



BKK Dachverband e.V.

Mauerstraße 85
10117 Berlin

TEL (030) 2700406-200

FAX (030) 2700406-222

politik@bkk-dv.de

www.bkk-dachverband.de

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V.

vom 17. August 2018

zum

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

Inhalt

I. Vorbemerkung	4
II. Kommentierung im Detail.....	8
Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	8
Zu Nr. 6 – Familienversicherung für Stiefkinder und Enkel (§ 10 SGB V).....	8
Zu Nr. 10 – Präexpositionsprophylaxe (§ 20j SGB V)	9
Zu Nr. 13 – Mehrkostenregelungen bei kieferorthopädischen Leistungen (§ 29 SGB V)	10
Zu Nr. 23 – Krankengeld bei verspäteter Folge-AU-Bescheinigung (§ 46 SGB V)	11
Zu Nr. 26 – Aufforderung zur Antragstellung auf Krankengeld bei Teilrente (§ 51 SGB V)	11
Zu Nr. 32 – Terminvermittlung durch den Hausarzt (§ 73 SGB V)	12
Zu Nr. 33 – Schutzimpfungen durch Betriebsärzte (§ 73b SGB V)	12
Zu Nr. 35 – Terminservicestellen (§ 75 SGB V).....	12
Zu Nr. 39 – Punktwertdegression in der vertragszahnärztlichen Versorgung (§ 85 SGB V)	13
Zu Nr. 40 – Überprüfung und Aktualisierung des EBM (§ 87 SGB V)	13
Zu Nr. 41 – Neue Leistungen der Einzelleistungsvergütung (§ 87a SGB V).....	16
Zu Nr. 46 – Sektorenübergreifendes Schiedsgremium (§ 89a SGB V)	16
Zu Nr. 47b) – Haftung bei MVZ in Form einer Genossenschaft (§ 95 SGB V)	19
Zu Nr. 47 c) – Ergebnisberichte Mindestsprechstunden (§ 95 Absatz 3 SGB V)	20
Zu Nr. 48 – Rechte der Länder in Zulassungsausschüssen (§ 96 SGB V)	20
Zu Nr. 49 – Regelungskompetenzen des Gemeinsamen Bundesausschuss (§ 101 SGB V).....	21
Zu Nr. 50 – Bedarfsplanung (§ 103 SGB V).....	22
Zu Nr. 51 – KV Strukturfonds (§ 105 SGB V).....	23
Zu Nr. 63 – Impfstoffversorgung (§ 129 SGB V)	26
Zu Nr. 83 – Elektronische Patientenakte (§ 291a SGB V).....	27
Zu Nr. 84 – Elektronische Patientenakte (§ 291b SGB V).....	29
Zu Nr. 86 – Elektronische AU-Bescheinigung (§ 295 SGB V)	30
Zu Nr. 89 – Elektronische Patientenakte (§ 305 SGB V).....	30
Artikel 5: Änderung der Schiedsamtverordnung.....	31

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 17.08.2018
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Artikel 8: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch	32
Zu Nr. 5 – Ambulante Betreuungsdienste (§ 71 SGB XI)	32
Artikel 13: Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte	33
III. Weiterer Änderungsbedarf	34
1. Beratungsmöglichkeiten der Kassen	34
2. Finanzierung der Kosten der Telematikinfrastruktur (§ 291a Absatz 7 SGB V).....	35
3. Arzneimittelrückrufe	35

I. Vorbemerkung

Der vorliegende Referentenentwurf enthält verschiedene Maßnahmen, um den Zugang zur ambulanten Versorgung zu verbessern, die Versorgungsstrukturen in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu fördern und die Digitalisierung im Gesundheitswesen voranzutreiben. Die Ziele, die damit verbunden werden, unterstützt der BKK Dachverband ausdrücklich. Die geplante Umsetzung der Vorhaben kommentieren wir wie folgt:

Sprechstundenangebot

Die Betriebskrankenkassen befürworten die Ausweitung des Vermittlungsauftrags der **Terminservicestellen** (TSS) und hier insbesondere die verpflichtende Bereitstellung eines elektronisch gestützten Wartezeitenmanagements zur Terminvermittlung. Die Vermittlung von „Akutfällen“ ohne Überweisung auf Basis einer Priorisierung zur Entlastung der Notfallambulanzen ist jedoch nicht präzise genug ausgeführt. Es fehlt die Klarheit darüber, wie ein „Akutfall“ definiert wird. Fraglich bleibt auch, auf welcher Basis die Priorisierung erfolgen soll.

Wenngleich die **Erhöhung der Mindestsprechstunden** um fünf Wochenstunden zu begrüßen ist, weisen die Betriebskrankenkassen darauf hin, dass eine dem Bedarf gerechtere Versichertenversorgung erst möglich sein wird, wenn das Versorgungsangebot sich nach inhaltlich präzisierten Versorgungsaufträgen richtet – und deren Erfüllung auch nachgehalten wird. Hierfür bedarf es Transparenz über das Leistungsspektrum einzelner Praxen. Insofern begrüßen die Betriebskrankenkassen die verbindlichere Ausgestaltung der Prüf- und Berichtspflichten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) als ersten Schritt.

Auch wenn nachvollziehbar Anreize für die ambulant tätigen Ärzte zur Reduktion von Wartezeiten geschaffen werden sollen, sollten die vom Gesetzgeber ergriffenen Maßnahmen überdacht werden: Die zusätzlichen **Vergütungsanreize** widersprechen der Kalkulationssystematik des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) und produzieren somit Verwerfungen. Darüber hinaus wird in das Verhältnis von Morbiditätsbedingter Gesamtvergütung (MGV) zu Einzelleistungsvergütung (EGV) eingegriffen.

- Die gesetzgeberische Klarstellung, dass im Rahmen des hausärztlichen Versorgungsauftrags die Koordinationsaufgabe auch die Vermittlung eines aus medizinischen Gründen erforderlichen Facharzttermins einschließt, wird begrüßt. Allerdings wird die an anderer Stelle vorgesehene gesonderte, **zusätzliche Vergütung für die Terminvermittlung** abgelehnt. Der Vertrag über die hausärztliche Versorgung sieht die Terminvermittlung bereits seit Jahren vor.
- Wenig nachvollziehbar ist zudem die **Vergütungs differenzierung zwischen Patienten**, die akut eine offene Sprechstunde aufsuchen und denjenigen, die mit Terminvereinbarung die Praxis

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 17.08.2018
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

aufsuchen. Ärzte würden somit in Zukunft für identische Leistungen Vergütungen in unterschiedlicher Höhe erhalten.

- Eine verbindliche **Differenzierung der Versichertenpauschalen nach Neu- und Bestandspatienten** bewerten die Betriebskrankenkassen ebenfalls kritisch. Durch die mengenmäßig nicht eingeschränkte extrabudgetäre Vergütung entstehen Anreize, „neue“ Behandlungsfälle - auch durch entsprechende Kodierungen - zu generieren. Dies hat wiederum Einfluss auf die Fortentwicklung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung sowie ggf. auf die Meldungen im Morbi-RSA.

Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung

Die Steuerungswirkung von **Sicherstellungszuschlägen** ist in der Praxis bislang zweifelhaft. Um eine Steuerungswirkung zu erzielen, fordern die Betriebskrankenkassen zumindest eine Gegenfinanzierung durch Abschläge in überversorgten Gebieten. Es ist nicht gerechtfertigt, Versäumnisse bei der Erfüllung des Sicherstellungsauftrags einseitig mit zusätzlichen finanziellen Mitteln zu Lasten der beitragszahlenden Versicherten zu korrigieren.

Eine verpflichtende Einrichtung von **Strukturfonds** sowie die gleichzeitige Möglichkeit zur Verdoppelung der zur Verfügung zu stellenden Mittel lehnen die Betriebskrankenkassen ab. Nicht alle Regionen sind gleichermaßen von den zu adressierenden Strukturproblemen betroffen. Zudem werden die bereits heute zur Verfügung stehenden Mittel des Strukturfonds nicht vollständig ausgeschöpft. Um sicherzustellen, dass zusätzliche Versichertengelder zielgerichtet zur Berücksichtigung besonderer regionaler Versorgungsbedürfnisse eingesetzt werden, sollten die Krankenkassen ein gleichberechtigtes Mitspracherecht erhalten. Darüber hinaus ist die private Krankenversicherung (PKV) finanziell in angemessenem Umfang an Fördermaßnahmen zu beteiligen.

Im Grundsatz begrüßen die Betriebskrankenkassen, dass **Steuerungsmöglichkeiten des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)** verbessert werden sollen, indem er verbindliche Anforderungen an die Zusammensetzung einzelner Arztgruppen macht. Allerdings ist die Regelung nicht präzise genug formuliert. Ohne eine entsprechende Klarstellung des Gesetzgebers, dass es sich bei dieser Regelung tatsächlich um die Zusammensetzung innerhalb von Arztgruppen handelt – ohne Schaffung von weiteren Niederlassungsmöglichkeiten für Spezialisten -, ist die Regelung abzulehnen. Weitere, im Referentenentwurf vorgesehene Änderungen im Bereich der Bedarfsplanung führen aus Sicht der Betriebskrankenkassen zu Verwerfungen:

- Die generelle, bundesweite **Aussetzung von Zulassungsbeschränkungen** für Innere Medizin und Rheumatologie, Psychiatrie und Psychotherapie und Pädiater bis zum Inkrafttreten der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie wird abgelehnt. Die Betriebskrankenkassen schlagen alternativ vor,

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 17.08.2018
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

die Möglichkeit der Aussetzung in die Verantwortung der Landesausschüsse zu legen, damit regional begrenzte Niederlassungsmöglichkeiten für diese Fachgruppen für einen begrenzten Zeitraum – unabhängig von Regularien der Bedarfsplanung – entstehen können.

- Eine **Ausweitung der Rechte der Länder in den Zulassungsausschüssen** lehnen die Betriebskrankenkassen ab. Bereits jetzt besitzen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden weitreichende Mitwirkungsrechte. Darüberhinausgehende Rechte laufen dem Prinzip der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zuwider.
- Eine alleinige **Entscheidungsbefugnis der Länder über zusätzliche Zulassungen** ohne Abstimmungserfordernis mit dem Landesausschuss, der die Bedarfspläne aufstellt, sowie ohne Finanzierungsverantwortung, birgt die Gefahr, dass ggf. aus weiteren Motivlagen heraus auf zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten gedrungen wird. Diese Maßnahme ist insbesondere auch deshalb kritisch zu beurteilen, weil sie die bestehenden Beschränkungen aushebeln, die für attraktivere ländliche und damit gut versorgte Gebiete greifen.

Mitgliedschafts- und Beitragsrecht

Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich die Aufnahme des Kriteriums der Haushaltsaufnahme in der **Familienversicherung für Stiefkinder und Enkel** sowie die Begrenzung der Prüfung des „überwiegenden Unterhalts“ auf die Fälle, bei denen kein Anhaltspunkt für eine häusliche Gemeinschaft mit dem Mitglied besteht.

