

**Stellungnahme des
AOK-Bundesverbandes
zur Verbändeanhörung des BMG am 19.11.2020**

**Zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterent-
wicklung der Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz –
GVWG)**

Stand 12.11.2020

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin
Tel. 030/ 3 46 46 - 2299



Inhaltsverzeichnis:

I. Zusammenfassung	- 7 -
II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Referentenentwurfs.....	- 11 -
Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	- 11 -
Art. 1 Nr.1, § 13 SGB V - Bereinigung.....	- 11 -
Art. 1 Nr. 2, § 17 - Leistungen bei Beschäftigung im Ausland.....	- 12 -
Art. 1 Nr. 3, § 22a – Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen.....	- 13 -
Art. 1 Nr. 5, § 24c SGB V § 24c - Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft..	- 15 -
Art. 1 Nr. 6, § 24h SGB V – Redaktionelle Anpassung.....	- 16 -
Art. 1 Nr. 7, § 27b – Zweitmeinung.....	- 17 -
Art. 1 Nr. 8, § 31 Absatz 5 SGB V „Bilanzierte Diäten“	- 18 -
Art. 1 Nr. 9, § 32 - Verordnung von Heilmitteln.....	- 19 -
Art. 1 Nr. 10, § 33 SGB V - Anpassung Verweis Hilfsmittel	- 20 -
Art. 1 Nr. 11, § 39 a Absatz 2 Satz 9 SGB V - V Stationäre und ambulante Hospizleistungen	- 21 -
Art. 1 Nr. 12, § 39d SGB V - Stationäre und ambulante Hospizleistungen	- 22 -
Art. 1 Nr.1, § 13 SGB V - Bereinigung.....	- 24 -
Art. 1 Nr. 13, § 55 – Leistungsanspruch	- 25 -
Art. 1 Nr. 14, § 56 Absatz 4 – Festsetzung der Regelversorgungen	- 26 -
Art. 1 Nr. 15, § 57 Absatz 1 – Beziehungen zu Zahnärzten und Zahntechnikern.....	- 27 -
Art. 1 Nr. 16, § 62 SGB V -Belastungsgrenze.....	- 28 -
Art. 1 Nr. 17, § 63 SGB V - Anpassung Verweis Modellvorhaben	- 29 -
Art. 1 Nr. 18, § 65d SGB V- Förderung besonderer Therapieeinrichtungen	- 30 -
Art. 1 Nr. 19, § 65e SGB V – Anmerkung: Richtig 65f.....	- 31 -
Art. 1 Nr. 20, § 75 SGB V - Inhalt und Umfang der Sicherstellung	- 32 -
Art. 1 Nr. 21, § 81 Absatz 1 Nummer 8 SGB V - Entschädigungsregelung	- 34 -
Art. 1 Nr. 22, § 85 - Gesamtvergütung.....	- 35 -
Art. 1 Nr. 23, § 87 - Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	- 36 -
Art. 1 Nr. 24, § 87a Absatz 3 – Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten	- 37 -
Art. 1 Nr. 25, § 91 Absatz 2 SGB V - Antragsrecht des Vorsitzenden	- 42 -
Art. 1 Nr. 26, § 95e - Berufshaftpflicht.....	- 43 -

Art. 1 Nr. 27, § 98 - Zulassungsverordnungen	- 47 -
Art. 1 Nr. 28, § 110a SGB V - Qualitätsverträge	- 48 -
Art. 1 Nr. 29, § 118 - Psychiatrische Institutsambulanzen	- 51 -
Art. 1 Nr. 30, § 120 - Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen	- 53 -
Art. 1 Nr. 31, § 127 Abs. 3, Abs. 5 SGB V - Bereinigung Hilfsmittel.....	- 54 -
Art. 1 Nr.32, § 130b SGB V – Wegfall Unterlagenschutz.....	- 55 -
Art. 1 Nr. 33, § 131 SGB V – Fortentwicklung Rahmenvertrag	- 56 -
Art. 1 Nr. 34, § 136a SGB V - Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen.....	- 57 -
Art. 1 Nr. 35, § 136b SGB V - Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus	- 58 -
Art. 1 Nr. 36, § 137 - Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses.....	- 62 -
Art. 1 Nr. 37, § 137a SGB V - Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	- 63 -
Art. 1 Nr. 38, § 137 d SGB V - Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation	- 64 -
Art. 1 Nr. 39, § 137f Abs. 1 Satz 3 SGB V - Einführung eines DMP Adipositas	- 65 -
Art. 1 Nr. 40, § 137i Abs. 1, Satz 6, SGB V - Pflegepersonaluntergrenzen	- 67 -
Art. 1 Nr. 41, § 137j, SGB V, Pflegepersonalquotienten	- 68 -
Art. 1 Nr. 42, § 176 SGB V - Solidargemeinschaften	- 70 -
Art. 1 Nr. 43, § 199a SGB V – Informationspflichten bei krankenversicherten Studenten.....	- 72 -
Art. 1 Nr. 44, § 206a SGB V - Elektronisches Abrufverfahren zur Beitragsbemessung bei freiwillig Versicherten und Versicherungspflichtigen nach § 5 Abs. 1 Nummer 13 SGB V.....	- 73 -
Artikel 1 Nr. 45, § 219a Abs. 1 SGB V - Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland.....	- 75 -
Art. 1 Nr. 46, § 226 Absatz 2 SGB V - Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtig Beschäftigter	- 78 -
Art. 1 Nr. 47, § 231 Absatz 1 SGB V - Erstattung von Beiträgen	- 79 -
Art. 1 Nr. 48, § 240 Absatz 5 SGB V - Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder	- 80 -
Art. 1 Nr. 49, § 257 Absatz 1 SGB V - Beitragszuschüsse für Beschäftigte.....	- 81 -
Art. 1 Nr. 50, § 266 SGB V - Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich), Verordnungsermächtigung.....	- 82 -
Art. 1 Nr. 51, § 267 SGB V - Datenverarbeitung für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs	- 83 -

Art. 1 Nr. 52, § 269 SGB V - Sonderregelungen für Krankengeld und
Auslandsversicherte - 84 -

Art. 1 Nr. 53, § 273 SGB V - Sicherung der Datengrundlagen für den
Risikostrukturausgleich - 87 -

Art. 1 Nr. 54, § 275 Abs. 6 SGB V - Formerfordernis Gutachten - 88 -

Art. 1 Nr. 55, § 275b Absatz 4 und 5 SGB V - Abstimmung der Prüfungen mit
Heimaufsicht - 89 -

Art. 1 Nr. 56, § 276 Absatz 2 Satz 2 SGB V - Transparenz für Leistungserbringer bei
Anforderung von Daten für Begutachtungen des MD - 90 -

Art. 1 Nr. 57, zu § 277 SGB V - Mitteilungspflichten - 91 -

Art. 1 Nr. 58, § 279 Absatz 5 Satz 7 SGB V - Aufhebung des Verbotes der
Drittfinanzierung für Vertreter der Berufsgruppen im
Verwaltungsrat der Medizinischen Dienste - 93 -

Art. 1 Nr. 59, (§ 299 SGB V) - Verlängerung der Löschfrist für den G-BA - 94 -

Art. 1 Nr. 60, (§ 301 Abs. 4a neu SGB V) - Datenübermittlungsbefugnis von
Rehabilitationseinrichtungen an Krankenkassen - 95 -

Art. 1 Nr. 61, § 302 SGB V - Anpassung Verweis Abrechnung Sonstige LE - 96 -

Artikel 2 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch..... - 97 -

Art. 2 Nr. 1, § 21 SGB V - Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für
sonstige Personen - 97 -

Artikel 3 Änderungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes - 98 -

Art. 3, § 3 VAG - Ausnahmen von der Aufsichtspflicht, Verordnungsermächtigung ... - 98 -

Artikel 4 Änderungen des Versicherungsvertragsgesetzes - 99 -

Art. 4 Nummern 1 und 2 § 3 VVG - Vertragstypische Leistungen des Versicherers
sowie Versicherte Person; Versicherungspflicht..... - 99 -

Artikel 5 Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes..... - 100 -

Art. 5, Nr. 1 § 8 KHG - Voraussetzung der Förderung - 100 -

Art 5, Nr. 2 § 17b - Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-
Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung - 101 -

Art. 5, Nr. 3, § 17d Abs. 9, KHG - Einführung PEPP-System - 102 -

Art. 5, Nr. 4 § 18 Abs. 4 - Pflegesatzverfahren - 103 -

Artikel 6 Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes - 104 -

Art. 6, Nr. 1 § 4 Abs. 8a - Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung der
Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf - 104 -

Art. 6, Nr. 1 § 4 Abs. 9 - Hygieneförderprogramm..... - 105 -

Art. 6, Nr. 2 § 5 Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen..... - 106 -

Art. 6, Nr. 2a und 4b § 5 Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen
und § 9 Vereinbarung auf Bundesebene..... - 107 -

