



Bundesamt für Soziale Sicherung, Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn

Ausschließlich per E-Mail:
Referat 228@bmg.bund.de

Bundesministerium für Gesundheit

HAUSANSCHRIFT
Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

TEL +49 228 619 1254
FAX +49 228 619 1866

referat211@bas.bund.de
www.bundesamtsozialesicherung.de

BEARBEITER(IN) FRAU KLING

26. August 2020

AZ 211 - 4060.00-2359/2020
(bei Antwort bitte angeben)

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege

Ihre E-Mail vom 6. August 2020

Sehr geehrter Herr Dr. Braun,
Sehr geehrte Damen und Herren,

das Bundesamt für Soziale Sicherung bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme und führt zu dem übersandten Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG) das Folgende aus:

I. Vorbemerkung

Der Referentenentwurf (RefE) sieht tiefgreifende Änderungen des § 140a SGB V vor. Verträge zur besonderen Versorgung sind ein wesentliches Instrument der Krankenkassen, um sich im Hinblick auf die angebotenen Leistungen von ihren Wettbewerbern abzusetzen. Im Jahr 2018 verfügten alleine die bundesunmittelbaren Krankenkassen über mindestens 5394 Verträge nach § 140a SGB V (vgl. BT-Drs. 19/3508 S. 13 ff.). Aus Sicht der Aufsicht ist es daher ein besonderes Anliegen, dass die gesetzlichen Spielräume der Krankenkassen und ihrer Vertragspartner mit der größtmöglichen Rechtsklarheit ausgestaltet sind.

II. Stellungnahme zum Gesetz im Einzelnen

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 3, Buchstabe a, Doppelbuchstabe aa

§ 140a Abs. 1 Satz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die vorgesehene Änderung in Satz 1 der Vorschrift erhalten Krankenkassen eine Beitrittsmöglichkeit zu bestehenden Verträgen nach § 140a mit Zustimmung der Vertragspartner.

B) Stellungnahme

Aus unserer Sicht besteht hier der Bedarf zu einer weitergehenden Änderung von einer Beitrittsmöglichkeit mit Zustimmung zu einem Beitrittsrecht. Die durch Selektivverträge initiierte Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung sollte nicht auf Dauer einem beschränkten Kreis von Versicherten zur Verfügung stehen.

Auch wenn Selektivverträge von Krankenkassen als Wettbewerbsinstrumente genutzt werden und auch genutzt werden sollen, besteht in der gesetzlichen Krankenversicherung eine grundsätzliche Verpflichtung, bewährte und notwendige Leistungen in eine regelhafte Versorgung zu überführen und möglichst allen Versicherten zugänglich zu machen. Hiermit wird dem Gedanken Rechnung getragen, Impulse für die Weiterentwicklung der Regelversorgung zu setzen und der dauerhaften Etablierung von Wettbewerbsvorteilen entgegenzuwirken.

Andernfalls bliebe es bei dem Ergebnis, dass die Qualität der Versorgung des Versicherten im Einzelfall vom Leistungsangebot seiner Krankenkasse abhängig ist. Nicht zuletzt im Bereich schwerwiegender Erkrankungen ist es unseres Erachtens mit den Grundsätzen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht vereinbar, wenn dauerhaft bewährte Leistungen nur als Exklusivleistungen wenigen Versicherten zur Verfügung stehen. So hat der Gesetzgeber schon an anderen Stellen wie in § 92b Verfahren implementiert, bei denen die Überführung innovativer Versorgungsformen in die Regelversorgung vorbereitet wird.

Um der Möglichkeit der Krankenkassen gerecht zu werden, Versorgungsverträge als Wettbewerbsinstrument einzusetzen, sollte ein Beitrittsrecht nicht sofort, sondern erst nach einer gewissen Vertragslaufzeit, z.B. von zwei Jahren entstehen. Der Vertrag bewirkt eine vertragliche Bindung aller Vertragspartner. Eine Verpflichtung der Krankenkassen zum Vertragsbeittritt besteht nicht.

Zur Realisierung eines Vertragsbeitrittes – sei es als Beitrittsmöglichkeit wie im Entwurf vorgesehen oder als Beitrittsrecht – ist es darüber hinaus notwendig, mehr Transparenz zu schaffen. In § 140a sollte daher eine Verpflichtung der Krankenkassen aufgenommen wer-

den, wesentliche Vertragsinhalte im Internet zu veröffentlichen, so wie dies in anderen Bereichen auch vorgesehen ist (vgl. § 127 Abs. 6).

C) Änderungsvorschläge

In Satz 1 werden nach dem Wort „können“ die Wörter „einzeln oder gemeinsam“ und werden nach dem Wort „abschließen“ die Wörter „oder derartigen Verträgen mit Zustimmung der Vertragspartner oder nach einer Vertragslaufzeit von zwei Jahren beitreten“ eingefügt.

Nach dem neuen Satz 6 wird folgender Satz angefügt:

„Die Krankenkassen haben die wesentlichen Inhalte der Verträge im Internet zu veröffentlichen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 3, Buchstabe a, Doppelbuchstabe bb

§ 140a Absatz 1 Satz 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bislang kann in Verträgen nach § 140a auch ein besonderer ambulanter ärztlicher Versorgungsauftrag unter Beteiligung vertragsärztlicher Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften realisiert werden. Die Möglichkeit soll nun erweitert werden, indem besondere Versorgungsaufträge unter Beteiligung der dafür berechtigten Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften umgesetzt werden können.

B) Stellungnahme

Die Kompetenzen zum Vertragsschluss erweitern sich für die Krankenkassen durch diese Regelung substantiell. Eine regelhafte Einbeziehung von Vertragsärzten ist nicht mehr vorgesehen. Soweit nach der Begründung eine Abweichung vom ärztlichen Verordnungsvorbehalt (z.B. Heilmittel, Hilfsmittel und Arzneimittel) nicht vorgesehen ist, stellt sich die Frage, in welchen Fallkonstellationen besondere Versorgungsvorhaben allein mit nichtärztlichen Leistungserbringern in Betracht kommen. Die Verordnung besonderer Versorgungsleistungen außerhalb der Regelversorgung ist unseres Erachtens nur dann möglich, wenn der Arzt ebenfalls an dem Vertrag teilnimmt, da hierdurch entsprechende Rechte und Pflichten, beispielsweise Vergütungsansprüche, erst begründet werden. Ferner sind die verordneten Leistungen Teil der ärztlichen Leistung, so dass der Arzt in die Lage versetzt werden sollte, den Behandlungserfolg der verordneten Leistung zu bewerten.

