

**Referentenentwurf zum Gesetz für schnellere Termine
und bessere Versorgung
(Terminservice- und Versorgungsgesetz –
TSVG)**

Wesentliche Änderungen im
Überblick

SGB V	Titel	Beschreibung
§ 5	Versicherungspflicht	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Vorversicherungszeit für erwachsene Stief- und Adoptivkinder: • keine Anrechnung von Vorversicherungszeiten zur KVdR für erwachsene Stief- und Adoptivkinder Rechtsbereinigung
§ 7	Versicherungsfreiheit bei geringfügiger Beschäftigung	<ul style="list-style-type: none"> • Redaktionelle Änderung: Zur Rechtsbereinigung wird die Übergangsregelung § 7 Absatz 3 wegen Zeitablaufs aufgehoben
§ 10	Familienversicherung	<ul style="list-style-type: none"> • Abfindungen bei Gesamteinkommen in der Familienversicherung: Berücksichtigung von Abfindungen, Entlassungsschädigungen beim Gesamteinkommen in der Familienversicherung unabhängig von Auszahlungsweise • Familienversicherung von behinderten Kindern: für behinderte Kinder wird Familienversicherung ohne Altersgrenze auch in Fällen ermöglicht, in denen dies bisher nach Ablauf Vorrangversicherung nicht möglich • Vereinfachung der Familienversicherung für Stiefkinder und Enkel: Krankenkassen prüfen überwiegenden Unterhalt nur dann, wenn sie nicht in häuslicher Gemeinschaft mit dem Mitglied leben Rechtsbereinigung
§ 14	Teilkostenerstattung	<ul style="list-style-type: none"> • Dienstordnungs-Versorgungsempfänger (Kostenerstattung): Klarstellung, dass nicht nur aktive DO-Angestellte der Krankenkassen sondern auch DO-Versorgungsempfänger Teilkostenerstattungstarif in Anspruch nehmen können
§ 16	Ruhen des Anspruchs	<ul style="list-style-type: none"> • Bedürftigkeitsprüfung bei Ruhen der Ansprüche: Klarstellung, dass beim Ruhen von GKV-Leistungen wegen Beitragsschulden die Prüfung der Hilfebedürftigkeit nach SGB II oder SGB XII von zuständigen Trägern und nicht von Krankenkassen durchzuführen ist
§ 20j	Praexpositionsprophylaxe	<ul style="list-style-type: none"> • Praexpositionsprophylaxe (PrEP): Versicherte mit erhöhtem HIV-Infektionsrisiko erhalten Anspruch auf ärztliche Beratung, erforderliche Untersuchung und Arzneimittel auf Kassenkosten; KBV und GKV-Spitzenverband vereinbaren das Nähere innerhalb von 3 Monaten; BMG evaluiert Regelung bis 2020
§ 27a	Künstliche Befruchtung	<ul style="list-style-type: none"> • Kryokonservierung: Erweiterung des Leistungsanspruchs auf künstliche Befruchtung um die Kryokonservierung von Keimzellgewebe, Ei- und Samenzellen in Fällen, in denen Krebserkrankung zu Fertilitätsverlust führen könnte und Kryokonservierung erforderlich ist, um nach Genesung künstliche Befruchtung zu ermöglichen

