe (Übermittlung von AU-Bescheinigungen, Zugriff auf Gesundheitsdaten), während andere Maßnahmen den Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger in jeweils geringer Höhe steigern können (verschiedene leistungs-

und beitragsrechtliche Regelungen). Eine Gesamtsumme der Entlastungen und Belastungen kann aufgrund der oben genannten Ausgestaltung der Maßnahmen durch die Selbstverwaltung nicht verlässlich beziffert werden.

Wirtschaft

Durch die einzelnen Maßnahmen entsteht für die Wirtschaft – insbesondere die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte – einmaliger, in der Regel durch Umstellung auf geänderte Vorgaben begründeter, Erfüllungsaufwand sowie jährlich wiederkehrender Erfüllungsaufwand. Der Aufwand kann nur teilweise quantifiziert und daher nicht verlässlich summiert werden.

Verwaltung

Den Kassenärztlichen Vereinigungen entsteht Verwaltungsaufwand insbesondere durch neue Anforderungen an die Terminservicestellen und an die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung durch Strukturfonds und Eigeneinrichtungen, den gesetzlichen Krankenkassen insbesondere durch das flächendeckende Angebot der elektronischen Patientenakte. Die mitglieds- und beitragsrechtlichen Regelungen führen teilweise zu geringeren und teilweise zu höheren Verwaltungsaufwänden der gesetzlichen Krankenkassen in geringfügigem Umfang. Den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen entsteht geringfügiger Verwaltungsaufwand durch neue kollektivvertragliche Vereinbarungen und Prüfaufgaben hinsichtlich Bewertung und Vergütung vertragsärztlicher Leistungen sowie vertragszahnärztlicher Mehrleistungen. Gleiches gilt für die Einrichtung eines sektorenübergreifenden Schiedswesens. Der gematik entsteht für die Spezifizierung der Authentifizierungsverfahren für den Zugriff auf die elektronische Patientenakte einmalig geringfügiger Erfüllungsaufwand.

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:

4.1. Sprechstundenangebot

4.1.1. Terminservicestellen

Den Kassenärztlichen Vereinigungen entsteht nicht quantifizierbarer Verwaltungsaufwand durch die erweiterten Aufgaben der Terminservicestellen.

4.1.2. 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.

4.1.3. 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 Absatz 2b Satz 5 und Absatz 2g SGB V ein einmaliger Erfüllungsaufwand von rund 26 000 Euro. Der Erfüllungsaufwand für die Beschlussfassungen nach § 87 Absatz 2 Satz 3, Absatz 2b Satz 3 und Absatz 2c Satz 2 SGB V sind bereits im GKV-Versorgungsstrukturgesetz ausgewiesen.

Beim Bund (Bundesministerium für Gesundheit) entsteht durch die Prüfung der Beschlüsse zur Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs nach § 87 SGB V im Durchschnitt ein geringer einmaliger Erfüllungsaufwand in Höhe von rund 200 Euro je Beschluss, sodass insgesamt der einmalige zusätzliche Erfüllungsaufwand für die Überprüfung der Beschlüsse nach § 87 Absatz 2b Satz 5 und Absatz 2g SGB V bei insgesamt rund 400 Euro liegt. Der Erfüllungsaufwand für die Prüfungen der Beschlüsse nach § 87 Absatz 2 Satz 3, Absatz 2b Satz 3 und Absatz 2c Satz 2 SGB V sind bereits im GKV-Versorgungsstrukturgesetz ausgewiesen.

4.2. Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung

4.2.1. Regionale Zuschläge

Den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen entsteht nicht quantifizierbarer Verwaltungsaufwand bei der Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung durch regionale Zuschläge.

4.2.2. Strukturfonds der KV

Den Kassenärztlichen Vereinigungen entsteht nicht quantifizierbarer Verwaltungsaufwand bei der Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung durch Strukturfonds.

4.2.3. Eigeneinrichtungen der KV

Den kassenärztlichen Vereinigungen entsteht nicht quantifizierbarer Verwaltungsaufwand bei der Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung durch Eigeneinrichtungen.

4.2.4. Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

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

4.2.5. 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.

4.2.6. Sektorenübergreifende Konfliktlösung

Die Regelungen zur sektorenübergreifenden Konfliktlösung sind mit einem einmaligen, nicht näher quantifizierbaren Verwaltungsaufwand für den Aufbau der neuen Schiedsgremien durch die jeweiligen Trägerorganisationen (auf Bundesebene: GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft; auf Landesebene: Landesverbände der Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Landeskrankenhausgesellschaften) verbunden. Da die neuen sektorenübergreifenden Schiedsgremien im Wesentlichen diejenigen Schiedsverfahren führen, die bisher von den erweiterten Schiedsämtern geführt wurden, entsteht in der Summe kein erheblicher neuer laufender Verwaltungsaufwand.

4.3. Weitere Maßnahmen

4.3.1. Zahnärztliche Versorgung

Erhöhung Festzuschuss:

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

Abschaffung Punktwertdegression:

Durch die Abschaffung der Punktwertdegression 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. Dieser wird dadurch begrenzt, dass die Zahnärztinnen und Zahnärzte durch §§ 630c und 630e Bürgerliches Gesetzbuch bereits nach geltender Rechtslage dazu verpflichtet sind, den Versicherten über Behandlungsalternativen sowie die damit verbundenen, möglichen Mehrkosten aufzuklären.

Den Bundesmantelvertragspartnern entsteht durch die Vorgabe, einen Katalog der typischerweise als Mehrleistungen vereinbarungsfähigen Leistungen zu erstellen, ein Erfüllungsaufwand. 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.

Vertragszahnärztliches Gutachterverfahren:

Durch die Regelungen zum vertragszahnärztlichen Gutachterverfahren entsteht kein neuer Erfüllungsaufwand.

4.3.2. Sozialdatenschutz

Abrechnung von Schutzimpfungen durch Betriebsärzte:

Mit der Einbeziehung von Leistungen im Rahmen von Verträgen zur Versorgung mit Schutzimpfungen nach § 132e 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 und nicht genauer quantifizierbaren Erfüllungsaufwand bei den Stellen der Qualitätssicherungsverfahren und den Krankenkassen.

Datenübermittlung auf Verlangen des Versicherten:

Die sozialdatenschutzrechtliche Übermittlungsbefugnis der Daten aus der Versichertenaukunft (§ 305 SGB V) verursachen nur geringen und nicht genauer quantifizierbaren Erfüllungsaufwand bei den Krankenkassen.

4.3.3. SAPV

Durch die Regelung gemeinsamer Versorgungsverträge über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung auf Landesebene entsteht den Krankenkassen und SAPV-Leistungserbringern kein erheblich neuer Erfüllungsaufwand. Bereits bisher haben die Krankenkassen mit allen geeigneten Leistungserbringern entsprechende kassenindividuelle oder gemeinsame Versorgungsverträge geschlossen.

4.3.4. Leistungsrecht

DO-Angestellte:

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

Bedürftigkeitsprüfung:

Durch die Klarstellung, dass die Prüfung der Hilfebedürftigkeit beim Ruhen der Leistungen wegen Beitragsverzugs durch nicht durch die Krankenkassen sondern durch die nach SGB II und SGB XII zuständigen Träger zu erfolgen hat, entsteht der gesetzlichen Krankenversicherung kein Erfüllungsaufwand. Bei den zuständigen Trägern entsteht geringfügiger Erfüllungsaufwand in nicht bezifferbarer Höhe.

PrEP:

Durch die Regelung zu Leistungen bei Präexposition prophylaxe entsteht bei den Krankenkassen kein 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.

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 ein Aufwand hinsichtlich der Darlegung des Hinderungsgrundes für die verspätete Feststellung der Folgearbeitsunfähigkeit, der als gering eingeschätzt wird. Für die Krankenkassen entsteht durch die zusätzliche Prüfung des Krankengeldanspruches in den von der Regelung erfassten Fällen ein Erfüllungsaufwand in nicht quantifizierbarer Höhe.

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 ge-

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. Im Übrigen entstehen den Krankenkassen durch die Folgeregelungen 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 in geringfügiger, nicht quantifizierbarer Höhe.

Elektronische AU-Bescheinigung:

Für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung ergibt durch Einführung eines einheitlichen und verbindlichen elektronischen Verfahrens zur Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsdaten durch die Ärzte an die Krankenkassen eine Verfahrenserleichterung, da durch die klarstellende Festlegung der Übermittlungspflichten die Übersendung durch den Versicherten an die Krankenkasse entfällt.

Ärzten, Krankenhäusern und stationären Rehabilitationseinrichtungen entsteht ein Aufwand durch die Übermittlungspflichten, der aber durch die Nutzung der zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelung vorhandenen Telematikinfrastruktur als gering eingeschätzt wird.

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 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen in die Datenverarbeitungssysteme der Krankenkassen ist eine Reduzierung des Verwaltungsaufwandes anzunehmen.

Spätaussiedler:

Durch die Abschaffung des aufwändigen Erstattungsverfahrens nach § 11 Bundesvertriebenengesetz entfällt sowohl beim Bund als auch bei den Ländern erheblicher Verwaltungsaufwand in nicht bezifferbarer Höhe.

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 entsteht den Trägern der Stellen kein zusätzlicher Erfüllungsaufwand.

274-Prüfung:

Den Selbstverwaltungskörperschaften der gesetzlichen Krankenversicherung auf Bundesebene entstehen für die Beauftragung von Wirtschaftsprüfern 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 geringfügige Mehrausgaben zur Abstimmung der Musterkassenordnung. Bei den Krankenkassen reduzieren sich im Gegenzug die Kosten zur Erstellung einer Kassenordnung.

4.3.6. Mitgliedschafts- und Beitragsrecht

Berücksichtigung von Abfindungen beim Gesamteinkommen in der Familienversicherung:

Durch die Berücksichtigung von Entlassungsentschädigungen bei der Familienversicherung entsteht für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung nur geringer zusätzlicher Aufwand, da sie bereits nach geltender Rechtslage ihr Gesamteinkommen nachzuweisen haben.

Durch die Berücksichtigung von Entlassungsentschädigungen bei der Familienversicherung entsteht den Krankenkassen nur geringer zusätzlicher Aufwand, da sie bereits nach geltender Rechtslage das Gesamteinkommen von Familienangehörigen prüfen.

Vereinfachung der Familienversicherung für Stiefkinder und Enkel:

Bürgerinnen und Bürger werden entlastet, da der Nachweis der Anspruchsvoraussetzungen für eine Familienversicherung vereinfacht wird.

Die Regelung reduziert den Verwaltungsaufwand für die Krankenkassen bei der Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen für die Familienversicherung.

Familienversicherung von behinderten Kindern:

Es entsteht kein Erfüllungsaufwand.

Keine Vorversicherungszeit für erwachsene Stief- und Adoptivkinder:

Es entsteht kein Erfüllungsaufwand.

Beitragsfreistellung von unterhaltsersetzenden Versorgungsbezüge 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:

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

Die Regelung reduziert den Verwaltungsaufwand der Krankenkassen, insbesondere auch hinsichtlich der wegfallenden Genehmigung der bisherigen Ausnahmeregelung im jeweiligen Einzelfall.

AAG:

Für die anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen werden durch die Regelung der Nichtteilnahme der arbeitnehmerähnlichen Rechtsverhältnisse behinderter Menschen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten an den Umlageverfahren nach dem Aufwendungsausgleichsgesetz zusätzliche Aufwände vermieden.

Durch die Regelung entstehen den Krankenkassen keine zusätzlichen Verwaltungsaufwände.

4.3.7. Arzneimittelversorgung

Impfstoffausschreibung:

Die gesetzliche Regelung zur Erstattung der Kosten bis zum zweitgünstigsten Herstellerabgabepreis für Impfstoffe in Verträgen nach § 129 Absatz 5 Satz 1 SGB V führt zu keinem neuen Erfüllungsaufwand für Apotheken und Hersteller von Impfstoffen.

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 §§ 12 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.

4.3.8. 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.

4.3.9. 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.

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, das 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. 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 Patientenakten ins Gesundheitssystem eingeführt werden, die sektorenübergreifend bei allen Leistungserbringern und auch kassenübergreifend nutzbar sind. Die Anpassung von bestehenden Systemen und die quantitative Ausweitung der Patienten- bzw. Gesundheitsakten haben zusätzliche Ausgaben in nicht quantifizierbarer Höhe zur Folge. Die Höhe der Ausgaben ist insbesondere abhängig von dem Umfang der Anpassungsbedarfe bestehender Akten, dem Umfang der Inanspruchnahme durch die Versicherten und von den von den Krankenkassen am Markt zu entrichtenden Preisen.

