



Wortprotokoll der 37. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 13. Februar 2019, 15.00 Uhr
 10557 Berlin, Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1
 Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
 Anhörungssaal 3 101

Vorsitz: Erwin Rüdell, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt

Seite 4

- a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

**Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und
 bessere Versorgung
 (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)**

BT-Drucksache 19/6337

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Haushaltsausschuss

- b) Unterrichtung durch die Bundesregierung

**Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und
 bessere Versorgung
 (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)**

-19/6337-

Gegenäußerung der Bundesregierung

BT-Drucksache 19/6436

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Haushaltsausschuss

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Henke, Rudolf Hennrich, Michael Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Krauß, Alexander Kühne, Dr. Roy Maag, Karin Monstadt, Dietrich Pilsinger, Stephan Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmidtke, Dr. Claudia Sorge, Tino Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Hauptmann, Mark Knoerig, Axel Lezius, Antje Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Schummer, Uwe Stracke, Stephan Straubinger, Max Tiemann, Dr. Dietlind Weiß (Emmendingen), Peter Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Bas, Bärbel Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Mattheis, Hilde Moll, Claudia Müller, Bettina Stamm-Fibich, Martina	Bahr, Ulrike Freese, Ulrich Katzmarek, Gabriele Lauterbach, Dr. Karl Steffen, Sonja Amalie Tack, Kerstin Völlers, Marja-Liisa Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
AfD	Gehrke, Dr. Axel Podolay, Paul Viktor Schlund, Dr. Robby Schneider, Jörg Spangenberg, Detlev	Braun, Jürgen Hemmelgarn, Udo Theodor Oehme, Ulrich Wildberg, Dr. Heiko Wirth, Dr. Christian
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Helling-Plahr, Katrin Schinnenburg, Dr. Wieland Ullmann, Dr. Andrew Westig, Nicole	Alt, Renata Beeck, Jens Kober, Pascal Theurer, Michael Willkomm, Katharina
DIE LINKE.	Gabelmann, Sylvia Kessler, Dr. Achim Weinberg, Harald Zimmermann, Pia	Krellmann, Jutta Möhring, Cornelia Movassat, Niema Schreiber, Eva-Maria
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Hoffmann, Dr. Bettina Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Klein-Schmeink, Maria Schulz-Asche, Kordula	Dörner, Katja Kurth, Markus Rottmann, Dr. Manuela Rüffer, Corinna



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung 15.02 Uhr

Der **Vorsitzende**, Abg. **Erwin Rüdgel** (CDU/CSU): Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr verehrte Sachverständige, ich darf Sie alle ganz herzlich zu unserer Anhörung, das ist die 37. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, begrüßen. Ich freue mich, den Parlamentarischen Staatssekretär Dr. Thomas Gebhart sowie Vertreterinnen und Vertreter des Ministeriums begrüßen zu können. Wir beschäftigen uns in der heutigen öffentlichen Anhörung erneut mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG). Bereits am 16. Januar haben wir uns sehr konzentriert und aufschlussreich in unserer ersten Anhörung mit dieser Thematik beschäftigt. Gegenstand der heutigen Anhörung sind die in der Zwischenzeit zum Gesetzentwurf vorgelegten Änderungsanträge der Koalitionsfraktionen¹, der FDP² und der Fraktion DIE LINKE³. Mit dem TSVG strebt die Bundesregierung umfangreiche Verbesserungen in der Gesundheitsversorgung der Bürgerinnen und Bürger an. In den dazu jetzt vorgelegten Änderungsanträgen von CDU/CSU und SPD geht es u. a. um die Hilfsmittelversorgung, die Kostenerstattung für Behandlungen im EU-Ausland, die Entkoppelung der Vergütung von Diagnosen, die Kostentragung von Gesundheitsuntersuchungen, die elektronische Gesundheitskarte und die Einführung der elektronischen Patientenakte. Die FDP bezieht sich mit ihren Änderungsanträgen u. a. auf die psychotherapeutische Behandlungen, die Impfstoffversorgung und die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung während DIE LINKE. sich mit der Förderung der Selbsthilfe auseinandersetzt. Wir sehen bei dieser Fülle von Themen einer spannenden Anhörung entgegen. Zu Beginn unserer Anhörung weise ich darauf hin, dass Fragen und Antworten sich nur auf diese Änderungsanträge beziehen dürfen. Das Sekretariat und ich werden sehr genau darauf achten, dass man sich auf diese Themen konzentriert. Wir haben 120 Minuten zur Verfügung. Ihnen liegt eine Übersicht zur Verteilung der Zeiten vor. CDU/CSU und SPD werden zwei Zeitblöcke und die anderen Fraktionen jeweils einen Zeitblock

haben. Ich bitte alle Fragenden und Antwortenden sich möglichst kurz zu fassen, damit wir viele Themen abarbeiten können. Ich bitte die aufgerufenen Sachverständigen, bei der Beantwortung der Frage die Mikrofone zu benutzen und sich mit Namen und Verband vorzustellen. Wenn bestimmte Verbände möglicherweise zum fünften Mal genannt werden, kann man darauf vielleicht auch verzichten. Mobiltelefone sollten nicht genutzt werden. Wir freuen uns bei Nichtbeachtung dieses Hinweises auf fünf Euro, die für einen sozialen Zweck eingesammelt werden. Die Anhörung wird digital aufgezeichnet und live im Parlamentsfernsehen gezeigt. Die Anhörung wird auch in der Mediathek des Deutschen Bundestages anzuschauen sein und es wird ein Wortprotokoll geben, das auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht wird. Ich darf jetzt der Kollegin Karin Maag das Wort für die erste Frage erteilen.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Meine erste Frage behandelt die Regressrisiken. Ich hätte gern die Bundesärztekammer, Herrn Prof. Dr. Montgomery gefragt, aber da er noch nicht anwesend ist, hoffe ich, dass Sie, Herr Dr. Gassen, aushelfen können. Weiter geht die Frage an den Hausärzteverband. Wir wollen die Frist für die Wirtschaftlichkeit und Abrechnungsprüfung verkürzen und Regressrisiken bei arztbezogenen Prüfungen abbauen. Wie bewerten Sie die dafür vorgesehenen Änderungen?

SV **Dr. Andreas Gassen** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Grundsätzlich ist eine Verkürzung der Prüffristen anzustreben. Insofern ist das eine Änderung, die wir positiv bewerten. Man kann dadurch auf vermeintliche Unwirtschaftlichkeiten reagieren. Allerdings wird die Regressforderung an sich dadurch nicht abgeschafft oder deutlich reduziert. Es wird wahrscheinlich, das haben wir an anderer Stelle gesehen, eher zu einer aktuellen Zunahme von Prüfverfahren kommen, weil die Krankenkassen entsprechende Anträge fristgerecht stellen werden. Nach einer aktuellen Umfrage unter Medizinstudierenden müssen wir konstatieren, dass bei der Hälfte der Befragten die Regressbedrohung ungeachtet der tatsächlichen Menge der

¹ Anlage 1: Ausschussdrucksache 19(14)51.5

² Anlage 2 Ausschussdrucksachen 19(14)51.6 und 19(14)51.7

³ Anlage 3: Ausschussdrucksache 19(14)51.8



ausgeübten Regresse, ein Niederlassungshemmnis ist. Insofern muss man sagen, dass es eine grundsätzlich sinnvolle Maßnahme ist, die aus unserer Sicht an dieser Stelle unvollständig bleibt. Wir wünschen uns weitergehende Regelungen.

SV Ulrich Weigelt (Deutscher Hausärzteverband e. V.): Wir können die gleiche Vorbemerkung machen, wie Dr. Gassen von der KBV. Die Abschaffung der Regresse wäre uns sehr viel lieber gewesen, zumal hier häufig eine Fehleinschätzung vorliegt. Nicht nur die exekutierten Regresse sind bedrohlich, sondern gerade auch die, die über eine lange Frist zu Prüfverfahren führen und dadurch Ärztinnen und Ärzte viele Wochenenden mit vergangenen Behandlungsperioden beschäftigen. Das vorausgeschickt begrüßen wir den Weg, der hier eingeschlagen worden ist, um die Prüfungszeiträume zu straffen und festzulegen. Auch den Einzelregelungen, was die Zwei-Prozent-Regelung und die veränderte Prüfsystematik angeht, kann man unter dem Vorbehalt, den ich am Anfang genannt habe, ohne weiteres zustimmen.

Abg. **Alexander Krauß** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege. In einem Änderungsantrag geht es um die Vereinfachung der Förderung der Selbsthilfe und darum, die Selbsthilfe zu unterstützen. Haben Sie das Gefühl, dass uns das gelungen ist oder glauben Sie, dass könnte man besser machen?

Sve Dr. Elisabeth Fix (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Ja, wir glauben sehr wohl, dass man das besser machen könnte. Das Ziel, mehr Transparenz zu schaffen, ist vielleicht schon gelungen, indem der Selbsthilfe bei der Projektförderung jetzt ein Mitberatungsrecht eingeräumt wird. Aber vereinfacht werden die Regelungen durch die Zentralisierung aus unserer Sicht nicht. Wir schlagen vor, § 20h SGB V in der vorliegenden Form zu streichen. Ich will das gerne begründen. Durch die Zentralisierung müssen alle Beteiligten über alle Anträge zu einem Zeitpunkt entscheiden. Das führt zu Zeitverzögerungen und bei kleineren Projekten, die einen kurzen Verlauf haben, zu solchen Verzögerungen, dass diese in kürzerer Zeit bewältigt werden müssen. Zudem haben sich aus unserer Sicht kassenindividuell

gute Kooperationen mit der Selbsthilfe herausgebildet, insbesondere wenn es um die Förderung von kreativen und innovativen Projekten geht. Diese Entwicklung würde durch die geplante Zentralisierung konterkariert. Wir möchten noch eine Anregung geben. Es wäre aus unserer Sicht günstig, die Pauschalförderung von 50 Prozent auf einen Anteil von 70 Prozent zu erhöhen, um insbesondere kleineren Selbsthilfeorganisationen eine bessere Förderung zukommen zu lassen.

Abg. **Michael Henrich** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an den Einzelsachverständigen Ralf Heyder. Sie sprechen sich für eine elektronische Patientenakte aus, die Forschungszwecken dienen kann. Ich bitte Sie, mir kurz dazustellen, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit das Ziel erreicht werden kann.

ESV Ralf Heyder: In Änderungsantrag 27a ist vorgesehen, dass der Bund künftig eine Mehrheitsbeteiligung an der gematik übernimmt. Das ist aus unserer Sicht ausdrücklich zu unterstützen und wird dazu beitragen, dass die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) günstig, schneller und zielgerichteter vorangetrieben werden kann, als das in der Vergangenheit der Fall war. Die Tatsache, dass Deutschland deutlich später mit der Einführung der elektronischen Patientenakte beginnt als viele andere Länder muss dabei nicht unbedingt von Nachteil sein, wenn man die Erfahrungen, die andere Länder in dem Bereich schon gemacht haben, nutzt und davon lernt. Ein zentrales Thema ist die Nutzung der elektronischen Patientenakte und der darin enthaltenen Daten für die Forschung. Schauen wir in andere Länder, ist diese Form der Nutzung immer mehr der Fall. Ein Beispiel ist Österreich. Dort hat man schon vor vielen Jahren begonnen die elektronische Patientenakte einzuführen. Sie nennt sich ELGA (Elektronische Gesundheitsakte). Diese sollte wie in Deutschland ursprünglich ausschließlich für Zwecke der Patientenversorgung eingesetzt werden. Das wird gerade korrigiert, weil man gelernt hat, dass das die falsche Richtung war. Man versucht jetzt, diese Plattform auch für Forschungszwecke nutzbar zu machen. Wenn man in andere Länder in Europas schaut, gibt es dort ähnliche Entwicklungen. Deshalb hat die Bundesregierung vor wenigen Monaten – völlig zurecht – in ihrer Hightech-Strategie das



strategische Ziel formuliert in Deutschland eine forschungskompatible elektronische Patientenakte einzuführen. Letztlich gibt es in der Forschung die gleichen Probleme wie in der Patientenversorgung. Wir haben die Daten, die wir für gute Forschung brauchen nicht, weil die Daten oft nicht in elektronischer Form vorliegen, schlecht erfasst oder auf zu viele unterschiedliche Leistungserbringer und Krankenkassen verteilt sind. Wenn man beispielsweise für ein Krankheitsbild wie Herzinsuffizienz die Frage klären möchte, wie viele Patienten es davon in Deutschland gibt, welche Nebenerkrankungen diese haben, wie die Versorgungssituation ist und was man besser machen kann, so hat man aktuell das große Problem, dass man das alles mühsam zusammentragen muss. Das ist eine Herkulesarbeit und man hat häufig immer noch sehr lückenhafte Daten. Da könnte man sehr viel verbessern, wenn man die Datengrundlage, die die elektronische Patientenakte zukünftig schaffen wird, für solche Fragestellungen fruchtbar machen könnte. Wir könnten Daten schneller und präziser auswerten und zwar – und das ist ganz wichtig – ohne dass wir beim Datenschutz oder bei der Datensicherheit Abstriche machen müssten. Natürlich muss der Versicherte auch in einer forschungskompatiblen elektronischen Patientenakte zu jedem Zeitpunkt das Recht haben frei zu entscheiden, ob er seine Daten für Forschungszwecke freigeben will oder nicht. Das heißt im Zweifel, dass sie entweder in anonymisierter oder pseudonymisierter Form für die Forschung verfügbar wären. Wir könnten diese Daten nutzen, um viele Fragestellungen, die für die Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems in Qualitätsfragen hoch relevant sind, zu bearbeiten. Big Data-Anwendungen sind nur ein kleines Beispiel. Genauso wichtig sind Fragen der Versorgungsforschung. Das heißt, wenn wir in Deutschland ein lernendes Gesundheitssystem wollen, wäre die elektronische Patientenakte der Schlüssel, um das in die Tat umzusetzen. Dazu muss sie forschungsrelevante Aspekte berücksichtigen. Das betrifft unter anderem die Frage der Datenstrukturierungen einer elektronischen Patientenakte, die Standardisierung der Daten und das Einwilligungsmanagement der Versicherten auch für Fragen der Forschung. Was heißt das für die vorliegenden Änderungsanträge? Erstens muss die gematik in Zukunft in ihren Spezifikationen die Anschlussfähigkeit der elektronischen Patientenakte in Richtung der Forschung berücksichtigen. Das ist heute

nicht der Fall. Zweitens ist laut Änderungsantrag 27d die Federführung für die Festlegung der Standards und der Inhalte der Akte künftig bei der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) angesiedelt. Es ist wichtig, dass das so gemacht wird, dass die Daten, die in der Akte liegen, auch wirklich für Forschungsfragen genutzt werden können.

Der **Vorsitzende**: Ich bekomme gerade das Zeichen, dass die Fraktion mit der Beantwortung der Frage vollumfänglich einverstanden ist.

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an Herrn Zilch vom Bundesverband Gesundheits-IT - bvitg e. V. Mich würde interessieren, wie Sie die Einführung einer einfachen Mehrheit für die Beschlussfähigkeit der gematik und die vorgesehene Festschreibung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) als Mehrheitsgesellschafter durch die Festlegung der Geschäftsanteile auf 51 Prozent bewerten, insbesondere im Hinblick auf die Schaffung einheitlicher Standards?

SV **Sebastian Zilch** (Bundesverband Gesundheits-IT - bvitg e. V.): Grundsätzlich betrachtet der bvitg die Veränderung der Gesellschafterstruktur als überfällige Grundsatzentscheidung, aber die Übernahme der Führungs- und Verantwortungsrolle des BMG kann hierbei nur ein erster Schritt sein. Die sorgt nämlich nicht alleine dafür, dass marktorientierte und marktgerechte Spezifikationen, die die Industrie am Ende schnell entwickelnd umsetzen kann, erstellt werden. Die Geschäftsordnung der gematik muss dahingehend angepasst werden und die Gesellschafterversammlung muss sich künftig auf strategische Entscheidungen beschränken. Der operative Betrieb muss dadurch beschleunigt werden. Außerdem muss die Industrie frühzeitig mit einbezogen werden. Ansonsten wird an den Anforderungen des Gesundheitssystems und auch des Marktes vorbeispezifiziert. Ein Beispiel ist, dass etablierte und standardisierte Lösungen wie IHE-Profile (Integrating Healthcare Enterprise) nicht ausreichend berücksichtigt sind und Änderungen während des Zertifizierungsverfahrens die Entwicklung hemmen. Ganz dringend getrennt werden muss die Kompetenz der Zertifizierung und der Spezifizierung. Wenn diejenige Stelle, die eine Spezifizierung entwickelt diese auch zertifiziert, ist



die nötige Qualität und Transparenz nicht sichergestellt. Wir sprechen uns dafür aus, dass die gematik künftig lediglich für den Betrieb der Telematikinfrastruktur (TI) zuständig sein sollte. Außerdem sollte es einen diskriminierungsfreien Zugang zur TI, nicht nur im kollektivvertraglichen Umfeld, sondern auch darüber hinaus, geben. Den angesprochenen Punkt, Kompetenzen der semantischen Interoperabilität bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, sieht der bvtg als sehr kritisch an. Wir sind der Meinung, dass es hier eine alternative, partizipative Struktur braucht, die die bereits von Herrn Heyder angesprochenen Fragen der Forschung, aber auch die der Krankenhäuser, angemessen berücksichtigt.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). Derzeit werden bereits 69 Prozent der Frühreha-Leistungen in den unbewerteten Fallpauschalen erbracht. Welchen Vorteil sehen Sie in der Einordnung dieser Leistungen als Ausnahmetatbestand vom Fixkostendegressionsabschlag? Wie entwickelt sich die Verrechnungsthematik nach Verkürzung der Verjährung bei Kassenforderungen? Wäre Ihnen mit einer Aussetzung der Verjährung geholfen?

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Die Frage der Fixkostendegressionsbelastung, d. h. drei Jahre lang 35 Prozent für jede zusätzliche Leistung im Bereich von neurologisch schwersten Erkrankungen sind mit dem DRG-System völlig unterschiedlich geregelt. Der eine Teil ist frei, ein Teil, das Polytrauma, d. h. derjenige, der nach einem Unfall eine Frühreha braucht, fällt nicht unter die Degression. Bestimmte Schlaganfallbehandlungen und -nachbehandlungen, fallen, wenn sie länger dauern – es sind besondere Einrichtungen – nicht unter die Degression und eine andere Gruppe fällt unter die Degression. Das ist höchst unbefriedigend. Hintergrund der Befreiung ist, dass es sich um eine medizinisch nicht abwendbare Leistung handelt. Sie ist dringend notwendig. Jeder Schlaganfallpatient braucht sie. Deshalb unsere dringende Bitte, dass alle neurologischen Rehabilitationsleistungen fixkostendegressionsabschlagsfrei gestellt werden. Es ist nicht zu erklären, warum die einen belastet werden und die anderen nicht. Es handelt sich um eine schwere

Erkrankung. Zum zweiten Teil Ihrer Frage zur Problematik der Abrechnungsstreitigkeiten im Zusammenhang mit Codes: Wir haben mit den Krankenkassen vereinbart, dass das eingegrenzt werden soll durch Code-Änderungen. Das läuft in Teilen an. Es gibt Krankenkassen, die sehr konstruktiv herangehen und mitmachen, aber es gibt welche, die sehen weiteren Prüfbedarf. Insgesamt ergab eine Abfrage in unseren Häusern in der letzten Woche, dass die Abwicklung, d. h. bis einbehaltene Zahlungen freigegeben werden, weit davon entfernt ist, dass die Häuser das Geld erhalten, das sie brauchen. Gleichzeitig müssen sie in den Bilanzen so tun, als hätten sie Einnahmeverluste. Das hat zur Folge, dass viele Krankenhäuser an die Grenze des Ruins kommen. Deshalb wäre zu überlegen, ob man das Recht der Krankenkassen auf Verrechnung aussetzt, damit die Krankenhäuser nicht länger in diese Liquiditäts- und damit in diese Risikofalle für ihre Bilanz kommen. Das wäre sehr wichtig. Ich sehe nicht, dass das sehr schnell abgewickelt wird. Zum Teil wurden noch keine anhängigen Verfahren bei den Sozialgerichten eröffnet. Das heißt, es vergehen noch Monate, bis die Fälle rückabgewickelt werden können. So lange sind die Krankenhäuser in einer liquiditätsmäßig schwierigen Situation und Sie müssen von wirtschaftlich problematischen Situationen bei einzelnen Krankenhäusern lesen.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Bundesverband Medizintechnologie. Ausschreibungen sollen im Zusammenhang mit der Hilfsmittelversorgung abgeschafft werden. Wie beurteilen Sie dieses Vorhaben? Gehen Sie bitte auch auf die sich aktuell abzeichnende Vertragssituation ein.