§ 29	Kieferorthopädische Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> • Kieferorthopädische Leistungen: durch Schaffung Mehrkostenregelung klargestellt, dass Mehrkostenvereinbarungen nach GOZ auch im kieferorthopädischen Bereich zulässig; Leistungsanspruch der Versicherten bleibt davon unberührt
§ 33	Hilfsmittel	<ul style="list-style-type: none"> • redaktionelle Korrektur eines Verweisfehlers in Absatz 9 aufgrund der durch HHVG 2017 geänderten Satzzahlung in Absatz 1
§ 35a	Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen	<ul style="list-style-type: none"> • G-BA-Beschlüsse zur Nutzenbewertung von Arzneimitteln: Veröffentlichung auch auf Englisch
§ 39	Krankenhausbehandlung	<ul style="list-style-type: none"> • Folgeregelung zum neuen Schiedsgremium § 89a: dreiseitiger Rahmenvertrag • Entlassmanagement der Krankenhäuser
§ 40	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> • Folgeregelung zum neuen Schiedsgremium § 89a: dreiseitiger Rahmenvertrag • Entlassmanagement der Rehabilitationseinrichtungen
§ 40	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> • Streichung Berichtspflicht Reha: Berichtspflicht der Krankenkassen zu Zahlungen an Pflegekassen, weil für Versicherte nicht innerhalb von 6 Monaten nach Antragstellung medizinische Reha-Leistungen erbracht wurden, wird gestrichen (Anzahl der Meldungen war minimal)
§ 44	Krankengeld	<ul style="list-style-type: none"> • Wahlmöglichkeit Selbstständige: Klarstellung, dass hauptberuflich Selbstständige die Möglichkeit zur Wahl eines Krankengeldanspruches haben und zwar unabhängig davon, ob nachrangig pflichtversichert oder freiwillig versichert • Wahlerklärung: um missbräuchliche Gestaltung des Krankengeldanspruchs auszuschließen, wird klargestellt, dass für Zeitraum, in dem bereits Arbeitsunfähigkeit besteht, keine Wahlerklärung zur Absicherung des Krankengeldanspruches möglich
§ 46	Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld	<ul style="list-style-type: none"> • Krankengeld bei verspäteter Folge-AU-Bescheinigung: für Versicherte, deren Mitgliedschaft vom lückenlosen Bestand des Krankengeldanspruches abhängig, wird bei verspäteter, aber nach Wegfall des Hinderungsgrundes unverzüglicher Vorlage der Folge-AU- Bescheinigung sichergestellt, dass Krankengeld nicht entfällt und nach Säumniszeit weiter geleistet

§ 49	Ruhen des Krankengeldes	<ul style="list-style-type: none"> • Verletztengeld-Berücksichtigung bei Höchstdauer des Krankengeldes: damit Bezug von Verletztengeld der Unfallversicherung rechtssicher bei Feststellung der Leistungsdauer des Krankengeldes berücksichtigt, Verletztengeldbezug (wieder) in Ruhens-Regelung aufzunehmen
§ 50	Krankengeld	<ul style="list-style-type: none"> • Folgeregelung Flexirentengesetz: Regelung zur Abgrenzung von Kranken- und Rentenversicherung bei Rentenbezug und gleichzeitigen Hinzuverdienst: Ausschluss Krankengeld bei Rentenbezug von mehr als 2/3-Teilrente • Folgeregelung Flexirentengesetz: Ausschluss von rückwirkenden Krankengeldansprüchen bei rückwirkender Aufhebung Rentenbescheid wegen Überschreiten Hinzuverdienstgrenze
§ 51	Ausschluss und Kürzung des Krankengeldes	<ul style="list-style-type: none"> • Folgeregelung Flexirentengesetz: Krankenkassen können Versicherte mit Teilrente zur Antragstellung nach § 34 Absatz 3e SGB VI auffordern (Berücksichtigung von Änderungen des Rentenanspruchs bei Änderungen des Hinzuverdienstes auf Antrag)
§ 55	Leistungsanspruch	<ul style="list-style-type: none"> • Festzuschuss für Zahnersatz (ab dem Jahr 2021, vgl. Inkrafttreten): von 50 auf 60 % der vom G-BA festgesetzten Beträge für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen der Regelversorgung erhöht • Erhöhung des Bonus von 60 auf 65 bzw. 70 auf 75 % bei vollständigem Bonus-Heft; • Anpassung der Härtefallregelungen an die Anhebung der Festzuschüsse
§ 57	Beziehungen zu Zahnärzten und Zahntechnikern	<ul style="list-style-type: none"> • Folgeregelung zum Schiedsamt § 89: Schiedsregelungen zur Vergütung der zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen
§ 64a	Modellvorhaben zur Arzneimittelversorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Folgeregelung zum neuen Schiedsgremium § 89a: dreiseitige Vereinbarung zur Durchführung von Modellvorhaben zur Arzneimittelversorgung

