

**Stellungnahme
des GKV–Spitzenverbandes
vom 26.08.2020**

**zum Referentenentwurf eines Gesetzes
zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege
(Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG)
vom 06.08.2020**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	3
II. Stellungnahme zum Referentenentwurf	6
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	6
§ 85a – Sonderregelungen für Vertragszahnärzte aus Anlass der COVID-19-Epidemie	6
§ 140a Absatz 1 – Besondere Versorgung	7
§ 140a Absatz 2 – Besondere Versorgung	10
§ 140a Absatz 3 Satz 1 – Besondere Versorgung	13
§ 140a Absatz 3a (neu) und Absatz 3b (neu) – Besondere Versorgung	15
Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)	17
§ 4 Absatz 10 (neu) – Hebammenstellen-Förderprogramm	17
§ 9 Absatz 1a Nummer 6 neuer Halbsatz – Sicherstellung der Kinder- und Jugendmedizin	24
Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	28
§ 8 – Gemeinsame Verantwortung	28
§ 18 – Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit	34
§ 150 Abs. 5c – Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige	35
§ 150 Abs. 5d – Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige	36
Artikel 5 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)	38
Absatz 2	38
III. Ergänzender Änderungsbedarf	39
Zu Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	39
§ 8 Absatz 6 – Pflegestellenförderprogramm für vollstationäre Pflegeeinrichtungen	39
IV. Weiterer Änderungsbedarf	40
§ 87a Abs. 3 Satz 7 und 8 SGB V – Bereinigung der MGV wegen extrabudgetärer Vergütung	40
§ 296 SGB V – Datenübermittlung für Wirtschaftlichkeitsprüfungen	43
§ 298 SGB V – Übermittlung versichertenbezogener Daten	44

I. Vorbemerkung

Mit dem vorgelegten Referentenentwurf zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG) sollen bis zum Jahresende Rechtsänderungen in inhaltlich verschiedenen Bereichen auf den Weg gebracht werden. Ziel des Gesetzentwurfes ist eine Verbesserung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung.

Selektivvertragliche Möglichkeiten werden erweitert – Versorgungsinnovationen gefördert

Die neuen Regelungen zur Schaffung von erweiterten Möglichkeiten für Selektivverträge sehen eine Vielzahl von Flexibilisierungsmöglichkeiten der bereits heute gelebten Vertragsvielfalt vor. Dies wird vom GKV-Spitzenverband ausdrücklich begrüßt. So können bspw. Versorgungsaufträge künftig auch mit anderen Leistungserbringern als mit Vertragsärzten geschlossen werden. Selektivverträge können nun auch eine besondere regionalere Versorgung beinhalten. Positiv ist ebenfalls, dass vom Innovationsausschuss geförderte neue Versorgungsformen nach Auslaufen der Förderung künftig ganz oder teilweise weitergeführt werden können. Es wird damit die Position der Krankenkassen bestätigt, dass eine zwingende Überführung in die kollektivvertragsrechtliche Regelversorgung nicht zwangsläufig erforderlich ist. Erfreulich ist in diesem Zusammenhang auch das Entfallen des Genehmigungsvorbehaltes, weil damit sichergestellt ist, dass die Vertragspartner auf die grundsätzliche Möglichkeit zur Fortführung der Verträge vertrauen können, sobald sie die Prüfung durch den Innovationsausschuss erfolgreich bestanden haben. Diese Klarstellung des Gesetzgebers wird ausdrücklich seitens des GKV-Spitzenverbandes begrüßt.

Ebenfalls hält der GKV-Spitzenverband die Erweiterung der möglichen Vertragspartner auf andere Sozialleistungsträger für sinnvoll. Dadurch ist die Umsetzung weiterer innovativer Versorgungskonzepte auch über Sektorengrenzen und Sozialversicherungsbereiche hinweg möglich. Kritisch ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes jedoch die geplante Einbindung der PKV zu bewerten. PKV-Unternehmen den Einstieg in innovative Versorgungsverträge der Krankenkasse zu ermöglichen, wird als nicht sachgerecht angesehen. Im bestehenden dualen System der Krankenversicherung sollten die mit den Beitragsgeldern der Beitragszahlenden in der gesetzlichen Krankenversicherung entwickelten und finanzierten Versorgungsinnovationen auch ausschließlich den gesetzlich Versicherten zu Gute kommen.

Hebammenstellen-Förderprogramm

Der GKV-Spitzenverband begrüßt das vorgeschlagene Hebammenstellen-Förderprogramm zur Verbesserung der Betreuungsrelation von Hebammen/Entbindungspflegern und Schwangeren auf Geburtsstationen sowie die damit verbundene zielgerichtete Förderung von Geburtskliniken, die eine Mindestanzahl an Geburten pro Jahr betreuen. Dabei ist es von besonderem Interesse, den Aufbau des qualifizierten Fachpersonals nachhaltig zu gestalten, so dass die verbesserte Betreuungsrelation auch nach Ablauf des Förderzeitraums fortbesteht. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes kann dies durch die Einführung eines gesetzlichen Betreuungsschlüssels von mindestens einer Hebamme zu zwei Gebärenden (1 : 2) während der entscheidenden Phasen der Geburt erreicht werden. Diese Regelung kann alternativ auch in die bereits etablierte Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) integriert werden, in der bereits Vorgaben zur Geburtshilfe enthalten sind.

Die Nachweisführung zum geplanten Hebammenstellen-Förderprogramm muss sowohl eine Überprüfung über die Verwendung der zweckgebundenen Mittel ermöglichen als auch die Erhebung der angestrebten Betreuungsrelation. Dahingehend ist sicherzustellen, dass die gesetzlich vorgesehenen Nachweise von den Krankenhäusern vollständig vorgelegt werden. Um dies zu gewährleisten, regt der GKV-Spitzenverband eine Ergänzung des Hebammenstellen-Förderprogramms mit Regelungen zur Rückzahlung bei Nichteinhaltung der Nachweispflichten an.

Sicherstellungszuschläge von Krankenhäusern und Fachabteilungen der Kinder- und Jugendmedizin

Der GKV-Spitzenverband begrüßt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss zeitnah Kriterien für die Aufnahme der Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin als eigenständige bedarfsnotwendige Vorhaltung in die Sicherstellungszuschläge-Regelungen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V beschließen wird, um eine bessere Finanzierung der stationären Behandlung von Kindern und Jugendlichen im ländlichen Raum zu ermöglichen. Es ist daher sachgerecht, Krankenhausstandorte mit einer bedarfsnotwendigen Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin bis zum 31.12.2020 ergänzend in die Liste der Krankenhäuser nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG aufzunehmen, damit diese Krankenhausstandorte bereits ab dem kommenden Jahr auch die pauschale Förderung für bedarfsnotwendige Krankenhäuser erhalten können. Allerdings erhalten die Krankenhäuser die pauschale Förderung von 400.000 Euro je Standort ungeachtet der Anzahl basisversorgungsrelevanter Fachabteilungen. Der GKV-Spitzenverband schlägt daher die Einführung gestaffelter Zuschlagszahlungen vor, um einen besseren Anreiz für den Erhalt aller bedarfsnotwendigen Fachabteilungen (Innere Medizin, eine chirurgische Fachabteilung, Geburtshilfe und Kinder- und Jugendmedizin) zu schaffen.

Verbesserung in der Personalausstattung von Pflegeeinrichtungen

Der Referentenentwurf sieht die Schaffung eines Anspruches für vollstationäre Pflegeeinrichtungen zur Finanzierung von zunächst bis zu 20.000 zusätzlichen Vollzeitstellen im Pflegehilfskraftbereich vor. Der Vergütungszuschlag leitet sich dabei unmittelbar aus der Pflegegradstruktur in der jeweiligen Einrichtung ab und wird von den Pflegekassen monatlich aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung gezahlt. Damit soll die Personalsituation in allen zugelassenen Einrichtungen der vollstationären Pflege und Kurzzeitpflege verbessert werden, ohne dass dies mit einer finanziellen Belastung der versorgten Pflegebedürftigen einhergeht. Die Regelungen orientieren sich an den Ergebnissen des Projektes zur Ermittlung eines wissenschaftlichen Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach § 113c SGB XI.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes können die vorgesehenen Regelungen insgesamt als pragmatischer Ansatz für eine kurzfristige Veränderung der Personalausstattung bewertet werden, auch wenn sich der Referentenentwurf bezogen auf die inhaltlichen Aspekte nicht in allen Teilen an den Ergebnissen des Projektberichtes orientiert. Problematisch ist jedoch das vorgesehene Antrags- und Auszahlungsverfahren zur Finanzierung der zusätzlichen Pflegehilfskraftstellen, das losgelöst von dem bestehenden Verfahren der Personal- und Pflegesatzvereinbarungen erfolgen soll. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist dies nicht praktikabel, da es einen unverhältnismäßig hohen bürokratischen Aufwand sowohl auf Seiten der Pflegeeinrichtungen als auch auf Seiten der Pflegekassen darstellt. Der GKV-Spitzenverband empfiehlt daher nachdrücklich, auf das bereits etablierte Verfahren der Vergütungszuschläge für die zusätzliche Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen nach §§ 84 und 85 SGB XI zurückzugreifen.