SV **Joachim Schmitt** (Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed)): Die Hilfsmittelhersteller, Leistungserbringer und Homecare-Unternehmen befürworten den vorliegenden Vorschlag zur Abschaffung von Ausschreibungen. Wir sehen darin einen notwendigen und zielführenden Schritt zu einer qualitätsgesicherten Hilfsmittelversorgung. Um den vielfältigen Anforderungen an eine individuelle Hilfsmittelversorgung Rechnung zu tragen und die Qualität der Versorgung zu stärken, hatte der Gesetzgeber mit dem HHVG [Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz] die Anwendbarkeit und



Durchführung von Ausschreibungen reguliert, d. h., die Anwendung dieses Instruments wurde insbesondere in den Bereichen für unzulässig erklärt, die beispielsweise als dienstleistungsintensiv gelten. Diese klaren Vorgaben haben Krankenkassen allerdings nicht davon abgehalten, Ausschreibungen auch in Fällen vorzunehmen, in denen nach dem Willen des Gesetzgebers keine Ausschreibungen mehr stattfinden sollten. Das betrifft z. B. die Stoma- und die Inkontinenzversorgung. Außerdem haben unbestimmte Rechtsbegriffe zu praktischen Umsetzungsschwierigkeiten bei der Durchführung von Ausschreibungen geführt. Die letzten Monate haben deutlich gezeigt, dass die Umsetzung der entsprechenden Vorgaben des HHVG nicht funktioniert. Daher ist die im Änderungsantrag vorliegende klarere Regelung erforderlich. Sie ist ein notwendiger Schritt zu einer qualitätsgesicherten Hilfsmittelversorgung im Rahmen des Sachleistungsprinzips und zwar erstens zur Vermeidung unzumutbarer wirtschaftlicher Aufzahlungen, zweitens zur Stärkung der Wahlfreiheit der Patienten und drittens zur Stärkung des Qualitätswettbewerbs. Wenn wir das Patientenwohl ernst nehmen, sind Ausschreibungen insbesondere in dienstleistungsintensiven Bereichen kein geeignetes Mittel für eine qualitätsgesicherte Hilfsmittelversorgung der Patienten. Wir bevorzugen Vertragsverhandlungen.

Abg. **Dr. Roy Kühne** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Bundesinnungsverband für Orthopädietechnik. Inwiefern halten Sie die gewählten Formulierungen zum Ausschluss von Ausschreibungen bei Hilfsmitteln für geeignet, um diese durchzusetzen? Sie können auch ganz kurz Open-House-Verträge ansprechen. Welchen darüber hinausgehenden Regelungsbedarf sehen Sie, auch vor dem Hintergrund der Regelung des europäischen Vergaberechtes?

SV **Klaus-Jürgen Lotz** (Bundesinnungsverband Orthopädie. Technik (BIV-OT)): Ich kann mich den Ausführungen Herrn Schmitt anschließen. Wir begrüßen und unterstützen den vorliegenden Entwurf. Wir weisen aber darauf hin, dass wir in der Vergangenheit oft gesehen haben, dass Krankenkassen, die mit Ausschreibungen nicht an das gewünschte Ziel gelangt sind, auf Open-House-Verträge, also auf Diktat-Verträge, ausgewichen sind.

Wenn man über das Verbot von Ausschreibungen redet, sollte man auch über das Verbot von Open-House-Verträgen reden und dies im § 69 SGB V klarstellen. Es muss dargestellt werden, dass das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) bzw. das europäische Recht nicht tangiert wird. Wir befürchten, dass einzelne Krankenkassen diese Hintertür sonst nutzen werden. Unsere Vorschläge zur Regelung haben wir der Arbeitsgruppe mitgeteilt.

Abg. **Prof. Dr. Claudia Schmidtke** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Vertreterin des Deutschen Hebammenverbandes und den GKV-Spitzenverband. Wie beurteilen Sie die vorgesehene Veröffentlichung der Kontaktdaten derjenigen Hebammen, die zur Abrechnung mit den Krankenkassen berechtigt sind? Können Sie auch auf die vorgesehene Erleichterung für werdende Eltern bei der Hebammenuche eingehen?

SVe **Ursula Jahn-Zöhrens** (Deutscher Hebammenverband e. V. (DHV)): Aus unserer Sicht nützt es nichts, Adressen auszutauschen. Es bedarf eines Portals, um die Nachfragen der Familien einerseits und die Kapazitäten der Kolleginnen andererseits zusammenzubringen. Deswegen möchten wir auf einen Terminservice verweisen und das in diese Richtung ergänzt wissen.

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Wir begrüßen diese Regelung, weil unsere Recherchen ergeben haben, dass im Internet sehr viel weniger Hebammen zu finden sind, als wir in der Vertragspartnerliste haben. Dort sind alle Hebammen registriert, die zu Lasten der GKV abrechnen können. Deshalb ist es aus unserer Sicht sinnvoll, eine Veröffentlichung im Internet vorzusehen. Wir können eine Veröffentlichung aufgrund der Vertragspartnerliste machen. Sie haben im Änderungsantrag vorgesehen, dass es dazu separater Meldungen bedürfte. Das ist nicht notwendig. Wir halten es auch nicht für sinnvoll, weil es dadurch möglicherweise zu unterschiedlichen Meldungen kommt. Unsere Vertragspartnerliste ist vollständig und sie sollte Basis für Ergänzungen wie z. B. die Kontaktdaten sein. Deshalb ist es richtig, die Verpflichtung vorzusehen, dass die Hebammen Telefonnummern und E-Mail-Kontakte angeben müssen. Einen zweiten Punkt halten wir aus unserer Sicht für änderungsbedürftig. Im Änderungsantrag ist vorgesehen,



dass die Versicherten bzw. die werdenden Eltern die Information über den GKV-Spitzenverband bekommen. Das ist über die Internetseite möglich. Allerdings ist die Beratung Sache der einzelnen Krankenkasse. Nur die kann feststellen, ob eine werdende Mutter Mitglied der Krankenkasse ist. Diese Daten haben wir nicht und dürfen sie auch nicht haben. Von daher: Information und Beratung bei der Krankenkasse und der GKV-Spitzenverband hält die Kontaktdaten vor.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage richtet sich an den Deutschen Hausärzteverband. Das bisher schon bestehende Verbot Vergütungen an bestimmte Diagnosen zu knüpfen wird neu formuliert. Sie kritisieren dies und weisen insbesondere auf Gefahren für bestehende Hausarztverträge, die sich in der Vergangenheit sowohl für die Versorgungsqualität als auch was die Wirtschaftlichkeit der Versorgung anging, bewährt haben, hin. Bitte erläutern Sie uns Ihre Kritik. Haben Sie andere Vorschläge?

SV **Ulrich Weigelt** (Deutscher Hausärzteverband e. V.): Das ist ein Thema, das schon das HHVG unter dem Stichwort Geld für Diagnose beschäftigt hat. Es ist dort vernünftig geregelt, dass dieser Slogan nicht Realität werden kann. Der jetzige Änderungsantrag geht davon aus, dass Diagnosen direkten Einfluss auf die Honorierung haben. Dies ist nicht der Fall. Es gibt dafür keine Belege. Es gibt Behauptungen und Verdächtigungen, aber weder das Bundessozialgericht noch der wissenschaftliche Beirat des Bundesversicherungsamtes (BVA) haben belastbare Hinweise oder Belege dafür gefunden, dass es unrechtmäßige Diagnosen durch Ärzte gibt. Das ist etwas, das in der Ärzteschaft und vielleicht auch bei den Patienten zu Verunsicherungen führt. Die jetzt vorgesehene Regelung in Änderungsantrag 6 wird an der derzeitigen Situation nichts verbessern, sondern zu einem höheren bürokratischen Aufwand und zu Verunsicherung führen. Man muss dabei bedenken, wenn Verträge angepasst werden müssten, würde das einen Zeitraum von etwa acht Quartalen umfassen, denn es müssen Anforderungen gestellt und die Verhandlungen geführt werden. Die Umsetzung in den entsprechenden Vereinbarungen dauert so lange. Das halten wir, vor allem angesichts der Diskussion um die Veränderung des Risikostrukturausgleichs

(RSA), die womöglich erneute Änderungen nach sich zieht, für nicht angemessen. Ich glaube, dass hier etwas über das Ziel hinausgeschossen wird. Der Generalverdacht, dass Ärzte falsch handeln und das ist letztlich der Vorwurf, ist nicht zu belegen. Es gibt die Sanktionsmaßnahmen seitens des BVA bei nachgewiesenen Manipulationsversuchen durch Krankenkassen. Das ist auch ein Vorwurf, der im Raum steht. Wie wirksam werden Sanktionen bei Manipulationsversuchen durch Krankenkassen oder durch Ärzte durchgesetzt. Der Vorschlag wäre, um das kurz zu fassen und nicht zu weit auszudehnen, dass man hier statt des Änderungsantrages 6 noch einmal deutlich festlegt, dass Hausärzte nicht durch vertraglich vereinbarte Vorgaben von Krankenkassen auf die Vergabe bestimmter Diagnosen festgelegt werden, sondern dass die Diagnosen nach einem von uns vorgelegten Vorschlag behandelt werden. Dieser beschreibt deutlich, welche Tätigkeiten, welche Aufwände bei verschiedenen Krankheitskonstellationen stattfinden. So kann ich z. B. schlecht ein Disease-Management-Programm Diabetes beginnen, wenn ich den Patienten mit dieser Diagnose nicht gefunden, ihn untersucht habe und entsprechend behandeln muss. Ich glaube, dass eine Klarstellung, dass diese vertraglichen Verhältnisse nicht stattfinden dürfen, noch einmal verstärkt, was im HHVG bereits geklärt ist. Eine nicht nachgewiesene Vermutung sollte nicht in eine gesetzliche Regelung gegossen werden.

Abg. **Bettina Müller** (SPD): Ich möchte nochmal auf die elektronische Patientenakte zurückkommen und sowohl die Deutsche Krankenhausgesellschaft als auch den GKV-Spitzenverband sowie die Bundesärztekammer fragen und um eine kurze Antwort bitten. Wir haben schon gehört, dass künftig die KBV eine umfassende Verantwortung für die semantische Interoperabilität der elektronischen Patientenakte erhalten soll und dass kritisiert wird, dass die einvernehmlichen Vorgaben der KBV mit Blick auf beispielsweise künstliche Intelligenz und Big-Data-Anwendungen nicht ausreichend sein könnten, weil die notwendige Expertise fehlen könnte. Wie bewerten Sie diese Regelung und haben Sie gegebenenfalls Änderungs- und Ergänzungsvorschläge für uns?



SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Wir sind eigentlich entsetzt. Es ist deutlich geworden, dass hinter der semantischen Interoperabilität mehr als nur ein Medikationsplan oder ein Arztbrief steckt. Es geht darum, dass die Bundesregierung das, was sie den Universitäten als Forschungsauftrag gibt, für die Patientenakte jetzt als alleinigen Auftrag der KBV überträgt. Man muss sich das wirklich vorstellen: Aus der Mitte der gematik, in der wir alle sitzen und die diese Aufgabe heute wahrnimmt, wird ein Verband gesetzlich mandatiert, diese Aufgabe außerhalb der gematik zu erfüllen. Der Staat geht mit 51 Prozent in die gematik und stellt sich in eine Benehmensbeziehung zur KBV. Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), die oberste Bundesbehörde, ist nur noch benehmentlich neben der KBV. Wir alle sind benehmentlich mit dem schwächsten Recht neben der KBV. Eine Ersatzvornahme ist nicht vorgesehen. Wenn die KBV scheitert – die Aufgabe ist per Gesetz an die KBV gegeben –, könnte sie nur wieder per Gesetz zum Staat zurückgeholt werden. Diese Struktur ist höchstgradig zu hinterfragen. Wir bitten wirklich dringend, das in die Mitte der Selbstverwaltungspartner und dorthin, wo auch die Kompetenzen sind, zurückzugeben. Wir sind für die Krankenhäuser zuständig.

SVe Dr. Doris Pfeiffer (GKV-Spitzenverband): Wir halten es im Grundsatz für richtig, Verantwortlichkeiten per Gesetz zu benennen und eine klare Aufgabenverteilung zu haben. Es handelt sich hier um eine Verständigung, die wir herbeigeführt haben, um mit weiteren Vertretern zu sagen, dass die KBV diese Aufgabe übernehmen sollte. Allerdings sehen wir in dem jetzt vorliegenden Änderungsantrag noch Korrekturbedarf. Denn worum es in der bisherigen Verständigung ging, war festzulegen, wie einzelne Datenelemente aussehen und wie sie standardisiert werden, damit sie auch in allen elektronischen Patientenakten gleichermaßen lesbar, schreibbar etc. und veränderlich sind. Es war aber ein Teil der Verständigung, dass Struktur und Inhalte der Patientenakte seitens der Krankenversicherung festgelegt werden. Darüber gab es Einvernehmen. In dem Änderungsantrag ist vom Inhalt der Akte die Rede. Es müsste noch klargestellt werden, dass das ein Teil ist, den nicht die KBV, sondern die Krankenversicherung festlegt, weil es um die Frage geht, was sinnvoll und machbar und für

die Versorgung von Bedeutung ist. Was an einzelnen Datenelementen in diese Fächer oder wie man es nennen wird, hineinkommt, sollte von der KBV festgelegt werden.

SV Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich kann mich in weiten Teilen der Auffassung von Frau Dr. Pfeiffer anschließen. Wir begrüßen, dass der Gesetzgeber den Ansatz verfolgt, den Betroffenen, den Leistungserbringern, die Zuständigkeit zu überantworten. Wir glauben allerdings, dass eine alleinige Gestaltungshoheit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung dafür nicht ausreicht. Wir brauchen eine Korrekturmöglichkeit für die Festlegung durch nachgelagerte alternative Beschlüsse auch der anderen Leistungserbringerorganisationen. Wir schlagen deswegen vor, dass man in dem Gesetzentwurf die Einrichtung einer handlungsfähigen Arbeitsgruppe vorschlägt, an der alle Beteiligten aus den Leistungserbringerorganisationen verbindlich beteiligt sind. Sollte es bei der aktuell geplanten Regelung bleiben, würden wir in Analogie zum geplanten § 291b Absatz 1 Satz 13 SGB V vorschlagen zu gewährleisten, dass die Aufwände der übrigen Leistungserbringerorganisationen für die Benehmensherstellung durch angemessene Finanzmittel durch die Gesellschaft für Telematik gedeckt werden.

Abg. Hilde Mattheis (SPD): Meine Frage geht an den vdek und an den GKV-Spitzenverband. Ich frage zu den Prüfdiensten nach § 274 SGB V. Wie beurteilen Sie, dass das Bundesversicherungsamt und die Landesaufsichten künftig Externe mit einzelnen Bereichen der Prüfung nach § 274 SGB V beauftragen können sollen?

SVe Ulrike Elsner (Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)): § 274 SGB V regelt die Prüfung der Betriebs- und Geschäftsführung der Krankenkassen. Das ist eine hoheitliche Aufgabe. Wir sind der Auffassung, dass man eine hoheitliche Aufgabe nicht auf private Prüfdienste, auch nicht im Auftragswege, verlagern sollte. Wir haben die Sorge, dass dann nach Kriterien geprüft und entschieden wird, die nicht vollständig sind, um eine Sozialversicherung zu beurteilen. Deshalb sprechen wir uns dafür aus, diesen Antrag nicht zu verabschieden. Wir plädieren für eine starke Aufsicht, aber auch für eine



Aufsicht, die ihre hoheitlichen Aufgaben wahrnehmen kann.

SVe Dr. Doris Pfeiffer (GKV-Spitzenverband): Wir haben das in der Vergangenheit auch praktiziert. Die Jahresabschlüsse der Kassen wurden durch private Wirtschaftsprüfergesellschaften oder andere geprüft. Das ist aus unserer Sicht unkritisch. Was jetzt vorgeschlagen wird, halten wir für hoch problematisch, weil es um die § 274-Prüfung, also um die Prüfung von Geschäfts- und Organisationsprozessen von Krankenkassen und Verbänden geht. Wenn private Gesellschaften in die Interna der Krankenkassen hineinschauen können, ist das ein großes Problem, weil diese natürlich auch bei anderen Organisationen des Gesundheitswesens tätig sind. Sie erwerben damit ein Know-how, das sie möglicherweise woanders nutzen können. Das halten wir für sehr problematisch. Wie Frau Elsner sagte, es ist eine hoheitliche Aufgabe. Deshalb muss die Prüfung durch das BVA oder das BMG, je nachdem welche Aufsicht zuständig ist, erfolgen und kann nicht, wenn es um die Geschäftsprozesse der Kassen geht, an private Anbieter übertragen werden.

Abg. Heike Baehrens (SPD): Meine Frage richtet sich an Frau Dr. Fix von der BAGFW. Wie bewerten Sie die Regelungen zur Hilfsmittelversorgung aus Sicht der Pflegeeinrichtungen?

SVe Dr. Elisabeth Fix (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Zunächst begrüßen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege nachdrücklich, dass der Gesetzgeber sich jetzt dem Thema „Nadelstichverletzungen“ widmen möchte. Es ist ein großes Problem, denn die Ärzte, die die sicheren Nadeln verordnen, fürchten häufig in Regress genommen zu werden, da die Instrumente nach wie vor teurer sind als die einfachen Nadeln. Des Weiteren weigern sich viele Krankenkassen diese Nadeln, selbst wenn sie verordnet wurden, zu finanzieren. Insoweit sind wir sehr froh, dass der Gesetzgeber mit dieser Regelung eine gewisse Rechtssicherheit schaffen will. Allerdings halten wir es für problematisch, dass die Regelung damit verknüpft wird, dass bei Patienten, von denen ein erhöhtes Infektionsrisiko ausgeht, bei der Verordnung Diagnosen vorliegen müssen, die das erhöhte Infektionsrisiko belegen. Der G-BA

soll in seinen Richtlinien feststellen, welche Diagnosen das sind. Bei vielen Patienten wird es so sein, dass dieses erhöhte Infektionsrisiko gar nicht diagnostiziert ist, sodass die Regelung, wenn ein solches Instrument von einem Arzt verordnet wird, unter Umständen ins Leere läuft. Wir setzen uns dafür ein, dass der G-BA in der entsprechenden Regelung nur auf die Festlegung von Tätigkeiten abstellen soll, so wie es auch in der Technischen Regel für biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege (TBRA 250) geregelt ist, d. h. Blutentnahmen, Injektionen, Legen von Gefäßzugängen etc. und dass auf das Festlegen von Diagnosen verzichtet wird. Des Weiteren bewerten wir sehr positiv, dass künftig auf Ausschreibungen verzichtet werden soll. Das Thema Inkontinenzversorgung ist schon angesprochen worden. Man sollte allerdings im Gesetzentwurf noch einmal klarstellen, dass die Verträge, die in § 127 SGB V genannt werden, Rahmenverträge darstellen, denen beigetreten werden kann. Also das Wort Rahmenverträge sollte das Wort Verträge ersetzen. Es sollte auch die Regelung des alten § 127 Absatz 1b SGB V, wonach daran bestimmte Qualitätsanforderungen geknüpft sind, die die Zugänglichkeit für Menschen mit Behinderungen einschließen, nicht entfallen. Das ist uns ein großes Anliegen. Ich nehme an, dass es möglicherweise ein Versehen des Gesetzgebers ist, dass diese alte Regelung des Absatzes 1b entfallen ist. Des Weiteren noch eine Bitte: Wir würden eine Klarstellung des Präqualifizierungserfordernisses für die Pflegeeinrichtungen erbitten. Von vielen Krankenkassen werden die Pflegeeinrichtungen als Leistungserbringer im Bereich der Hilfsmittelerbringung gesehen. Das sind sie aber nicht. Dementsprechend sollte für sie das Präqualifizierungserfordernis entfallen. Pflegeeinrichtungen geben Hilfsmittel nicht ab, sie stellen sie nicht her und sie passen sie, beispielsweise bei Inkontinenz, nicht an, sondern sie bringen sie nur zur Anwendung. Daher bitten wir Sie, mit diesem Gesetz eine entsprechende Klarstellung vorzunehmen.

Abg. Prof. Dr. Axel Gehrke (AfD): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Wie bewertet die GKV die bisher vorliegenden Modellvorhaben zur sogenannten Blankoverordnung zu Therapien mit Heil- und Hilfsmitteln bezüglich der Kostenbewertung und des Therapieerfolgs? Reicht nach Ihrer Einschätzung die bisherige Datenlage aus, um



Blankoverordnungen gesetzlich zu verankern oder würden Sie zunächst noch weitere Modellvorhaben präferieren und falls ja, welche Studiendesigns würden Sie dafür vorschlagen?

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Ich bin jetzt etwas unsicher. Das war eigentlich Gegenstand bei der letzten Anhörung. Es war vorhin gesagt worden, dass nur die neuen Änderungsanträge Teil dieser Anhörung sind. Ich kann nur sagen: Nach unserem Kenntnisstand sind die Ergebnisse der Modellversuche noch nicht abgeschlossen. Man sollte erstmal diese Ergebnisse abwarten, bevor man das einführt. Vielleicht so viel zu dem Thema.

Abg. **Dr. Robby Schlund** (AfD): Die nächste Frage geht an die Bundesärztekammer, Herrn Prof. Dr. Montgomery. Die Frage wurde zwar schon häufiger behandelt, aber wir sollten sie dennoch in den Raum stellen, weil sie so wichtig ist. Die Aufhebung der Budgetierung wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesärztekammer und vielen anderen Verbänden und Organisationen gefordert. Vertragsärzte arbeiten ca. 52 Stunden die Woche, solange das Budget nicht ausgeschöpft ist. Teilen Sie die Ansicht, dass die Ärzte durch die Aufhebung der Budgetierung per se mehr Wochenarbeitsstunden leisten würden und dementsprechend auch mehr Patienten im Quartal behandeln könnten?

Der **Vorsitzende**: Wir hatten uns in der Oblesrunde darauf verständigt, dass nur Fragen zu den Änderungsanträgen gestellt werden können, die ich am Anfang vorgelesen habe. Die Frage kann gestellt werden, aber es wäre unfair hierzu eine Antwort zu geben.

Abg. **Dr. Robby Schlund** (AfD): Das ist aber das, was die Ärzte hier in diesem Land interessiert.