§ 64c	Modellvorhaben zum Screening auf 4MRGN	<ul style="list-style-type: none"> • Folgeregelung zum neuen Schiedsgremium § 89a: dreiseitige Vereinbarung zur Durchführung von Modellvorhaben zum Screening auf 4MRGN
§ 65c	Klinische Krebsregister	<ul style="list-style-type: none"> • Folgeregelung zum neuen Schiedsgremium § 89a: dreiseitige Vereinbarung von Meldevergütungen der klinischen Krebsregister
§ 65c	Klinische Krebsregister	<ul style="list-style-type: none"> • Fristverlängerung Krebsregister: Nachbesserungsfrist zur Erfüllung der Kriterien als Voraussetzung der finanziellen Forderung klinischer Krebsregister durch GKV von 1 Jahr auf 2 Jahre verlängert.
§ 73	Kassenärztliche Versorgung, Verordnungs-ermächtigung	<ul style="list-style-type: none"> • Hausärztliche Versorgung umfasst auch die Vermittlung eines dringlichen Behandlungstermins beim Facharzt
§ 73b	§ 73b Hausarztzentrierte Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • bislang versäumte redaktionelle Folgeänderung in § 73b (Hausarztzentrierte Versorgung): durch das Präventionsgesetz wurde § 20d zu § 20i (Schutzimpfungen)
§ 74	Stufenweise Wiedereingliederung	<ul style="list-style-type: none"> • Möglichkeit der stufenweisen Wiedereingliederung: Arzt hat spätestens ab einer Arbeitsunfähigkeit von 6 Wochen regelmäßig festzustellen, ob stufenweise Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit in Betracht kommt. • G-BA regelt Näheres zum Verfahren.

§ 75	Inhalt und Umfang der Sicherstellung	<ul style="list-style-type: none"> • Terminservicestellen (TSS) zu Servicestellen mit zusätzlichen Aufgaben weiterentwickelt: auch Terminvermittlung zu Haus- und Kinderärzten und Unterstützung bei Suche nach dauerhaft behandelnden Haus-, Kinder- und Jugendärzten • Zusammenlegung mit bisheriger bundesweit einheitlicher Notdienstnummer (116 117) • in Akutfällen erfolgt auch während der üblichen Sprechstundenzeiten unmittelbare Vermittlung einer ärztlichen Versorgung in offener Arztpraxis oder im Bedarfsfall in Notfallambulanz; bei lebensbedrohlichem Notfall Weiterleitung an Notrufzentrale 112 über bundesweit einheitliche Rufnummer 116 117 an 24 Stunden täglich an sieben Tagen der Woche (24/7) erreichbar • Rufnummer muss in künftiges System der im Koalitionsvertrag vorgesehenen gemeinsamen Notfallleitstellen integrierbar sein (Zusammenlegung mit 112) • Online-Angebot zu Terminservicestellen (damit Termine nicht nur telefonisch, sondern auch online oder per App vereinbart werden können) • KBV regelt in Richtlinie Näheres zur einheitlichen Umsetzung durch KVen (auch Zertifizierung der Praxissoftware) Kassenärztliche Vereinigungen veröffentlichen die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte
§ 75a	Förderung der Weiterbildung	<ul style="list-style-type: none"> • Folgeregelung zum neuen Schiedsgremium § 89a: dreiseitige Vereinbarung zur Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung
§ 76	Freie Arztwahl	<ul style="list-style-type: none"> • Folgeregelung § 75: redaktionelle Korrektur wegen neuer Satzzahlung in § 75
§ 81a	Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der KVen: Befugnis zur Übermittlung personenbezogener Daten insbesondere an Zulassungsstellen wird klargestellt
§ 85	Gesamtvergütung	<ul style="list-style-type: none"> • Punktwertdegression: Abschaffung der Punktwertdegression für vertragszahnärztliche Leistungen, um Hemmnisse bei der Niederlassung in strukturschwachen Gebieten zu beseitigen

