

**Stellungnahme der hauptamtlichen unparteiischen
Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)
vom 07.12.2020**

**zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für
Gesundheit zu einem**

**Entwurf eines Gesetzes zur digitalen Modernisierung von
Versorgung und Pflege**

(Digitale Versorgung und Pflege - Modernisierungs-Gesetz – DVPMG)

I. Allgemeines

Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nehmen entsprechend der Betroffenheit des G-BA zu dem zugrundeliegenden Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit im nachfolgenden Umfang Stellung. Zu weiteren Aspekten wird aufgrund einer allenfalls mittelbaren Betroffenheit des G-BA auf eine Stellungnahme verzichtet.

II. Einzelbemerkungen

Zu Artikel 1. „Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“

Zu Nummer 6:

§ 92 SGB V Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

In § 92 wird nach Absatz 4 folgender Absatz 4a eingefügt:

„(4a) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] in seiner Richtlinie nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 Regelungen, um die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit einschließlich der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der ausschließlichen Fernbehandlung in geeigneten Fällen zu ermöglichen.“

Bewertung:

Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des G-BA lehnen die Neuregelung aus fachlichen Gründen ab.

Dem G-BA soll die Aufgabe übertragen werden, eine Feststellung der Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der ausschließlichen Fernbehandlung ohne vorherige Präsenzbehandlung in der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie (AU-RL) vorzusehen. Eine Arbeitsunfähigkeit im Wege der ärztlichen Fernbehandlung soll mithin auch bei Patientinnen und Patienten festgestellt werden können, die bislang noch nie in der jeweiligen Arztpraxis behandelt wurden.

Mit Beschluss vom 16. Juli 2020 hat der G-BA anlässlich der berufsrechtlichen Lockerung des Verbots der ausschließlichen Fernbehandlung in § 7 Abs. 4 Musterberufsordnung Ärzte (MBO-Ä) eine Regelung zur Feststellung der Arbeitsunfähigkeit im Wege der Videosprechstunde in § 4 Abs. 5 AU-RL aufgenommen. Der G-BA hat dabei einvernehmlich die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit im Wege der Videosprechstunde begrüßt, erachtet es jedoch für unerlässlich, die aufgrund der Tragweite der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit für Versicherte insbesondere angesichts ihrer arbeits- und sozialversicherungsrechtlichen sowie wirtschaftlichen Bedeutung gesetzten Grenzen der Videobehandlung zu erkennen und unter sorgfältiger Abwägung bei der Normsetzung zu berücksichtigen. In der beschlossenen Regelung hat der G-BA deshalb eine umsichtige, ausgewogene Entscheidung getroffen, die den praktischen Anforderungen in der Versorgung und den Fortschritten der Digitalisierung ebenso wie den fachlichen und rechtlichen Anforderungen an eine qualitativ hochwertige ärztliche Leistung Rechnung trägt.

So gestattet die Regelung in § 4 Abs. 5 Satz 3 AU-RL die erstmalige Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer Krankheit im Rahmen einer Erstuntersuchung im Wege der Fernbehandlung. Damit hat der G-BA die in § 7 Abs. 4 MBO-Ä normierten erweiterten Vorgaben zur Fernbehandlung aufgegriffen und trägt ihnen Rechnung, indem sie über den lediglich unterstützenden Einsatz von Kommunikationsmedien deutlich hinausgeht. Denn sie ermöglicht im Rahmen einer erstmaligen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit mittels Videosprechstunde die erstmalige Feststellung eines zuvor noch unbekanntem krankhaften Zustandes bzw. der Beschwerden ausschließlich im Rahmen der Fernbehandlung.

Der G-BA hat aber einvernehmlich auch klargestellt, dass er eine Feststellung der Arbeitsunfähigkeit für Versicherte, die zuvor noch nie in der betreffenden Arztpraxis vorstellig waren, fachlich nicht für vertretbar erachtet. Um auch im Fall der Videobehandlung die Maßstäbe für die ärztliche Sorgfaltspflicht zu erfüllen, erachtet es der G-BA zur Sicherstellung einer qualitativ einwandfreien Feststellung der Arbeitsunfähigkeit für unabdingbar, dass die oder der Versicherte der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt oder einer anderen Vertragsärztin oder einem anderen Vertragsarzt derselben Berufsausübungsgemeinschaft aufgrund früherer Behandlung unmittelbar persönlich bekannt ist. Nur in diesem Fall bestehen aufgrund früherer, in der Patientenakte dokumentierter, unmittelbar persönlicher Untersuchungen bereits wichtige Erkenntnisse und Erfahrungen zur Behandlung der Patientin oder des Patienten.