Störungsmeldungen:

Durch die Verpflichtung der Gesellschaft für Telematik, das Bundesministerium für Gesundheit über Störungen der Telematikinfrastruktur zu informieren, entsteht nur geringfügiger, nicht bezifferbarer Erfüllungsaufwand.

5. 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.

6. Weitere Gesetzesfolgen

Auswirkungen von gleichstellungspolitischer Bedeutung sind nicht zu erwarten, weil mit dem Gesetzentwurf keine Regelungen getroffen werden, die sich spezifisch auf die Lebenssituation von Frauen und Männern auswirken.

Auswirkungen auf die demografische Entwicklung ergeben sich aus den im Gesetzentwurf vorgesehenen Änderungen nicht.

VII. Befristung; Evaluierung

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 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 jeweiligen Jahresarbeitsentgeltgrenzen 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)

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 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 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) 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 Einnahmearart, 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.

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 behinderte Menschen, 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. Insoweit werden die genannten behinderten Kinder als schutzbedürftig angesehen, die nach den Gesamtumständen dauerhaft diesem Personenkreis zuzurechnen sind, insbesondere vor Erreichen einer der Altersgrenzen des Absatzes 2 Nummer 1, 2 oder 3 und deren Familienversicherung nach Absatz 2 Nummer 4 alsbald nach Erreichen der jeweiligen Altersgrenze beginnt.

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 behinderten Menschen 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 behinderte Kinder, die eine Waisenrente beziehen und aufgrund dessen einer gegenüber der Familienversicherung vorrangigen Versicherungspflicht unterliegen, nach dem Ende des Waisenrentenbezugs den behinderten Kindern gleichgestellt, die keine Waisenrente beziehen.

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 Mit-

glieds 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 aber auch, dass das Kind innerhalb der Familiengemeinschaft versorgt und betreut wird. Nach der Rechtsprechung des BSG kommt es insoweit auf das Bestehen einer Familiengemeinschaft an, die eine Schnittstelle von Merkmalen örtlicher (Familienwohnung), materieller (Versorgung, Unterhalt) und immaterieller Art (Zuwendung von Fürsorge, Begründung eines familienähnlichen Bandes) darstellt. Diese Kriterien stehen in enger Beziehung zueinander und können sich auch teilweise überschneiden; keines davon darf jedoch gänzlich fehlen bzw. entfallen (BSG vom 08. Juli 1998 B13 RJ 97/97 R). 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 (§ 16)

Zu Buchstabe a

Durch die Ergänzung des § 16 Absatz 3a wird klargestellt, dass das Vorliegen der Voraussetzungen von Hilfebedürftigkeit nach SGB II oder SGB XII von den nach diesen Büchern zuständigen Trägern festzustellen ist. Es obliegt dem Versicherten, der Krankenkasse die entsprechenden Nachweise vorzulegen.

Der Leistungsanspruch nach SGB V ruht für Mitglieder, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen. Ausgenommen sind Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten und Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und von Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind.

Das Ruhen des Leistungsanspruchs tritt gemäß § 16 Absatz 3a nicht ein, wenn der Versicherte hilfebedürftig im Sinne des SGB II oder SGB XII ist oder wird. Mit Urteil vom 8. März 2016 (B 1 KR 31/15 R) hat das Bundessozialgericht entschieden, dass Krankenkassen im

Rahmen des Verfahrens zur Feststellung des Ruhens der Leistungen von Amts wegen zu prüfen haben, ob Hilfebedürftigkeit i.S.d. SGB II oder SGB XII vorliegt.

Es ist jedoch nicht sachgerecht, dass die Krankenkassen diese Prüfung in eigener Zuständigkeit durchführen. Sie verfügen hierzu weder über ausreichende Kapazitäten noch die entsprechenden Befugnisse und Kenntnisse. Im Ergebnis könnte es bei eigenständiger Prüfung durch die Krankenkassen zu einer Situation kommen, in der in ein und demselben Fall ein Träger (z.B. Krankenkasse) Hilfebedürftigkeit bejaht und ein anderer (z.B. Jobcenter) sie verneint.

Zu Buchstabe b

In Fällen, in denen Versicherte keinen Leistungsbescheid des zuständigen Trägers nach dem zweiten oder zwölften Sozialgesetzbuch vorlegen können um den Eintritt oder das Bestehen von Hilfebedürftigkeit nachzuweisen, werden die zuständigen Leistungsträger verpflichtet, auf Antrag des Versicherten das Vorliegen von Hilfebedürftigkeit zu prüfen und zu bescheinigen.

Zu Nummer 10 (§ 20j)

Versicherte mit erhöhtem HIV-Infektionsrisiko erhalten einen Anspruch auf ärztliche Beratung, erforderliche Untersuchungen und Versorgung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zur Präexpositionsprophylaxe (PrEP). Die PrEP ist ein weiterer 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 erhöhtem 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.

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 11 (§ 27a)

Zu Buchstabe a

Der Leistungsanspruch der künstlichen Befruchtung nach § 27a wird um die Möglichkeit der Kryokonservierung erweitert, wenn aufgrund einer akuten Krebserkrankung und deren Behandlungsfolgen 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 nunmehr auch an Krebs erkrankten Personen zu Gute kommen, 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. Der Umfang der Kostenübernahme für eine sich anschließende künstliche Befruchtung bleibt unverändert.

Zu den Buchstaben b und c

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 12 (§ 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 13 (§ 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 Kasse die Kosten der vergleichbaren im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen abgebildeten 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 Rechnung für die kieferorthopädische Behandlung nur die Differenz 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 der Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband aufgegeben, einen Katalog zu vereinbaren, der die typischerweise als Mehrleistungen vereinbarungs- und abrechnungsfähige Leistungen festlegt. Dieser Katalog kann auch beispielhafte Festlegungen enthalten, welche außerhalb des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen stehenden Leistungen nicht als Mehrleistungen anzusehen sind (sog. Zusatzleistungen) und insoweit vollständig vom Versicherten aus eigenen Mitteln zu tragen sind.

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 und 630e Bürgerliches Gesetzbuch ist der Zahnarzt dazu verpflichtet, den Versicherten über Behandlungsalternativen sowie die damit verbundenen, möglichen Mehrkosten aufzuklären. Die Aufklärungs- und Informationspflichten über mit Behandlungsalternativen verbundene Mehrkosten wird zur Klarstellung in Satz 4 aufgenommen sowie darüber hinaus ein gesetzliches Schriftformerfordernis für die erfolgte Information und Aufklärung festgelegt. Die schriftliche Vereinbarung dient neben den Beweis Zwecken 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 4 und 5 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 4 und 5 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 4 und 5 erfasst nur die Tatsache der erfolgten Aufklärung und Information. Diese versichertenbezogenen Daten sind im Rahmen der Prüfung ohne Einwilligung der Versicherten den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen 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 aus der schriftlichen Vereinbarung aus Satz 4 und 5 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 10 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 14 (§ 31a)

Bereinigung einer gegenstandslosen Fristangabe zum erstmaligen Zeitpunkt, ab dem Versicherte Anspruch auf einen Medikationsplan haben. Dieser Anspruch besteht seitdem.

Zu Nummer 15 (§ 33)

Es handelt sich um eine Verweiskorrektur.

Zu Nummer 16 (§ 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 im Internet 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 im Internet 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 17 (§ 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 18 (§ 39)

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. Es handelt sich um 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 unausgeglichener Berücksichtigung der Interessen der Vertragsparteien. Dadurch konnte es im Rahmen des Schiedsverfahrens zu einer Entscheidung kommen, für die die Stimmen der unparteiischen Mitglieder nicht relevant sind. 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 19 (§ 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 20 (§ 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 Betreuungsvollmacht) bis zum 30. Juni 2016 vorsah. Die Regelungskompetenz des GKV-Spitzenverbandes bleibt in der Sache bestehen.

Zu Nummer 21 (§ 40)

Zu Buchstabe a

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. Es handelt sich auch hier um eine sektorenübergreifende Vereinbarung, für die künftig im Konfliktfall das sektorenübergreifende Schiedsgremium entscheidet. Abweichend wird dabei die Krankenseite besetzt. Die für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene stellen eine Partei im Sinne dieser Vorschriften dar und bestimmen zwei Vertreter. Sie besetzen bei entsprechenden Verfahren die Vertreter, die eigentlich durch die Krankenhäuser zu besetzen sind.

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 Versicherte nicht innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung notwendige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht wurden. Da nur sehr wenige Fälle gemeldet wurden (nach Berichten des Bundesversicherungsamtes für 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 22 (§ 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 Einführung 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 der 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 Leistungsanspruchnahme 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 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 Falle 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 23 (§ 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 nach Wegfall des Hinderungsgrundes unverzüglicher Vorlage einer Folgearbeitsunfähigkeitsbescheinigung das Krankengeld nicht vollständig und dauerhaft entfällt und sie es nach dem Zeitraum der Säumnis 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 in Anwendung des § 49 Absatz 1 Nummer 5 zum Ruhen des Krankengeldes 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 sich zum Zeitpunkt der für den weiteren Krankengeldanspruch notwendigen Folge-Ausstellung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung krankheitsbedingt nicht in der Lage sah, die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt aufzusuchen.

Zu Nummer 24 (§ 49)

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 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 Ruhenstatbestand für den Krankengeldanspruch 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.

Denn die Regelung des § 48 Absatz 3 Satz 1, wonach bei der Feststellung der Leistungsdauer des Krankengeldes Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für das Krankengeld versagt wird, wie Zeiten des Bezugs von Krankengeld zu berücksichtigen sind, baut systematisch auf der Ruhensregelung des § 49 Absatz 1 auf. Deshalb muss der Verletztengeldbezug dort genannt werden, damit er rechtsicher bei der Feststellung der Leistungsdauer des Krankengeldes berücksichtigt werden kann.

Zu Nummer 25 (§ 50)

Zu Buchstabe a

Mit der Neuregelung wird ausgehend von einer typisierenden Betrachtung bei Versicherten, die die Regelaltersgrenze nach § 35 Satz 1 Nummer 1 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch erreicht haben, die Abgrenzung der Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung von der gesetzlichen Rentenversicherung dadurch gewährleistet, dass der Krankengeldanspruch dann nicht ausgeschlossen ist, wenn statt der beanspruchbaren Altersvollrente eine Altersteilrente bis zur Höhe von zwei Dritteln der Altersvollrente gewählt wird.

Die Regelung des § 50 ordnet das zeitliche Nebeneinander von Krankengeld und anderen Leistungsansprüchen mit dem Ziel, den Doppelbezug von Entgeltersatzleistungen öffentlicher Träger zu vermeiden und grenzt insoweit die Zuständigkeiten der Sozialversicherungsträger voneinander ab. Für Versicherte, die typischerweise dauerhaft aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind und eine Dauerleistung erhalten oder beanspruchen können, die den Entgeltausfall in vollem Umfang ausgleichen soll, ist daher der Anspruch auf die Entgeltersatzleistung Krankengeld ausgeschlossen.

Mit dem Gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz) vom 8. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2838) ist den Anspruchsberechtigten einer Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung seit dem 1. Juli 2017 die Möglichkeit eröffnet worden, statt der Altersvollrente eine Teilrente mindestens in Höhe von 10 Prozent der Vollrente bis hin zu 99 Prozent der Vollrente zu wählen. Nach der bis zum 30. Juni 2017 geltenden Rechtslage konnte eine Rente wegen Alters als Teilrente maximal bis zu zwei Dritteln der Vollrente in Anspruch genommen werden.

Mithin besteht seit dem 1. Juli 2017 die Möglichkeit, durch Verzicht auf einen beliebig kleinen Teil des Rentenanspruchs die Altersvollrente in eine Teilrente umzuwandeln und damit einen Anspruch auf die zusätzliche Entgeltersatzleistung Krankengeld zu generieren. Eine derartige Kumulation von Entgeltersatzleistungen entspricht jedoch nicht der Systematik des Sozialgesetzbuchs und war vom Gesetzgeber auch nicht intendiert. Erforderlich ist deshalb die Festlegung eines Höchstbetrages, bis zu dem neben dem Bezug einer Altersteilrente ein Krankengeldanspruch bestehen kann.

Mit der Neuregelung wird die bis zum 30. Juni 2017 geltende Rechtslage wiederhergestellt.

Zu Buchstabe b

Die Regelung sieht vor, dass bei einer durch das Flexirentengesetz möglich gewordenen rückwirkenden Aufhebung einer Vollrente wegen Alters wegen des Überschreitens der Hinzuverdienstgrenze rückwirkend kein Anspruch auf Krankengeld und in der Folge auch keine Pflicht zur Entrichtung von Beiträgen nach dem allgemeinen Beitragssatz entsteht.