Art. 6, Nr. 2b sowie 4a, § 5 Abs. 3b - Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und
Abschlägen sowie § 9 Abs. 1a Vereinbarung auf Bundesebene .. - 108 -

Art. 6, Nr. 3 § 8 Abs. 8 - Anpassung zur Übermittlung der maßgebenden Entgelte... - 110 -

Art. 6, Nr. 3 a und 5 bb § 8 - Berechnung der Entgelte und § 10 Vereinbarung auf
Landesebene - 111 -

Art. 6, Nr. 5 § 10 Abs. 10 Vereinbarung des Basisfallwertes..... - 112 -

Art. 6, Nr. 6 § 11 Abs. 1 und Abs. 3 Vereinbarungen auf Einzelhausebene - 113 -

Art. 6, Nr. 7 § 15 Abs. 3 - Laufzeit - 114 -

**Artikel 7,8,9 Verlängerung Modellklauseln akademische Ausbildung in
Gesundheitsfachberufen - 115 -**

Art. 7,8,9 § 4 Ergotherapeutengesetz (ErgThG), § 4 Logopädengesetz (LgopG), § 9
Masseur- und Physiotherapeutengesetz (MPhG) - 115 -

**Artikel 10 Änderungen des Gesetzes zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft
bei der Organspende..... - 116 -**

Art. 10, Nr. 1 bis 5 zum Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der
Organspende - 116 -

Artikel 11 Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung - 117 -

Art. 11, Nr. 1 § 2 RSAV - Risikogruppen - 117 -

Art. 11, Nr. 2 § 4 RSAV - Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben - 118 -

Art. 11, Nr. 3 § 7 RSAV - Verarbeitung von Daten für die Durchführung und
Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs - 119 -

Art. 11, Nr. 4 § 8 RSAV - Auswahl und Anpassung des
Versichertenklassifikationsmodells..... - 120 -

Art. 11, Nr. 5 § 10 RSAV - Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates zu
Zuweisungen für das Krankengeld - 121 -

Art. 11, Nr. 6 § 11 RSAV - Zuweisungen für das Krankengeld..... - 122 -

Art. 11, Nr. 7 § 18 RSAV - Jahresausgleich - 123 -

Art. 11, Nr. 8 § 19 RSAV - Ausschluss auffälliger Risikogruppen..... - 124 -

Art. 11, Nr. 9 § 20 RSAV - Prüfung der Datenmeldungen - 125 -

Art. 11, Nr. 10 § 27 RSAV - Übergangsregelung - 126 -

Artikel 12 Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte - 127 -

Art. 12, Nr. 1 § 18 - Voraussetzungen für die Zulassung..... - 127 -

Art. 12, Nr. 2 § 26 - Ruhen, Entziehung und Ende der Zulassung - 128 -

Art. 12, Nr. 3 § 31 - Ermächtigung..... - 130 -

Artikel 13 Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte - 131 -

Art. 13, Nr. 1 § 18 - Voraussetzungen für die Zulassung..... - 131 -

Art. 13, Nr. 2 § 26 - Ruhen, Entziehung und Ende der Zulassung - 132 -

Art. 13, Nr. 3 § 31 - Ermächtigung..... - 134 -

Artikel 14 Änderungen der Bundespflegesatzverordnung..... - 135 -

Art. 14, Nr. 1, 3 und 5, § 3, 8 und 11 - 135 -

Art. 14, Nr. 2 § 5 - Vereinbarungen von Zu- und Abschlägen - 136 -

Art. 14, Nr. 4 § 9 - Vereinbarung auf Bundesebene..... - 137 -

Art. 14, Nr. 6, § 15 Abs. 2 - Laufzeit - 138 -

Art. 15, Gesundheitsausgaben- und -personalstatistikgesetz – GAPSG - 139 -

**Weiterer Änderungsbedarf im Rahmen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der
Gesundheitsversorgung..... - 140 -**

Änderungen des SGB V - § 120 Abs. 2 und 3 SGB V – Vergütung ambulanter
Krankenhausleistungen..... - 140 -

Änderungen des SGB V - § 132i Versorgungsverträge mit Hämophiliezentren..... - 141 -

Änderungen des SGB V - § 137e Absatz 4 - Erprobung von Untersuchungs- und
Behandlungsmethoden - 142 -

Änderungen des § 291b Abs. 5 Satz 4 SGB V - Verfahren zur Nutzung der
elektronischen Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis - 143 -

Qualitätssicherung Rehabilitation und Datenaustausch..... - 144 -

Landesbasisfallwertverhandlungen – Anpassung des § 10 KHEntgG - 147 -

I. Zusammenfassung

Mit dem Referentenentwurf für ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) will der Gesetzgeber die Leistungsfähigkeit der Solidargemeinschaft erhalten und die Versorgung zielgerichtet weiterentwickeln. Hierzu werden vielfältige Einzelregelungen vorgelegt, die das Ziel haben, die Leistungen und die Qualität sowie Transparenz in der Versorgung verbessern. Darüber hinaus sollen Netzwerke gestärkt und strukturelle Verwerfungen beseitigen werden.

Vorgaben, wie zum Beispiel die zur Lösung des Problems der Doppelfinanzierung vertragsärztlicher Leistungen oder zur Weiterführung der ursprünglich mit dem Krankenhausstrukturgesetz begonnenen Qualitätsagenda bei den Krankenhäusern sind ebenso zu begrüßen, wie die beabsichtigten Veränderungen für die Vorgaben zu den Mindestmengen, für deren Stärkung sich der AOK-Bundesverband sehr aktiv einsetzt, um die Patientensicherheit sowie Qualität zu erhöhen. Die Vorgaben zu den Personalquotienten im Krankenhausbereich führen zum einen zu einer besseren Transparenz über die Arbeitsbelastung der Mitarbeitenden im Krankenhaus und können so mit dazu beitragen, die Berufszufriedenheit zu steigern. Sie dienen aber vor allem der Patientensicherheit und Qualitätssicherung, denn ausreichend viel Personal bei der Patientenversorgung ist hierfür ein wesentlicher Schlüssel.

Kritisch bewertet die AOK-Gemeinschaft neben den Vorgaben zur Notfallversorgung - gerade Vergütungsfragen für Vertragsärzte und Krankenhäuser sollten erst dann angegangen werden, wenn die grundsätzlichen Strukturfragen geklärt sind – und den Qualitätsverträgen auch die Regelaufsichten zum DMP Adipositas und zur Ermächtigung des GKV-Spitzenverbandes im Zusammenhang mit der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) sowie die fehlende Umsetzung der vorliegenden Folgegutachterempfehlungen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich für den Bereich Krankengeld.

Doppelvergütung vertragsärztliche Leistungen

Die Notwendigkeit einer Klarstellung hat die AOK-Gemeinschaft in ihrer Stellungnahme zur Bundestagsanhörung im Rahmen des Gesetzes zur Gesundheitsversorgung und Pflege (GPVG) am 16.11.2020 betont. Daher begrüßen wir, dass mit diesem Referentenentwurf das Problem der Doppelfinanzierung vertragsärztlicher Leistungen einer Lösung zugeführt werden soll. Um weitere zeitliche Verzögerungen zu vermeiden und den Zeitraum der mit Ablauf des jeweiligen einjährigen Bereinigungszeitraums eintretenden Doppelfinanzierung möglichst kurz zu halten, sollte die notwendige gesetzliche Korrektur bereits im GPVG aufgenommen werden. Allerdings sind die gesetzlichen Vorgaben nicht ausreichend, um die Doppelfi-

nanzierung und die damit im Zusammenhang stehenden finanziellen Belastungen für die Versicherten sowie Arbeitgeber im notwendigen Umfang zu beseitigen.

Fortsetzung der Qualitätsagenda im Krankenhaus

Sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für die an der Weiterentwicklung einer qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung Interessierten, ist es ein positives Signal, dass mit diesem Referentenentwurf die mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) begonnene Qualitätsagenda fortgesetzt werden soll. Die Weiterentwicklung für Vorgaben zu den Mindestmengen sind ebenso geeignet wie die Regelungen zum Personalquotienten nach § 137j SGB V, um diese als relevantes Instrument der Qualitätssicherung im Krankenhaus insgesamt zu stärken. Durch eine Kombination aus Mindestmengen sowie Struktur- und Prozessqualität wird ein größerer Fokus zur Verbesserung der Versorgungsqualität sichergestellt und Risiken werden bei komplexen, planbaren Behandlungen für die Patientinnen und Patienten minimiert.

Mehr Transparenz für Patienten über Pflegepersonalausstattung

Die vorgesehene Begrenzung von Pflegehilfpersonal bei der Berücksichtigung des gesamten Pflegepersonals eines Krankenhauses und die zukünftig vorgeschriebene Veröffentlichung des Pflegequotienten im Internet trägt entscheidend mit dazu bei, Patientensicherheit und Transparenz über den Qualifikationsgrad sowie die Belastung des Pflegepersonals in den Krankenhäusern zu erhöhen. So können Patienten das für sie passende Krankenhaus mit einer guten Pflegepersonalausstattung wählen.

