

**Stellungnahme des
AOK-Bundesverbandes
zur Verbändeanhörung
am 01.09.2020**

**Zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung
der Gesundheitsversorgung und Pflege
(Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG)**

Stand 26.08.2020

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Tel. 030/ 3 46 46 - 2299



Inhaltsverzeichnis:

I.	Zusammenfassung	- 3 -
II.	Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Gesetzentwurfs/Referentenentwurfs	- 5 -
	Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	- 5 -
	§ 87a Abs. 3 Satz 7 und 8 SGB V – Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten	- 5 -
	Art. 1 Nr. 2 § 137g Absatz 2 SGB V – Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme.....	- 8 -
	Art. 1 Nr. 3 a) § 140a Absatz 1 SGB V – Besondere Versorgung	- 9 -
	Art. 1 Nr. 3 b) § 140a Absatz 2 SGB V – Besondere Versorgung (Abweichungsbefugnisse)	- 11 -
	Art. 1 Nr. 3 c) § 140a Absatz 3 Satz 1 SGB V – Besondere Versorgung (Vertragspartner)	- 13 -
	Art. 1 Nr. 3 d) § 140a Absatz 3 SGB V – Besondere Versorgung (Vertragsgegenstand)-	- 15 -
	Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG).....	- 16 -
	Artikel 2, Nr.: 1, § 4, Absatz 10 KHEntgG - Hebammenstellen-Förderungsprogramm .-	- 16 -
	Artikel 2, Nr.: 2, § 9 KHEntgG - Sicherstellungszuschlag Kinder- und Jugendmedizin ..-	- 19 -
	Artikel 3 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch.....	- 21 -
	Art. 3 Nr. 1 § 8 Abs. 6a SGB XI – Gemeinsame Verantwortung	- 21 -
	Art. 3 Nr. 2 § 17 Abs. 1a SGB XI – Richtlinien des MD Bund	- 24 -
	Art. 3 Nr. 3 § 18 Abs. 6a Satz 5 SGB XI – Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.....	- 25 -
	Art. 3 Nr. 4a § 150 Abs. 5c SGB XI – Sicherstellung der pflegerischen Versorgung	- 26 -
	Art. 3 Nr. 4b § 150 Abs. 5d SGB XI und Art.4 §9a Pflegezeitgesetz.....	- 27 -
III	Ergänzender Änderungsbedarf	- 28 -
	Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	- 28 -
	§ 87a Abs. 3 Satz 7 und 8 SGB V – Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten	- 28 -

I. Zusammenfassung

Mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG) soll die gesundheitliche und pflegerische Versorgung für Patientinnen und Patienten sowie Pflegebedürftige verbessert werden.

Der AOK-Bundesverband begrüßt die Initiativen der Bundesregierung, mit dezentralen und flexiblen Lösungen den Wettbewerb in der Versorgung zu stärken und die personelle Situation in der stationären Langzeitpflege zu verbessern. Sie können helfen, die Versorgungsbedarfe im Sinne der Patienten und Pflegebedürftigen sowie deren Angehörige je nach regionalen Rahmenbedingungen zu gestalten.

Hierzu zählt die vorgesehene Möglichkeit, wonach Krankenkassen künftig Selektivverträge auch gemeinsam abschließen oder bestehenden Verträgen beitreten können. Positiv ist ebenfalls zu bewerten, dass neben den bisherigen Partnern aus der vertragsärztlichen Versorgung nun auch weitere nichtärztliche Leistungserbringer und deren Gemeinschaften als Vertragspartner in Frage kommen sowie regionale Versorgungsinhalte, -innovationen und damit regionale Versorgungsaufträge aufgenommen werden können. Die erweiterten Optionen, künftig - neben der Pflegeversicherung - auch mit anderen Sozialleistungsträgern Verträge über eine besondere Versorgung abzuschließen (z.B. Rehabilitations-, Sozialhilfeträgern), eröffnen wichtige Lösungsoptionen für eine stärkere sektoren- und kostenträgerübergreifende Versorgung.

Nicht sachgerecht ist die vorgesehene Einbindungsmöglichkeit der privaten Kranken- und Pflegeversicherungen in innovative Versorgungsverträge. Deren Geschäftsmodell beruht auf dem Kostenerstattungsprinzip; sie schließen keine Versorgungsverträge. Ihnen fehlt das für die GKV konstituierende Sachleistungsprinzip für ihre Versicherten. Ein gemeinsamer Vertragsschluss würde somit einen Systembruch darstellen und den „Wettbewerb der Systeme“ zu Lasten der GKV beschädigen.

Auf die verpflichtende Umwandlung von sogenannten Altverträgen nach den §§ 73a, 73c und 140a SGB V in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung in Verträge der Besonderen Versorgung bis Ende 2021 sollte verzichtet werden. Sie führt bei den Krankenkassen und ihren Vertragspartnern zu unnötigem und vermeidbarem bürokratischen Aufwand ohne nennenswerten Mehrwert. Die Regelung erfordert neue Vertragsverhandlungen, ggf. eine erneute Teilnahmeerklärung der Versicherten und der Leistungserbringer sowie eine erneute Ausschreibung, die im ungünstigen Fall sogar zu Unterbrechungen oder Beendigung der bewährten Versorgung führen können.

Abzulehnen sind darüber hinaus Projekte ohne versorgungsvertragliche Grundlage. Die Abgrenzung zu einem "normalen" Versorgungsvertrag bleibt unklar, denn Versorgungsleistungen werden ohnehin von den Leistungserbringern selbstständig durchgeführt. Krankenkassen finanzieren die vereinbarten Leistungen. An dieser Stelle eine vertragliche Förderfunktion quasi als Fortsetzung der Förderung durch den Innovationsausschuss einzuführen, wird aus ordnungspolitischer Sicht kritisch angesehen. Die Krankenkassen werden dadurch auf die Funktion eines reinen Finanziers reduziert.

Grundsätzlich ist das vorgesehene Hebammenförderprogramm nicht das geeignete Mittel, um Engpässe in der Geburtshilfe dauerhaft zu beheben. Um die Anzahl von Hebammen in Kreißsälen dauerhaft zu steigern, wäre beispielsweise eine fünfjährige Pflicht zur Weiterbildung – analog zur Facharztweiterbildung – eine zielführende Maßnahme. Um die Qualität

der Versorgung zu stärken und eine leitlinienkonforme Behandlung zu gewährleisten, wäre aus Sicht der AOK-Gemeinschaft auch die Förderfähigkeit von einer Vollzeitstelle bei mindestens 800 Geburten ein geeignetes Mittel. Wichtig ist, dass bei der Evaluation über die Effekte dieser Fördermaßnahme nicht nur über die neu geschaffenen Stellen zu berichten ist. Vielmehr muss die qualitative Verbesserung der Versorgung, z.B. bei der Vermeidung unerwünschter Ereignisse in der Patientenversorgung, nachgewiesen werden.

Die Aufnahme der Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin als eigenständige bedarfsnotwendige Vorhaltung in die Sicherstellungszuschläge-Regelungen wird der originären Problemstellung nicht gerecht. Sollen die bestehenden Versorgungsprobleme dem Grunde nach angegangen werden, ist eine Anpassung der Versorgungsstrukturen durch Zentralisierung und Spezialisierung von Leistungen auch in der Pädiatrie aus Qualitätsgründen unerlässlich. In der Fläche sind ambulante und stationäre Versorgungsanteile in integrierten Strukturen zusammenzufassen. In diesen Strukturen findet überwiegend ambulante Versorgung statt – daneben besteht die Möglichkeit, Kinder für ein bis drei Tage auch stationär zu behandeln. Damit diese Versorgungsformen auch realisiert werden können, ist eine ausreichende Investitionsfinanzierung durch die Länder sicherzustellen.

Das Ziel, die Arbeitssituation des Pflegepersonals in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu verbessern und damit der Arbeitsverdichtung entgegen zu wirken, wird begrüßt. Jedoch berücksichtigt der Gesetzgeber mit der Förderung von 20.000 zusätzlichen Assistenz- und Hilfskraftstellen in vollstationären Einrichtungen dabei nicht die tatsächliche Situation in den Pflegeeinrichtungen; wie bereits beim Förderprogramm zur Finanzierung der 13.000 Stellen. Er vergibt daher ein weiteres Mal die Chance für ein gezieltes Förderverfahren. Zur Klarstellung und für die Rechtssicherheit ist daher eine explizite Regelung in den Bemessungsgrundsätzen und für das Pflegesatzverfahren nach §§ 84 und 85 SGB XI zu treffen. Dabei kann der Refinanzierungsanspruch für die zusätzlichen Betreuungskräfte nach den §§ 84 Abs. 8 und 85 Abs. 8 SGB XI als systemgleiche Regelung in stationären Einrichtungen herangezogen werden. Damit ist auch sichergestellt, dass die anspruchsberechtigten Personen und die Träger der Sozialhilfe mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden.