Durch das Flexirentengesetz wurden die Hinzuverdienstmöglichkeiten bei gleichzeitigem Bezug einer Teil- oder Vollrente wegen Alters neu geregelt. Durch die neu geschaffene Möglichkeit eines rückwirkenden Wechsels von Voll- in Teilrente oder von Teil- in Vollrente ergeben sich Auswirkungen auf den Krankengeldanspruch sowie die Beitragspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Wird eine Rente wegen Alters als Vollrente gezahlt, ist vom Beginn der Vollrente an der Krankengeldanspruch nach § 50 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 ausgeschlossen. Wird infolge des Überschreitens der Hinzuverdienstgrenze des neuen § 34 Absatz 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) die Vollrente rückwirkend in eine Teilrente abgeändert oder entfällt der Altersrentenanspruch rückwirkend komplett, entsteht damit nach bisheriger Rechtslage auch rückwirkend ein Anspruch auf Krankengeld, und anstelle des ermäßigten Beitragssatzes nach § 243 ist rückwirkend der allgemeine Beitragssatz nach § 241 zu entrichten.

Dies ist mit erheblichem finanziellem und administrativem Aufwand für Versicherte, Krankenkassen und Arbeitgeber verbunden. Arbeitgeber müssen bereits abgeschlossene Entgeltabrechnungszeiträume nachträglich korrigieren. Versicherte sind einerseits (ebenso wie Arbeitgeber) mit Beitragsnachforderungen der Krankenkasse konfrontiert und müssen andererseits nachträglich Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für teils weit in der Vergangenheit liegende Zeiträume vorlegen, um einen Krankengeldanspruch überhaupt realisieren zu können. Letzteres begegnet besonderen Schwierigkeiten, da für den Zeitraum des Bezuges einer Altersvollrente über die gegenüber dem Arbeitgeber bestehenden Nachweispflichten nach § 5 des Entgeltfortzahlungsgesetzes hinaus wegen § 50 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 der Krankenkasse keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorzulegen waren. Insoweit können Lücken im Nachweis einer durchgängig bestandenen Arbeitsunfähigkeit bestehen, die das Krankengeld mindern oder ausschließen.

In typisierender Betrachtung ist festzustellen, dass ein eventueller nachträglicher Krankengeldanspruch, der ohnehin nur in einer geringen Zahl von Fällen entstehen und aufgrund der Dokumentationsanforderungen in noch weniger Fällen zu realisieren sein dürfte, die erhebliche Belastung nicht rechtfertigt, die mit einer Rückwirkung für die Gesamtheit der Betroffenen einhergeht.

Um diese nachträgliche Belastung der Versicherten sowie die dargestellten, mit einem rückwirkenden Wechsel von einer Voll- in eine Teilrente wegen Alters, sowie die mit einem rückwirkenden Entfall des Altersrentenanspruchs einhergehenden Probleme zu vermeiden, bedarf es des Ausschlusses eines rückwirkenden Anspruchs auf Krankengeld.

Der Anspruchsausschluss nach dem neuen § 50 Absatz 1 Satz 2 wirkt für die Vergangenheit. Nach dem Ende der Vollrente entsteht ein Anspruch auf Krankengeld, wenn das Mitglied bei Eintritt einer erneuten Arbeitsunfähigkeit mit Anspruch auf Krankengeld versichert ist (§ 50 Absatz 1 Satz 4 in der bisher geltenden Fassung). Liegt eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit vor und entfällt die verdrängende (Renten-)Leistung, lebt der Anspruch auf Krankengeld unter den Voraussetzungen des § 48 wieder auf (BSG, Urteil vom 29. September 1998, B 1 KR 5/97 R; Brinkhoff in Schlegel/Voelzke juris PK-SGB V, 3. Aufl. 2016, zu § 50 Rn 29).

Zu Nummer 26 (§ 51)

Es handelt sich um eine weitere Folgeregelung zur Neuregelung der Hinzuverdienstmöglichkeiten bei gleichzeitigem Bezug einer Teil- oder Vollrente wegen Alters durch das Ge-

gesetz zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (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, wegen der 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 a.F.).

Die Regelung berücksichtigt diese Rahmenbedingungen und knüpft an die Regelung des § 34 Absatz 3e SGB VI an. Danach hat der Rentenversicherungsträger bei Hinzuverdienständerungen auf Antrag der Versicherten auch unterjährig eine neue Prognoseentscheidung zu treffen. Im Rahmen pflichtgemäßer 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 selbst im Falle 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.

Zu Nummer 27 (§ 55)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Die Änderung in § 57 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 Abs. 1 S. 6 und Abs. 2 S. 6 und 7 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. Damit der sich aus Festzuschuss in Höhe von 60 Prozent der Kosten der Regelversorgung und zusätzlichen Betrag ergebende Gesamtzuschuss nicht die tatsächlichen Kosten der Zahnersatzbehandlung übersteigt, wird der zusätzliche Betrag für Versicherte, die Anspruch auf die Härtefallregelung haben, auf 40 Prozent begrenzt.

Zu Buchstabe c

Die Anhebung der Festzuschüsse macht eine Anpassung der sogenannten „gleitenden Härtefallregelung“ nach § 55 Absatz 3 erforderlich. Damit der sich aus Festzuschuss in Höhe von 60 Prozent der Kosten der Regelversorgung und dem weiteren Betrag für die Versicherten, die die Einkommensgrenze für die Härtefallregelung nach Absatz 2 nur geringfügig überschreiten, ergebende Gesamtzuschuss nicht die tatsächlichen Kosten der Zahnersatzbehandlung übersteigt, wird der weitere Betrag auf 40 Prozent der Kosten der Regelversorgung begrenzt.

Zu Nummer 28 (§ 57)

Folgeänderung in § 57 Absatz 1 und 2 (Schiedsregelungen zur Vergütung der zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen) 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)

Folgeänderung in der Schiedsregelung des § 64a Absatz 2 (Vereinbarung zur Durchführung von Modellvorhaben zur Arzneimittelversorgung) 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 Satz 3 und Satz 4 zur Erweiterung des Schiedsamtes nicht mehr erforderlich. Insoweit wird auf die Begründung zu § 89a verwiesen.

Zu Nummer 30 (§ 64c)

Folgeänderung in der Schiedsregelung des § 64c Absatz 2 (Vereinbarung zur Durchführung von Modellvorhaben zum Screening auf 4MRGN) aufgrund der Einführungen einer einheitlichen sektorenübergreifende Konfliktlösung in § 89a. Es handelt sich um eine sektorenübergreifende Vereinbarung, für die im Konfliktfall das sektorenübergreifende Entscheidungsgremium entscheidet und die Regelungen nach § 89a Anwendung findet.

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 eine 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 im Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG) normierte 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 zu hoch 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 Regelung zur Vereinbarung von Meldevergütungen zwischen GKV-Spitzenverband, Deutscher Krankenhausgesellschaft und Kassenärztlicher Bundesvereinigung 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 Entscheidungsgremium zuständig ist

Zu Doppelbuchstabe cc

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 (§ 73)

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 Vermittlung eines erforderlichen Behandlungstermins durch einen hausärztlich tätigen Leistungserbringer zu einem fachärztlich tätigen Leistungserbringer auch in der Aufgabenbeschreibung abzubilden. Dies dient auch dazu, eine Anknüpfung für die Vergütungsregelung in § 87 Absatz 2b Satz 5 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.

Zu Nummer 33 (§ 73b)

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 34 (§ 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 SGB V bis zum [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] insbesondere dahingehend anzupassen, dass nunmehr ein für jeden Arzt verpflichtendes Verfahren zur Prüfung der Option einer stufenweisen Wiedereingliederung festgelegt werden muss.

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; Beitragseinnahmen aus wiedererlangten Lohn- und Gehaltszahlungen zu Mehreinnahmen.

Zu Nummer 35 (§ 75)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Nach § 75 Absatz 1a Satz 1 umfasst der in § 75 Absatz 1 geregelte Sicherstellungsauftrag der KVen auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung. Diese Regelung wird nunmehr ausdrücklich 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 Satz 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.

Zum anderen wird zur Verbesserung der Erreichbarkeit der von den Kassenärztlichen Vereinigungen zum 23. Januar 2016 eingerichteten Terminservicestellen vorgesehen, dass diese ab dem 1. April 2019 für 24 Stunden 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 Sprechstundenzeiten eine unmittelbare ärztliche Versorgung zu vermitteln hat (vgl. hierzu die Neuregelung in 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 der Regelung in Absatz 7 Satz 1 Nummer 5 (siehe hierzu unter Buchstabe b Doppelbuchstabe aa), 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 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 (vgl. Änderung unter dd).

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 behandelt. 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 behandelt. 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. Ab dem 1. April 2019 haben sie in Akutfällen eine unmittelbare ärztliche Versorgung zu vermitteln, die auf der Grundlage einer Priorisierung zu erfolgen hat. Einer Überweisung, die in solchen Akutfällen ohnehin kaum möglich ist, bedarf es in diesen Fällen nicht. Für Zeiten außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten sind die Kassenärztlichen Vereinigung 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. Hierdurch soll insbesondere auch einer zunehmenden Fehlanspruchnahme 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 wen-

den 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 einer entsprechenden Priorisierung entweder in eine offene 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.

Zu Doppelbuchstabe dd

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 im Satz 3 zweiter Halbsatz vorgesehenen Ausnahmeregelung für Behandlungstermine bei einem Augenarzt oder einem Frauenarzt. Für die Vermittlung solcher Behandlungstermine müssen Versicherte auch künftig nicht über eine Überweisung verfügen. Einer Überweisung bedarf es hingegen in den Fällen des neuen Satz 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 jj).

Zu Doppelbuchstabe ee bis ii

Es handelt sich jeweils um Folgeänderungen, die entweder redaktioneller Art oder der Notwendigkeit zur Anpassung von Verweisen aufgrund des neu eingefügten Satz 4 geschuldet sind.

Zu Doppelbuchstabe jj

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 Haus- oder zu einem 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 kk

Bei der Anpassung der Verweise handelt es sich um eine Folgeänderung aufgrund des neu eingefügten Satz 4.

Zu Doppelbuchstabe ll

Die bisherige Eingangsformulierung des Satz 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 handelt es sich um eine Anpassung der Verweise als Folgeänderung des neu eingefügten Satz 4.

Zu Doppelbuchstabe mm

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 können. Aus dieser Kann-Regelung wird nunmehr eine Verpflichtung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Hierdurch soll die Zusammenlegung der bisherigen Terminvermittlung und die 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.

Zu Buchstabe b

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 verwiesen, der dem bisherigen Verfahren in § 89 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 24 Stunden täglich an 7 Tagen in der Woche (24/7) 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 Notfalleitstellen (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 mm) 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 2 aufzustellen haben. Auch diese Richtlinienregelung dient einer einheitlichen und verbindlichen Umsetzung der Regelung in allen Kassenärztlichen Vereinigungen.

Zu Doppelbuchstabe bb

Vorgesehen wird, dass die neuen Richtlinien nach Satz 1 Nummer 4 und 5 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 36 (§ 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 neue sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a entscheidet.

Zu Nummer 37 (§ 76)

Folgeänderung zu dem in § 75 Absatz 1a eingefügten neuen Satz 4.

Zu Nummer 38 (§ 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 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 Zehntes Buch 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 Vereinigungen personenbezogene Daten auch an die Zulassungsausschüsse nach § 96 sowie an die für die Abrechnungsprüfung und die für die Überwachung der vertragsärztlichen Pflichten zuständigen Stellen übermitteln dürfen. 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 der Zuständigkeit der jeweiligen Datenempfänger. 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, welche 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 Abrechnungsbetrag vorliegen.

Die in den §§ 81a, 197a gesondert klagestellten 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. Zehntes Buch Sozialgesetzbuch ergeben.

Zu Nummer 39 (§ 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 Punktwertdegression birgt erhebliche Fehlanreize für die Bereitschaft von Zahnärztinnen und Zahnärzten, sich 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 zu werden. Fehlanreize können auch für die Bereitschaft der Zahnärztinnen und Zahnärzten entstehen, besonders förderungswürdige Leistungen im Bereich der Prävention oder der aufsuchenden Versorgung von mobilitätseingeschränkten Versicherten zu erbringen.

Zu Nummer 40 (§ 87)

Zu Buchstabe a

Zu Satz 1

Mit der Schaffung einer Ermächtigungsgrundlage für das vertragszahnärztliche Gutachterverfahren wird klagestellt, dass die Krankenkassen in den in § 87 Absatz 1c geregelten Fällen Nr. 1 bis 4 anstelle einer gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, eine Prüfung im Wege des im Bundesmantelvertrag der Zahnärzte vorgesehene Gutachterverfahrens durchführen lassen 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 und 4

Die Prüfung im Wege des vertragszahnärztlichen Gutachterverfahrens nach § 87 Abs. 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 Sozialdaten zwischen dem behandelnden Vertragszahnarzt und dem vertragszahnärztlichen Gutachter geschaffen.