Zudem geht nur aus der Begründung, nicht aber aus dem Gesetzeswortlaut hervor, dass diese besonderen Versorgungsaufträge auf einen Sektor begrenzt sind.

C) Änderungsvorschlag

§ 140a Absatz 1 Satz 2 ist wie folgt zu fassen:

„Die Verträge ermöglichen eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung) sowie besondere *sektorenspezifische* Versorgungsaufträge unter Beteiligung der dafür berechtigten Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 3, Buchstabe a, Doppelbuchstabe cc

§ 140a Absatz 1 Satz 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

Verträge nach § 140a können auch eine besondere regionale Versorgung beinhalten.

B) Stellungnahme

Satz 3 kommt keine neue Regelungswirkung zu. Eine besondere regionale Versorgung kann bereits heute schon im Rahmen eines Versorgungskonzeptes nach Satz 2 vereinbart werden. Mit der besonderen regionalen Versorgung wird ein neuer unbestimmter Rechtsbegriff geschaffen, der in der Auslegung und damit verbunden der praktischen Handhabung zu Folgeproblemen führt. So können zwar Verträge betreffs eines regionalen Leistungsgeschehens abgeschlossen werden; die Teilnahme muss aber auch unter Berücksichtigung einer derartigen Neuregelung grundsätzlich allen Versicherten der vertragsschließenden Krankenkasse – und nicht nur einem regional beschränkten Teilnehmerkreis – offenstehen. Insbesondere für die bundesweit geöffneten Krankenkassen gilt, dass sie ihr Leistungsangebot aus Gleichbehandlungsgründen gemäß Artikel 3 GG allen Versicherten zur Verfügung stellen müssen.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelung sollte gestrichen werden.

Alternativ sollte die Gesetzesbegründung wie folgt ergänzt werden:

„Überregional tätige Krankenkassen sind jedoch weiterhin verpflichtet, ihr gesamtes Leistungsangebot grundsätzlich allen Versicherten zur Verfügung zu stellen. Dies ergibt sich aus Art. 3 GG.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 3, Buchstabe a, Doppelbuchstabe dd

§ 140a Absatz 1 Satz 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

Verträge, die nach den §§ 73a, 73c und 140a in der am 22. Juli 2015 geltenden Fassung geschlossen wurden, sind spätestens bis zum 31. Dezember 2021 in Verträge nach dieser Vorschrift zu überführen oder zu beenden.

B) Stellungnahme

Der Regelungszweck ist nachvollziehbar. Es ist insbesondere positiv zu bewerten, dass die Krankenkassen somit gezwungen sind, ihre Altverträge einer Prüfung im Hinblick auf die Fortführungswürdigkeit zu unterziehen. Möglicherweise gelingt so die Konzentration auf hochwertige Versorgungsvorhaben.

Beim BAS sind zu der beabsichtigten Neuregelung bereits Rückfragen eingegangen, wie diese Anforderung umzusetzen ist. Wir gehen davon aus, dass eine Ergänzung in der Gesetzesbegründung, dass die Fortführung von Versorgungsvorhaben im Wege von Änderungsvereinbarungen möglich ist oder alternativ ein Neuvertrag abgeschlossen werden kann, etwaige Unsicherheiten in der Umsetzung ausräumt.

C) Änderungsvorschlag

Die Gesetzesbegründung sollte wie folgt ergänzt werden:

„Die Krankenkassen können Versorgungsvorhaben im Wege von Änderungsvereinbarungen fortführen oder alternativ einen Neuvertrag schließen.“

§ 140a Absatz 1 Satz 6

A) Beabsichtigte Neuregelung

keine

B) Stellungnahme

Sollten die Neuregelungen in der Fassung des RefE kommen, ergibt sich ein Verweisfehler in Satz 6. Der Verweis auf Satz 4 muss dann zu Satz 5 geändert werden.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 3, Buchstabe b, Doppelbuchstabe aa

§ 140a Absatz 2 Satz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Den Vertragspartnern wird nunmehr auch eine Abweichungsbefugnis vom Zehnten Kapitel eingeräumt. § 63 Absatz 3 Satz 4, Absatz 3a und Absatz 5 Satz 4 gelten entsprechend. Insbesondere ist der Versicherte daher zu informieren, inwieweit das Vorhaben von den Vorschriften des Zehnten Kapitels abweicht und aus welchen Gründen diese Abweichungen erforderlich sind. Abgewichen werden darf zudem auch nur mit entsprechender Einwilligung des Versicherten. Daneben ist der BfDI bzw. die Landesbeauftragten für den Datenschutz vor Vertragsbeginn zu unterrichten.

B) Stellungnahme

Wir sehen die vorgesehenen erweiterten datenschutzrechtlichen Befugnisse kritisch. Auch aus der Gesetzesbegründung geht nicht hervor, welchem Zweck diese Abweichung dienen soll. Insofern ist nicht abzusehen und auch nicht nachvollziehbar, warum eine Abkehr von den datenschutzrechtlichen Grundsätzen nach dem Zehnten Kapitel erforderlich ist.

Modellvorhaben und besondere Versorgungsverträge unterliegen unterschiedlichen Rahmenbedingungen. Es ist jedenfalls abzuwägen, ob sich hieraus überzeugende Gründe gegen einen Gleichklang in den erweiterten datenschutzrechtlichen Befugnissen ergeben. So können wir aus der aufsichtsrechtlichen Praxis sagen, dass die Anzahl von im BAS angezeigten Verträgen nach §§ 63 ff. im Vergleich zu Verträgen nach § 140a verschwindend gering ist. Auch die Zielrichtung der Verträge ist verschieden: während besondere Versorgungsvorhaben vor allem als Wettbewerbsinstrument der Krankenkassen fungieren, kommt Modellvorhaben insbesondere durch die zwingende wissenschaftliche Evaluation und die Befristung (die bei Abweichungen vom Zehnten Kapitel noch kürzer ausfällt) viel eher ein Erprobungscharakter zur Verbesserung der Regelversorgung zu.