Zusätzlicher Regelungsbedarf wird durch die im Rahmen des TSVG eingeführte extrabudgetäre Vergütung vertragsärztlicher Leistungen bei Terminvermittlungen, bei offenen Sprechstunden und bei Neupatienten (TSVG-Konstellationen) gesehen. Dies umfasst einerseits neue Zuschläge für vorgenommene Terminvermittlungen und andererseits die Förderung bestehender Leistungen durch Verschiebung aus der mit befreiender Wirkung pauschal gezahlten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) in den Bereich der ohne Mengengrenzung unquotiert zu zahlenden extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV). Eine zum jetzigen Zeitpunkt viel geringere Leistungsmenge sowie durch eine Reihe von Kassenärztlichen Vereinigungen veranlasste korrekte Kennzeichnung führen zu einer unvollständigen Bereinigung. Nach Ablauf des jeweiligen Bereinigungszeitraums (d.h. größtenteils bereits ab dem 01.09.2020) werden somit durch die Krankenkassen nicht nur die geförderten Leistungen im Umfang von rund 5 Mrd. Euro jährlich extrabudgetär vergütet, sondern zusätzlich Jahr für Jahr pauschal MGV-Anteile zu zahlen sein, denen gar keine MGV-Leistungen mehr gegenüberstehen. Der Umfang der hierdurch hervorgerufenen Doppelfinanzierung wird nach aktuellen Prognosen, die auf der Analyse von Abrechnungsdaten beruhen, auf ca. 2,7 Mrd. Euro jährlich geschätzt. Um diese sachlich nicht gerechtfertigte Überzahlung zu verhindern und dem eigentlichen Gesetzeswillen Rechnung zu tragen, muss die Dauer der Bereinigung in § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V von einem Jahr auf mindestens zwei Jahre erweitert werden.

II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Gesetzentwurfs/Referentenentwurfs

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 87a Abs. 3 Satz 7 und 8 SGB V – Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch das TSVG wurde die extrabudgetäre Vergütung vertragsärztlicher Leistungen bei Terminvermittlungen, bei offenen Sprechstunden und bei Neupatienten (TSVG-Konstellationen) eingeführt. Dies umfasst einerseits neue Zuschläge für vorgenommene Terminvermittlungen und andererseits die Förderung bestehender Leistungen durch Verschiebung aus der mit befreiender Wirkung pauschal gezahlten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) in den Bereich der ohne Mengenbegrenzung unquotiert zu zahlenden extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV).

Die im Rahmen von TSVG-Konstellationen erbrachten Behandlungen betreffen zum Zeitpunkt des Inkrafttretens einen Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung von schätzungsweise jährlich rund 5 Mrd. Euro. Anders als etwaige zukünftige Mengensteigerungen sind diese bereits zuvor innerhalb der MGV angefallenen Leistungsmengen aus der MGV zu bereinigen, um eine Doppelvergütung auszuschließen. Dazu sieht das TSVG vor, dass die MGV in den KV-Bezirken um die in den ersten 12 Monaten nach Inkrafttreten der jeweiligen TSVG-Konstellation anfallenden Leistungsmengen, quotiert mit den durchschnittlichen Auszahlungsquoten der jeweiligen Arztgruppen, basiswirksam abzusenken sind. Im Ergebnis sollten die Krankenkassen jährlich rund 500 Mio. Euro zusätzlich für die bereits bislang erbrachten Leistungen in Form von Zuschlägen sowie aufgestockter Auszahlungsquote vergüten und außerdem sämtliche zukünftigen Mengensteigerungen in diesem Bereich vollständig finanzieren, auch wenn sie über die Veränderung der Morbiditätsstruktur der Versicherten hinausgehen.

B Stellungnahme

Zum jetzigen Zeitpunkt fällt eine viel geringere Leistungsmenge für eine Bereinigung an, als während der Einführungsphase des TSVG auch vom Gesetzgeber vermutet wurde. Dies kann unterschiedliche Gründe haben. Z.B könnte die notwendige Kennzeichnung der unterschiedlichen TSVG Konstellationen nicht vollständig erfolgen, weil die Ärzte sich noch nicht an die Kennzeichnungspflicht gewöhnt haben. Dieser Prozess dauert erfahrungsgemäß länger als der auf 12 Monate festgesetzte Bereinigungszeitraum.

Darüber hinaus überlagert die Corona-Pandemie das derzeitige Versorgungsgeschehen, was wegen der geringeren Fallzahlen unmittelbar Auswirkungen auf die zu bereinigende Leistungsmenge hat. Zu einer unvollständigen Kennzeichnung kommt es aktuell zudem dadurch, dass alle ärztlichen Leistungen, die aufgrund des klinischen Verdachts oder des Nachweises einer Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) erforderlich werden, gemäß

§ 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V als nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs unmittelbar extrabudgetär vergütet werden und somit nicht bereinigt werden können.

Eine Reihe von Kassenärztlichen Vereinigungen haben ihre Mitglieder darauf hingewiesen, dass bei einer korrekten Kennzeichnung durch die Bereinigung Honorareinbußen drohen, die durch eine spätere Anwendung der Kennzeichnung nach Ablauf des Bereinigungszeitraums vermieden werden können. Entsprechend unterschiedlich fallen die Bereinigungsanteile bzw. Fallanteile für die TSVG-Konstellationen in den KV-Bezirken aus. Während im 4. Quartal 2019 in den KV-Bezirken Niedersachsen und Schleswig-Holstein knapp über 10 % aller Leistungen als TSVG-Leistungen gekennzeichnet und somit bereinigt wurden, beträgt dieser Anteil im KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern lediglich 0,25 %. Diese Unterschiede lassen sich sachlich nicht begründen.

Die oben genannten Gründe führen daher zu einer unvollständigen Bereinigung der durch das TSVG geförderten und bereits vor Inkrafttreten des TSVG erbrachten Leistungen. Nach Ablauf des jeweiligen Bereinigungszeitraums (d.h. größtenteils bereits ab dem 1. September 2020) werden somit durch die Krankenkassen nicht nur die geförderten Leistungen im Umfang von rund 5 Mrd. Euro jährlich extrabudgetär zu vergüten sein, sondern zusätzlich Jahr für Jahr pauschal MGV-Anteile zu zahlen sein, denen gar keine MGV-Leistungen mehr gegenüberstehen. Der Umfang der hierdurch hervorgerufenen Doppelfinanzierung wird nach aktuellen Prognosen, die auf der Analyse von Abrechnungsdaten beruhen, auf ca. 2,7 Mrd. Euro jährlich geschätzt.

Um diese sachlich nicht gerechtfertigte Überzahlung zu verhindern und dem eigentlichen Gesetzeswillen Rechnung zu tragen, muss die Dauer der Bereinigung in § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V von einem Jahr auf mindestens zwei Jahre erweitert werden. Damit würde anstelle des nicht repräsentativen ersten Jahres nach Inkrafttreten der jeweiligen TSVG-Förderung erst das jeweils zweite - hoffentlich deutlich weniger von der Pandemie betroffene - Jahr nach Inkrafttreten basiswirksam für den Bereinigungsumfang der MGV in den Folgejahren. Hierdurch würde eine Doppelfinanzierung weitgehend vermieden.

Darüber hinaus zeigt sich bereits im Jahr 2019 eine unvollständige Kennzeichnung von TSVG-Leistungen, insbesondere bei den Neupatienten. Nicht gekennzeichnete TSVG-Leistungen führen zu einer unsachgerechten dauerhaften Doppelfinanzierung dieser Leistungen. Die gesetzliche Regelung ist daher anzupassen und eine verpflichtende Kennzeichnung von TSVG-Leistungen vorzusehen.

C Änderungsvorschlag

In § 87a Absatz 3 werden die Sätze 7 und 8 folgendermaßen gefasst:

„Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragspartner haben die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in den Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 1 um die in Satz 5 Nr. 3-6 genannten Leistungen unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen sind, begrenzt auf zwei Jahre ab Inkrafttreten der neuen Vergütungsregelungen zu bereinigen; die vom Bewertungsausschuss zu beschließenden Vorgaben nach Absatz 5 Satz 7 sind zu berücksichtigen.“

Dabei sind alle Leistungen, die die Kriterien nach § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 3-6 SGB V erfüllen, ab sofort [einsetzen: Datum des Inkrafttretens], jedoch spätestens ab dem vierten Abrechnungsquartal 2020 verpflichtend einheitlich durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen und medizinischen Versorgungszentren zu kennzeichnen und in der Abrechnung gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zu übermitteln; der Bewertungsausschuss beschließt Vorgaben für eine einheitliche Kennzeichnung.