Zu Satz 5

Die in § 87 Abs. 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 Sätze 1 bis 3).

Zu Buchstabe b

Mit der Neufassung des § 87 Absatz 2 Satz 3 ff. sollen die Rationalisierungsreserven insbesondere bei dem Einsatz von medizinisch-technischen Geräten im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zugunsten von Verbesserungen von anwendungsorientierten ärztlichen Leistungen („sprechender 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 spätestens bis zum 30. September 2019 gesetzlich verpflichtet. Hierzu hat der Bewertungsausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum 31. März 2019 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 in einem bestimmten Zeitraum erbrachten Leistungen oder Leistungsanteile ab einem bestimmten Schwellenwert mit zunehmender Menge sinken.

Unabhängig von der bis zum 30. September 2019 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 Statistische Bundesamt 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. Klargestellt wird, dass für den Fall der nicht angemessenen oder nicht ausreichenden Daten der Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamtes ergänzend sachgerechte Stichproben über die Einnahmen und Aufwendungen bei vertragsärztlichen Leistungserbringern verwendet werden können.

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 des Termins bei.

Zu Buchstabe c

Mit der Neufassung des § 87 Absatz 2a Satz 23 wird das Ziel verbunden, die Behandlung von Versicherten in Akutfällen während der Sprechstundenzeiten durch vertragsärztliche Leistungserbringer zu fördern und die Notfallambulanzen der Krankenhäuser während dieser Zeiten von Behandlungsfällen zu entlasten, die in den vertragsärztlichen Versorgungsstrukturen versorgt werden können. Eine Triage erfolgt durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 3. Hierzu wird geregelt, dass bei allen vertragsärztlichen Leistungserbringern während der Sprechstundenzeiten für die Versorgung von Akutfällen, die durch die Terminservicestelle vermittelt werden, einheitlich die Leistungen des Kapitels 1.2 für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Notdienst (u.a. Notfallpauschale und Schweregradzuschlag) des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen abrechnungsfähig sind. Hiermit erfolgt in Akutfällen während der Sprechstundenzeiten eine Gleichstellung der Vergütung für vertragsärztliche Leistungserbringer mit der Vergütung für Krankenhäuser bei der ambulanten Akutversorgung in Notfällen während der Sprechstundenzeiten. Gleichzeitig wird dem Umstand Rechnung getragen, dass es sich hierbei um einen akuten Behandlungsbedarf handelt, der durch einen vertragsärztlichen Leistungserbringer zusätzlich, zu den Patientinnen und Patienten, die die Arztpraxis ohnehin während der Sprechstundenzeiten aufsuchen, versorgt wird. Zur Förderung der Behandlung von Akutfällen, die von der Terminservicestelle während der Sprechstundenzeiten vermittelt wurde, werden die Leistungen für alle Leistungserbringer außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu festen Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet. Demnach findet die Regelung in § 87b Absatz 1 Satz 3 künftig nur noch für Leistungen im Notfall und im Notdienst außerhalb der Sprechstundenzeiten Anwendung.

An der Regelung, dass die Vergütungen für den Notfall und im Notdienst nach Schweregrad zu differenzieren sind, wird festgehalten. Da diese Vorgabe bereits durch den Bewertungsausschuss umgesetzt ist, ist die Fristsetzung im ersten Halbsatz obsolet und wird daher aufgehoben.

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Mit dem Ziel die Leistungen für die erfolgreiche Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins (Nummer 4) neben den Pauschalen in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufzunehmen, wird § 87 Absatz 2b Satz 1 neugefasst. Die Leistungen, die neben den Pauschalen besonders gefördert werden sollen, werden aufgrund der Übersichtlichkeit und Lesbarkeit in einer Auflistung dargestellt. Die Aufnahme der Leistung nach Nummer 4 korrespondiert mit dem Auftrag an den Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 2b Satz 5. Die Nummern 1 bis 3 werden bereits nach geltendem Recht als Einzelleistung oder Leistungskomplex im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen abgebildet.

Zu Doppelbuchstabe bb

Zur Verbesserung und Förderung des Zugangs zur ambulanten ärztlichen Versorgung wird § 87 Absatz 2b Satz 3 neugefasst. Neben einer besseren und leistungsgerechteren Vergütung für Neupatientinnen und Neupatienten aufgrund des grundsätzlichen Mehraufwandes bei Neuaufnahme, soll mit der Regelung und der extrabudgetären Vergütung gemäß § 87a

Absatz 3 Satz 5 Nummer 5 zudem ein finanzieller Anreiz vorgesehen werden, 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, nunmehr verbindlich mit Wirkung spätestens zum 1. April 2019 vorgegeben.

Neupatientinnen und Neupatienten nach dieser Regelung sind zum einen Patientinnen und Patienten, die aufgrund eines erstmaligen persönlichen Kontakts z.B. zu einer Fachärztin oder einem Facharzt überhaupt oder aufgrund eines Umzuges in der jeweiligen Arztpraxis erstmals ärztlich behandelt werden, zum anderen aber auch Patientinnen und Patienten, die wegen einer neu aufgetretenen Krankheit in einer bereits von ihnen aufgesuchten Arztpraxis ärztlich behandelt werden und somit keine begonnene Behandlung einer bereits bestehenden Krankheit fortgesetzt wird. Unter dem Fall der neuen Patientin oder des neuen Patienten können zudem, soweit dies medizinisch-fachlich geboten ist, unter Berücksichtigung der von den Selbstverwaltungspartnern gefassten Definition „Krankheitsfall“ in § 21 Absatz 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte auch Patientinnen und Patienten subsumiert werden, die ein ganzes Jahr oder länger (z.B. zwei Jahre) nicht in der Praxis behandelt wurden (vgl. Drs. 17/8005, S. 108), gleichwohl die begonnene Behandlung der Krankheit fortgesetzt wird. Ein Krankheitsfall umfasst das aktuelle sowie die nachfolgenden drei Kalendervierteljahre, die der Berechnung der krankheitsfallbezogenen Leistungsposition folgen. Damit soll einer bedarfsgerechten und leistungsadäquaten Abbildung der ärztlichen Leistungserbringung im einheitlichen Bewertungsmaßstab Rechnung getragen werden.

Die verbindliche Vorgabe zur Differenzierung der Pauschalen für die Neuaufnahme von Patientinnen und Patienten spätestens mit Wirkung zum 1. April 2019 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 steht auch aufgrund der immer wieder verschobenen Reform des einheitlichen Bewertungsmaßstabs durch den Bewertungsausschuss aus. Die Fristsetzung gewährleistet, dass die vorbereitenden Beratungen für eine Beschlussfassung unverzüglich aufgenommen und ergebnisorientiert zu einer entsprechenden Beschlussfassung geführt werden. Dies gilt auch im Hinblick auf die aufsichtsrechtlichen Befugnisse des Bundesministeriums für Gesundheit, Maßnahmen nach § 87 Absatz 6 Satz 4 ff. zu ergreifen.

Es wird daran festgehalten, dass die Pauschalen soweit möglich nach (weiteren) Morbiditätskriterien insbesondere zur Abbildung des Schweregrades der Erkrankungen zu differenzieren sind. Auf die einschränkende Vorgabe der empirischen Ermittlung auf Grundlage von Abrechnungsdaten wird verzichtet. Durch diese weitere und erleichterte Differenzierungsmöglichkeit sollen besonderen Krankheitsverläufen und den damit verbundenen Behandlungsbedarfen weiterhin Rechnung getragen werden (können). Dies gilt z.B. bei chronischen Erkrankungen. Damit wird sichergestellt, dass auch bekannte und bereits durch die Arztpraxis versorgte Patientinnen und Patienten mit einem besonderen Behandlungsbedarf weiterhin angemessen versorgt und behandelt werden.

Zu Doppelbuchstabe cc

Zur Förderung der erfolgreichen Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2, wird der Bewertungsausschuss in § 87 Absatz 2b Satz 5 beauftragt, mit Wirkung zum 1. April 2019 eine Regelung in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufzunehmen. Die 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.

Sofern zum 1. April 2019 keine Regelung im einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommen ist, können die hausärztlich tätigen Leistungserbringer bis zur Wirksamkeit einer Vergütungsregelung für die erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 einen Betrag in Höhe von 2 Euro abrechnen. Die Vertragspartner nach § 87a Absatz 2 Satz 1 (Kassenärztliche Vereinigung und Krankenkassen) haben hierzu die Voraussetzungen für die Abrechenbarkeit zu schaffen.

Zu Buchstabe e

Der § 87 Absatz 2c Satz 1 wird zur besseren Übersichtlichkeit und Lesbarkeit sowie zur redaktionellen Angleichung an Absatz 2b neugefasst, in dem die Leistungen, die neben den Pauschalen als Einzelleistungen vergütet werden sollen, in einer Auflistung dargestellt werden.

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 nunmehr verbindlich spätestens zum 1. April 2019 vorgegeben. Es gelten die Ausführungen zu Buchstabe c, Doppelbuchstabe bb, gleichermaßen. Der Bewertungsausschuss hat weiterhin die Möglichkeit bei einzelnen Facharztgruppen, bei denen eine Differenzierung der Grundpauschalen nach neuen Patientinnen und Patienten und solchen Patientinnen und Patienten, bei denen ein begonnene Behandlung fortgeführt wird, medizinisch-fachlich sachwidrig wäre, von einer Differenzierung abzusehen. Dies dürfte bei Facharztgruppen der Fall sein, die nicht der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung angehören. Auch zukünftig sollte soweit möglich eine Differenzierung der Grundpauschalen erfolgen, um krankheitsbedingten Mehraufwand transparent zu machen, sofern ein besonderer Behandlungsaufwand (Schweregrad) nicht über Zusatzpauschalen sachgerecht berücksichtigt wird.

Zu Buchstabe f

Aufhebung einer redaktionellen Doppelung.

Zu Buchstabe g

Der bisherige Absatz 2g wird aufgrund der Rechtssystematik zum neuen Absatz 2f. Der alte Absatz 2f ist bereits mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz aufgehoben worden.

Zu Buchstabe h

Zur Erreichung bundesweit einheitlich geltender Voraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen der Versicherten- und Grundpauschalen in der offenen Sprechstunde wird der Bewertungsausschuss in § 87 Absatz 2g beauftragt, drei Monate nachdem eine Vereinbarung nach § 19a Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) beschlossen worden ist, eine entsprechende Regelung in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufzunehmen.

Es ist hierbei zu gewährleisten, dass zusätzlich zu den Leistungen in der offenen Sprechstunde, Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung bei einem vollen Versorgungsauftrag

in einem Umfang von 20 Wochenstunden und bei einem hälftigen Versorgungsauftrag von zehn Wochenstunden erbracht und abgerechnet werden. Das bedeutet, dass neben der extrabudgetären Vergütung für Leistungen in der offenen Sprechstunde im Verlauf der (Kalendar-)Woche sonstige Leistungen in einem Umfang von 20 bzw. zehn Wochenstunden erbracht werden müssen.

Um darüber hinaus zu erreichen, dass 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 von Leistungen in der offenen Sprechstunde 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.

Zu Buchstabe i

Durch die Änderung des § 87 Absatz 3b Satz 3 bis 7 wird klargestellt, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband nach der Errichtung des Instituts des Bewertungsausschusses keinen Dritten mehr mit den Aufgaben nach § 87 Absatz 3b Satz 1 beauftragen und das inzwischen errichtete Institut nicht auflösen dürfen. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde in § 87 Absatz 3b die Errichtung eines Instituts zur Unterstützung des Bewertungsausschusses für ärztliche Leistungen vorgegeben. Träger des Instituts sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung 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 Regelungen zu Errichtung des Instituts 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 j

In § 87 Absatz 3d werden die Änderungen des § 87 Absatz 3b nachgebildet, in dem 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 den Buchstaben k und l

Folgeregelung aufgrund der Einführungen einer einheitlichen sektorenübergreifenden Konfliktlösung in § 89a. Absatz 5a wird in diesem Zuge neu gefasst. Der erste Halbsatz entspricht dem geltenden Recht. Die Ergänzung des erweiterten Bewertungsausschuss nach Absatz 4 um Vertreter der Krankenhaus- bzw. Krankenkassenseite ist aufgrund der Übertragung der Kompetenz im Konfliktfall auf das sektorenübergreifende Entscheidungsgremium nach § 89a obsolet. Gleiches gilt für die Regelungen zur Benennung der weiteren unparteiischen Mitglieder nach den bisherigen Sätzen 2 bis 4, die durch die Übertragung der Konfliktlösung auf das neue Entscheidungsgremium ebenfalls hinfällig sind.