II. Stellungnahme zum Referentenentwurf

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 85a – Sonderregelungen für Vertragszahnärzte aus Anlass der COVID-19-Epidemie

A) Beabsichtigte Neuregelung

Um zu verhindern, dass die mit der COVID-19-Pandemie verbundenen Fallzahlrückgänge zu Insolvenzen vertragszahnärztlicher Praxen führen und damit die Sicherstellung der zahnärztlichen Versorgung auch über die Epidemie hinaus gefährdet wird, sieht die vom Bundesministerium für Gesundheit erlassene COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung (COVID-19-VSt-SchutzV) vom 30.04.2020 unter anderem die Auszahlung von 90 Prozent der in 2019 von den Krankenkassen gezahlten Gesamtvergütung für vertragszahnärztliche Leistungen für das Jahr 2020 vor. Wurden für die im Voraus geleisteten Zahlungen keine tatsächlichen Leistungen erbracht, sind diese als Liquiditätshilfen erfolgten Überzahlungen in den Jahren 2021 und 2022 von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen vollständig an die Krankenkassen zurückzuzahlen. Wegen dieser Zeitspanne bedarf es über das spätestens zum 30.03.2021 erfolgende Außerkrafttreten der Verordnung hinaus einer Rechtsgrundlage für die Vereinbarungen zur Rückzahlung zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung ist sachgerecht. Die in § 1 der SARS-CoV-2-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung enthaltenen Regelungen der Absätze 1 bis 4 werden inhaltsgleich in das SGB V überführt. Der GKV-Spitzenverband hat in seiner Kommentierung zu § 1 der SARS-CoV-2-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung bereits darauf hingewiesen, dass nach dem Außerkrafttreten der Verordnung zum 31.03.2021 hierfür eine Rechtsgrundlage im SGB V zu schaffen ist, da der Ausgleich in den Jahren 2021 und 2022 erfolgt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 140a Absatz 1 – Besondere Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen zur Änderung von § 140a SGB V setzen verschiedene Reformbedarfe in der selektivvertraglichen Versorgung um. Die selektivvertraglichen Möglichkeiten werden erweitert. Zum einen wird es erleichtert, die gesundheitliche Versorgung der Versicherten in einer Region übergreifend zu organisieren und unterschiedliche Kostenträger und Versorgungseinrichtungen einzubeziehen. Dies umfasst eine über die gesetzliche Krankenversicherung hinausreichende Beteiligung anderer Sozialleistungsträger. Zudem werden Selektivverträge weiter für Versorgungsinnovationen geöffnet. Bei Projekten, die durch den Innovationsfonds nach den §§ 92a, 92b gefördert wurden, wird es ermöglicht, dass erprobte Projektstrukturen auch selektivvertraglich auf freiwilliger Basis weitergeführt werden können. Daneben wird klargestellt, inwieweit sich Krankenkassen über den gesetzlich zugewiesenen Aufgabenbereich der Regelversorgung hinaus im Versorgungsmanagement engagieren dürfen.

aa) In Satz 1 wird klargestellt, dass Selektivverträge von Krankenkassen auch gemeinsam entwickelt und angeboten werden können. Damit sind neben kassenindividuellen auch kassen- bzw. kassenartenübergreifende Verträge möglich. Zudem können Krankenkassen bereits bestehenden Verträgen mit Zustimmung der Vertragspartner beitreten.

bb) In Satz 2 wird die Einbeziehung möglicher Leistungserbringer erweitert. Bisher war das Angebot besonderer ambulanter ärztlicher Versorgungsaufträge im Rahmen von Selektivverträgen auf vertragsärztliche Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften beschränkt. Künftig können besondere Versorgungsaufträge auch mit anderen Leistungsanbietern geschlossen werden. Der erweiterte Leistungserbringerkreis bleibt hierbei jedoch auf berechnigte Leistungserbringer und ihre jeweiligen Sektoren begrenzt.

cc) Nach Satz 2 wird ein neuer Satz 3 eingefügt. Dieser regelt explizit, dass Selektivverträge gemäß § 140a SGB V auch eine besondere regionale Versorgung beinhalten können. Im Unterschied zur Regelversorgung bleibt jedoch die Freiwilligkeit der Teilnahme erhalten. Eine Verlagerung der Vertragskompetenz auf die Verbandsebene ist jedoch ausgeschlossen. Es

wird ausdrücklich nicht ermöglicht, dass landesbezogene bzw. kassenartbezogene Kollektivverträge zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen oder anderen Kollektivvertragspartnern mit unmittelbarer Verbindlichkeit für die jeweiligen Mitglieder geschlossen werden.

dd) Der bisherige Satz 3 wird zu Satz 4. Neu geregelt wird, dass die bisherige Bestandschutzregelung für Verträge, die auf den §§ 73a, 73c und 140a in der bis zum 22. Juli 2015 geltenden Fassung geschlossen wurden, aufgehoben wird. Die Altverträge sind bis zum 31. Dezember 2021 in Verträge nach § 140a in der geltenden Fassung zu überführen oder zu beenden.

B) Stellungnahme

Zu aa) Die Klarstellung wird begrüßt und entspricht der bereits heute gelebten Vertragsvielfalt auf regionaler Ebene.

Zu bb) Die Flexibilisierung der selektivvertraglichen Möglichkeiten wird begrüßt.

Zu cc) Die Klarstellung, dass Selektivverträge auch eine besondere regionale Versorgung beinhalten können wird begrüßt. Zu begrüßen ist darüber hinaus die klare Abgrenzung von selektiv- und kollektivvertraglicher Versorgung. Es wäre ordnungspolitisch tatsächlich nicht sachgerecht, selektive und damit in erster Linie wettbewerbliche Einzelverträge zuzulassen, die kollektive Versorgungsverträge auf regionaler Ebene aushebeln oder unterlaufen könnten.

Zu dd) Die verpflichtende Umwandlung von sogenannten Altverträgen nach den §§ 73a, 73c und 140a in Verträge der Besonderen Versorgung bis Ende 2021 ist nicht sachgerecht. Zum einen ist der Vertrauensschutz damit nicht gewährleistet. Bisher war die Bestandsschutzregelung zeitlich unbegrenzt. Insofern haben die Vertragspartner auf die Stabilität der Rechtsgrundlage vertraut, auf der die Verträge seinerzeit vereinbart wurden. Zum anderen ist mit der Gesetzgebung der erforderliche Umfang der Überführung nicht klar eingegrenzt, um auf Seiten von Krankenkassen und ihren Vertragspartnern bürokratische Aufwände, z.B. im Fall von Ausschreibungen, zu vermeiden. Eine Anpassung der Altverträge an geltendes Recht sollte daher ohne erneute Ausschreibung und Vertragsverhandlungen möglich sein, da dies im ungünstigsten Fall zur Unterbrechung oder Beendigung der vereinbarten Versorgung führen kann.

Ungeachtet dessen erscheint die gesetzte Frist angesichts der Tatsache, dass es sich bei einigen dieser Altverträge um große Versorgungsverträge mit zahlreichen Vertragspartnern handelt, zu knapp bemessen.

C) Änderungsvorschlag

Zu aa) keiner

Zu bb) keiner

Zu cc) keiner

Zu dd) Streichung der Regelung. Sollte keine Streichung erfolgen sollte ersatzweise die Angabe „2021“ durch die Angabe „2025“ ersetzt und die Gesetzgebung um klarstellende Hinweise zum Umfang der Überführung der sogenannten Altverträge ergänzt, wie z.B. das bei Fortführung der bestehenden Versorgung nur die Rechtsgrundlage anzupassen ist und sich keine weiteren Anpassungserfordernisse ergeben, wie eine erneute Ausschreibung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 140a Absatz 2 – Besondere Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

aa) Satz 1 wird insofern geändert, als die Abweichungsbefugnis in Selektivverträgen künftig an die bei Modellvorhaben gemäß § 63 SGB V geltenden Abweichungsbefugnisse angeglichen wird. Damit kann auch in Selektivverträgen von den Vorgaben des Zehnten Kapitels in dem für Modellvorhaben geltenden Umfang abgewichen werden. Abweichungen vom Zehnten Kapitel ermöglichen insbesondere informationstechnische und organisatorische Verbesserungen der Datenverarbeitung. Die bei Modellvorhaben geltende besondere Aufklärungspflicht gegenüber dem Versicherten und die Beteiligung eines zusätzlichen Datenschutzbeauftragten bei Abweichungen gegenüber dem Zehnten Kapitel gelten künftig auch für Selektivverträge

bb) Satz 4 wird ersetzt. Damit entfällt künftig, dass die Wirtschaftlichkeit der besonderen Versorgung spätestens vier Jahre nach dem Wirksamwerden der zugrundeliegenden Verträge nachweisbar sein muss. Für die über den Innovationsfonds gemäß § 92a geförderten neuen Versorgungsformen, welche im Rahmen von Selektivverträgen umgesetzt werden, wird gesetzlich geregelt, dass die Anforderungen an das Vorliegen einer integrierten, besonderen Versorgung nach Absatz 1 und die Zweckrichtung eines abweichend von der Regelversorgung zur Versorgungsverbesserung in Bezug auf eine Verbesserung von Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit gemäß Absatz 3 zweiter Halbsatz als erfüllt gelten, da mit der Förderentscheidung bereits eine Aussage über das Innovationspotenzial getroffen worden ist. Die gesetzliche Fiktion gilt auch nach Auslaufen der Förderung und freiwilliger Fortsetzung der besonderen Versorgungsform.

cc) Es wird ein neuer Satz 7 eingefügt, der klarstellt, dass Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen der Leistungserbringer und Krankenkassen im Rahmen von Selektivverträgen durch Vertragspartner aber auch durch Dritte erbracht werden dürfen. Das Versorgungsmanagement und die dazugehörige Datenübermittlung darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen.

B) Stellungnahme

Zu aa) Die Erweiterung der Abweichungsbefugnisse wird ausdrücklich begrüßt. Gerade informationstechnische und organisatorische Verbesserungen der Datenverarbeitung stellen inzwischen wichtige Bestandteile von selektivvertraglichen Versorgungsaufträgen dar. Der Verweis auf § 63 Absatz 3 Satz 4 gibt vor, dass von der Vorgabe gemäß § 284 Absatz 1 Satz 5 nicht abgewichen werden darf. § 284 Absatz 1 beinhaltet jedoch keinen Satz 5. Insofern läuft der Verweis ins Leere. Gemeint ist sicherlich § 284 Absatz 1 Satz 4.

Zu bb) Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass vom Innovationsausschuss geförderte neue Versorgungsformen nach Auslaufen der Förderung künftig ganz oder teilweise auch im Rahmen der besonderen Versorgung nach § 140a fortgesetzt werden können und eine Überführung in die kollektivvertragliche Regelversorgung damit nicht zwingend erforderlich sein muss. Zu begrüßen ist auch, dass die selektivvertragliche Fortführung geförderter Projekte künftig nicht mehr durch eine möglicherweise unterschiedliche Aufsichtspraxis erschwert werden kann und die Vertragspartner darauf vertrauen können, dass die Möglichkeit zur Fortführung der Verträge grundsätzlich besteht, wenn sie die Prüfung durch den Innovationsfonds erfolgreich bestanden haben. Damit stellt der Gesetzgeber noch einmal klar, dass Selektivverträge keinem Genehmigungsvorbehalt im Sinne einer präventiven Vertragskontrolle unterliegen, sondern einer anlassbezogenen Aufsicht mit der Möglichkeit des Eingriffs im Falle einer erheblichen Rechtsverletzung durch Verträge gemäß §§ 73b und 140a. Dies schließt grundsätzlich auch die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit der Selektivverträge ein.