Art. 1 Nr. 2 § 137g Absatz 2 SGB V – Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme

A Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen des neuen § 140a Absatz 1 Satz 4 sollen Altverträge nach den §§ 73a, 73c und 140a in der bis 22. Juli 2015 geltenden Gesetzesfassung in aktuelles Recht überführt werden. Die Regelung im § 137g Absatz beinhaltet eine Ausnahmeregelung für DMP-Verträge bzgl. dieser Überführungspflicht. Damit soll sichergestellt werden, dass die zur Durchführung von zugelassenen strukturierten Behandlungsprogrammen abgeschlossenen Verträge weiter gelten, auch wenn sie als Verträge auf früherer Rechtsgrundlage geschlossen wurden. Sie müssen damit weder neu geschlossen werden, noch ergibt sich im Fall einer freiwilligen Anpassung an die aktuelle Rechtsgrundlage des § 140a hieraus eine Vorlagepflicht gegenüber dem Bundesamt für Soziale Sicherung.

B Stellungnahme

Die Ausnahmeregelung für DMP-Verträge ist zu begrüßen. Damit wird klargestellt, dass keine Pflicht zur Umwandlung von DMP-Verträge in Verträge nach § 140a besteht. Dies ist unbürokratisch und löst keine erneute Zulassungspflicht für DMP-Verträge aus.

Auf die grundlegende Kritik an der Pflicht zur Überführung der Altverträge in Verträge nach § 140a wird verwiesen (siehe Kommentierung zu Art. 1 Nr. 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe dd)

C Änderungsvorschlag

keiner

Art. 1 Nr. 3 a) § 140a Absatz 1 SGB V – Besondere Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehenen Regelungen zu § 140a Abs. 1 SGB V ermöglichen weitestgehend verschiedene Weiterentwicklungen von Selektivverträgen der besonderen Versorgung:

- Krankenkassen können Selektivverträge auch gemeinsam abschließen oder bestehenden Verträgen beitreten.
- Neben den bisherigen Partnern aus der vertragsärztlichen Versorgung kommen nun auch weitere, nicht-ärztliche Leistungserbringer und deren Gemeinschaften als Vertragspartner in Frage.
- Regionale Versorgungsinhalte, -innovationen und damit regionale Versorgungsaufträge werden explizit als Vertragsgegenstand aufgenommen
- Altverträge sind bis Ende 2021 in Verträge nach § 140a umzuwandeln.

B Stellungnahme

aa) Die Regelung zum gemeinsamen Abschluss von Verträgen der besonderen Versorgung und des Beitritts zu diesen stellt im klarstellenden Sinne eine Öffnung für kassen-(arten-)übergreifende Vertragskooperationen dar. Zugleich ist sie ein wichtiger Ausgangspunkt für die Realisierung dauerhafter kassenartenübergreifender Strukturveränderungen über Selektivverträge.

bb) Besondere Versorgungsverträge sollen auch mit nichtärztlichen Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften geschlossen werden, was der wachsenden Bedeutung und Rolle von nichtärztlichen Leistungserbringern in z. B. zunehmend komplexeren Versorgungsketten Rechnung trägt und im Sinne von interprofessionellen, teamorientierten Handlungsstrukturen in der Gesundheitsversorgung vom Grundsatz her zu begrüßen ist.

cc) Zu begrüßen ist insbesondere die Regelung, dass die Verträge auf regionale Besonderheiten eingehen und abweichend von der Regelversorgung auch eine besondere regionale Versorgung beinhalten können (regionale Versorgungsinnovationen), was den regionalen Versorgungs- und Gestaltungsanspruch zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen stärkt (Regionale Versorgungsaufträge). Die Regelung kann insbesondere genutzt werden, um (regionaler) Fehlversorgung durch kassenübergreifende Kooperation zu begegnen.

Der begründende Hinweis, dass unter dem Dach der Besonderen Versorgung keine landesbezogenen bzw. kassenartbezogenen Kollektivverträge möglich sind, stellt eine wichtige Abgrenzung zur kollektivvertraglichen Regelversorgung dar.

dd) Auf die verpflichtende Umwandlung von sogenannten Altverträgen nach den §§ 73a, 73c und 140a in der bis 22.07.2015 geltenden Fassung in Verträge der Besonderen Versorgung bis Ende 2021 sollte verzichtet werden. Sie führt bei den Krankenkassen und ihren Vertragspartnern zu unnötigem und vermeidbarem bürokratischen Aufwand ohne nennenswerten Mehrwert, zumal die rechtlichen Unterschiede insbesondere im Bereich von § 73c a. F. schwach ausgeprägt sind. Die Regelung erfordert neue Vertragsverhandlungen, ggf. eine erneute Teilnahmeerklärung der Versicherten und der Leistungserbringer sowie eine erneute Ausschreibung, die im ungünstigen Fall sogar zu Unterbrechungen oder Beendigung der vereinbarten Versorgung führen können. Deshalb wurde im § 137g SGB V die DMP-Verträge auch vorsorglich von der Anpassungspflicht ausgenommen. Besser wäre es, insgesamt auf diese bürokratische Regelung zu verzichten.

Für den Fall, dass auf die Pflicht zur Überführung nicht verzichtet werden soll, wird vorgeschlagen, zumindest die Übergangsfrist bis Ende des Jahres 2023 zu verlängern, um den Vertragspartnern ausreichend Zeit für die Anpassungen zu geben. Da in der Gesetzesbegründung zudem keine weiteren Hinweise zur Art und Weise der Überführung der sogenannten Altverträge zu finden sind, sollte dort ergänzt werden, dass eine Überführung nach § 140a (neu) lediglich darin bestehen kann, im Wege einer Überführungsvereinbarung das Vertragsrubrum anzupassen und ggf. einzelne inhaltliche Anpassungen vorzunehmen, soweit diese in den Altverträgen nicht mit § 140a (neu) vereinbar wären. Wichtig wäre darauf hinzuweisen, dass eine erneute Ausschreibung oder die erneute Abgabe von Teilnahmeerklärungen nicht erforderlich ist.

Ergänzend ist aufzuführen, dass durch die Neuordnung der Sätze in Absatz 1 eine Folgeänderung im neuen Satz 6 entsteht. Dort ist der Bezug auf den alten Satz 4 (jetzt Satz 5) zu aktualisieren.

C Änderungsvorschlag

Die Regelung unter Doppelbuchstabe dd sollte gestrichen werden. Hilfsweise sollte die Übergangsfrist bis zum 31. 12. 2023 verlängert werden und in die Gesetzesbegründung aufgenommen werden, dass eine Überführung nach § 140a (neu) auch darin bestehen kann, im Wege einer Überführungsvereinbarung das Vertragsrubrum anzupassen und ggf. einzelne inhaltliche Anpassungen vorzunehmen, soweit diese in den Altverträgen nicht mit § 140a (neu) vereinbar wären. Zusätzlich wäre darauf hinzuweisen, dass eine erneute Ausschreibung oder die erneute Abgabe von Teilnahmeerklärungen nicht erforderlich ist.

Fehlende redaktionelle Folgeänderung: Im bisherigen Satz 5 (Satz 6 neu) ist die Zahl „4“ durch die Zahl „5“ zu ersetzen.

Art. 1 Nr. 3 b) § 140a Absatz 2 SGB V – Besondere Versorgung (Abweichungsbefugnisse)

A Beabsichtigte Neuregelung

Für Selektivverträge der besonderen Versorgung werden die Abweichungsbefugnisse neben dem Vierten Kapitel auch auf das Zehnte Kapitel SGB V erweitert. Zudem wird der bisherige Satz 4 gestrichen, wonach die Wirtschaftlichkeit der besonderen Versorgung spätestens nach vier Jahren nachweisbar sein muss und die Aufsichtsbehörde auch ohne konkreten Hinweis auf einen Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechende Nachweise nach § 88 Absatz 2 SGB IV verlangen kann. An gleicher Stelle wird ergänzt, dass geförderte Vorhaben des Innovationsfonds als Verträge der Besonderen Versorgung durchgeführt und fortgesetzt werden können. Auch wird vorgeschlagen, dass sogenannte Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen die Vertragspartner einer besonderen Versorgung füreinander wahrnehmen oder auch geeignete Dritte mit dieser Aufgabe beauftragen können (in Abgrenzung zum Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V).