SV **Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery** (Bundesärztekammer (BÄK)): Sie sind genial im Überantworten der Verantwortung an andere, Herr Abg. Rüdell. Aber ich nehme Ihren Hinweis zur Kenntnis, bedanke mich für die Frage und beantworte sie nicht.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Ich habe eine Frage an die IKK, Herrn Hohnl. Sollte dem Ministerium in Ausnahmefällen erlaubt werden, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden unabhängig von dem Votum des G-BA in die Versorgung aufzunehmen?

Der **Vorsitzende**: Das sind alles Fragen, die wahrscheinlich bei der ersten Anhörung nicht mehr gestellt werden konnten, aber wir hatten uns darauf verständigt, dass diese heute nicht mehr gestellt werden können. Ich schlage vor, dass wir die Fragezeit der AfD, das sind 12 Minuten, ans Ende der Anhörung setzen, sodass sie dann die Gelegenheit haben, Fragen zu den vorliegenden Änderungsanträgen zu stellen.

Abg. **Prof. Dr. Axel Gehrke** (AfD): Das ist ein sehr guter Vorschlag. Wir danken für die Möglichkeit und nehmen den Vorschlag an.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine erste Frage geht an den Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren, Herrn Dr. Ulrich Hilland. Wie stehen Sie dazu, Präimplantationsdiagnostik im erlaubten Rahmen, also bei hohem Risiko einer schwerwiegenden Erbkrankheit zur Kassenleistung zu machen? Welche Auswirkung hätte ein solcher Anspruch aus Ihrer Sicht?

SV **Dr. Ulrich Hilland** (Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e. V. (BRZ)): Die einzige große Auswirkung im Sozialgesetzbuch wäre die, dass unsere Patientinnen und Patienten, die nach dem Votum der Ethikkommission Anspruch hätten, von den erheblichen Kosten entlastet würden. Wir reden hier, da es sich grundsätzlich, auch nicht bei der extrakorporalen Befruchtung, nicht um Leistungen der GKV handelt, von Kosten zwischen 15 000 Euro und 25 000 Euro. Das hängt davon ab, wie alt eine Frau zum Zeitpunkt dieser Diagnostik ist und wie viele Eizellen gewonnen werden. Das heißt, diese Kosten würden für die Patienten entfallen. Dass für diese Untersuchungen andere Vergütungsregelungen gelten werden, dürfte verständlich sein. Es gilt nicht mehr die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), sondern es müsste extrabudgetär eine Regelung im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) geschaffen



werden. Das ist die Hauptauswirkung. Die Sorge, es könnte zu einem Dammbuch kommen, kann ich nicht teilen. Wir haben in § 3a Präimplantationsdiagnostikverordnung (PIDV) prozedurale Vorkommnisse getroffen, sodass keine Ausdehnung und Ausweitung der Indikationsstellung erfolgt. Seitdem die prozeduralen und institutionellen Regelungen möglich sind, also seitdem in der Präimplantationsdiagnostikverordnung des Bundes und auch in den Ländergesetzgebungen die erforderlichen Voraussetzungen geschaffen wurden, haben wir bis März 2017 insgesamt 183 positive Ethikvoten. Aktuellere Zahlen liegen mir noch nicht vor. Ende des Jahres werden wir konkretere Daten aus dem Paul-Ehrlich-Institut erhalten. Bei 183 positiven Voten in ca. drei Jahren müssen wir uns keine Sorgen machen, dass die Ethikkommissionen durch die Kostenübernahme plötzlich von ihrem gesetzlichen Auftrag abweichen und Indikationen befürworten würden, die der Gesetzgeber mit dem § 3a PIDV nicht vorgesehen hat. Damit dürfte verständlich werden, warum der Bundesverband reproduktionsmedizinischer Zentren die Entlastung der Patientinnen und Patienten von diesen Kosten befürwortet.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Ich bleibe bei der Präimplantationsdiagnostik (PID) und meine Frage geht an die Bundesärztekammer, Herrn Prof. Dr. Montgomery. Wie bewerten Sie unseren Änderungsantrag zur Regelung der Finanzierung der PID durch die GKV?

SV **Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery** (Bundesärztekammer (BÄK)): Wir sind sehr dafür, dass diese Frage, die grundsätzliche gesellschaftspolitische und medizinethische Fragen berührt, in einer breit angelegten großen Regierungsdebatte des Bundestages diskutiert wird. Wir haben deswegen begrüßt, dass diese geplante parlamentarische Diskussion durch den Rückzug des Antrags der Fraktion der CDU/CSU und SPD möglich gemacht worden ist. Wir begrüßen allerdings auch eine konsistente rechtliche Regelung für die Finanzierung der PID. Ich würde mich gerne heute mit Bewertungen zurückhalten und auf die Verantwortung der Abgeordneten des Deutschen Bundestages für eine Debatte verweisen wollen.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Neubauer. Derzeit wird das Hilfsmittelverzeichnis allein durch den GKV-Spitzenverband festgelegt. In vielen anderen Bereichen finden Ausnahmungsverfahren statt, bei denen auf der einen Seite die Leistungserbringer oder Heilmittelerbringer und auf der anderen Seite die Kostenträger miteinander die Inhalte verhandeln. Was hielten Sie davon, bei den Hilfsmitteln künftig ebenso vorzugehen?

ESV **Prof. Dr. Günter Neubauer**: Ich will von der wissenschaftlichen Seite argumentieren. Prinzipiell erfordern Ausschreibungen, dass es sich um homogene und vergleichbare Güter handelt, die nicht erklärungsbedürftig sind. Die Mehrzahl der Hilfsmittel ist sehr individuell und erklärungsbedürftig. Daher verbietet sich in der Regel eine Ausschreibung. Die Vertragslösung ist aber eine gute Ersatzlösung. Ich sage Ersatzlösung, denn nichts sagt uns voraus, ob diese Produkte nicht in 15 Jahren durch künstliche Intelligenz besser vergleichbar sind und dann Ausschreibungen durchaus wieder eine Möglichkeit sein könnten. Deswegen bevorzuge ich eine Lösung, die einen Vorbehalt hat. Die Ergebnisse kann man später bei Bedarf neu aufgreifen. Das Hilfsmittelverzeichnis zu erstellen ist aus meiner Sicht eine typische Aufgabe des G-BA. Da der Minister Herrn Prof. Hecken Aufgaben abnimmt, wäre er sicher für ein Auffüllen der Aufgabenbereiche dankbar. Ich erlaube mir noch einen produktiven Hinweis an das Gremium. Ausschreibungen, wie wir sie üblicherweise kennen, bei denen das beste Angebot den Zuschlag bekommt, sind als die beste Lösung wissenschaftlich widerlegt. Die Wissenschaftler argumentieren, dass das second best-Angebot den Zuschlag erhalten sollte, weil dann der Ausschreibungsprozess anders abläuft. Das wäre für den Bundestag wichtig, weil sie bei Ausschreibungen immer das beste Angebot bevorzugen. Das ist wissenschaftlich in der Form widerlegt. Deswegen mein Hinweis, darüber nachzudenken.

Abg. **Christine Aschenberg-Dugnus** (FDP): Meine nächste Frage geht an den Verband der Ersatzkassen, Frau Elsner. In unserem Änderungsantrag Nummer 7 schlagen wir zur weiteren Forcierung des Digitalisierungsprozesses im Gesundheitswesen eine Erweiterung vor, die auch die Arbeitgeber



bzw. die Agentur für Arbeit in das Verfahren zur elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) einbezieht. Wie beurteilt der vdek aus Sicht eines Praktikers diesen Vorschlag?

Sve Ulrike Elsner (Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)): Wir befürworten alle gesetzlichen Regelungen, die zur Digitalisierung von Formularen ausgelegt sind. Das TSVG hat eine Regelung aufgenommen, die den Prozess der Erstellung und Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU-Bescheinigung) teildigitalisiert, d. h., der Versicherte soll die AU nicht mehr bei einer Krankenkasse abgeben müssen. Es soll ein direktes Verfahren zwischen Arzt und Krankenkasse geben. Im TSVG fehlt der Prozess zwischen dem Versicherten und dem Arbeitgeber. Wir schlagen vor, dass wir diesen Prozess zeitgleich mit abbilden. Es gäbe ein Modell, das sehr schnell angewendet werden kann, nämlich das sogenannte Entgeltersatzleistungsverfahren. Da sieht es so aus, dass der Arbeitgeber bei der Krankenkasse nachfragen kann, ob eine AU-Bescheinigung vorliegt. Diese wird dann digital übermittelt. Das wäre ein Verfahren, bei dem es der Versicherte in der Hand hat, seinen Arbeitgeber zu informieren. In dem Fall bräuchten wir nicht weiter mit Formularen arbeiten und könnten diesen Prozess digitalisieren.

Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP): Meine nächste Frage geht an die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Herrn Dr. Eßer. Ich bleibe bei der Digitalisierung. Wie bewerten Sie unseren Änderungsantrag zum elektronischen Bonusheft?

SV Dr. Wolfgang Eßer (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)): Ganz im Sinne von Frau Elsner begrüßen auch wir die Digitalisierung aller Formulare im Gesundheitswesen, so auch beim Bonusheft. Das ist vollkommen klar. Nicht umsonst ist diese Maßnahme Teil unseres Zehn-Punkte-Programm zur Digitalisierung des Gesundheitswesens. Wir versprechen uns davon auf Seiten der Versicherten Handhabungsvereinfachungen in deutlicher Art und aufseiten der Zahnärzteschaft einen Beitrag zum Bürokratieabbau. Insofern haben wir alle vorbereitenden Maßnahmen dazu ergriffen und stehen für die Umsetzung parat.

Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP): Meine nächste Frage geht an die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen. Im Bereich der Selbsthilfe sollen die Krankenkassen und ihre Verbände künftig neben den Fördermitteln der kassenartübergreifenden Gemeinschaftsförderung, also der Pauschalförderung, auch die Fördermittel der bisherigen krankenkassenindividuellen Förderung gemeinschaftlich und kassenartübergreifend verausgaben. Welche Auswirkungen hätte diese Änderung zur Selbsthilfeförderung auf die Selbsthilfeorganisationen und die Patienten, insbesondere auch auf diejenigen mit seltenen Erkrankungen?

Sve Dr. Jutta Hundertmark-Mayser (Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG)): Wir als Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen sind sehr überrascht über den Änderungsvorschlag, der hier unterbreitet wird. Aus unserer Sicht ist die Selbsthilfeförderung seit vielen Jahren etabliert und es gibt keinen wirklichen Handlungsbedarf. Wir sehen vor allem Probleme in der Umsetzung des Verfahrens, wenn die Projektförderung zwischen allen Krankenkassen abgestimmt werden soll. Die Einführung hätte einen sehr großen bürokratischen Aufwand zur Folge. Das steht aus unserer Sicht nicht im Verhältnis zu dem Gewinn, den vielleicht kleinere Selbsthilfegruppen hätten, wenn sie konkreter wüssten, dass sie nur noch an einer Stelle einen Antrag auf Projektförderung stellen können. Die Schwierigkeit ist aber, dass gerade Selbsthilfegruppen und eben auch solche, die zu seltenen Erkrankungen arbeiten, in der Regel wenige Projekte beantragen. Sie benötigen eher eine Basisförderung und einen Zuschuss für ihre tägliche Arbeit. Insofern sehen wir keinen Gewinn in diesem Vorschlag. Er bedeutet im Gegenteil sehr viel Aufwand in der Umsetzung.

Abg. Harald Weinberg (DIE LINKE.): Meine erste Frage geht an die BAG SELBSTHILFE und an den vdek. Es geht noch einmal um das Thema Selbsthilfeförderung und Projektfinanzierung von Selbsthilfegruppen. Diese soll künftig eine kassenartübergreifende Zustimmung voraussetzen. Wir haben beantragt, diesen Änderungsantrag zu streichen. Wie bewerten Sie den Änderungsantrag der Koalitionsfraktionen? Vom vdek möchte ich wissen, wie Sie diese beabsichtigte Umstellung bewerten.



Sve **Dr. Siiri Doka** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)): Wie Frau Dr. Hundertmark-Mayser schon dargestellt hat, sehen wir keine Notwendigkeit für den Änderungsantrag. Wir haben über die Jahre eine gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Einzelkassen entwickelt. Man hat da den Vorteil, dass man kurze Dienstwege hat und regionale Besonderheiten berücksichtigt werden können. Wir haben natürlich einen gewissen Transformationsprozess in der Selbsthilfe durchlaufen. Die Digitalisierung spielt eine viel größere Rolle und wir sehen einen Wettbewerb der guten Ideen als zielführend an, weil gerade die gesetzlichen Krankenkassen die Digitalisierung in der Selbsthilfe sehr unterstützen. Wir haben die Befürchtung, dass sich das in einem Mehr an Bürokratie auswächst. Wir haben im Moment in der Projektförderung ungefähr 400 Anträge für die Pauschalförderung und wir gehen davon aus, dass wir in der Projektförderung in so einem Gemeinschaftsgremium weit über tausend, wahrscheinlich mehrere tausend Anträge zu bewältigen hätten. Man kann sich vorstellen, dass das eine gewisse Zeit dauern wird. Unter Umständen werden die Projektanträge erst Mitte des Jahres bewilligt, was für die Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen eine zusätzliche Unsicherheit bringt. Insofern würden wir es begrüßen, wenn der Antrag gestrichen würde.

Sve **Ulrike Elsner** (Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)): Auch wir haben große Sorge, dass kleine Selbsthilfegruppen aus der Förderung herausfallen. Wir halten es nicht für nachvollziehbar, warum Selbsthilfegruppen keine Anträge bei einzelnen Krankenkassen mehr stellen dürfen sollen. Wir haben eine gut ausgestaltete Selbsthilfeszene, unterschiedliche Fördermöglichkeiten wie die Projektförderung, Pauschal- und Einzelförderung sowie die Gemeinschaftsförderung. Warum die Einzelfördermöglichkeit kleiner Organisationen wegfallen soll, ist für uns nicht nachvollziehbar. Das betrifft im Wesentlichen die Regionen. Dort gibt es keine Strukturen, mit denen man über Gemeinschaftsförderungen auch schnell handeln kann. Wir haben große Sorge, dass sich eine andere Prüfnotwendigkeit ergibt und wir die kleinen wichtigen Selbsthilfegruppen nicht mehr in der Förderung haben.

Abg. **Dr. Achim Kessler** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an Frau Dr. Pfeiffer vom GKV-Spitzenverband. Sie erwarten, dass die Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Kassenärztinnen und Kassenärzten durch Änderungsantrag 11 zu einem stumpfen Schwert verkommen wird. Können Sie uns das bitte erläutern?

Sve **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Wir halten die vorgesehene Verkürzung der Fristen nicht für sachgerecht, weil sie die Möglichkeit von Nachforderungen oder Kürzungen, die in den regionalen Prüfvereinbarungen gemeinsam von Seiten der Ärzte und Krankenkassen vereinbart wurden, erheblich einschränkt. Der Abschluss innerhalb von zwei Jahren ist aufgrund der Komplexität und der aufwändigen Verfahrensschritte, die vorgesehen sind, häufig nicht realisierbar. Wir haben zudem die Sorge, dass die kürzeren Fristen den Anreiz bringen, die Verfahren aktiv zu verzögern, um Kürzungen oder Nachforderungen zu vermeiden. Auf der anderen Seite haben wir das Problem, dass es zu erheblichen Ungleichbehandlungen kommt. Bei den Fällen, bei denen es zeitnah zu einem Abschluss kommen kann, wird sanktioniert und andere könnten aufgrund langer Verfahren einer Sanktionierung entgehen. Das halten wir für unangemessen. Wir gehen davon aus, dass die Verkürzung der Frist dazu führen wird, dass Nachforderungen und Kürzungen, die auch jetzt nur äußerst selten stattfinden, dann tatsächlich ausgesprochen werden und damit das stärkste Schwert, wie wir es genannt haben, tatsächlich stumpf wird, weil wir gegen Unwirtschaftlichkeiten nicht mehr effektiv vorgehen können.

Abg. **Sylvia Gabelmann** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an Frau Jahn-Zöhrens vom Deutschen Hebammenverband. Sie haben einen Vorschlag unterbreitet, wie man analog zu einem im TSVG für die Kassenärztinnen und Kassenärzte zu etablierenden Instrument die Terminfindung bei Hebammen verbessern könnte. Können Sie diesen Vorschlag noch einmal kurz erläutern bitte.

Sve **Ursula Jahn-Zöhrens** (Deutscher Hebammenverband e V (DHV)): Vorneweg möchte ich sagen, dass wir den Änderungsantrag der Koalition nicht ablehnen. Wir sind in unseren schriftlichen



Darlegungen noch mal auf die Datenschutzrichtlinie eingegangen. Das hat sich aber Dank des Änderungsantrages erledigt. Wir möchten aber der Auffassung entgegenreten, dass sich die Unterversorgung damit erledigen wird, dass wir die Daten offenlegen. Wir wissen, dass es nicht nur für die schwangeren Frauen sehr belastend ist, viele Hebammen anzurufen und keine zu finden, sondern auch für unsere Kolleginnen ist es eine sehr hohe Belastung, Absagen zu erteilen. Es ist nicht einfach für eine Hebamme, wenn sie eine Frau am Telefon hat, die ihr Glück bereits bei zehn Kolleginnen versucht hat und den Tränen nahe ist. Die eine oder andere Kollegin wird versuchen, dem Anliegen irgendwie gerecht zu werden. Es wird nicht ausreichen, die Vertragspartnerliste zu veröffentlichen, aber es wäre eine große Entlastung, sowohl für die Frauen und deren Familien sowie auch für die Kolleginnen, wenn man eine Vermittlungsstelle einsetzt, die über die Bedarfe der Versicherten einerseits und die Kapazitäten der Kolleginnen andererseits informiert ist. Das ist im Rahmen der Digitalisierung und Apps machbar. Dafür möchten wir uns aussprechen und auch unsere Expertise zur Verfügung stellen, denn diese Art von Vermittlungsstellen gibt es regional bereits z. B. in Düsseldorf oder im Landkreis Friesland. Die bayerische Landesregierung hat dafür explizit Fördergelder zur Verfügung gestellt. Es gibt Kommunen, die das jetzt machen. Wir möchten hier nicht das Rad neu erfinden, sondern wir möchten unsere vor Ort gesammelten Erfahrungen anbieten. Das haben wir in unserer Stellungnahme auch so dargestellt. Wir bitten darum, dass es hierzu eine Ergänzung zum Änderungsantrag und den Ausführungen gibt. Es ist ein großer Zeitaufwand, wenn sie jeden Tag 10 bis 15 Anrufe auf dem Anrufbeantworter haben und diese dann alle angebracht abarbeiten möchten.

Abg. **Dr. Achim Kessler** (DIE LINKE.): Unsere nächste Frage geht an den GKV-Spitzenverband und an die Bundesärztekammer. Der im Änderungsantrag 27a vorgesehene dauerhafte Umbau der gematik-Entscheidungsstrukturen legt die alleinige Entscheidungshoheit in Zukunft in die Hände des Ministeriums. Ist das aus Ihrer Sicht notwendig und zielführend für die Umsetzung einer patientenorientierten Digitalisierung oder sehen Sie hier auch Gefahren?

Sve **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Wir lehnen diese vorgesehene Umstrukturierung der gematik ab. Ich will am Rande einen Satz über die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der gematik, die in der Diskussion immer schlecht dargestellt werden, sagen. Sie haben seit vielen Jahren sehr engagiert und sehr kompetent gearbeitet. Die Probleme, die aufgetreten sind, haben nichts mit deren Arbeit zu tun. Es gibt aber auch keine Gründe für eine solche Umstrukturierung. Wenn man sich die Geschichte seit 2010, wo es eine Neuausrichtung des Projektes gab, anschaut, gab es keine wesentlichen Verzögerungen durch fehlende Entscheidungen. Alle gesetzlichen Fristen aus dem E-Health-Gesetz wurden eingehalten, Blockaden durch einzelne Gesellschafter sind durch die Einführung der Schlichtungsstelle effektiv vermieden worden. Das heißt also, wir haben seit der Neuausrichtung keine Situation, in der die Gesellschafterstruktur Probleme gebracht hat. Ich darf vielleicht darauf hinweisen, dass diese Neuausrichtung im Jahr 2010 notwendig war, weil die ersten Feldtests der gematik, die das BMG zu verantworten hatte, grandios gescheitert sind. Seit 2005 hat das BMG über eine Verordnung genau die Arbeiten und die Vorbereitungen der gematik organisiert und diese Feldtests, manche erinnern sich, sind sang- und klanglos gescheitert, die Ergebnisse sind in den Orkus geworfen worden und es gibt nichts davon. Wir haben 2010 neu angefangen. Ich kann nicht erkennen, dass wir irgendeinen Fortschritt in der Ausstattung, in der TI haben werden, wenn jetzt das BMG 51 Prozent und damit das Heft des Handelns in die Hand nimmt. Zudem darf man an der Stelle vielleicht sagen, dass das ein weiterer Schritt ist hin zu einer quasi Verstaatlichung einer Organisation der gemeinsamen Selbstverwaltung, die weiter aus Beiträgen der Krankenversicherten finanziert wird, aber jetzt durch staatliche Lenkung angeblich erfolgreich gemacht werden soll. Wir lehnen das ab. Abgesehen davon stellen sich auch gesellschaftsrechtliche Fragen. Die gematik ist eine privatrechtliche GmbH mit einem Stammkapital, bei dem der Spitzenverband 50 Prozent und die Kollegen hier rechts und links von mir, BÄK, BZÄK, DAV, DKG, KBV, KZBV die anderen 50 Prozent tragen. So muss man fragen, ob das eine Enteignung ist, welchen Wert die gematik heute hat und ob es eine Entschädigung gibt. Diese Fragen werden in dem Änderungsantrag an keiner Stelle angesprochen. Ich bin sehr gespannt, wie das umgesetzt werden wird.