Schutzimpfungen durch Betriebs- und Werksärzte

Die Schaffung von Möglichkeiten für eine aufwandsärmere Gestaltung der Abrechnungswege im Rahmen der Versorgung mit Schutzimpfungen durch die Betriebs- und Werksärzte sowie für die Krankenkassen wird begrüßt.

Vertragszahnärztliche Versorgung

Der Wegfall der **Punktwertdegression im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung** wird abgelehnt. Die Betriebskrankenkassen schlagen vor, die geplante Neuregelung auf tatsächlich unterversorgte, ländliche Gebiete zu beschränken, um hier Anreize für Niederlassungen zu erzielen.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 17.08.2018
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Die Einführung einer gesetzlich definierten **Mehrkostenregelung für den kieferorthopädischen Bereich** wird positiv bewertet. Fraglich bleibt, warum diese Klarstellung lediglich bei kieferorthopädischen Leistungen erfolgt und nicht für alle zusätzlichen Leistungen geregelt wird. Die Erarbeitung des avisierten Leistungskataloges sollte beim (Erweiterten) Bewertungsausschuss angesiedelt werden. Andernfalls ist damit zu rechnen, dass kieferorthopädische Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKV zu Gunsten einer privaten Finanzierung durch die Versicherten herausgelöst werden. Um eine Unterstützung der Versicherten in Konfliktfällen mit dem Kieferorthopäden durch die Kasse zu gewährleisten, muss klargestellt werden, dass den Krankenkassen die Unterlagen zur Mehrkostenregelung ebenfalls zur Verfügung gestellt werden.

Sektorenübergreifende Konfliktlösung

Eine **Ordnung der Schiedsstellensystematiken für den sektorenübergreifenden Bereich** ist sinnvoll. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist es jedoch notwendig, die Schiedsgremien neben den unparteiischen Mitgliedern paritätisch durch Kostenträger und Leistungserbringer zu besetzen und die zur Beschlussfassung notwendige Mehrheit von einer Zweidrittelmehrheit auf eine einfache Mehrheit anzupassen. Darüber hinaus ist eine Erhöhung der Anzahl der Sitze für die Verbände der Krankenkassen angebracht, um alle Kassenartenverbände auf Landesebene gleichberechtigt zu beteiligen.

Digitalisierung

Die begriffliche Zusammenführung von **elektronischer Patientenakte (ePA)** und elektronischem Patientenfach (ePF) wird begrüßt. Die Ergänzung zur kartenzentrierten Architektur der Telematikinfrastruktur und die Erweiterung der Zugriffsrechte des Versicherten (ein Zugriff auch ohne die elektronische Gesundheitskarte und Gegenwart eines Inhabers eines Heilberufsausweises) stärken Selbstbestimmung und Datensouveränität der Versicherten. Die Verpflichtung der Krankenkassen, ihren Versicherten bis 2021 eine ePA nach § 291a SGB V zur Verfügung zu stellen, wird durch die Betriebskrankenkassen ebenfalls positiv bewertet. Die Rahmenbedingungen bedürfen allerdings einer weiteren Präzisierung: Unter anderem sollte festgelegt werden, dass durch Versicherte bereits genutzte elektronische Gesundheitsakten (eGA gemäß § 68 SGB V, z.B. Vivy, TK-Safe, AOK-Gesundheitsnetzwerk) in den Ausgestaltungen der technischen Spezifikationen der Telematikinfrastruktur durch die gematik Berücksichtigung finden müssen. Überdies muss es auch den Krankenkassen gestatten sein, auf Wunsch des Versicherten, Daten der ePA zu verarbeiten, um ihren gesetzlichen Versorgungs- und Beratungsauftrag vollumfänglich erfüllen zu können.

II. Kommentierung im Detail

Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nr. 6 – Familienversicherung für Stiefkinder und Enkel (§ 10 SGB V)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich die Aufnahme des Kriteriums der Haushaltsaufnahme in der Familienversicherung für Stiefkinder und Enkel sowie die Begrenzung der Prüfung des „überwiegenden Unterhalts“ auf die Fälle, bei denen kein Anhaltspunkt für eine häusliche Gemeinschaft mit dem Mitglied besteht. Es handelt sich hierbei um eine sachgerechte Änderung, die zudem den Verwaltungsaufwand der Krankenkassen bei der Prüfung der Voraussetzungen der Familienversicherung maßgeblich reduziert.

Im Zuge der Neuregelung der Familienversicherung regen die Betriebskrankenkassen an, § 10 Absatz 2 Nummer 3 SGB V dahingehend zu ergänzen, dass eine Verlängerung der Familienversicherung über das 25. Lebensjahr hinaus regelhaft eintritt, wenn die Schul- oder Berufsausbildung durch einen gesetzlichen oder freiwilligen Dienst unterbrochen wird. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt erfordert die Verlängerung der Familienversicherung über die Vollendung des 25. Lebensjahres hinaus eine Kausalität zwischen dem Verlängerungstatbestand (gesetzlicher oder Freiwilligendienst) und der Verlängerung beziehungsweise Verzögerung der Schul- oder Berufsausbildung. Der Nachweis und die Prüfung der Kausalität bedeuten für die Betroffenen und die Krankenkassen erheblichen Aufwand.

Ergänzender Änderungsvorschlag

§ 10 Absatz 2 Nummer 3 SGB V wird wie folgt geändert:

„(2) Kinder sind versichert

(...)

3. *bis zur Vollendung des fünfundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des JFGD oder Bundesfreiwilligendienst nach dem BFDG leisten; ~~wird die bei Schul- oder Berufsausbildung durch Erfüllung verlängert sich die Familienversicherung um die Dauer einer gesetzlichen Dienstpflicht des Kindes unterbrochen oder verzögert, besteht die Versicherung auch für einen der Dauer dieses Dienstes entsprechenden Zeitraum~~ über das 25. Lebensjahr hinaus; (...)*“

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 17.08.2018
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Zu Nr. 10 – Präexpositionsprophylaxe (§ 20j SGB V)

Mit der vorliegenden Regelung erhalten Versicherte mit einem erhöhten HIV-Infektionsrisiko künftig Anspruch auf ärztliche Beratung zu einer medikamentösen Präexpositionsprophylaxe, einschließlich der erforderlichen Untersuchungen und der Übernahme der zugehörigen Arzneimittelkosten.

Die Betriebskrankenkassen geben zu bedenken, dass es bereits Möglichkeiten gibt, sich eigenverantwortlich vor einer HIV-Infektion zu schützen. Insofern scheint ein umfassender Anspruch für einen bestimmten Personenkreis unter Wahrung der Interessen der Solidargemeinschaft zu weitgehend. Die Verwendung von Kondomen schützt daneben auch vor weiteren Geschlechtskrankheiten.

Sollte der Gesetzgeber dennoch an der Einführung eines entsprechenden Anspruchs festhalten wollen, sind nach Auffassung der Betriebskrankenkassen die folgenden Punkte zu beachten:

- Die ärztliche Beratung zur Verhinderung von Krankheiten ist im EBM bereits in den Grund- und Versichertenpauschalen abgebildet. Damit ist auch die Beratung zu einer medikamentösen Präexpositionsprophylaxe bereits umfasst. Bedarf zur Anpassung des EBM sehen die Betriebskrankenkassen hier entsprechend nicht.
- Die vorgesehene einmonatige Frist für eine Anpassung des EBM durch den Bewertungsausschuss ist zu kurz. Eine sachgerechte Kalkulation ggf. zusätzlicher ärztlicher Leistungen ist so kaum möglich. Die Betriebskrankenkassen plädieren für eine Verlängerung der Frist auf sechs Monate.
- Die Anzahl der Anspruchsberechtigten hängt von den Kriterien ab, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband im Rahmen des Bundesmantelvertrages Ärzte (BMV-Ä) festlegen werden. Die Schätzung des Referentenentwurfs mit 10.000 Anspruchsberechtigten würde zu Mehrkosten im Arzneimittelbereich von 8,5 Mio. Euro führen.

Die vorgesehene Evaluierung durch das BMG bis zum Jahr 2020 wird begrüßt.

Änderungsvorschlag

§ 20 j Absatz 1 Satz 4 wird wie folgt geändert:

„Auf Grundlage der Vereinbarung hat der Bewertungsausschuss den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zu überprüfen und spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss der Vereinbarung nach Satz 3 anzupassen.“

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 17.08.2018
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Zu Nr. 13 – Mehrkostenregelungen bei kieferorthopädischen Leistungen (§ 29 SGB V)

Die Einführung einer gesetzlich definierten Mehrkostenregelung für den kieferorthopädischen Bereich dient der rechtlichen Klarstellung. Sie folgt der seit Jahrzehnten geübten Praxis, dass Versicherte ihren gesetzlichen Leistungsanspruch nicht völlig verlieren, wenn sie sich für über das wirtschaftliche Maß hinausgehende Leistungsbestandteile entscheiden. Insofern wird diese gesetzliche Neuregelung positiv bewertet. Fraglich bleibt, warum diese Klarstellung lediglich bei kieferorthopädischen Leistungen erfolgt und nicht für alle zusätzlichen Leistungen geregelt wird.

Die Bundesmantelvertragspartner sollen verpflichtet werden, sowohl eine Positivliste als auch eine Negativliste zu erarbeiten, um eine eindeutige Abgrenzung von vertraglichen, mehrkostenfähigen und außervertraglichen Leistungen zu definieren. Das Ergebnis sollte dem aktuellen Stand der zahnmedizinischen Entwicklung entsprechen und eine ausreichende zweckmäßige und wirtschaftlich zahnmedizinische Versorgung beschreiben. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) als Vertragspartner der Krankenkassen wird hierzu auf ein zwischen ihr und dem Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden (BDK), mit Unterstützung der Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie (DG KFO), bereits erstelltes Verzeichnis zurückgreifen. Dies schließt erkennbar Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKV aus, bzw. definiert sie als mehrkostenfähig, die bislang Bestandteil des Versorgungsumfanges sind. Hier werden also notwendige – zumindest aber übliche – kieferorthopädische Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKV zu Gunsten einer privaten Finanzierung durch die Versicherten herausgelöst. Diese Entwicklung wird abgelehnt. Wenn ein derartiger Leistungskatalog beschrieben werden soll, wäre hierfür das bislang gesetzlich legitimierte Gremium zu benennen: der Bewertungsausschuss bzw. Erweiterte Bewertungsausschuss. Damit könnte auch gleichzeitig ein Konfliktlösungsmechanismus implementiert werden, denn eine einvernehmliche Lösung in diesem seit vielen Jahren schwelenden Konflikt scheint aussichtslos.

Die im Referentenentwurf vorgesehene Einbindung der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) zur Lösung von Konflikten zwischen Kieferorthopäden und Versicherten bei Auffälligkeiten im Zusammenhang mit Mehrkostenvereinbarungen ist unzureichend. Nach aktueller Stellungnahme des Bundesrechnungshofes (BRH) sind auch die Krankenkassen zur umfassenden Prüfung ihrer Leistungspflicht angehalten. Dies schließt schon aus Gründen der Transparenz und umfassenden Erfüllung dieser Verpflichtung die Einsichtnahme in Mehrkostenregelungen zur Unterstützung der Versicherten ein, wie dies u. a. bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen vorgesehen ist.