Bezogen auf den Verweis auf § 63 Absatz 3 Satz 4 ist anzumerken, dass der dortige Verweis auf § 284 Absatz 1 Satz 5 veraltet ist; richtig ist § 284 Absatz 1 Satz 4. Grundsätzlich halten wir die Nutzung von Verweisen zur entsprechenden Geltung von Vorschriften nur dann für vorzugswürdig, wenn sich hieraus eindeutige Vorgaben für Möglichkeiten und Grenzen ergeben. Dies ist vorliegend nur begrenzt der Fall. Insofern ist jedenfalls zu prüfen, ob der in der Aufsichtspraxis nach bisheriger Rechtslage relevante Grundsatz, dass Krankenkassen nicht zur Verarbeitung von Befunddaten ihrer Versicherten befugt sind, aufrechtzuerhalten ist.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 3, Buchstabe b, Doppelbuchstabe bb

§ 140a Absatz 2 Satz 4

A) Beabsichtigte Neuregelung

I. Der bisherige Satz 4, wonach die Wirtschaftlichkeit der besonderen Versorgung spätestens vier Jahre nach dem Wirksamwerden der zugrunde liegenden Verträge nachweisbar sein muss und § 88 Absatz 2 SGB IV entsprechend gilt, wird gestrichen.

II. Stattdessen wird geregelt, dass für nach § 92a geförderte neue Versorgungsformen die Anforderungen an eine besondere Versorgung nach Absatz 1 und die Anforderungen des zweiten Halbsatzes des Satzes 3 als erfüllt gelten.

B) Stellungnahme

I. Im Hinblick auf die Streichung des bisherigen Satz 4 haben wir keine Anmerkungen. Wir halten jedoch die Begründung für anpassungsbedürftig.

Insbesondere hat die Aufsicht die Kontrolle der Krankenkassen im Bereich der Verträge nach § 140a vornehmlich mit den allgemeinen Aufsichtsmitteln nach §§ 88, 89 SGB IV wahrzunehmen. Die besonderen Aufsichtsbefugnisse nach § 71 Absatz 6 stehen dagegen nur in den engen gesetzlich definierten Grenzen zur Verfügung und werden dementsprechend lediglich in diesen Ausnahmefällen in Betracht gezogen. Das BAS wirkt auch im Selektivvertragsbereich überwiegend im Wege des Dialoges mit den Krankenkassen auf eine Herstellung rechtskonformer Zustände hin; repressive Aufsichtsmittel finden sehr selten Anwendung.

Zur Erleichterung der Aufsichtsführung und um absehbaren Diskussionen vorzubeugen, würden wir uns in der Begründung ausführlichere Ausführungen dahingehend wünschen, dass die Krankenkassen verpflichtet bleiben, die Wirtschaftlichkeit ihrer Verträge unter Beachtung des § 69 Abs. 3 SGB IV sicherzustellen und die Aufsicht weiterhin im Rahmen allgemeiner Aufsichtsmittel Nachweise hierzu anfordern kann (§ 88 Absatz 2 SGB IV).

II. Von dem neuen Satz 4 können entgegen der Begründung nur nach § 92a geförderte Projekte während ihrer Laufzeit erfasst sein. Insoweit können wir den Ansatz nachvollziehen, dass mit einem positiven Förderbescheid Aussagen über die Besonderheit des Vorhabens und die Aussicht auf eine Verbesserung der Versorgung bestehen.

Nach dem Auslaufen der Förderung und dem Wegfall der Fördermittel muss die Krankenkasse jedoch zwangsläufig ihren Willen zur Fortführung auch unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten neu bewerten. Im Falle einer Evaluation nach § 92a Absatz 1 Satz 3 mit negativem Ergebnis kann eine Aussicht auf eine Verbesserung der Versorgung nicht länger angenommen werden.

Übergeordnetes Ziel des Innovationsfonds ist aber gerade eine qualitative Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland. Bereits nach dem Wortlaut der Norm sollen insbesondere Vorhaben gefördert werden, die hinreichendes Potential aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden, § 92a Absatz 1 Satz 2. Die Evaluation nach § 92a Absatz 1 Satz 3 wurde deshalb für notwendig erachtet, damit die Ergebnisse der Vorhaben und deren Effekt für die Versorgung im Hinblick auf eine Prüfung der dauerhaften Übernahme in die Versorgung valide und auf gesicherter Datengrundlage beurteilt werden können (BT-Drs. 18/4095, S. 100 f.)

Nur so profitieren langfristig alle Versicherten von den letztlich insgesamt durch Beitragseinnahmen finanzierten Versorgungsinnovationen. Mit der Weiterführung der individuellen Verträge ist diese Zielsetzung nicht zu vereinbaren.

Darüber hinaus ist auf Folgendes hinzuweisen:

Die Fiktion auf Verträge zu erstrecken, die nur teilweise oder aber zusätzliche Versorgungsinhalte zu einem ehemals geförderten Projekt aufweisen, ist inhaltlich ebenfalls problematisch und nicht vom Wortlaut des neuen Satz 4 gedeckt. Durch derartige Änderungen kann sich der Versorgungsinhalt wesentlich von dem mit einer Förderung beschiedenen Vorhaben unterscheiden und muss nicht mehr dem ursprünglich förderungswürdigen Ziel entsprechen. Daneben scheint es zumindest nach dem Auslaufen der Förderung gerade aus Gründen der Gleichbehandlung gerechtfertigt, derart angepasste, ehemals geförderte Projekte an denselben Maßstäben wie vergleichbare ungeförderte Vorhaben zu beurteilen.