Zwang zu „Qualitätsverträgen“ führt zu Mehrausgaben ohne die Qualität zu verbessern

Die Streichung der mit dem KHSG eingeführten Qualitätszu- und -ablässe, die sich als nicht rechtssicher erwiesen haben, ist eine konsequente Maßnahme, um die Qualitätsagenda weiter zu verbessern. Demgegenüber lehnen wir die vorgesehene Ausgabenverpflichtung für die Qualitätsverträge als nicht sachgerecht ab. Es ist in der aktuellen finanziellen Lage keineswegs zielführend, ein noch in der Erprobung befindliches und nicht evaluiertes Qualitätssicherungsinstrument mit einer einseitigen Ausgabenverpflichtung zu koppeln. Der von den Vertragspartnern gemeinsam auf freiwilliger Basis begonnene Weg der Qualitätsverbesserung wird derzeit durch bürokratische Hemmnisse erschwert. Maßnahmen zur Förderung der Qualitätsverträge sollten daher dringend am Abbau dieser Hemmnisse ansetzen. Unter finanziellem Handlungsdruck bleibt die Qualitätsorientierung der Verträge auf der Strecke.

Notfallversorgung weiterentwickeln statt Vergütungsfragen einseitig zu bestimmen

Einzelregelungen zu Vergütungsfragen der Notfallversorgung vor der aufgeschobenen Notfallreform zu regeln, führen nicht zu einer effizienteren

und qualitativ besseren Versorgung. Vor dem Hintergrund, dass der zurückgezogene Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung eine wesentlich umfänglichere Prozessverantwortung aller an der Notfallversorgung Beteiligten vorsah, erscheint die vorgesehene Regelung wenig plausibel und sollte daher erst im Kontext einer umfassenden Regelung der ambulanten Notfallversorgung gesetzlich umgesetzt werden.

DMP Adipositas

Mit der Verpflichtung zur Einführung eines DMP Adipositas lässt dieser Entwurf die Ergebnisse des Bewertungsverfahrens des G-BA unberücksichtigt. Der G-BA hält das Instrument DMP für die Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Adipositas für nicht geeignet. Im Gesetzentwurf wird nicht ausgeführt, auf welcher Grundlage das BMG zu einem anderen Ergebnis kommt. Der AOK-Bundesverband lehnt daher eine verpflichtende Einführung des DMP Adipositas als nicht sachgerecht ab.

Fehlende Umsetzung der vorliegenden Folgegutachterempfehlungen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich für den Bereich Krankengeld

Anders als beim Verfahren für Auslandsversicherte verzichtet der vorliegende Referentenentwurf auf die längst überfällige Weiterentwicklung der Zuweisungsverfahren für das Krankengeld im Rahmen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Stattdessen sollen hier – abgesehen vom Kinderkrankengeld - die bestehenden insuffizienten Regelungen weitergelten, die insbesondere mit ihrem 50-%igen Ist-Kostenausgleich aus den Sonderregelungen des GKV-FQWG massive Fehlanreize hinsichtlich der Effizienz und Wirtschaftlichkeit mit sich bringen. Und dies, obwohl auch für den Bereich Krankengeld ein umsetzungsreifer Vorschlag zur Neugestaltung vorgelegt wurde, der die Zielgenauigkeit der Zuweisungen für das Krankengeld um ein Vielfaches verbessert und somit den aktuellen Regelungen bezüglich der Zielsetzung des RSA deutlich überlegen ist. Es liegen auch keine gesicherten Anhaltspunkte dafür vor, dass sich die Ergebnisse aus dem aktuell vorliegenden Folgegutachten nicht in der vorgesehenen Evaluation durch den Wissenschaftlichen Beirat bestätigen werden. Daher spricht sich die AOK-Gemeinschaft nachdrücklich für die Umsetzung des Vorschlags der Folgegutachter auch im Bereich Krankengeld ab dem Ausgleichsjahr 2023 aus.

Elektronische Verfahren zur Einkommensinformation

Die Einführung eines elektronischen Verfahrens zum Abruf von Einkommensinformationen für freiwillig Versicherte und Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 S SGB V ist ebenso zu begrüßen wie die damit einhergehende Abfrage der für das Abrufverfahren notwendigen Steueridentifikationsnummern. Dass der Widerruf der Einwilligung zur Datenübermittlung zwischen den Krankenkassen und den Finanzbehörden für diesen Personenkreis mit der Verpflichtung der fristgerechten Vorlage der Einkommens-

nachweise bei der Krankenkasse gekoppelt ist, ist eine gleichermaßen positive Entwicklung. Im Ergebnis reduziert das vorgesehene elektronische Verfahren Verwaltungsaufwände sowohl bei den Krankenkassen als auch bei den Versicherten und es wird einer langjährigen Forderung der AOK-Gemeinschaft nachgekommen.

Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland

Die Ermächtigung des GKV-Spitzenverbandes, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) zu Forderungsverzicht und Begründung von Zahlungsverpflichtungen zu Lasten der Krankenkassen wird abgelehnt, weil diese Ermächtigung im Kern nur auf die Verwaltungsaufwands-/Verwaltungskostenreduzierung bei der DVKA fokussiert, aber nicht berücksichtigt, dass sie gleichzeitig zu Mehrbelastungen der Krankenkassen und weiteren Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen führt. Zudem schafft sie Fehlanreize auf Seiten der ausländischen Träger und der DVKA. Die Neuregelung ist auch nicht erforderlich, weil bisher alle kostenrechnungsrelevanten Probleme mit ausländischen Stellen zwischen DVKA und Kassenseite geregelt werden konnten. Die fortschreitende Digitalisierung infolge der Verwirklichung des EU-gesetzlich vorgeschriebenen grenzüberschreitenden Datenaustauschs (EESSI) wird auch den Verwaltungsaufwand der DVKA bei der Weiterleitung der Beanstandungen weiter reduzieren. Auch deshalb ist die geplante gesetzliche Regelung nicht erforderlich.

II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Referentenentwurfs

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Art. 1 Nr.1, § 13 SGB V - Bereinigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund des mit der Änderung des GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetzes (AMVSG) vom 4. Mai 2017 in § 129 Absatz 1 nach Satz 3 neu eingefügten Satzes sieht der Gesetzgeber die Notwendigkeit einer bisher unterbliebenen redaktionellen Anpassung in § 13 Absatz 2 Satz 11.

B Stellungnahme

Die vorgesehenen redaktionellen Änderungen sind nachvollziehbar.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr. 2, § 17 - Leistungen bei Beschäftigung im Ausland**A Beabsichtigte Neuregelung**

Durch die Änderung des § 17 werden pflicht- und freiwillig versicherte Familienangehörige mit keinem oder beitragsfreiem Einkommen, die das im Ausland beschäftigte Mitglied während der Elternzeit begleiten oder besuchen, familienversicherten Angehörigen gleichgestellt und erhalten die ihnen nach diesem Kapitel zustehenden Leistungen von dem Arbeitgeber des im Ausland tätigen Mitglieds. Für die Krankenkassen entsteht durch das Kostenerstattungsverfahren ein geringfügiger (Verwaltungs-)Mehraufwand, jedoch keine Leistungsausweitung.

B Stellungnahme

Zustimmung

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr. 3, § 22a – Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der leistungsberechtigte Personenkreis für die Eingliederungshilfe wurde aus dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch herausgelöst und wird nun im Sozialgesetzbuch Neuntes Buch definiert. Es bedarf daher einer redaktionellen Anpassung im §22a.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1, Nr. 4 § 23 SGB V - Medizinische Vorsorgeleistung**A Beabsichtigte Neuregelung**

Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten und stationäre Vorsorgeleistungen werden von Ermessens- in Pflichtleistungen umgewandelt, um dem besonderen Wert der Vorsorgeleistungen für die Gesundheit der Versicherten stärker Rechnung zu tragen.

B Stellungnahme

Nach Auffassung der AOK-Gemeinschaft ist der Ermessensspielraum der Krankenkassen bei ambulanten Vorsorgeleistungen bereits bisher eingeschränkt. Entsprechende Anträge der Versicherten werden bei medizinischer Notwendigkeit positiv beschieden. Eine messbare Verbesserung ist vor diesem Hintergrund auch bei der Umwandlung in eine Pflichtleistung der Krankenkasse nicht erkennbar, so dass eine gesetzliche Änderung als nicht notwendig angesehen wird.

C Änderungsvorschlag

Streichung der Neuregelung.