§ 87	Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	<ul style="list-style-type: none"> • vertragszahnärztliches Gutachterverfahren: Ermächtigungsgrundlage für das im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehene Gutachterverfahren sowie einer sozialdatenschutzrechtlichen Begleitregelung zur Verarbeitung dafür erforderlicher personenbezogener Daten
§ 87	Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	<ul style="list-style-type: none"> • Überprüfung und Aktualisierung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs bzgl.: Bewertung medizinisch-technischer Leistungen zur Nutzung von Rationalisierungsreserven zur Forderung der „sprechenden Medizin“ bis 30. September 2019 (Konzept dem BMG bis 31. März 2019 vorzulegen; dabei Mengensteuerung vorzusehen), • Versorgung in Akut- und Notfällen während der Sprechstundenzeiten (bereits umgesetzte Differenzierung nach Schweregrad wird festgeschrieben; ab 1. April 2019 in Akutfällen auf Vermittlung der Terminservicestelle der KV gleiche Vergütung wie Krankenhäuser in der ambulanten Akutversorgung) • erfolgreiche Terminvermittlung des Hausarztes bei dringlich notwendiger Facharztbehandlung (neben Versichertenpauschalen aufzunehmen und bis 1. April 2019 Zuschlag vorzusehen [bei Fristversagen gelten vorläufig 2 Euro]) erhöhte Bewertung der Behandlung von neuen Patienten innerhalb der Versicherten- und Grundpauschalen (ab 1. April 2019) • Leistungen in der offenen Sprechstunde, die zusätzlich zum Umfang von 20 Pflicht- Wochenstunden (10 bei halbem Versorgungsauftrag) erbracht und abgerechnet; bei Fachärzten (außer Augen- und Frauenärzten) gilt Überweisungsvorbehalt • Institut des Bewertungsausschusses - InBA: bisherige Regelungen zur Errichtung des Instituts nach Abschluss des Aufbaus entbehrlich; Regelungen für die Beauftragung Dritter oder des InBA für vorbereitende Maßnahmen durch BMG bei Fristversagen des Bewertungsausschusses
§ 87	Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	<ul style="list-style-type: none"> • Folgeregelung zum neuen Schiedsgremium § 89a: ergänzter, erweiterter Bewertungsausschuss • Redaktionelle Folgeregelung: §135 • Folgeregelung zum vertragszahnärztlichen Gutachterverfahren: §§13, 275 und 284

§ 87a	Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten	<ul style="list-style-type: none"> • Extrabudgetäre und zusätzliche Vergütung ärztlicher Leistungen: die nach Vermittlung durch die Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung erbracht werden, für die erfolgreiche Vermittlung eines dringlichen Behandlungstermins beim Facharzt durch den Hausarzt, • in Akut- und Notfällen während der Sprechstundenzeiten, bei Behandlung neuer Patienten sowie in der offenen Sprechstunde • Redaktionelle Folgeänderung: § 120
§ 87b	Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung)	<ul style="list-style-type: none"> • Redaktionelle Anpassung eines Verweises in Absatz 4 auf Absatz 2, der durch GKV-VSG 2015 fehlerhaft wurde
§ 87d	Vergütung vertragsärztlicher Leistungen im Jahr 2012	<ul style="list-style-type: none"> • Streichung der obsoleten Vergütungsregelung für das Jahr 2012
§ 87e	Zahlungsanspruch bei Mehrkosten	<ul style="list-style-type: none"> • Kieferorthopädische Leistungen: Folgeregelung zu § 29: GOZ-Abrechnung von Mehrkostenvereinbarungen
§ 89	Schiedsamt	<ul style="list-style-type: none"> • Änderungen zum (zweiseitigen) Schiedsamt
§ 89a	Schiedswesen	<ul style="list-style-type: none"> • Neues sektorenübergreifendes (dreiseitiges) Schiedsgremium • Folgeänderungen: §§ 115b, 116b, 117, 118, 118a, 129, 132a, 134a, 137e und 293
§ 95	Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Mindestsprechstunden nach Ärzte-ZV: KVen überwachen Einhaltung nach einheitlichen Prüfkriterien und jährliche Ergebnisberichte an Landes- und Zulassungsausschüsse sowie Aufsichtsbehörden