Die Ausdehnung der Fiktion auf „gleichartige besondere Versorgungsformen“ anderer Verträge ist erst recht nicht vom Wortlaut des neuen Satz 4 erfasst. Es ist in der Praxis mangels Kenntnis aller Verträge auch nicht darstellbar zu bewerten, ob eine Gleichartigkeit gegeben ist. Dazu kommt, dass Krankenkassen und Aufsichten keinen Zugriff auf relevante andere Verträge haben müssen, weil diese nicht zuletzt als Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse der vertragsschließenden Krankenkasse gelten. Eine Aufsichtsbehörde hat lediglich das Recht, Verträge der ihrer Aufsicht unterstehenden Träger anzufordern. Die Möglichkeiten der Bundes- und Landesaufsichten sind entsprechend begrenzt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 3, Buchstabe b, Doppelbuchstabe cc

§ 140a Absatz 2 Satz 7

A) Beabsichtigte Neuregelung

Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen der Leistungserbringer und der Krankenkassen zur Versorgung der Versicherten dürfen durch Vertragspartner oder Dritte erbracht werden; § 11 Absatz 4 Satz 5 gilt dafür entsprechend und § 197b Satz 2 gilt dafür nicht.

B) Stellungnahme

Das BAS hält die Auslagerung der Management- und Koordinierungsleistungen im Bereich der Selektivverträge auch auf private Dritte bereits nach geltender Rechtslage für zulässig.

Die Regelung stellt jedoch im Hinblick auf die Auslagerungsfähigkeit von Beratungsaufgaben der Krankenkassen einen Paradigmenwechsel dar und bricht mit dem langjährigen Grundsatz der Gesetzgebung, dass die individuelle leistungsrechtliche Beratung ihrer Versicherten ausschließlich durch qualifizierte Krankenkassenmitarbeiter erfolgen soll.

Im Gegensatz zum Vertragsmanagement richten sich die Beratungsleistungen durch Dritte unmittelbar an die Versicherten und beeinflussen somit ihre Entscheidung über die Inanspruchnahme von Leistungen maßgeblich. Dabei besteht das Risiko, dass die Dienstleister in dieser Konstellation einem Interessenkonflikt zwischen vertraglichen Vorgaben und Anreizen der beauftragenden Krankenkasse und den zu beratenden Versicherten ausgesetzt sind.

Die sozialrechtliche Beratung der Versicherten nach § 14 SGB I ist eine der Leistungen, die dem § 197b Satz 2 unterfällt, also als wesentliche Aufgabe der Versorgung der Versicherten bisher ganz klar nicht auslagerungsfähig ist. Diese langjährige Rechtsauffassung der Aufsichtsbehörden hat das BSG mit Urteil vom 8. Oktober 2019 (B 1 A 3/19 R) bestätigt und den Begriff der „wesentlichen Aufgaben der Versorgung“ ausgelegt. In den Gründen heißt es unter Rn. 28 dazu:

„Wesentliche Aufgaben zur Versorgung der Versicherten dürfen nicht in Auftrag gegeben werden (§ 197b Satz 2 SGB V). Eine Regelung, die solche Aufgaben auf private Dritte überträgt, wäre ihrer Art nach nicht genehmigungsfähig (...). Zu diesen Kernaufgaben zählen gerade auch die auf eine bessere Versorgung der Versicherten gerichteten Beratungs- und Hil-

feleistungen, sei es nach allgemeinen Vorschriften, sei es zur Unterstützung der Leistungserbringer bei einem Versorgungsmanagement oder selbsttätig im Rahmen des § 44 Abs 4 SGB V.“

Insofern besteht keinerlei Klärungsbedarf, denn die in der Entwurfsbegründung angegebenen „Abgrenzungsprobleme zum Versorgungsmanagement der Leistungserbringer (insbesondere nach § 11 Absatz 4)“ bestehen nach diesem Urteil nicht mehr. Sie bestanden auch vorher nicht: sowohl die Aufsichtsbehörden als auch der BfDI haben immer die Rechtsauffassung vertreten, dass es sich beim Versorgungsmanagement nach § 11 Absatz 4 um eine klar zugeordnete Zuständigkeit der Leistungserbringer handelt, die den Krankenkassen keinen Raum für ein eigenes Versorgungsmanagement oder gar dessen Auslagerung lässt. Dies hat das Urteil lediglich bestätigt und den Krankenkassen die Möglichkeit einer abweichenden Rechtsauslegung, mit der nicht nur Verstöße gegen § 197b, sondern auch gegen den Datenschutz (siehe Rn. 31 ff. des o.a. Urteils) einhergehen, genommen.

Unabhängig von richterlicher Rechtsfortbildung hat der Gesetzgeber selbst den Grundsatz, dass eine leistungsrechtliche Beratung der Versicherten allein Sache der Krankenkassen und damit nicht auslagerungsfähig ist, gerade noch 2015 bei der Anpassung des § 44 durch das GKV-VSG ausdrücklich betont, um allen Versuchen, dies an private Dritte zu delegieren, einen Riegel vorzuschieben. Für den Bereich der Beratung im Rahmen des Krankengeldfallmanagements enthält der damals eingefügte § 44 Absatz 4 einen individuellen Anspruch des Versicherten, bei Arbeitsunfähigkeit durch die Krankenkasse darüber beraten zu werden, welche Leistungen und unterstützenden Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind. Der allgemeine Beratungsgrundsatz des § 14 SGB I wurde damit für einen speziellen Fall konkretisiert.

§ 44 Absatz 4 Satz 4 gestattet ausdrücklich nur eine Übertragung dieser Beratungsaufgaben an die in § 35 SGB I genannten Stellen. Dies schließt eine Übertragung an private Dritte aus, was die Gesetzesbegründung zu § 44 Absatz 4 (BT-Drs. 18/4095, S. 79) bestätigt. Die Krankenkasse hat die individuelle Beratung und Hilfestellung ausschließlich selbst zu erbringen, zur Umsetzung „sollen qualifizierte Krankenkassenmitarbeiter eingesetzt werden“. Mit diesem ausdrücklichen Verbot des Outsourcings an private Dritte in § 44 Absatz 4 hat der Gesetzgeber damit nur für den speziellen Fall der Beratung im Rahmen des Krankengeldfallmanagements das niedergelegt, was bereits zuvor für die Beratung nach § 14 SGB I galt und damit auch bis heute für alle Formen des Versorgungsmanagements.