B Stellungnahme

aa) Die Erweiterung der Abweichungsbefugnisse auf das zehnte Kapitel SGB V (analog zu den Modellvorhaben) ist zu begrüßen. Mit den Ergänzungen im neuen zweiten Halbsatz (analoge Geltung weiterer Sonderregelungen aus dem Bereich der Modellvorhaben) werden jedoch vermeidbare bürokratische Vorgänge für Versicherte und Datenschutzbehörden geschaffen. Die Regelung, nach welcher der § 63 Absatz 2 Satz 4 entsprechend gelten soll (Geltung der Vorschriften des SGB I und SGB X für die Datenerhebung und Speicherung), wird ausdrücklich begrüßt. Die weiteren Regelungen zu besonderen Aufklärungspflichten gegenüber dem Versicherten und die Beteiligung des zuständigen Datenschutzbeauftragten werden im Sinne einer schnellen Umsetzung von neuen Versorgungsansätzen und der Vermeidung unnötiger bürokratischer Vorgänge bei den ohnehin stark beanspruchten Datenschutzbehörden jedoch abgelehnt.

bb) Im Sinne der Entbürokratisierung ist zu begrüßen, dass die besonderen Nachweispflichten für die Wirtschaftlichkeit der Verträge nach spätestens vier Jahren sowie das Vorlegen von entsprechenden Nachweisen bei Verlangen der Aufsichtsbehörden ohne konkrete Hinweise auf einen Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot wegfallen, da die allgemeinen Wirtschaftlichkeitsvoraussetzungen des SGB ausreichend sind.

Im Gegenzug wird eine Regelung zu nach § 92a SGB V geförderten neuen Versorgungsformen eingefügt. Dass damit nun geförderte Vorhaben des Innovationsfonds als Verträge nach § 140a durchgeführt und fortgesetzt werden können, ist insbesondere ein Signal für die Fortführung von (Elementen von) Innovationsfondsprojekten in der Regelversorgung. Mit der Förderentscheidung sollen die Anforderungen an das Vorliegen einer integrierten oder besonderen Versorgung (§ 140a Abs. 1 SGB V) sowie auch die Anforderungen an die Zweckrichtung der Abweichung von der Regelversorgung als erfüllt angesehen werden („Erfüllungsfiktion“).

Die Absicht, Hürden für innovative Versorgungsformen abzubauen, wird zwar begrüßt, ob aber eine positive Förderentscheidung des Innovationsausschusses – bei beendeten Projekten sogar ohne explizite Berücksichtigung der Ergebnisse des Förderprojekts – bereits

einen ausreichenden Tatbestand für das Vorliegen einer Besonderen Versorgung darstellt, scheint fraglich und schießt über das Ziel hinaus. Unklar bleibt, welche Anforderungen hier der Erfüllungsfiktion unterliegen sollen. Insbesondere darf eine Förderentscheidung des Innovationsausschusses nicht als „Freifahrtschein“ für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit einer Versorgung angesehen werden. Vergütungsniveaus, die während der Implementierungs- und Pilotphase einer neuen Versorgungsform angemessen sind, können nicht 1:1 auf die Regelversorgung übertragen werden. Problematisch ist, dass mit dieser Regelung die Beurteilungskompetenzen der Aufsichten einer auf bestimmten Förderkriterien beruhenden Förderentscheidung des Innovationsausschusses untergeordnet werden sollen. Zudem bieten die weiteren durch dieses Gesetzesvorhaben vorgesehenen Änderungen am § 140a SGB V den geförderten neuen Versorgungsformen genügend Spielraum und Grundlage, die Umsetzung sowohl während als auch nach der Förderphase auch ohne Erfüllungsfiktion umzusetzen.

cc) Dass Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen der Leistungserbringer und der Krankenkassen zur Versorgung der Versicherten künftig auch von Vertragspartnern oder Dritten erbracht werden können, ist eine nennenswerte Klarstellung. Damit wird aufgezeigt, inwieweit sich Krankenkassen über den gesetzlich zugewiesenen Aufgabenbereich der Regelversorgung hinaus im Versorgungsmanagement engagieren dürfen. Dies eröffnet im Interesse der Patienten erweiterte Möglichkeiten für eine bessere Koordination von Gesundheitsleistungen im stark sektoral orientierten Gesundheitswesen. Aus Sicht der AOK sind Case Management und damit verbundene Lotsenfunktionen integrale Bestandteile der Basisversorgung. Tendenziell ist hier durchaus ein neuer Leistungsbereich zu erwarten, so dass die Umsetzungserfahrungen, die mit der nun vorgeschlagenen Lösung unter dem Dach der Besonderen Versorgungsverträge gewonnen werden können, ein wichtiger Schritt sind zur Etablierung und Weiterentwicklung von Case-Management.

C Änderungsvorschlag

Zu aa) Der zweite Halbsatz des Absatzes 2 Satz 1 sollte wie folgt gefasst werden: „§ 63 Absatz 3 Satz 4 gilt entsprechend.“

Zu bb) Die Streichung des Absatzes 2 Satz 4 wird begrüßt. Auf den ersetzenden neuen Satz 4 sollte verzichtet werden.

Art. 1 Nr. 3 c) § 140a Absatz 3 Satz 1 SGB V – Besondere Versorgung (Vertragspartner)

A Beabsichtigte Neuregelung

Selektivverträge der besonderen Versorgung können Krankenkassen nun mit weiteren Vertragspartnern abschließen. Die Beteiligung von anderen Sozialleistungsträgern sowie auch der privaten Kranken- und Pflegeversicherung ermöglicht versicherungsübergreifende Versorgungsformen. Darüber hinaus können neben Kassenärztlichen Vereinigungen andere Berufs- und Interessenverbänden ärztlicher und nicht-ärztlicher Leistungserbringer zur Unterstützung ihrer Mitglieder bei Teilnahme an der besonderen Versorgung beteiligt werden. Ferner werden auch Anbieter digitaler Dienste und Anwendungen nach § 68a (Entwickler digitaler Innovationen, die von Kassen gefördert werden) als weitere Vertragspartner ermöglicht.

B Stellungnahme

aa) Positiv beurteilt werden aus Kassensicht die erweiterten Möglichkeiten, künftig – neben der Pflegeversicherung - auch mit anderen Sozialleistungsträgern Verträge über eine Besondere Versorgung abschließen zu können (z.B. Rehabilitations-, Sozialhilfeträgern). Diese Erweiterung in Bezug auf mögliche Vertragspartner der Krankenkassen adressiert wichtige Lösungsoptionen für eine stärker sektoren- und kostenträgerübergreifende Versorgung, vorbehaltlich einer stets auf das konkrete Vorhaben bezogenen Klärung von zentralen Umsetzungs- und Finanzierungsfragen sowie Verantwortlichkeiten. Unklar bleibt, ob damit auch mit nichtärztlichen Leistungserbringern (z. B. Patientenheimversorgung, Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation) Versorgungsverträge abgeschlossen werden können, die über die Sach- und Dienstleistungen im Kapitel 40 des EBM hinausgehen.

Neben der Beteiligung anderer Sozialleistungsträger sollen die Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen auch dahingehend erweitert werden, dass nun zusammen mit privaten Kranken- und Pflegeversicherungen besondere Versorgungsformen für gesetzliche und zugleich private Versicherte geschaffen werden können. Diese Regelung wird abgelehnt. Das Geschäftsmodell der Privaten Krankenversicherung beruht auf dem Kostenerstattungsprinzip; sie schließen keine Versorgungsverträge. Ihnen fehlt das für die GKV konstituierende Sachleistungsprinzip für ihre Versicherten. Ein gemeinsamer Vertragsschluss würde somit einen Systembruch darstellen und den „Wettbewerb der Systeme“ zu Lasten der GKV beschädigen.

bb) Bislang sind nur kassenärztliche Vereinigungen legitimiert, bei Teilnahme an der besonderen Versorgung ihre Mitglieder zu unterstützen. Die nun vorgeschlagene Erweiterung auf andere Berufs- und Interessenverbände ärztlicher und nichtärztlicher Leistungserbringer ist sachlogisch und trägt dem vorgeschlagenem erweiterten Kreis an möglichen Vertragspartnern entsprechend Rechnung.

cc) Dass Krankenkassen eine besondere Versorgung nun auch mit den Entwicklern digitaler Versorgungsinnovationen (§ 68a SGB V) eingehen können, stellt klar, dass die entsprechenden Innovationen im Rahmen selektivvertraglicher Versorgungsformen genutzt werden können. Krankenkassen werden auf diese Weise der (Weiter-) Entwicklung von digitalen Innovationen entscheidende Impulse geben. Grundsätzlich ist in Bezug auf § 68a SGB V aber weiterhin zu bedenken (vgl. Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zum DVG),

dass die Förderung der Entwicklung digitaler Innovationen durch die Krankenkassen mit GKV-Finanzmitteln als „Wagniskapital“ in einem Spannungsverhältnis zum Wirtschaftlichkeitsgrundsatz und den damit vorgesehenen Rahmenbedingungen und einzuhaltenden Vorschriften steht. Der AOK-Bundesverband ist weiterhin der Auffassung, dass das gewünschte Engagement der Krankenkassen - auch anhand der sich daraus ergebenden praktischen Erfahrungen - durch maßvolle Folgeregelungen und Auslegungen begleitet werden sollte, damit diese Regelung den gewünschten Effekt in Bezug auf Engagement der Krankenkassen zur Entwicklung versorgungsnaher und bedarfsgerechter digitaler Innovationen umfänglich erreicht.