Mit dieser Neufassung wird die Konfliktlösung durch den ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss auf das neue Schiedsgremium nach § 89a übertragen. Das Schiedsgremium nach § 89a trifft durch seine Entscheidungen Beschlüsse anstelle des bisherigen ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses, dieser entfällt dadurch. Die Anrufung des neuen Schiedsgremiums erfolgt durch den ergänzten Bewertungsausschuss wie bislang auf Verlangen von mindestens 2 Mitgliedern, sofern durch übereinstimmenden Beschluss aller Mitglieder eine Vereinbarung des ergänzten Bewertungsausschusses ganz oder teilweise nicht zustande kommt.

Um das neue Schiedsgremium in der Vorbereitung seiner Entscheidungen zur Vergütung in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b, zur Vergütung in der Versorgung im Notfall und im Notdienst sowie von Leistungen zur Zweitmeinung nach § 27b zu unterstützen, hat das Institut nach § 87 Absatz 3b dem Schiedsgremium nach § 89a unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten. Darüber hinaus wird auch die Vertraulichkeit zu diesen Themen geregelt.

Gegenüber den Bewertungsausschüssen und somit auch dem bisherigen ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss sind in § 87 Absatz 6 umfangreiche aufsichtsrechtliche Maßnahmen und Vorgaben geregelt. Absatz 6 gilt daher auch für das neue Schiedsgremium insoweit entsprechend, dass die in Absatz 6 geregelten über den §89a hinausgehenden aufsichtsrechtlichen Maßnahmen und Vorgaben für Entscheidungen des Schiedsgremiums in diesem Bereich ebenso gelten. Dies betrifft neben der Möglichkeit einer Ersatzvornahme insbesondere die Möglichkeit, im Rahmen der Prüfung einer Entscheidung bzw. eines Beschlusses des Schiedsgremiums nach § 89a zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen dazu anzufordern. Bis zum Eingang der Auskünfte ist der Lauf der Frist unterbrochen. Die Nichtbeanstandung der Entscheidung bzw. des Beschlusses des Schiedsgremiums kann vom Bundesministerium für Gesundheit mit Auflagen verbunden werden; das Bundesministerium für Gesundheit kann zur Erfüllung einer Auflage eine angemessene Frist setzen. Unabhängig davon sind die Entscheidungen bzw. Beschlüsse des Schiedsgremiums in diesem Bereich mit einer entsprechenden Begründung im Deutschen Ärzteblatt oder im Internet bekannt zu machen; falls die Bekanntmachung im Internet erfolgt, muss im Deutschen Ärzteblatt ein Hinweis auf die Fundstelle veröffentlicht werden.

Zu Buchstabe m

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 Nummer 41 (§ 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 nach dem Gesetz außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen nach § 87a Absatz 3 Satz 1 zu festen Preisen der Euro-Gebührenordnung nach § 87a Absatz 2 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 5 werden neu in den Katalog der extrabudgetären Leistungen aufgenommen:

Nach Nummer 2 sind zukünftig Leistungen, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 erbracht werden, außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu festen Preisen zu vergüten. Hierbei werden alle Leistungen im Behandlungsfall außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu festen Preisen vergütet, die erforderlich sind, um die Krankheit aufgrund der die Terminvermittlung notwendig war, zu behandeln. Die Regelung gilt nicht für Fälle nach § 75 Absatz 1a Satz 8 (verschiebbare Routineuntersuchungen, Bagatellerkrankungen sowie bei weiteren vergleichbaren Fällen).

Nach Nummer 3 wird die Leistung der erfolgreichen Vermittlung eines Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 durch einen hausärztlich tätigen Leistungserbringer bei einem fachärztlich tätigen Leistungserbringer außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu festen Preisen vergütet.

Zur Förderung der Behandlung in Akutfällen während der Sprechstundezeiten nach § 87 Absatz 2a Satz 23 werden nach Nummer 4 die damit verbundenen Leistungen (Notfallpauschale und Schweregradzuschlag sowie sonstige abrechenbaren Leistungen) außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu festen Preisen vergütet. Um die vom Bundessozialgericht in ständiger Rechtsprechung geforderte Gleichstellung der Vergütung auch für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser zu gewährleisten, werden auch diese Leistungen im Notfall während der Sprechstundenzeiten außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu festen Preisen vergütet. Insoweit findet die Regelung nach § 87b Absatz 1 Satz 3 nur noch für Leistungen im Notfall und im Notdienst außerhalb der Sprechstundenzeiten Anwendung.

Zur Verbesserung des Zugangs für gesetzlich Versicherte zur ambulanten ärztlichen Versorgung werden zukünftig nach Nummer 5 auch Leistungen der Versicherten- und Grundpauschalen für Neupatientinnen und Neupatienten außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu festen Preisen vergütet.

Um die gezielte Erbringung ärztlicher Leistungen in offenen Sprechstunden zu fördern und die Koordination innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung mit Überweisungen zu unterstützen, werden nach Nummer 6 die Leistungen der Versicherten- und Grundpauschale für Patientinnen und Patienten, die in offenen Sprechstunden nach § 87 Absatz 2g behandelt werden, außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu festen Preisen vergütet.

Bei der Anpassung des Behandlungsbedarfs ist durch die Beteiligten zu prüfen, ob und wie eine Bereinigung des Behandlungsbedarfs durch Überführung von Leistungen in die extrabudgetären Gesamtvergütungen zu erfolgen hat.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Folgeänderung zu Buchstabe a.

Zu Nummer 42 (§ 87b)

Redaktionelle Anpassung eines Verweises.

Zu Nummer 43 (§ 87d)

Die Regelungen in § 87d zur Vergütung von vertragsärztlichen Leistungen im Jahr 2012 sind obsolet und werden daher aufgehoben.

Zu Nummer 44 (§ 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 45 (§ 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 Landeschiedsämter 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 vertragsärztliche 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 Absatz 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 stringenter 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 Schiedsamtverordnung 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. 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 Schiedsamtverfahren 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 Nummer 46 (§ 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 wurde 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 alle 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 Kassenärztliche Vereinigung, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam sowie die Landeskrankenhausgesellschaften oder die Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam bilden für jedes Land ein sektorenübergreifendes Schiedsgremium.

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 6 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 alleine 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. Als weitere Aufgabe auf Bundesebene wird das Gremium im Konfliktfall die derzeit nach Maßgabe des § 87 Absatz 5a geregelten Beschlüsse zur Vergütung der Leistungen der ASV nach § 116b, der Zweitmeinung nach §87 Absatz 2a Satz 9 und der Vergütung von Leistungen im Notfall und im Notdienst (§ 87 Absatz 2a Satz 23 und 24) übernehmen. Diese hat derzeit der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss zu treffen. 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 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 3). 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 §§ 4, 5 und 6 der Schiedsamtverordnung (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, bei der mit einer Mehrheit von zwei Drittel der Stimmen der anwesenden Mitglieder entschieden wird. 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). 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 47 (§ 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 Gebieten wird das Potential anerkannter Praxisnetzwerke nunmehr weitergehend genutzt, in dem diesen die Möglichkeit gegeben wird, in unterversorgten Regionen medizinische Versorgungszentren zu gründen.

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 die uneingeschränkte Einbeziehung von Erbringern nicht-ärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 in den Gründerkreis eines medizinischen Versorgungszentrums. So hat sich nunmehr in den letzten Jahren gezeigt, dass zunehmend Kapitalinvestoren ohne medizinisch-fachlichen Bezug zur vertragsärztlichen Versorgung Leistungserbringer nach § 126 Absatz 3 aufkaufen, um hierüber Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung zu erhalten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Ankauf 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 für Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 auf fachbezogene medizinische Versorgungszentren beschränkt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Der neu eingefügte Satz übernimmt im Wesentlichen den Regelungsinhalt des bisherigen Satz 1 zweiter Halbsatz. Mit den Formulierungsänderungen wird bezüglich der Rechtsformwahl der Gesellschaft mit begrenzter Haftung (GmbH) eines medizinischen Versorgungszentrums klargestellt, dass eine Träger-GmbH 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 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 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 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 Fachrichtungen oder Fachgebieten

differenzierte Versorgungsanteile für Ärzte einzelner Fachrichtungen oder Ärzte mit besonderen Schwerpunktkompetenzen für die Zulassungsausschüsse verbindlich festzulegen.

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa

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. 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.

Zu Doppelbuchstabe bb

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 den zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen.

Zu Buchstabe d

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. Um zu verhindern, dass einem medizinischen Versorgungszentrum nach dem Ausscheiden (z. B. aus Altersgründen) aller originären Gründer die Zulassung zu entziehen ist, obwohl angestellte Ärzte des medizinischen Versorgungszentrums bereit sind, die Gesellschafteranteile zu übernehmen, wird geregelt, dass die Gründungsvoraussetzung gewahrt bleibt, wenn angestellte und damit nach § 95 Absatz 1a Satz 1 nicht gründungsberechtigte Ärzte des medizinischen Versorgungszentrums die Gesellschafteranteile übernehmen, solange sie in dem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind.

Zu Buchstabe e

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 wegen Verstoß gegen Art. 12 Absatz 1 Grundgesetz für nichtig erklärt (vgl. Bundesverfassungsgericht vom 26. September 2016 - 1 BvR 1326/15). Es sah in § 98 Absatz 1 keine hinreichende Ermächtigungsgrundlage für § 19 Absatz 3 Ärzte-ZV und bewertete die Verortung dieser Regelung außerhalb des SGB V in einer Rechtsverordnung, deren gesetzliche Ermächtigungsgrundlage im SGB V den entsprechenden Regelungsinhalt nicht mehr umfasse, als verfassungswidrig.

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.

Zu Buchstabe f

Mit der Änderung gelten die Grundsätze des Absatzes 2 Satz 9 auch bei Genehmigungen für die Anstellung bei einer Vertragsärztin oder einem Vertragsarzt.

Zu Nummer 48 (§ 96)

Mit den neuen Sätzen 7 und 8 erhalten die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden ein Mitberatungsrecht in den Zulassungsausschüssen für Ärzte. Das Mitberatungsrecht entspricht dem Mitberatungsrecht in den Landesausschüssen nach § 90, ergänzt um das Recht zur Beantragung zusätzlicher Zulassungen in ländlichen Gebieten innerhalb eines Planungsbereichs, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind.

Die Regelung korrespondiert mit der Regelung im neuen § 103 Absatz 3b. Das Mitberatungsrecht ist als Grundlage für die entsprechenden Entscheidungen nach dem neuen § 103 Absatz 3b Satz 2 notwendig.

Zu Nummer 49 (§ 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 Fachrichtungen oder Fachgebieten differenzierte Mindest- oder Höchstversorgungsanteile für Ärzte einzelner Fachrichtungen oder Ärzte mit besonderen Schwerpunktkompetenzen festzulegen (z. B. Mindestanzahl an Rheumatologen innerhalb eines Planungsbereichs in der Arztgruppe der Fachinternisten). 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 Folgeänderung, die durch die Einfügung der neuen Sätze 7 und 8 erforderlich geworden ist.

Zu Nummer 50 (§ 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 in besonderem Maße über Versorgungs- und Termschwierigkeiten geklagt wird, spürbar zu verbessern, finden die von den Landesauschüssen 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 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. Für die Durchführung des Zulassungsverfahrens und die Erteilung der Zulassung gelten die allgemeinen Regelungen des Zulassungsrechts.

Mit der Regelung soll erreicht werden, dass zusätzliche Ärztinnen und Ärzte der betreffenden Fachrichtungen für eine ausreichende und bedarfsgerechte Versorgung der Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen. 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.

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 Schwerpunktbezeichnung „Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie“ der Musterweiterbildungsordnung der BÄK definiert.

Buchstabe b

Die Änderung korrespondiert mit der in § 101 Absatz 1 Satz 8 neu geregelten Kompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses, innerhalb der Arztgruppen nach Fachrichtungen oder 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 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, der die Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammensetzung der Arztgruppen erfüllt. Auch eine aus Versorgungsgründen nicht erforderliche Praxis kann damit mit einer am Versorgungsbedarf orientierten neuen fachlichen Ausrichtung innerhalb der Artgruppe fortgeführt werden.