Eine sozialrechtliche Beratung durch Dritte im Bereich der Selektivverträge zuzulassen, würde folglich eine Abkehr von den bisherigen gesetzgeberischen Motiven zu Lasten der Versicherten bedeuten. Es ist nicht erkennbar, wie eine Auslagerung von Beratungsaufgaben der Krankenkassen auf private Dritte im Interesse der Versicherten sein könnte. Insofern stellt sich ebenfalls die Frage, ob eine derartige Aufgabenauslagerung auch bei der beabsichtigten Suspendierung von § 197b Satz 2 nicht ohnehin an § 197b Satz 1 scheitert, der als Voraussetzung jeglichen Outsourcings vorsieht, dass dieses im Interesse der Versicherten sein muss. Wenn es nach Auffassung des Gesetzgebers im Bereich des Fallmanagements ureigenes Interesse des Versicherten ist, durch qualifizierte Krankenkassenmitarbeiter beraten zu werden, kann dies im Selektivvertragsbereich nicht anders sein.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelung sollte gestrichen werden.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 3, Buchstabe c, Doppelbuchstabe aa

§ 140a Absatz 3 Satz 1 Nr. 3a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Als neue Vertragspartner der Krankenkassen kommen andere Sozialleistungsträger und die nach den für diese Träger geltenden Bestimmungen zur Versorgung berechtigten Leistungserbringer in Betracht.

B) Stellungnahme

Die Begründung weist zutreffend darauf hin, dass eine die verschiedenen Sozialleistungsträger übergreifende Versorgung bisher nach Nummer 3 nur für die Pflegeversicherung vorgesehen ist.

Für die Pflegeversicherung besteht eine spezielle Regelung in § 92b SGB XI. Insbesondere befinden sich die zur Durchführung dieser Verträge erforderlichen datenschutzrechtlichen Befugnisnormen in den §§ 94 Abs. 1 Nr. 6a und 104 Abs. 1 Nr. 2a SGB XI. So spricht vieles dafür, dass eine entsprechende Ermächtigung mit Vorschriften insbesondere auch zum Teilnahmeverfahren und Datenschutz in den betreffenden Büchern der übrigen Sozialleistungszweige zu verankern ist. Es gilt der Vorbehalt des Gesetzes, § 31 SGB I.

Soweit es sich bei den Leistungserbringern, die für die anderen Träger im Sinne dieser Vorschrift zur Versorgung berechtigt sind, nicht um solche handelt, die zugleich als zugelassene

Leistungserbringer in der GKV Leistungen erbringen dürfen, darf eine Krankenkasse ihnen gegenüber grundsätzlich zumindest keine Hauptleistungspflichten (insbesondere finanzieller Art) begründen. Deshalb erscheint es vorzugswürdig, die Krankenkasse nicht in eine direkte vertragliche Beziehung zu solchen nicht nach dem Vierten Kapitel des SGB V zugelassenen Leistungserbringern treten zu lassen. Eine Einbindung dieser Leistungserbringer in ein Versorgungsvorhaben kann dann immer noch im ausschließlichen Vertragsverhältnis mit dem anderen Träger erfolgen.

Hinzu kommt, dass die hier genannten Vorhaben ausweislich der Begründung nicht nur gesetzlich Versicherten, sondern z.B. auch anderen (nichtversicherten) Sozialleistungsempfängern zugänglich sein sollen. Dies steht jedoch im Widerspruch zur Regelung des § 140a Absatz 4, wonach die Teilnahmeerklärung des Versicherten gegenüber seiner Krankenkasse gerade Voraussetzung für die Leistungsanspruchnahme ist.

Zu den weitergehenden grundsätzlichen Vorbehalten verweisen wir auf unsere Stellungnahme zu § 140a Absatz 3a.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 3, Buchstabe c, Doppelbuchstabe bb

§ 140a Absatz 3 Satz 1 Nr. 7

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bislang können nur Kassenärztliche Vereinigungen zur Unterstützung von Mitgliedern, die an der besonderen Versorgung teilnehmen, Vertragspartner werden. Die Befugnis soll auf andere Berufs- und Interessenverbände der Leistungserbringer nach § 140a Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 erweitert werden.

B) Stellungnahme

Wir sehen keinen entsprechenden Regelungsbedarf. Bisher konnten Berufs- und Interessenverbände regelmäßig unter die Gemeinschaft von Leistungserbringern nach § 140a Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 oder auch die Managementgesellschaft nach § 140a Absatz 3 Satz 1 Nr. 2 subsumiert werden. Diese sind insbesondere für die vertragliche Einbindung der Leistungserbringer verantwortlich. Die Verbände können daneben entgegen der Ausführungen in der Begründung auch heute schon als Abrechnungsdienstleister gemäß § 295a Absatz 2 tätig werden. Weiterer Regelungsbedarf besteht nicht, insbesondere wenn er zusätzlich die Fra-

gen aufwirft, welche vertraglichen Leistungen diese Verbände darüber hinaus erbringen können und ob diese Leistungen einer Vergütung durch die Krankenkasse zugänglich sind.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelung sollte gestrichen werden.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 3, Buchstabe c, Doppelbuchstabe cc

§ 140a Absatz 3 Satz 1 Nr. 8

A) Beabsichtigte Neuregelung

Als Vertragspartner sind nun auch Anbieter digitaler Dienste und Anwendungen nach § 68a Absatz 3 vorgesehen.

B) Stellungnahme

I. Nach der Gesetzesbegründung soll die Einbindung dieser Vertragspartner ermöglicht werden, um die geförderten Versorgungsinnovationen nach § 68a im Rahmen selektivvertraglicher Versorgungsformen zu nutzen. Da sich dieser Zweck nicht unmittelbar aus dem Wortlaut ergibt, schlagen wir eine Klarstellung vor.

II. Aufgrund der weiteren beabsichtigten Neuregelungen zur Erweiterung des Kreises zulässiger Vertragspartner ist eine Anpassung des § 140a Absatz 1 Satz 1 angezeigt, weil es sich bei diesen potentiellen Vertragspartnern zunehmend nicht um Leistungserbringer im Sinne des SGB V handelt (vgl. § 69 Absatz 1 Satz 1).