Die Unterlagen über Mehrkostenregelung müssen daher auch den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden. Andernfalls kann weder eine Prüfung noch die Unterstützung der Versicherten durch die Krankenkasse gewährleistet werden. Der Umfang der Information sollte bereits im Gesetzestext konkretisiert werden: zu einem Kostenvoranschlag gehören neben der Gebührennummer auch die Leistungsbeschreibung, die Anzahl sowie der voraussichtliche Gebührensatz (Steigerungsfaktor).

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 17.08.2018
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Zu Nr. 23 – Krankengeld bei verspäteter Folge-AU-Bescheinigung (§ 46 SGB V)

Die Gesetzesänderung ist grundsätzlich zu befürworten. Mit der Regelung erfolgt eine Klarstellung, die sich an dem BSG-Urteil vom 11.05.2017, B 3 KR 22/15 R orientiert. Allerdings wird eine über das Urteil hinausgehende Erweiterung des Inhalts des o. g. Urteils vorgenommen. Während sich das Urteil auf nicht vom Versicherten verschuldete Hinderungsgründe bezieht, wird in dem Referentenentwurf der Hinderungsgrund nicht näher definiert. Eine nähere Definition der Hinderungsgründe ist angebracht, um die eine einheitliche Umsetzung in der Kassenpraxis zu gewährleisten. Es ist sicherzustellen, dass – wie im Referentenentwurf vorgesehen – auch im Hinblick auf etwaige Hinderungsgründe die zeitlichen Grenzen des § 49 Absatz 1 Nr. 5 SGB V gelten.

Zu Nr. 26 – Aufforderung zur Antragstellung auf Krankengeld bei Teilrente (§ 51 SGB V)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen, dass Versicherte mit Teilrente künftig zur Antragstellung nach § 34 Absatz 3e SGB VI durch die Kasse aufgefordert werden können. Klargestellt werden sollte jedoch, dass dies auch ohne die vorherige Einholung einer Einwilligungserklärung des Versicherten geschehen kann.

Im Zusammenhang mit der Neuregelung sollte eine Harmonisierung von Aufforderungsfristen im SGB III und des SGB V erwirkt werden. Sobald die Erwerbsminderung eines Versicherten erheblich gefährdet oder gemindert ist, haben die Bundesagenturen für Arbeit die Möglichkeit, Versicherte zur Antragsstellung auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben innerhalb eines Monats aufzufordern (§ 145 Absatz 2 Satz 1 SGB III), wohingegen die Aufforderungsfrist der gesetzlichen Krankenversicherung bei diesen Sachverhalten 10 Wochen beträgt (§ 51 Absatz 1 Satz 1 SGB V). Eine Angleichung der Frist würde bewirken, dass gerade in Fällen, in denen eine Leistungsminderung des Versicherten medizinisch festgestellt wird, eine zielgerichtete Unterstützung in Form von geeigneten Maßnahmen ohne großen zeitlichen Verzug realisiert werden kann.

Ergänzender Änderungsvorschlag

§ 51 Absatz 1 SGB V wird wie folgt geändert:

„(1) Versicherten, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, kann die Krankenkasse eine Frist von ~~10 Wochen~~ einem Monat setzen, innerhalb der sie einen

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 17.08.2018
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen haben. (...)“

Zu Nr. 32 – Terminvermittlung durch den Hausarzt (§ 73 SGB V)

Die gesetzgeberische Klarstellung, dass im Rahmen des hausärztlichen Versorgungsauftrags, die Koordinationsaufgabe auch die Vermittlung eines aus medizinischen Gründen erforderlichen Facharzttermins einschließt, wird begrüßt. Allerdings wird die an anderer Stelle vorgesehene gesonderte, zusätzliche Vergütung für die Terminvermittlung abgelehnt (siehe hierzu auch zu Nummer 40 d). Der Vertrag über die hausärztliche Versorgung (Anlage 5 BMV-Ä) sieht bereits seit Langem in § 2 Absatz 3 Nr. 2 u.a. vor, dass der Hausarzt diagnostische und therapeutische Maßnahmen zu veranlassen hat, auch durch das Einbeziehen ärztlichen Sachverständs anderer Fachgebiete. Hierzu gehört selbstverständlich, dass der Hausarzt seine Patienten zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen an die entsprechenden Fachärzte vermittelt.

Zu Nr. 33 – Schutzimpfungen durch Betriebsärzte (§ 73b SGB V)

Die Schaffung von Möglichkeiten für eine aufwandsärmere Gestaltung der Abrechnungswege im Rahmen der Versorgung mit Schutzimpfungen sowohl für die Betriebs- und Werksärzte als auch für die Krankenkassen wird begrüßt.

Unter anderem ist durch den Wegfall der Wehrpflicht bei den Jugendlichen mit Impflücken zu rechnen. Im Rahmen der Eignungsuntersuchung im Betrieb können diese aufgedeckt und umgehend geschlossen werden. Damit ließe sich die Durchimpfungsrate in der Bevölkerung deutlich erhöhen. Ebenso dürften vermehrt Gripeschutzimpfungen durch Betriebs- und Werksärzte angeboten werden, um die Arbeitsunfähigkeiten zu reduzieren.

Zu Nr. 35 – Terminservicestellen (§ 75 SGB V)

Die Ausweitung des Vermittlungsauftrags der Terminservicestellen (TSS) wird im Grundsatz begrüßt. Insbesondere ist die nunmehr verpflichtende Bereitstellung eines elektronisch gestützten Wartezeitenmanagements zur Terminvermittlung sachgerecht.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 17.08.2018
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Die Vermittlung von „Akutfällen“ ohne Überweisung auf Basis einer Priorisierung zur Entlastung der Notfallambulanzen ist noch nicht präzise genug ausgeführt. Es fehlt die Klarheit darüber, wie ein „Akutfall“ definiert wird. Fraglich bleibt auch, auf welcher Basis die Priorisierung erfolgen soll.

Die Vermittlung und Behandlung von Akutfällen, insbesondere zu Sprechstundenzeiten, soll zukünftig in besonderer Weise vergütungsrelevant sein. Dies wird abgelehnt. Die Behandlung von Patienten mit akutem Behandlungsanlass zu Sprechstundenzeiten ist eine vertragsärztliche Verpflichtung. Eine gesonderte Vergütung, die nicht leistungsbezogen, sondern rein definitorisch erfolgen soll, ist nicht sachgerecht. Sie widerspricht auch der Systematik des EBM. Inwiefern die TSS im Rahmen der „neu“ organisierten Notfallversorgung eine sachgerechte Triage vornehmen können ist (noch) unklar.

Zu Nr. 39 – Punktwertdegression in der vertragszahnärztlichen Versorgung (§ 85 SGB V)

Der Wegfall der Punktwertdegression im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung wird abgelehnt. An der Begründung zur Einführung der Degressionsregelung, dass bei steigender Leistungsmenge die Fixkosten sinken, hat sich aus betriebswirtschaftlicher Perspektive nichts geändert. Insofern bietet der vorgeschlagene Wegfall allein den Zahnärzten – und hier insbesondere den Kieferorthopäden mit vergleichsweise hohen Einkünften – lediglich eine wirtschaftliche Besserstellung zum Status quo; eine versorgungspolitische Verbesserung ist damit nicht verbunden.

Die Betriebskrankenkassen schlagen alternativ vor, statt eines vollständigen Wegfalls der Degression, die geplante Neuregelung auf tatsächlich unterversorgte (Versorgungsquote von unter 50%), ländliche Gebiete zu beschränken, um hier Anreize für Niederlassungen zu erzielen. Dies könnte gezielte Anreize für einen Praxiswechsel aus der Stadt in strukturschwache Gebiete schaffen.

Zu Nr. 40 – Überprüfung und Aktualisierung des EBM (§ 87 SGB V)

b) Bewertung medizinisch-technischer Leistungen (§ 87 Absatz 2 Satz 3 SGB V)

Die Zielsetzung der Regelung, mit der verpflichtenden gesetzlichen Vorgabe zur nun verbindlichen Umsetzung des Beschlusses des BA vom 22.10.2012 zur Bewertung von technischen Leistungen, Rationalisierungsreserven beim Einsatz von medizinisch-technischen Geräten zugunsten von Verbesserungen von zuwendungsorientierten Leistungen zu nutzen, wird begrüßt.

Die Verwendung der Daten zur Kostenstruktur von Praxen des Statistischen Bundesamtes als Kalkulationsgrundlage ist sachgerecht und wird bereits durch den Bewertungsausschuss praktiziert. In diesem Zusammenhang hat sich jedoch gezeigt, dass die vom Statistischen Bundesamt erhobenen Kostendaten

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 17.08.2018
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

nicht alle vorhandenen Arztgruppen einschließen. Die Betriebskrankenkassen schlagen daher eine Ausweitung der Kostenstrukturstatistik auf alle Arztgruppen vor.

c) Versorgung in Akut- und Notfällen während Sprechstundenzeiten (§ 87 Absatz 2a Satz 23 SGB V)

Das Ziel, die Behandlung von Versicherten in Akutfällen während der Sprechstundenzeiten durch eine Erweiterung des Vermittlungsauftrags der TSS abzusichern und so zur Entlastung der Notfallambulanzen an Krankenhäusern beizutragen, wird begrüßt. Unklar sind jedoch, die präzise Definition eines Akutfalles, die Kriterien für die Triage durch die TSS und die verbindlich vorzuhaltenden Sprechstundenzeiten. Laut BMV-Ä sind die Ärzte in der Verteilung ihrer Sprechzeiten auf die Wochentage zwar zur Gleichmäßigkeit angehalten, aber nicht verpflichtet. Die Versorgung akuter Patienten zu Sprechstundenzeiten gehört zu den vertragsärztlichen Pflichten. Gemäß § 13 Absatz 7 BMV-Ä darf der Vertragsarzt die Behandlung akut behandlungsbedürftiger Versicherter nicht ablehnen, selbst wenn diese keine elektronische Gesundheitskarte (eGK) in der Praxis vorlegen können.

Eine gesonderte Vergütung, die im Übrigen nicht leistungsbezogen, sondern rein definitorisch erfolgen soll, widerspricht den Kalkulationsprinzipien des EBM. Zudem wird die Systematik des EBM durch diese Fallkonstellationen verworfen.

Wenig nachvollziehbar ist zudem die Vergütungsdifferenzierung zwischen Patienten, die akut eine offene Sprechstunde aufsuchen und denjenigen, die mit Terminvereinbarung die Praxis aufsuchen. Ärzte erhalten in Zukunft für identische Leistungen (resp. ärztliche Tätigkeiten) Vergütungen in unterschiedlicher Höhe, je nachdem, ob ein Patient als Akutfall über die Terminservicestelle die Praxis aufsucht, sich selbst wegen eines akuten Behandlungsanlasses in der Praxis vorstellt oder ggf. bereits am Vortag auf Grund eines akuten Behandlungsanlasses einen Termin vereinbart hat. Damit werden die Kalkulationsgrundlagen des EBM in Frage gestellt.