Zu Buchstabe c

Mit der Regelung sind auf Antrag der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden in ländlichen Gebieten eines Planungsbereiches trotz angeordneter Zulassungsbeschränkungen nach Absatz 1 Satz 2 zusätzliche Zulassungen für eine Neuniederlassung zu erteilen. Damit wird die Möglichkeit geschaffen, individuellen regionalen Versorgungsbedürfnissen in Gebieten innerhalb eines Planungsbereichs, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, noch besser gerecht werden zu können.

Den jeweils zuständigen obersten Landesbehörden wird dabei das Recht zur Beantragung zusätzlicher Zulassungen eingeräumt, 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 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.

Zur Bestimmung ländlicher Gebiete haben sich die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden dabei grundsätzlich an den laufenden Raumbesichtigungen und Raumabgrenzungen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung zu orientieren. Ländliche Gebiete sind demnach grundsätzlich Gebiete (Kreise und Kreisregionen) mit einer Dichte unter 100 Einwohner je km².

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

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

Folgeänderung zum neuen Absatz 3b. Auch bei den auf Grundlage des Absatz 3b gestellten Anträgen auf Neuniederlassung hat die Kassenärztliche Vereinigung den Vertragsarztsitz in den für ihre amtlichen Bekanntmachungen vorgesehenen Blättern unverzüglich auszusprechen 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.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Doppelbuchstabe bb.

Zu Buchstabe e

Zu Doppelbuchstabe aa

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 2 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.

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 aus Versorgungsgründen 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.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es 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

Es handelt sich um die Parallelregelung zu der im neuen Satz 2 des Absatz 4a 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 3. Eine Ungleichbehandlung der verschiedenen Leistungserbringer ist nicht gerechtfertigt. Daher gelten auch hier die gleichen Regelungen.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich auch hier um eine Parallelregelung zu der in Absatz 4a getroffenen Regelung. Es 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 51 (§ 105)

Buchstabe a

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.

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 der Änderung im Absatz 1a werden die Strukturfonds verbindlicher ausgestaltet, erhöht und die Verwendungszwecke 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 % bis zu 0,2 % der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen betragen und damit verdoppelt werden.

Zu Doppelbuchstabe bb

Folgeänderung zur künftigen Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, einen Strukturfonds zu bilden. Die bestehende Verpflichtung der Krankenkassen, in den Strukturfonds zusätzlich einen Betrag in gleicher Höhe in den Strukturfonds zu entrichten, bleibt unverändert.

Zu Doppelbuchstabe cc

Mit der Neufassung des Satz 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 Absatz 1b neu (Nummer 4, 1. Alternative), die Förderung von lokalen Gesundheitszentren für die medizinische Grundversorgung (Nummer 4, 2. Alternative), die Förderung der Erteilung von Sonderbedarfszulassungen (Nummer 5) und die Förderung des freiwilligen Verzichts auf die Zulassung als Vertragsärztin oder Vertragsarzt sowie für Entschädigungszahlungen nach § 103 Absatz 3a Satz 13 (Nummer 6). Dabei gilt für die Förderung von Einrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigung nach Absatz 1b und von lokalen Gesundheitszentren für die medizinische Grundversorgung, 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 die Anwendung der Regelungen nach §§ 87 bis 87c vorgegeben, um eine Gleichbehandlung mit den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten zu gewährleisten.

Zu Doppelbuchstabe dd

Es ist sicherzustellen, dass die für den Strukturfonds bereitgestellten Mittel vollständig zur Förderung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung verwendet werden. Damit wird ausgeschlossen, dass die in dem vorgesehenen Verwendungszeitraum nicht verwendeten oder ausgezahlten Mittel in die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen und an die Krankenkassen zurückfließen.

Zu Buchstabe c

Die bislang in Absatz 1 Satz 2 und 3 geregelte Möglichkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Sicherstellung der vertragsärztliche 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. 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 und gemeinsam mit Krankenhäusern betrieben werden. Zur Flexibilisierung wird klargestellt, dass Einrichtungen auch durch mobile oder digitale Sprechstunden (bspw. durch Fernbehandlung im Rahmen der Weiterentwicklung der berufsrechtlichen Vorgaben), mobile Praxen, Patientenbusse oder ähnliche Versorgungsangebotsformen betrieben werden können. In Gebieten, für die der Landesauschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Unterversorgung oder drohende Unterversorgung festgestellt hat, werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, 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 Euro-Gebührenordnung zu vergüten sind. Klargestellt wird ferner, dass Einrichtungen an der Honorarverteilung teilnehmen und den übrigen Leistungserbringern gleichgestellt sind. Daraus folgt, dass auch für Einrichtungen in Gebieten, in denen Unterversorgung oder drohende Unterversorgung festgestellt wurde, keine Maßnahmen zur Fallzahlbegrenzung oder -minderung bei der Behandlung der Patienten des betreffenden Planungsbereichs anzuwenden sind.

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 zur neuen Nummer 6 in Absatz 1a Satz 3. Danach kann künftig aus Mitteln des Strukturfonds der freiwillige Verzicht auf die Zulassung als Vertragsärztin oder Vertragsarzt sowie im Falle einer Entscheidung des Zulassungsausschusses zur Nichtnachbesetzung eines Vertragsarztsitzes Entschädigungszahlungen nach § 103 Absatz 3a Satz 13 finanziell gefördert werden.

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 Vereinigung 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 Arzt 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 52 (§ 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 sollte vorab durch einen Antrag der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes bei der Kassenärztlichen Vereinigung 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.

Zu Nummer 53 (§ 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 Einigung nach Absatz 2 Satz 1 nicht zustande, entscheidet das Bundesschiedsamt nach § 89 Absatz 2. Satz 7 wird aufgehoben, da bereits in § 89 Absatz 9 Satz 2 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 weitgehend einheitlichen Schiedswesen im SGB V. Kommt eine Einigung nach Absatz 1 Satz 1 nicht zustande, entscheidet das Landesschiedsamt nach § 89 Absatz 1. Satz 2 wird aufgehoben, da bereits in § 89 Absatz 9 Satz 2 geregelt ist, dass Klagen gegen Entscheidungen des Schiedsamtes keine aufschiebende Wirkung haben.

Zu Nummer 54 (§ 106d)

Redaktionelle Anpassung eines Verweises.

Zu Nummer 55 (§ 114)

Zu Buchstabe a

Folgeänderung in § 114 (Landesschiedsstelle) zur Änderung des § 89 über die Schiedsämter.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Aufhebung der Konstruktion der erweiterten Schiedsstelle in § 115 Absatz 3 und Überleitung der Zuständigkeit auf die sektorenübergreifenden Entscheidungsgremien nach § 89a.

Zu Nummer 56 (§ 115)

Zu Buchstabe a

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 agiert die Lan-

deschiedsstelle nach § 114 als so genannte erweiterte Schiedsstelle, indem die Landeschiedsstelle nach § 114 um Vertreter der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte erweitert wurde. Die in § 114 Absatz 2 normierte Besetzung der Schiedsstelle mit Vertretern der Krankenkassen und der Krankenhäuser wurde bei dreiseitigen Verträge, an denen die Kassenärztlichen Vereinigungen mitwirken um Vertreter der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in der gleichen Zahl erweitert wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und Krankenhäuser vorgesehen ist. Diese Besetzung beschreibt die so genannte erweiterte Schiedsstelle. Die Vertreter der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die an der Bestimmung der unparteiischen Mitglieder nicht beteiligt sind, werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen bestellt.

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 sektorenübergreifende Schiedsgremium angerufen werden. Es bedarf daher der Sonderregelung hier nicht mehr.

Zu Nummer 57 (§ 115b)

Gemäß § 115b Absatz 3 wird die Vereinbarung zum Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärer Eingriffe sowie zu einer einheitlichen Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärztinnen und Vertragsärzte durch das Bundesschiedsamt festgesetzt, soweit 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 58 (§ 116b)

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 59 (§ 117)

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.

Zu Nummer 60 (§ 118)

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.

Zu Nummer 61 (§ 118a)

Folgeänderung in der Schiedsregelung des § 118a Absatz 2 (Vereinbarung zur Versorgung durch geriatrische Institutsambulanzen) aufgrund der Einführungen einer einheitlichen sek-

torenübergreifenden 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 62 (§ 120)

Redaktionelle Folgeänderung zu § 87a Absatz 3 Satz 5 und 6 neu.

Zu Nummer 63 (§ 129)

Zu Buchstabe a

Es wird geregelt, dass in den ergänzenden Verträgen auf Landesebene nach § 129 Absatz 5 Satz 1 über die Versorgung mit Impfstoffe die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet sind, die Kosten für Impfstoffe bis zum Preis des zweitgünstigsten Herstellers zu übernehmen. Auf diese Weise wird gewährleistet, dass im Sinne der Versorgungssicherheit zumindest zwei Hersteller von Impfstoffen in den Verträgen berücksichtigt werden und zugleich durch die bestehende Wettbewerbssituation im Verhältnis Hersteller zu Apotheken dem Wirtschaftlichkeitsgebot Rechnung getragen wird. Dies ist zur Vermeidung von Unsicherheiten bei der Impfstoffversorgung und zeitweiligen Lieferproblemen von Impfstoffen erforderlich, da andernfalls nicht gewährleistet ist, dass Impfstoffe unterschiedlicher Hersteller für die Versorgung zur Verfügung stehen (vgl. auch BT-Drs. 18/11449, S. 38).

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung in § 129 Absatz 8 (gemeinsame Schiedsstelle des GKV-Spitzenverbandes und der Spitzenorganisation der Apotheker) zur Neufassung von § 89 zur Verwirklichung eines weitgehend 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 an den Sitzungen der Schiedsstelle nach § 129 Absatz 8 regeln kann.

Zu Nummer 64 (§ 130b)

Zu Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung in § 130b Absatz 5 (gemeinsame Schiedsstelle des GKV-Spitzenverbandes und der Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer) 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 65 (§ 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 66 (§ 132d)

Die Krankenkassen stellen die Versorgung mit SAPV sicher, indem sie Verträge mit den Leistungserbringern (meist multiprofessionelle Teams) schließen. In der mittlerweile 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, soweit die Verträge ein exklusives Recht zur Leistungserbringung vermitteln.

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. Ein derartiges Verfahren unterfällt, da es kein Exklusivrecht zur Versorgung vermittelt, nicht dem Vergaberecht.

Mit der Änderung wird dieses Verfahren gesetzlich abgesichert. Satz 1 regelt, dass die maßgeblichen Voraussetzungen, nach denen ein Leistungserbringer den Zugang zur Versorgung erhält, von den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Ersatzkassen und den maßgeblichen Vertretern der SAPV auf Landesebene in Musterverträgen festgelegt werden. Die Verbände können auch gemeinsam einen einheitlichen Vertrag abschließen. Die Vertragspartner haben dabei neben den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und den Rahmenempfehlungen nach Absatz 2 die bisherige Versorgung, insbesondere die räumliche Nähe der Versorger zum Patienten, zu berücksichtigen. In dem Vertrag ist auch die grundsätzliche Struktur der Vergütung festzulegen. In Satz 3 ist festgelegt, dass jeder Leistungserbringer, der die im Mustervertrag festgelegten Voraussetzungen erfüllt, einen Anspruch auf einen Versorgungsvertrag und damit auf den Zugang zur Versorgung erhält. In diesem Versorgungsvertrag sind weitere Einzelheiten, die sich aus den besonderen Versorgungsbedürfnissen ergeben, zu regeln. Dies gilt z.B. für die Vergütung, wenn etwa lokale Zuschläge für einen besonderen Wegeaufwand erforderlich sind.

Der Inhalt beider Verträge, sowohl des Mustervertrages nach Satz 1 als auch des besonderen Versorgungsvertrag nach Satz 3, wird, falls eine Einigung nicht zu Stande kommt, in dem in den Sätzen 4 bis 6 beschriebenen Schiedsverfahren festgelegt.

Zu Nummer 67 (§ 134a)

Folgeänderung zu der Änderung des § 89. § 134a regelt in Absatz 4 eine eigene Schiedsstelle zwischen dem GKV-Spitzenverband und der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen sowie die 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 wird die Regelung entsprechend in § 134a übertragen.

Zu Nummer 68 (§ 135)

Redaktionelle Folgeänderung durch das Einfügen eines Satzes in § 87 Absatz 6.

Zu Nummer 69 (§ 137e)

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 9 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 KHEntgG bzw. § 13 Absatz 2 BPfIV.

Zu Nummer 70 (§ 140a)

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 Nummer 71 (§ 188)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des § 9 Absatz 1 Nummer 6, auf den diese Vorschrift Bezug nimmt. Die Vorschrift ist damit selbst entbehrlich.

Zu Nummer 72 (§ 190)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zur Aufhebung des § 9 Absatz 1 Nummer 6, auf den diese Vorschrift Bezug nimmt. Der Bezug knüpft künftig an das bisherige Recht an.