Art. 1 Nr. 5, § 24c SGB V § 24c - Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Gesetz zur Neuregelung des Mutterschutzrechts mit Wirkung 01.01.2018 vom ist die Anwendbarkeit des Gesetzes auf jede Person geregelt worden, die schwanger ist, ein Kind geboren hat oder stillt; dies gilt also unabhängig von dem angegebenen Geschlecht im Geburtseintrag. Mit der Einfügung des Satzes 2 in § 24 c SGB V soll klargestellt werden, dass im Falle der Schwangerschaft und Mutterschaft Anspruch auf entsprechende Leistungen unabhängig vom im Geburtenregister eingetragenen Geschlecht besteht.

B Stellungnahme

Zustimmung

C Änderungsvorschlag

Redaktionelle Änderung: „Einen Anspruch auf Leistungen nach Satz 1 ...“

Art. 1 Nr. 6, § 24h SGB V – Redaktionelle Anpassung

A Beabsichtigte Neuregelung

In § 24h Satz 1 soll hinter dem Wort „möglich“ das Wort „ist“ eingefügt werden.

B Stellungnahme

Bereinigung eines grammatikalischen Fehlers.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr. 7, § 27b – Zweitmeinung

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Hinzufügen eines Halbsatzes in §27b Absatz 2 Satz 1 SGB V wird der Gemeinsame Bundesausschuss verpflichtet, ab dem 01.01.2022 jährlich zwei weitere Eingriffe festzulegen, bei denen die Möglichkeit eines Zweitmeinungsverfahrens für gesetzlich Versicherte besteht.

B Stellungnahme

Der Gemeinsame Bundesausschuss und mit ihm seine dort vertretenen Organisationen nehmen die in § 27b SGB V die Verpflichtung zur Festlegung von Zweitmeinungsverfahren bereits ausreichend wahr und haben Zweitmeinungsverfahren unter anderem für die Indikationen Mandeloperationen (Tonsillektomie, Tonsillotomie), Gebärmutterentfernungen (Hysterektomien) und für arthroskopische Eingriffe an der Schulter festgelegt. Weitere Indikationen sind in der Abstimmung der Selbstverwaltung. Die vorgesehene Neuregelung stellt damit einen unnötigen Eingriff in die Selbstverwaltung dar und ist abzulehnen.

Die nun angedachte Festlegung einer bestimmten Anzahl von Zweitmeinungsverfahren konterkariert gleichzeitig die Bemühungen der Selbstverwaltung, fachlich sinnvolle Indikationen zu identifizieren und entsprechende Richtlinien zu erlassen. Hierfür ist ein entsprechender Zeitablauf notwendig, der im Vorfeld nicht sicher abzusehen ist und so Festschreibungen im Vorfeld nicht sinnvoll erscheinen lässt. Vielmehr sollte es weiterhin den Organen der Selbstverwaltung obliegen, den Prozess zu steuern und Richtlinien gemeinschaftlich festzulegen.

C Änderungsvorschlag

Die Ergänzung wird gestrichen.

Art. 1 Nr. 8, § 31 Absatz 5 SGB V „Bilanzierte Diäten“

A Beabsichtigte Neuregelung

Der bisher auf einer Übergangsregelung beruhende Leistungsanspruch gesetzlich Versicherter auf die Versorgung mit bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung soll aus Gründen der Rechtssicherheit und Rechtsbereinigung in die Regelleistung überführt werden. Der bisherige Regelungsauftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses wird angepasst und um eine Berichtspflicht ergänzt.

B Stellungnahme

Der seit dem Jahr 2009 auf einer Übergangsregelung bestehende Anspruch von Versicherten auf bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung hat sich in der Verwaltungspraxis bewährt. Die Überführung in die Regelleistung der gesetzlichen Krankenversicherung ist aus Gründen der Rechtssicherheit und Rechtsbereinigung daher sachgerecht.

Die Anpassung des bisherigen Regelungsauftrages, nach dem der Gemeinsame Bundesausschuss den Erkenntnisstand und die Entwicklung der Leistungen für bilanzierte Diäten zukünftig zu evaluieren und dem Bundesministerium für Gesundheit alle zwei Jahre darüber zu berichten hat, ermöglicht eine sich aus verändernden Markt- und Versorgungsbedingungen (bspw. neue Produkte) ergebende Anpassung der Versorgungssituation durch den Gemeinsamen Bundesausschuss. Die neben den Produktherstellern dabei geplante Einbindung von wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften, des GKV-Spitzenverbands (GKV-SV), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) ist zu begrüßen und trägt einer medizinisch notwendigen, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung Rechnung.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr. 9, § 32 - Verordnung von Heilmitteln

A Beabsichtigte Neuregelung

Im Gesetzesentwurf der Bundesregierung vom 19.10.2020 für ein Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) ist vorgesehen, die bürokratische Entlastung durch die Genehmigungsfreiheit unabhängig von der zeitlichen Verzögerung des Inkrafttretens der neuen Heilmittel-Richtlinie bereits ab dem 01.10.2020 zur Geltung kommen zu lassen. Seit dem 1.10.2020 bedürfen Verordnungen von Heilmitteln mit Ausnahme des Genehmigungsverfahrens nach Absatz 1a Satz 2 keiner Genehmigung durch die Krankenkasse. Das Gesetzgebungsverfahren wird voraussichtlich erst im Laufe des vierten Quartals 2020 beendet und nach der Zustimmung des Bundesrates am 18.12.2020 Inkrafttreten. Die nun beabsichtigte Neuregelung sieht vor, den noch nicht in Kraft getretenen Absatz 1c wieder aufzuheben.

B Stellungnahme

Die mit dem Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (GPVG) angestrebte Regelung zur Genehmigungsfreiheit für Verordnungen von Heilmitteln außerhalb des Regelfalls, wird mit dem Inkrafttreten der neu gefassten Heilmittel-Richtlinie zum 1.01.2021 verzichtbar. Durch die neue Heilmittel-Richtlinie sind über die geltende orientierende Verordnungsmenge hinausgehende Verordnungen genehmigungsfrei. Der § 32 Absatz 1b sieht bereits eine entsprechende Regelung vor. Daher ist die Aufhebung des Absatz 1c fachlich nachvollziehbar und folgerichtig.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr. 10, § 33 SGB V - Anpassung Verweis Hilfsmittel

A Beabsichtigte Neuregelung

Korrektur des Verweises in Absatz 9 auf Absatz 1 Satz 9 statt Absatz 1 Satz 6 infolge einer geänderten Satzreihenfolge im Zuge des TSVG.

B Stellungnahme

Folgerichtige Verweiskorrektur

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr. 11, § 39 a Absatz 2 Satz 9 SGB V - V Stationäre und ambulante Hospizleistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Um den besonderen Bedürfnissen und der Bedarfe von Kindern und Jugendlichen gerecht zu werden, soll es künftig eine eigenständige Rahmenvereinbarung zur Förderung ambulanter Kinderhospizdienste geben.

B Stellungnahme

Bis heute gibt es keine eigenständige Rahmenvereinbarung für ambulante Kinderhospizdienste, sondern nur eine Vereinbarung für Erwachsenen hospizdienste, die einige Vorgaben speziell für Kinderhospizdienste enthält. Der AOK-Bundesverband befürwortet demnach die Neuregelung, künftig eine eigenständige Rahmenvereinbarung zur Förderung ambulanter Kinderhospizdienste zu schließen. Damit werden den unterschiedlichen Bedarfen in den Lebensphasen und dem jeweiligen psychomotorischen Entwicklungsstand besser Rechnung getragen, um gleichwohl besondere Fallgestaltungen besser berücksichtigen zu können und die pflegerische und medizinische Versorgung schwerstkranker oder sterbender Kinder entsprechend den unterschiedlichen Lebensphasen und Bedürfnissen auszurichten. Insbesondere gibt es bereits in der stationären Hospizversorgung positive Erfahrungen mit einer eigenen Rahmenvereinbarung. Dabei wird ersichtlich, dass man mit speziellen Regelungen, z.B. hinsichtlich psychosozialer sowie sozialrechtlicher Unterstützung der Familie, zielgenauer auf die Bedürfnisse schwerstkranker oder sterbender Kinder, gleichwohl auch auf deren betroffene Familien eingehen, kann.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr. 12, § 39d SGB V - Stationäre und ambulante Hospizleistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber sieht vor, dass zukünftig in jedem Kreis oder jeder kreisfreien Stadt die Koordination in einem regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerk durch einen Netzwerkkoordinator gefördert wird. Ziel der Förderung ist der Aufbau und die Unterstützung einer Netzwerkstruktur unter Einbeziehung bestehender Versorgungsstrukturen. Durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen sind entsprechende Förderrichtlinien zu erstellen und gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit ein Bericht über die Entwicklung der Netzwerkstrukturen und die Auswirkungen der Förderung abzugeben.