SV **Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery** (Bundesärztekammer (BÄK)): Im Interesse der Zeit schließe ich mich im Wesentlichen den Ausführungen von Frau Dr. Pfeiffer an. Was mich selber erstaunt, aber man kann nicht anders. Sie hat völlig Recht. Ich habe aber noch einen Zusatzvorschlag. Man sollte dann auch die Konsequenz haben und auch den Etat des BMG mit Abschlügen belasten, wie es bei der Selbstverwaltung erfolgt, wenn die Ziele der gematik nicht erreicht werden. Das war jetzt nicht ganz ernst gemeint, aber ich glaube, das verstehen Sie.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an die Einzelsachverständige Frau Haß. Denken Sie, dass Versicherte mit qualitativ höherwertigen Hilfsmitteln rechnen können, wenn jetzt statt Ausschreibung Rahmenverträge geschlossen werden? Wenn nein, warum nicht?

ESVe **Maria Haß**: Im Prinzip ja. Ich möchte das am Beispiel der Stomaversorgung erklären. Hier geht es immer um eine passende, sicher haftende und möglichst hautschonende Versorgung, d. h. es gibt nicht die Stomaversorgung für alle. Gegenwärtig besteht das Problem, dass einzelne Versorger nicht mehr alle verfügbaren Produkte anbieten, was automatisch bedeutet, dass jedes Produkt, was er nicht anbietet, zu einem höherwertigen Produkt wird. Ausschreibungen verschärfen die Situation, indem nicht mal mehr die Notlösung eines Versorgerwechsels möglich ist. Insofern wäre die Änderung, auf Ausschreibungen zu verzichten, sehr hilfreich. Ich muss allerdings auch sagen, dass man sehr viel Herzblut und Gedanken in die Definition und Beschreibung der Versorgungsqualität in Rahmenverträgen stecken sollte.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage richtet sich an den Bundesverband Gesundheits-IT. Sie haben vorhin ausführlich Ihre Kritik an der Festlegung der semantischen Interoperabilität für die elektronische Patientenakte durch die KBV vorgetragen. Wie müsste aus Ihrer Sicht ein Standardisierungsprozess bei einer pragmatischen Herangehensweise aussehen?

SV **Sebastian Zilch** (Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e. V (bvitg)): Es klingt sehr technisch, Festlegungen zur semantischen und syntaktischen Interoperabilität zu treffen. Man ist froh, dass sich jemand darum kümmert. Ich möchte darauf hinweisen, dass das ein grundlegender Garant für den Erfolg von Digitalisierung im System ist. Aus unserer Sicht ist es extrem kritisch, einem einzelnen Akteur diese Kompetenzen zugestehen, der seinen Kompetenzbereich nicht ganz systemisch hat, sondern in der ambulanten Versorgung. Wir dürfen nicht die Bereiche Krankenhäuser, Forschung, Industrie und Wissenschaft vergessen, also diejenigen, die täglich damit zu tun haben. Wir dürfen in diesem Prozess auf keinen Fall dazu kommen, dass proprietäre deutsche Standards genutzt werden, die uns am Ende überhaupt nicht helfen europäische Datenaustauschformate zu unterstützen. Aus unserer Sicht ist es extrem wichtig, hier einen Prozess zu etablieren und dieser Prozess muss transparent und nachvollziehbar sein und muss verbindliche Standardisierungsprozesse unterstützen. Wir haben in der Vergangenheit erlebt, dass die Zusammenarbeit und auch der Austausch im Bereich Festlegung/Spezifikation durch die KBV nicht zur Zufriedenstellung von Standardisierungsorganisationen, Wissenschaft und der Industrieexpertise erfolgt sind. Das klassische Benehmensherstellungsverfahren, das im Gesetz vorgeschlagen wird, reicht nicht aus. Wir brauchen einen Prozess, der alle Akteure, wie z. B. Leistungserbringer, Krankenkassen, Wissenschaft etc. zusammenbringt und diese in einem transparenten Prozess miteinander in Austausch treten können. Das funktioniert unserer Meinung nach am besten, indem man eine Koordinierungsstelle schafft, die sich mit diesen Themen beschäftigt. Dort soll natürlich auch die KBV mitwirken, aber sie sollte nicht diejenige sein, die andere fragt und dann am Ende macht, was sie für das Beste hält. Also, unser Vorschlag ist es, eine Organisation damit zu beauftragen einen Prozess festzulegen, der sich an bestehenden Prozessen orientiert. Standardisierungsorganisationen machen das jeden Tag. Da gibt es zum Beispiel die ISO-Norm TR 28380, wieder etwas extrem Technisches, aber es geht nicht ohne, wenn wir Digitalisierung im Gesundheitswesen wirklich voranbringen wollen.

Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonthier** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage geht an den Hebammenverband, Frau Jahn-Zöhrens. Sie haben sich



gerade dafür ausgesprochen, dass es eine zusätzliche gesetzliche Regelung geben soll, eine Vermittlungsstelle zu etablieren, um Schwangere und Hebammen zusammenzubringen. Im Gesetz ist bisher vorgeschlagen, im Rahmen eines Portals eine entsprechende Liste zu veröffentlichen. Meinen Sie Ihren Vorschlag anstelle oder zusätzlich zu diesem Portal?

SVe Ursula Jahn-Zöhrens (Deutscher Hebammenverband e. V. (DHSV)): Ich denke, man müsste darüber sprechen, wie wir das zusammen bekommen. Ich will gar nicht bis ins letzte Detail sagen, wie wir das in der Praxis umsetzen. Allerdings müssen die Inhalte klar sein. Die Vertragspartner sind auch in anderen Teilen sehr erfolgreich in ihren Verhandlungen. Wir sitzen miteinander am Tisch und wir versuchen, für alle Teile das Beste herauszubekommen, sowohl für die Versicherten wie auch für die Hebammen. Wichtig ist, dass es in dem Änderungsantrag klar wird. Der greift momentan zu kurz und er bedient nicht das, was wir wollen. Wir wollen, dass die Frauen und die Hebammen sich finden. Wir möchten, dass die Hebammen mit simplen und einfachen Möglichkeiten ihre freien Kapazitäten zur Verfügung stellen und wir möchten, dass die Schwangere mit einem Anruf ihre Bedürfnislage geklärt bekommt. Und diese beiden Dinge müssen wir zusammen bekommen. Wir, die Vertragspartner sollten den gemeinsamen Auftrag erhalten, das zu erreichen.

Abg. Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die Frage geht an Frau Dr. Fix und bezieht sich auf die Anbindung der Pflege an die TI. Bisher ist sie nicht eingebunden. Wie bewerten Sie das gerade im Hinblick auf integrierte Versorgungskonzepte und welchen konkreten gesetzlichen Änderungsbedarf sehen Sie?

SVe Dr. Elisabeth Fix (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): In der Tat bedauern wir sehr, dass die Pflege bisher nicht in die TI eingebunden ist. Das muss unverzüglich, auch im Sinne einer integrierten Gesundheitsversorgung, erfolgen. Nur so ist es möglich, dass Ärzte, Krankenhäuser, Pflegekräfte und andere Beteiligte aus den nicht ärztlichen Gesundheitsberufen effizient zusammenarbeiten können. Gegenwärtig sehen wir einen besonderen Bedarf der Anbindung

an die TI, weil wir gerade den elektronischen Datenträgeraustausch (DTA) nach § 105 SGB V verhandeln. Hier hat sich herausgestellt, dass es an einer dauerhaften und auskömmlichen Finanzierung der Anbindung der Pflege fehlt. Dafür gibt es bisher keine gesetzliche Grundlage. Anders als die Krankenhäuser und die niedergelassenen Ärzte fehlt es an einer solchen Finanzierung im Zusammenhang mit den Aufwendungen für die technischen Geräte, die Software, die Wartung und die Schulung. Wir schlagen konkret vor, im § 291a SGB V einen Absatz 7c, analog zu 7a und 7b für die Krankenhäuser und die niedergelassenen Ärzte einzuführen, der die Finanzierung sicherstellt. Wir sehen aber neben dem DTA weitere breite Anwendungen, die wie der e-Arztbrief, Entlassmanagement, Versorgungsmanagement, e-Mediplan, gesundheitliche Vorausplanung etc., die Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern im Gesundheitswesen gewährleisten und bitten den Gesetzgeber, die Pflege unverzüglich an die TI anzuschließen.

Abg. Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Letzte Frage zur Methodenbewertung an Herrn Prof. Hecken. Die Methodenbewertung des G-BA wird im Kabinetentwurf wie auch in den Änderungsanträgen thematisiert. Was kann und sollte der Gesetzgeber tun, um die Methodenbewertungsverfahren zu beschleunigen und dabei trotzdem eine hohe medizinische Evidenz und auch den Patientenschutz zu wahren?

SV Prof. Josef Hecken (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Die in diversen Änderungsanträgen gemachten Vorschläge und geäußerten Vorstellungen sind kein geeigneter Weg. Ministerverordnungen, die gegen Entscheidungen des G-BA Dinge in die Versorgung bringen, sind nicht geeignet, evidenzbasierte Patientenversorgung zu gewährleisten. Es stellt sich die spannende Frage, wie ist das im Lichte des Artikel 3 Grundgesetz zu bewerten, wenn der eine, weil er sein Interesse laut genug artikuliert, per Ministerverordnung in die Versorgung kommt und der andere die Evidenz durchlaufen muss. Ich glaube, man kann durch minimalinvasive gesetzliche Maßnahmen Veränderungen bewerkstelligen.



Der **Vorsitzende**: Wir sprechen gerade über einen Antrag, der gedanklich möglicherweise präsent ist, aber er ist nicht Bestandteil der Anhörung.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die KBV, Herrn Dr. Gassen. Sie haben der Diskussion entnommen, dass der eine oder andere sich bei der Feststellung, dass künftige Festlegungen für die elektronischen Patientenakte von der KBV getroffen werden, nicht so wohl fühlt. Könnten Sie sich dazu bitte äußern?

SV Dr. Andreas Gassen (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Wir empfinden die Vorgabe als positiv. In Richtung der Diskutanten vorhin würde ich es so formulieren: Fürchtet Euch nicht. Hier geht es einfach um eine begriffliche Bestimmung. Wir haben uns bereit erklärt, die semantische und taktische Interoperabilität zu gewährleisten, und da geht es um die Definition der Inhalte und wie sie in diese Akte kommen sollen. Wir haben uns bereit erklärt, die Koordination zu übernehmen und dafür letztlich den Kopf hinzuhalten. Das ist umfangreich und extrem komplex. Hier braucht es die dauerhafte Bereitstellung von Ressourcen. Das ist auch keine Aufgabe, die wir alleine lösen können und wollen. Wir werden, falls das so ins Gesetz kommt, den engen fachlichen und transparenten Austausch mit den ärztlichen, den pflegerischen, an der Stelle ganz wichtig, industriellen und vor allem auch den wissenschaftlichen Vertretern suchen und das in einem Gemeinschaftsprojekt auf die Straße bringen. Es geht darum, diese Versorgungsbedarfe einzubinden, zu priorisieren, damit es einen Nutzen für Ärzte und Patienten bringt. Ich warne davor – das ist wahrscheinlich auch der Hintergrund, warum der Gesetzgeber sich mit dieser Idee vertraut gemacht hat – wir können natürlich wieder einen Arbeitskreis oder eine Koordinierungsgruppe gründen oder das die nächsten fünf bis zehn Jahre nochmal in großer Runde diskutieren. Wenn das Interesse besteht, eine Patientenakte zeitnah mit nicht kompromittierbaren, verlässlichen und einheitlichen Standards und Daten zu befüllen, muss man diesen Weg gehen. Und wie gesagt, wir haben uns bereit erklärt, das zu tun. Das ist eine Aufgabe, die nicht einfach ist. Wir haben mit 660 Millionen Fällen im Jahr die mit Abstand meisten Fälle. Insofern ist es durchaus sinnvoll, uns diese Aufgabe zu überantworten. Das soll, und das möchte ich

betonen, keine alleinige Arbeit der KBV sein, sondern wir werden zwingend auf die Expertise aller im Gesundheitswesen Agierenden zurückgreifen.

Abg. **Stefan Pilsinger** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den AOK-Bundesverband. Wie beurteilen Sie die vorgesehene Klarstellung, dass die für die Hilfsmittelversorgung maßgeblichen Rahmenverträge durch die Vertragsverhandlungen zustande kommen müssen und bei dieser Vertragsform das Open-House-Modell nicht zulässig ist. Gehen Sie bitte auch auf die aktuelle Praxis bei der AOK ein.

SV Martin Litsch (AOK-Bundesverband GbR (AOK-BV)): Die Neuordnung der Vertragsinstrumente in der Hilfsmittelversorgung sehen wir sehr kritisch, dabei sind die Open-House-Modelle gar nicht das Problem. Wenn man die verbietet ist das für uns völlig wirkungsfrei, weil dieser Vertragstyp von der AOK nicht bedient wird. Kritisch ist allerdings, dass wir die Rahmenbedingungen zukünftig so gestalten, dass es weder Preis- noch Qualitätswettbewerbe zwischen den Leistungserbringern geben wird. Ich will das kurz begründen. Das Hauptproblem ist, dass die Ausschreibungsoption wegfällt. Wir haben als AOK eine große Anzahl von Hilfsmittelverträgen, davon sind aber nur 21 Ausschreibungsverträge, acht davon beispielsweise für Elektrostimulationsgeräte. Ich sage das deshalb, damit Sie sehen, dass die Ausschreibung von uns sehr verantwortungsbewusst wahrgenommen wird und wir diese auf Produktgruppen beziehen, wo wir keine Probleme mit sehr beratungsintensiven Services haben. Nur ca. fünf Prozent der Hilfsmittel ausgaben entfallen für uns auf Ausschreibungsverträge. Wir brauchen aber die Option, weil nur dann haben wir eine Möglichkeit, auch in anderen Vertragsformen zu vernünftigen Verhandlungsverträgen zu kommen. Wenn wir keine Ausschreibung mehr haben wird folgendes passieren: Wir werden einen Trittbrettfahrermarkt bekommen. Meine große Sorge ist, dass die Produkte, die gerade – wir haben ja ein neues Hilfsmittelverzeichnis – auf dem Mindeststandard des Hilfsmittelverzeichnisses zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden, eine sehr werbungsintensive Entwicklung nehmen und wir zu Versorgung kommen werden, die in vielen Fällen nur vernünftig funktioniert, wenn Aufzahlungen durch die Versicherten gezahlt werden. Das wird ein feiner Markt werden.



Für die Patienteninteressen ist das sicherlich nicht interessant. Ich verstehe aus zwei Gründen nicht, warum man jetzt diese grundsätzliche Änderung herbeiführt. Wir haben im HHVG vor zwei Jahren einige Regelungen eingeführt, die das Problem der schlechten Ausschreibungen thematisieren. Dazu gehörte u. a. bessere Transparenz zu Aufzählungen zu organisieren, aber auch das Hilfsmittelverzeichnis neu zu konfigurieren. Da ist viel Arbeit reingesteckt worden. Warum lassen Sie nicht zu, dass wir auf der Basis dieser Weiterentwicklungen mit den Ausschreibungen zu vernünftigen Ergebnissen kommen? Dass gerade die CDU – entschuldigen Sie, dass ich mir diesen Hinweis erlaube – den Wettbewerb in dieser Art und Weise einschränkt, will mir nicht so ganz einleuchten.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den AOK-Bundesverband, an Herrn Litsch. Wie beurteilen Sie die vorgesehene Neuregelung, nach der die Leistungen bei Krankheit nach dem Bundesvertriebenengesetz an berechnete Spätaussiedler künftig von der Krankenkasse erbracht werden sollen, die der Berechnete für eine spätere Mitgliedschaft in der GKV wählt? Gehen Sie hierbei bitte auf die damit in Verbindung stehenden Neuregelungen ein.

SV **Martin Litsch** (AOK-Bundesverband GbR (AOK-BV)): Wir begrüßen die Regelung im Änderungsantrag ausdrücklich und wir halten sie für unbedingt erforderlich. Dadurch wird sichergestellt, dass die Krankenkasse mit den Aufwendungen belastet wird, die sie für die Versicherung aus dem Risikostrukturausgleich erhält. Damit fließen die Mittel genau dahin, wo sie hingehören. Deswegen ist diese Änderung in unserem Sinne. Wir bitten um eine kleine Anpassung in der Begründung, damit diese Regelung auch wirklich greift. Das will ich jetzt aber nicht vorlesen, sondern das ist dokumentiert und ich bitte Sie, darauf zurückzugreifen.

Abg. **Alexander Krauß** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den BKK Dachverband, an Herrn Knieps. Wir haben uns als Ziel gesetzt, dass wir nicht für das Kodieren bezahlen, sondern für das Behandeln. Wie bewerten Sie die vorgesehene Neuregelung, nach der generell vertragliche Regelungen unzulässig sein sollen, in denen bestimmte Diagnosen als

Voraussetzungen für Vergütungen vorgesehen werden. Müssen hierfür aus Ihrer Sicht bereits bestehende Verträge, wie die HZV (Hausarztzentrierte Versorgung)-Verträge, angepasst werden?

SV **Franz Knieps** (BKK Dachverband e. V (BKK)): Ich bewerte die Neuregelung leider etwas anders, als mein Freund Ulrich Weigelt. Wir haben nach wie vor Erkenntnisse darüber, dass sich Diagnosen und Krankheitshäufigkeiten, Mortalität und Morbidität verändern, wenn Dinge in Selektivverträgen ausdrücklich adressiert werden. Wenn beispielsweise Adipositas in den Katalog der 80 Erkrankungen aufgenommen wird, und wenn das Gegenstand einer Diagnose ist, der eine Leistung hinterlegt wird, steigt die Zahl der Erkrankungen automatisch an. Ich habe Zweifel, ob ein vollständiges Verbot der Realität versorgungsgerechter Verträge gerecht wird, weil es Sinn macht, Ärzte in HZV-Verträgen, in Kollektivverträgen, in besonderen Versorgungsformen nach dem Aufwand zu bezahlen. Aber ich glaube, dass wir mit den bisherigen Einschränkungen nicht ausreichend Signale gesetzt haben, dass wir Ärzte nicht für Diagnosen vergüten wollen. Deshalb bin ich froh, dass der Gesetzgeber hier nochmal nachfasst und begrüße diesen Änderungsantrag.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an den Deutschen Apothekerverband. Wie beurteilen Sie die vorgesehene Neuregelung zur Weiterentwicklung des Nacht- und Notdienstfonds?

SV **Dr. Sebastian Schmitz** (Deutscher Apothekerverband e. V. (DAV)): Wir begrüßen diese Neuregelung sehr. Der Nacht- und Notdienstfonds wickelt derzeit die Notdienstpauschale sehr effizient, sehr verwaltungseinfach ab, zieht die Mittel ein und rechnet für die Apotheken ab. Das ist eine Aufgabe, die er gut bewältigt und wir sehen sehr positiv, dass die Möglichkeit geschaffen werden soll, den Nacht- und Notdienstfonds mit weiteren Aufgaben zu beleihen. Wir haben schon eine erste Aufgabe, bei der von dieser Beleihung Gebrauch gemacht werden könnte. Wir haben mit dem GKV-Spitzenverband zusammen eine Vereinbarung über die Abwicklung der Refinanzierung der TI. Das könnte über den Fonds erfolgen, bedarf aber einer



ausdrücklichen neuen gesetzlichen Grundlage, die hier geschaffen würde. Deswegen sehen wir diese Regelungen sehr positiv. Wir hätten in zwei kleinen Punkten Änderungsbedarf. Sie haben vorgesehen, dass der Fonds, wenn er Betriebsmittelkredite für Startinvestitionen aufnimmt diese Kredite innerhalb von sechs Monaten zurückzahlen soll. Das ist, je nachdem, wie das Finanzierungsmodell aussieht, eine recht kurze Frist, weil die Verwaltungspauschalen sukzessive über die Monate zu wachsen und möglicherweise nach sechs Monaten noch nicht ausreichen, um die Startinvestitionen vollständig zurückzuzahlen. Deswegen bitten wir Sie zu prüfen, ob man hier nicht eine unverzügliche Rückzahlung vorsieht. Die Details der Rückzahlungsfristen könnten dem Beleihungsbescheid überlassen werden. Das zweite Detail betrifft den Anknüpfungspunkt der Betriebserlaubnis. Da gibt es einige Sonderfälle im Apothekenrecht, was die Mitwirkungspflichten angeht. Dort sollte man die Fälle der Verwaltung gesondert regeln und noch mal in Bezug nehmen. Da bitten wir um Überprüfung, dass auch die Sonderfälle aufgenommen werden.

Abg. Prof. Dr. Claudia Schmidtke (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Deutschen Hebammenverband und an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Um die Attraktivität des Berufs der Hebammen und der Entbindungspfleger zu stärken, sollen finanzielle Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf für in Krankenhäusern tätige Hebammen und Entbindungspfleger eingeführt werden. Wie beurteilen Sie die geplante Neuregelung?

Sve Ursula Jahn-Zöhrens (Deutscher Hebammenverband e. V. (DHV)): Wir begrüßen das ausdrücklich, denn da unterscheiden sich alle im Krankenhaus Tätigen nicht, egal welcher Arbeit sie dort nachgehen. Das betrifft besonders die Schichtdienste. Die brauchen das unbedingt, dass die Betreuungszeiten für die Kinder, die Zeiten für die Familie, mit der Berufstätigkeit zusammengebracht werden. Insofern begrüßen wir, dass wir dort mit eingebracht werden. Der DHV hatte sich auch im Zusammenhang mit dem Pflegestärkungsgesetz zu Wort gemeldet. Dort hatten wir keine Möglichkeit, mit aufgenommen zu werden. Wir sind deswegen sehr froh, dass wir im Nachgang in diesem

Zusammenhang mit genannt werden und begrüßen das ausdrücklich.