C) Änderungsvorschläge

I. § 140a Absatz 3 Satz 1 Nummer 8 wird wie folgt gefasst:

„Anbietern digitaler Dienste und Anwendungen nach § 68a Absatz 3, die von der Krankenkasse geförderte digitale Innovationen bereitstellen.“

II. In § 140a Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „mit den in Absatz 3 genannten Leistungserbringern“ gestrichen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 3, Buchstabe d

§ 140a Absatz 3a

A) Beabsichtigte Neuregelung

Gegenstand der Verträge kann die Förderung einer besonderen Versorgung, die von den in Absatz 3 genannten Leistungserbringern selbstständig durchgeführt wird, oder eine besondere Versorgung im Rahmen des Versorgungsmanagements nach § 11 Absatz 4 sein. Gegenstand der Verträge kann die Beteiligung an übergreifenden Versorgungsaufträgen anderer Sozialleistungsträger sein. Die Beteiligung nach den Sätzen 1 und 2 darf erfolgen, soweit es dem Zweck der gesetzlichen Krankenversicherung dient.

B) Stellungnahme

Wir halten Satz 1 für entbehrlich, da ihm im Ergebnis kein Regelungscharakter zukommt.

Es ist unbestritten, dass ein Versorgungsmanagement auf Grundlage von Verträgen nach § 140a vereinbart werden darf (vgl. § 11 Absatz 4 Satz 6). Auch aus der Gesetzesbegründung ergeben sich keine Hinweise auf den Sinn und Zweck dieser Regelung.

Mit der Möglichkeit zur Förderung einer von Leistungserbringern selbstständig durchgeführten besonderen Versorgung soll nach der Begründung zum einen berücksichtigt werden, dass Versorgungsprojekte häufig von Leistungserbringern initiiert und betrieben werden. Zum anderen soll die Krankenkasse die Projektstrukturen bezuschussen oder Vergütungsvereinbarungen treffen können. Dass die Initiative für Versorgungsvorhaben oftmals von Leistungserbringern ausgeht, ist bekannt, stand nach unserem Kenntnisstand jedoch in der Praxis einem Abschluss eines Vertrages nach § 140a noch nie im Wege. Im Hinblick auf die Vergütung der Leistungserbringer halten wir die Gesetzesbegründung zum GKV-VSG für zutreffend, wonach es Bestandteil der Vertragsfreiheit ist, dass die Vertragsparteien frei über die Inhalte und auch über die Ausgestaltung der Vergütung entscheiden können (BT-Drs. 18/4095, S. 127). Grenzen setzt dabei das Wirtschaftlichkeitsgebot. Daher ist es nachvollziehbar, dass sich die Vergütung in der Regel an den für die Versicherten der Krankenkasse erbrachten Leistungen orientiert und nicht in Form von pauschalen Zuschüssen erfolgt; rechtlich ausgeschlossen sind derartige Zuschüsse jedoch schon heute nicht.

Darüber hinaus halten wir auch den Wortlaut der Vorschrift für unglücklich gewählt. Vertraglich eingebundene Leistungserbringer führen die Versorgung grundsätzlich selbstständig durch. Zudem erweckt die Betonung der Förderungsmöglichkeit den Eindruck, den Krankenkassen kämen in diesem Zuge weniger Pflichten zu als in anderen Verträgen nach § 140a, obgleich alle weiteren Voraussetzungen der Vorschrift einzuhalten sind. So sind die Ausführungen in der Begründung, die Beteiligung der Krankenkassen könne auf finanzielle Zuschüsse oder Vergütungsvereinbarungen beschränkt sein, unzutreffend, weil die Kranken-

kassen insbesondere weiterhin für das Teilnahmeverfahren ihrer Versicherten verantwortlich bleiben und ihnen in diesem Zusammenhang Auskunfts- und Beratungspflichten zukommen.

Die Sätze 2 und 3 begegnen Bedenken. Sie sind widersprüchlich, wenn zunächst deutlich wird, dass es sich „um übergreifende Versorgungsaufträge anderer Träger“ handelt und insofern die Verantwortung gerade nicht bei den Krankenkassen liegt, aber eine Beteiligung doch ermöglicht wird, soweit sie „dem Zweck der gesetzlichen Krankenversicherung dient“.

Aus der Begründung geht jedenfalls nicht hervor, was an dieser Stelle als Zweck der gesetzlichen Krankenversicherung gilt. Es liegt nahe, dahingehend auf § 1 Satz 1 zurückzugreifen. Demnach ist es Aufgabe der Krankenversicherung als Solidargemeinschaft die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Es handelt sich hierbei jedoch lediglich um eine Einweisungsvorschrift, die für die Auslegung und Anwendung des Krankenversicherungsrechts heranzuziehen ist (BT-Drs. 11/2237, S. 157). Ein unmittelbarer Normgehalt kommt ihr insoweit nicht zu. Ihrer Aufgabe werden die Krankenkassen vielmehr gerecht, indem sie nach den Maßstäben gemäß § 2 die im Dritten Kapitel genannten Leistungen bereitstellen. Darüber hinaus sind der Krankenkasse jedoch Grenzen gesetzt. Rechte und Pflichten in den Sozialleistungsbereichen dieses Gesetzbooks dürfen nach § 31 SGB I nur begründet, festgestellt, geändert oder aufgehoben werden, soweit ein Gesetz es vorschreibt oder zulässt. Die Versicherungsträger dürfen gemäß § 30 SGB IV nur Geschäfte zur Erfüllung ihrer gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Aufgaben führen und ihre Mittel nur für diese Aufgaben sowie die Verwaltungskosten verwenden.

Die Begründung halten wir daher für missverständlich. Zwar steht dort zunächst, dass die finanzielle Förderung den versicherungsbezogenen Anteil umfassen kann. Dann folgt aber, dass die im Projekt gemeinsam erfüllten Aufgaben keine völlige Entsprechung im Leistungsrecht der GKV haben müssen. Derartige Projekte umfassen zwangsläufig einen Versorgungsanteil, der nicht krankenkassenbezogen ist. Die potentiellen vertraglichen Aufgaben der verschiedenen Sozialleistungsträger sind jedoch durch das für die jeweiligen Vertragspartner maßgebliche Leistungsrecht vorgegeben.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelung in Satz 1 sollte gestrichen werden.