B Stellungnahme

Wesentliche Impulse zur Förderung von Hospiz- und Palliativnetzwerken bzw. Vernetzung regionaler Akteure wurden bereits mit dem gesetzlichen Anspruch auf eine Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (2007) und durch das Hospiz- und Palliativgesetz (2015) gegeben. Die bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung ist dem AOK-Bundesverband ein äußerst wichtiges Anliegen. Die angemessene Versorgung und Begleitung von Palliativpatientinnen und -patienten erfordert in besonderem Maße die Zusammenarbeit unterschiedlicher palliativmedizinischer und -pflegerischer Leistungserbringer durch Einbezug von Ehrenamtsstrukturen. Die ist eine bedeutende Aufgabe in der hospizlichen und palliativen Beratung, Begleitung und Versorgung. Insbesondere wird dazu beigetragen, eine Transparenz und Orientierung für Betroffene sowie für weitere Akteure zu schaffen. Des Weiteren auch eine an den Bedürfnissen und Bedarfen der Betroffenen ausgerichtete Beratung, Begleitung und Versorgung zu etablieren, auszubauen und zu fördern. Für die betroffenen Familien ist es entscheidend, dass die Angebote rund um die Familie klar koordiniert und abgestimmt sind. Der AOK-Bundesverband unterstützt Ansätze, die zur Erreichung dieses Ziels beitragen. Allerdings wird nicht nur hinterfragt, welchen „echten“ Mehrwert für die regionalen Akteure durch die Schaffung flächendeckender Koordinierungsstellen geschaffen werden, sondern damit wird auch die Befürchtung zum Ausdruck gebracht, bereits etablierte Strukturen infrage zu stellen: Die Notwendigkeit von zusätzlicher flächendeckender Förderung von Netzwerkkoordinatoren über die bereits vorhandenen Strukturen in Form von Landesarbeitsgemeinschaften Hospiz, Palliativnetzwerken, Pflegestützpunkten, Demenznetzwerken, Runder Tische etc. hinaus wird für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Hospiz- und Palliativversorgung auch derzeit nicht gesehen. Insbesondere übernehmen diese bereits wesentlichen Aufgaben, die im § 39d Abs. 2 beschrieben werden. Zudem werden die Palliativ Care-Teams mit ihren Qualitätszirkeln und Arbeitskreisen gemeinsam mit den Hospizdiensten, stationären Hospizen sowie Beratungsstellen in ihrer Netzwerkarbeit in den einzelnen Ländern als bereits gut etabliert und sehr aktiv wahrgenommen. Zahlreiche Akteure der Palliativ- und Hospizversorgung – auch unter enger Einbindung der Krankenkassen/-verbände - stehen kontinuierlich auf regionaler Ebene im Austausch. Auf der Bundesebene existiert bereits eine Koordinierungsstelle für Hospiz- und Palliativversorgung, die für die Sicherstellung der hospizlichen und palliativen Versorgung sowie deren Wahrnehmung in der Öffentlichkeit agiert.

Die Anzahl von Hospizangeboten ist bundesweit kontinuierlich gestiegen. Das durch das BMFFSJ aufgelegte Pilotprogramm von 2020 bis Ende 2023 "Sterben wo man lebt und zu Hause ist" trägt zur Schaffung weiterer teilstationärer und stationärer Angeboten in der Hospizarbeit und Palliativversorgung bei.

Es wird bezweifelt, ob der zusätzliche Netzwerkkoordinator weiterhin dazu beitragen kann, dass die Hospiz- und Palliativversorgung im Vordergrund steht. Es ist zudem nicht erkennbar, woraus sich der Bedarf an der Schaffung der Netzwerkkoordination gleichermaßen für jeden Landkreis ableitet.

Generell ist die Schaffung neuer Hospiz- und Palliativangebote vor dem Hintergrund, dass keine inhaltliche und finanzielle Verantwortung durch die betreffenden Institutionen dafür getragen wird, in den Regionen zu begrüßen. Es wird jedoch davon abgeraten, weitere Doppelstrukturen zu etablieren.

Sollte an der gesetzgeberischen Intention festgehalten werden, ist die Förderung insbesondere an den regionalen bzw. überregionalen Bedarfen sowie an den Interessen in der Region maßgeblichen Organisationen der Hospiz- und Palliativversorgung zu orientieren. In Regionen, in denen etablierte vernetzte und bestehende Versorgungsstrukturen vorzufinden sind, ist die Notwendigkeit eines Netzwerkkoordinators nicht zwingend erforderlich. Die gesetzliche Regelung sollte daher vorsehen, dass abhängig von den Bedarfen an Netzwerkkoordination vor Ort die Förderung erfolgt. Darüber hinaus sind die privaten Krankenkassen verpflichtend an der Förderung zu beteiligen.

Die Aufgabe eines Netzwerkkoordinators kann lt. Entwurf sowohl von den Kommunen, selbstständigen Einrichtungen (z.B. Arbeitsgemeinschaften) oder unmittelbar am Leistungsgeschehen Beteiligten (z.B. SAPV-Teams, auf Palliativversorgung spezialisierte Ärztinnen und Ärzte, Hospizdienste) wahrgenommen werden. Vor allem bei Einsatz eines Koordinators aus dem Kreise der Anbieter läge wohlmöglich ein Interessenkonflikt nahe. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, auf welchem Wege die Auswahl des Antragstellers erfolgt, sofern die Netzwerkkoordination von mehreren Institutionen beansprucht wird. Zudem wären entsprechende Anforderungen an die Qualifikation des Netzwerkkoordinators in den Förderrichtlinien zu definieren.

C Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Sollte keine Streichung erfolgen, ist § 39 Abs. 1 wie folgt zu fassen:

„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können gemeinsam und einheitlich in jedem Kreis oder jeder kreisfreien Stadt die Koordination in einem regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerk durch einen Netzwerkkoordinator fördern, sofern ein Bedarf besteht. Bedarfsgerecht können insbesondere in Ballungsräumen mehrere Netzwerkkoordinatoren für verschiedene Teilräume gefördert werden. Die Förderung setzt voraus, dass die maßgeblichen kommunalen Träger der Daseinsvorsorge an der Finanzierung der Netzwerkkoordination in jeweils gleicher Höhe beteiligt sind. Die Fördersumme für die entsprechende Teilfinanzierung der Netzwerkkoordination nach Satz 1 beträgt maximal 15.000 Euro je Kalenderjahr und Netzwerk. Die Fördermittel werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen durch Umlage nach dem Anteil ihrer eigenen Mitglieder an der Gesamtzahl der Mitglieder aller Krankenkassen im jeweiligen Bundesland erhoben und im Benehmen mit den für Gesundheit und Pflege jeweils zuständigen obersten Landesbehörden gemeinsam verausgabt. Die privaten Krankenversicherungen beteiligen sich an dieser Förderung mit insgesamt 10 Prozent des Fördervolumens.“

In Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort „Anforderungen“ die Wörter „an die Qualifikation des Netzwerkkoordinators,“ eingefügt.

Art. 1 Nr.1, § 13 SGB V - Bereinigung**A Beabsichtigte Neuregelung**

Aufgrund des mit der Änderung des GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetzes (AMVSG) vom 4. Mai 2017 in § 129 Absatz 1 nach Satz 3 neu eingefügten Satzes sieht der Gesetzgeber die Notwendigkeit einer bisher unterbliebenen redaktionellen Anpassung in § 13 Absatz 2 Satz 11.

B Stellungnahme

Die vorgesehenen redaktionellen Änderungen sind nachvollziehbar.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr. 13, § 55 – Leistungsanspruch

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch die ebenfalls im GVWG geplante Änderung des §57 Absatz 1 müssen die Verweise in §55 entsprechend angepasst werden.

B Stellungnahme

- a) Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung an den §57 Absatz 1.
- b) Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung an den §57 Absatz 1.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr. 14, § 56 Absatz 4 – Festsetzung der Regelversorgungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch die ebenfalls im GVWG geplante Änderung des § 57 Absatz 1 muss der Verweis in § 56 Absatz 4 entsprechend angepasst werden.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung an den § 57 Absatz 1.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr. 15, § 57 Absatz 1 – Beziehungen zu Zahnärzten und Zahntechnikern

A Beabsichtigte Neuregelung

Einige Regelungen für die Bildungen der Höhe der Vergütung für die zahnärztlichen Leistungen sind veraltet und werden daher aus dem Gesetz in Rahmen einer Rechtsbereinigung gestrichen. Daraus folgen weitere Anpassungen von Rechtsverweisen.

B Stellungnahme

a) und b) In § 57 Absatz 1 Satz 1 und 2 werden Angaben zur erstmaligen Gültigkeit der Regelung für die Bildungen der Höhe der Vergütung für die zahnärztlichen Leistungen bzw. Vorgaben hierzu gestrichen, da sich diese auf das Jahr 2005 beziehen und somit veraltet sind. Die Streichungen sind sachgerecht.

c), d) und e) Es handelt sich um redaktionelle Änderungen in den Sätzen 2, 4 und 9 an die Streichungen in den Sätzen 1 und 2.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr. 16, § 62 SGB V -Belastungsgrenze

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung in Absatz 5 (Evaluierungsauftrag für das Jahr 2006/2007) soll gestrichen werden.