Soll der - im Grundsatz einzelleistungsbezogene - EBM zukünftig durch ein System von Fallpauschalen ersetzt werden, so sollte alternativ zunächst eine empirische Basis, - auch mit Kalkulationspraxen - geschaffen werden, um auf ein pauschaliertes System umzustellen. Hierfür wäre ein entsprechender Auftrag an die Selbstverwaltungspartner zu erteilen.

d) § 87 Absatz 2b SGB V

aa) Einzelleistungsvergütung bei Terminvermittlung zu einem Facharzt (Satz 1)

Die gesonderte Abrechenbarkeit der Weitervermittlung von Patienten an einen Facharzt durch den Hausarzt wird an eine besondere Dringlichkeit gekoppelt. Damit werden implizit Hausärzte, die ihren Patienten bisher schon bei der Weitervermittlung an Fachärzte unterstützt haben, in ihrem Koordinationsauftrag unnötig eingeschränkt. Zudem gestaltet sich der Nachweis der Abrechenbarkeit als zusätzliche, bürokratische Bürde.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 17.08.2018
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Der Vertrag über die hausärztliche Versorgung (Anlage 5 BMV-Ä) sieht bereits seit Langem in § 2 Absatz 3 Nr. 2 u.a. vor, dass der Hausarzt diagnostische und therapeutische Maßnahmen zu veranlassen hat, auch durch das Einbeziehen ärztlichen Sachverständs anderer Fachgebiete.
Die Änderung wird daher abgelehnt.

bb) Differenzierung der Versichertenpauschalen nach Neu- und Altfällen sowie nach Möglichkeit nach Morbiditätskriterien (Satz 3)

Eine verbindliche Differenzierung der Versichertenpauschalen nach Neu- und Bestandspatienten wird kritisch gesehen. Gemäß Gesetzesbegründung zählen als „Neupatienten“ nicht nur erstmals in der Praxis behandelte Patienten, sondern ebenfalls Bestandspatienten mit einer neu aufgetretenen Krankheit. Hier entstehen Anreize, besonders gefördert durch die mengenmäßig nicht eingeschränkte extrabudgetäre Vergütung, „neue“ Behandlungsfälle auch durch entsprechende Kodierungen zu generieren. Dies hat wiederum Einfluss auf die Fortentwicklung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung sowie ggf. auf die Meldungen im Morbi-RSA.

Die derzeitige Kalkulationssystematik von Versichertenpauschalen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, bei der differierende Aufwände für unterschiedliche Patientengruppen über Mischkalkulation in einer Pauschale Berücksichtigung finden, erscheint hier deutlich leistungsgerechter zu sein.

Darüber hinaus sollen die Pauschalen nach Morbidität, insbesondere nach Schweregraden differenziert werden. Unverständlich ist die Vorgabe, dass ausdrücklich auf die einschränkende Vorgabe einer empirischen Ermittlung auf Grundlage von Abrechnungsdaten verzichtet wird. Auch wenn im Grundsatz die Entwicklung von morbiditätsorientierten Versichertenpauschalen im Hinblick auf eine angestrebte sektorenübergreifende Vergütungsreform begrüßt wird, ist diese ohne empirische Fundierung abzulehnen.

cc) Zuschläge für erfolgreicher Vermittlung dringlicher Behandlungstermine (Sätze 5 und 6)

Eine zusätzliche Vergütung für die erfolgreiche Vermittlung dringlicher Behandlungstermine wird abgelehnt (siehe ausführliche Bewertung zu Nr. 40 d) aa)).

e) § 87 Absatz 2c SGB V

Analog zu Nr. 40 d) Buchstaben aa) und bb)

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 17.08.2018
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Zu Nr. 41 – Neue Leistungen der Einzelleistungsvergütung (§ 87a SGB V)

Neben besonders förderungswürdigen Leistungen und Leistungen der Substitutionsbehandlung sollen künftig weitere Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden. Leistungen, die aufgrund der Vermittlung der TSS erbracht würden, würden damit innerhalb eines Behandlungsfalles unter Umständen einmal in der EGV und einmal, bei neuer Erkrankung ohne Vermittlung der TSS, in der MGV vergütet. Neben Komplexitätszuwächsen bei Abrechnung und Abrechnungsprüfung werden daher künftig Patienten mit Terminvermittlung durch die TSS künftig bevorzugt. Dies ist eindeutig abzulehnen.

Eine gesonderte Vergütung von Leistungen der erfolgreichen Vermittlung eines Behandlungstermins wird, wie bereits oben begründet, generell abgelehnt.

Die extrabudgetäre Vergütung von Leistungen bei Akut- oder Notfällen innerhalb der Sprechzeiten wird aufgrund einer fehlenden eindeutigen Definition von „Akutfällen“ wie bereits ausgeführt, ebenfalls abgelehnt. Kritisch erscheint hier zudem, dass Leistungen des vertragsärztlichen Notdienstes generell im Rahmen der MGV abgerechnet werden.

Insgesamt wird durch die Verschiebung der genannten Leistung mit einem relevanten Kostenanstieg in der ambulanten Versorgung gerechnet, auch weil eine parallele Bereinigung der MGV nicht aufgeführt ist.

Auch wenn nachvollziehbar Anreize für die ambulant tätigen Ärzte zur Reduktion von Wartezeiten geschaffen werden sollen, sind die vom Gesetzgeber ergriffenen Maßnahmen ungeeignet. Sie widersprechen der Kalkulationssystematik des EBM und produzieren starke Verwerfungen innerhalb des EBM. Eine Verlagerung von weiten Teilen der neu durch den Gesetzgeber ohne empirische Fundierung bestimmten Versichertenpauschalen in die EGV wird das bislang durch die gemeinsame Selbstverwaltung austarierte Verhältnis von MGV zu EGV sprengen.

Änderungsvorschlag:

Streichung der vorgesehenen Änderungen.

Zu Nr. 46 – Sektorenübergreifendes Schiedsgremium (§ 89a SGB V)

Eine Ordnung der Schiedsstellensystematiken für den sektorenübergreifenden Bereich, wie etwa für den dreiseitigen Rahmenvertrag zum Entlassmanagement (§39 SGB V), scheint grundsätzlich nachvollziehbar und sinnvoll. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen werden jedoch die Ausgestaltung der Regelungen zur

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 17.08.2018
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Besetzung der Gremien sowie das vorgesehene Stimmverhältnis für Entscheidungen des Schiedsgremiums kritisch gesehen. Hier bedarf es Nachbesserungen:

Die Besetzung des Gremiums mit je zwei Vertretern der Verbände der Ärzte, der Krankenkassen und der zugelassenen Krankenhäuser sowie zwei unparteiische Mitglieder gewichtet die Interessen der Versicherten nicht ausreichend. In Verbindung mit der geplanten für die Beschlussfassung notwendige Zweidrittelmehrheit ist es der gesetzlichen Krankenversicherung unmöglich gegen die Interessen der Leistungserbringer Entscheidungen im Sinne der Versicherten durchzusetzen. Gefordert wird daher, die Schiedsgremien nach § 89a Absatz 1 und Absatz 2 SGB V neben den unparteiischen Mitgliedern paritätisch durch Kostenträger und Leistungserbringer zu besetzen und die zur Beschlussfassung notwendige Mehrheit von einer Zweidrittelmehrheit auf eine einfache Mehrheit anzupassen.

Darüber hinaus bietet die aktuell vorgesehene Anzahl der Gremienmitglieder im Gremium nach § 89a Absatz 1 SGB V nicht die Möglichkeit alle Kassenartenverbände auf Landesebene gleichberechtigt zu beteiligen. Eine Erhöhung der Anzahl der Sitze für die Verbände der Krankenkassen wird somit als zwingend angesehen.

Ergänzend ist dringend darauf hinzuweisen, dass die „Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen“ in den sektorenübergreifenden Schiedsgremien vertreten sind. Derzeit sehen verschiedene Formulierungen sowohl im § 89a SGB V als auch in der Schiedsamtsverordnung die Bezeichnung „Krankenkassen“ vor. Um unnötige Interpretationsspielräume zu vermeiden, die bis hin zum Ausschluss der Landesverbände der Krankenkassen bei der Besetzung der Gremien führen können, ist eine Anpassung zugunsten korrekter Begrifflichkeiten unumgänglich.

Änderungsvorschläge

§ 89a Absatz 3 S. 1 SGB V wird wie folgt geändert:

„Die sektorenübergreifenden Schiedsgremien nach den Absätzen 1 und 2 entscheiden mit einer einfachen Mehrheit ~~von zwei Dritteln~~ der Stimmen der Mitglieder innerhalb von drei Monaten in den ihnen durch Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes zugewiesenen Aufgaben.“

§ 89a Absatz 4 S. 2 SGB V wird wie folgt geändert:

„Kommt bis zum Ablauf eines Vertrages ein neuer Vertrag nicht zustande, setzt das zuständige sektorenübergreifende Schiedsgremium mit einer einfachen Mehrheit ~~von zwei Dritteln~~ der Stimmen der Mitglieder innerhalb von drei Monaten dessen Inhalt fest.“

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 17.08.2018
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

§ 89a Absatz 5 SGB V wird wie folgt geändert:

„Die sektorenübergreifenden Schiedsgremien nach ~~den Absätzen Absatz 1 und 2~~ bestehen aus je zwei Vertretern der Ärzte, der Krankenkassen und der zugelassenen Krankenhäuser drei Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigungen, drei Vertretern der Landeskrankenhausgesellschaften, sechs Vertretern der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und einem weiteren unparteiischen Mitglied. Das sektorenübergreifende Schiedsgremien nach Absatz 2 besteht aus drei Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, drei Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaften, sechs Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und einem weiteren unparteiischen Mitglied. Für jedes Mitglied gibt es zwei Stellvertreter. Die Amtsdauer der Mitglieder beträgt vier Jahre. ~~Die Vertreter und Stellvertreter werden durch die Organisationen, die das Schiedsgremium bilden, bestellt. Kommt eine Bestellung durch die Organisationen nicht zustande, bestellt nach Fristsetzung die Aufsichtsbehörde die Vertreter und Stellvertreter.~~“

§ 89a Absatz 7 S. 3 SGB V wird wie folgt geändert:

„Die unparteiischen Mitglieder können aus wichtigem Grund von der zuständigen Aufsichtsbehörde abberufen werden; die Vertreter der Verbände der Ärzte, der Krankenkassen und der zugelassenen Krankenhäuser können von den Organisationen, die sie bestellt haben, abberufen werden.“

§ 89a Absatz 8 S. 2 SGB V wird wie folgt geändert:

„Bei Beschlussunfähigkeit entscheidet das Schiedsgremium in einer zweiten einberufenen Sitzung mit einer einfachen Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der anwesenden Mitglieder.“

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 17.08.2018
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Zu Nr. 47b) – Haftung bei MVZ in Form einer Genossenschaft (§ 95 SGB V)

Die Betriebskrankenkassen weisen darauf hin, dass die derzeitige Gesetzeslage zu einer Ungleichheit bei den für die Gründung der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) denkbaren Gesellschaftsformen führt und somit eine fehlende Haftung bei einem MVZ in Form einer Genossenschaft droht.