Zu cc) Die Krankenkassen dürfen gemäß § 197b Satz 2 keine wesentlichen Aufgaben auf Dritte übertragen. Welche Aufgaben davon umfasst sind, wurde bisher im Wesentlichen durch die Rechtsprechung definiert. Der Gesetzgeber stellt hiermit klar, dass Beratungs-, Koordinations- und Managementleistungen der Krankenkassen im Rahmen von Verträgen nach § 140a von dieser Vorgabe nicht umfasst sind. Daneben ist es künftig unerheblich, ob die Leistungen des Versorgungsmanagements den Krankenkassen oder den Leistungserbringern nach § 11 Absatz 4 zuzuordnen sind. Künftig können Beratungs-, Koordinations- und Managementleistungen im Rahmen einer besonderen Versorgung von den Vertragspartnern füreinander oder von Dritten erbracht werden. Besondere Versorgungsformen zeichnen sich häufig gerade durch innovative Konzepte zum Versorgungsmanagement aus. Die Klarstellung wird begrüßt, da sie die Vertragsgestaltung in diesem Punkt erleichtert.

C) Änderungsvorschlag

Zu aa) Korrektur des Verweisfehlers erforderlich.

Zu bb) keiner.

Zu cc) keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 140a Absatz 3 Satz 1 – Besondere Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

aa) Der Kreis der möglichen Vertragspartner und teilnahmeberechtigten Leistungserbringer wird durch den Gesetzgeber erweitert. Zum einen können neben der Pflegeversicherung, die bisher bereits als Vertragspartner in Frage kam, künftig auch andere Sozialleistungsträger und die nach den für diese Träger geltenden Bestimmungen zur Versorgung berechtigten Leistungserbringer Vertragspartner der Krankenkassen werden. Des Weiteren wird mit der vorgesehenen Änderung auch eine Beteiligung der privaten Kranken- und Pflegeversicherung an besonderen Versorgungsformen als Vertragspartner ermöglicht.

bb) Der Kreis der Vertragspartner wird durch eine Anpassung der bisherigen Nr. 7 erweitert. Künftig können Verträge nicht nur mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, sondern auch mit anderen Berufs- und Interessenverbänden der Leistungserbringer geschlossen werden.

cc) Der Kreis der möglichen Vertragspartner wird zusätzlich um Anbieter digitaler Dienste und Anwendungen nach § 68a Absatz 3 ergänzt.

B) Stellungnahme

Zu aa) Die Erweiterung der möglichen Vertragspartner auf andere Sozialleistungsträger wird grundsätzlich begrüßt. Dadurch ist die Umsetzung weiterer innovativer Versorgungskonzepte im Rahmen von Verträgen gemäß § 140a möglich. Insbesondere können Versorgungsansätze erprobt werden, um den Übergang zwischen den Sektoren aber auch zwischen unterschiedlichen Sozialversicherungsbereichen zu erleichtern. Da sich bestehende Versorgungsprobleme häufig an den Grenzen unterschiedlicher Regelungsbereiche zeigen, erscheint es sinnvoll, innovative Versorgungskonzepte gerade hier noch stärker als bisher im Rahmen von Selektivverträgen zu ermöglichen. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist es jedoch nicht sachgerecht, PKV-Unternehmen den Einstieg in innovative Versorgungsverträge der Krankenkassen zu ermöglichen. Im bestehenden dualen System der Krankenversicherung sollten die mit den Beitragsgeldern der Beitragszahlenden in der gesetzlichen Krankenversicherung entwickelten und finanzierten Versorgungsinnovationen auch ausschließlich den gesetzlich Versicherten zu Gute kommen.

Zu bb) Die Erweiterung der möglichen Vertragspartner über die Kassenärztlichen Vereinigungen hinaus auf andere Berufs- und Interessenverbände der Leistungserbringer ist grundsätzlich zu begrüßen.

Zu cc) Die Erweiterung der möglichen Vertragspartner auf Anbieter digitaler Dienste und Anwendungen trägt der technischen Entwicklung Rechnung und wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Zu aa) Der Kreis der möglichen Vertragspartner und teilnahmeberechtigten Leistungserbringer wird durch den Gesetzgeber erweitert. Zum einen können neben der Pflegeversicherung, die bisher bereits als Vertragspartner in Frage kam, künftig auch andere Sozialleistungsträger und die nach den für diese Träger geltenden Bestimmungen zur Versorgung berechtigten Leistungserbringer Vertragspartner der Krankenkassen werden. ~~Des Weiteren wird mit der vorgesehenen Änderung auch eine Beteiligung der privaten Kranken- und Pflegeversicherung an besonderen Versorgungsformen als Vertragspartner ermöglicht.~~

Zu bb) keiner

Zu cc) keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 140a Absatz 3a (neu) und Absatz 3b (neu) – Besondere Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 3a) Es wird neu geregelt, dass im Rahmen von Verträgen nach § 140a auch eine besondere Versorgung von Leistungserbringern gemäß Absatz 3 durch die Krankenkassen gefördert werden kann, die diese selbstständig ohne Initiative der Krankenkassen durchführen. Dies kann sich auch auf eine besondere Versorgung im Rahmen des Versorgungsmanagements nach § 11 Absatz 4 beziehen. Darüber hinaus kann Gegenstand der Verträge auch eine Beteiligung an übergreifenden Versorgungsaufträgen anderer Sozialleistungsträger sein. Die Beteiligung darf dabei nur insofern erfolgen als sie dem Zweck der gesetzlichen Krankenversicherung dient.

Absatz 3b) Es wird geregelt, dass Gegenstand der Verträge nach § 140a auch eine Versorgung im Wege der Sach- und Dienstleistung sein kann, sofern medizinische oder soziale Gründe dies rechtfertigen oder in Fällen, in denen die Voraussetzung für eine Kostenerstattung für von Versicherten selbst beschaffte Leistungen vorliegen. Derartige Versorgungsverträge können auch mit nicht zugelassenen Leistungserbringern abgeschlossen werden, wenn sie eine mindestens gleichwertige Versorgung gewährleisten.

B) Stellungnahme

Zu Absatz 3a) Die Regelung ist grundsätzlich zu begrüßen. Die vorgesehene Förderung von einer besonderen Versorgung, welche selbstständig durch Leistungserbringer durchgeführt wird, steht der Verantwortung der Krankenkassen zur Gestaltung und Weiterentwicklung der Versorgung vor Ort nicht entgegen. Die Möglichkeiten von Leistungserbringern zur Entwicklung innovativer Versorgungsangebote zu erweitern, ist grundsätzlich positiv zu bewerten. Die Beteiligung der Krankenkassen ist freiwillig. Ein gesetzlicher Anspruch auf Förderung besteht nicht. Grundsätzlich sollten Selektivverträge jedoch Wettbewerbsinstrumente der Krankenkassen bleiben.

Zu Absatz 3b) Die vorgesehene Regelung wird unter verschiedenen Aspekten kritisch bewertet. So ist problematisch, dass im Rahmen von Verträgen nach § 140a künftig eine individualisierte Einzelfallversorgung, sofern medizinische oder soziale Gründe dies rechtfertigen oder

in Fällen, in denen die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung vorliegt, ermöglicht werden soll. Dies widerspricht dem Solidarprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung und damit dem Grundsatz einer gleichmäßigen und gleichwertigen Versorgung einzelner Patienten und Patientengruppen. Darüber hinaus ermöglicht § 2 Absatz 1a SGB V bereits heute schon eine flexible Versorgung von Versicherten, die unter die verfassungsgemäße Auslegung des Leistungskatalogs fällt. Weiterhin ist auch die grundsätzliche Möglichkeit der vertraglichen Einbindung nicht zugelassener Leistungsanbieter in eine besondere Versorgung kritisch zu bewerten, da sie gegebenenfalls die kollektivvertragliche Angebotssteuerung durch die Bedarfsplanung und das Zulassungsrecht unterlaufen kann und sogar gezielte Anreize für zugelassene Leistungsanbieter setzen kann, sich dem Kollektivvertrag mit seinen Rechten und Pflichten zu entziehen. Dadurch könnte sich gerade im Bereich der spezialisierten Versorgung die kollektivvertragliche Versorgungssituation signifikant verschlechtern.

Eine gesonderte Regelung zum Schließen von Lücken im Leistungserbringerrecht außerhalb der kollektivvertraglichen Regelversorgung ist grundsätzlich nicht erforderlich, da in diesen Fällen eine Versorgung im Rahmen des Kollektivvertrages sichergestellt ist.

Die vorgesehene Regelung wird abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Zu Absatz 3a) keiner

Zu Absatz 3b) streichen

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 1

§ 4 Absatz 10 (neu) – Hebammenstellen-Förderprogramm

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht die Einrichtung eines dreijährigen Programmes zur Förderung des Personalaufbaus von Hebammen/Entbindungspflegern vor (Hebammenstellen-Förderprogramm). Finanziert werden sollen die Personalkosten von 0,5 Vollzeitstellen pro 500 Geburten in einem Krankenhaus. Vorgesehen ist auch eine Finanzierung von Personalstellen für assistierendes medizinisches Fachpersonal auf geburtshilflichen Abteilungen. Die Regelung enthält eine Reihe von Nachweispflichten für die Krankenhäuser und eine jährliche Berichtspflicht für den GKV-Spitzenverband.

B) Stellungnahme

Das vorgeschlagene Hebammenstellen-Förderprogramm zur Verbesserung der Betreuungsrelation von Hebammen/Entbindungspflegern und Schwangeren auf Geburtsstationen wird grundsätzlich begrüßt. Positiv bewertet wird insbesondere die zielgerichtete Förderung von Geburtskliniken, die mindestens 500 Geburten pro Jahr durchführen. Mit der Festlegung einer Mindestanzahl an Geburten wird sowohl die Erfahrung der beschäftigten Hebammen/Entbindungspfleger und die qualitativ hochwertige Betreuung während der Geburt weiter gestärkt als auch die Konzentration von Geburtskliniken gefördert. Um den Qualitätsaspekt und eine leitlinienkonforme Behandlung noch wirkungsvoller zu fokussieren, wäre die Förderfähigkeit auf 1,0 Vollzeitstellen bei mindestens 800 Geburten festzulegen, da bei 800 Geburten eine Fachabteilung für Geburtshilfe die in den Leitlinien geforderte Facharztpräsenz unter der Geburt deutlich besser realisieren kann. Um die Anzahl von Hebammen/Entbindungspflegern in Kreißsälen auch mit anderen Maßnahmen dauerhaft zu steigern, wäre beispielsweise eine fünfjährige Pflichtweiterbildung – analog zur Facharztweiterbildung – eine geeignete Maßnahme. Sicherstellungshäuser im ländlichen Raum sind durch diese Regelung in keiner Weise benachteiligt, da sie die Kosten für eine geburtshilfliche Fachabteilung inklusive der Hebammenversorgung voll ausfinanziert bekommen. Sofern bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren keine unzureichende Qualität festgestellt wurde, wird ein Defizit dieser Fachabteilung auch dann von den Krankenkassen ausgeglichen, wenn die jährliche Anzahl an Geburten unterhalb von 500 liegt.