C Änderungsvorschlag

Auf die Einfügung von Absatz 3 Satz 1 Nummer 3b sollte verzichtet werden.

Art. 1 Nr. 3 d) § 140a Absatz 3 SGB V – Besondere Versorgung (Vertragsgegenstand)

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen Absatz 3a sollen u.a. nun auch besondere Versorgungsformen gefördert werden können, die von den Leistungserbringern selbständig durchgeführt werden, d.h. also nicht von Krankenkassen betrieben werden (z.B. Innovationsfondsprojekte ohne versorgungsvertragliche Grundlage).

Der neue Absatz 3b ermöglicht eine aus medizinischen sowie auch sozialen Gründen erforderliche Einzelfallversorgung. Zugleich ermöglicht er eine Versorgung im Wege der Sach- und Dienstleistung in Fällen von Kostenerstattungsansprüchen für selbstbeschaffte Leistungen auch außerhalb der Regelversorgung.

B Stellungnahme

Abs. 3a (neu): Die Regelung zur vertraglichen "Förderung" wird abgelehnt. Die Abgrenzung zu einem "normalen" Versorgungsvertrag bleibt unklar, denn Versorgungsleistungen werden ohnehin von den Leistungserbringern selbständig durchgeführt. Krankenkassen finanzieren die vereinbarten Leistungen. Hier eine vertragliche Förderfunktion quasi als Fortsetzung der Förderung durch den Innovationsausschuss einzuführen, wird ordnungspolitisch als kritisch angesehen. Die Krankenkassen werden damit in eine reduzierte Rolle eines finanziellen Unterstützers gedrängt. Die bestehenden und mit diesem Gesetzesvorhaben noch erweiterten Regelungen zur Besonderen Versorgung reichen für die Umsetzung der Versorgungsformen aus.

Abs. 3b (neu): Durch den § 2 Abs. 1a SGB V ist das sog. Nikolausurteil im Leistungskatalog verankert und ermöglicht den gesetzlichen Krankenkassen bereits große Flexibilität bei der Behandlung. Kassenwettbewerb bei Leistungen der sogenannten verfassungsgemäßen Auslegung des Leistungsrechts ist hier kontraproduktiv in Bezug auf eine geordnete transparente medizinische Forschung und höhlt das Qualitätsgebot nach § 2 Abs.1 SGB V aus. Auf die Regelung sollte deshalb verzichtet werden. Eine vertragliche Regelung als besondere Versorgungsform im Einzelfall ist bereits in sich ein Widerspruch. Auch die Ausweitung auf nicht zugelassene Leistungserbringer kann nicht überzeugen, vielmehr wäre diese Regelung dazu geeignet, strukturierte Versorgungsangebote zu unterlaufen. Eine unstrukturierte Öffnung im Rahmen der besonderen Versorgung liefe den gemeinsamen Bemühungen nach besserer Versorgungsstrukturierung auch unter qualitativen Aspekten zuwider und würde ein Tor für dysfunktionalen Wettbewerb öffnen.

C Änderungsvorschlag

Streichung

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

Artikel 2, Nr.: 1, § 4, Absatz 10 KHEntgG - Hebammenstellen-Förderungsprogramm

A Beabsichtigte Neuregelung

Die geplante Maßnahme zielt darauf ab, die Betreuungsrelationen von Hebammen/Entbindungspflegern und Schwangeren zu verbessern. Damit soll zum einen die Arbeitsbelastung von Hebammen verringert und zum anderen die Patientensicherheit erhöht werden. Dabei wird eine Betreuungsrelation von 1:2 bzw. bei optimalen Bedingungen von 1:1 angestrebt. Dadurch werden für Krankenhäuser zusätzliche finanzielle Mittel bereitgestellt, mit denen die Neueinstellung und Aufstockung von Hebammen und von assistierendem medizinischen Fachpersonal zur Versorgung von Schwangeren in der Geburtshilfe gefördert wird. Mit den geförderten zusätzlichen Personalstellen soll die Versorgung von Schwangeren in der Geburtshilfe verbessert werden.

Die Förderung sieht vor, dass pro 500 Geburten jeweils 0,5 Vollzeitstellen förderungsfähig sind. Ebenso ist eine Förderung von assistierendem medizinischen Fachpersonal, medizinische Fachangestellte und Pflegefachkräfte, zur Entlastung der Hebammen vorgesehen, welche auf 10 Prozent der in Vollzeitkräften umgerechneten Gesamtzahl beschäftigter Hebammen in der Fachabteilung für Geburtshilfe des zu fördernden Krankenhauses begrenzt ist. Der Förderbetrag wird als Zuschlag zum Entgelt bezahlt.

Voraussetzung für die Förderung durch das Hebammenstellen-Förderprogramm ist, dass im Vergleich zum Stichtag 1. Januar 2020 zusätzliche Hebammen/Entbindungspfleger und zusätzliches assistierendes medizinisches Fachpersonal neu eingestellt oder Teilzeitstellen aufgestockt werden. Um möglichem Missbrauch vorzubeugen, hat das Krankenhaus durch eine schriftliche Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung die Schaffung neuer Stellen auf Stationen der Geburtshilfe zu belegen. Zuviel bezahlte Förderbeträge sind zurückzuzahlen.

In einem Bericht hat der GKV-SV neben der Anzahl der zusätzlich finanzierten Stellen auch darzulegen, ob die Förderung dazu beigetragen hat, das durchschnittliche Betreuungsverhältnis von Hebammen/Entbindungspflegern zu Schwangeren von mindestens 1:2 zu erzielen.

Der Förderzeitraum ist auf die Jahre 2021 bis 2023 begrenzt.

B Stellungnahme

Grundsätzlich ist ein Hebammenförderprogramm nicht das geeignete Mittel, um mögliche Engpässe in der Geburtshilfe zu beheben. Vielmehr bestehen für Hebammen Anreize, sich direkt nach der Ausbildung unter finanziell attraktiven Arbeitsbedingungen ohne Nacht- und Wochenenddienste durch Kurse und ggf. wenige Geburten zu etablieren. Um die Anzahl von Hebammen in Kreißsälen dauerhaft zu steigern, wäre beispielsweise eine fünfjährige Pflichtweiterbildung – analog zur Facharztweiterbildung – eine geeignete Maßnahme. Um den Qualitätsaspekt und eine leitlinienkonforme Behandlung verstärkt in den Vordergrund zu rü-

cken, wäre aus Sicht der AOK auch die Förderfähigkeit von 0,5 Vollzeitstellen auf 500 Geburten zu ändern. Vielmehr sollten bei mindestens 800 Geburten eine Vollzeitstelle förderfähig sein. Da bei 800 Geburten eine Fachabteilung für Geburtshilfe wirtschaftlich tragfähig ist, würde mit dieser Änderung erreicht, dass die in den Leitlinien geforderte Facharztpräsenz unter der Geburt deutlich besser realisiert werden kann. Denn durch die Anhebung auf 800 Geburten würden im Ergebnis die Qualität und die Zentralisierung gestärkt.

Der Wille des Gesetzgebers ist anzuerkennen, Konstruktionsfehler der Pflegesonderprogramme nicht zu wiederholen. Trotzdem ist darauf hinzuweisen, dass in einem Bericht über die Effekte der Maßnahme nicht nur über die neu geschaffenen Stellen zu berichten ist. Vielmehr muss auch die qualitative Verbesserung der Versorgung, z.B. bei der Vermeidung unerwünschter Ereignisse in der Patientenversorgung, nachgewiesen werden. Ansonsten handelt es sich um ein reines Beschäftigungsprogramm für Hebammen.

Abzulehnen ist die vorgesehene Förderung von Pflegefachkräften nach § 4 Abs. 10 Satz 3 Nr. 2. Pflegefachkräfte sind ab dem Jahr 2020 bereits mit dem vollen Kostenansatz im Pflegebudget abgebildet. Zwar stellt die Förderung hier auf eine nicht unmittelbare Patientenversorgung ab, die zweifelsfreie Nachweisführung und deren Überprüfung ist jedoch nur durch einen unverhältnismäßigen Dokumentations- und Kontrollaufwand für alle Beteiligten leistbar. Somit besteht die große Gefahr einer nochmaligen Finanzierung von bereits mit dem Pflegebudget vergüteten Pflegefachkräften im Rahmen eines Hebammenstellen-Förderprogramms.

Schließlich muss eine Kontrolle der Mittelverwendung für die zusätzlichen Stellen in den Budgetverhandlungen auf Basis prüffähiger und aussagekräftiger Unterlagen bis zum 28.02. des Folgejahres etabliert werden. Die Ansätze im Gesetz sind zu begrüßen, reichen aber nicht aus. Die Unterlagen müssen vor Beginn der Budgetverhandlungen vorliegen. Bei fehlenden Nachweisen werden die Mittel nicht gewährt. Diese Kontrolle sollte zeitlich bis zu drei Jahren nach Abschluss des Hebammenstellenförderprogramms gefordert werden, um die Nachhaltigkeit des Programms zu sichern. Aus diesem Grund sind zudem nur dauerhafte Arbeitsverhältnisse mit dem Krankenhausträger zu finanzieren.