B Stellungnahme

Die Änderung ist redaktioneller Natur und dient der Rechtsbereinigung. Der in Absatz 5 vorgesehene Evaluierungsauftrag ist zwischenzeitlich gegenstandslos geworden; die Streichung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr. 17, § 63 SGB V - Anpassung Verweis Modellvorhaben

A Beabsichtigte Neuregelung

Korrektur des Verweises in Absatz 3 Satz 4 auf § 284 Absatz 1 Satz 4 statt § 284 Absatz 1 Satz 5 infolge des EU-2. DSAnUG-EU.

B Stellungnahme

Folgerichtige Verweiskorrektur

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr. 18, § 65d SGB V- Förderung besonderer Therapieeinrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

a) und b) Die gesetzlichen Regelungen sehen vor, dass Modellvorhaben auf längstens 5 Jahre zu befristen sind, wenn von den Vorschriften des Zehnten Kapitels abgewichen wird (§ 63 Absatz 5 Satz 3). Die Abweichung bezieht sich bei den Modellvorhaben nach § 65d SGB V insbesondere auf die fehlende Übermittlung patientenbezogener Leistungsdaten. Mit der Änderung wird die Förderdauer der Modellvorhaben nach § 65d SGB V trotz anonymer Behandlungen von 5 auf 8 Jahre entsprechend der Regelung in § 63 Absatz 5 Satz 1 verlängert.

B Stellungnahme

Nach einer ca. einjährigen Vorbereitungsphase fördert der GKV-Spitzenverband seit Januar 2018 Modellvorhaben nach § 65d SGB V, in denen Patienten mit pädophilen Sexualstörungen anonym behandelt werden. Aufgrund des bisher vorgesehenen Förderzeitraumes von 5 Jahren ist eine Förderung noch für weitere 2 Jahre bis zum 31.12.2022 vorgesehen.

Seit ca. 15 Jahren besteht mit dem Projekt „Kein Täter werden“ ein spezialisiertes Angebot für Menschen mit Pädophilie. Die Projektstandorte des Netzwerkes wurden vor der Förderung durch den GKV-Spitzenverband durch Landes- und Bundesministerien gefördert. Da das Ziel der Therapie ist, das Risiko sexueller Übergriffe auf Kinder sowie die Nutzung von Missbrauchsabbildungen zu verringern, muss das Angebot des Forschungs- und Therapieprojektes im Bereich der Kriminalprävention verortet werden.

Die therapeutischen und ggf. medikamentösen Behandlungen der Patienten als Leistungskomponenten zielen auf die Verringerung von psychischen Belastungssymptomen ab. Dabei ist eine spezialisierte Ausrichtung einzelner Institutionen auf die Behandlung von Störungen der Sexualpräferenz und deren Begleitsymptomen im Rahmen der Regelversorgung bereits möglich. Derzeit finden neben der Behandlung der Patienten im Rahmen des Modellvorhabens zusätzliche Interventionen in der Regelversorgung statt. Dies spricht dafür, dass die im Modellvorhaben erbrachten Leistungen bereits im Rahmen der Regelversorgung gedeckt werden können und daher keine Beendigung der Behandlung nach Ende des Förderzeitraumes anzunehmen ist.

Die geförderten Standorte stehen durch die SARS-CoV-2 Pandemie vor neuen Herausforderungen, konnten die Behandlungsangebote jedoch anpassen. Beispielsweise konnten durch die Umstellung von Gruppen- auf Einzeltherapien und die Ausweitungen der telemedizinischen Angebote Therapieabbrüche verhindert werden. Entsprechend ist nicht davon auszugehen, dass von dem ursprünglich angestrebten Ziel abgewichen werden muss, u.a. auch, weil die begleitende Evaluation planmäßig stattfindet. Ein höherer Erkenntnisgewinn durch eine Verlängerung des Förderzeitraumes ist nicht zu erwarten.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Änderungen.

Art. 1 Nr. 19, § 65e SGB V – Anmerkung: Richtig 65f**A Beabsichtigte Neuregelung**

Der Paragraph mit der Bezeichnung „Vereinbarung zur Suche und Auswahl nichtverwandter Spender von Blutstammzellen aus dem Knochenmark oder aus dem peripheren Blut“ wird in § 65f umgeschrieben. Laut Gesetzesbegründung wird damit ein Versehen behoben, in dessen Folge zwei Paragraphen mit der Nummer 65e erlassen wurden.

B Stellungnahme

Der Neuregelung wird zugestimmt.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr. 20, § 75 SGB V - Inhalt und Umfang der Sicherstellung

A Beabsichtigte Neuregelung

a)

aa) Die Regelung, wonach die Terminservicestellen in Akutfällen eine unmittelbare ärztliche Behandlung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene zu vermitteln haben, wird dahingehend konkretisiert, dass auch ein telefonischer Arztkontakt ermöglicht werden kann. Entsprechend der Begründung kann diese ärztliche Konsultation der Beratung der Versicherten oder der besseren Einschätzung der Dringlichkeit der Behandlungsnotwendigkeit dienen. Dabei kann es sich entweder um eigenes ärztliches Personal der Terminservicestelle handeln oder es werden Rückrufmöglichkeiten mit kooperierenden Praxen sichergestellt. Je nach Ergebnis der ärztlichen Konsultation erfolgt anschließend eine entsprechende Weitervermittlung durch die Terminservicestelle. Die Regelung soll die Ziele verfolgen, die Notfallambulanzen und Rettungsdienste zu entlasten und weitere Anreize für Kooperationen zwischen den Rettungsdienstleitstellen und den Terminservicestellen zu setzen.

bb) Vermittelt die Terminservicestelle einen Behandlungstermin bei einem Facharzt, muss mit Ausnahme der in Absatz 4 Satz 1 genannten Fälle eine Überweisung vorliegen. Die bereits bestehende Aufzählung wird nun um die Fälle erweitert, in denen bei einer zuvor erfolgten Inanspruchnahme eines Krankenhauses zur ambulanten Notfallbehandlung das Ersteinschätzungsverfahren keinen sofortigen Behandlungsbedarf ergeben hat. Die Regelung korrespondiert mit § 120 Abs. 3b neu, wonach die Kassenärztliche Bundesvereinigung bundesweit einheitliche Vorgaben und Qualitätsanforderungen zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser aufstellt. Stellt sich im Rahmen dieses Ersteinschätzungsverfahrens heraus, dass keine sofortige Behandlung erforderlich ist, jedoch ein ambulanter medizinischer Behandlungsbedarf besteht, kann auch ohne Aufsuchung eines Hausarztes ein Facharzt In Anspruch genommen werden. Mit dieser Regelung sollen unnötige Arztkontakte vermieden und damit der Zugang zur ambulanten Behandlung erleichtert werden.

B Stellungnahme

a)

aa) Es ist nicht bekannt, dass das Einschätzungsverfahren der Terminservicestellen zu nennenswerten Problemen führt, wegen derer eine regelhafte zusätzliche ärztliche Konsultation per Telefon notwendig wäre. Unweigerlich stellt sich die Frage, ob man ärztliche Ressourcen zur Verbesserung der Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit oder zur Beratung der Versicherten einsetzen möchte. Werden Ärztinnen und Ärzte nur in begründeten Einzelfällen telefonisch hinzugezogen und können damit Situationen vermieden werden, die bisher zu unnötigen Kontakten mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst oder zu Einsätzen des Rettungsdienstes geführt haben, kann die Regelung unterstützt werden. Festzulegen ist, dass es sich bei den konsultierten Ärztinnen und Ärzten um zugelassene Vertragsärztinnen und -ärzte handeln muss. Außerhalb der Sprechstundenzeiten sind Kooperationen mit dem Bereitschaftsdienst denkbar. Die Finanzierung der telefonischen Arztkontakte hat aus dem Budget der Terminservicestelle zu erfolgen, weil es sich um eine Ergänzung der Triage handelt und keine telemedizinische Behandlung darstellt.

bb) Grundsätzlich ist die Bestrebung des Gesetzgebers, unnötige Arztkontakte zu vermeiden, zu begrüßen. Gleichwohl birgt die Regelung, über das Aufsuchen einer Notfallambulanz den Bedarf einer Überweisung zum Facharzt zu umgehen, ebenso Fehlanreize. Finanziell bedeutet dies eine Ausweitung der Behandlungsmöglichkeiten im nach dem extrabudgetär vergüteten Förderbereich des TSVG, ohne dass dem eine entsprechende Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung um bereits in der Vergangenheit erfolgte Facharztbesuche und damit verbundenen Leistungsmengen nach Abweisung durch eine Notfallambulanz. Wägt man beide Probleme gegeneinander ab, kann der Regelung dennoch gefolgt werden.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr. 21, § 81 Absatz 1 Nummer 8 SGB V - Entschädigungsregelung

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung des § 81 Abs. 1 S. 8 SGB V wird klargestellt, dass die Satzung der Kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigungen auch Regelungen zur Art und zur Höhe der Entschädigung für Organmitglieder enthalten müssen, wobei die Regelung in einer eigenständigen Entschädigungsordnung möglich ist.