§ 140a Absatz 3b

A) Beabsichtigte Neuregelung

Gegenstand der Verträge kann eine besondere Versorgung im Wege der Sach- oder Dienstleistung in Einzelfällen, wenn medizinische oder soziale Gründe dies rechtfertigen, oder in den Fällen sein, in denen die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung der vom Versicherten selbst beschafften Leistungen vorliegen. Solche Verträge können auch mit nicht zugelassenen Leistungserbringern geschlossen werden, wenn eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist.

B) Stellungnahme

Unseres Erachtens passt die beabsichtigte Neuregelung aus systematischen Gründen nicht in den § 140a. Gegebenenfalls sollte daher die Schaffung einer eigenständigen Norm in Betracht gezogen werden.

Absatz 3b dient der Regelung von Einzelfällen. Dies ist jedoch nicht die Zielrichtung, die den Verträgen nach § 140a ansonsten zukommt. Sie sind grundsätzlich an alle Versicherten, die die jeweiligen Teilnahmevoraussetzungen (z.B. bestimmte Erkrankungen) erfüllen, gerichtet. Der Vertragsschluss der Krankenkasse begründet dabei für diese Versicherten einen Leistungsanspruch.

Daneben sind auch bei einem Vertrag nach Absatz 3b die übrigen Vorschriften des § 140a zu berücksichtigen. Das bedeutet, sie müssen insbesondere ein besonderes Versorgungsvorhaben umsetzen (Absatz 1 Satz 2), die Grenzen der Abweichungsbefugnis berücksichtigen (Absatz 2 Satz 1, 2) sowie ein Teilnahmeverfahren für die Versicherten vorsehen (Absatz 4). Diese Bestimmungen lassen sich nach unserer Einschätzung jedoch nicht mit dem nach Absatz 3b verfolgten Zweck vereinbaren.

Absatz 3b soll nach der Begründung eine Lücke im Leistungserbringungsrecht schließen. Eine derartige Lücke vermögen wir jedoch nicht zu erkennen. Im zweiten Absatz der Begründung ist die entsprechende umfassende Systematik der Leistungsgewährung dargelegt.

Im Einzelnen überzeugt es nicht, Versicherten die nach § 13 Absatz 2 Kostenerstattung gewählt haben, um damit freiwillig vom Sachleistungsprinzip abzuweichen, nun doch Sach- und Dienstleistungen zur Verfügung zu stellen. In den Konstellationen des § 13 Absatz 3 hat der Versicherte seine Leistung bereits selbst beschafft, weil die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Das heißt im Verhältnis zwischen Versichertem und Leistungserbringer ist bezogen auf die Leistung ein unbedingtes Verpflichtungsgeschäft zustande gekommen; der Versicherte hat sich damit einer endgültigen rechtlichen Zahlungsverpflichtung ausgesetzt (BSG, Urteil

vom 11. Mai 2017 – B 3 KR 30/15 R –, Rn. 46). Insoweit besteht für das Naturalleistungsprinzip kein Raum mehr.

In Bezug auf die in Absatz 3b Satz 1 Alt. 2 aufgeführte Tatbestandsvoraussetzung der „selbst beschafften Leistungen“ gelten die vorstehenden Darlegungen. Eine vertragliche Regelung der Versorgung der Krankenkasse mit dem Leistungserbringer wird ihr nicht (mehr) möglich sein.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelung sollte gestrichen werden.

Alternativ sollte der Regelungsinhalt in einer eigenständigen Norm abgebildet werden.

Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 1, Buchstabe a und b

§ 8

A) Beabsichtigte Neuregelung

Gegenstand der Regelung ist die Gewährung von Vergütungszuschlägen zugunsten vollstationärer Pflegeeinrichtungen zum Zwecke der Finanzierung zusätzlicher Pflegehilfskraftstellen. Wie im Verfahren nach § 8 Abs. 6 SGB XI (Vergütungszuschläge zur Finanzierung zusätzlicher Pflegefachkräfte) werden auch die Vergütungszuschläge für zusätzliche Pflegehilfskraftstellen einheitlich über eine damit betraute Pflegekasse an die jeweilige vollstationäre Pflegeeinrichtung monatlich ausgezahlt (§ 8 Abs. 6a SGB XI-E i.V.m. § 8 Abs. 6 S. 7 und 12 SGB XI).

Die Zahlungen an die Pflegeeinrichtungen durch die damit betrauten Pflegekassen werden als Leistungsaufwendungen im Rahmen des Finanzausgleichs (§§ 66 f. SGB XI) berücksichtigt und erhöhen die dort abrechnungsfähige Summe der Leistungsausgaben. Entsprechend ihrer Systemverantwortung beteiligen sich die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten nach Abs. 6a (§ 8 Abs. 9 S. 1 SGB XI-E (Art. 3 Nr. 1 lit. b)). Anders als bei der Finanzierung der Zuschläge nach § 8 Abs. 6a SGB XI beteiligt sich die GKV nicht.

B) Stellungnahme

Das Verfahren der Refinanzierung mittels Finanzausgleiches entspricht allgemeinen Grundsätzen; daher ist unschädlich, dass die Refinanzierung nicht gesondert erwähnt wird. Des

Gleichen ist unschädlich, dass § 8 Abs. 6a SGB XI-E (anders als § 8 Abs. 6 Satz 5 SGB XI) keine Regelung über die Verwaltung der Finanzierungsanteile beinhaltet, die ohnehin nicht getrennt vom übrigen Vermögen des Ausgleichsfonds erfolgt. Die Orientierung an den Verfahrensgrundsätze nach § 8 Abs. 6 SGB XI ist sachgerecht. Aus der Einfügung des Abs. 6a sowie der Erweiterung des § 8 Abs. 9 Satz 1 folgt i.V.m. § 8 Abs. 10 SGB XI das Erfordernis, eine Vereinbarung mit dem GKV-SV und dem Verband der PKV zur Bereitstellung der Mittel sowie zur Feststellung und Erhebung der Finanzierungsbeträge des Verbandes der PKV abzuschließen.