Es ist jedoch kritisch anzumerken, dass zusätzliche Finanzierungswege, wie zeitlich begrenzte Personalförderprogramme, zunächst einem kurzfristigen Personalaufbau dienen. Entscheidend ist die Frage der anschließenden gezielten Weiterfinanzierung des neu eingestellten/aufgestockten Personals. Die Nachhaltigkeit der Personalaufstockungen im geplanten Hebammenstellen-Förderprogramm kann nur geprüft werden, indem die im Gesetz angelegten Nachweispflichten auch über den Programmabschluss hinaus fortgeführt werden. Darüber hinaus ist wesentliche Voraussetzung für eine nachhaltige Verbesserung der Betreuungsrelation von Hebammen/Entbindungspflegern und Schwangeren auf Geburtsstationen die gesetzliche Festlegung einer Mindestpersonalausstattung. Die Einführung eines Betreuungsschlüssels von mindestens einer Hebamme zu zwei Gebärenden (1 : 2) für den Bereich der Geburtshilfe stellt hierbei eine geeignete Maßnahme dar, um zur Entlastung von Hebammen/Entbindungspflegern auf Geburtsstationen beizutragen, den Patientenschutz von Müttern und Kindern sicherzustellen und einem Wegfall von neu geschaffenen oder aufgestockten Hebammenstellen nach Ablauf des Förderzeitraums entgegenzuwirken. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund erforderlich, da bereits seit Herbst 2017 ein Betreuungsschlüssel von maximal zwei Gebärenden je Hebamme im Kreißaal für freiberuflich tätige Beleghebammen (Schichtdienst) gilt. Eine äquivalente Regelung sollte auch für angestellte Hebammen/Entbindungspfleger von Geburtskliniken festgelegt werden, um eine gleichwertige Versorgungsqualität unabhängig vom Beschäftigungsverhältnis zu gewährleisten. Spätestens mit Ablauf des Förderzeitraums ist vom BMG daher ein minimaler Betreuungsschlüssel von 1 : 2 gesetzlich festzulegen. Hierzu ist eine Klarstellung im Gesetzestext notwendig.

Alternativ kann eine solche Regelung auch in die bereits etablierte Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) integriert werden, in der bereits Vorgaben zur Geburtshilfe enthalten sind. Jedoch fehlt es an einer gesetzlichen Klarstellung, für welche Bereiche/Phasen der Geburt eine 1 : 2-Betreuung als notwendig erachtet wird. Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes sollte als relevante Präsenzzeit für geburtsbetreuende Hebammen/Entbindungspfleger der Zeitraum von der späten Eröffnungsphase bis zur vollständigen Geburt der Plazenta angesetzt werden. Der GKV-Spitzenverband empfiehlt eine Beauftragung des G-BA zur Überprüfung und ggf. Anpassung der Vorgaben zur Geburtshilfe in der QFR-RL. Dabei sollte die Ergänzung eines evidenzbasierten Betreuungsschlüssels im Kreißaal für die einzelnen Phasen einer Geburt und in Abhängigkeit des Bedarfs der Gebärenden (Erst- oder Mehrgebärende, Low- oder High-risk-Schwangere) geprüft werden. Um die notwendige Transparenz über die Versorgungssituation in der Geburtshilfe zu schaffen, sind die Krankenhäuser künftig zu verpflichten, in den jährlichen Qualitätsberichten Auskunft zur Betreuungsrelation in der Geburtshilfe, differenziert nach Beschäftigungsgruppen und jeweiliger Risikogruppe der Gebärenden, zu geben.

Um diese angestrebte Verbesserung der Betreuungsrelation zu erreichen, ist der Einsatz der Fördermittel auf den Aufbau und die Aufstockungen von entsprechendem qualifizierten Fachpersonal zu konzentrieren. In diesem Zusammenhang wird die im Änderungsantrag vorgesehene Förderung von weiterem assistierendem medizinischen Fachpersonal abgelehnt. Die Erfahrungen im Zuge der Umsetzung der Regelungen zu den Pflegepersonaluntergrenzen zeigen, dass die Möglichkeit zur Anrechnung von medizinischem Hilfspersonal auf die Einhaltung der Personaluntergrenzen zu einer Verwässerung des Betreuungsschlüssels führt. Diesen Umsetzungsfehler gilt es im hochsensiblen Bereich der Geburtshilfe zwingend zu vermeiden. Es sei zudem darauf hingewiesen, dass die derzeit in der Regelung angelegten Nachweispflichten nicht ausreichen, um auch Informationen über die Verwendung der Mittel für Hilfspersonal zu erhalten. Durch eine unvollständige Nachweisführung besteht die Gefahr einer Verwässerung der Förderung dahingehend, dass Mittel zum Aufbau von Personal genutzt werden, das dann aber nicht zu 100 % in der Geburtshilfe tätig ist.

Des Weiteren bedarf es einer expliziten Klarstellung, dass die Förderfähigkeit des Hebammenstellen-Förderprogramms sich nur auf das direkte Angestelltenverhältnis der Hebamme/des Entbindungspflegers mit dem Krankenhaus bezieht und nicht auf freiberuflich tätige Hebammen/Entbindungspfleger im Belegsystem. In diesem Zusammenhang muss ausgeschlossen sein, dass Einstellungen von Hebammen/Entbindungspflegern, die in ein Angestelltenverhältnis übernommen werden, aber bereits vorher in den jeweiligen Kliniken als freiberufliche Beleghebammen/Entbindungspfleger tätig waren, als förderfähig gestellt werden.

Die mit dem Hebammenstellen-Förderprogramm angestrebte Neueinstellung und Aufstockung von Hebammen/Entbindungspflegern und die damit einhergehende Einführung eines Betreuungsschlüssels darf zukünftig nicht zur Ausgliederung der Hebammenkosten aus den DRG und zur Einführung eines krankenhausindividuellen Hebammenbudgets in Analogie zum DRG-Pflege-Split führen. Die damit einhergehende Gefahr einer Verlagerung hebammenfremder Tätigkeiten auf Hebammen/Entbindungspfleger stellt einen ernstzunehmenden negativen Nebeneffekt der Ausgliederung der Hebammenpersonalkosten dar. Dass Hebammen/Entbindungspfleger zukünftig auch zur Reinigung der Kreißsäle eingesetzt werden, weil ihre Personalkosten vollständig GKV-finanziert sind, muss unbedingt vermieden werden. Vielmehr bedarf es der weiteren Diskussion, wie Hebammen/Entbindungspfleger von fachfremden Tätigkeiten entlastet werden können. Im Rahmen der weiteren Stärkung des Berufsbildes der Hebammen/Entbindungspfleger, insbesondere durch die Akademisierung, sollte eine gemeinsame Kommission unter Beteiligung der Fachverbände der Frage nachgehen, welche von Hebammen/Entbindungspflegern ausgeführten Tätigkeiten an assistierendes medizi-

nisches und auch anderes Fachpersonal (z. B. Dokumentationskraft) delegiert werden könnten. Damit die daraus resultierenden Ergebnisse und Regeln auch Bestand haben, sollte anschließend eine Regelung eingeführt werden, nach der von den Krankenhäusern zum Nachweis der Beschäftigung zusätzlichen assistierenden Personals Konzepte vorgelegt werden müssen, aus denen hervorgeht, welche Aufgaben dieses Personal übernimmt. Diese Konzepte sollten ebenfalls Bestandteil der zwingenden Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung sein.

Dies würde ebenfalls zur Erreichung des genannten Betreuungsschlüssels erheblich beitragen. Ferner wäre es in diesem Zusammenhang sinnvoll, mit den Fachverbänden über die notwendige Betreuungsintensität einer Hebamme/eines Entbindungspfleger während der einzelnen Phasen einer (regelrechten) Geburt zu beraten und hier Definitionen/Abgrenzungen vorzunehmen.

Basierend auf den Erfahrungen der Berichtslegung zum Pflegestellen-Förder- und Hygiene-sonderprogramm sind zudem einige Anpassungen der Konstruktion der Förderung notwendig: So hat der GKV-Spitzenverband in den jährlich vorgelegten Berichten auf Basis der oftmals lückenhaften Informationen aus den Jahresabschlussprüfungen regelmäßig darauf hingewiesen, dass die gesetzlichen Nachweise von einem Teil der Krankenhäuser nicht oder nicht vollständig vorgelegt werden. Aufgrund dieser uneinheitlichen Informationsgrundlage ist eine Bewertung der tatsächlichen Wirkung dieser Förderprogramme bislang nur mit Einschränkungen möglich.

Grundsätzlich wird daher für die Neukonstruktion des Hebammenstellen-Förderprogramms gefordert, die Regelungen zur Rückzahlung auch mit Konsequenzen bei Nichtvorlage der Nachweise zu verknüpfen. Nur über eine solche gesetzliche Verpflichtung der Krankenhäuser kann erreicht werden, dass flächendeckend einheitliche Informationen über die Verwendung der zweckgebundenen Mittel vorgelegt werden. 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 Hebammenstellen-Förderprogramms gefordert werden, um die Nachhaltigkeit des Programms zu sichern. Aus diesem Grund sind zudem nur dauerhafte Arbeitsverhältnisse mit dem Krankenhausträger zu finanzieren.

In der Gesetzesbegründung wird darauf hingewiesen, dass im Zuge der Berichterstattung durch den GKV-Spitzenverband jährlich zu überprüfen ist, ob sich die Betreuungsrelation von Hebammen/Entbindungspflegern zu Gebärenden im Vergleich zum Stichtag 01.01.2020 verbessert hat. Satz 13 der Neuregelung deckt die dafür erforderlichen Informationen jedoch nicht ausreichend ab. Um eine umfassende Bewertung auch der Ausgangssituation 2020 vornehmen zu können, sind entsprechende Regelungen unbedingt in den Gesetzestext aufzunehmen.