B Stellungnahme

Die vorgeschlagenen Änderungen sind nachvollziehbar.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr. 22, § 85 - Gesamtvergütung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen in Absatz 2a, Absatz 2d, Absatz 3 Satz 5, Absatz 3f und Absatz 3g betreffen die zahnärztlichen Gesamtvergütungen der Jahre 2011 bis 2014. Sie werden aufgrund des Zeitablaufs aufgehoben.

B Stellungnahme

Die Änderungen sind redaktioneller Natur und dienen der Rechtsbereinigung. Die aufgeführten Regelungen sind zwischenzeitlich gegenstandslos geworden, ihre Streichung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr. 23, § 87 - Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A Beabsichtigte Neuregelung

a) Gemäß §87 Absatz 1b Satz 6 SGB V muss das Institut des Bewertungsschusses jährlich über die Leistungen der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung in der vertragsärztlichen Versorgung berichten. Darüber hinaus muss gemäß §37b Absatz 4 SGB V alle drei Jahre auch die Entwicklung bereits zuvor bestehender palliativmedizinischer Leistungen berichtet werden. Die unterschiedlichen Berichtszeiträume werden nun homogenisiert und mit dem Bericht zum 31.12.2023 auf drei Jahre festgelegt.

b) Der fehlerhafte Verweis auf den § 53 SGB XII in § 87 Absatz 2i hinsichtlich des anspruchsberechtigten Personenkreises für zusätzliche zahnärztliche Leistungen für das erforderliche Aufsuchen wird korrigiert.

B Stellungnahme

a) Bisher musste das Institut des Bewertungsschusses bei seinen Berichten für das Bundesministerium für Gesundheit unterschiedliche Berichtszeiträume berücksichtigen, wobei die Berichte sich auch inhaltlich überschneiden. Dies verursachte erhebliche Aufwände beim Institut des Bewertungsschusses bei der Erstellung. Vor dem Hintergrund, dass die spezialisierte Palliativversorgung und die Leistungen der besonders qualifizierten und koordinierten Palliativversorgung seit geraumer Zeit erfolgreich in der Versorgung umgesetzt werden, ist eine Vereinheitlichung der Berichtszeiträume auf drei Jahre angemessen und zu befürworten.

b) Bei der Änderung des Verweises im § 87 Absatz 2i von „§ 53 SGB XII“ in den Verweis „§ 99 SGB IX“ handelt es sich um eine redaktionelle Änderung aufgrund einer bereits durchgeführten Änderung der gesetzlichen Grundlage der Definition des für die Eingliederungshilfe leistungsberechtigten Personenkreises.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr. 24, § 87a Absatz 3 – Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung soll die auf ein Jahr begrenzte Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) um Leistungen nach § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 3 bis 6 SGB V – d.h. in den Konstellationen schnelle Terminvermittlung/-vergabe, Neupatient und offene Sprechstunde erbrachte Leistungen, die seit Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) extrabudgetär gefördert werden – korrigiert werden.

Die Korrektur soll im vierten Quartal 2021 einsetzen und über drei Quartale – d.h. bis einschließlich dem zweiten Quartal 2022 – umgesetzt werden. Dabei soll in den betreffenden Abrechnungsquartalen 2021/4 bis 2022/2 die MGV ggf. um ein bestimmtes zusätzliches Volumen an extrabudgetär vergüteten TSVG-Leistungen basiswirksam bereinigt werden, wenn sich auf Basis eines Abgleichs der Abrechnungsdaten aus den Quartalen 2020/4 bis 2021/2 (nach Ablauf des ursprünglich einjährigen Bereinigungszeitraums) mit den jeweiligen Vorjahresquartalen 2019/4 bis 2020/2 (im gesetzlich vorgegebenen Bereinigungszeitraum) eine „unerwartete“ Differenz in den abgerechneten TSVG-Leistungsmengen beider Jahre feststellen lässt.

Vorgaben für das Korrekturverfahren sind vom Bewertungsausschuss Ärzte zu beschließen, wobei dieser dabei einen Prozentsatz erwartbarer TSVG-Leistungsvolumina oder zusätzlicher MGV-Bereinigung (?) festlegen soll.

B Stellungnahme

Hintergrund

Das im Mai 2019 in Kraft getretene Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) sieht die extrabudgetäre Vergütung vertragsärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen bei hausärztlichen Terminvermittlungen bzw. schnelleren fachärztlichen Terminvergaben, bei offenen Sprechstunden sowie bei Neupatienten (TSVG-Konstellationen) vor. Dafür sind einerseits neue Zuschläge für vorgenommene Terminvermittlungen bzw. -vergaben eingeführt worden; andererseits sind bestehende Leistungen, welche bislang als Bestandteil des Budgets – d.h. der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) – von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung pauschal bezahlt wurden, in den Bereich der extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV) verschoben worden und nunmehr ohne Mengenbegrenzung zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung in voller Höhe (unquotiert) zu finanzieren.

Die im Rahmen von TSVG-Konstellationen erbrachten Behandlungen betrafen zum Zeitpunkt des Inkrafttretens ein von der MGV abgedecktes Leistungsvolumen von schätzungsweise jährlich rund 5 Mrd. Euro brutto. Anders als etwaige zukünftige Mengensteigerungen sind diese bereits zuvor innerhalb der MGV angefallenen Leistungsvolumina aus der MGV zu bereinigen, um eine Doppelfinanzierung sowohl über das Budget wie auch extrabudgetär auszuschließen. Das TSVG sieht diesbezüglich vor, dass die MGVen in den KV-Bezirken um die in den ersten 12 Monaten nach Inkrafttreten der jeweiligen TSVG-Konstellation erbrachten bzw. entsprechend abgerechneten Leistungsmengen, quotiert mit den durchschnittlichen Auszahlungsquoten der jeweiligen Arztgruppen, basiswirksam abgesenkt werden. Im Ergebnis bedeutet dies, dass im Bereinigungszeitraum je 100 Euro extrabudgetärer Vergütung von TSVG-Leistungen gleichzeitig die jeweilige MGV um im Schnitt rund 90 Euro dauerhaft vermindert wird. Gesetzlich ergeben sich folgende Bereinigungszeiträume:

- HA-Vermittlungs- und TSS-Terminfall: 11.05.2019 bis 10.05.2020
- Neupatient: 1.09.2019 bis 31.08.2020
- Offene Sprechstunde: 1.09.2019 bis 31.08.2020
- TSS-Akutfall: spätestens 1.01.2020 bis spätestens 31.12.2020

Bei voller Wirksamkeit der TSVG-Vergütungsregelungen und -Bereinigung ab Inkrafttreten der gesetzlichen Vorgaben sollten die Krankenkassen somit jährlich rund 500 Mio. Euro (5 Mrd. Euro extrabudgetäre TSVG-Vergütung, die einer dauerhaften MGV-Absenkung um 4,5 Mrd. Euro gegenüberstehen) zusätzlich für auch schon bislang erbrachte, nur über Budget quotiert bezahlte Leistungsvolumina aufbringen. Zusätzlich sind nach Ablauf des jeweiligen Bereinigungszeitraums sämtliche zukünftigen Mengensteigerungen in diesem Bereich vollständig von den Krankenkassen zu finanzieren.

Sofern die durch das TSVG geförderte und bereits bestehende Leistungserbringung im Bereinigungszeitraum nicht in vollem Umfang stattfindet oder nicht wie vorgesehen gekennzeichnet und abgerechnet wird, können die entsprechenden Leistungsvolumina nur unvollständig aus der MGV bereinigt werden. Die MGV bleibt unterbereinigt und vermindert sich nicht im erwarteten Umfang. Nach Ablauf des jeweiligen Bereinigungszeitraums (d.h. in der Hauptsache bereits seit dem 1. 09.2020) werden damit von den Krankenkassen bei voller Wirksamkeit der TSVG-Vergütungsregelungen nicht nur alle bislang schon erbrachten und nunmehr TSVG-geförderten Leistungen im Umfang von bis zu 5 Mrd. Euro jährlich extrabudgetär zu vergüten sein, sondern die MGVen zusätzlich Jahr für Jahr Finanzmittel für einen Teil der gleichen extrabudgetär geförderten Leistungen umfassen: Für diese wird damit von der GKV doppelt gezahlt.