An das Vorliegen und die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit knüpfen insbesondere der Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall nach dem Entgeltfortzahlungsgesetz (EFZG) und der Anspruch auf Krankengeld gemäß §§ 44 ff. SGB V an. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen besitzen daher einen hohen Beweiswert. Die Ermöglichung von Bescheinigungen, die mittels Fernbehandlung für unbekannte Patientinnen und Patienten ausgestellt werden, könnte das Vertrauen von Krankenkassen und Arbeitgebern in diese Urkunden und damit deren Beweiswert insgesamt schwächen. Da keine Kennzeichnung der mittels Videosprechstunde erstellten Bescheinigungen erfolgt, wirkt sich die Schwächung des Beweiswertes auch auf solche Bescheinigungen aus, die auf Grund einer unmittelbar persönlichen ärztlichen Untersuchung beruhen. Eine solche Kennzeichnung hingegen ließe Nachweise unterschiedlicher Qualität und Beweiskraft befürchten.

Als kritisch wird zudem betrachtet, dass der Gesetzentwurf zum DVPMG telemedizinische Primärarztmodelle fördert, welche trotz Änderung des ärztlichen Berufsrechts ausdrücklich vermieden werden sollten. So wird in der Begründung zur Neufassung des § 7 Absatz 4 MBO-Ä ausgeführt:

„Ziel dieser Öffnung ist, den Patientinnen und Patienten zukünftig mit der Fort- und Weiterentwicklung telemedizinischer, digitaler, diagnostischer und anderer vergleichbarer Möglichkeiten eine dem anerkannten Stand medizinischer Erkenntnisse entsprechende ärztliche Versorgung anbieten zu können. Telemedizinische Primärarztmodelle sind dabei zu vermeiden.“

Änderungsvorschlag:

Die Neuregelung wird gestrichen.

Zu Nummer 8:

§ 125 SGB V
Verträge

In § 125 wird nach Absatz 2 folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Die Vertragspartner vereinbaren in den Verträgen nach Absatz 1

1. spätestens bis zum 30. September 2021 die für den jeweiligen Heilmittelbereich geeigneten, die Heilmittelbehandlung ergänzenden Leistungen, die als Videobehandlung erbracht werden können,
2. spätestens bis zum 30. September 2021 die technischen Verfahren, die zur Erbringung von Leistungen im Wege der Videobehandlung erforderlich sind,
3. nach Mitteilung durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nach § 139e Absatz 5 Satz 6 die für den jeweiligen Heilmittelbereich geeigneten, die Heilmittelbehandlung ergänzenden Leistungen, die im Zusammenhang mit einer digitalen Gesundheitsanwendung erbracht werden.

Die Vereinbarungen nach Satz 1 Nummer 2 sind im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik, dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit sowie der Gesellschaft für Telematik zu treffen. Absatz 5 und § 369 gelten entsprechend.“

Bewertung:

Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des G-BA begrüßen grundsätzlich die Möglichkeit von Videobehandlungen im Heilmittelbereich. Vor dem Hintergrund bereits bestehender Möglichkeiten der Videobehandlung im Rahmen der COVID-Sonderregelungen des G-BA und der damit verbundenen positiven Erfahrungen erachtet auch der G-BA eine zeitnahe Regulierung der Videobehandlung als Regelversorgung in Nicht-Pandemiezeiten für erforderlich. Deshalb hat der G-BA die Beratungen hierzu aufgenommen und am 15. Oktober 2020 ein Beratungsverfahren zu Maßnahmen der Heilmitteltherapie als telemedizinische Leistung (Videotherapie) eingeleitet. Gegenstand des Beratungsverfahrens beim G-BA ist, ob und in welchen Fällen die gemäß Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) derzeit ausschließlich in der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten oder als medizinisch notwendiger Hausbesuch bzw. in Einrichtungen nach § 11 Abs, 2 HeilM-RL durchführbaren Heilmittelbehandlungen auch als telemedizinische Leistung (Videotherapie) erbracht werden können. Dabei sollen insbesondere Kriterien zu möglichen medizinischen Indikationen und Kontraindikationen, zu Zeitpunkt, Umfang und Effizienz hinsichtlich der Erreichbarkeit der Therapieziele Berücksichtigung finden.