Das BMG schätzt den zusätzlichen Finanzbedarf auf 65 Mio. € jährlich. Soweit die Erfahrungen der Pflegesonderprogramme herangezogen werden können, ist zumindest in den ersten beiden Jahren nicht mit einer vollständigen Ausschöpfung der Mittel durch die Krankenhäuser zu rechnen.

C Änderungsvorschlag

- Änderung des Förderverhältnisses auf 800 Geburten pro eine förderfähige Vollzeitstelle
- Streichung von § 4 Abs. 10 Satz 3 Nr. 2
- Einfügen eines neuen Satzes 6: „Das vereinbarte Arbeitsverhältnis muss dabei den Förderzeitraum um mindestens zwei Jahre überschreiten.“
- Einfügen eines neuen Satz 11: „Die Nachweise des Krankenhauses sind bis zum Ablauf von drei Jahre nach dem Ende des Förderzeitraums zu erbringen.“
- Erweiterung des Auftrags nach Satz 11 um qualitative Aspekte wie z. B. die Vermeidung von unerwünschten Ereignissen im Vergleich zum Prä-Förderzeitraum

- Einfügen einer Frist zur Vorlage von prüffähigen und aussagekräftigen Unterlagen durch das Krankenhaus gegenüber den Krankenkassen, idealerweise 28.02. des Folgejahres

Artikel 2, Nr.: 2, § 9 KHEntgG - Sicherstellungszuschlag Kinder- und Jugendmedizin

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben nach geltender Rechtslage jährlich bis zum 30. Juni eine Liste von Krankenhäusern zu erstellen, welche die Vorgaben der Regelungen des G-BA für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 Satz 2 SGB V erfüllen und in der Folge eine pauschale Förderung von jeweils 400 000 Euro im Jahr erhalten. Mit der anstehenden Beschlussfassung des G-BA im Laufe des Jahres 2020 werden Kinderkliniken und die Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin in die genannten Vorgaben einbezogen.

Mit der Regelung wird für das Jahr 2020 eine Ausnahme geschaffen, damit die von den Vertragsparteien auf Bundesebene erstellte Liste vom 30. Juni 2020 noch im Jahr 2020 um die Kinderkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin erweitert werden kann, die den Vorgaben des Ergänzungsbeschlusses des G-BA entsprechen. Hierzu ist die erweiterte Liste spätestens bis zum 31. Dezember 2020 von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbaren. Dabei kann die Liste vom 30. Juni 2020 lediglich zusätzliche Krankenhausstandorte aufnehmen, bereits gelistete Krankenhausstandorte werden nicht neu bewertet. Durch die Regelung können Kinderkrankenhäuser und Krankenhäuser mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin, sofern sie die Vorgaben gemäß § 136c Absatz 3 Satz 2 SGB V erfüllen, bereits ab dem Jahr 2021 von der pauschalen Förderung für bedarfsnotwendige, ländliche Krankenhäuser in Höhe von jeweils 400 000 Euro profitieren und nicht erst ab dem Jahr 2022. Damit soll eine wohnortnahe medizinische Versorgung für Kinder und Jugendliche in ländlichen Regionen gestärkt werden. Gelingt den Vertragsparteien auf Bundesebene keine Einigung, entscheidet nach Absatz 2 die Bundesschiedsstelle über die Erweiterung der Liste. Ab dem Jahr 2021 ist die Liste unter Einbeziehung der Kinderkrankenhäuser und der Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin wieder bis zum 30. Juni des Jahres zu erstellen.

B Stellungnahme

Die Aufnahme der Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin als eigenständige bedarfsnotwendige Vorhaltung in die Sicherstellungszuschläge-Regelungen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V kann hilfsweise herangezogen werden, um kurzfristig Finanzierungsprobleme zu adressieren, wird aber der originären Problemstellung nicht gerecht.

Sollen die bestehenden Versorgungsprobleme dem Grunde nach angegangen werden, ist eine Anpassung der Versorgungsstrukturen durch Zentralisierung und Spezialisierung von Leistungen auch in der Pädiatrie aus Qualitätsgründen unerlässlich. Die Sicherstellung eines wohnortnahen Zugangs zu der Versorgung von Kindern und Jugendlichen kann im ländlichen Raum nicht durch die Vorhaltung klassischer stationärer Fachabteilungen erreicht werden.

Um in der Fläche eine pädiatrische Versorgung wohnortnah aufrecht zu erhalten, sind neue Versorgungsformen erforderlich. Dazu sollten ambulante und stationäre Versorgungsanteile in integrierten Strukturen zusammengefasst werden. In diesen Strukturen findet überwiegend ambulante Versorgung statt – daneben besteht die Möglichkeit, Kinder für ein bis drei

Tage auch stationär zu behandeln. Damit diese Versorgungsformen auch realisiert werden können, ist eine ausreichende Investitionsfinanzierung sicherzustellen. Wenn tatsächlich eine wohnortnahe Kinder- und Jugendmedizin politisch gewollt ist, muss diese auch auskömmlich finanziert sein. Hier sind die Länder in der Pflicht, in entsprechende Strukturen zu investieren.

Darüber hinaus ist auch eine weitere Differenzierung des DRG-Katalogs zu prüfen, um die Spezifika der stationären Leistungen für Kinder noch genauer abzubilden.

Kurzfristig kann die finanzielle Situation der Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin im ländlichen Raum durch Sicherstellungszuschläge stabilisiert werden. Bei der Umsetzung sind folgende Punkte zu beachten:

- Die bislang geplanten Regelungen für Sicherstellungszuschläge können nur übergangsweise zur Stabilisierung der Kinder- und Jugendmedizin beitragen. Es ist daher eine Befristung der Regelungen auf zunächst 3 Jahre vorzusehen. In der Zwischenzeit sind die Rahmenbedingungen für sektorenübergreifende Versorgungskonzepte der Kinder- und Jugendmedizin gesetzlich zu verankern und durch den G-BA zu konkretisieren.
- Sofern Kliniken oder Fachabteilungen der Kinder- und Jugendmedizin Sicherstellungszuschläge erhalten, sind sie verpflichtet die pädiatrischen Leistungen der Grund- und Regelversorgung vorzuhalten. Eine Fokussierung auf attraktivere Spezialleistungen ist auszuschließen. Entsprechende Regelungen sind zu verankern. Nimmt eine bedarfsnotwendige Fachabteilung den Versorgungsauftrag nicht wahr, verliert das Krankenhaus den Anspruch auf einen Sicherstellungszuschlag.

C Änderungsvorschlag

Die Regelung sind wie folgt zu ergänzen:

- Befristung der Aufnahme der Kinder- und Jugendmedizin in die Liste nach § 136c Abs. 3 Satz 2 SGB V auf zunächst drei Jahre.
- Gesetzlicher Auftrag zur Etablierung sektorenübergreifender Versorgungskonzepte in der Kinder- und Jugendmedizin insbesondere in ländlichen Räumen.
- Verankerung einer gesetzlichen Regelung, die sicherstellt, dass bedarfsnotwendige Fachabteilungen die pädiatrischen Leistungen der Grund- und Regelversorgung vorhalten. Nimmt eine bedarfsnotwendige Fachabteilung den Versorgungsauftrag nicht wahr, verliert das Krankenhaus den Anspruch auf einen Sicherstellungszuschlag.

Artikel 3 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Art. 3 Nr. 1 § 8 Abs. 6a SGB XI – Gemeinsame Verantwortung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen einschließlich der Kurzzeitpflege erhalten auf Antrag die Möglichkeit, zusätzliche Pflegehilfskräfte über die Pflegeversicherung finanziert zu bekommen, ohne dass die von der Pflegeeinrichtung versorgten Pflegebedürftigen hiermit finanziell mehr belastet werden.

Hierfür erhält jede vollstationäre Pflegeeinrichtung auf Antrag einen Vergütungszuschlag zur Finanzierung der zusätzlich eingesetzten Pflegehilfskräfte, die über das vertraglich vereinbarte vorzuhaltende Personal hinausgehen. Der Vergütungszuschlag bemisst sich dabei in Abhängigkeit von der Zusammensetzung der Bewohnerschaft zum 30. Juni des vorangehenden Kalenderjahres im Umfang von 0,016 bis 0,036 Vollzeitäquivalente je nach Pflegegrad für den einzelnen Pflegebedürftigen in der Pflegeeinrichtung; die Höhe des Vergütungszuschlags ist begrenzt auf die tatsächlichen Aufwendungen. Durchschnittlich ergibt sich daraus je Einrichtung mehr als eine zusätzliche Vollzeitstelle, die über den Vergütungszuschlag von der Pflegeversicherung bezahlt wird. Das Nähere zum Antragsverfahren soll durch den GKV-Spitzenverband in Analogie zum Förderprogramm für die 13.000 Stellen durch die Gesetzliche Krankenversicherung festgelegt werden. Die private Pflegeversicherung ist im Umfang von 7 Prozent an den hierbei entstehenden Kosten zu beteiligen.