Zu Nummer 73 (§ 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.

Sätze 1 und 2 betreffen die Übermittlung personenbezogener Daten an die für die Entscheidung über die Teilnahme von Leistungserbringern an der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung, die für die Leistungsgewährung und die für die Abrechnung von Leistungen zuständigen Stellen. 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 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 Entscheidungen über die Teilnahme von Krankenhäusern an der Versorgung gesetzlich Krankensicherter treffen durch Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan oder durch die landesrechtliche Anerkennung von Hochschulkliniken (vgl. § 108 Nummer 1 und 2). Als weitere zulässige Empfänger sind die für die Leistungsgewährung zuständigen Stellen genannt, die etwa bei Hinweisen auf ein kollusives Zusammenwirken von Leistungserbringern und Versicherten tätig werden können. Schließlich benötigen auch die für die Abrechnung von Leistungen zuständigen Stellen präzise Informationen über vergütungsrelevantes Fehlverhalten, um etwa Teile der Vergütung zurückzuhalten, Regressforderungen geltend zu machen oder gegen Ansprüche des Leistungserbringers aufzurechnen. 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.

Sätze 3 und 4 betreffen die Übermittlung personenbezogener Daten durch die Medizinischen Dienste 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 der Medizinischen Dienste, 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 74 (§ 217f)

Die Krankenkassen sind gemäß § 3 der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung verpflichtet, eine Kassenordnung aufzustellen, über welche 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 überneh-

men. Zum anderen entfällt sowohl bei den Krankenkassen, als auch bei den Aufsichtsbehörden der aufwendige Abstimmungs- und Prüfprozess, der bisher bei jeder einzelnen Kas senordnungen notwendig ist.

Zu Nummer 75 (§ 225)

Die Vorschrift wird aufgrund der Versicherungspflicht für Waisenrentner gemäß § 5 Absatz 1 Nummer 11b redaktionell angepasst.

Zu Nummer 76 (§ 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 Sozialverfahren 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 77 (§ 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 die Verbform in § 235 Absatz 1 Satz 1 korrigiert.

Zu Buchstabe c

Aus redaktionellen Gründen wird der Verweis in § 235 Absatz 2 Satz 2 korrigiert.

Zu Nummer 78 (§ 237)

Mit dem Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz) vom 21. Dezember 2015 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 ALG bis zum Erreichen der Altersgrenzen für die Familienversiche-

rung 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 79 (§ 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 80 (§ 274)

Zur Unterstützung der Prüfung nach § 274 Absatz 1 Satz 2 über den GKV-Spitzenverband, des Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbandes und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen soll die Möglichkeit eröffnet werden, dass das Bundesministerium für Gesundheit bei fachlich komplexen Sachverhalten, die Spezialwissen erfordern, Wirtschaftsprüfer 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 Prüffhemas die Verbesserung der Ergebnisqualität und Prüfdauer zu erwarten ist. Der Prüfauftrag an externe Wirtschaftsprüfer bzw. spezialisierte Rechtsanwaltskanzleien soll auf bestimmte Prüffhemas 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 oder spezialisierten Rechtsanwaltskanzleien ist ein Teil der Prüfung nach § 274 und daher durch die geprüften 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 81 (§ 275)

Der Verweis auf das 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 82 (§ 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 der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Leistungserbringung sowie der Vergütungsverträge nach § 115a Absatz 3 erheben und speichern dürfen. Die bisherige Einschränkung auf Vergütungsverträge nach § 87a ist nicht sachgerecht, da Krankenkassen weitere Vergütungsverträge im Rahmen der ambulanten Leistungserbringung (z. B. § 85 Abs. 3 - Vertragszahnärzte, § 115 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 - ergänzende Regelungen zur Vergütung im Notdienst, § 120 Absatz 1a bis 3 - Kinderspezialambulanzen, Hochschulambulanzen, psychiatrische Institutsambulanzen, sozialpädiatrische Zentren und medizinische Behandlungszentren sowie § 137e Absatz 4 - Vergütung von Leistungserbringern im Rahmen der Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) schließen. Auch für diese Vergütungsverträge benötigen die Krankenkassen entsprechende Sozialdaten. Gleiches gilt für Vergütungsverträge nach § 115a Absatz 3 über vor- und nachstationäre Behandlungen im Krankenhaus.

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 83 (§ 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 Anforderungen 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 5 c verpflichtet, die Versicherten entsprechend zu informieren.

Zu Doppelbuchstabe cc

Diese Regelung ist eine Folgeänderung aufgrund der Zusammenführung des elektronischen Patientenfalls mit der elektronischen Patientenakte.

Zu Buchstabe c

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, das 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 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 Patientenfalls mit der elektronischen Patientenakte.

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 84 (§ 291b)

Zu Buchstabe a

Diese Regelung ist eine Folgeänderung aufgrund der Zusammenführung des elektronischen Patientenfalls mit der elektronischen Patientenakte.

Zu Buchstabe b

Die Gesellschaft für Telematik wird verpflichtet, den Umfang der Zulassung einschließlich der erforderlichen Spezifikationen, das Zulassungsverfahren sowie die Sicherheitsanforderungen für Verfahren nach § 291a Absatz 5 Satz 9 im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik festzulegen. 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, die selbst oder deren Software zwar von der Gesellschaft für Telematik unter Einbeziehung der fachlichen Expertise des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik zugelassen wurden, die jedoch nicht die strengeren Anforderungen an eine Zertifizierung durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik erfüllen. 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

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 d

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

Zu Nummer 85 (§ 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 86 (§ 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

Zu den Doppelbuchstaben aa und cc

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.

Zu Doppelbuchstabe bb

Zur Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung für eine erfolgreiche Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins nach § 73 Absatz 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 c

Behebung eines Verweisfehlers.

Zu Buchstabe d

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 Nummer 87 (§ 295a)

Mit der Neuregelung wird ermöglicht, dass für die Abrechnung von im Rahmen der Verträge der Krankenkassen oder ihrer Verbände mit geeigneten Ärzten einschließlich Betriebsärzten, deren Gemeinschaften oder Einrichtungen mit geeignetem ärztlichen Personal oder dem öffentlichen Gesundheitsdienst über die Versorgung mit Schutzimpfungen (§ 132e) erbrachte Leistungen 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 § 132e 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 Ärzte mit jeder der beteiligten Krankenkassen.

Zu Nummer 88 (§ 299)

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 stellt insoweit klar, dass die Leistungserbringer die ihnen übermittelten zusätzlichen Daten mit den bei ihnen bereits vorliegenden Daten versichertenbezogen zusammenführen dürfen.

Zu Nummer 89 (§ 305)

Mit der Neuregelung werden die Krankenkassen zur Übermittlung von Sozialdaten – auch in elektronischer Form - an von dem Versicherten benannte Dritte befugt. 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 oder den Krankenkassen 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 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.

Zu Artikel 2 (Änderung § 11 BVFG)

Mit der Änderung wird das Verfahren zur Erstattung der Aufwendungen für Leistungen der Krankenkassen an Aussiedler abgeschafft.

Sowohl die Fallzahlen als auch die Erstattungshöhen nach § 11 sind seit mehreren Jahren auf niedrigem Niveau, so dass das aufwändige Verwaltungsverfahren zur Erstattung der Aufwendungen nicht mehr angemessen ist. Ein wesentlicher Anstieg der zu erstattenden

Aufwendungen ist nicht mehr zu erwarten. Aussiedler haben seit dem Jahr 2005 Anspruch auf Arbeitslosengeld II und sind damit in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert. Aufwendungen der Krankenkassen 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.

Die Aufwendungen der Krankenkassen sind als versicherungsfremde Leistungen mit dem Bundeszuschuss nach § 221 SGB V abgegolten.

Zu Artikel 3 (Änderung § 29 Absatz 4 Nummer 1 SGG)

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.

Zu den Buchstaben b und c

Es handelt sich um eine Folgeregelung in § 29 Absatz 4 Nummer 1 in Zusammenhang mit der Regelung eines Schiedsgremiums für sektorenübergreifende Entscheidungen in § 89a SGB V. Die Zuständigkeit des LSG Berlin-Brandenburg für die Überprüfung von Entscheidungen des neuen sektorenübergreifenden Schiedsgremiums wird ergänzt.

Zu Artikel 4 (Änderung § 11 AAG)

Werkstätten für behinderte Menschen sind nach § 219 Absatz 1 des Neunten Buches Einrichtungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben und zur Eingliederung in das Arbeitsleben. Sie haben denjenigen behinderten Menschen, 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. Diese Werkstattbeschäftigten stehen nach § 221 Absatz 1 des Neunten Buches zu den Werkstätten in einem besonderen arbeitnehmerähnlichen Rechtsverhältnis und erhalten statt eines Arbeitsvertrages einen Werkstattvertrag sowie statt eines Arbeitsentgelts ein Werkstattentgelt. Diese Rechtsverhältnisse sind insbesondere in Bezug auf die Höhe der Entlohnung nicht mit einem Arbeitsvertrag nach § 611 des Bürgerlichen Gesetzbuchs vergleichbar. Eine Teilnahme der Werkstätten für behinderte Menschen an den Umlageverfahren nach diesem Gesetz ist daher nicht erforderlich.

Durch die Regelung wird klargestellt, dass arbeitnehmerähnliche Rechtsverhältnisse behinderter Menschen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten nach § 221 Absatz 1 SGB IX nicht an den Umlageverfahren nach diesem Gesetz 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 behinderte Menschen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten in arbeitnehmerähnlichen Rechtsverhältnissen Entgeltfortzahlung und im Mutterschaftsfall Leistungen nach dem Mutterschutzgesetz von den Werkstätten für behinderte Menschen erhalten.

Zu Artikel 5 (Änderung Schiedsamtsverordnung)

Die Schiedsamtverordnung (alt) wird neu strukturiert und redundante Regelungen im Zuge der Neufassung des § 89 SGB V sowie der Einfügung des § 89a SGB V gestrichen. Die Verordnung gilt künftig auch für die sektorenübergreifenden Landesschiedsgremien und das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene und wird deshalb in „Verordnung über die Schiedsämter für die vertragsärztliche (vertragszahnärztliche) Versorgung und über die sektorenübergreifenden Schiedsgremien (Schiedsverordnung)“ umbenannt. Damit wird die im SGB V verfolgte einheitliche Regelungssystematik für die Konfliktlösung in der Schiedsverordnung fortgeführt.

Die Überarbeitung der Schiedsamtverordnung (alt) und deren Neustrukturierung und Erweiterung des Anwendungsbereichs für die sektorenübergreifenden Schiedsgremien hin zu einer Schiedsverordnung stehen in unmittelbarem Zusammenhang zu den Änderungen des § 89 SGB V, in den mehrere Regelungen der Schiedsamtverordnung (alt) übertragen und somit redundante Regelungen der Schiedsamtverordnung (alt) gestrichen werden, sowie der Einrichtung des neuen sektorenübergreifenden Schiedsgremiums in § 89a SGB V. Vor dem Hintergrund der Zusammenhänge, Parallelen und der gleichgelagerten Regelungsbedarfe für die Schiedsämter und die sektorenübergreifenden Schiedsgremien erfolgen die Regelungen in einer für beide Schiedseinrichtungen einheitlichen Rechtsverordnung, indem die bisherige Schiedsamtverordnung (alt) um die Anwendungsbereiche für die sektorenübergreifenden Schiedsgremien ergänzt wird.

§ 1 neu regelt die Geltung der Verordnung für die Schiedsämter (§ 1 Absatz 5 Schiedsamtverordnung (alt)) und die sektorenübergreifenden Schiedsgremien.

§ 2 enthält Regelungen zur Zusammensetzung der Schiedsämter und sektorenübergreifenden Schiedsgremien. Absatz 2 entspricht der bisherigen Regelung des § 1 Absatz 2 Schiedsamtverordnung (alt), Absatz 6 entspricht dem § 1 Absatz 4 Schiedsamtverordnung (alt).

Die Möglichkeit der Abberufung wird in § 89 und § 89a jeweils in Absatz 7 SGB V neu geregelt. § 3 regelt Näheres zum Verfahren für den Fall der Abberufung entsprechend der bisherigen Regelungen in § 4 Schiedsamtverordnung (alt).

Das Nähere zur Amtsniederlegung wird in § 4 bestimmt. Redundante Regelungen werden gestrichen.

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 der Schiedsverordnung bedarf es daher nur noch der Sonderregelung für die Amtsdauer der während einer Amtsperiode neu hinzugetretenen Mitglieder, die in § 5 der Regelung des § 3 Satz 2 und 3 Schiedsamtverordnung (alt) entsprechen.