SV Georg Baum (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Die Krankenhäuser begrüßen das auch. Es gibt einen hohen Bedarf an mehr Hebammenarbeit in den Krankenhäusern. Insofern sind alle Formen von Modellen und Fördermöglichkeiten zur besseren Vereinbarung richtig. Das ist ein Programm, das 0,1 Prozent des Krankenhausbudgets dafür zulässt. Die Hälfte müssen die Krankenhäuser selbst zusätzlich auf den Tisch legen. Das Programm ist mit dem Pflegestärkungsgesetz für die Pflege so konstruiert worden, und jetzt kommen die Hebammen dazu. Es wäre eine Geste, dieses zusätzliche Geld zur Verfügung zu stellen. Innerhalb des budgetiert bleibenden Rahmens von 0,1 Prozent sollen die Hebammen mit berücksichtigt werden. Das werden die Krankenhäuser gerne tun, ich gebe aber zu bedenken, ob im nächsten Jahr, wenn die Quote von 0,1 auf 0,12 steigen soll, für die Hebammen der Anteil bis 0,15 berücksichtigt werden könnte.

Abg. Tino Sorge (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den vdek, an Frau Elsner, und an den bvitg, Herrn Zilch. Neben der einen oder anderen Regelung, die der Gesetzentwurf vorsieht, sieht er unter anderem auch vor, dass elektronische Gesundheitskarten, die ab 1. Dezember 2019 von den Kassen ausgegeben werden, auch eine kontaktlose Schnittstelle beinhalten müssen. Es würde mich Ihre Meinung interessieren, wie Sie das einschätzen.

Sve Ulrike Elsner (Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)): Wir begrüßen diese technische Modernisierung ausdrücklich, weil Versicherte kein Kartenlesegerät mehr nutzen müssen. Wir bitten aber zu berücksichtigen, dass es mit einem gewissen Zeitablauf verknüpft ist, wenn Karten neu zertifiziert werden müssen. Von daher möchten wir anregen, dass diese Regelung ein Jahr später greift, nicht zum 1. Dezember 2019, sondern zum 1. Januar 2020. Dann wäre das sicherlich von allen Kassen umsetzbar.

SV Sebastian Zilch (Bundesverband Gesundheits-IT – bvitg e. V. (bvitg)): Der bvitg begrüßt es, die NFC (Near Field Communication)-Schnittstelle in



den Karten freizuschalten. Am Ende sind wir immer noch auf der Suche danach, wie versicherte Patientinnen und Patienten und Bürgerinnen und Bürger Zugang zur TI erhalten. Das ist ein Weg, der gangbar ist. An der Stelle noch zwei Anmerkungen: Das eine ist, wir erwarten mit besonderer Spannung die dazugehörige Spezifikation der elektronischen Patientenakte und wie dieser Zugang ermöglicht werden wird. Und zum anderen: Wenn die Lesegeräte entsprechend NFC-fähig sein sollen, müssen sie und nicht nur die Karten mitgedacht und mit einer entsprechenden Refinanzierung vorgesehen werden.

Abg. **Dr. Roy Kühne** (CDU/CSU): Mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz, das im April 2017 in Kraft trat, haben wir den Anspruch auf Sehhilfen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, erweitert. Aktuell steht ein entsprechender Beschluss des G-BA noch aus. Wann soll der Beschluss gefasst werden und müssen auf dieser Grundlage künftig nahezu alle Sehhilfen ärztlich verordnet werden?

SV **Prof. Josef Hecken** (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Das betrifft sicher einen Änderungsantrag. Deshalb antworte ich. Es steht ein erneuter Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses an, nachdem ein vom G-BA getroffener Beschluss vom BMG beanstandet worden ist. Wir werden in der nächsten Woche das entsprechende Stellungnahmeverfahren einleiten und wir werden nachgelagert die Beschlussfassung etwa drei Monate später ins Werk setzen. Ich gehe, ohne jetzt dem Stimmverhalten der Bänke vorzugreifen, davon aus, dass wir bei der Beschlussfassung die vom BMG in der Beanstandung geäußerte Rechtsauffassung beachten werden und das Regel-Ausnahme-Verhältnis, um das geht es hier ganz konkret, in der Richtlinie umgesetzt wird. Das ist jedenfalls die Absicht, die der Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses verfolgt. Dafür brauche ich aber noch sechs andere, die mit mir in diese Richtung stimmen. Aber ich gehe davon aus, dass das so umgesetzt wird, wie es das BMG in der Beanstandung gefordert hat.

Der **Vorsitzende**: Vielen Dank, Sie hätten noch eine halbe Minute Zeit gehabt. Die CDU hat keine weitere Frage. Ich bedanke mich in diesem Zusammenhang für die halbe Minute Zeitspende der CDU. Ich bedanke mich gleichzeitig für die Zeitspende der AfD-Fraktion, die etwas umfangreicher ist. Ich möchte mich bei der AfD ganz herzlich bedanken. Jetzt kommt die letzte Fragerunde mit der Fraktion der SPD. Die nächste Frage stellt Frau Abg. Claudia Moll.

Abg. **Claudia Moll** (SPD): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Die Hebammenverbände schlagen in ihrer Stellungnahme vor, eine eigene Terminservicestelle zu betreiben und Hebammen im Fall einer Terminvermittlung mit Prämien- und Vergütungszuschlägen zu belohnen. Würde es dieser Vorschlag Eltern erleichtern, eine Hebamme zu finden, und mit welchen zusätzlichen Kosten wäre dieser Vorschlag verbunden?

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Wir gehen davon aus, dass wir mit dem jetzt im Änderungsantrag vorgesehenen Informationsangebot, das der GKV-Spitzenverband vorhalten soll, schon eine deutlich bessere Situation haben werden. Als Beispiel: Im Juni 2017 hat der Tagesspiegel gemeldet, dass die Schwangeren in Berlin beim Zentralen Hebammenruf in Berlin lediglich die Kontaktdaten von 150 Hebammen gefunden haben. Wir haben das damals mit der Vertragspartnerliste „Hebammen in Berlin“ verglichen, da waren es 940 Hebammen. Das ist ein deutlicher Unterschied. Davon waren allein 740 Hebammen auch Mitglieder des DHV. Das heißt also, wenn wir die Hebammen, die in der Vertragspartnerliste gemeldet und die für die Kassenabrechnung zugelassen sind, veröffentlichen, gehen wir davon aus, dass nicht mehr bei den jetzt hier in dem Fall nur 150 Hebammen dauernd die Telefone klingeln, sondern dass es sich anders verteilt. Den zweiten Punkt hatte ich bereits angesprochen. Wir sollten die Beratung durch die Krankenkassen weiterhin im Gesetz vorsehen und dass das nicht der GKV-Spitzenverband macht. Der dritte Punkt, der diese sogenannte Terminservicestelle angeht, ist ein Vorschlag des DHV. Man muss sich in diesem fragen, was mit den Hebammen, die nicht Mitglied im DHV sind, geschieht. Nach unseren Daten gibt es 3 000 weitere Hebammen, die in der Vertrags-



partnerliste sind, aber nicht im Verband. Ein weiterer Punkt ist die Diskussion, die wir im Zusammenhang mit den Terminservicestellen generell haben, wie diszipliniert werden freie Kapazitäten gemeldet? Wir haben zudem den nicht unwesentlichen Unterschied, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen einen Sicherstellungsauftrag und deshalb eine andere Verpflichtung haben – auch die Mitgliedschaft ist verpflichtend – die Versorgung sicherzustellen. Ob das bei den Hebammen funktionieren würde, da haben wir zumindest Zweifel. Zu den Finanzen: Wenn ich das richtig verstanden habe, schlägt der DHV vor, dass die Vermittlung mit 50 Euro und 25 Prozent auf alle nachfolgenden Leistungen vergütet wird. Das heißt also, hier wird die Vermittlung zusätzlich gefördert. Ich gehe davon aus, dass künftig alle Schwangeren über eine solche Vermittlungsstelle an eine Hebamme vermittelt werden. Welche Hebamme wollte darauf verzichten, die entsprechende zusätzliche Vergütung zu bekommen. Hier kommt die Frage auf, die wir im Zusammenhang mit der Diskussion um das freie Wahlrecht der Frauen bei der Auswahl ihrer Hebamme haben, ob wir dieses noch gewährleisten können, wenn es nur über diesen Weg geht. Wir müssen davon ausgehen, dass das entsprechende Kosten verursacht. Es ist zudem in dieser Regelung oder in diesem Vorschlag vorgesehen – auf § 4 Absatz 2 des Hebammengesetzes wird verwiesen – dass dieser 25-prozentige Zuschlag auch für die Vergütung der Geburt inklusive des Wochenbetts, der Fahrwege, Besuche usw. berechnet werden kann. Dazu gehört auch die Wochenbettbetreuung bis zu 12 Wochen nach der Geburt. Das heißt also, es wird aufgeschlagen, ohne dass das explizit genannt wird. Wir haben das ausgerechnet. Man könnte für eine Hausgeburt, inklusive Wochenbettbetreuung, zusätzlich 450 Euro auf die 1 800 Euro, die wir ansonsten annehmen würden, aufschlagen. Dann gäbe es noch den Vermittlungszuschlag. Damit würde für die vermittelte Hausgeburt inklusive Wochenbett anstelle von 1 800 Euro 2 300 Euro anfallen. Das sind deutliche Beträge. Wir haben schon jetzt für die Versorgung mit Hebammenhilfe deutliche Ausgabensteigerungen und Zuschläge. Wir haben das nochmal exemplarisch gemacht. Die Frage ist – da hat der Hebammenverband auch Zahlen – was die Hebammenvermittlungsstelle als solches kosten würde. Die müsste ebenfalls gegründet und aufrechterhalten werden. 800 000 Schwangere, Gebärende und Wöchnerinnen

müssten auf rund 18 000 Hebammen verteilt werden. Da kann man sich weitere finanzielle Konsequenzen vorstellen.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Meine Frage geht an den BKK Dachverband, Herrn Knieps. Ich würde Sie bitten, insbesondere unter Berücksichtigung der vorgesehenen Sanktionsmöglichkeiten gegenüber den Krankenkassen, die Maßnahmen zur zeitnahen Einführung der elektronischen Patientenakte und die Wirkung der Sanktionsmöglichkeiten kurz zu beurteilen.

SV **Franz Knieps** (BKK Dachverband e. V. (BKK)): Es wird Sie nicht überraschen, dass ich diese Sanktionsmöglichkeiten für ein völlig untaugliches Instrument halte. Es hat schon zwei Anläufe gegeben, den Risikostrukturausgleich mit fachfremden Dingen zu verknüpfen. Ich hatte das Vergnügen, ein Verfahren in Karlsruhe begleiten zu dürfen, in dem es um die prinzipielle Ausgestaltung des RSA ging. Da wurde deutlich gemacht, dass die Verfassungsmäßigkeit davon abhängt, inwieweit die entsprechenden Ziele klar formuliert und transparent gestaltet sind. Bisher ist es nicht gesetzliches Ziel, den Vorgaben eines Mehrheitsgesellschafters zu folgen. Wir haben im Gesundheitswesen den Grundsatz, dass derjenige, der etwas macht, auch die Folgen zu verantworten hat. Jetzt stellen Sie sich die Situation vor, dass die gematik unter dem neuen Mehrheitsgesellschafter den Zeitplan nicht einhält. Kann man dafür die einzelnen Krankenkassen, die in der gematik über ihren Spitzenverband nur eine Minderheitenposition innehaben, verantwortlich machen? Bis dahin werde ich wahrscheinlich im Ruhestand und als Anwalt niedergelassen sein, aber auf diese Klagen freue ich mich heute schon. Also noch mal in der Gesamtbewertung: Dies ist ein untaugliches Instrument, es wird den Arbeitsdruck nicht erhöhen, sondern es wird möglicherweise Kanzleien in dieser Republik befassen. Einen solchen Weg, der politisch hätte vermieden werden können, hatten wir vor einigen Wochen schon einmal.

Abg. **Martina Stamm-Fiebich** (SPD): Meine Frage geht an die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege. Welche Lücken im Entlassmanagement nach § 39 SGB V sehen Sie in Bezug auf



die pflegerische Versorgung und wo besteht gegebenenfalls konkreter gesetzlicher Änderungsbedarf?

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Nach § 39 Absatz 1a SGB V sind in das Entlassmanagement zwar die Pflegekassen eingebunden, jedoch nicht die Pflegeeinrichtungen. Hier sehen wir konkreten Ergänzungsbedarf. Er betrifft zum einen den ambulanten Bereich. Wenn jemand vom Krankenhaus in die Häuslichkeit entlassen wird, sollte es den Pflegediensten möglich sein, die pflegenden Angehörigen im Krankenhaus durch Schulungen und Anleitungen etwa im Bereich des § 45 SGB XI, auf diese Situation vorzubereiten. Wir sehen aber auch für den stationären Bereich Probleme der Anschlussversorgung. Es sollte im Entlassmanagement klar geregelt werden, dass die Leistungen, die mit § 39c Krankenhausstrukturgesetz, auch für die Haushaltshilfen erlassen wurden, konkret Gegenstand im Entlassmanagement sind. Hier gibt es in der Praxis ein erhebliches Manko, weil bisher nur die ärztlich verordneten Leistungen in § 39 Absatz 1a SGB V und nicht die Antragsleistungen genannt sind. Hier gibt es konkreten Änderungsbedarf, die Aufnahme von §§ 38 und 39c SGB V und

auch von § 42 SGB XI, Kurzzeitpflege im Bereich der Langzeitpflege.

Der **Vorsitzende**: Damit sind wir am Ende der Anhörung angelangt. Ich bedanke mich ganz herzlich bei den Fragestellern, aber ganz besonders bei den Experten. Sie haben uns viele Anregungen gegeben, sodass wir diese Anträge neu bewerten können. Da wir jetzt fast eine Viertelstunde gewonnen haben, wird diese Zeit genutzt werden, um Ihre Antworten auszuwerten. Ich bedanke mich bei allen und wünsche noch einen schönen Nachmittag.

Schluss der Sitzung: 16.58 Uhr

gez.
Erwin Rüdell, MdB
Vorsitzender

Änderungsantrag 2

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

19(14)51.5

29.01.2019

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

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

(Hilfsmittel)

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

1. Nummer 14 wird wie folgt gefasst:

14. § 33 wird wie folgt geändert:

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Nummer 68 wird wie folgt gefasst:

,68. § 127 wird wie folgt geändert:

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

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

c) Der neue Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

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

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

- d) Der neue Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird die Angabe „Absatz 2“ durch die Angabe „Absatz 1“ ersetzt.
 - bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Hierbei sind entsprechend Absatz 1 Satz 1 Vertragsverhandlungen zu ermöglichen.“
- e) Im neuen Absatz 3 wird nach den Wörtern „Krankenkasse nach Absatz 1“ die Angabe „und 2“ gestrichen.
- f) Im neuen Absatz 4 wird die Angabe „Absätzen 1, 2 und 3“ durch die Angabe „Absätzen 1 und 2“ ersetzt.
- g) Im neuen Absatz 5 Satz 2 werden nach dem Wort „schriftlich“ die Wörter „oder elektronisch“ eingefügt.
- h) Im neuen Absatz 7 Satz 3 wird die Angabe „Absatz 4a“ durch die Angabe „Absatz 5“ ersetzt.
- i) Der neue Absatz 9 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 wird das Semikolon und werden die Wörter „Absatz 1a Satz 2 bis 4 gilt entsprechend“ gestrichen.
 - bb) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Kommt eine Einigung bis zum Ablauf der nach Satz 1 bestimmten Frist nicht zustande, wird der Empfehlungsinhalt durch eine von den Empfehlungspartnern nach Satz 1 gemeinsam zu benennende unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Empfehlungspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Begründung

Zu Nummer 1 (§ 33)

Zu Buchstabe a

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

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

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

Zu Buchstabe b

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

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um die Korrektur eines Verweisfehlers.

Zu Nummer 2 (§ 92)

Der Absatz 9 entspricht dem bisherigen Absatz 6.

Zu Nummer 3 (§ 126)

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

Zu Nummer 4 (§ 127)

Zu Buchstabe a

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

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

Zu Buchstabe b

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

Zu Buchstabe c

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

Zu Buchstabe d

Zu Doppelbuchstabe aa

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

Zu Doppelbuchstabe bb

Es wird klargestellt, dass es sich bei der Möglichkeit, einem Vertrag nach Absatz 1 Satz 1 beizutreten, um ein Beitrittsrecht und nicht um eine Beitrittspflicht handelt. Die Krankenkassen können daher Vertragsverhandlungen nicht mit Verweis auf andere beitrittsfähige Leistungserbringerverträge

ablehnen. Als Verhandlungsgrundlage kann hierbei ein bereits bestehender Leistungserbringervertrag dienen. Wird ein bestehender Vertrag im Rahmen von Vertragsverhandlungen mit einem weiteren Leistungserbringer angepasst, liegt ein neuer Vertragsschluss vor, auch wenn es sich nur um geringe Anpassungen handelt. Weitere Leistungserbringer können dem angepassten Vertrag oder dem ursprünglichen Vertrag beitreten.

Zu Buchstabe e

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

Zu Buchstabe f

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

Zu Buchstabe g

Die Formulierung entspricht dem Gesetzentwurf.

Zu Buchstabe h

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

Zu Buchstabe i

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

Zu Nummer 5 (§ 133)

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

Zu Nummer 6 (§ 140f)

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

Zu Nummer 7 (§ 284)

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

Zu Nummer 8 (§ 305)

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

Änderungsantrag 3

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

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

(Kostenerstattung für Behandlungen im EU-Ausland)

Artikel 1 Nummer 7 wird wie folgt gefasst:

,7. § 13 wird wie folgt geändert:

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

Begründung

Zu Buchstabe a

Entspricht dem bisherigen Gesetzentwurf.

Zu Buchstabe b

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

Änderungsantrag 4

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

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

(Förderung der Selbsthilfe)

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

8a. § 20h wird wie folgt geändert:

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

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

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

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

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

Begründung

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

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

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

Zu Buchstabe b

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

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe aa
Redaktionelle Änderung.

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

Zu Nummer 2

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

Änderungsantrag 5

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

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

(Elektronische Arzneimittelinformation)

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

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

15a. § 35a wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

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

b) Absatz 3a wird wie folgt geändert:

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

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

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

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

dd) Der neue Satz 4 wird durch folgenden Satz ersetzt

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

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

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

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

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

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

Begründung

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

Zu den Doppelbuchstaben aa bis cc

In Doppelbuchstabe bb wird die Verordnungsermächtigung zur Regelung der Anforderungen an die Veröffentlichung der maschinenlesbaren Fassung aus systematischen Gründen in Absatz 3a geregelt.

Die Änderungen zu den Doppelbuchstaben aa und cc sind redaktionelle Folgeregelungen hierzu.

Zu Doppelbuchstabe dd

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

Zu Buchstabe c

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

Zu Nummer 2

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

Änderungsantrag 6

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

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

(Entkopplung der Vergütung von Diagnosen)

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

1. Nummer 34 Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

,b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

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

bb) Satz 7 wird wie folgt gefasst:

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

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

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

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

3. Nummer 80 Buchstabe a wird wie folgt gefasst:

,a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 2 wird die Angabe „§ 20d“ durch die Angabe „§ 20i“ ersetzt.
- bb) Satz 7 wird wie folgt gefasst:

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

Begründung

Zu Nummer 1

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

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

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

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

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

Zu Nummer 2

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

Zu Nummer 3

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

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

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

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

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

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

Änderungsantrag 7

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

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

(Übermittlungsbefugnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten)

1. Artikel 1 wird wie folgt geändert:

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

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

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

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

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

a) Nach Nummer 3 folgende Nummer 4 eingefügt:

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

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

c) Nummer 6 wird wie folgt gefasst:

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

Begründung

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

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

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

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Buchstabe c

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

Änderungsantrag 8

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

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

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

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

,c) Absatz 7e wird wie folgt geändert:

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

bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

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

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

Begründung

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

Änderungsantrag 9

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
BT-Drs. 19/6337

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

(Erfüllung besonderer Versorgungsbedürfnisse
als Zulassungsvoraussetzung im Nachbesetzungsverfahren)

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

,cc) Satz 10 wird wie folgt gefasst:

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

Begründung

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

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

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

Änderungsantrag 10

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

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

(Förderung Notdienststrukturen)

Artikel 1 Nummer 56 Buchstabe c wie folgt gefasst:

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

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

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

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

Begründung

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

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

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

Änderungsantrag 11

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

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

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

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

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

„56a. § 106 wird wie folgt geändert:

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

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

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

2. In Nummer 57 wird wie folgt gefasst:

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

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

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

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

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

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

(4) Die in § 106 Absatz 1 Satz 2 genannten Vertragspartner können über die Prüfung nach Absatz 1 hinaus Prüfungen ärztlicher Leistungen nach Durchschnittswerten oder andere arztbezogene Prüfungsarten vereinbaren; dabei dürfen versichertenbezogene Daten nur nach den Vorschriften des Zehnten Kapitels erhoben, verarbeitet oder genutzt werden. Hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 und 3 getroffen, dürfen bei Ärzten der betroffenen Arztgruppe keine Prüfungen nach Durchschnittswerten durchgeführt werden. In den Vereinbarungen nach § 106 Absatz 1 Satz 2 sind als Kriterien zur Unterscheidung im Rahmen der Prüfungen nach Absatz 1 und der Prüfungen nach Satz 2 Praxisbesonderheiten festzulegen, die sich aus besonderen Standort- und Strukturmerkmalen des Leistungserbringers oder bei besonderen Behandlungsfällen ergeben. Die Praxisbesonderheiten sind vor Durchführung der Prüfungen als besonderer Versorgungsbedarf durch die Prüfungsstellen

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

3. Nummer 58 wird wie folgt gefasst:

a) Nach Buchstabe a wird folgender Buchstabe b eingefügt:

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

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

b) Der bisherige Buchstabe b wird Buchstabe c.