Mit diesem Vorgriff auf die Etablierung eines Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Pflegepersonals in Pflegeeinrichtungen nach § 113c SGB XI verbindet der Gesetzgeber die Intention, die Personalausstattung in vollstationären Pflegeeinrichtungen um 20.000 zusätzliche Stellen für Pflegehilfskräfte zu erhöhen.

B Stellungnahme

Die Arbeitssituation des Pflegepersonals in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu verbessern und damit der Arbeitsverdichtung entgegen zu wirken, wird begrüßt. Diese Neuregelung greift damit auch die Absicht der Konzertierten Aktion Pflege auf, die Rahmenbedingungen für das Pflegepersonal in der Langzeitpflege zu verbessern und stellt einen ersten Schritt in Richtung eines verbindlichen Personalbemessungsinstruments für Pflegeeinrichtungen dar.

Mit der Förderung von 20.000 zusätzlichen Assistenz- und Hilfskraftstellen in vollstationären Einrichtungen verfolgt der Gesetzgeber das Ziel, in Anlehnung an den prognostizierten Bedarf an zusätzlichen Pflegehilfskräften aus dem Bericht zur Entwicklung eines Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Pflegepersonals in Pflegeeinrichtungen nach § 113c SGB XI, bereits vor dessen Etablierung zusätzliches Personal zur Verfügung zu stellen, ohne dabei den Eigenanteil der Bewohner für die pflegebedingten Aufwendungen zu erhöhen. Dabei berücksichtigt er aber nicht die tatsächliche Situation der Pflegeeinrichtung; wie bereits beim Förderprogramm zur Finanzierung der 13.000 Stellen durch die Gesetzliche Krankenversicherung verfehlt er damit erneut eine gezielte Förderpolitik. Ohne Berücksichtigung der Bedarfslagen der Einrichtungen wird der Umsetzungsprozess für die Etablierung eines einheitlichen Personalbemessungsverfahrens erheblich erschwert. Es wäre wünschenswert, wenn

der Gesetzgeber parallel zur begleitenden Gesetzgebung ein strukturiertes Verfahren vorgibt (Roadmap).

Der Gesetzesentwurf sieht durch die beabsichtigten Vergütungszuschläge eine Finanzierung aller Qualifikationsniveaus (QN) vor. Ein Vergütungszuschlag ist bereits für Mitarbeitende des QN 1 (zweiwöchige Anleitung ohne formale Qualifikation) vorgesehen, sofern sie innerhalb von zwei Jahren eine Qualifizierungsmaßnahme abschließen, die mindestens dem QN 2 (z. B. Mitarbeitende ohne Ausbildung mit einem 2-6monatigen Pflegebasiskurs und insgesamt 1-jähriger angeleiteter Tätigkeit) entspricht. Dies wird vom AOK-Bundesverband grundsätzlich aus mehreren Gründen kritisch bewertet:

- Fachlich nicht nachvollziehbar ist, dass Mitarbeitende mit einer zweiwöchigen Anleitung pflegerische Interventionen (auch über einen längeren Zeitraum bis zur Qualifizierung nach QN 2) im Delegationsverfahren übernehmen sollen, die von ausgebildeten Pflegeassistenzkräften übernommen werden. In der Konsequenz leisten Mitarbeitende mit einem Qualifikationsniveau 1 keine faktische Unterstützung zur Entlastung des Pflegepersonals.
- Die damit verbundenen Qualifikationsoffensive zulasten der Solidargemeinschaft der Pflegeversicherung wird hinterfragt; insbesondere kann durch eine Förderung von Mitarbeitenden nach QN 1 im Rahmen der Qualifizierung zu einer Mehrbelastung der Einrichtung führen und verschärft die Arbeitsverdichtung.
- Ein tatsächliches Entgegenwirken der Arbeitsverdichtung würde sich – entsprechend der Berichtes zur Entwicklung eines Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Pflegepersonals in Pflegeeinrichtungen nach § 113c SGB XI nur durch den Einsatz von Mitarbeitern mit QN 3 - Pflegehelferinnen und Pflegehelfer mit ein- oder zweijähriger Ausbildung – ergeben.
- Der Gesetzgeber gibt mit der Neuregelung keine Antwort auf die föderal gestalteten Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege.

Das im Gesetzesentwurf vorgesehene Antrags- und Auszahlungsverfahren zur Finanzierung der zusätzlichen Pflegehilfskraftstellen orientiert sich an dem bereits bestehenden Pflegestellenförderprogramm für die Finanzierung der 13.000 Stellen durch die GKV (§ 8 Absatz 6 SGB XI). Aufgrund der bisherigen Erfahrungen aus der Umsetzung des Pflegestellenförderprogramms nach § 8 Absatz 6 SGB XI ist ein analoges Antrags- und Auszahlungsverfahren, welches losgelöst von dem bestehenden Verfahren der Pflegesatzvereinbarungen stattfindet, nicht zu befürworten. Die Aufstockung von Pflegepersonal zusätzlich zum vereinbarten Personalschlüssel (ohne dabei auch die bisherige Vereinbarung über das vorzuhaltende Personal zu berücksichtigen) erschwert die Gesamtbewertung über den Einsatz von Pflegepersonal (z.B. Personalabgleich) und des tatsächlichen Personalbedarfs. Das führt zunehmend zu fehlender Transparenz und erschwert das Nachweisverfahren. Die laufende Prüfung und Bearbeitung stellt die Pflegekassen und die Pflegeeinrichtungen zunehmend vor Herausforderungen und belastet erheblich die Aufgaben der Vertragspartner der gemeinsamen Selbstverwaltung. Mit dieser Regelung sind auch Konsequenzen verbunden, die ein Verwaltungsverfahren nach sich zieht (nicht in der Aufgabenverantwortung des Widerspruchsausschusses). Jede Veränderung in Bezug auf die zusätzliche Assistenzkraft, die der Bemessung des Vergütungszuschlags zugrunde liegt, führt zu einer Aufhebung des Verwaltungsaktes und zu einer neuen Bescheiderteilung.

Das vorgesehene Antrags- und Auszahlungsverfahren zur Finanzierung der zusätzlichen Pflegehilfskraftstellen, das losgelöst von dem bestehenden Verfahren der Personal- und Pflegesatzvereinbarungen erfolgen soll, ist daher problematisch. Es ist nicht nachvollziehbar, warum mit der Neuregelung ein zum Pflegesatzverfahren paralleles Verfahren etabliert wird.

Auch das Pflegesatzverfahren greift als Grundlage für die Bemessung der Vergütung die Bewohnerstruktur und auch Schwankungen in der Personalstruktur auf.

Mit der Regelung ist kein individueller leistungsrechtlicher Anspruch des Versicherten, sondern lediglich ein Vergütungsanspruch der vollstationären Pflegeeinrichtung zur Refinanzierung des zusätzlichen Personals verbunden. Es wird nicht explizit aufgegriffen, nach welchen Bemessungsgrundsätzen und nach welchem Verfahren der Zuschlag vereinbart wird. Zur Klarstellung und für die Rechtssicherheit ist daher eine explizite Regelung in den Bemessungsgrundsätzen und für das Pflegesatzverfahren nach §§ 84 und 85 SGB XI zu treffen. Dabei kann der Refinanzierungsanspruch für die zusätzlichen Betreuungskräfte nach den §§ 84 Abs. 8 und 85 Abs. 8 SGB XI als systemgleiche Regelung in stationären Einrichtungen herangezogen werden. Damit ist auch sichergestellt, dass die anspruchsberechtigten Personen und die Träger der Sozialhilfe mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden.

C Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung ist zu streichen und §§ 84 und 85 SGB XI werden jeweils um einen Absatz 9 wie folgt ergänzt.

§ 84 Absatz 9 SGB XI:

Der Absatz 8 gilt analog für zusätzliche Entgelte zur Pflegevergütung für die zusätzliche Unterstützung der Leistungserbringung durch Pflegehilfskräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen.

§ 85 Absatz 9 SGB XI:

Die Vereinbarung des Vergütungszuschlags nach § 84 Absatz 9 setzt voraus, dass

1. die vollstationäre Pflegeeinrichtung über zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal verfügt, welches über das nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhaltende Personal hinausgeht, und die Aufwendungen für dieses Personal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt wurde und
2. die Aufwendungen für die zusätzlichen Pflegehilfskräfte nachgewiesen werden.
3. Es werden
 - 0,016 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 oder 2,
 - 0,025 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3,
 - 0,032 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 und
 - 0,036 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5 finanziert.
4. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 7 entsprechend.