Die MVZ können gemäß § 95 Abs. 1a SGB V für ihre Bildung die Rechtsform der Genossenschaft wählen. Gemäß § 95 Absatz 2 Satz 6 SGB V müssen aber nur Gesellschaften mit beschränkter Haftung eine selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung oder andere Sicherheitsleistungen nach § 232 BGB abgeben, nicht aber Genossenschaften. Begründet wird dies mit dem Gesetzeswortlaut. Gemäß § 2 Genossenschaftsgesetz (GenG) haften Genossenschaften nur mit dem Vermögen der Genossenschaft; eine persönliche Haftung der Mitglieder kann gemäß § 6 Nr. 3 GenG ausgeschlossen werden. Anders als im Falle einer GmbH, für die § 5 Absatz 1 GmbHG regelt, dass das Stammkapital mindestens 25.000,00 EUR betragen muss, ist nicht einmal ein Mindestkapital im Falle der Genossenschaft vorgesehen (§ 8a Absatz 1 GenG).

Auch für die mit der Zulassung eines MVZ zur vertragsärztlichen Versorgung zuständigen Zulassungsgremien gibt es keine rechtliche Grundlage, von Genossenschaften eine besondere Satzungsregelung mit der entsprechenden Haftungsregelung analog einer GmbH zu fordern.

Die Wahl der Rechtsform der eingetragenen Genossenschaft kann daher im konkreten Fall auch zu einer größtmöglichen Enthftung der hinter ihr stehenden natürlichen Personen führen und genutzt werden. Um dies zu vermeiden und die haftungsrechtliche Gleichstellung auch für die eingetragene Genossenschaft zu vollziehen, bedarf es einer Änderung des § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V.

Änderungsvorschlag

§ 95 Absatz 2 SGB V wird wie folgt geändert:

In § 95 Absatz 2 Satz 6 1. Halbsatz SGB V werden nach den Worten „in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung“ die Worte „oder einer eingetragenen Genossenschaft“ und im 2. Halbsatz nach den Worten „die Gesellschafter“ die Worte „oder die Mitglieder der Genossenschaft“ ergänzt.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 17.08.2018
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Zu Nr. 47 c) – Ergebnisberichte Mindestsprechstunden (§ 95 Absatz 3 SGB V)

Die verbindlichere Ausgestaltung der Berichtspflicht wird begrüßt.

Kritisch zu erörtern ist die Vorgabe, dass die Erfüllung der vorzuhaltenden Sprechzeiten durch Bezug auf die im EBM hinterlegten Kalkulationszeiten für die einzelnen, abgerechneten Leistungspositionen erhoben werden soll. Kalkulationszeit und tatsächliches zur Verfügung stehen sind nicht deckungsgleich. Die Mindestsprechzeiten sollten zugleich durch verbindliche Erreichbarkeitszeiten der Praxen, die ebenfalls in geeigneter Weise öffentlich bekannt gegeben werden, nachgehalten werden.

Änderungsvorschlag

§ 95 Absatz 3 SGB V wird wie folgt geändert:

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

Zu Nr. 48 – Rechte der Länder in Zulassungsausschüssen (§ 96 SGB V)

Die geplante Regelung wird abgelehnt. Bereits jetzt besitzen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden weitreichende Mitwirkungsrechte im Rahmen der ambulanten Bedarfsplanung. In den Landesausschüssen besitzen sie ein Mitberatungsrecht, das Recht zur Anwesenheit bei Beschlussfassung, eine Aufsichtsfunktion und zu guter Letzt können sie die von den Landesausschüssen aufgestellten Bedarfspläne beanstanden (vgl. § 90 Absatz 6 SGB V).

Ein darüber hinaus gehendes Mitberatungs- und Antragsrecht im Rahmen der Zulassungsausschüsse ist nicht sachgerecht und läuft dem Prinzip der Selbstverwaltung in der GKV zuwider. Will die Politik selbst weitreichende Steuerungsmöglichkeiten erhalten, so bedarf es weitreichender institutioneller Änderungen der Prinzipien in der GKV. Eine obrigkeitliche Festsetzung von zusätzlichen Niederlassungsmöglichkeiten, an allen Institutionen der Selbstverwaltung vorbei, ist zu vermeiden. (Siehe auch Argumente unter Nr. 50 Buchstabe c)).

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 17.08.2018
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Änderungsvorschlag

§ 96 Absatz 2 SGB V wird wie folgt geändert:

Streichung der neuen Sätze 7 und 8.

Zu Nr. 49 – Regelungskompetenzen des Gemeinsamen Bundesausschuss (§ 101 SGB V)

Im Grundsatz werden bessere Steuerungsmöglichkeiten für die präzisere, fachliche Ausschreibung von Arztsitzen begrüßt, indem der G-BA verbindliche Anforderungen an die Zusammensetzung einzelner Arztgruppen macht. Eine bundeseinheitlich vorzugebene Quotenregelung kann ein erster Schritt im Rahmen der Bedarfsplanung sein. Allerdings ist die Regelung nicht präzise genug formuliert, um beurteilen zu können, ob es sich bei der Festlegung von Mindest- oder Höchstversorgungsanteilen um Anteile einer festzulegenden Verhältniszahl handelt, oder ob die spezifischeren Anteile zusätzlich „on top“ entstehen sollen. Da in der Begründung auf die beabsichtigte Übertragung der bereits geltenden Quotenregelung für Psychotherapeuten Bezug genommen wird, ist vorstellbar, dass die ausgewiesenen Anteile zusätzlich entstehen sollen. Dies hätte eine massive Ausweitung von Niederlassungen höchst spezialisierter Fachärzte, hier vor allem Internisten, zur Folge. In der Konsequenz entstünde ein zusätzlicher Konkurrenzkampf der Regionen um Ärzte. Eine bedarfsgerechte Sicherung der Grundversorgung würde konterkariert und das Verhältnis von Haus- zu Fachärzten würde sich weiter zu Ungunsten der hausärztlichen Versorgung verschlechtern. Ohne eine entsprechende Klarstellung des Gesetzgebers, dass es sich bei dieser Regelung tatsächlich um die Zusammensetzung innerhalb von Arztgruppen, ohne Schaffung von weiteren Niederlassungsmöglichkeiten für Spezialisten handelt, ist diese Regelung abzulehnen.

Änderungsvorschlag

Nach § 101 Absatz 1 Satz 8 neu wird folgender Satz angefügt:

„Die Festlegung von Mindest- oder Höchstversorgungsanteilen hat keine Auswirkung auf die für die betreffenden Arztgruppen festgesetzten Verhältniszahlen nach Satz 7.“

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 17.08.2018
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Zu Nr. 50 – Bedarfsplanung (§ 103 SGB V)

a) Aussetzung von Zulassungsbeschränkungen (§ 103 Absatz 1 Satz 2 SGB V)

Die generelle, bundesweite Aussetzung von Zulassungsbeschränkungen für Innere Medizin und Rheumatologie, Psychiatrie und Psychotherapie und Pädiater bis zum Inkrafttreten der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie wird abgelehnt: Eine bundesweite Aussetzung von Zulassungsbeschränkungen wird zu einer weiteren Konzentration von Niederlassungen dieser Fachgruppen vor allem in Ballungsgebieten führen. Dies verschärft den Druck für strukturschwache Räume, niederlassungswillige Ärzte dieser Fachgebiete anzusiedeln. Eine Aussetzung von Zulassungsbeschränkungen für die genannten Fachgruppen sollte daher alternativ als eine Option in der Verantwortung der Landesausschüsse liegen, damit regional begrenzte Niederlassungsmöglichkeiten für diese Fachgruppen für einen begrenzten Zeitraum, unabhängig von Regularien der Bedarfsplanung entstehen können.

Änderungsvorschlag

§ 103 Absatz 1 Satz 2 SGB V wird wie folgt geändert:

„Die Zulassungsbeschränkungen können finden befristet bis zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrags an den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 101 Absatz 1 Satz 7 bei der Zulassung von Fachärzten für innere Medizin und Rheumatologie, von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzten, die der Arztgruppe der Kinderärzte angehören, keine Anwendung finden, soweit die Ärzte in den fünf Jahren vor Beantragung der Zulassung nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen haben.“

c) Aufhebung von Zulassungssperren durch die Länder (§ 103 Absatz 3b (neu) SGB V)

Künftig sollen die Länder in ländlichen Gebieten mit Zulassungsbeschränkungen auf Antrag zusätzliche, neue Niederlassungsmöglichkeiten schaffen können. Diese Regelung wird abgelehnt. Bereits jetzt besitzen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden weitreichende Mitwirkungsrechte im Rahmen der ambulanten Bedarfsplanung. In den Landesausschüssen besitzen sie ein Mitberatungsrecht, das Recht zur Anwesenheit bei Beschlussfassung, eine Aufsichtsfunktion und zu guter Letzt, können sie die von den Landesausschüssen aufgestellten Bedarfspläne beanstanden (vgl. § 90 Absatz 6 SGB V).

Eine alleinige Entscheidungsbefugnis der Länder über zusätzliche Zulassungen ohne Abstimmungserfordernis mit dem Landesausschuss, der die Bedarfspläne aufstellt sowie ohne Finanzierungsverantwortung, birgt die Gefahr, dass ggf. aus weiteren Motivlagen heraus auf zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten gedrungen wird. Dies kann in Folge zu, die Bedarfsplanung konterkarierenden, Verwerfungen führen.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 17.08.2018
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Darüber hinaus soll diese Regelung lediglich in ländlichen Gebieten mit Zulassungsbeschränkungen gelten. Die bestehenden Beschränkungen sprechen jedoch dafür, dass es sich hierbei um attraktivere ländliche Gebiete handelt. Mit der isolierten, alleinigen Befugnis der Länder in diesen Gebieten weitere Niederlassungsmöglichkeiten zu schaffen, werden strukturschwache Räume, für die keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet werden mussten, noch weniger Chancen auf niederlassungswillige Ärzte haben.

Neben den inhaltlich-fachlichen Bedenken, läuft dieses gesonderte Antragsrecht dem Prinzip der Selbstverwaltung in der GKV zuwider. Will die Politik selbst weitreichende Steuerungsmöglichkeiten erhalten, so bedarf es weitreichender institutioneller Änderungen der Prinzipien in der GKV. Eine obrigkeitliche Festsetzung von zusätzlichen Niederlassungsmöglichkeiten an allen Institutionen der Selbstverwaltung vorbei ist abzulehnen.

Da nach geltendem Recht ausgesprochene Zulassungen lebenslang gültig sind und sogar vererbt werden können, werden die durch diese Regelung ggf. entstehenden zusätzlichen Allokationsprobleme und räumlichen Fehlverteilungen von Ärzten unbegrenzt in die Zukunft fortgeschrieben.

Änderungsvorschlag

Streichung des neuen Absatzes 3b.