4. Nummer 59 wird wie folgt geändert:

a) Nach Buchstabe a wird folgender Buchstabe b eingefügt:

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

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

b) Der bisherige Buchstabe b wird Buchstabe c.

5. Nummer 92 wird wie folgt gefasst:

,92. § 275 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

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

b) Absatz 1b wird aufgehoben.‘

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

„100a. § 297 wird wie folgt geändert:

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

Begründung

Zu Nummer 1

Buchstabe a

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

Buchstabe b

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

Zu Nummer 2

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

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

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

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

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

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

Zu Nummer 3

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

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

Zu Nummer 4

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

Zu Nummer 5

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

Zu Nummer 6

Zu Buchstabe a bis d

Folgeänderungen der Streichung der Zufälligkeitsprüfungen von Amts wegen.

Änderungsantrag 12

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
BT-Drs. 19/6337

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

(PPUG)

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

,79a. § 137i wird wie folgt geändert:

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

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

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

3. Absatz 6 wird aufgehoben.'

Begründung

Zu Nummer 1

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

Zu Nummer 2

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

Zu Nummer 3

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

Änderungsantrag 13

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

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

(Integration digitaler medizinischer Anwendungen
in strukturierte Behandlungsprogramme – DMP)

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

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

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

Begründung

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

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

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

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

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

Änderungsantrag 14

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

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

(DVKA)

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

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

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

Begründung

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

Änderungsantrag 15

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

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

(Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung)

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

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

Begründung

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

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

Änderungsantrag 16

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

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

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

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

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

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

Begründung

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

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

Änderungsantrag 17

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

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

(Ausstattung der elektronischen Gesundheitskarte mit kontaktloser Schnittstelle)

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

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

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

Begründung

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

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

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

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

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

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

Änderungsantrag 18

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

Zu Artikel 3 (§ 11 des Bundesvertriebenengesetzes)

(Krankenkassenwahl bei Spätaussiedlern)

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

4. Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

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

5. Absatz 6 wird aufgehoben.

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

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

7. Absatz 7a wird aufgehoben.

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

Begründung

Zu Nummer 4

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

Zu Nummer 5

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

Zu Nummer 6

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

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

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

Zu Nummer 7

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

Zu Nummer 8

Der Text entspricht dem bisherigen Regelungsentwurf.

Änderungsantrag 19

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
BT-Drs. 19/6337

Zu Artikel 14a (§ 21 des Krankenhausentgeltgesetzes)

(Rechtsbereinigung im KHEntgG)

Nach Artikel 14 wird folgender Artikel 14a eingefügt:

,Artikel 14a
Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

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

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

Begründung

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

Änderungsantrag 20

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

Zu Artikel 14b (§ 69 des Infektionsschutzgesetzes)

(Kostentragung von Gesundheitsuntersuchungen)

Nach Artikel 14a wird folgender Artikel 14b eingefügt:

„Artikel 14b

Änderung des Infektionsschutzgesetzes

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

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

Begründung

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

Änderungsantrag 21

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
BT-Drs. 19/6337

Zu Artikel 17 (Inkrafttreten)

(Inkrafttreten der Änderung des Zahlstellenverfahrens)

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

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

Begründung

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

Änderungsantrag 22

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

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

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

(Rechtsbereinigungen TSVG)

1. Artikel 1 wird wie folgt geändert:

a. Nummer 5 wird wie folgt gefasst:

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

b. Nummer 20 wird wie folgt geändert:

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

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

c. Nummer 73 wird gestrichen.

d. In Nummer 103 wird § 323 zu § 325.

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

,bb) Folgender Satz wird angefügt:

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

Begründung

Zu Nummer 1 (Artikel 1)

Zu Buchstabe a

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

Zu Buchstabe b

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

Zu Buchstabe c

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

Zu Buchstabe d

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

Zu Nummer 2 (Artikel 2)

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

Änderungsantrag 23

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

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

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

(Rechtsbereinigungen SGB V)

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

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

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

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

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

3. Nummer 79 wird folgend geändert:

a) Nach Buchstabe b wird folgender Buchstabe c eingefügt:

,c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 2 werden die Wörter „§ 6 Absatz 2 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung“ durch die Wörter „§ 6 Absatz 4 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung“ ersetzt.
 - bb) In Satz 3 werden die Wörter „§ 6 Absatz 2 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung“ durch die Wörter „§ 6 Absatz 4 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung“ ersetzt.‘
- b) Die bisherigen Buchstaben c bis e werden die Buchstaben d bis f.
- c) Der neue Buchstabe d wird wie folgt geändert:
- aa) Nach Doppelbuchstabe aa werden die folgenden Doppelbuchstaben bb und cc eingefügt:
 - ,bb) In Satz 2 werden die Wörter „§ 6 Absatz 2 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung“ durch die Wörter „§ 6 Absatz 4 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung“ ersetzt.
 - cc) In Satz 3 werden die Wörter „§ 6 Absatz 2 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung“ durch die Wörter „§ 6 Absatz 4 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung“ ersetzt.‘
- bb) Die bisherigen Doppelbuchstaben bb und cc werden die Doppelbuchstaben dd und ee.
- d) Der neue Buchstabe e wird wie folgt gefasst:
- ,e) In Absatz 5 wird die Angabe „Nummer 3“ durch die Angabe „Nummer 2“ und werden die Wörter „§ 6 Absatz 2 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung“ durch die Wörter „§ 6 Absatz 4 Satz 1 der Bundespflegesatzverordnung“ ersetzt.‘

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

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

„§ 142
Sachverständigenrat“

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

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

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

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

7. Der Nummer 95 wird folgender Buchstabe d angefügt:

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

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

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

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

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

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

„102a. § 322 wird aufgehoben.“

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

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

Begründung

Zu Nummer 1

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

Zu Nummer 2

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

Zu Nummer 3

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

Zu Nummer 4

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

Zu Nummer 5

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

Zu Nummer 6

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

Zu Nummer 7

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

Zu Nummer 8

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

Strahlenschutzverordnung geregelt. Somit ist der Verweis in § 285 Absatz 3 Satz 2 an die neue Rechtslage anzupassen.

Zu Nummer 9

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

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

Zu Nummer 10

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

Änderungsantrag 24

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

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

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

1. Artikel 1 Nummer 40 wird wie folgt geändert:

a) Dem Buchstaben a wird folgender Buchstabe a vorangestellt:

,a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

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

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

c) Der neue Buchstabe c wird wie folgt geändert:

aa) Nach Doppelbuchstabe aa wird folgender Doppelbuchstabe bb eingefügt:

,bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

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

bb) Der bisherige Doppelbuchstabe bb wird Doppelbuchstabe cc.

2. Artikel 7 wird wie folgt gefasst:

„Artikel 7

Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

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

1. § 35a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 6 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

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

b) Absatz 6a wird wie folgt geändert:

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

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

bb) Folgende Sätze werden angefügt:

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

2. Folgender § 121 wird angefügt:

„§ 121

Übergangsregelung zur Vergütung der Vorstandsmitglieder der gesetzlichen
Krankenkassen

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

Begründung

Zu Nummer 1

Zu den Buchstaben a und b

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

Zu Buchstabe c

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

Zu Nummer 2

Zu Artikel 7 Nummer 1

Zu Buchstabe a

Die Regelung entspricht dem bisherigen Gesetzentwurf.

Zu Buchstabe b

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

Zu Doppelbuchstabe aa

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

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

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

Zu Doppelbuchstabe bb

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

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

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

Zu Artikel 7 Nummer 2

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

Änderungsantrag 25

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

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

(Hebammen und Entbindungspfleger)

1. Artikel 1 Nummer 75 wird wie folgt gefasst:

„75. § 134a wird wie folgt geändert:

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

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

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

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

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

b) Absatz 4 Satz 5 wird wie folgt gefasst:

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

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

,Artikel 14a
Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

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

Begründung

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Zu Buchstabe b

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

Zu Nummer 2

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

Änderungsantrag 26

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
BT-Drs. 19/6337

Zu Artikel 12a (§§ 19, 20a, 20b des Apothekengesetzes)

(Deutscher Apothekerverband e.V.)

Nach Artikel 12 wird folgender Artikel 12a eingefügt:

„Artikel 12a
Änderung des Apothekengesetzes

Das Apothekengesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Oktober 1980 (BGBl. I S. 1993), das zuletzt durch Artikel 41 des Gesetzes vom 29. März 2017 (BGBl. I S. 626) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 19 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 5 werden die Wörter „und genutzt“ gestrichen.
- b) Folgender Satz wird angefügt:

„Abweichend von Satz 5 hat der Deutsche Apothekerverband e. V. dem Bundesministerium für Gesundheit auf Anforderung zum Zwecke der Entwicklung und Prüfung von Maßnahmen zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln durch öffentliche Apotheken geeignete Auswertungen dieser ihm zur Anzahl abgegebener Packungen verschreibungspflichtiger Fertigarzneimittel übermittelten Daten in einer Form zur Verfügung zu stellen, die keine Rückschlüsse auf einzelne Apotheken zulassen.“

2. § 20a wird durch die folgenden §§ 20a und 20b ersetzt:

„§ 20a

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, auf Antrag oder mit Zustimmung des Beliehenen die Beleihung des Deutschen Apothekerverbandes e. V. um weitere Aufgaben, die über den nach § 18 Absatz 1 Satz 1 errichteten Fonds abzuwickeln sind, zu erweitern. Diese Aufgaben müssen sich aus gesetzlichen Vorschriften oder aus vertraglichen Vereinbarungen zwischen dem Deutschen Apothekerverband e. V. und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Kostenträger auf Bundesebene ergeben und die Honorierung und die Erstattung von Kosten der Apotheken betreffen. Die Wahrnehmung dieser Aufgaben durch den Beliehenen umfasst den Erlass und die Vollstreckung der hierzu notwendigen Verwaltungsakte, deren Rücknahme und Widerruf. Der Beliehene hat die notwendige Gewähr für die ordnungsgemäße Erfüllung der ihm übertragenen Aufgaben zu bieten.

(2) Der Beleihungsbescheid nach Absatz 1 Satz 1 regelt das Nähere zu den Aufgaben und deren Wahrnehmung. Er kann insbesondere Abläufe festlegen, Fristen bestimmen und den Beliehenen zur Sicherstellung der Erfüllung der Mitwirkungspflichten nach den Sätzen 3 und 4 ermächtigen und verpflichten. Die Inhaber einer Erlaubnis nach § 1 Absatz 2 haben dem Beliehenen auf Anforderung die zur Begründung ihres Vergütungs- oder Erstattungsanspruchs oder zur Abwicklung entsprechender Zahlungen notwendigen Nachweise vorzulegen, Angaben zu machen und Auskünfte zu erteilen, soweit dies für die ordnungsgemäße Wahrnehmung der dem Beliehenen nach Absatz 1 Satz 1 übertragenen weiteren Aufgaben erforderlich ist. Solange notwendige Nachweise nicht vorliegen oder Auskünfte nicht erteilt werden, können vorgesehene Zahlungen aus dem Fonds ganz oder teilweise zurückbehalten werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

(3) Auf die Wahrnehmung der nach Absatz 1 übertragenen Aufgaben finden § 18 Absatz 1 Satz 3, § 18 Absätze 2 und 3 Anwendung; § 18 Absatz 2 Satz 5 mit der Maßgabe, dass aufgenommene Darlehen bis spätestens sechs Monate nach Bestandskraft des Beleihungsbescheides nach Absatz 1 Satz 1 zurückzuzahlen sind. Der Deutsche Apothekerverband e. V. hat eine getrennte Rechnungslegung des nach § 18 Absatz 1 Satz 1 errichteten Fonds und eine getrennte Zuordnung der Verwaltungskosten für die verschiedenen Aufgaben sicherzustellen. Widerspruch und Klage gegen die Festsetzungsbescheide des Beliehenen haben keine aufschiebende Wirkung. Die bei dem nach § 18 Absatz 1 Satz 1 errichteten Fonds zur Auszahlung des pauschalen Zuschusses nach § 20 vorhandenen Daten zu den Inhabern einer Erlaubnis nach § 1 Absatz 2, zu den Apothekenbetriebsstätten, zur

Anzahl der abgegebenen Packungen verschreibungspflichtiger Fertigarzneimittel zur Anwendung beim Menschen und zur Abwicklung von Zahlungen dürfen durch den Deutschen Apothekerverband e. V. auch in Abweichung von § 19 Absatz 3 Satz 5 zur Erfüllung der ihm nach Absatz 1 Satz 1 übertragenen weiteren Aufgaben verwendet werden, soweit dies für die Erfüllung dieser Aufgaben erforderlich ist.

§ 20b

Der Deutsche Apothekerverband e. V. hat den Schaden zu ersetzen, der der Bundesrepublik Deutschland durch eine rechtswidrige und vorsätzliche oder fahrlässige Verletzung seiner Pflichten bei der Ausübung der Aufgaben und Befugnisse nach den §§ 18 bis 20a entsteht.“

Begründung

Zu Nummer 1

Zu Buchstabe a

Durch die Änderung wird das geltende Recht beibehalten und redaktionell an die Begriffsbestimmung des Artikels 4 Nummer 2 der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) (ABl. L 119 vom 4.5.2016, S. 1; L 314 vom 22.11.2016, S. 72; L 127 vom 23.5.2018, S. 2) angepasst.

Nach Artikel 4 Nummer 2 der Verordnung (EU) 2016/679 umfasst der Begriff des Verarbeitens die bisher in § 3 BDSG a. F. legal definierten Begriffe Erheben, Verarbeiten und Nutzen und ist damit weiter als der bisherige Begriff des Verarbeitens nach dem BDSG a. F. Das Begriffspaar „verarbeiten und nutzen“ sollte nach bisherigem Rechtsverständnis alle Formen des Datenumgangs mit Ausnahme der Erhebung erfassen. Die Verwendung des weiten Begriffs des Verarbeitens im Sinne des Artikels 4 Nummer 2 der Verordnung (EU) 2016/679 bedeutet dennoch keine inhaltliche Änderung, da sich aus dem Regelungskontext und dem eindeutigen Wortlaut des § 19 Absatz 3 Satz 5 ergibt, dass es sich nur um die Verarbeitung von an den Deutschen Apothekerverband e. V. bereits übermittelte Daten handelt. Diese Daten werden dem Deutschen Apothekerverband e. V. von Rechenzentren, die die Apotheken für die Abrechnung mit den Krankenkassen in Anspruch nehmen, nach § 19 Absatz 3 Satz 1 oder durch die Apotheken selbst nach § 19 Absatz 3 Satz 2 übermittelt. Nur auf diese Daten bezieht sich im Sinne der sogenannten Doppeltür-Theorie die im weiten Begriff der Verarbeitung im Sinne des Artikels 4 Nummer 2 der Verordnung (EU) 2016/679 enthaltene Erhebungsbefugnis. Weitergehende Erhebungsbefugnisse werden für den Deutschen Apothekerverband e. V. durch die Verwendung des weiten Begriffs der Verarbeitung nicht geschaffen.

Zu Buchstabe b

Die dem Deutschen Apothekerverband e. V. (DAV) von den Rechenzentren nach § 19 Absatz 3 Satz 1 oder von den Apotheken nach § 19 Absatz 3 Satz 2 übermittelten Daten zur Anzahl abgegebener Packungen verschreibungspflichtiger Fertigarzneimittel können eine wichtige Grundlage für etwaige gesetzgeberische Maßnahmen zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung der Bevölkerung durch öffentliche Apotheken sein. Dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wird daher der Zugriff auf diese Daten ermöglicht.

Zu Nummer 2

Durch den neu gefassten § 20a kann das BMG dem DAV weitere Aufgaben durch Verwaltungsakt übertragen. Diese Aufgaben können sich aus Gesetz oder aus Vereinbarungen des DAV, zum Beispiel mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, ergeben und müssen einen Bezug zum Apothekenhonorar aufweisen. So kann bspw. eine Abwicklung der Refinanzierung der Kosten für die Herstellung und den Betrieb der Telematikinfrastruktur durch den DAV erfolgen.

Durch die Regelung in Absatz 3 Satz 4 wird sichergestellt, dass der DAV die bereits beim Notdienstfonds zur Auszahlung des pauschalen Zuschusses nach § 20 vorhandenen Daten auch für die Wahrnehmung der ihm übertragenen weiteren Aufgaben verwenden darf. Hauptsächlich geht es um die aktuellen sogenannten Stammdaten der Apotheken (z. B. Apothekenleiter und Betriebsstätten sowie die Kontakt- und Bankdaten). Erforderlichenfalls darf auch die Anzahl der abgegebenen Packungen verwendet werden. Diese ist beispielsweise für die Mehrausstattung mit stationären Kartenterminals im Rahmen des Aufbaus der Telematikinfrastruktur maßgeblich. Die Verwendung der vorhandenen Daten muss für die neu übertragenen Aufgaben erforderlich sein.

§ 20b regelt die Haftung des DAV gegenüber der Bundesrepublik Deutschland für die bereits bestehenden und die neu hinzukommenden Aufgaben.

Änderungsantrag 27a

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

Zu Artikel 1 Nummern 96, 97 und 97a (§§ 291a, 291b und 291c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Änderung der Gesellschaftsstruktur der Gesellschaft für Telematik,
Bundesministerium für Gesundheit als Mehrheitsgesellschafter)

1. In Artikel 1 Nummer 96 wird nach Buchstabe d folgender Buchstabe d¹ eingefügt:

,d¹. Absatz 7 wird wie folgt geändert:

1. In Satz 1 werden die Wörter „Der Spitzenverband“ durch die Wörter „Die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, der Spitzenverband“ ersetzt.
2. In Satz 2 werden die Wörter „Sie nehmen“ durch die Wörter „Die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit und die in Satz 1 genannten Spitzenorganisationen nehmen“ ersetzt.’

2. Artikel 1 Nummer 97 wird wie folgt geändert:

a) Nach Buchstabe b werden folgende Buchstaben b¹, b² und b³ eingefügt:

, b¹) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Der Gesellschaftsvertrag der Gesellschaft für Telematik, die auf der Grundlage des § 291a Absatz 7 in der bis zum ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens dieses Gesetzes] geltenden Fassung gegründet worden ist, ist nach folgenden Grundsätzen anzupassen:

1. Die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit und die in § 291a Absatz 7 Satz 1 genannten Spitzenorganisationen sind Gesellschafter der Gesellschaft für Telematik. Die Geschäftsanteile entfallen zu 51 Prozent auf die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, zu 24,5 Prozent auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und zu 24,5 Prozent auf die anderen in § 291a Absatz 7 Satz 1 genannten Spitzenorganisationen. Die Gesellschafter können den Beitritt weiterer Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung beschließen; im Falle eines Beitritts sind die Geschäftsanteile innerhalb der Gruppen der Kostenträger und Leistungserbringer entsprechend anzupassen;
2. unbeschadet zwingender gesetzlicher Mehrheitserfordernisse entscheiden die Gesellschafter mit der einfachen Mehrheit der sich aus den Geschäftsanteilen ergebenden Stimmen.“

b²) Absatz 2a wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 9 werden die Wörter „im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit“ gestrichen.
- bb) In Satz 10 werden die Wörter „Die Gesellschafter, der Geschäftsführer der Gesellschaft für Telematik sowie das Bundesministerium für Gesundheit“ durch die Wörter „Die Gesellschafter und die Geschäftsführung der Gesellschaft für Telematik“ ersetzt.

b³) Absatz 3 wird aufgehoben.

b) Buchstabe c wird wie folgt gefasst:

,c) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Die Beschlüsse der Gesellschaft für Telematik zu den Regelungen, dem Aufbau und dem Betrieb der Telematikinfrastruktur sind für die Leistungserbringer und Krankenkassen sowie ihre Verbände nach diesem Buch verbindlich; dies gilt auch für Apothekerkammern der Länder für

Beschlüsse über die Zuständigkeit für die Herausgabe von Komponenten zur Authentifizierung von Leistungserbringerinstitutionen, soweit dies nicht durch Bundes- oder Landesrecht geregelt ist. Vor der Beschlussfassung hat die Gesellschaft für Telematik dem oder der Beauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, sofern Belange des Datenschutzes oder der Datensicherheit berührt sind.“

c) Nach Buchstabe c wird folgender Buchstabe c¹ eingefügt:

'c¹) Absatz 5 wird aufgehoben.'

d) Buchstabe e wird gestrichen.

3. Nach Nummer 97 wird folgende Nummer 97a eingefügt:

,97a. § 291c wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter „Gesellschafter der Gesellschaft für Telematik“ durch die Wörter „Spitzenorganisationen“ ersetzt.
- b) Absatz 6 wird aufgehoben.
- c) In Absatz 7 werden die Sätze 1 bis 3 aufgehoben.'

Begründung

Zu Nummer 1

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen, insbesondere die Einführung medizinischer Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematikinfrastruktur, soll zügig und konsequent umgesetzt werden. Hierzu sollen Entscheidungsprozesse in der Gesellschaft für Telematik effektiver als bisher gestaltet werden. Um dies zu erreichen, soll das Bundesministerium für Gesundheit den Entscheidungsprozess stärker mitgestalten. Daher wird der Eintritt der Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, als Mehrheitsgesellschafter in die Gesellschaft für Telematik festgeschrieben.