Für die Abrechnung mit dem Verband der PKV bedarf es einer eindeutigen Benennung der Datenbasis. Maßgeblich sind (vgl. auch die Regelung in § 150 Abs. 4 Satz 6 SGB XI) grundsätzlich die vierteljährlichen Finanzstatistiken der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. In diesem Kontext muss das Bundesamt für Soziale Sicherung als Adressat der (weiteren) Berichterstattung nach § 8 Abs. 6a Satz 7 SGB XI-E eingebunden werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 8 Abs. 6a Satz 7 und 8 SGB XI wird wie folgt gefasst:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit **sowie dem Bundesamt für Soziale Sicherung** vierteljährlich über die Zahl des durch diesen Zuschlag finanzierten Pflegepersonals, den Stellenzuwachs und die Ausgabenentwicklung. **Das Bundesamt für Soziale Sicherung ermittelt die Höhe des Finanzierungsanteil der privaten Versicherungsunternehmen auf Basis der vierteljährlichen Finanzstatistiken der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen.**“

III. Vorschläge des Bundesamtes für Soziale Sicherung für weitere Neuregelungen Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 63 Abs. 4a

A) Vorschlag zur Neuregelung

Nach § 63 Absatz 4 wird folgender Absatz 4a angefügt:

„Die Versicherten erklären ihre freiwillige Teilnahme an dem Modellvorhaben schriftlich oder elektronisch gegenüber ihrer Krankenkasse.“

B) Begründung

In §§ 63 ff. sind bislang bis auf die Vorgaben zur datenschutzrechtlichen Einwilligung nach § 63 Absatz 3a Satz 2 bis 4 keine ausdrücklichen Regelungen zum Teilnahmeverfahren der Versicherten zu finden. Aus der Begründung zum 2.GKV-NOG ging hervor, dass die Teil-

nahme der Versicherten an Modellvorhaben freiwillig ist (BT-Drs. 13/7264, S. 50 u. 62). Teilnahmeerklärungen dokumentieren die freiwillige Beteiligung der Versicherten. Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-VSG zum Ausdruck gebracht, dass die Einzelheiten der Teilnahmebedingungen in den Teilnahmeerklärungen der Versicherten geregelt werden können (BT-Drs. 18/4095, S. 82). Da durch die Teilnahmeerklärung des Versicherten gegenüber der Krankenkasse ein öffentlich-rechtlicher Vertrag begründet wird, gilt grundsätzlich das Schriftformgebot gemäß § 56 SGB X. Schriftliche Erklärungen führen bei digitalen Vorhaben zu einem Medienbruch. Es ist daher sachgerecht, die Möglichkeiten zur Organisation der Teilnahme an Modellvorhaben insoweit an die gesetzlichen Vorgaben für Selektivverträge nach § 73b und § 140a anzugleichen.

§ 73b Absatz 4

A) Vorschlag zur Neuregelung

Nach § 73b Absatz 4 Satz 1 wird folgender Satz ergänzt:

„Krankenkassen können bestehenden Verträgen mit Zustimmung der Vertragspartner oder nach einer Vertragslaufzeit von zwei Jahren beitreten.“

B) Begründung

Neben den Verträgen nach § 140a sollte das Beitrittsrecht auch für die selektivvertraglichen hausarztzentrierten Versorgungsverträge nach § 73b aufgenommen werden. Hier sehen wir in unserer Aufsichtspraxis das Problem, dass die Priorität, nach der Vertragsverhandlungen aufgenommen werden, u.a. von der Größe der Krankenkassen abhängt und Verhandlungen mit Krankenkassen mit geringeren Mitgliederzahlen spät oder gar nicht aufgenommen werden. Gleichzeitig verkomplizieren viele verschiedene Verträge mit teils nur kleinen zu berücksichtigenden Abweichungen die Umsetzung in den Hausarztpraxen. Ein Beitrittsrecht würde die Vertragsgestaltungen vereinheitlichen, die Umsetzung in der Praxis vereinfachen und so nicht zuletzt auch die Akzeptanz erhöhen.

IV. Erfüllungsaufwand

Die in Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe a, Doppelbuchstabe dd des Referentenentwurfes vorgesehene Pflicht zur Überführung von Altverträgen auf Basis der §§ 73a, 73c und 140a SGB V a.F. in Verträge nach § 140a SGB V aktueller Fassung löst einen Personalmehrbedarf beim Bundesamt für Soziale Sicherung aus.

Es ist zwar vorgesehen, dass die Verträge bis spätestens zum 31. Dezember 2021 in Verträge nach § 140a SGB V aktueller Fassung zu überführen oder zu beenden sind. Da sich die Vertragsverhandlungen der Krankenkassen mit den Leistungserbringern erfahrungsge-

mäßig über Monate hinziehen können, ist nicht davon auszugehen, dass die Umstellung bis Ende 2021 abgeschlossen ist. Wir gehen mindestens von einem Umstellungsprozess bis 2023 aus.

Aufgrund von Erhebungen in den vergangenen Jahren bei den Krankenkassen, die unserer Aufsicht unterstehen, gehen wir von über 5.000 abgeschlossenen Selektivverträgen aus. Selbst wenn lediglich 10 Prozent der Verträge in Verträge auf der Grundlage des § 140a SGB V aktueller Fassung überführt werden müssen, handelt es sich etwa um 500 Altverträge. Dieser Umstellungsprozess löst erheblichen Beratungsbedarf aus, den wir mit einem Erfüllungsaufwand von rund 3 VZÄ im gehobenen Dienst bis Ende 2023 schätzen.

Für etwaige Rückfragen stehen die Beschäftigten der zuständigen Fachreferate des Hauses gerne zur Verfügung. Der Einfachheit halber bitten wir bei Bedarf das Referat 211 anzusprechen, da dies die Stellungnahme koordiniert hat und die Anfragen dann weiterleitet (Referat211@bas.bund.de).

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag



Domscheit