Zu Nr. 51 – KV Strukturfonds (§ 105 SGB V)

b) Verpflichtung zur Einrichtung von Strukturfonds zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung

Eine verpflichtende Einrichtung von Strukturfonds wird abgelehnt, da nicht alle Regionen gleichermaßen von den zu adressierenden Strukturproblemen betroffen sind. Gelder sollten vorrangig dort zum Einsatz kommen, wo dringender Bedarf besteht. Ein Gießkannenprinzip wird im Ergebnis die Ungleichgewichte verstärken, da auch in überversorgten Regionen Mittel des Strukturfonds verpflichtend zum Einsatz kommen müssten. Eine Entkoppelung der Bildung eines Strukturfonds von der Konzentration auf unterversorgte Gebiete mit der Verpflichtung, zusätzliche Versichertengelder auch in überversorgte Regionen zu lenken, konterkariert Bestrebungen, die Versorgung gerade in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen zu stärken. Um sicherzustellen, dass zusätzliche Versichertengelder zielgerichtet zur Berücksichtigung besonderer regionaler Versorgungsbedürfnisse eingesetzt werden, sollten die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen ein gleichberechtigtes Mitspracherecht

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 17.08.2018
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

erhalten. Darüber hinaus ist die PKV finanziell in angemessenem Umfang an Fördermaßnahmen zwingend zu beteiligen.

Bereits heute können die Mittel des Strukturfonds nicht ausgeschöpft werden. Die beabsichtigte Festbeschreibung sowie gleichzeitige Möglichkeit zur Verdoppelung der zur Verfügung zu stellenden Mittel ist daher nicht sachgerecht. Zudem hat die bundesweit verpflichtende Umsetzung sowie die Systematik zur Ermittlung der Höhe der finanziellen Beteiligung der GKV als Anteil von der MGV nach § 87a Absatz 3 Satz 1 SGB V eine stark wettbewerbsverzerrende Wirkung. Kassen mit Versicherungsschwerpunkten in Hochpreisregionen (Bsp. Hamburg) werden über Gebühr zusätzlich finanziell belastet und Kassen, deren MGV auf Grund von Selektivverträgen bereinigungsbedingt deutlich niedriger ausfällt, werden auf Kosten der übrigen Kassen deutlich entlastet. Aus diesem Grund ist zur Ermittlung des finanziellen Anteils der GKV, sofern ein Strukturfonds zur Lösung regionaler Versorgungsengpässe gebildet werden soll, zumindest die unbereinigte MGV je Kassenart zu Grunde zu legen.

Es besteht keine Transparenz über die Verwendung der Mittel des Strukturfonds. Da die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung mit zusätzlichen Versicherungsgeldern gefördert wird, sollte zumindest ein Bericht über die Mittelverwendung von den KVen erstellt werden müssen.

Änderungsvorschläge

§ 105 Absatz 1a SGB V wird wie folgt geändert:

„Die Kassenärztliche Vereinigung ~~hat~~ kann zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung einen Strukturfonds zu bilden, für den sie ~~mindestens 0,1 Prozent und bis zu 0,2 Prozent~~ der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zur Verfügung stellt, soweit der Landesausschuss Beschlüsse nach § 100 Absätze 1 und 3 SGB V getroffen hat. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen haben zusätzlich einen Betrag in gleicher Höhe in den Strukturfonds zu entrichten. Die Höhe der finanziellen Beteiligung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen vermindert sich um den von den privaten Krankenversiche-

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 17.08.2018
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

rungsunternehmen gezahlten Betrag. Über die Verwendung der Mittel des Strukturfonds haben die Kassenärztlichen Vereinigungen das Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen herzustellen.“

sowie

Änderung des neuen Satzes 4:

„~~Es ist sicherzustellen, dass~~ Sofern die für den Strukturfonds bereitgestellten Mittel nicht vollständig zur Förderung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung verwendet ~~werden~~ wurden, haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen erhaltenen Fördermittel zurück zu zahlen.“

Anfügung neuer Satz 5:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen erstellen einen Bericht über die mit Mitteln des Strukturfonds getroffenen Maßnahmen. In dem Bericht ist Rechenschaft über die Mittelverwendung abzulegen. Der Bericht ist mindestens jährlich zu veröffentlichen.“

e) KV Sicherstellungszuschläge in unterversorgten Gebieten

Die Steuerungswirkung von Sicherstellungszuschlägen ist bislang zweifelhaft. Allokationsprobleme betreffen alle Bereiche der Daseinsfürsorge und sind daher nicht isoliert für den Bereich der Gesundheitsversorgung zu lösen. Nicht-monetäre Faktoren sind von größerem Gewicht für das Niederlassungsverhalten, so auch der Sachverständigenrat in seinem aktuellen Gutachten zur bedarfsgerechten Steuerung der Gesundheitsversorgung, als monetäre Faktoren. Bereits jetzt sind die Fallwerte für die Ärzte in eher strukturschwachen Räumen deutlich höher als in Ballungsgebieten. Um eine Steuerungswirkung zu erzielen, muss zumindest eine Gegenfinanzierung durch Abschläge in überversorgten Gebieten erfolgen und keine Finanzierung „on top“.

Änderungsvorschlag

§ 105 Absatz 4 SGB V wird wie folgt geändert:

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

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 17.08.2018
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

der Ärzte und Krankenkassen. Die für den Vertragsarzt zuständige Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen, die an diese Kassenärztliche Vereinigung eine Vergütung nach Maßgabe des Gesamtvertrages nach § 83 oder § 87a entrichten, tragen den sich aus Satz 1 ergebenden Zahlbetrag an den Vertragsarzt jeweils zur Hälfte. Über das Nähere zur Aufteilung des auf die Krankenkassen entfallenden Betrages nach Satz 2 auf die einzelnen Krankenkassen entscheidet der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. Die Sicherstellungszuschläge sind durch diejenigen Kassenärztlichen Vereinigungen zu entrichten, in deren Einzugsgebiet Planungsbereiche liegen, für die eine Überversorgung nach § 103 Absatz 1 SGB V festgestellt wurde. Über das Nähere zur Aufteilung des auf die betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen entfallenden Zahlbetrages nach Satz 1 entscheidet die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Benehmen mit dem Spitzenverbund der Krankenkassen.

Zu Nr. 63 – Impfstoffversorgung (§ 129 SGB V)

Die Krankenkassen werden zukünftig verpflichtet in ihren Verträgen immer auch die Kosten des zweitgünstigsten Impfstoffes zu übernehmen. Die Neuregelung wird abgelehnt.

Impfstoffe unterliegen nicht der Arzneimittelpreisverordnung, sofern sie im Sprechstundenbedarf bezogen werden. Es gibt demnach keine verbindlichen Listenpreise, die der Preisbetrachtung zugrunde liegen könnten. Ohne einen „Preisanker“ führt die Neuregelung dazu, dass der zweitgünstigste Impfstoff den Preis bestimmt und der Hersteller diesen frei und unwirtschaftlich hoch festsetzen kann, in dem Wissen, dass die Krankenkassen keine Handlungsoptionen haben. Das kann zu taktischem Marktverhalten der Hersteller führen.

In der Konstellation, bei der es für eine Impfindikation nur zwei Impfstoffe gibt, wäre eine Preisvereinbarung für Krankenkassen nicht mehr möglich. Die Kassen wären gezwungen, jeden Preis zu bezahlen – sei er noch so hoch. Damit wird gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot im § 12 SGB V verstoßen. Die Impfstoffversorgung verteuert sich, ohne dass sich die Impfquoten erhöhen.

Ebenso besteht die Gefahr, die derzeit sehr gute Impfstoffversorgung der Versicherten zu beeinträchtigen. In den Verträgen, die die Krankenkassenverbände regional abschließen, ist in medizinisch begründeten Einzelfällen durchaus auch die Abgabe teurerer Impfstoffe vorgesehen. Die Krankenkassen beschränken sich gerade nicht auf den günstigsten. Dürften neu nur noch die Kosten bis zum Preis des zweitgünstigsten Herstellers übernommen werden, wäre das Auswahlfenster zu Lasten der Versicherten eingeschränkt. Die Krankenkassen könnten den durch die Industrie verursachte Versorgungsengpässen durch produktionsbedingte Lieferausfälle nicht mehr wirksam begegnen.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 17.08.2018
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Zu Nr. 83 – Elektronische Patientenakte (§ 291a SGB V)

Die begriffliche Zusammenführung von elektronischer Patientenakte (ePA) und elektronischem Patientenfach (ePF) wird begrüßt. Die ePA wird durch diesen Schritt gesetzlich als versichertenzenrierte Akte mit einem gemeinsamen Datensatz mit unterschiedlichen Ansichten für Versicherte und Leistungserbringer definiert, wobei der Versicherte die Zugriffsrechte auf die Daten in der ePA steuert. Das Abrücken von der vormaligen Trennung in ePA und ePF gibt den Versicherten somit die Hoheit über ihre Daten in der ePA, wodurch ihr Selbstbestimmungsrecht gestärkt wird. Ferner wird das Funktionsprinzip der Akte aus Nutzersicht deutlich intuitiver.

Der Verzicht auf eine Speicherung von Einwilligungen auf der eGK durch Streichung der Sätze 4 bis 6 in § 291a Absatz 3 ist ausdrücklich zu befürworten. Perspektivisch sollte diese Erkenntnis für den vollständigen Verzicht zur Speicherung von Daten auf der eGK gelten.

Die gesetzliche Öffnung, alternative Zugriffsverfahren auf die ePA ohne Einsatz der eGK zu nutzen, ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen sinnvoll sowie zeitgemäß. Diese Maßnahme sichert die jederzeitige Verfügbarkeit der Daten in der ePA für den Versicherten und ist deshalb wichtig für ihre die Akzeptanz zum Zeitpunkt der Bereitstellung.

Die Verpflichtung der Krankenkassen, ihren Versicherten bis 2021 eine ePA nach §291a zur Verfügung zu stellen, ist grundsätzlich zu begrüßen. Diese Maßnahme bedingt jedoch in mehreren Punkten einer Klarstellung:

1. Eine Einhaltung der zeitlichen Vorgabe durch die Krankenkassen wird maßgeblich von der Verfügbarkeit der notwendigen Rahmenbedingungen beeinflusst – insbesondere vom fristgemäßen Abschluss der Arbeiten der gematik an den technischen Spezifikationen der ePA. Sollte es zu unverschuldeten Verzögerungen im Projektablauf kommen, müssen diese Verzögerungen mit Blick auf die hier gesetzlich verankerte Frist bis 2021 zum Vorteil der Krankenkassen berücksichtigt werden.
2. Der Gesetzgeber hat mit § 68 SGB V für Krankenkassen die Möglichkeit geschaffen, mit elektronischen Gesundheitsakten (eGA) ein digitales Angebot für Versicherte zur Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten zu etablieren – nicht zuletzt, um im Vorfeld der Einführung der ePA nach § 291a SGB V Erfahrungen im Umgang mit entsprechenden Akten zu gewinnen und wichtige Impulse zur geplanten Nutzung elektronischer Patientenakten in der Telematikinfrastruktur zu liefern. Der § 291e Absatz 10 SGB V gibt weiterhin bereits heute vor, dass elektronische Anwendungen im Gesundheitswesen nur dann aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden dürfen, wenn die Anbieter der elektronischen Anwendungen die Festlegungen und Empfehlungen der gematik zur Interoperabilität berücksichtigen; dies gilt auch für die eGA.