Die in § 125 Abs. 2a Nr. 1 (neu) SGB V vorgesehene Kompetenzübertragung auf die Vertragspartner nach § 125 SGB V wird von den hauptamtlichen unparteiischen Mitgliedern des G-BA jedoch entschieden abgelehnt.

Die im Referentenentwurf vorgesehene Regelung ist inhaltlich in weiten Teilen deckungsgleich mit den vom G-BA aktuell geplanten Änderungen in der HeilM-RL. Der G-BA könnte bei einer solchen Regelung nicht mehr festlegen, welche Heilmittel sich für eine Videobehandlung eignen. Dabei handelt es sich jedoch um den inhaltlichen Kern der Beratungen im G-BA.

Die aufgrund der Corona-Pandemie erforderliche kurzfristige und pragmatische Lösung, die Videotherapie für den Heilmittelbereich zu ermöglichen, hat zum einen die positiven Effekte einer Videobehandlung, aber ebenso deutlich auch die Grenzen von

Videobehandlung aufgezeigt. Bei derart weitreichenden Versorgungsentscheidungen wie einer Videotherapie, die bei nicht sachgerechter Anwendung auch schwerwiegende Auswirkungen auf die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten haben kann, ist es vor einer Übernahme in die Regelversorgung unerlässlich, in einem ordentlichen, transparenten Verfahren unter wissenschaftlicher Begleitung zu bewerten, in welchen Fällen die Videotherapie sachgerecht ist. Ein solches Verfahren kann der G-BA sicherstellen – Vertragsverhandlungen können dies nicht leisten.

Auch den besonderen Erfordernissen der Versorgung behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen und psychisch Kranker ist Rechnung zu tragen. Hierfür ist auch eine Einbindung der Interessenvertretung der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen erforderlich.

Zudem ist die Regelung in der HeilM-RL auch richtig verortet und sollte nicht nur den Vertragspartnern überlassen werden, da die Erbringung von Heilmittelleistungen im Wege der Videobehandlung bereits im Rahmen des ärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlungskonzepts von dem die Heilmittelleistung verordnenden Leistungserbringer Berücksichtigung findet.

Schließlich besteht ein Widerspruch zwischen dem Wortlaut der Neuregelung in § 125 Abs. 2a Nr. 1 SGB V und der Gesetzesbegründung. Während der Gesetzeswortlaut den Begriff „geeigneten, die Heilmittelbehandlung ergänzenden Leistungen“ enthält, spricht die Gesetzesbegründung von den „Voraussetzungen für die Leistungserbringung im Wege der Videobehandlungen“. Es bleibt aus diesem Grund unklar, ob die Erbringung der Heilmittelbehandlung als solche per Video ermöglicht werden oder ob es sich dabei um neue, die Heilmittelbehandlung lediglich ergänzende Leistungen handeln soll, so wie auch die gleich benannten Leistungen im Zusammenhang mit einer digitalen Gesundheitsanwendung nach Nummer 3. Es wird deshalb eine Klarstellung angeregt.

Begrüßt wird, dass die technischen Verfahren, die zur Erbringung von Leistungen im Wege der Videobehandlung erforderlich sind, in den Verträgen nach § 125 SGB V reguliert werden sollen.

Änderungsvorschlag:

Die Regelungskompetenz sollte dem G-BA übertragen werden, indem die Regelung des § 125 Absatz 2a Nr. 1 in § 92 Absatz 6 Nr. 7 verortet wird und wie folgt lautet:

„7. spätestens bis zum 30. September 2021 die für den jeweiligen Heilmittelbereich geeigneten ~~die Heilmittelbehandlung ergänzenden~~ Leistungen, die als Videobehandlung erbracht werden können.“

Hilfswise könnte die Formulierung auch in § 32 Absatz 1c (neu) SGB V verortet werden:

„(1c) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt spätestens bis zum 30. September 2021 die für den jeweiligen Heilmittelbereich geeigneten ~~die Heilmittelbehandlung ergänzenden~~ Leistungen, die als Videobehandlung erbracht werden können,“

Änderungsmodus im Vergleich zum Gesetzentwurf:

„An § 92 Absatz 6 Satz 1 wird folgende Nr. 7 angefügt:

„7. spätestens bis zum 30. September 2021 die für den jeweiligen Heilmittelbereich geeigneten Leistungen, die als Videobehandlung erbracht werden können.“

oder (hilfsweise)

An § 32 Absatz 1b wird folgender Absatz 1c (neu) angefügt:

„(1c) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt spätestens bis zum 30. September 2021 die für den jeweiligen Heilmittelbereich geeigneten Leistungen, die als Videobehandlung erbracht werden können.“

In § 125 wird nach Absatz 2 folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Die Vertragspartner vereinbaren in den Verträgen nach Absatz 1

- ~~1. — spätestens bis zum 30. September 2021 die für den jeweiligen Heilmittelbereich geeigneten, die Heilmittelbehandlung ergänzenden Leistungen, die als Videobehandlung erbracht werden können,~~
- ~~1.2. —~~ spätestens bis zum 30. September 2021 die technischen Verfahren, die zur Erbringung von Leistungen im Wege der Videobehandlung erforderlich sind,
- ~~2.3. —~~ nach Mitteilung durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nach § 139e Absatz 5 Satz 6 die für den jeweiligen Heilmittelbereich geeigneten, die Heilmittelbehandlung ergänzenden Leistungen, die im Zusammenhang mit einer digitalen Gesundheitsanwendung erbracht werden.

Die Vereinbarungen nach Satz 1 Nummer 2~~1~~ sind im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik, dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit sowie der Gesellschaft für Telematik zu treffen. Absatz 5 und § 369 gelten entsprechend.“

Zu Nummer 18:

§ 301 SGB V
Krankenhäuser

In § 301 Absatz 2 Satz 4 werden nach dem Wort „Schlüssels“ die Wörter „sowie um Zusatzangaben für seltene Erkrankungen“ eingefügt

Bewertung:

Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des G-BA begrüßen die Änderung, insbesondere hinsichtlich des Verweises auf die Zusatzangaben für seltene Erkrankungen.

Insofern müssen, so auch die Begründung zum Referentenentwurf, Zentren für seltene Erkrankungen nach § 1 Abs. 3 Nr. 1 Satz 3 der Anlage 1 der Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 (Zentrums-Regelungen) die Alpha-ID-SE und Orphanet-Kennnummer zusätzlich zur ICD-10-GM angeben, sofern sie für die zu kodierende Erkrankung vorliegen. Bereits in den Tragenden Gründen hat der G-BA darauf hingewiesen, dass hierdurch die Datengrundlage zu Art und Anzahl der bundesweit behandelten seltenen Erkrankungen verbessert werden sollte.

Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder begrüßen, dass auch der Gesetzgeber damit perspektivisch die Patientenversorgung in diesem Bereich verbessern möchte.

Zu Nummer 42:

§ 360 SGB V
Übermittlung vertragsärztlicher Verordnung in elektronischer Form

[...]

lit. c) Nach Absatz 3 werden die folgenden Absätze eingefügt:

„(4) Ab dem 1. Juli 2024 sind die in Absatz 2 genannten Leistungserbringer verpflichtet, Verordnungen von häuslicher Krankenpflege nach § 37 sowie Verordnungen außerklinischer Intensivpflege nach 37c in elektronischer Form auszustellen und für deren Übermittlung Dienste und Komponenten nach Absatz 1 zu nutzen. Dies gilt nicht, wenn die Ausstellung von Verordnungen nach Satz 1 in elektronischer Form aus technischen Gründen im Einzelfall nicht möglich ist.

(5) Ab dem 1. Juli 2025 sind die in Absatz 2 genannten Leistungserbringer sowie Psychotherapeuten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder in Einrichtungen tätig sind, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen oder in zugelassenen Krankenhäusern, Vorsorgeeinrichtungen oder Rehabilitationseinrichtungen tätig sind, verpflichtet, Verordnungen von Soziotherapie nach § 37a in elektronischer Form auszustellen und für deren Übermittlung Dienste und Komponenten nach Absatz 1 zu nutzen. Dies gilt nicht, wenn die Ausstellung von Verordnungen nach Satz 1 in elektronischer Form aus technischen Gründen im Einzelfall nicht möglich ist