§ 95	Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Folgeänderung in § 95 Absatz 8 zu § 19 Ärzte-ZV: redaktionelle Verschiebung der Vorschrift aus Ärzte-ZV ins SGB V in Umsetzung BVerfG-Urteil
§ 95	Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • zur Sicherstellung der Versorgung wird das Potential anerkannter Praxisnetze weitergehend genutzt und diesen die Möglichkeit gegeben, in unterversorgten Regionen MVZ zu gründen • um Einfluss von reinen Kapitalinvestoren zu begrenzen, wird Möglichkeit von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen, MVZ zu gründen, auf fachbezogene MVZ beschränkt • Klarstellung, dass eine Trägergesellschaft auch mehrere MVZ tragen kann • Klarstellung, dass die im Gesetz für den Fall einer MVZ-Zulassung als GmbH genannten Sicherheitsleistungen gleichwertig und optional nebeneinanderstehen kein Zulassungsentzug nach Ausscheiden (z.B. aus Altersgründen) aller Gründer eines MVZ, wenn angestellte Ärzte Gesellschafteranteile übernehmen, solange sie im MVZ tätig sind
§ 96	Zulassungsausschüsse	<ul style="list-style-type: none"> • Länder in Zulassungsausschüssen: Korrespondierend mit der Schaffung zusätzlicher Arztsitze in den von Ländern bestimmten Regionen (§ 103) erhalten die Länder ein Mitberatungs- und Antragsrecht in den Zulassungsausschüssen
§ 101	Überversorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Fristanpassung für die Überprüfung und Weiterentwicklung der Bedarfsplanungs-Richtlinie durch den G-BA (bis Mitte 2019 auf Grundlage der für Herbst 2018 geplanten Veröffentlichung des dazu beauftragten umfangreichen wissenschaftlichen Gutachtens) • Regelungskompetenzen des G-BA werden angepasst: innerhalb einzelner Arztgruppen können nach Fachrichtungen oder Fachgebieten differenzierte Mindest- oder Höchstversorgungsanteile festgelegt werden

§ 103	Zulassungs- beschränkungen	<ul style="list-style-type: none"> • befristete Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen für Rheumatologen, Psychiater und Pädiater bis der gesetzliche Auftrag an den G-BA zur Überprüfung der Bedarfsplanungs- Richtlinie umgesetzt ist Aufhebung Zulassungssperren durch Länder: Länder können trotz Zulassungsbeschränkungen für Planungsbereiche zusätzliche Arztsitze in den von ihnen bestimmten ländlichen Regionen beantragen („ländliche“ Region nach Definition des BBSR: Kreise und Kreisregionen unter 100 Einwohner je km²) • Zulassungsausschuss hat auf einen im Rahmen eines Nachbesetzungsverfahrens ausgeschriebenen Vertragsarztsitz das besondere Versorgungsangebot des MVZ zu berücksichtigen • Klarstellung, dass Vertragsarzt auf Zulassung zugunsten eines in einem anderen Planungsbereich gelegenen MVZ verzichten kann, wenn er ausschließlich in der Zweigpraxis des MVZ in seinem bisherigen Planungsbereich tätig wird • bisherige generelle Möglichkeit zur Nachbesetzung einer Angestellten-Arztstelle auf sachgerechtes Maß beschränkt: Zulassungsausschuss prüft künftig Bedarf für die Nachbesetzung (allerdings nur „Ob“ und nicht „Wie“ der Nachbesetzung, damit MVZ angestellte Ärzte weiterhin selbst auswählen kann)
§ 105	Förderung der vertragsärztlichen Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Regionale Zuschläge in Gebieten, in denen Unterversorgung besteht oder droht oder zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht, werden obligatorisch und vom Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen festgesetzt; Finanzierung wie bisher (KV und Krankenkassen jeweils zur Hälfte). • KV-Strukturfonds: künftig für alle KVen verpflichtend Mittel des Strukturfonds auf bis zu 0,2 % der vereinbarten Gesamtvergütung verdoppelt, die Krankenkassen zahlen wie gehabt die Hälfte; sicherzustellen, dass bereitgestellte Mittel für Fördermaßnahmen auch ausgeschöpft werden nicht abschließende gesetzliche Aufzählung der Verwendungszwecke u.a. ergänzt um: Investitionskosten bei Praxisübernahmen, Förderung der Errichtung von Eigeneinrichtungen und lokalen Gesundheitszentren für medizinische Grundversorgung, Förderung von Sonderbedarfszulassungen • KV-Eigeneinrichtungen: Streichung der Voraussetzung, dass die KVen des Benehmens mit der Kassenseite bedürfen gesetzliche Klarstellung, dass dieses Sicherstellungsinstrument gleichrangig neben anderen Sicherstellungsmaßnahmen steht Verpflichtung zu Eigeneinrichtungen in Gebieten, in denen Unterversorgung oder drohende Unterversorgung festgestellt Kooperationen und gemeinsamer Betrieb der KVen mit Kommunen und Krankenhäusern möglich Klargestellung, dass Eigeneinrichtungen auch durch mobile oder digitale Sprechstunden, mobile Praxen, Patientenbusse oder ähnliche Versorgungsformen betrieben werden können • Eigeneinrichtungen nehmen an der Honorarverteilung teil und sind den übrigen Leistungserbringern gleichgestellt; auch für Eigeneinrichtungen in Gebieten, in denen Unterversorgung oder drohende Unterversorgung festgestellt, keine Maßnahmen zur Fallzahlbegrenzung oder -minderung anzuwenden