Mehrere Krankenkassen haben zwischenzeitlich solche eGA-Lösungen erarbeitet (z.B. Vivy, TK-Safe, AOK-Gesundheitsnetzwerk). Voraussichtlich wird bis Ende 2018 mehr als die Hälfte aller GKV-Versicherten und ein Teil der PKV-Versicherten die Möglichkeit haben, auf ein eGA-Angebot der eigenen Krankenkasse zuzugreifen. Tendenziell wird die Zahl der Nutzer dieser eGA-Systeme steigt, je länger diese Akten am Markt sind und je zahlreicher die Anbieter werden. Weil die verbindlichen technischen Spezifikationen der ePA nach § 291a SGB V von der gematik laut aktueller Fristvorgabe jedoch erst zu Ende 2018 vorzulegen sind, können eGA-Anbieter eine spätere Exportmöglichkeit bzw. eine Migrierbarkeit von Daten aus eGA-Systemen in die ePA zum jetzigen Zeitpunkt technisch nicht garantieren.

Im Rahmen des Gesetzesentwurfs sollte daher festgelegt werden, dass durch Versicherte bereits genutzte elektronische Gesundheitsakten (eGA gemäß § 68 SGB V) in den Ausgestaltungen der technischen Spezifikationen der Telematikinfrastruktur durch die gematik Berücksichtigung finden müssen. Diese Regelung ist sowohl im Sinne der Akzeptanz von eGA und ePA bei den Versicherten als auch im Sinne der Nachhaltigkeit von bereits getätigten Investitionen aus Versicherungsgeldern.

3. Es sollte ferner geregelt werden, dass die Versicherten bei Wechsel ihrer Krankenkasse alle Daten ohne Beschränkungen und unabhängig von der jeweils angebotenen ePA von Kasse zu Kasse transferieren, also mitnehmen können.
4. Krankenkassen (sowie vermutlich auch andere Anbieter) haben laut Gesetzesbegründung die Möglichkeit, über die Anforderungen der gematik hinaus zusätzliche Angebote in den Patientenakten anzubieten. Dies soll zu einem Wettbewerb führen. Es bleibt in diesem Zusammenhang jedoch unklar, ob Versicherte künftig Kosten bei ihrer Krankenkasse geltend machen können, die ggf. durch die Nutzung der ePA eines anderen Anbieters (z.B. von Google, Amazon, etc.) entstehen, für die sich der Versicherte entschieden hat, weil die ePA, die seine Krankenkasse ihm laut Gesetz anbieten muss, vielleicht nur die gesetzlichen Grundanforderungen erfüllt.

Eine Klarstellung ist im TSVG dahingehend erforderlich, dass die Kassen jeweils nur eine ePA anbieten und bezahlen müssen und dies dann „mit befreiender Wirkung“ erfolgt.

5. Damit die Versicherten umfänglich Souverän ihrer Daten sein können, sind die ärztlichen – und perspektivisch auch nicht-ärztlichen – Leistungserbringer zur Datenlieferung in die ePA zu verpflichten.
6. Der Koalitionsvertrag der Bundesregierung spricht davon, in Zukunft einige heute papierbasierte Versichertennachweise wie den Impfpass, den Mutterpass und das Untersuchungsheft sowie das Zahnbonusheft digital speicherbar bzw. verwaltbar zu machen. Dies wird mit hoher Sicherheit in der ePA geschehen müssen. Nach aktuellem Rechtsstand jedoch ist für Krankenkassen kein Zugriff auf die ePA möglich, sodass sie bspw. Bonusprogramme, für die Nachweise in der ePA erfasst werden, gar nicht bonifizieren könnten. Damit die Krankenkassen ihrem Beratungs-

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 17.08.2018
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

und Versorgungsauftrag vollumfänglich nachkommen können sowie die im Zusammenhang mit kassenindividuellen Anwendungen in der ePA zur Verfügung gestellten Leistungen umsetzen können, muss § 291a Absatz 4 um einen Satz 3 ergänzt werden:

Änderungsvorschlag

§291a Absatz 4 Satz 3 (neu)

„Krankenkassen können mit Einwilligung des Versicherten auf Daten nach Absatz 3 Satz 1 und auf Daten weiterer, kassenindividueller Anwendungen der elektronischen Patientenakte zugreifen und diese Daten verarbeiten. Der Versicherte kann in seiner Einwilligung den Umfang des Zugriffs begrenzen.“

Zu Nr. 84 – Elektronische Patientenakte (§ 291b SGB V)

Der Gesetzgeber führt aus, dass bei Nutzung von mobilen Endgeräten i.d.R. Geräte eingesetzt werden, die nicht über eine Sicherheitszertifizierung des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) verfügen. Das notwendige Sicherheitsniveau für den ePA-Zugriff mittels dieser Geräte wird in einem pragmatischen Vorgehen gesenkt, indem sich die gematik gem. § 291b Absatz 1a SGB V für die Definition von Zulassungsvoraussetzungen und -verfahren für entsprechende Komponenten und Dienste mit dem BSI lediglich ins Benehmen zu setzen hat.

Die Krankenkassen werden in diesem Zusammenhang verpflichtet, den Versicherten über die verschiedenen Zugriffswege sowie die Abstufungen bei den Sicherheitskriterien vor der Nutzung umfassend zu informieren, da der bisherige konventionelle Weg über Nutzung der eGK z.B. beim Leistungserbringer erhalten bleibt.

Die getroffene Regelung unterstützt der BKK Dachverband (vgl. Kommentierung zur entsprechenden Anpassung in § 291a SGB V). Ihr liegt das Bild eines mündigen Nutzers zugrunde.

Die Krankenkassen sollten jedoch folgerichtig von etwaigen Regressansprüchen befreit sein, falls Schäden durch einen missbräuchlichen Zugriff auf die ePA von Versicherten entstehen, die nach umfassender Information schriftlich oder elektronisch erklärt haben, eines der hier geregelten alternativen Zugriffsverfahren ohne eGK nutzen zu wollen. Eine solche Haftungsbefreiung sollte in der Gesetzesbegründung fixiert werden.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 17.08.2018
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Zu Nr. 86 – Elektronische AU-Bescheinigung (§ 295 SGB V)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich die rechtlichen Klarstellungen zur elektronischen Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Schließlich hemmt das Schriftform-Erfordernis heute bereits technisch leicht umsetz- und nutzbare digitale Kommunikationsverfahren. Eine Umstellung auf ein elektronisches Verfahren ist eine effektive Maßnahme zur Entbürokratisierung auf Seiten der Versicherten, der Leistungserbringer und der Krankenkassen. Bei der Umsetzung sind die vorhandenen und gesicherten Infrastrukturen zu nutzen.

Dies ist ein erster Schritt, um die Kommunikation zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zeitgemäß hin zu einer Direktübermittlung zwischen Akteuren der Gesundheitsversorgung umzugestalten. Weitere müssen dringend folgen.

Zu Nr. 89 – Elektronische Patientenakte (§ 305 SGB V)

Die Klarstellung, dass medizinische Daten, extrahiert aus den Abrechnungsdaten nach dem Einverständnis des Versicherten an Dritte, zur Nutzung weitergegeben werden dürfen, ist sinnvoll. Sie korrigiert das aktuelle Manko, dass vorhandene Daten entgegen dem ursprünglichen Verwendungszweck nicht zum Wohle des Versicherten auch in anonymisierter Form verwendet werden dürfen.

Es wird angeregt klarzustellen, inwieweit die Verwendung von medizinischen Daten, extrahiert aus den Abrechnungsdaten der Kassen, in einer ePA im Zuge einer konkreten Behandlung herangezogen werden dürfen. Schließlich sind diese weder durch einen Arzt eingestellt noch elektronisch signiert.

Ferner ist die im Entwurf vorgesehene Öffnung positiv, da sie die Anwendungsmöglichkeiten von eGA bzw. ePA sinnvoll erweitert und die Selbstbestimmung und Souveränität von Patienten bzw. Versicherten stärkt. Gleiches gilt auch für eine Datenübermittlung an Dritte für Vorhaben der wissenschaftlichen Forschung, da sie eine Rechtsgrundlage für die Möglichkeit zur „Datenspende“ schafft.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 17.08.2018
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Artikel 5: Änderung der Schiedsamtverordnung

Hinsichtlich der grundsätzlichen Bewertung zu den Regelungsvorhaben in Bezug auf die sektorenübergreifenden Schiedsgremien wird auf die Bewertung zu Nr. 46, § 89a SGB V verwiesen.

Änderungsvorschläge

§ 4 Satz 1 Schiedsamtverordnung wird wie folgt geändert:

„Die sektorenübergreifenden Landesschiedsgremien bestehen aus dem unparteiischen Vorsitzenden, einem weiteren unparteiischen Mitglied, zwei drei Vertretern der Ärzte-Kassenärztlichen Vereinigungen, zwei drei Vertretern der Landeskrankenhausesgesellschaften Krankenkassen und zwei sechs Vertretern der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen zugelassenen Krankenhäuser.“

§ 5 Satz 1 Schiedsamtverordnung wird wie folgt geändert:

„Das sektorenübergreifende Bundesschiedsgremium besteht aus dem unparteiischen Vorsitzenden, einem weiteren unparteiischen Mitglied, zwei drei Vertretern der Ärzte Kassenärztlichen Bundesvereinigung, zwei drei Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft der Krankenkassen und zwei sechs Vertretern der zugelassenen Krankenhäuser des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.“

§ 7 Absatz 4 S. 2 Schiedsamtverordnung wird wie folgt geändert:

„Ist die Beschlussfähigkeit des sektorenübergreifenden Schiedsgremiums nicht gegeben, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium in einer erneuten einberufenen Sitzung mit der gleichen Tagesordnung mit einer einfachen Mehrheit ~~von zwei Dritteln~~ der Stimmen der anwesenden Mitglieder.“

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 17.08.2018
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Artikel 8: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nr. 5 – Ambulante Betreuungsdienste (§ 71 SGB XI)

Die Notwendigkeit von zusätzlichen Angeboten für Betreuungsleistungen ist unbestritten und damit auch die Etablierung entsprechender Dienste. Schwierig aus Sicht des BKK Dachverbandes ist jedoch die insuffiziente Datengrundlage, auf der die nun geplante Einführung von Betreuungsdiensten gründet. So wird im Abschlussbericht des *Modellvorhabens zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste nach § 125 SGB XI* von den Auftragnehmern deutlich in Frage gestellt, ob im Hinblick auf die niedrige Teilnehmerzahl (49 Betreuungsdienste) die Intention des Gesetzgebers als erreicht angesehen werden kann „[...] mittels einer Vielzahl (Hervorhebung durch BKK-DV) von teilnehmenden Betreuungsdiensten in unterschiedlichen Versorgungsumgebungen [...] eine belastbare Grundlage für die Einführung von Betreuungsdiensten zu erhalten“ (IGES Institut GmbH: *Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung gem. § 125 SGB XI*, S. 432.). Aus unserer Sicht ist für die Aufnahme einer Leistung in die Regelversorgung eine deutlich verlässlichere Datengrundlage notwendig. Weiterhin ist die Intention, mit der Implementierung von Betreuungsdiensten die Fachkräftebasis zu erweitern, in Frage zu stellen. Schon heute werden aufgrund des Fachkräftemangels kaum Fachkräfte systematisch für z.B. haushaltsnahe Dienstleistungen eingesetzt.