(6) Ab dem 1. Juli 2026 sind die in Absatz 2 genannten Leistungserbringer verpflichtet, Verordnungen von Heilmitteln und Hilfsmitteln in elektronischer Form auszustellen und für deren Übermittlung Dienste und Komponenten nach Absatz 1 zu nutzen. Dies gilt nicht, wenn die Ausstellung von Verordnungen nach Satz 1 in elektronischer Form aus technischen Gründen im Einzelfall nicht möglich ist.“

Bewertung:

Anders als in der Formulierung des Gesetzentwurfs zum neuen § 360 Abs. 5 SGB V wird in den neuen Absätzen 4 und 6 nicht die Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten adressiert. Diese besitzen nach § 72 Abs. 2 Satz 5 SGB V ebenso eine Verordnungskompetenz für psychiatrische häusliche Krankenpflege (pHKP) sowie nach § 72 Abs. 2 Satz 4 SGB V eine Verordnungskompetenz für das Heilmittel „Ergotherapie“. Eine sachliche Begründung für die Unterscheidung von der Soziotherapie ist nicht ersichtlich. Dies betrifft sowohl die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als auch jene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die im Krankenhaus sowie in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation bei Leistungen nach § 40 Abs. 2 SGB V und § 41 SGB V tätig sind und entsprechende Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements vornehmen.

Um Friktionen zu vermeiden, wird angeregt, die Verordnungsbefugnis von Psychotherapeuten für psychiatrische häusliche Krankenpflege und das Heilmittel Ergotherapie zu ergänzen.

Änderungsvorschlag:

Es wird vorgeschlagen, an Absatz 4 Satz 2 folgenden Satz anzufügen:

„Für die Verordnung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gilt dies auch für Psychotherapeuten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder in zugelassenen Krankenhäusern, Vorsorgeeinrichtungen oder Rehabilitationseinrichtungen tätig sind.“

Zudem wird vorgeschlagen, an Absatz 6 Satz 2 folgenden Satz anzufügen:

„Für die Verordnung von Ergotherapie als Heilmittel gilt dies auch für Psychotherapeuten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen oder in zugelassenen Krankenhäusern, Vorsorgeeinrichtungen oder Rehabilitationseinrichtungen tätig sind.“

Änderungsmodus im Vergleich zum Gesetzentwurf:

„(4) Ab dem 1. Juli 2024 sind die in Absatz 2 genannten Leistungserbringer verpflichtet, Verordnungen von häuslicher Krankenpflege nach § 37 sowie Verordnungen außerklinischer Intensivpflege nach 37c in elektronischer Form auszustellen und für deren Übermittlung Dienste und Komponenten nach Absatz 1 zu nutzen. Dies gilt nicht, wenn die Ausstellung von Verordnungen nach Satz 1 in elektronischer Form aus technischen Gründen im Einzelfall nicht möglich ist. Für die Verordnung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gilt dies auch für Psychotherapeuten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder in zugelassenen Krankenhäusern, Vorsorgeeinrichtungen oder Rehabilitationseinrichtungen tätig sind.“

[...]

(6) Ab dem 1. Juli 2026 sind die in Absatz 2 genannten Leistungserbringer verpflichtet, Verordnungen von Heilmitteln und Hilfsmitteln in elektronischer Form auszustellen und für deren Übermittlung Dienste und Komponenten nach Absatz 1 zu nutzen. Dies gilt nicht, wenn die Ausstellung von Verordnungen nach Satz 1 in elektronischer Form aus technischen Gründen im Einzelfall nicht möglich ist. Für die Verordnung von Ergotherapie als Heilmittel gilt dies auch für Psychotherapeuten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen oder in zugelassenen Krankenhäusern, Vorsorgeeinrichtungen oder Rehabilitationseinrichtungen tätig sind.“

Zu Nummer 53:

§ 380 SGB V

Finanzierung der den Hebammen und Physiotherapeuten entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten

lit. a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 380

Finanzierung der den Hebammen, Physiotherapeuten und anderen Heilmittelerbringern, Hilfsmittelerbringern, zahntechnischen Laboren sowie Erbringern von Soziotherapie nach § 37a entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten“.

lit. b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:

„(2) Zum Ausgleich der in § 376 Satz 1 genannten Ausstattungs- und Betriebskosten erhalten ab dem 1. Juli 2024

1. zusätzlich zu den in Absatz 1 Genannten, die übrigen Heilmittelerbringer, die nach § 124 Absatz 1 zur Abgabe von Leistungen berechtigt sind, sowie Hilfsmittelerbringer, die im Besitz eines Zertifikates nach § 127 Absatz 1a Satz 2 sind,