§ 106a	Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> Anerkennung Praxisbesonderheiten: Praxisbesonderheiten von Landarztpraxen in der Wirtschaftlichkeitsprüfung anzuerkennen, insb. besondere Standort- und Strukturmerkmale (z.B. viele Hausbesuche)
§ 106b	Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> Folgerregelung zum Schiedsamt § 89: Schiedsregelungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen
§ 106d	Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> redaktionelle Anpassung eines Verweises in Absatz 7 auf § 106d Absatz 4 (nicht 4b), der durch GKV-VSG 2015 fehlerhaft wurde
§ 114	Landesschiedsstelle	<ul style="list-style-type: none"> Folgerregelung zum Schiedsamt § 89: Landesschiedsstellen
§ 115	Dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten	<ul style="list-style-type: none"> Folgerregelung zum neuen Schiedsgremium § 89a: dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten
§ 129	Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung	<ul style="list-style-type: none"> Impfstoffausschreibungen: Krankenkassen sind verpflichtet, auch Preis des zweitgünstigsten Herstellers zu übernehmen
§ 130b	Vereinbarungen zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen über Erstattungsbeträge für Arzneimittel, Verordnungs-ermächtigung	<ul style="list-style-type: none"> AMNOG-Schiedsstelle: Bestellung der Unparteiischen durch die Aufsichtsbehörde (anstatt Losverfahren)
§ 132d	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	<ul style="list-style-type: none"> Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung: bisheriges Einzelvertragsmodell wird auf Zulassungsmodell umgestellt, um vergaberechtliche Einwände gegen Vertragspraxis auszuräumen: künftig einheitliche (Rahmen-) Versorgungsverträge auf Landesebene (entspricht bisheriger Praxis der Musterverträge): SAPV-Teams, die Anforderungen erfüllen, haben Anspruch auf Teilnahme an Versorgung und entsprechenden schiedsfähigen (Einzel-) Versorgungsvertrag mit Krankenkassen

§ 140a	Besondere Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> bislang versäumte redaktionelle Folgeänderung in § 140a (besondere Versorgung): durch das Präventionsgesetz wurde § 20d zu § 20i (Schutzimpfungen)
§ 197a	Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen	<ul style="list-style-type: none"> Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der Krankenkassen: Befugnis zur Übermittlung personenbezogener Daten insbesondere an Zulassungsstellen wird klargestellt
§ 217f	Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen	<ul style="list-style-type: none"> Musterkassenordnung: GKV-Spitzenverband wird verpflichtet, mit dem BVA eine Musterkassenordnung nach § 3 Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung (SVRV) für die Krankenkassen abzustimmen
§ 225	Beitragsfreiheit bestimmter Rentenantragsteller	<ul style="list-style-type: none"> Redaktionelle Änderung: Die Vorschrift wird aufgrund der Versicherungspflicht für Waisenrentner gemäß § 5 Absatz 1 Nummer 11b redaktionell angepasst.
§ 228	Rente als beitragspflichtige Einnahmen	<ul style="list-style-type: none"> Rente und Versorgungsbezug: verwaltungsverfahrenrechtliche Rechtsgrundlage, damit Beitragsbescheide freiwillig Versicherter bei Nachzahlung von Renten und Versorgungsbezügen rückwirkend angepasst werden können
§ 235	Beitragspflichtige Einnahmen von Rehabilitanden, Jugendlichen und Behinderten in Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> Redaktionelle Änderung: Die Überschrift enthält überholten Begriff „Behinderten“ und wird angepasst: ein fehlerhafter Verweis wird korrigiert
§ 237	Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtiger Rentner	<ul style="list-style-type: none"> Unterhaltsersetzende Versorgungsbezüge bei Waisenrentnern: Beitragsfreistellung unterhaltsersetzender Versorgungsbezüge bei Waisenrentnern: damit bestehende beitragsrechtliche Ungleichbehandlung hinsichtlich verschiedener unterhaltsersetzender Hinterbliebenenleistungen beseitigt
§ 256	Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen	<ul style="list-style-type: none"> Zahlstellenverfahren für Beiträge aus Versorgungsbezügen: Verwaltungsvereinfachung und Bürokratieabbau durch Ausweitung des Zahlstellenverfahrens für Beiträge aus Versorgungsbezügen