Die Geschäftsstellen der Schiedsämter und Schiedsgremien werden in § 6 einheitlich entsprechen der Vorschrift des § 11 Schiedsamtverordnung (alt) geregelt. Die Geschäftsstellen der sektorenübergreifenden Schiedsgremien entsprechend denjenigen der Schiedsämter auf Landes- und Bundesebene.

Das Nähere zur Einleitung und dem Beginn des Schiedsverfahrens bestimmt § 7 (§§ 13 und 14 Schiedsamtverordnung (alt)).

Die Voraussetzungen der Beschlussfähigkeit der Schiedsämter und der sektorenübergreifenden Schiedsgremien, die für die Schiedsämter bisher nur in der Schiedsamtverordnung (alt) geregelt wurden, werden gesetzlich in § 89 Absatz 8 und § 89 a Absatz 8 SGB V festgelegt. Die näheren Bestimmungen zur Beschlussfähigkeit, den Beratungen und der Beschlussfassung (bisher in §§ 15, 16, 16a, 18 Absatz 2 und 19 der Schiedsamtverordnung (alt)) werden in § 8 übertragen. Ergänzend wird in Absatz 2 geregelt, dass die Verfahrensbeteiligten dem Schiedsamt und dem sektorenübergreifenden Schiedsgremium die für die Vorbereitung und Entscheidung erforderlichen Stellungnahmen, Unterlagen und Auskünfte

vorzulegen haben. Diese Klarstellung dient der Funktionsfähigkeit und Effizienz des Schiedsverfahrens.

§ 9 bestimmt die Ansprüche auf Reisekosten, die Erstattung sonstiger Auslagen sowie die Entschädigung für den Zeitaufwand für die unparteiischen Mitglieder der Bundesschiedsämter und des sektorenübergreifenden Bundesschiedsgremiums (Absatz 1 und 3) sowie der unparteiischen Mitglieder der Landesschiedsämter und der sektorenübergreifenden Landesschiedsgremien (Absatz 2 und 3). Die Regelung entspricht §§ 8 bis 10 Schiedsamtverordnung (alt). Ergänzend wird den Vertragsparteien die Möglichkeit eingeräumt, bei Verfahren mit besonderem Aufwand, Umfang, besonderer Bedeutung oder Schwierigkeit der Sachmaterie mit den unparteiischen Mitgliedern auch Honorarvereinbarungen zu treffen. Damit soll dem Aufwand der ehrenamtlich tätigen unparteiischen Mitglieder der Schiedsämter und der sektorenübergreifenden Schiedsgremien bei besonders komplex gelagerten Fällen Rechnung getragen werden können und eine angemessene Aufwandsentschädigung, abhängig vom Einzelfall individuell eingeräumt werden können (Absatz 3 Satz 4). Die Abwägung und Entscheidung darüber haben die Vertragsparteien unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes zu treffen.

§ 10 regelt die Aufwandsentschädigung der von den Organisationen bestellten Mitglieder der Schiedsämter und sektorenübergreifenden Schiedsgremien und entspricht der bisherigen Regelung in § 7 Schiedsamtverordnung (alt).

§ 11 entspricht dem bisherigen § 17 Schiedsamtverordnung (alt).

Die Vorschriften der Schiedsamtverordnung (alt) über die Gebühren des Schiedsverfahrens (§§ 20 bis 22 Schiedsamtverordnung (alt)) werden in § 12 zusammengefasst. Um der besonderen Komplexität der Verfahren vor den sektorenübergreifenden Schiedsgremien Rechnung zu tragen, wird der mögliche Gebührenrahmen auf 1.200 Euro erhöht.

Die Vorschrift über die Verteilung der Kosten der Schiedsämter in § 13 entspricht der Regelung des § 12 Schiedsamtverordnung (alt).

Neu in § 14 wird die Verteilung der Kosten der sektorenübergreifenden Schiedsgremien bestimmt, die aufgrund der Dreiseitigkeit der Vereinbarungen zu je einem Drittel zu tragen sind.

§ 15 regelt das Inkrafttreten der Verordnung.

Zu Artikel 6 (Änderung Schiedsstellenverordnung)

Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine Folgeänderung der Neufassung von § 89 Fünftes Buch Sozialgesetzbuches. 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 4 Jahre.

Zu Nummer 2

Es wird geregelt, dass das Bundesministerium für Gesundheit berechtigt ist, an der Beratung und Beschlussfassung der Schiedsstelle teilzunehmen. 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. Denn 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 Nummer 3

Mit der Regelung wird den Vertragsparteien die Möglichkeit eingeräumt, mit den unparteiischen Mitgliedern auch Honorarvereinbarungen zu treffen. Damit soll dem Aufwand der ehrenamtlich tätigen unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle bei besonders komplex gelagerten Fällen Rechnung getragen und eine angemessene Aufwandsentschädigung individuell eingeräumt werden können. Die Abwägung und Entscheidung darüber haben die Vertragsparteien unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes zu treffen.

Auf die Begründung zu § 9 Absatz 3 Satz 4 der Verordnung über die Schiedsämter für die vertragsärztliche (vertragszahnärztliche) Versorgung und über die sektorenübergreifenden Schiedsgremien (Schiedsverordnung) wird verwiesen.

Zu Artikel 7 (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 8 (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 (§ 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

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 3 (§ 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 Haushaltungsführung 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 SGB XI 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 4 (§ 47a)

Mit der Einfügung eines neuen § 47a Absatz 3 SGB XI 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 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Satz 1 bestimmt, dass die Befugten im Sinne des § 47a Absatz 2 Satz 6 diejenigen Stellen bei den Pflegekassen, ihren Verbänden sowie bei den örtlichen und überörtlichen Stellen der Träger der Hilfe zur Pflege im Land sind, 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.

Satz 2 betrifft die Übermittlung personenbezogener Daten durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung in Erfüllung ihrer Aufgaben an die Fehlverhaltensstellen. Mitarbeiter der Medizinischen Dienste, 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.

Satz 3 beschränkt die Befugnis des Empfängers zur Verarbeitung der nach Absatz 2 Satz 6 übermittelten Daten auf den Zweck, zu dem diese Daten übermittelt worden sind.

Zu Nummer 5 (§ 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. 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 demenziell 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 Qualifikationsanforderungen 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 für Pflegedienste in diesem Buch 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 anerkannt 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.

Zu Nummer 6 (§ 72)

Zu Buchstabe a

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 einzu beziehen. Auf dieser Grundlage ist der Übergang in die dauerhafte Leistungserbringung von den Pflegekassen möglichst praktikabel und effizient zu gestalten.

Zu Buchstabe b

Für den Bereich der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements bei den Betreuungsdiensten ist ausdrücklich ein Verweis auf § 112a aufgenommen.

Zu Nummer 7 (§ 112a)

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz wurde der Qualitätsausschuss verpflichtet, neue Systeme der Qualitätsmessung und -darstellung durch unabhängige Wissenschaftler entwickeln zu lassen (§ 113b). Der Abschlussbericht der wissenschaftlichen Arbeiten für den ambulanten Bereich liegt seit Juni 2018 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 die Qualität in der Übergangszeit ab Inkrafttreten für die neu in die Regelversorgung aufgenommenen ambulanten Betreuungsdienste zu gewährleisten, wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beauftragt, innerhalb von zwei Monaten nach Inkrafttreten Richtlinien zu den Anforderungen an das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung für ambulante Betreuungsdienste zu beschließen. Diese Regelung stellt die zügige Schaffung der notwendigen Qualitätsgrundlagen für die ambulanten 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 kann erst mit Einführung des neuen Qualitätssystems stattfinden, da bisher keine Indikatoren zur Messung der Ergebnisqualität der Betreuung vorliegen. Die Regelungen des Elften Kapitels zur Qualitätsdarstellung finden deshalb im Übergangszeitraum keine Anwendung.

Zu Nummer 8 (§ 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 Hilfsituation 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 im Pflegevertrag bei häuslicher 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 eines Pflegevertrages für häusliche Pflege 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 9 (§ 125)

Mit der dauerhaften Einführung von Betreuungsdiensten als zugelassene Leistungserbringer im Bereich der Pflegeversicherung werden die Vorschriften zum Modellvorhaben nicht mehr benötigt und deshalb aufgehoben.

Zu Artikel 9 (Änderung § 13 AMG)

Vollzugsbehörden der Länder haben in der jüngeren Vergangenheit die Auffassung vertreten, dass Zahnärztinnen und Zahnärzte nicht als Heilberuf im Sinne des § 13 Abs. 2b AMG 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 Artikel 10 (Änderung § 2 AMPPreisV)

Es handelt sich um eine Klarstellung des mit der Umstellung der Vergütung des Großhandels im AMNOG 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 2016 (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 Absatz 1 AMG haben Betreiber von Arzneimittelgroßhandlungen eine angemessene und kontinuierliche Bereitstellung von Arzneimitteln sicherzustellen, damit der Bedarf von Patienten im Geltungsbereich dieses Gesetzes 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 klargestellt, dass der Großhandel den Festzuschlag von 70 Cent auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers zwingend aufschlagen muss und auf diesen Betrag keine Rabatte oder Skonti gewähren kann.

Zu Artikel 11 (Änderung TFG)

Zu Nummer 1 (§ 12a)

Im neuen § 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 Absatz 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

Absatz 1 Satz 1 und 2 werden redaktionell an die Richtlinienkompetenzvorschriften der BÄK nach § 12a Absatz 1 TFG und §§ 16 Absatz 2, 16b Absatz 1 Transplantationsgesetz angepasst.

Zu Buchstabe b

Im neuen § 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 2 Nummern 1 bis 4 festzulegen, insbesondere im Hinblick auf die Anwendung und die Qualitätssicherung der Anwendung von Blutprodukten. Bei der Anhörung zur 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 Ausnahmenvorschrift 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 und § 18 Absatz 3 feststellt. Damit soll flankierend zu Artikel 1 Nummer 1 (§ 13 Absatz 2b AMG) 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 der allgemein anerkannte Stand der Erkenntnisse der Wissenschaft und Technik im Bereich der Zahnheilkunde nach § 12a Absatz 3 und § 18 Absatz 3 spätestens zwei Jahre nach Inkrafttreten der TFG-Änderung bekannt zu machen. 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 12 (Änderung § 18 Absatz 6 KHG)

Zu Nummer 1 (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 Nummer 2 (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 Nummer 3 (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 13 (Änderung Ärzte-ZV)

Zu Nummer 1 (§ 19)

Die Änderung resultiert aus der Entscheidung des Bundesverfassungsgericht vom 26. September 2016 (Az. 1 BvR 1326/15), wonach § 19 Absatz 3 gegen Artikel 12 Absatz 1 des Grundgesetzes verstößt und nichtig ist.

Die Aufhebung ist mit der Änderung des § 95 SGB V in Artikel 1 (Ergänzung des § 95 Absatz 7 SGB V) des Gesetzentwurfs verschränkt und aufgrund der Nichtigkeitserklärung des Bundesverfassungsgerichts redaktionell.

Zu Nummer 2 (§ 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 konkretisiert. Danach haben Vertragsärztinnen und -ärzte bei einem vollen Versorgungsauftrag an ihrem Vertragsarztsitz persönlich mindestens 20 Stunden pro Woche in Form von Sprechstunden zur Verfügung zu stehen. Die Mindestsprechstundenzeiten sind eine Präsenzpflcht, 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. Insoweit wird von der Ermächtigungsgrundlage des § 98 Absatz 2 Nummer 10 SGB V Gebrauch gemacht, 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 insbesondere Arztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung angehören (z.B. Hausärzte, Kinderärzte, konservativ tätige Augenärzte, Frauenärzte, Orthopäden, HNO-Ärzte), 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 reduziert habe, sieht der neue Satz 4 vor, dass die in Satz 2 und 3 festgelegten Sprechstundenzeiten jeweils hälftig gelten.

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, bis zum 31. März 2019 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.

Zu Buchstabe b

Redaktionelle Folgeänderung zur Änderung unter Buchstabe a.

Zu Artikel 14 (Änderung KVLG 1989)

BMEL Folgeregelungen für Landwirte.

Zu Artikel 15 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 1

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten am Tag nach der Verkündung.

Zu Absatz 2

Das Inkrafttreten der Fristregelungen in den §§ 87 Absatz 2 Satz 3, Absatz 2b Satz 3 und Absatz 2c Satz 2 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.

Im Falle des § 87 Absatz 2 Satz 3 SGB V soll der Bewertungsausschuss frühzeitig mit der Konzepterstellung und der Aktualisierung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen auf Grundlage aktualisierter betriebswirtschaftlicher Basis beginnen können.

Zu Absatz 3

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 elektronisches Verfahren 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.