Art. 3 Nr. 2 § 17 Abs. 1a SGB XI – Richtlinien des MD Bund

A Beabsichtigte Neuregelung

Anpassung auf die neue Bezeichnung des MD Bund.

B Stellungnahme

Sachgerecht. Redaktionelle Anpassung

C Änderungsvorschlag

Keiner

Art. 3 Nr. 3 § 18 Abs. 6a Satz 5 SGB XI – Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Befristung bis zum 31. Dezember 2020 wird aufgehoben.

B Stellungnahme

Sachgerecht, das Verfahren hat sich in der Praxis bewährt.

C Änderungsvorschlag

keiner

Art. 3 Nr. 4a § 150 Abs. 5c SGB XI – Sicherstellung der pflegerischen Versorgung**A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Verwendbarkeit der Leistungsbeträge des Entlastungsbetrags aus dem Jahr 2019, die bisher noch nicht verbraucht worden sind, wird einmalig bis zum 31. Dezember 2020 verlängert.

B Stellungnahme

Sachgerecht, da die Auswirkungen der Pandemie auch über den 30.09.2020 hinaus noch bestehen werden.

C Änderungsvorschlag

keiner

Art. 3 Nr. 4b § 150 Abs. 5d SGB XI und Art.4 §9a Pflegezeitgesetz**A Beabsichtigte Neuregelung**

Die aufgrund der pandemiebedingten Sonderregelung in Anspruch genommenen Arbeitstage mit Bezug von Pflegeunterstützungsgeld sollen den regulären Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 nicht verkürzen.

B Stellungnahme

Sachgerecht, da die Pandemie eine besondere Situation zur Sicherstellung der Versorgung der Pflegebedürftigen darstellt. Der reguläre Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld bleibt somit erhalten.

C Änderungsvorschlag

keiner

III Ergänzender Änderungsbedarf

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 87a Abs. 3 Satz 7 und 8 SGB V – Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch das TSVG wurde die extrabudgetäre Vergütung vertragsärztlicher Leistungen bei Terminvermittlungen, bei offenen Sprechstunden und bei Neupatienten (TSVG-Konstellationen) eingeführt. Dies umfasst einerseits neue Zuschläge für vorgenommene Terminvermittlungen und andererseits die Förderung bestehender Leistungen durch Verschiebung aus der mit befreiender Wirkung pauschal gezahlten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) in den Bereich der ohne Mengenbegrenzung unquotiert zu zahlenden extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV).

Die im Rahmen von TSVG-Konstellationen erbrachten Behandlungen betreffen zum Zeitpunkt des Inkrafttretens einen Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung von schätzungsweise jährlich rund 5 Mrd. Euro. Anders als etwaige zukünftige Mengensteigerungen sind diese bereits zuvor innerhalb der MGV angefallenen Leistungsmengen aus der MGV zu bereinigen, um eine Doppelvergütung auszuschließen. Dazu sieht das TSVG vor, dass die MGV in den KV-Bezirken um die in den ersten 12 Monaten nach Inkrafttreten der jeweiligen TSVG-Konstellation anfallenden Leistungsmengen, quotiert mit den durchschnittlichen Auszahlungsquoten der jeweiligen Arztgruppen, basiswirksam abzusenken sind. Im Ergebnis sollten die Krankenkassen jährlich rund 500 Mio. Euro zusätzlich für die bereits bislang erbrachten Leistungen in Form von Zuschlägen sowie aufgestockter Auszahlungsquote vergüten und außerdem sämtliche zukünftigen Mengensteigerungen in diesem Bereich vollständig finanzieren, auch wenn sie über die Veränderung der Morbiditätsstruktur der Versicherten hinausgehen.

B Stellungnahme

Zum jetzigen Zeitpunkt fällt eine viel geringere Leistungsmenge für eine Bereinigung an, als während der Einführungsphase des TSVG auch vom Gesetzgeber vermutet wurde. Dies kann unterschiedliche Gründe haben. Z.B könnte die notwendige Kennzeichnung der unterschiedlichen TSVG Konstellationen nicht vollständig erfolgen, weil die Ärzte sich noch nicht an die Kennzeichnungspflicht gewöhnt haben. Dieser Prozess dauert erfahrungsgemäß länger als der auf 12 Monate festgesetzte Bereinigungszeitraum.

Darüber hinaus überlagert die Corona-Pandemie das derzeitige Versorgungsgeschehen, was wegen der geringeren Fallzahlen unmittelbar Auswirkungen auf die zu bereinigende Leistungsmenge hat. Zu einer unvollständigen Kennzeichnung kommt es aktuell zudem dadurch, dass alle ärztlichen Leistungen, die aufgrund des klinischen Verdachts oder des Nachweises einer Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) erforderlich werden, gemäß

§ 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V als nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs unmittelbar extrabudgetär vergütet werden und somit nicht bereinigt werden können.

Eine Reihe von Kassenärztlichen Vereinigungen haben ihre Mitglieder darauf hingewiesen, dass bei einer korrekten Kennzeichnung durch die Bereinigung Honorareinbußen drohen, die durch eine spätere Anwendung der Kennzeichnung nach Ablauf des Bereinigungszeitraums vermieden werden können. Entsprechend unterschiedlich fallen die Bereinigungsanteile bzw. Fallanteile für die TSVG-Konstellationen in den KV-Bezirken aus. Während im 4. Quartal 2019 in den KV-Bezirken Niedersachsen und Schleswig-Holstein knapp über 10 % aller Leistungen als TSVG-Leistungen gekennzeichnet und somit bereinigt wurden, beträgt dieser Anteil im KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern lediglich 0,25 %. Diese Unterschiede lassen sich sachlich nicht begründen.

Die oben genannten Gründe führen daher zu einer unvollständigen Bereinigung der durch das TSVG geförderten und bereits vor Inkrafttreten des TSVG erbrachten Leistungen. Nach Ablauf des jeweiligen Bereinigungszeitraums (d.h. größtenteils bereits ab dem 1. September 2020) werden somit durch die Krankenkassen nicht nur die geförderten Leistungen im Umfang von rund 5 Mrd. Euro jährlich extrabudgetär zu vergüten sein, sondern zusätzlich Jahr für Jahr pauschal MGV-Anteile zu zahlen sein, denen gar keine MGV-Leistungen mehr gegenüberstehen. Der Umfang der hierdurch hervorgerufenen Doppelfinanzierung wird nach aktuellen Prognosen, die auf der Analyse von Abrechnungsdaten beruhen, auf ca. 2,7 Mrd. Euro jährlich geschätzt.

Um diese sachlich nicht gerechtfertigte Überzahlung zu verhindern und dem eigentlichen Gesetzeswillen Rechnung zu tragen, muss die Dauer der Bereinigung in § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V von einem Jahr auf mindestens zwei Jahre erweitert werden. Damit würde anstelle des nicht repräsentativen ersten Jahres nach Inkrafttreten der jeweiligen TSVG-Förderung erst das jeweils zweite - hoffentlich deutlich weniger von der Pandemie betroffene - Jahr nach Inkrafttreten basiswirksam für den Bereinigungsumfang der MGV in den Folgejahren. Hierdurch würde eine Doppelfinanzierung weitgehend vermieden.

Darüber hinaus zeigt sich bereits im Jahr 2019 eine unvollständige Kennzeichnung von TSVG-Leistungen, insbesondere bei den Neupatienten. Nicht gekennzeichnete TSVG-Leistungen führen zu einer unsachgerechten dauerhaften Doppelfinanzierung dieser Leistungen. Die gesetzliche Regelung ist daher anzupassen und eine verpflichtende Kennzeichnung von TSVG-Leistungen vorzusehen.

C Änderungsvorschlag

In § 87a Absatz 3 werden die Sätze 7 und 8 folgendermaßen gefasst:

„Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragspartner haben die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in den Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 1 um die in Satz 5 Nr. 3-6 genannten Leistungen unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen sind, begrenzt auf zwei Jahre ab Inkrafttreten der neuen Vergütungsregelungen zu bereinigen; die vom Bewertungsausschuss zu beschließenden Vorgaben nach Absatz 5 Satz 7 sind zu berücksichtigen.“

Dabei sind alle Leistungen, die die Kriterien nach § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 3-6 SGB V erfüllen, ab sofort [einsetzen: Datum des Inkrafttretens], jedoch spätestens ab dem vierten Abrechnungsquartal 2020 verpflichtend einheitlich durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen und medizinischen Versorgungszentren zu kennzeichnen und in der Abrechnung gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zu übermitteln; der Bewertungsausschuss beschließt Vorgaben für eine einheitliche Kennzeichnung.