Insbesondere die Anforderungen an die Qualifikation der Mitarbeiter, die für Betreuungsleistungen eingesetzt werden, sollte analog der Regelungen für entsprechendes Betreuungspersonal in stationären Pflegeeinrichtungen (vgl. GKV-Spitzenverband: *Betreuungskräfteleitlinie nach § 53c SGB XI*) ausgestaltet werden, um eine Schlechterstellung der ambulant versorgten Versicherten zu vermeiden.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 17.08.2018
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Artikel 13: Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Die Ausweitung der Mindestsprechzeit um fünf Wochenstunden mit der gleichzeitigen Vorgabe, dass grundversorgende Ärzte diese fünf Stunden als offene Sprechstunde zu gestalten haben, wird kaum zu einer bedarfsgerechteren Versichertenversorgung beitragen. Die den BMV-Ä Partnern vorbehaltende Definition von grundversorgenden Ärzten geht insoweit fehl, als darüber hinaus keine Verpflichtung für die Ärzte besteht, insbesondere die einem „grundversorgenden“ Spektrum zugehörigen Leistungen ihres Fachgebiets (vorrangig) anzubieten. Hierzu bedarf es einer klaren Definition und der konkreten Beschreibung von inhaltlich präzisierten Versorgungsaufträgen, die nachgehalten werden. Eine rein zeitliche Festlegung, die zudem noch mit Vergütungsanreizen für offene Sprechstunden versehen wird, bietet Anreize, Patienten, die sich in laufender Behandlung befinden, zu benachteiligen. Dies kann sich insbesondere auf die Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen negativ auswirken.

Die beklagte mangelnde Erreichbarkeit von Arztpraxen sowie das vermehrte Aufsuchen von Notfallambulanzen geht auch auf das für Versicherte intransparente Sprechstundenangebot niedergelassener Ärzte zurück. Bekannt ist, dass mittwochs ganztägig sowie Freitagnachmittags so gut wie kein Vertragsarzt erreichbar ist. Daher sollte die Möglichkeit, im BMV-Ä eine Regelung zur zeitlichen Verteilung der Sprechstunden zu treffen, in eine Verpflichtung umgewandelt werden.

Änderungsvorschlag

Dem § 19a Absatz 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Der Arzt übt seine vertragsärztliche Tätigkeit vollzeitig aus, wenn er an seinem Vertragsarztsitz persönlich mindestens 25 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden für gesetzlich Versicherte zur Verfügung steht. ~~Ärzte, die insbesondere Arztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung angehören, müssen mindestens fünf Stunden wöchentlich als offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten. Bei einem hälftigen Versorgungsauftrag nach Absatz 2 gelten die in Satz 2 und 3 festgelegten Sprechstundenzeiten jeweils hälftig. Besuchszeiten sind auf die Sprechstundenzeiten nach Satz 2 anzurechnen. Die Einzelheiten zur angemessenen Anrechnung der Besuchszeiten nach Satz 4 sowie zu den Arztgruppen, die offene Sprechstunden anzubieten haben, sind bis zum 31. März 2019 im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu regeln; in dem Vertrag sind können auch insbesondere verbindliche Regelungen zur zeitlichen Verteilung der Sprechstunden zu treffen. nach Satz 3 getroffen werden.~~“

III. Weiterer Änderungsbedarf

1. Beratungsmöglichkeiten der Kassen

Nach heutigem Stand können die Kassen die Daten eines Versicherten selbst dann nicht verarbeiten, wenn der Versicherte explizit die Kasse beauftragt bzw. einwilligt, dies zu tun. Vor diesem Hintergrund schlagen die Betriebskrankenkassen folgende Gesetzesänderung vor:

Änderung § 284 SGB V – Absatz 1 Satz 1 Nummer 18 (neu):

„(1) Die Krankenkassen dürfen Sozialdaten für Zwecke der Krankenversicherung nur erheben und speichern, soweit diese für (...)

*18. die individuelle Beratung des Versicherten mit dessen Einwilligung in die zweckgebundene Verarbeitung der ihn betreffenden personenbezogenen Daten (...)
erforderlich sind.“*

Nach § 1 Satz 4 SGB V haben die gesetzlichen Krankenkassen die Pflicht, gesundheitliche Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten zu fördern. Sie sollen hierfür die Versicherten durch Aufklärung und Beratung bei der aktiven Mitwirkung an Krankenbehandlung und der Verhinderung von Krankheit und Behinderung unterstützen. Dem nachzukommen ist den Krankenkassen unter den derzeitigen gesetzlichen Regelungen nicht möglich.

In der Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI und der Hospiz- und Palliativ-Beratung gemäß § 39b SGB V wurde diese Inkonsistenz bereits aufgehoben, sodass die individuelle Beratung in Fragen der eigenen Gesundheit, der Leistungserbringung sowie der Prävention von Erkrankungen erfolgen kann.

Auch in anderen Bereichen besteht Bedarf an individueller Beratung, die durch die Neuregelung in § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 18 sichergestellt wird. Hierzu ist eine Einwilligung des Versicherten in die zweckgebundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten einzuholen. Diese Einwilligung kann der Versicherte jederzeit widerrufen.

Besonders vor dem Hintergrund, dass der Referentenentwurf „Zweites Datenschutz-Anpassungs- und –Umsetzungsgesetz EU“ die Ergänzung des § 284 SGB V um einen Absatz 5 (neu) vorsieht, ist eine Klarstellung in § 284 SGB V Absatz 1 Satz 1 Nummer 18 (neu), zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben durch die Krankenkassen, erforderlich. Dies stellt zugleich die Intention sicher, dass der Versicherte Souverän seiner Daten ist.

2. Finanzierung der Kosten der Telematikinfrastuktur (§ 291a Absatz 7 SGB V)

Bereits für das Jahr 2018 sind im Zusammenhang mit den Ausgaben für die Telematikinfrastuktur erhebliche Mehraufwendungen für die Krankenkassen absehbar. Aus dem vorliegenden Referentenentwurf ist für die folgenden Jahre mit erheblichen zusätzlichen Ausgaben in diesem Zusammenhang zu rechnen (Bereitstellung einer elektronischen Patientenakte bis spätestens 2021). Allerdings werden diese Ausgaben gegenwärtig im Rahmen der Zuweisungen des Gesundheitsfonds wie Verwaltungsausgaben behandelt, d.h. die Hälfte des Gesamtaufwands in der GKV wird den Krankenkassen mit Morbiditätsbezug zur Refinanzierung zugeführt. Die Belastung der Krankenkassen findet dagegen über eine Umlage je Versicherten, d.h. ohne Morbiditätsbezug statt.

Da es sich um Zahlungen an Leistungserbringer handelt, sind die Ausgaben für die Telematikinfrastuktur im weitesten Sinne Leistungsausgaben. Es ist deshalb sachgerecht, diese Kosten buchungstechnisch dem Bereich der „nicht-morbiditätsbezogenen Leistungsausgaben“ zuzuordnen. Dies sollte mindestens in der Gesetzesbegründung klargestellt werden.

3. Arzneimittelrückrufe

Arzneimittelrückrufe spielen aus unterschiedlichen Gründen immer wieder eine Rolle. Hersteller rufen Arzneimittel aufgrund schwerwiegender Nebenwirkungen oder wegen Produktionsfehlern zurück. Angebrochene oder ungenutzten Packungen werden in der Regel von den Patienten in die Apotheke zurückgebracht und sachkundig vernichtet. Die Versicherten erhalten im Gegenzug von den Ärzten neue Rezepte als Ersatz für die zurückgegebenen Produkte. Der Arzt verordnet das Arzneimittel des gleichen Herstellers, damit die Apotheke eine neue, nicht betroffene Charge, an den Patienten abgeben kann. Alternativ werden aber auch – wenn alle Chargen eines Arzneimittels betroffen sind – Arzneimittel eines anderen Herstellers als Ersatz verschrieben und von der Apotheke abgegeben. Dieses geschieht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Versichertengemeinschaft trägt die Kosten von Doppelverordnungen, obwohl die Ursache bei der pharmazeutischen Industrie liegt. Diese verdient an den zurückgerufenen Produkten doppelt.

Ebenso übernehmen die Krankenkassen teilweise aus Kulanz die doppelt angefallenen Zuzahlungen der Versicherten und sogar die Aufzahlungen, wenn als Ersatz ein Arzneimittel abgegeben werden muss, dass teurer ist als der Festbetrag.

Ein besonderes und aktuelles Beispiel ist der Rückruf des Wirkstoffs Valsartan. Produktionsbedingt wurde in einer chinesischen Fabrik der Wirkstoff mit einem krebserzeugenden Bestandteil verunreinigt. Bislang haben 16 Hersteller einen Großteil ihrer 106 Valsartan-Präparate zurückgerufen.

Einige Hersteller rufen bereits vorsorglich den Wirkstoff Irbesartan zurück, da eine Verunreinigung nicht ausgeschlossen werden kann.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung vom 17.08.2018
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Im Jahr 2016 wurden nach Angaben des Arzneiverordnungsreports mehr als 4 Millionen Verordnungen über Valsartan und 2,5 Millionen Verordnungen Valsartan in Kombination mit einem anderen Wirkstoff verordnet. Die GKV hatte Ausgaben in Höhe von 180 Mio. Euro.

Im Arzneimittelgesetz sind umfangreiche Vorschriften hinsichtlich der Überwachung, Probenahme, der Untersagung des Inverkehrbringens, des Rückrufs und der Sicherstellung der Arzneimittel geregelt. Ebenso gibt es Bestimmungen in der Arzneimittel- und Wirkstoffherstellungsverordnung. Eine Regelung im Sozialgesetzbuch V in Bezug auf einen Ersatz für die den gesetzlichen Krankenkassen zusätzlich entstandenen Aufwendungen bei Arzneimittelrückrufen gibt es jedoch nicht.

Angesichts des Ausmaßes des Rückrufes Valsartan-haltiger Arzneimittel von zurzeit 16 betroffenen Herstellern ist eine gesetzliche Regelung dringend erforderlich, die den Krankenkassen eine Rückzahlung der entstandenen Kosten garantiert.

Änderungsvorschlag:

Ergänzung des § 131 SGB V Rahmenverträge mit pharmazeutischen Unternehmern.

Dem § 131 SGB V wird folgender Absatz 6 angefügt:

„Wird ein Arzneimittel aus den in §§ 25, 30 oder 69 Arzneimittelgesetz benannten Gründen zurückgerufen, erhalten die Krankenkassen von den jeweiligen Herstellern Ausgleichszahlungen für das zurückgegebene nicht oder in Teilen nicht verwendete Arzneimittel und für Arzneimittelverordnungen, die als Ersatz für das betroffene Arzneimittel ausgestellt werden. Dieses umfasst auch die den Versicherten erstattete Zuzahlung nach § 61 SGB V und Aufzahlungen nach § 31 Absatz 2 Satz 1 SGB V. Das Nähere regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ab dem [einsetzen: Datum des Inkrafttretens] im Benehmen mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene, der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.“