2. zahntechnische Labore und

3. Erbringer soziotherapeutischer Leistungen nach § 37a,

die in der Vereinbarung nach § 378 Absatz 2 in der jeweils geltenden Fassung für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer vereinbarten Erstattungen von den Krankenkassen.“

(...)

lit. e) Folgender Absatz wird angefügt:

„(4) Das Nähere zur Abrechnung der Erstattungen nach Absatz 2 vereinbaren bis zum 1. Januar 2024

1. für die Heilmittelerbringer nach Absatz 2 Nummer 1 der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene,

2. für die Hilfsmittelerbringer nach Absatz 2 Nummer 1 die Verbände der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene,

3. für die zahntechnischen Labore nach Absatz 2 Nummer 2 der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen,

4. für die Erbringer von Soziotherapie nach Absatz 2 Nummer 3 die Krankenkassen oder die Landesverbände der Krankenkassen mit geeigneten Personen oder Einrichtungen.“

Bewertung:

Anlässlich der Prüfung ist aufgefallen, dass ein Ausgleich der Ausstattungs- und Betriebskosten für die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer von Häuslicher Krankenpflege und Außerklinischer Intensivpflege hier nicht vorgesehen ist, obwohl diese nach § 360 Abs 7 Satz 2 SGB V ebenfalls an die Telematikinfrastruktur angebunden werden sollen.

Änderungsvorschlag:

Es wird vorgeschlagen, in § 380 die Überschrift sowie die Absätze 2 und 4 um die Leistungserbringer der häuslichen Krankenpflege und der außerklinischen Intensivpflege zu ergänzen.

Änderungsmodus im Vergleich zum Gesetzentwurf:

„§ 380

Finanzierung der den Hebammen, Physiotherapeuten und anderen Heilmittelerbringern, Hilfsmittelerbringern, zahntechnischen Laboren, ~~sowie~~ Erbringern von häuslicher Krankenpflege nach § 37, von Soziotherapie nach § 37a sowie von außerklinischer Intensivpflege nach § 37c entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten“.

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:

„(2) Zum Ausgleich der in § 376 Satz 1 genannten Ausstattungs- und Betriebskosten erhalten ab dem 1. Juli 2024

1. zusätzlich zu den in Absatz 1 Genannten, die übrigen Heilmittelerbringer, die nach § 124 Absatz 1 zur Abgabe von Leistungen berechtigt sind, sowie Hilfsmittelerbringer, die im Besitz eines Zertifikates nach § 127 Absatz 1a Satz 2 sind,

2. zahntechnische Labore ~~und~~

3. Erbringer von häuslicher Krankenpflege nach § 37,

~~3~~4. Erbringer soziotherapeutischer Leistungen nach § 37a und

5. Erbringer von außerklinischer Intensivpflege nach § 37c

die in der Vereinbarung nach § 378 Absatz 2 in der jeweils geltenden Fassung für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer vereinbarten Erstattungen von den Krankenkassen.“

(...)

e) Folgender Absatz wird angefügt:

„(4) Das Nähere zur Abrechnung der Erstattungen nach Absatz 2 vereinbaren bis zum 1. Januar 2024

1. für die Heilmittelerbringer nach Absatz 2 Nummer 1 der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene,

2. für die Hilfsmittelerbringer nach Absatz 2 Nummer 1 die Verbände der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene,

3. für die zahntechnischen Labore nach Absatz 2 Nummer 2 der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen,

4. für die Erbringer von häuslicher Krankenpflege nach Absatz 2 Nr. 3 der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene,

~~4~~5. für die Erbringer von Soziotherapie nach Absatz 2 Nummer 3 die Krankenkassen oder die Landesverbände der Krankenkassen mit geeigneten Personen oder Einrichtungen.“



6. für die Erbringer von außerklinischer Intensivpflege nach Absatz 2 Nummer 5 der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den Vereinigungen der Träger von vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches erbringen, den für die Wahrnehmung der Interessen der Erbringung von Leistungen nach § 132l Absatz 5 Nummer 3 maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und den für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene.“

Prof. Josef Hecken
(Unparteiischer Vorsitzender)

Dr. Monika Lelgemann
(Unparteiisches Mitglied)

Prof. Dr. Elisabeth Pott
(Unparteiisches Mitglied)