C) Änderungsvorschlag

In § 4 Absatz 10 KHEntG wird Satz 1 wie folgt gefasst:

„Die bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildeten Hebammen/Entbindungspflegern mit einer Berufserlaubnis nach § 5 Absatz 2 des Hebammengesetzes in der Versorgung von Schwangeren in Krankenhäusern zusätzlich entstehenden Personalkosten werden für die Jahre 2021, 2022 und 2023 bis zu einem Umfang von 1,0 Vollzeitstellen pro 800 Geburten in einem Krankenhaus finanziert.“

In § 4 Absatz 10 KHEntG sind die Sätze 3 und 4 zu streichen:

~~„Zur Entlastung von Hebammen können zusätzliche Personalstellen für assistierendes medizinisches Fachpersonal für Abteilungen der Geburtshilfe in den Jahren 2021, 2022 und 2023 finanziert werden, wobei die Gesamtzahl der geförderten assistierenden Personalstellen auf bis zu 10 Prozent der in Vollzeitkräften umgerechneten Gesamtzahl der zum 1. Januar 2020 beschäftigten Hebammen begrenzt ist. Zum assistierenden medizinischen Fachpersonal zählen~~

- ~~1. medizinische Fachangestellte, die eine Ausbildung nach der Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten vom 26. April 2006 (BGBl. I S. 1097) abgeschlossen haben oder eine Qualifikation vorweisen, die dieser entspricht,~~
- ~~2. Pflegefachkräfte, denen die Erlaubnis zum Führen einer Berufsbezeichnung nach dem Krankenpflegegesetz, dem Altenpflegegesetz oder dem Pflegeberufegesetz erteilt wurde.“~~

Folgeänderung: Satz 5 ist wie folgt zu ändern:

„Zur Umsetzung von Satz 1 ~~der Sätze 1 und 2~~ vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 jährlich einen zusätzlichen Betrag.“

Folgeänderung: Satz 6 ist wie folgt zu ändern:

„Voraussetzung für diese Förderung ist, dass das Krankenhaus nachweist, dass auf Grund einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung zusätzliche Hebammen ~~und medizinisches Fachpersonal nach Satz 3~~ bei der Versorgung von Schwangeren im Vergleich zu dem zum 1. Januar 2020 festgestellten jahresdurchschnittlichen Bestand umgerechneter Vollzeitkräfte neu eingestellt oder aufgestockt entsprechend der Vereinbarung beschäftigt werden und nicht in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig ist.“

Folgeänderung: Satz 7 ist wie folgt zu ändern:

„Der dem Krankenhaus nach ~~Satz 1 den Sätzen 1 und 2~~ insgesamt zustehende Betrag wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2a finanziert und gesondert in der Rechnung ausgewiesen.“

Folgeänderung: Satz 12 ist wie folgt zu ändern:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet jährlich, erstmalig zum 30. Juni 2022, dem Bundesministerium für Gesundheit über die Zahl der Vollkräfte und den Umfang der aufgestockten Teilzeitstellen gesondert für Hebammen ~~und für assistierendes medizinisches Fachpersonal~~, die auf Grund der Förderung nach ~~Satz 1 den Sätzen 1 und 2~~ in den Jahren 2021, 2022 und 2023 zusätzlich beschäftigt wurden.“

Es ist eine Formulierung zu ergänzen, die auf Konsequenzen bzw. Rückzahlungsverpflichtungen bei ausbleibender oder unvollständiger Vorlage der gesetzlich geforderten Parameter abstellt.

Hierfür wird ein neuer Satz 11 eingefügt:

„Werden die Bestätigungen nach Satz 10 nicht oder nicht vollständig vorgelegt, ist der zusätzliche Betrag vollständig zurückzuzahlen.“

Nach Satz 11 sind zur Verbesserung/ Klarstellung des operativen Geschäftes die folgenden Sätze einzufügen:

„Die Nachweise des Krankenhauses sind bis zum Ablauf von drei Jahre nach dem Ende des Förderzeitraums zu erbringen.“

„Die Vorlage von prüffähigen und aussagekräftigen Unterlagen durch das Krankenhaus gegenüber den Krankenkassen hat bis zum 28.02. des Folgejahres zu erfolgen.“

„Das vereinbarte Arbeitsverhältnis muss den Förderzeitraum um mindestens zwei Jahre überschreiten.“

Satz 13 ist wie folgt zu ändern und zu ergänzen:

„Die Krankenkassen sind verpflichtet, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen in einem von diesem festzulegenden Verfahren die für die Berichterstattung nach **Satz 12** erforderlichen Informationen über die Vereinbarungen der Vertragsparteien zur Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von nach **Satz 1** ~~den Sätzen 1 und 2~~ gefördertem Personal **sowie die Anzahl an Gebärenden auf den Stationen für Geburtshilfe im jeweiligen Förderjahr und für das Jahr 2020** zu übermitteln.“

Nach Satz 13 wird folgender Satz 14 ergänzt:

„**Das Bundesministerium für Gesundheit prüft bis zum Ablauf des Förderzeitraums, ob die Maßnahmen des Förderprogramms zu einer Betreuungsrelation von Hebammen/Entbindungspflegern und Gebärenden von mindestens 1 : 2 geführt haben und legt ab dem Jahr 2025 eine bundesweit verpflichtende Betreuungsrelation von 1 : 2 fest.**

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2

§ 9 Absatz 1a Nummer 6 neuer Halbsatz – Sicherstellung der Kinder- und Jugendmedizin

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragsparteien auf Bundesebene (GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV)) vereinbaren jährlich bis zum 30.06. eine Liste der bedarfsnotwendigen Krankenhäuser im ländlichen Raum, welche die Regelungen des G-BA gemäß § 136c Absatz 3 Satz 2 SGB V erfüllen. Jeder der in diese Liste aufgenommenen Krankenhausstandorte erhält in dem auf die Vereinbarung folgenden Jahr eine pauschale Förderung in Höhe von 400.000 Euro. Da der G-BA noch im Jahr 2020 eine Ergänzung der Sicherstellungszuschläge-Regelungen um die Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin beschließen wird, erhalten die Vertragsparteien auf Bundesebene den Auftrag, die fristgerecht zum 30.06.2020 mit Wirkung für das Jahr 2021 vereinbarte Liste bis spätestens zum 31.12.2020 um die Krankenhäuser zu erweitern, die die Anforderungen an die Regelungen des G-BA zur Sicherstellung der Kinder- und Jugendmedizin erfüllen. Dadurch erhalten Kinderkrankenhäuser und Krankenhausstandorte mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin bereits ab dem Jahr 2021 die pauschale Förderung. Kommen die Vertragsparteien auf Bundesebene nicht zu einer Einigung, entscheidet die Bundesschiedsstelle über die Erweiterung der Liste. Krankenhausstandorte, die bereits in die am 30.06.2020 vereinbarte Liste aufgenommen wurden, werden nicht neu bewertet.

B) Stellungnahme

Der G-BA berät seit Anfang des Jahres 2020 auf Antrag des GKV-Spitzenverbandes über Kriterien für die Aufnahme der Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin als eigenständige bedarfsnotwendige Vorhaltung in die Sicherstellungszuschläge-Regelungen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V. Bislang ist eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin nur zuschlagsfähig, sofern die Kriterien der Sicherstellungszuschläge-Regelungen an die Geburtshilfe erfüllt sind und beide Fachabteilungen (Kinder- und Jugendmedizin und Geburtshilfe) vorliegen. Die Beschlussfassung zur Erweiterung der Regelungen wird noch in diesem Jahr erfolgen, so dass ab dem Jahr 2021 Sicherstellungszuschläge auch dann vereinbart werden können, wenn ausschließlich eine bedarfsnotwendige Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin vorliegt und die Anforderungen nach § 5 Absatz 2 Satz 4 KHEntgG erfüllt sind.

Es ist sachgerecht, Krankenhausstandorte mit einer bedarfsnotwendigen Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin bis zum 31.12.2020 ergänzend in die Liste der Krankenhäuser nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG aufzunehmen, damit diese Krankenhausstandorte bereits ab dem kommenden Jahr auch die Förderung für bedarfsnotwendige Krankenhäuser erhalten können, die unabhängig vom Vorliegen eines Defizits gezahlt wird.

Der GKV-Spitzenverband stellt darüber hinaus allerdings mit Besorgnis fest, dass von einigen Krankenhäusern trotz der vorhandenen Förderinstrumente anstelle einer bedarfsnotwendigen Grundversorgung finanziell attraktivere Leistungen angeboten werden. Zum Erhalt und der Stärkung der Versorgungsstruktur im ländlichen Raum sollte die Verteilungssystematik der Zuschlagszahlungen für bedarfsnotwendige Krankenhäuser angepasst werden. Durch den pauschalen Zuschlag von 400.000 Euro soll die Vorhaltung von basisversorgungsrelevanten Fachabteilungen gefördert werden. Allerdings erhalten die Krankenhäuser die pauschale Förderung je Standort ungeachtet der Anzahl basisversorgungsrelevanter Fachabteilungen. Gestaffelte Zuschlagszahlungen würden einen besseren Anreiz für den Erhalt aller bedarfsnotwendigen Fachabteilungen schaffen. Beispielsweise könnte die Vorhaltung einer einzelnen Fachabteilung mit jeweils 200.000 Euro gefördert werden. Die Finanzierung würde sich bei der Vorhaltung mehrerer Fachabteilungen aufsummieren bis maximal 800.000 Euro bei der Vorhaltung aller vier basisversorgungsrelevanten Fachabteilungen (Innere Medizin, eine chirurgische Fachabteilung, Geburtshilfe und Kinder- und Jugendmedizin) je Krankenhausstandort. Der zum 30.06.2020 vereinbarte Liste gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG liegen 261 bedarfsnotwendige Fachabteilungen an 121 Krankenhausstandorten zugrunde. Werden diese durch die vom BMG genannte Zahl von 31 Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin ergänzt, wären insgesamt 292 Fachabteilungen zuschlagsfähig. Bei einer Förderung in Höhe von 200.000 Euro je Fachabteilung würde dies ein Gesamtfördervolumen in Höhe von jährlich 58,4 Mio. Euro bedeuten. Dies wäre aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sachgerecht, da die bisherige Fördersumme um etwa 16 %, d. h. in Höhe des durchschnittlichen Kinderanteils an der Bevölkerung in Deutschland, erhöht werden würde. Zudem sollten Fördermittel für bedarfsnotwendige Fachabteilungen von den Krankenhäusern auch zielgerichtet für die Vorhaltung dieser Versorgungsstrukturen eingesetzt werden.

