

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 Stimmverfahren 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 Krankenhausebene 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 Krankenhäuser 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 europäischer 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 Gesetzaufträge 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 Konzertierten 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.