Zu Nummer 2

Zu Buchstabe a

Zu Buchstabe b¹

Die Vorschrift regelt die Anpassung des Gesellschaftsvertrages im Hinblick auf den Eintritt der Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, als Gesellschafter der gematik. Die angestrebte Mehrheitsbeteiligung wird durch die Festlegung der Geschäftsanteile auf 51 Prozent sichergestellt. Die übrigen Geschäftsanteile werden entsprechend der bisherigen Verteilung der Geschäftsanteile hälftig auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Spitzenorganisationen der Leistungserbringer aufgeteilt. Darüber hinaus werden die Mehrheitserfordernisse für die Beschlussfassung durch die Gesellschafter geändert. Um zukünftig die Herbeiführung von Beschlüssen zu erleichtern und dadurch die Verfahren insgesamt zu beschleunigen, soll für Beschlüsse der Gesellschaft für Telematik grundsätzlich die einfache Mehrheit der Stimmen ausreichen, sofern nicht zwingende gesetzliche Mehrheitserfordernisse dem entgegenstehen. Dies macht es möglich, auch all diejenigen Maßnahmen von Seiten der Gesellschaft für Telematik in die Wege zu leiten, die für eine fristgerechte Zurverfügungstellung von elektronischen Patientenakten durch die Krankenkassen noch erforderlich sind. Da die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, zukünftig Gesellschafter sein wird, kann die Vorschrift, die das Bundesministerium für Gesundheit bisher zur Teilnahme an Gesellschafterversammlungen berechnete, entfallen.

Zu Buchstabe b²

Es handelt sich um eine Folgeregelung zu der Regelung in § 291a Absatz 7. Da die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit zukünftig selber Gesellschafter sein wird, und in dieser Funktion die Mitglieder des Beirats berufen und an Sitzungen des Beirats teilnehmen kann, ist ein zusätzliches Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit bei der Benennung der Beiratsmitglieder und ein gesondertes Teilnahmerecht an Sitzungen des Beirats nicht mehr erforderlich. Die Regelungen können daher entfallen.

Zu Buchstabe b³

Es handelt sich um eine Folgeregelung zu der Regelung in § 291a Absatz 7. Da die Gesellschaft für Telematik gegründet ist und sich auch zukünftig nicht mehr ohne Zustimmung der Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit auflösen kann, kann die Regelung entfallen.

Zu Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeregelung zu der Regelung in § 291a Absatz 7. Das bisher dem Bundesministerium für Gesundheit zustehende Recht zur Beanstandung der Beschlüsse der Gesellschaft für Telematik sowie zur Ersatzvornahme kann entfallen, wenn die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, Mehrheitsgesellschafter ist und an der Beschlussfassung unmittelbar beteiligt ist. Die oder der Bundesbeauftragte für den

Datenschutz und die Informationsfreiheit hatte bisher im Rahmen der Prüfung durch das Bundesministerium für Gesundheit Gelegenheit zur Stellungnahme zu Beschlüssen der Gesellschaft für Telematik. Dem entsprechend erhält der oder die Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit zur Stellungnahme vor der Beschlussfassung, sofern Belange des Datenschutzes berührt sind. Gleiches gilt für das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik, sofern Belange der Datensicherheit berührt sind. Die Regelung ergänzt darüber hinaus die bestehende Regelung, dass Beschlüsse der Gesellschaft für Telematik nach § 291b Absatz 4 Satz 3 für die Leistungserbringer und Krankenkassen sowie ihre Verbände nach diesem Buch verbindlich werden. Dazu gehören nicht die Apothekenkammern der Länder. Damit die Regelung auch für technische Werkzeuge in der Telematikinfrastruktur Anwendung findet, die im Apothekenbereich eingesetzt werden, ist die Erweiterung auf die Apothekerkammern der Länder für die Fälle erforderlich, für die es keine landesrechtlichen oder bundesrechtlichen Bestimmungen gibt.

Zu Buchstabe c

Es handelt sich um eine Folgeregelung zu der Regelung unter Buchstabe b. Da die Möglichkeit der Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit entfällt kann auch die Regelung zur Kostenerstattung hierfür entfallen.

Zu Buchstabe d

Es handelt sich um eine Folgeregelung zu der Regelung in § 291a Absatz 7. Die Informationsrechte für das Bundesministerium für Gesundheit können entfallen, wenn die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit Gesellschafter der Gesellschaft für Telematik ist.

Zu Nummer 3

Es handelt sich um eine Folgeregelung zu der Regelung in § 291a Absatz 7.

Als Mehrheitsgesellschafter kann die Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, zukünftig verhindern, dass ein Beschlussvorschlag in der Gesellschafterversammlung oder in anderen Beschlussgremien der Gesellschaft für Telematik keine Mehrheit erhält. Die Vorschriften, die das Schlichtungsverfahren für diesen Fall regeln, können daher entfallen.

Änderungsantrag 27b

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

Zu Artikel 1 Nummern 90a und 96 (§§ 270 und 291a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Sanktionsregelung für die Krankenkassen
bei der Einführung der elektronischen Patientenakte)

1. Nach Artikel 1 Nummer 90 wird folgende Nummer 90a eingefügt:

„In § 270 wird nach Absatz 2 folgender Absatz 3 eingefügt:

„(3) Das Bundesversicherungsamt mindert für Krankenkassen, die laut Mitteilung des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen nach § 291a Absatz 5c Satz 10 ihrer Verpflichtung nach § 291a Absatz 5c Satz 4 nicht nachgekommen sind, die Zuweisungen nach Absatz 1 Buchstabe c) in Verbindung mit § 41 Absatz 3 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung im Jahresausgleich für das Ausgleichsjahr 2020 um 2,5 Prozent. Erfolgen in den Folgejahren weitere Meldungen des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 291a Absatz 5c Satz 10 und 11, erfolgt die Minderung nach Satz 1 für die in der Meldung genannten Krankenkassen für den Jahresausgleich des Ausgleichsjahres, das dem Jahr der Meldung nach § 291a Absatz 5c Satz 10 und 11 vorangeht um 7,5 Prozent.

Die Neuberechnung nach § 41 Absatz 1 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung bleibt hiervon unberührt. Bei der Neuberechnung der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisungen nach § 41 Absatz 2 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung wird der Sanktionsbetrag nach Satz 1 bzw. Satz 2 nicht mindernd berücksichtigt. Das Bundesversicherungsamt teilt den Sanktionsbetrag der Krankenkasse in einem Bescheid mit. Klagen gegen die Höhe der Sanktion haben keine aufschiebende Wirkung.“

2. In Artikel 1 Nummer 96 Buchstabe c wird Doppelbuchstabe bb) wie folgt gefasst:

,bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihren Versicherten spätestens ab dem 1. Januar 2021 eine von der Gesellschaft für Telematik nach § 291b Absatz 1a Satz 1 zugelassene elektronische Patientenakte zur Verfügung zu stellen. Die Krankenkassen haben ihre Versicherten spätestens bei der Zurverfügungstellung der elektronischen Patientenakte in allgemein verständlicher Form über deren Funktionsweise, einschließlich der Art der in ihr zu verarbeitenden Daten und über die Zugriffsrechte, zu informieren. Die Krankenkassen können ihren Versicherten in der zugelassenen elektronischen Patientenakte zusätzliche Inhalte und Anwendungen zu den Inhalten und Anwendungen, die von der Gesellschaft für Telematik für eine elektronische Patientenakte festgelegt werden, zur Verfügung stellen, sofern diese zusätzlichen Inhalte und Anwendungen die nach § 291b Absatz 1a Satz 1 zugelassene elektronische Patientenakte nicht beeinträchtigen. Ist eine Krankenkasse ihrer Verpflichtung nach Satz 4 nicht nachgekommen, stellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen dies durch Bescheid fest. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen führt diese Prüfung jedes Jahr durch, bis alle Krankenkassen zum Stichtag 1. Januar eines Jahres ihren Versicherten eine von der Gesellschaft für Telematik zugelassene elektronische Patientenakte nach Satz 4 zur Verfügung stellen. In dem Bescheid ist die betroffene Krankenkasse über die Sanktionierung gemäß § 270 Absatz 3 zu informieren. Klagen gegen den Bescheid haben keine aufschiebende Wirkung. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen teilt dem Bundesversicherungsamt erstmalig bis zum 15. Januar 2021 mit, welche Krankenkassen ihrer Verpflichtung nach Satz 4 nicht nachgekommen sind. Die Mitteilung nach Satz 10 erfolgt jeweils zum 15. Januar des Jahres, an dem der Spitzenverband Bund der Krankenkassen durch Bescheid festgestellt hat, dass eine Krankenkasse ihrer Verpflichtung nach Satz 4 nicht nachgekommen ist.“

Begründung

Zu Nummer 90a

Bei Krankenkassen, die die gesetzliche Vorgabe nach § 291a Absatz 5c Satz 4 nicht fristgemäß umgesetzt haben, werden die Zuweisungen des Gesundheitsfonds nach § 270 Absatz 1 Buchstabe c) i.V.m. § 41 Absatz 3 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) für Verwaltungsausgaben im Jahresausgleich für das Ausgleichsjahr 2020 um 2,5 Prozent gekürzt. Die Kürzung erfolgt entsprechend für die Folgejahre so lange, bis die Krankenkasse der Verpflichtung, ihren Versicherten eine von der Gesellschaft für Telematik zugelassene elektronische Patientenakte zur Verfügung zu stellen, zum 1. Januar eines Jahres nachkommt und dementsprechend der Spitzenverband Bund der

Krankenkassen für diese Krankenkasse keine Mitteilung nach § 291a Absatz 5c Satz 10 bzw. 11 an das Bundesversicherungsamt abgibt. Die Kürzung erfolgt letztmals bezogen auf das gesamte Jahr, in dem die Umsetzung der Verpflichtung erfolgt. Die Sanktionshöhe steigt auf 7,5 Prozent für die Krankenkassen, die zum 01. Januar 2022 oder später weiterhin keine elektronische Patientenakte nach § 291a Absatz 5c Satz 4 bereitstellen.

Aufgrund der Berechnungssystematik der Zuweisungen werden etwaige Sanktionsbeträge bei der Neuberechnung der Zuweisungen für Verwaltungsausgaben nach § 41 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 erster Halbsatz RSAV nicht berücksichtigt, sie haben entsprechend keine mindernde Wirkung bei der Berechnung. Die Berechnung erfolgt weiterhin auf Basis der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse aller am monatlichen Ausgleich teilnehmenden Krankenkassen für das jeweilige abgelaufene Kalenderjahr. Bei der Neuermittlung der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung nach § 41 Absatz 2 RSAV für den Jahresausgleich des Ausgleichsjahres, das dem Jahr der Mitteilung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 291a Absatz 5c Satz 10 und 11 vorausgeht, des Ausgleichsjahres 2020 wird für die Höhe der standardisierten sonstigen Ausgaben nach § 270 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c) entsprechend der Wert herangezogen, der sich ohne Sanktionsbetrag ergeben würde.

Dies führt im Ergebnis dazu, dass das RSA-Zuweisungsvolumen um den gesamten Sanktionsbetrag verringert wird. Dieser wird nicht über angepasste Verwaltungsausgabenzuweisungen sowie die mitgliederbezogene Veränderung an alle Krankenkassen wieder ausgeschüttet, sondern fließt somit in die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds.

Das Bundesversicherungsamt teilt den Sanktionsbetrag den betroffenen Krankenkassen in einem Bescheid mit. Dies kann z.B. im Rahmen des Jahresausgleichsbescheides erfolgen.

Zu Nummer 96

Zu Buchstabe c

Zu Doppelbuchstabe bb

Die Ergänzung dient dem Zweck, dass die Krankenkassen die Verpflichtung, ihren Versicherten eine elektronische Patientenakte anzubieten, fristgerecht umsetzen. Es wird ein Sanktionsmechanismus für Krankenkassen eingeführt, die zum 1. Januar 2021 ihren Versicherten keine von der Gesellschaft für Telematik zugelassene elektronische Gesundheitskarte zur Verfügung stellen. Hierzu stellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fest, ob die o.g. Frist nicht eingehalten wurde und erlässt für diesen Fall einen Bescheid an die Krankenkassen. Er teilt dem Bundesversicherungsamt die Krankenkassen mit, die die Fristregelung verletzt haben und für die entsprechende Sanktionen umzusetzen sind. Haben Krankenkassen zum 1. Januar 2021 die o.g. Frist nicht eingehalten, prüft der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Folgejahr, ob die betroffenen Krankenkassen zum 1. Januar des Folgejahres ihre Verpflichtung erfüllt haben. Ist dies nicht der Fall, erfolgt erneut eine Meldung an das Bundesversicherungsamt zum 15. Januar des Folgejahres. Dieser Mechanismus erfolgt solange, bis alle Krankenkassen zum 1. Januar eines Jahres über eine elektronische Patientenakte nach Satz 4 verfügen. Der Sanktionsmechanismus wird über § 270 Absatz 3 (neu) geregelt und vom Bundesversicherungsamt durchgeführt.

Änderungsantrag 27c

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

Zu Artikel 1 Nummer 97 (§ 291b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Fristanpassung an Inkrafttreten)

In Artikel 1 Nummer 97 Buchstabe b wird die Angabe „30. April 2019“ durch die Angabe „ ...
[einsetzen: Datum des letzten Tages der zweiten auf die Verkündung folgenden Kalenderwoche]“
ersetzt.

Begründung

Zu Nummer 97 Buchstabe b (§ 291b Absatz 1a SGB V)

Mit der Änderung wird die Frist zur Veröffentlichung der Festlegungen für die Verfahren zum Zugriff der Versicherten an das Inkrafttreten dieses Gesetzes geknüpft.

Änderungsantrag 27d

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

Zu Artikel 1 Nummer 97 Buchstabe a) (§ 291b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

(Festlegungen zur semantischen Interoperabilität der elektronischen
Patientenakte durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung)

In Artikel 1 wird Nummer 97 Buchstabe a) wie folgt gefasst:

,a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 6 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung trifft im Benehmen mit den übrigen Spitzenorganisationen nach § 291a Absatz 7 Satz 1, der Gesellschaft für Telematik, den maßgeblichen, fachlich betroffenen medizinischen Fachgesellschaften, den maßgeblichen Bundesverbänden der Pflege, den für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbänden aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information die notwendigen Festlegungen für die Inhalte der elektronischen Patientenakte nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 4, um deren semantische und syntaktische Interoperabilität zu gewährleisten. Sie hat dabei internationale Standards einzubeziehen und die Festlegungen nach § 31a Absatz 4 und 5 sowie die Festlegungen zur Verfügbarmachung von Daten nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 zu berücksichtigen. Die Festlegungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach Satz 7 sind für alle Gesellschafter, für die Leistungserbringer und Krankenkassen sowie für ihre Verbände nach diesem Buch verbindlich. Sie können nur durch eine alternative Entscheidung der in der Gesellschaft für Telematik vertretenen

Spitzenorganisationen der Leistungserbringer nach § 291a Absatz 7 Satz 1 in gleicher Sache ersetzt werden. Eine Entscheidung der Gesellschafter nach Satz 10 erfolgt mit der einfachen Mehrheit der sich aus deren Geschäftsanteilen ergebenden Stimmen. Die Festlegungen nach Satz 7 und 10 sind in das Interoperabilitätsverzeichnis nach § 291e aufzunehmen. Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sind zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Satz 7 angemessene Finanzmittel durch die Gesellschaft für Telematik zur Verfügung zu stellen.“

bb) Die bisherigen Sätze 9 bis 14 werden aufgehoben.“

Begründung

Zu Nummer 97 Buchstabe a)(§ 291b Absatz 1 SGB V)

zu Doppelbuchstabe aa)

Die Regelung dient dem Zweck, die semantische und syntaktische Interoperabilität zu gewährleisten. Strukturierte elektronische Dokumente sollen von allen Leistungserbringern und den Versicherten gleich interpretiert und darüber hinaus maschinell verarbeitet werden können.

Die semantische und syntaktische Interoperabilität stellt damit auch die Basis für zukünftige Anwendungen im Bereich Big Data und Künstlicher Intelligenz dar.

Die dafür notwendigen Aufgaben werden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung übertragen, die sowohl die übrigen in der Gesellschaft für Telematik vertretenen Spitzenorganisationen als auch die Gesellschaft für Telematik selber, die maßgeblichen fachlich betroffenen medizinischen Fachgesellschaften, die maßgeblichen Bundesverbände der Pflege, die für die Wahrnehmung der Interessen der Industrie maßgeblichen Bundesverbände aus dem Bereich der Informationstechnologie im Gesundheitswesen und das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information einbeziehen muss. Die bereits für den elektronischen Medikationsplan und für die Notfalldaten getroffenen Festlegungen sind zu berücksichtigen. Ebenso wie die Entscheidungen der Gesellschaft für Telematik sind auch die Entscheidungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für alle Gesellschafter der Gesellschaft für Telematik, für die Leistungserbringer und Krankenkassen sowie für ihre Verbände nach dem SGB V verbindlich. Die Entscheidungen können allerdings durch eine alternative Entscheidung der in der Gesellschaft für Telematik vertretenen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer in gleicher Sache ersetzt werden. Maßgeblich sind die im Gesellschaftsvertrag der Gesellschaft für Telematik festgelegten Stimmenanteile. Dadurch, dass keine Zustimmung der anderen Leistungserbringer erforderlich ist sondern nur die Möglichkeit besteht, Entscheidungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung durch andere Entscheidungen in gleicher Sache zu ersetzen, werden Blockadesituationen von vorneherein vermieden. Die Festlegungen sind im Interoperabilitätsverzeichnis zu veröffentlichen. Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sind für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben angemessene Finanzmittel von der Gesellschaft für Telematik zur

Verfügung zu stellen. Diese können auch dafür verwendet werden, die fachliche Unterstützung durch die medizinischen Fachgesellschaften und die Bundesverbände der Pflege mit zu finanzieren.

zu Doppelbuchstabe bb)

Die Regelungen in den bisherigen Sätzen 9 bis 14 enthalten Fristen, die in der Vergangenheit liegen und bei denen die entsprechenden Maßnahmen bereits durchgeführt wurden. Das gleiche gilt für die dort geregelten Sanktionen. Die Regelungen können daher entfallen.

Änderungsantrag 1

**der Fraktion der FDP
zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
BT-Drs. 19/6337**

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)51.6

31.01.2019

Zu Artikel 1 Nr. 10a und b, 33 und 67a (§§ 27b (neu), 73 und 121a des Fünften Buches Sozialgesetzbuches)

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

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

„10a. Nach §27a wird folgender §27b eingefügt:

„§ 27b Präimplantationsdiagnostik

(1) Die Leistungen der Krankenbehandlung umfassen medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft auch, soweit diese Maßnahmen im Zusammenhang mit der Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik erfolgen.

(2) Versicherte haben Anspruch auf die Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik, soweit die Voraussetzungen nach § 27a Absatz 1 Nummer 1 und Nummer 2 sowie die Voraussetzungen nach § 3a Absätze 2 und 3 des Embryonenschutzgesetzes vorliegen.

(3) Der Krankenkasse ist vor Beginn der Durchführung der Präimplantationsdiagnostik die zustimmende Bewertung der zuständigen Ethikkommission vorzulegen. Ein Methodenbewertungsverfahren nach § 135 Absatz 1 Satz 1 ist nicht durchzuführen.“

2. Nach der neuen Nummer 10a wird folgende Nummer 10b eingefügt:

„10b. Der bisherige § 27b wird § 27c.“

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

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

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

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

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

Begründung

Zu Nummer 1

Im neuen § 27b wird der Anspruch auf Leistungen zur Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik eingeführt, wenn diese entsprechend den Vorgaben des ESchG zulässig ist, das heißt, wenn die Voraussetzungen von § 3a Absatz 2 und 3 ESchG vorliegen.

Zu Nummer 2

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Nummer 1.

Zu Nummer 3

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

Zu Nummer 4

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

Änderungsantrag Nr. 2

der Fraktion der FDP

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

BT-Drs. 19/6337

Zu Artikel 1 Nummer 43 (§ 87 Abs. 1 Satz 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch -neu)

Artikel 1 Nummer 43 Buchstabe a wird wie folgt geändert:

In dem neuen § 87 Absatz 1 Satz 8 werden nach dem Wort „Leistungen“ die Wörter „einschließlich der elektronischen Speicherung, Verarbeitung und Übermittlung der Daten aus dem Bonusheft gem. § 55 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit § 3 der Individualprophylaxe-Vereinbarung“ eingefügt.

Begründung

Das Bonusheft ist papiergebunden und insofern für eine digitale Übermittlung von Informationen im Sinne eines elektronischen Antrags- und Genehmigungsverfahrens nicht geeignet. Deshalb sollte das Bonusheft zukünftig in elektronischer Form verfügbar sein.

Änderungsantrag Nr. 3

der Fraktion der FDP zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) BT-Drs. 19/6337

Zu Artikel 1 Nummer 51 Buchstabe b (§92 Abs. 6a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Artikel 1 Nummer 51 Buchstabe b wird aufgehoben.

Begründung

Die Vorgabe zur Erstellung von „Regelungen für eine gestufte und gesteuerte Versorgung“ in der Psychotherapie kann zu sehr negativen Folgen führen.