Der GKV-Spitzenverband regt darüber hinaus an, eine gesetzliche Regelung zu verankern, die es ermöglicht, von bedarfsnotwendigen Krankenhäusern die Wahrnehmung ihres Versorgungsauftrages verbindlich einzufordern. Nimmt das bedarfsnotwendige Krankenhaus seinen Versorgungsauftrag dennoch nicht wahr, sollte dieser in der zu versorgenden Region z. B. über ein Ausschreibungsmodell neu vergeben werden.

Sollte ein Krankenhaus mit Anspruch auf einen Sicherstellungszuschlag seinen sicherstellungsrelevanten Versorgungsauftrag länger als vier Wochen nicht vollumfänglich erfüllen, müssen verbindliche Meldepflichten und -fristen vorgesehen werden. Der Anspruch auf einen Sicherstellungszuschlag entfällt in diesen Fällen anteilig der Höhe nach in Abhängigkeit des zeitlichen Umfangs der Erfüllung/Nichterfüllung des sicherstellungsrelevanten Versorgungsauftrages. Rückzahlungsverpflichtungen sind vorzusehen.

Um in der Fläche eine pädiatrische Versorgung wohnortnah aufrecht zu erhalten, sind perspektivisch neue Versorgungsformen erforderlich. Dazu sollten für Sicherstellungskrankenhäuser ambulante und stationäre Versorgungsanteile in integrierten Strukturen zusammengefasst werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 5 Absatz 2a KHEntgG wird wie folgt geändert:

„(2a) Ein Krankenhaus, das in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 aufgenommen wurde, hat für das der Auflistung folgende Jahr Anspruch auf eine zusätzliche Finanzierung in Höhe von ~~400 000 Euro jährlich~~ **200 000 Euro je vorgehaltene bedarfsnotwenige Fachabteilung gemäß den Regelungen nach § 136c Absatz 3 Satz 2 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, jedoch maximal 800 000 Euro jährlich je Krankenhausstandort. Die Mittel sind zweckgebunden für die Vorhaltung der Fachabteilungen nach Satz 1 zu verwenden.** Die Berechnung gegenüber den Patientinnen oder Patienten oder den Kostenträgern erfolgt, indem der jährliche Betrag nach Satz 1 durch die voraussichtliche Summe der voll- und teilstationären Fälle des Krankenhauses geteilt wird. Der Betrag nach Satz ~~2~~ **3** ist erstmals bei Patientinnen oder Patienten abzurechnen, die ab dem 1. Januar 2020 zur Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen wurden. Ist ein Krankenhaus nicht mehr in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 aufgenommen, so ist der Betrag nach Satz ~~2~~**3** letztmalig bei Patientinnen oder Patienten abzurechnen, die vor dem 1. Januar des auf die letztmalige Auflistung folgenden Jahres zur Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen wurden. **Erfüllt ein Krankenhaus mit Anspruch auf einen Sicherstellungszuschlag seinen sicherstellungsrelevanten Versorgungsauftrag länger als vier Wochen nicht, so hat es dies der Landeskrankenhausplanungsbehörde und den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen unverzüglich anzuzeigen. Der Anspruch auf einen Sicherstellungszuschlag entfällt in diesen Fällen anteilig der Höhe nach in Abhängigkeit des zeitlichen Umfangs der Nichterfüllung des sicherstellungsrelevanten Versorgungsauftrages. Die anteilige Förderung ist zurückzuzahlen.**“

§ 9 Absatz 1a Nummer 6 wird wie folgt geändert:

„6. jährlich zum 30. Juni, erstmals bis zum 30. Juni 2019, eine Liste der Krankenhäuser, welche die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zu § 136c Absatz 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, **jeweils mit Art und Anzahl der bedarfsnotwendigen Fachabteilungen;**“

In § 136c Absatz 3 Satz 2 Nummer 3 SGB V wird das Wort „Leistungen“ durch das Wort „**Fachabteilungen**“ ersetzt.

Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 8 – Gemeinsame Verantwortung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß dem neu eingefügten § 8 Absatz 6a SGB XI erhalten vollstationäre Pflegeeinrichtungen zur Unterstützung der Leistungserbringung auf Antrag einen Vergütungszuschlag zur Finanzierung zusätzlicher Pflegehilfskraftstellen, welche über das Personal hinausgehen, das die Pflegeeinrichtung nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhalten hat. Sofern die vollstationäre Pflegeeinrichtung eine zusätzliche Pflegehilfskraft ohne abgeschlossene landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege oder ohne sonstige nicht näher spezifizierte abgeschlossene Qualifizierungsmaßnahme eingestellt hat, muss die vollstationäre Pflegeeinrichtung sicherstellen, dass die Pflegehilfskraft innerhalb von zwei Jahren eine Qualifizierungsmaßnahme erfolgreich durchläuft. Die Höhe des Vergütungszuschlags ist begrenzt auf die tatsächlichen Aufwendungen und bemisst sich bundeseinheitlich von 0,016 bis 0,036 Vollzeitäquivalente je pflegebedürftiger Person in den einzelnen Pflegegraden. Maßgeblich ist jeweils die Zusammensetzung der Bewohnerschaft nach Pflegegraden zum 30. Juni des vorangehenden Kalenderjahres.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird insbesondere beauftragt, unverzüglich zum Inkrafttreten der Regelung das Antragsverfahren einschließlich der Zahlung in den einzelnen Bundesländern einheitlich und praktikabel zu regeln. Die weiteren gesetzlichen Verfahrensvorgaben zu § 8 Absatz 6 SGB XI sind für dieses Förderprogramm entsprechend anzuwenden. Eine Finanzierungsbeteiligung der Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, ist in Höhe von 7 Prozent der Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung vorgesehen.

B) Stellungnahme

Der mit der beabsichtigten Neuregelung vorgesehene Anspruch vollstationärer Pflegeeinrichtungen auf Finanzierung zusätzlicher Pflegehilfskräfte orientiert sich an den Ergebnissen des Projekts zur Ermittlung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 113c SGB XI, überträgt diese jedoch nicht vollständig analog.

Der Projektbericht stellt unterschiedliche Variationen der Berechnung der Personalbedarfe getrennt nach Fach- und Assistenz-/Hilfskraftstellen dar, die bei Anwendung des Verfahrens

in der Versorgung jeweils einrichtungsbezogen ermittelt werden können. So wird zum einen ein bundesdurchschnittlicher Mehrbedarf im Vergleich zur bundesdurchschnittlich derzeit vereinbarten Personalausstattung errechnet. In der länderspezifischen Darstellung der Unterschiede zwischen derzeitiger und mit dem neuen Personalbemessungsverfahren berechneter Personalausstattung werden jedoch der Höhe nach unterschiedliche Mehrbedarfe in Bezug auf Assistenz- und Hilfskraftstellen in den einzelnen Bundesländern deutlich. In Bezug auf die Fachkräfte weisen einige Bundesländer nach den Berechnungen des Projektberichts sogar eine Überausstattung auf. Die Personalbedarfe werden in der vorgeschlagenen Neuregelung wie im Projektbericht getrennt nach Pflegegraden ermittelt. Insofern folgt die vorgeschlagene Neuregelung dem grundsätzlichen Vorgehen des Projektberichts zwar dahingehend, dass gesonderte Personalbedarfe für Pflegehilfskräfte (im Projektbericht „Assistenz-/Hilfskraftstellen“) getrennt nach Pflegegraden der Bewohnerschaft einer vollstationären Einrichtung ermittelt werden. Durch das bundeseinheitliche Vorgehen wird jedoch den länderspezifisch unterschiedlich hoch ausgeprägten durchschnittlichen Mehrbedarfen nicht Rechnung getragen.

In Bezug auf die in der Neuregelung vorgesehenen Personalschlüssel, anhand derer sich die Höhe des Vergütungszuschlags zur Finanzierung der zusätzlichen Pflegehilfskräfte bemisst, stellt sich im Projektbericht das Verhältnis der bundeseinheitlichen Mehrbedarfe je Pflegegrad leicht abweichend dar. So wird in dem Projektbericht für den Pflegegrad 1 ein höherer Mehrbedarf an Assistenzkräften festgestellt als für die Pflegegrade 2, 3 und 4. Demgegenüber sieht die beabsichtigte Neuregelung hier identische Ansprüche auf zusätzliches Personal in den Pflegegraden 1 und 2 vor. Insgesamt sieht die Neuregelung im Vergleich zu den im Projektbericht dargestellten Mehrbedarfen je Pflegebedürftigem der einzelnen Pflegegrade rund ein Fünftel bis ein Viertel des Mehrpersonals für die Pflegegrade 1 bis 4 und knapp die Hälfte des Mehrpersonals für den Pflegegrad 5 vor. Ein zunächst anteiliger Zuschlag für Mehrpersonal entspricht den grundsätzlichen Empfehlungen des Projektberichts.

Die Projektergebnisse weisen einen Mehrbedarf vornehmlich bezogen auf Pflegehelferinnen und Pflegehelfer mit ein- oder zweijähriger Ausbildung aus, das entspricht im Projektbericht bzw. der Gesetzesbegründung dem Qualifikationsniveau (QN) 3. Gemäß der beabsichtigten Neuregelung werden im Vergleich zu den Projektergebnissen auch niedriger qualifizierte Assistenzkräfte des QN 2 (z. B. Mitarbeitende ohne Ausbildung mit einem 2–6monatigen Pflegebasiskurs und insgesamt 1-jähriger angeleiteter Tätigkeit) gefördert. Mitarbeitende des QN 1 werden durch die beabsichtigten Vergütungszuschläge finanziert, sofern sie innerhalb von zwei Jahren eine Qualifizierungsmaßnahme abschließen, die mindestens dem QN 2 entspricht.

In Bezug auf die im Referentenentwurf vorgesehene Weiterqualifizierung der Pflegehilfskräfte mit QN 1 ist nicht eindeutig geregelt, ob ggf. Teile der Ausbildung durch dieses Förderprogramm finanziert werden. Daher sollte gesetzlich klargestellt werden, dass bei Pflegehilfskräften nur die Differenz des Arbeitgeberbruttogehalts und der Ausbildungsvergütung berücksichtigungsfähig ist.

Aufgrund der heterogenen Ausbildung in den Ländern wird angeregt, dem GKV-Spitzenverband eine Richtlinien-Kompetenz zu übertragen. Ähnlich wie in den Betreuungskräfte-Richtlinien nach § 53b SGB XI könnten die Qualifikation und die Aufgaben von zusätzlichen Pflegehilfskräften in stationären Pflegeeinrichtungen geregelt werden.