§ 274	Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung	<ul style="list-style-type: none"> • Prüfung nach § 274 SGB V der Spitzenverbände: Zur Unterstützung der Prüfung nach § 274 SGB V über GKV-Spitzenverband, MDS, KBV, KZBV wird dem BMG die Möglichkeit eröffnet, in besonderen Fällen selbst Wirtschaftsprüfer oder Rechtsanwaltskanzleien zu beauftragen
§ 284	Sozialdaten bei den Krankenkassen	<ul style="list-style-type: none"> • Verarbeitung von Sozialdaten durch die Kassen bei allen Vergütungsverträgen (nicht nur solchen nach § 87a) und auch bei Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen zu Verträgen mit KV-Beteiligung
§ 291a	Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur	<ul style="list-style-type: none"> • Elektronische Patientenakte: elektronisches Patientenfach mit ePA begrifflich zusammengeführt • Vereinfachung der Einwilligung des Versicherten in die Nutzung der medizinischen Anwendungen (unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung - DSGVO) mobiler Zugriff auf medizinische Daten der ePA auch ohne Einsatz der eGK mittels Smartphone oder Tablet • Krankenkassen werden verpflichtet, ihren Versicherten spätestens ab 2021 eine ePA zur Verfügung zu stellen und darüber zu informieren
§ 291b	Gesellschaft für Telematik	<ul style="list-style-type: none"> • Folgeregelung zu § 291a: Gesellschaft für Telematik hat Voraussetzungen für mobilen Zugriff auf ePA zu schaffen (im Benehmen mit BSI) • Gematik: Gesellschaft für Telematik hat BMG über Störungen mit beträchtlichen Auswirkungen auf Sicherheit oder Funktionsfähigkeit der Telematik-Infrastruktur und über die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben zu informieren
§ 295	Abrechnung ärztlicher Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> • Folgeregelung zu § 73: Für Abrechnung der Vermittlung dringlicher Facharzttermine durch Hausarzt ist die Arztnummer des vermittelten Facharztes anzugeben • redaktionelle Anpassung eines Verweises in Absatz 1a auf § 106d (nicht § 106a), der durch GKV-VSG 2015 fehlerhaft wurde
§ 295	Abrechnung ärztlicher Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> • Elektronische AU-Bescheinigung: verbindliches elektronisches Verfahren zur Übermittlung von Arbeitsunfähigkeitsdaten durch Ärzte an Krankenkassen; technische Umsetzung bedarf zeitlichen Vorlauf, daher erst 2021 in Kraft
§ 295a	Abrechnung der im Rahmen von Verträgen nach § 73b und § 140a sowie vom Krankenhaus im Notfall erbrachten Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> • Betriebsärzte: Forderung von Schutzimpfungen durch Betriebsärzte durch Ermöglichung der Vertragsabrechnung über Abrechnungsstellen (wie Hausarzt- und Selektivverträge)

§ 299	Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung	<ul style="list-style-type: none"> • Sozialdatenschutz in der Qualitätssicherung: Datenverarbeitung zum Zweck der Qualitätssicherung: Leistungserbringer dürfen übermittelte Versichertendaten mit eigenen Versichertendaten zusammenführen
§ 305	Auskünfte an Versicherte	<ul style="list-style-type: none"> • Sozialdatenschutz (z.B. bei der ePA): Befugnis zur Übermittlung von Leistungs- und Abrechnungsdaten durch Krankenkassen an Dritte (z.B. für eine elektronische Patientenakte) auf Verlangen und mit Einwilligung des Versicherten