Zunächst besteht die Gefahr, dass Patienten ihre psychischen Leiden vertraulich gleich mehreren Personen offenbaren müssen, bevor sie behandelt werden können. Zusätzlich besteht das Risiko, dass sich diese Patienten nicht mehrfach zu ihren psychischen Leiden äußern können oder möchten, da kein Vertrauensverhältnis zu der Person besteht, die sie beurteilen muss. Dies könnte dazu führen, dass die psychischen Erkrankungen einiger Patienten nicht erkannt und behandelt werden können. Außerdem dürfte eine verpflichtende gestufte und gesteuerte Versorgung generell die Hemmschwelle für eine psychotherapeutische Behandlung von Seiten der Patienten deutlich erhöhen, außerdem wird die freie Wahl des Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin durch die Patienten abgeschafft.

Mit der am 01. April 2017 in Kraft getretenen Psychotherapie-Richtlinie wurden vom GB-A zahlreiche Verbesserungen und Veränderungen bei der psychotherapeutischen Versorgung umgesetzt. Diese Richtlinie sollte erst evaluiert werden, bevor weitere Maßnahmen in diesem Bereich ergriffen werden. So gibt es etwa im Bereich der Überweisung von Patienten aus Krankenhäusern und bei der Versorgung von schweren Fällen noch Verbesserungsbedarf. In diesen Prozess sollte der Gesetzgeber nicht eingreifen. Es gilt, die Selbstverwaltung zu stärken und nicht in ihrem Handlungsspielraum durch gesetzliche Vorgaben einzuengen.

Weiter bindet ein zusätzliches Verfahren der Stufung und Steuerung erhebliche Kapazitäten, die besser für die eigentliche Versorgung genutzt würden. Damit wird das eigentliche Problem, der Mangel an Psychotherapeuten, weiter verschärft.

Änderungsantrag Nr. 4

der Fraktion der FDP zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) BT-Drs. 19/6337

Zu Artikel 1 Nr. 70 b) (§ 130a Absatz 2 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - neu)
sowie Artikel 1a – neu – (§ 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes)

1. Artikel 1 Nummer 70 Buchstabe b wird wie folgt geändert:

In dem neuen § 130a Absatz 2 Satz 3 werden nach dem Wort „Unternehmers“ ein Komma und die Wörter „soweit die jeweils geltenden Impfquoten nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes erreicht sind“ eingefügt.

2. Nach Artikel 1 wird folgender Artikel 1a eingefügt:

„Artikel 1a

Änderung des Infektionsschutzgesetzes

§ 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Satz 3 werden die Wörter „und entwickelt Kriterien zur Abgrenzung einer üblichen Impfreaktion und einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung“ gestrichen.
2. Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Kommission legt in den Empfehlungen Impfquoten fest und entwickelt Kriterien zur Abgrenzung einer üblichen Impfreaktion und einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung.““

Begründung

Zu Nummer 1

Impfungen gehören zu den wichtigsten und wirksamsten Maßnahmen, zur Prävention von Infektionskrankheiten. Durch Impfprogramme ist es gelungen, Infektionskrankheiten weltweit

immer weiter zurückzudrängen und teilweise sogar zu eliminieren. Zudem können Impfungen gegen gefährliche Bakterien dazu beitragen, den Einsatz von Antibiotika zu vermeiden und so einen Beitrag zur Vermeidung von Antibiotikaresistenzen leisten.

Der Gesetzesentwurf der Bundesregierung enthält in Satz 3 eine zusätzliche Erhöhung des Referenzabschlages nach § 130a Abs. 2 Satz 1 für Impfstoffe um fünf Prozent sowie für saisonale Grippeimpfstoffe um zehn Prozent des ursprünglichen Listenpreises des pharmazeutischen Unternehmers, um zusätzliche Einsparungen bei den gesetzlichen Krankenversicherungen zu ermöglichen.

Damit läge der Arzneimittelpreis von Impfstoffen für die gesetzliche Krankenversicherung mindestens 10% unter dem Durchschnitt in der Europäischen Union, in einigen Fällen sogar noch deutlich darunter. Im Falle einer Impfstoffknappheit innerhalb der Europäischen Union, beispielsweise bei größeren Grippewellen, besteht die erhebliche Gefahr, dass die Versorgung mit entsprechenden Impfstoffen für gesetzlich Versicherte nicht sichergestellt und das Ziel der notwendigen Erhöhung der Impfquoten in Deutschland nicht erreicht werden kann.

Bisher werden von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut im Rahmen ihrer Empfehlungen zur Durchführung von Schutzimpfungen keine Empfehlungen zu Impfquoten gegeben. Die Kommission nimmt in ihren Empfehlungen jedoch partiell Bezug auf Empfehlungen der WHO zu Impfzielen bei Masern, Mumps und Röteln sowie zu Impfzielen der Europäischen Union und anderer Institutionen.

Diese Impfziele werden in Deutschland regelmäßig nicht erreicht. So bleibt Deutschland allein bei Masern seit Jahren unterhalb des Impfziels von mindestens 95% der Bevölkerung. Auch die Zielquoten für Gripeschutzimpfungen (WHO- und EU-Ziel von 75 %) werden seit Jahren bei weitem nicht erreicht. Sie liegen z.B. bei Senioren bei 35 Prozent oder beim medizinischen Personal bei 40 Prozent.

Auch die gesamtgesellschaftliche Bedeutung von Impfungen sollte im Blick behalten werden. Die Grippewelle im Winter 2017/18 war laut Robert Koch-Institut die Schwerste seit mindestens 17 Jahren. Entsprechend kam es zu circa neun Millionen Influenza-bedingten Arztbesuchen, circa 5,3 Millionen Influenza-assoziierte Arbeitsunfähigkeiten und circa 45 000 Influenza-bedingten Krankenhauseinweisungen. Damit einher gingen Engpässe in der stationären Versorgung und hohe Kostenanstiege für die ambulante Versorgung und Lohnersatzleistungen. Allein für Berlin wurden 1 100 Influenza-assoziierte Todesfälle geschätzt.

Der Änderungsantrag, mit dem Ziel durch Sicherstellung einer stabilen Impfstoffversorgung und Erhöhung der Impfquoten den Gesundheitsschutz der Versicherten zu gewährleisten und zu fördern, trägt diesem Umstand Rechnung.

Danach sind zusätzliche Abschläge auf den Listenpreis von Impfstoffen in Höhe von 5 Prozent bzw. 10 Prozent auf Grippeimpfstoffe zu Gunsten der gesetzlichen Krankenversicherung bedingt durch die Erreichung der jeweiligen Impfquoten nach den Empfehlungen der Ständigen

Impfkommission beim Robert-Koch-Institut. Dies erhöht auch für Krankenkassen den Anreiz, noch mehr für die Erreichung der Impfziele zu tun, denn steigende Impfquoten gehen mit Einsparungen für die Krankenkassen einher.

Zu Nummer 2

Mit der Änderung kommt der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut die Aufgabe zu, in ihren Empfehlungen zur Durchführungen von Schutzimpfungen auch Impfquoten für jeweilige Infektionserkrankungen festzulegen. Soweit sich die Empfehlungen zu Schutzimpfungen, wie bei der Grippe, lediglich auf Risikogruppen beziehen, sollen mit den Empfehlungen Impfquoten im Hinblick auf diese Risikogruppen gegeben werden. Damit sollen den Beteiligten im Gesundheitswesen Zielmarken zur Gewährleistung des Gesundheitsschutzes durch Schutzimpfungen aufgezeigt werden. Im Übrigen handelt es sich um Folgeänderungen zur Gewährleistung der Verständlichkeit

Änderungsantrag Nr. 5

der Fraktion der FDP zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) BT-Drs. 19/6337

Zu Artikel 1 Nummer 79 Buchstabe a (§ 137h Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

In Artikel 1 Nummer 79 wird Buchstabe a wie folgt gefasst:

a) § 137h Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „Anwendung des Medizinprodukts“ ein Komma und die Wörter „insbesondere Daten zum klinischen Nutzen und vollständige Daten zu durchgeführten klinischen Studien mit dem Medizinprodukt“ eingefügt.

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Eine Anfrage nach Satz 1 und die Übermittlung der Unterlagen erfolgt im Einvernehmen mit dem Hersteller des Medizinprodukts, das in dem Krankenhaus bei der Methode zur Anwendung kommen soll.“

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

dd) In Satz 4 werden das Wort „Der“ durch die Wörter „Sofern die Methode ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept aufweist, nimmt der“ ersetzt, wird nach den Wörtern „Gemeinsame Bundesausschuss“ das Wort „nimmt“ gestrichen und werden die Nummern 2 und 3 wie folgt gefasst:

- „2. die Schädlichkeit oder die Unwirksamkeit der Methode unter Anwendung des Medizinprodukts als belegt anzusehen ist oder
3. weder der Nutzen noch die Schädlichkeit oder die Unwirksamkeit der Methode unter Anwendung des Medizinprodukts als belegt anzusehen ist.“

Begründung

Zu Doppelbuchstabe aa

In Absatz 1 Satz 1 wird klargestellt, dass es sich bei den relevanten Informationen insbesondere um Daten zum klinischen Nutzen und vollständige Daten zu durchgeführten klinischen Studien mit dem Medizinprodukt handelt.

Zu Doppelbuchstabe bb

Mit der Änderung wird das in der geltenden Fassung vorgeschriebene bloße Benehmen zwischen Krankenhaus und Hersteller sowohl für den Antrag als auch die Informationsübermittlung an den G-BA durch das Erfordernis einer Einvernehmenserteilung durch den Hersteller ersetzt. Die im Regierungsentwurf verwendete Formulierung führt dazu, dass die Intention des klaren Einvernehmens zwischen Krankenhaus und Medizinprodukteherstellern bei der Stellung Anfrage zu neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden nicht hinreichend umgesetzt wird, denn diese fordert das explizite Einvernehmen lediglich bei der Übermittlung der Unterlagen zur Evidenz und setzt darüber hinaus kein Benehmen bei Stellung der Anfrage, wie bei der geltenden Fassung voraus.

Zu Doppelbuchstabe cc

Bei den Anpassungen in Satz 3 handelt es sich um eine notwendige Änderung im Hinblick auf die folgende Änderung in Satz 4.

Zu Doppelbuchstabe dd

Mit der Änderung in Satz 4 erfolgt eine sprachliche Klarstellung, die besser als die bisherige Formulierung in Satz 3 zum Ausdruck bringt, dass ein Bewertungsverfahren des G-BA nach § 137h nur dann durchgeführt wird, wenn die Methode nach den Vorgaben der Rechtsverordnung nach Absatz 2 ein neues theoretisch-wissenschaftliches Konzept aufweist. Im Übrigen wird durch die Änderungen in die Bewertung durch den G-BA vereinfacht. Die Notwendigkeit einer Potentialprüfung wird gestrichen. Für den Fall, dass aufgrund der vorgelegten Unterlagen weder ein Nutzen noch ein Schaden bzw. eine Unwirksamkeit der Methode als belegt anzusehen ist, erfolgt eine kontrollierte Leistungserbringung im Rahmen der Krankenhausbehandlung. Es bedarf nicht mehr einer Potentialbewertung und der positiven Feststellung eines Potentials durch den G-BA. Angesichts der Weiterentwicklungen des Konformitätsbewertungsverfahrens nach Maßgabe der Verordnung (EU) 2017/745 kann auf das Erfordernis einer positiven Potentialfeststellung als Voraussetzung für eine Erprobung verzichtet werden.

Änderungsantrag Nr. 6

der Fraktion der FDP zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) BT-Drs. 19/6337

Zu Artikel 1 Nummer 80 Buchstabe a₀ – neu – (§ 140a Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

In Artikel 1 Nummer 80 wird dem Buchstaben a folgender Buchstabe a₀ vorangestellt:

- „a₀) In §140a Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „Die Krankenkassen“ die Wörter „und ihre Verbände“ eingefügt.“

Begründung

§ 140a Absatz 1 SGB V eröffnet Krankenkassen ein unbürokratisches Instrument zum Abschluss von Selektivverträgen zur besonderen Versorgung. Diese Abschlusskompetenz sollte auch Krankenkassenverbänden zustehen. So können einem noch breiteren Versichertenkreis erleichtert innovative Modelle zur besonderen Versorgung angeboten werden. Ein Gesetzesvergleich mit § 63 Absatz 1 Satz 1 SGB V, der den Abschluss innovativer Modellvorhaben eröffnen soll, zeigt, dass an anderer Stelle der Gesetzgeber den Krankenkassen und ihren Verbänden bereits dieselben Optionen zur Vertragsgestaltung eingeräumt hat.

Aufgrund der Verpflichtung zum Angebot einer hausarztzentrierten Versorgung unter Maßgabe der besonderen Regelungen aus § 73b Absatz 4 SGB V ist dagegen keine analoge Formulierung zu § 73b Absatz 1 Satz 1 SGB V naheliegend.

Diese Regelung geht auf einen Vorschlag des Bundesrates zurück.

Änderungsantrag Nr. 7

der Fraktion der FDP

zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) BT-Drs. 19/6337

Zu Artikel 7 (§ 107 Abs. 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch sowie Artikel 7a bis c – neu – (§§ 5 Abs.1, 7 Abs. 1 Entgeltfortzahlungsgesetz; § 56 Abs. 1 Zweites Buch Sozialgesetzbuch; § 311 Drittes Buch Sozialgesetzbuch)

1. Artikel 7 wird wie folgt gefasst:

„Artikel 7

Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

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

1. §35a Absatz 6 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

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

2. Nach § 107 Absatz 2 Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Auf Antrag des Arbeitgebers kann die Krankenkasse dem Arbeitgeber oder bei Leistungsbeziehern nach dem SGB II und III der Agentur für Arbeit den Beginn und das jeweilige voraussichtliche oder tatsächliche Ende der Arbeitsunfähigkeit durch Datenübertragung übermitteln.““

2. Nach Artikel 7 wird folgender Artikel 7a eingefügt:

„Artikel 7a

Änderung des Entgeltfortzahlungsgesetzes

Das Entgeltfortzahlungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014, 1065), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 16. Juli 2015 (BGBl. I S. 1211) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

a) § 5 Absatz 1 Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Ist der Arbeitnehmer Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, entfällt die Verpflichtung zur Vorlage der Bescheinigungen nach den Sätzen 2 bis 4, sofern dem Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeitsdaten nach § 107 Abs. 2 Satz 2 SGB IV elektronisch übermittelt werden.“

§ 7 Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Der Arbeitgeber ist berechtigt, die Fortzahlung des Arbeitsentgelts zu verweigern,
1. solange der Arbeitnehmer eine von ihm nach § 5 Abs. 1 vorzulegende ärztliche Bescheinigung nicht vorlegt oder den ihm nach § 5 Abs. 2 obliegenden Verpflichtungen nicht nachkommt; § 5 Abs. 1 Satz 5 gilt;
2. wenn der Arbeitnehmer den Übergang eines Schadensersatzanspruchs gegen einen Dritten auf den Arbeitgeber (§ 6) verhindert.““

3. Nach dem neuen Artikel 7a wird folgender Artikel 7b eingefügt:

„Artikel 7b

Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch

§ 56 Absatz 1 Satz 5 des Zweiten Buch Sozialgesetzbuch – Grundsicherung für Arbeitsuchende – in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. Mai 2011 (BGBl. I S. 850, 2094), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 18. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2651) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„Besteht eine Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse, entfällt die Verpflichtung zur Vorlage der Bescheinigungen nach Satz 1 Nr. 2 sowie Sätzen 2 bis 3, sofern der Agentur für Arbeit die Arbeitsunfähigkeitsdaten nach § 107 Abs. 2 Satz 2 SGB IV elektronisch übermittelt werden.““

4. Nach dem neuen Artikel 7b wird folgender Artikel 7c eingefügt:

„Artikel 7c

Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch

§ 311 Satz 4 des Dritten Buch Sozialgesetzbuch – Arbeitsförderung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594, 595), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 18. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2651) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„Besteht eine Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenkasse, entfällt die Verpflichtung zur Vorlage der Bescheinigungen nach Satz 1 Nr. 2 sowie Sätzen 2 bis 3, sofern der Agentur für Arbeit die Arbeitsunfähigkeitsdaten nach § 107 Abs. 2 Satz 2 SGB IV elektronisch übermittelt werden.““

Begründung

Zu Nummer 1

Aufgrund des Umfangs der notwendigen Umstellung bei den Arbeitgebern erscheint eine zweijährige Einführungsphase sinnvoll, in welcher das Verfahren auf gesetzlicher Basis umgesetzt werden kann, aber noch nicht verpflichtend ausgestaltet ist. Um eine erneute gesetzliche Anpassung zu vermeiden bzw. auch die Umsetzung des Verfahrens sicherzustellen, könnte die Einführungsphase gesetzlich zeitlich begrenzt werden und danach der Datenaustausch für alle Arbeitgeber verpflichtend festgelegt werden.

Zu Nummer 2

Die Krankmeldung dient den Arbeitnehmern zum Nachweis über das Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit gegenüber ihren Arbeitgebern. Die Nachweisverpflichtung ergibt sich insbesondere aus dem Entgeltfortzahlungsgesetz, so dass bei einer entsprechenden Umsetzung einer elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) im Verhältnis zu Arbeitgebern sowohl gesetzliche Regelungen zum Datenübermittlungsverfahren zwischen Krankenkassen und Arbeitgebern als auch Änderungen des Entgeltfortzahlungsgesetzes erforderlich wären. In der Konsequenz würde die Anzeigeverpflichtung des Arbeitnehmers gegenüber dem Arbeitgeber verbleiben, die Nachweisverpflichtung würde bei gesetzlich Versicherten über eine elektronische Datenübermittlung erfüllt.

Um die Datenübermittlung zwischen den Arbeitgebern und den Krankenkassen einheitlich sicherzustellen und hierbei möglichst bereits bestehende Verfahren zu nutzen, wird vorgeschlagen, die Übermittlung der Daten über bereits erprobte Arbeitgeberverfahren durchzuführen. Hierfür kann die zwischen den Arbeitgebern und Krankenkassen bestehende Infrastruktur für den Datenaustausch Entgeltersatzleistungen (EEL) genutzt werden.

Im heutigen Papierverfahren liegt die Datenhoheit beim Versicherten, d.h., der Versicherte hat die Möglichkeit, eine AU-Bescheinigung ggf. nur dann seinem Arbeitgeber vorzulegen, wenn er tatsächlich der Arbeit fernbleibt. Damit dies auch in einem Verfahren der Datenübermittlung von Seiten der Krankenkasse an den Arbeitgeber sichergestellt bleibt, sollte das Verfahren als sogenanntes „Pull“-Verfahren ausgestaltet werden. Dies bedeutet, dass keine automatische Übermittlung sämtlicher AU-Daten an den Arbeitgeber erfolgt, sondern der Arbeitgeber, der aufgrund einer Information durch den Versicherten über das Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit Kenntnis erlangt, die diesbezüglichen AU-Daten bei der Krankenkasse aktiv abfordern muss. Die elektronische Antwort der Krankenkasse auf eine elektronische Abforderung des Arbeitgebers stellt auch sicher, dass die Datenübermittlung von Seiten der Krankenkasse korrekt adressiert und damit den Datenerhebungs- und Datenübermittlungsvorschriften entsprechend erfolgt.

**Finanzierung von
Selbsthilfeorganisationen****Änderungsantrag der Mitglieder im Ausschuss für Gesundheit der Fraktion
DIE LINKE.****zum Änderungsantrag 4 der Fraktionen der CDU/CSU und der SPD auf
Ausschussdrucksache 19(14)51.5 zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere
Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz –
TSVG)**

Der Ausschuss für Gesundheit wolle beschließen:

Der Änderungsantrag 4 der Koalitionsfraktionen wird gestrichen.

Begründung:

Eine verlässliche und praktikable Finanzierung ist für die Arbeit von Selbsthilfeorganisationen entscheidend. Über die Pauschalfinanzierung der Krankenkassen hinaus ist eine kassenindividuelle Projektförderung möglich. Hier soll im Änderungsantrag 4 der Koalitionsfraktionen eine kassenartenübergreifende Zustimmung zur Projektförderung eingeführt werden.

Lebendige und selbstbestimmte Selbsthilfeorganisationen und -verbände sind für viele Erkrankte eine große Hilfe und unterstützt die Vertretung von Patienteninteressen in der Selbstverwaltung des Gesundheitssystems. Für die Fraktion DIE LINKE ist die Stärkung von Selbsthilfe und Patientenvertretungen ein besonders wichtiges Anliegen. Ohne die Stimme von Patientinnen und Patienten sollten keine Entscheidungen über Behandlungsqualität, Versorgungssteuerung und Leistungskatalog getroffen werden. Umso mehr irritiert, dass auch dieser Regelungsvorschlag offenbar ohne Absprache mit den betroffenen Organisationen und Verbänden vorgelegt wurde. Es erscheint nicht sinnvoll, ein nach schwieriger Anlaufzeit inzwischen eingespieltes Förderungssystem durch einen Schnellschuss wieder aufs Spiel zu setzen.

Wir unterstützen grundsätzlich das Anliegen, mehr Transparenz in der Selbsthilfeförderung durch Krankenkassen zu erreichen. Zusätzlich sollte die Finanzierung verlässlich und auch für kleine Selbsthilfegruppen erreichbar sein. Die Finanzierung sollte nicht davon abhängig sein, ob eine Gruppe sich professionelle Hilfe bei der Mittelakquise leisten kann.

Der von den Koalitionsfraktionen vorgelegte Regelungsvorschlag droht jedoch, den bürokratischen Aufwand und damit die Hürden für die Mittelbeantragung noch zu erhöhen. Stattdessen sollte gemeinsam mit den betroffenen Organisationen und Verbänden über

bessere Wege der Selbsthilfeförderung nachgedacht werden, um Stabilität, Qualität und Unabhängigkeit der Selbsthilfe zu fördern.