Vor dem Hintergrund der Projektergebnisse und zur Gewährleistung eines praktikablen Nachweisverfahrens sollten nur solche Pflegehilfskräfte gefördert werden, die entweder bereits eine Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege oder eine sonstige abgeschlossene Qualifizierungsmaßnahme durchlaufen haben, die mindestens dem QN 2 entspricht oder die sich bereits in einer solchen Ausbildung oder Qualifizierungsmaßnahme befinden.

Der Referentenentwurf orientiert sich bezogen auf die inhaltlichen Aspekte somit nicht in allen Teilen an den Ergebnissen des Projektberichts, stellt jedoch insgesamt einen pragmatischen Ansatz für eine kurzfristige Veränderung der Personalausstattung dar.

Im Hinblick auf das vorgesehene Antrags- und Auszahlungsverfahren zur Finanzierung der zusätzlichen Pflegehilfskraftstellen orientiert sich der Gesetzgeber an dem bereits bestehenden Pflegestellenförderprogramm nach § 8 Absatz 6 SGB XI und sieht vor, dass das Antrags- und Auszahlungsverfahren losgelöst von dem bestehenden Verfahren der Personal- und Pflegegesetzvereinbarungen erfolgen soll.

Aufgrund der vorliegenden Erfahrungen mit dem Pflegestellenförderprogramm nach § 8 Absatz 6 SGB XI ist ein Antrags- und Auszahlungsverfahren, das diesem entspricht, nicht praktikabel und wird deshalb abgelehnt. Die Pflegekassen sollen auf Antrag die tatsächlichen Aufwendungen für zusätzliche Pflegehilfskraftstellen finanzieren. Dies bedeutet, dass – wie zur Finanzierung der Pflegefachkraftstellen – der Vergütungszuschlag auf der Grundlage eines jeden einzelnen (personenbezogenen) Beschäftigungsverhältnisses ermittelt wird. Die Höhe des Vergütungszuschlags bemisst sich nach den nachzuweisenden tatsächlichen Personalaufwendungen; die Auszahlung erfolgt auf Grundlage eines entsprechend erstellten Bescheides der Pflegekasse. Dies bedeutet, dass bei jeder Gehaltsänderung, bei jeder Änderung des Stellenumfangs, für jeden Zeitraum, in dem die bewilligte Stelle nicht besetzt werden kann, und bei jeder Wiederbesetzung eine Meldung der Pflegeeinrichtung erforderlich ist. Der Vergütungszuschlag muss dann seitens der Pflegekasse jeweils neu berechnet und ein Ände-

rungsbescheid erstellt werden. Bei einer vorgesehenen Finanzierung von rund 20.000 Pflegehilfskraftstellen in Vollzeitäquivalenten gemessen – von einer höheren Anzahl von Personen ist entsprechend auszugehen – stellt dies einen unverhältnismäßigen bürokratischen Aufwand dar, sowohl auf Seiten der Pflegeeinrichtungen als auch auf Seiten der Pflegekassen.

Außerdem muss entsprechend der Vorgabe, dass sich die Höhe des zu finanzierenden Stellenanteils anhand der Belegung der Pflegeeinrichtung zum 30. Juni des vergangenen Kalenderjahrs bemisst, folglich mit jedem neuen Kalenderjahr zum 1. Januar für alle rund 12.000 vollstationären Pflegeeinrichtungen der Anspruch auf die Zahlung eines Vergütungszuschlags neu berechnet und in den meisten Fällen neu beschieden werden. Dies wird zu einem unverhältnismäßigen Bürokratieaufwand führen.

Es wird deshalb nachdrücklich empfohlen, für die Zahlung des Vergütungszuschlags das bereits etablierte Verfahren der Vergütungszuschläge für die zusätzliche Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen nach §§ 84 und 85 SGB XI anzuwenden.

Die Bemessung und Auszahlung der Vergütungszuschläge für die zusätzliche Betreuung werden – wie auch die Pflegesätze in vollstationären Pflegeeinrichtungen – bewohner- und tagesbezogen berechnet und mit der Pflegeeinrichtung vereinbart. Die Vergütungszuschläge zur Finanzierung der zusätzlichen Betreuungskräfte werden monatlich von der jeweiligen Pflegekasse bzw. dem privaten Versicherungsunternehmen der Bewohnerin oder des Bewohners gezahlt, sofern die Pflegeeinrichtung das entsprechend vereinbarte Betreuungspersonal vorhält. Ein Nachweisverfahren ist mit der Vereinbarung der Vergütungszuschläge gesetzlich bereits geregelt.

Entsprechend sollte auch bei den vorgesehenen Vergütungszuschlägen für zusätzliche Pflegehilfskräfte verfahren werden: Die Pflegeeinrichtung vereinbart auf Antrag mit den Landesverbänden der Pflegekassen das zusätzlich vorzuhaltende Personal entsprechend der gesetzlich vorgesehenen Personalschlüssel sowie zu dessen Finanzierung einen entsprechenden Vergütungszuschlag abhängig von der Anzahl der prospektiv zu versorgenden Pflegebedürftigen und einer zwischen den Vereinbarungspartnern festzulegenden Höhe der Personalvergütung. Bei Nachweis der Pflegeeinrichtung, dass diese tatsächlich über entsprechendes zusätzliches Personal verfügt, berechnet die Pflegeeinrichtung der jeweiligen Pflegekasse bzw. dem Versicherungsunternehmen der Bewohnerin oder des Bewohners den vereinbarten Vergütungszuschlag. Die jeweilige Pflegekasse bzw. das Versicherungsunternehmen zahlt diesen Vergütungszuschlag zusammen mit dem Vergütungszuschlag für die zusätzliche Betreuung und dem gesetzlichen Leistungsbetrag an die Pflegeeinrichtung aus.

Würde der Gesetzgeber das Antrags- und Auszahlungsverfahren für die Finanzierung der zusätzlichen Pflegehilfskräfte in die bestehende Systematik der Pflegesatzverhandlungen und

Vergütungsvereinbarungen einfügen, dann wäre eine Finanzierung entsprechend der jeweils aktuell bestehenden Belegung der Pflegeeinrichtung gesichert. Zum anderen müssten nicht für alle Pflegeeinrichtungen gleichzeitig zum Jahreswechsel die Ansprüche auf Zahlung der Vergütungszuschläge neu berechnet und beschieden werden.

Im Übrigen widerspricht das in der beabsichtigten Neuregelung vorgesehene Verfahren der Zielrichtung des Projekts zur Personalbemessung, die bestehenden Personalschlüssel (Personalrichtwerte) in der vollstationären Pflege weiterzuentwickeln. Dies kann nur erfolgen, wenn die mit der beabsichtigten Neuregelung intendierte erste Umsetzung des Projekts auch in das bestehende Verfahren zur Vereinbarung und Vergütung von Personalstellen in Pflegeeinrichtungen integriert wird.

Es wäre daher sachlich richtig und stringent, die Vereinbarung des vorgesehenen zusätzlichen Personals, die entsprechende Vergütungsfindung und das erforderliche Nachweisverfahren als Voraussetzung der Auszahlung in die bestehende Systematik der Pflegesatzverhandlungen und Vergütungsvereinbarungen nach §§ 84 und 85 SGB XI zu übertragen. Die Verhandlung und Vereinbarung von Vergütungszuschlägen sind gängige Praxis der Vertragsparteien vor Ort in den Ländern. Es bietet sich an, das bereits etablierte Verfahren der Vergütungszuschläge für die zusätzliche Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen nach §§ 84 und 85 SGB XI entsprechend anzuwenden. Damit wäre auch eine Finanzierungsbeteiligung der privaten Versicherungsunternehmen entsprechend der tatsächlichen Anzahl ihrer Versicherten in den vollstationären Pflegeeinrichtungen gewährleistet.

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 ist – analog zu § 84 Absatz 8 SGB XI – wie folgt zu fassen:

„Vergütungszuschläge sind abweichend von Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung des Absatzes 2 Satz 1 und 5, des Absatzes 7 und des § 87a zusätzliche Entgelte zur Pflegevergütung für die zusätzliche Unterstützung der Leistungserbringung durch Pflegehilfskräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten; § 28 Absatz 2 ist entsprechend anzuwenden. Pflegebedürftige dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden.“

§ 85 Absatz 9 SGB XI ist – analog zu § 85 Absatz 8 SGB XI – wie folgt zu fassen:

„Die Vereinbarung des Vergütungszuschlags nach § 84 Absatz 9 erfolgt auf der Grundlage, dass

- 1. die vollstationäre Pflegeeinrichtung über zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal verfügt, das eine abgeschlossene landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege oder eine sonstige abgeschlossene Qualifizierungsmaßnahme vorweisen kann oder eine entsprechende Ausbildung oder Qualifizierungsmaßnahme bereits begonnen hat und*
- 2. 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 werden und*
- 3. die Aufwendungen für dieses Personal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden und*
- 4. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die Pflegeeinrichtung nicht über zusätzliches Pflegepersonal verfügt, welches über das nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhaltende Personal hinausgeht. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 7 entsprechend.“*

Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 18 – Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß § 18 Absatz 6a SGB XI haben der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter gegenüber der Pflegekasse in ihrem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abzugeben. Die Empfehlungen gelten hinsichtlich Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen von § 40 SGB XI dienen, jeweils als Antrag auf Leistungsgewährung, sofern der Versicherte zustimmt. Bezüglich der empfohlenen Pflegehilfsmittel wird die Notwendigkeit der Versorgung nach § 40 Absatz 1 Satz 2 SGB XI vermutet. Bis zum 31. Dezember 2020 wird auch die Erforderlichkeit der empfohlenen Hilfsmittel, die den Zielen von § 40 dienen, nach § 33 Absatz 1 SGB V vermutet; insofern bedarf es keiner ärztlichen Verordnung und keines besonderen Antragsverfahrens. Die geplante Neuregelung sieht vor, dass die Vorschrift über den 31. Dezember 2020 hinaus weiter und unbefristet gelten soll.

B) Stellungnahme

Die bis zum 31. Dezember 2020 geltende Regelung, wonach die Erforderlichkeit der im Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit empfohlenen Hilfsmittel, die den Zielen des § 40 SGB XI dienen, vermutet werden kann, hat sich in der Praxis bewährt. Eine Entfristung der Regelung wird befürwortet, da sie zur Entbürokratisierung und Verfahrensvereinfachung beigetragen hat, ohne die Versorgung der Versicherten zu beeinträchtigen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4a)

§ 150 Abs. 5c – Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die durch das 2. Bevölkerungsschutzgesetz verlängerte Übertragung von im Jahr 2019 nicht verwendeten Leistungsbeträgen nach § 45b SGB XI vom 30.06.2020 bis zum 30.09.2020 soll nochmals einmalig bis zum 31.12.2020 verlängert werden.

B) Stellungnahme

Die Verlängerung der Übertragbarkeit von nicht verwendeten Leistungsbeträgen aus dem Jahr 2019 um noch weitere drei Monate bis zum 31.12.2020 ist sachgerecht. Hierdurch wird Pflegebedürftigen ermöglicht, einen höheren Corona bedingten Versorgungsbedarf, z. B. durch Erkrankung der Pflegeperson, durch die Verwendung von bisher nicht verwendeten Leistungsbeträgen zu nutzen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4b)

§ 150 Abs. 5d – Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen der Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung während der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Pandemie wurde in § 150 Abs. 5d SGB XI geregelt, dass abweichend von dem regulären Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld von bis zu zehn Tagen unter bestimmten, im Gesetz genannten Bedingungen ein Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld für bis zu 20 Arbeitstage besteht. Mit der vorgesehenen Neuregelung soll klargestellt werden, dass die aufgrund der pandemiebedingten Sonderregelung in Anspruch genommenen Arbeitstage mit Bezug von Pflegeunterstützungsgeld nach § 150 Abs. 5d SGB XI nicht den regulären Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a SGB XI verkürzen sollen.

B) Stellungnahme

Mit der vorgesehenen Neuregelung wird klargestellt, dass der Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld wegen einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung zur Sicherstellung bzw. Organisation eines aufgrund der COVID-19-Pandemie verursachten pflegerischen Versorgungsempasses nicht auf den Anspruch des regulären Pflegeunterstützungsgeldes nach § 44a Abs. 3 SGB XI angerechnet wird. Die Neuregelung ist insoweit sachgerecht, dass der Gesetzgeber mit der Ausweitung des Leistungsanspruchs beschäftigte pflegende Angehörige in der aktuellen Situation stärker unterstützen möchte und eine Berücksichtigung des nach § 150 Abs. 5d SGB XI in Anspruch genommenen Pflegeunterstützungsgeldes bei dem regulären Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a SGB XI nicht auf der anderen Seite eine tatsächliche Einschränkung des regulären Anspruchs zur Folge hat.

Es wird darauf hingewiesen, dass § 44a Abs. 3 SGB XI bereits gegenwärtig nicht abschließend regelt, dass der Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld nur einmalig je Pflegebedürftigem besteht. In der Gesetzesbegründung zur erstmaligen Einführung der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung durch das Pflegezeitgesetz geht der Gesetzgeber davon aus, dass die kurzzeitige Arbeitsverhinderung in der Regel einmalig je Pflegebedürftigen zu Beginn der Pflegebedürftigkeit erforderlich ist. Damit ist aber eine mehrfache Inanspruchnahme im Verlauf der Pflegebedürftigkeit nicht ausgeschlossen. Daher gewähren die Pflegekassen bereits heute ein

Pflegeunterstützungsgeld, wenn eine akute, in der Regel sich veränderte Pflegesituation vorliegt, demzufolge auch mehr als einmal. Bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 44a Abs. 3 SGB XI würde ein erneuter Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld von bis zu 10 Arbeitstagen bestehen, unabhängig davon, ob bereits Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Abs. 3 SGB XI bzw. § 150 Abs. 5d SGB XI in Anspruch genommen wurde.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)

Absatz 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Damit Kinderkrankenhäuser und Krankenhausstandorte mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin bereits ab dem Jahr 2021 die pauschale Förderung für bedarfsnotwendige ländliche Krankenhäuser erhalten können, erweitern die Vertragsparteien auf Bundesebene (GKV-Spitzenverband, DKG und PKV) bis zum 31.12.2020 die Liste gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 6 um diejenigen Krankenhäuser, welche die Anforderungen an die Regelungen des G-BA gemäß § 136c Absatz 3 Satz 2 SGB V zur Sicherstellung der Kinder- und Jugendmedizin erfüllen. Diese Regelung soll daher mit Wirkung vom Tag der 2./3. Lesung im Deutschen Bundestag in Kraft treten.

B) Stellungnahme

Für den fristgerechten Abschluss einer Ergänzungsvereinbarung zu der Liste gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 6 vom 30.06.2020 ist ein Inkrafttreten dieser Regelung mit Wirkung vom Tag der 2./3. Lesung im Deutschen Bundestag erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

keiner

III. Ergänzender Änderungsbedarf

Zu Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 8 Absatz 6 – Pflegestellenförderprogramm für vollstationäre Pflegeeinrichtungen

A) Begründung

Zur Erleichterung des Antragsverfahrens im Rahmen des Pflegestellenförderprogramms nach § 8 Absatz 6 SGB XI für vollstationäre Pflegeeinrichtungen wurde zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit, Leistungserbringer- und Leistungsträgerverbänden eine Orientierungshilfe erstellt. Hierin wurde bestimmt, dass die Pflegeeinrichtung, die einen Vergütungszuschlag für die Finanzierung zusätzlicher Personalstellen erhält, bei unverändert vorliegenden Anspruchsvoraussetzungen eine entsprechende Bestätigungsmeldung regelmäßig, erstmals zum 15. September 2020, danach halbjährlich jeweils zum 15. März und 15. September, unaufgefordert an die zuständige Pflegekasse sendet.

Diese Meldeverpflichtung kann nur dann als Voraussetzung für den Zahlungsanspruch gelten, wenn dies entsprechend gesetzlich geregelt ist. Insoweit bedarf es einer Änderung des § 8 Absatz 6 SGB XI.

B) Änderungsvorschlag

In § 8 Absatz 6 SGB XI ist Satz 7 wie folgt zu fassen:

„Der Vergütungszuschlag ist von den Pflegekassen monatlich zu zahlen und wird zum 15. eines jeden Monats fällig, sofern der Pflegeeinrichtungsträger halbjährlich das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen nach Satz 2 bestätigt.“

Nach Satz 7 ist folgender Satz einzufügen:

„Kommt der Einrichtungsträger der Meldeverpflichtung nach Satz 7 nicht nach, endet der Zahlungsanspruch.“

IV. Weiterer Änderungsbedarf

§ 87a Abs. 3 Satz 7 und 8 SGB V – Bereinigung der MGV wegen extrabudgetärer Vergütung

A) Derzeitige Regelung

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 Mengengrenzung 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

Sofern die bereits vor dem Inkrafttreten des TSVG erbrachten, von der Verschiebung betroffenen Leistungen in den ersten 12 Monaten nicht in vollem Umfang anfallen, können diese nicht bereinigt werden. Gerade unmittelbar nach Inkrafttreten von neuen Vergütungs- und Verfahrensregelungen entwickelt sich die damit verbundene Leistungserbringung erst langsam und ist naturgemäß zunächst weit von einem „Sättigungsgrad“ entfernt. Dies ist bspw.

auch bei Einführung von neuen Leistungen so, bei denen i.d.R. von einem Anwachsen des Leistungsbedarfs für einen Zeitraum von mehreren Jahren auszugehen ist.

Zu einer Unterbereinigung kommt es insbesondere auch dann, wenn die entsprechenden Leistungen in den ersten 12 Monaten – z. B. durch einen pandemiebedingten Fallzahlrückgang – nur in reduziertem Umfang erbracht werden, oder wenn sie zwar erbracht, aber nur unvollständig als TSVG-Leistungen gekennzeichnet werden. Zu einer unvollständigen Kennzeichnung kommt es aktuell insbesondere 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.

Hinzu kommt, dass eine Reihe von Kassenärztlichen Vereinigungen ihre Mitglieder darauf hingewiesen haben, dass bei einer korrekten Kennzeichnung durch die Bereinigung Honorarbußen drohen, die durch eine Anwendung der Kennzeichnung erst nach Ablauf der Bereinigungsdauer 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 %. Insbesondere in diesem KV-Bezirk gibt es entsprechende Hinweise der KV, die von einer Kennzeichnung abraten.

Insgesamt führt die COVID-19-Pandemie 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, 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, 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.

§ 296 SGB V – Datenübermittlung für Wirtschaftlichkeitsprüfungen

A) Begründung

Mit der Anpassung des § 106a SGB V durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz wird die von Amts wegen durchzuführende Zufälligkeitprüfung in eine Prüfung auf begründeten Antrag überführt. In der Drucksache des Deutschen Bundestages 19/8351 wird auf Seite 194 f. auszugsweise ausgeführt: „Künftig bedarf es eines begründeten Antrages einer Krankenkasse, mehrerer Krankenkassen gemeinsam oder der Kassenärztlichen Vereinigung für die Einleitung der Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen. Der begründete Antrag ist für den jeweiligen Abrechnungszeitraum zu stellen.“ Die Übermittlungsbefugnis bezüglich versichertenbezogener Daten durch die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen an die Prüfstellen nach § 106c SGB V im Rahmen eines Prüfverfahrens ist in § 298 SGB V geregelt. Gemäß § 106a Abs. 1 Satz 1 SGB V wird die Stellung eines begründeten Antrags grundsätzlich zur Voraussetzung für die Einleitung eines Prüfverfahrens, daher sollte klargestellt werden, dass im Rahmen eines Prüfverfahrens nach § 106a SGB V die Übermittlungsbefugnis versichertenbezogener Daten auch im Rahmen der Antragsstellung und damit zur Einleitung eines Prüfverfahrens gegeben ist.

B) Änderungsvorschlag:

Neuer § 296 Abs. 5 SGB V:

„Soweit es zur Stellung begründeter Anträge gemäß § 106a nach Maßgabe der jeweiligen Rahmenempfehlungen und Vereinbarungen erforderlich ist, sind die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen befugt, den Prüfungsstellen nach § 106c versichertenbezogene Angaben über ärztliche oder ärztlich veranlasste Leistungen zu übermitteln.“

§ 298 SGB V – Übermittlung versichertenbezogener Daten

A) Begründung

Gemäß § 106a Abs. 1 Satz 2 SGB V werden neben den ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen die ärztlich veranlassten Leistungen als Prüfgegenstand im Rahmen der Prüfung zur Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen genannt, diese sind daher in § 298 SGB V mit aufzunehmen.

B) Änderungsvorschlag

„Im Rahmen eines Prüfverfahrens ist die versichertenbezogene Übermittlung von Angaben über ärztliche, ärztlich veranlasste oder ärztlich verordnete Leistungen zulässig, soweit die Wirtschaftlichkeit oder Qualität der ärztlichen Behandlungs- oder Ordnungsweise im Einzelfall zu beurteilen ist.“