Nach Ablauf des ersten Jahres des Inkrafttretens des TSVGs kann auch empirisch gestützt nicht länger von einer vollen Wirksamkeit der entsprechenden Vergütungsregelungen und MGV-Bereinigung ausgegangen werden. Zu einer erheblichen Unterbereinigung kam es im Falle des TSVG insbesondere

- aufgrund der Strategiefälligkeit der Umsetzung der TSVG-Förderung mit einer bewussten Nicht- bzw. Minderkennzeichnung und -abrechnung von TSVG-Leistungen in vielen KV-Bezirken im einjährigen Bereinigungszeitraum (mehr oder minder explizite Empfehlungen der KVen zu einer zurückhaltenden Kennzeichnung und Abrechnung von TSVG-Leistungen im Bereinigungszeitraum und anschließendem zügigen Hochfahren) sowie
- durch die Coronavirus-Pandemie
 - i. aufgrund des Fallzahlrückgangs, der unmittelbar auch die TSVG-Leistungserbringung betrifft – nicht nur während eines Teils der Bereinigungszeiträume, sondern bis weit ins Jahr 2021 hinein und ggf. darüber hinaus wurden und werden z.T. erheblich weniger Leistungen erbracht als in regulären, also unter Normalbedingungen ablaufenden Vergleichszeiträumen – wie auch
 - ii. aufgrund der mit den TSVG-Vergütungsregelungen konkurrierenden extrabudgetären Abrechnung von MGV-Leistungen als nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V (sog. NiVA).

Insgesamt führt die unvollständige Kennzeichnung und Abrechnung von TSVG-Leistungen zu einer erheblichen Unterbereinigung der MGV. Den Abrechnungsdaten ist zu entnehmen, dass der Anteil der als TSVG-Konstellation gekennzeichneten Leistungen an der abgerechneten Gesamtleistungsmenge in den sieben Monaten von September 2019 bis März 2020 in den einzelnen KV-Bezirken zwischen 0,3 und ca. 10 Prozent beträgt und damit eine erhebliche Spreizung aufweist. Weitere Analysen der Abrechnungsdaten zeigen, dass tatsächlich nur für etwa jede zweite förderfähige Leistung auch eine extrabudgetäre TSVG-Förderung in Anspruch genommen wurde. Insbesondere in der TSVG-Konstellation Neupatient, aber auch in der der offenen Sprechstunde wird die TSVG-Kennzeichnung und -Abrechnung – auch mit entsprechender IT-Unterstützung

durch die jeweilige KV – merklich gesteigert und die extrabudgetäre Förderung in vollem Umfang ausgeschöpft werden können. Dabei wird auch eine starke Divergenz der vertragsärztlichen Honorare in den verschiedenen Regionen ausgelöst. Insgesamt ergibt sich daraus eine Doppelfinanzierung von über 2 Mrd. Euro jährlich. Dies stellt eine erhebliche zusätzliche und zusatzbeitragsrelevante Belastung der angespannten Krankenkassenhaushalte dar.

Korrektur laut Referentenentwurf

Die unsachgemäße Doppelfinanzierung des Behandlungsbedarfs hat der Gesetzgeber zwischenzeitlich anerkannt. Das im vorliegenden Referentenentwurf vorgesehene Korrekturverfahren zur prospektiven Reduzierung der Doppelfinanzierung ist zwar ein Schritt in die richtige Richtung, allerdings greift es zu spät und mildert in der geplanten Ausgestaltung die Doppelfinanzierung lediglich ab, anstatt sie im vollen Umfang zu beseitigen.

(1) Die Korrektur soll erst im vierten Quartal 2021 beginnen:

Die Bereinigungszeiträume für das Gros an TSVG-Leistungen und hier insbesondere der beiden „Blockbuster“ Neupatient und offene Sprechstunde sind allerdings bereits Ende August 2020 ausgelaufen. Die vorgesehene retrospektive Korrektur 13 Monate nach Ablauf des jeweiligen Bereinigungszeitraums ist zu vermeiden, da bis zur Korrektur selbst bereits eine Doppelfinanzierung erfolgt: für den Zeitraum September 2020 bis September 2021 beliefen sich diese auf einmalig über 2 Mrd. Euro bei voller Wirksamkeit der TSVG-Vergütungsregelungen bzw. auf mehr als 1,5 Mrd. Euro, werden die Auswirkungen der Pandemie mit einkalkuliert. Um eine sachlich nicht gerechtfertigte Überzahlung zu verhindern, wäre ein Korrekturverfahren erforderlich, das sich unmittelbar an den einjährigen Bereinigungszeitraum anschließt und bei der kassenseitigen Rechnungslegung für das dritte Quartal 2020 im März 2021 ein erstes Mal durchgeführt wird.

(2) Das Korrekturverfahren soll lediglich in drei Quartalen zur Anwendung kommen und setzt auf Daten auf, die für das „normale“ Versorgungs- und Abrechnungsgeschehen nicht repräsentativ sind:

Warum das Verfahren nicht auch im dritten Quartal 2022 umgesetzt wird und damit ein volles Kalendervierteljahr von der Korrektur der MGV-Bereinigung ausgespart bleibt, erschließt sich fachlich nicht. Um eine sachlich nicht gerechtfertigte dauerhafte Überzahlung zu verhindern, wäre zumindest die Dauer der Durchführung des Korrekturverfahrens um ein Kalendervierteljahr zu verlängern. Die Nichtkorrektur der Bereinigung der MGV des dritten Quartals eines Jahres würde weiterhin zu einer unsachgemäß erhöhten MGV mit regional unterschiedlich ausgeprägter Leistungsdoppelfinanzierung in diesem einen Quartal führen.

Zudem ist aufgrund der pandemischen Lage und angesichts steigender Infektionszahlen noch bis weit in das Jahr 2021 hinein von einer unvollständigen TSVG-Kennzeichnung und -Abrechnung auszugehen. Die Auswirkungen der Corona-Pandemie (Fallzahlrückgang, NiVA-Kennzeichnung und -Abrechnung) werden sich auch solange in den Abrechnungsdaten niederschlagen. Damit wären allenfalls die Daten für das vierte Quartal 2019 repräsentativ für ein Versorgungs- und Abrechnungsgeschehen ohne Pandemie; das vierte Quartal 2020 sowie die ersten beiden Quartale des Jahres 2021 – und ggf. auch das dritte Quartal –, die bei der Korrektur als Vergleichsbasis herangezogen werden sollen, werden es sehr wahrscheinlich nicht sein. Um zukünftige ungerechtfertigte Doppelfinanzierung zu vermeiden, ist es erforderlich, dass für die Korrektur als Vergleichsbasis Daten herangezogen werden, die repräsentativ sind für ein „normales“ Versorgungs- und Abrechnungsgeschehen ohne die Verwerfungen der Corona-Pandemie.

Die angedachte Nichtkorrektur der MGV-Bereinigung des dritten Quartals 2020 im dritten Quartal 2022 würde weiterhin zu unsachgemäß hohen MGVen und entsprechenden Doppelfinanzierungen von ca. 600 Mio. Euro jährlich ab 2022 führen; wird mitberücksichtigt, dass die Daten, auf denen zur Korrektur aufgesetzt wird, die Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie mit abbilden, ist mit zukünftigen Doppelfinanzierungen von rd. 1 Mrd. Euro pro Jahr ab 2022 zu rechnen.

Es ist nicht nachvollziehbar, warum der Gesetzgeber im Wissen um die ungerechtfertigte Doppelfinanzierung über ein Jahr zu spät korrigierend eingreift und dann mit seiner Regelung zu kurz greift. Sollte eine Doppelfinanzierung in diesem Umfang (gesundheits-)politisch gewollt sein, sollte dies auch explizit dargelegt, geregelt und begründet werden. Nur so ließe sich legitimieren, dass die GKV mit der MGV insgesamt bald mehr Geld pauschal mit befreiender Wirkung zur Verfügung stellen soll, als an Leistungen unter Budget zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung in voller Höhe (d.h. unquotiert, brutto) überhaupt erbracht und abgerechnet werden; in manchen KV-Bezirken und bei manchen Arztgruppen ist dies bereits jetzt der Fall.

Doppelfinanzierungen vermeidende Korrektur

Um die seit September 2020 zu erwartende ungerechtfertigte Überzahlung noch zu vermeiden, wären die größtenteils bereits ausgelaufenen einjährigen Bereinigungen solange zu berichtigen, bis in jedem KV-Bezirk das erwartete, d.h. historisch vorhandene Potenzial an TSVG-Leistungsmengen aus der MGV bereinigt ist. Über ein entsprechendes Korrekturverfahren für die MGV-Bereinigung wird dabei sichergestellt, dass der „theoretische“, aus Daten zum Versorgungs- und Abrechnungsgeschehen in der Vergangenheit ableitbare Umfang an förderungswürdigen TSVG-Leistungen in den einzelnen KV-Bezirken vollständig aus der MGV bereinigt und auch eine MGV-Unterbereinigung aufgrund der Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie (Fallzahlrückgang, Kennzeichnung von TSVG-Leistungen als NiVA-Leistungen) ausgeschlossen ist.

Dabei ist es unabdingbar, dass das Korrekturverfahren ab dem Ende des jeweiligen gesetzlichen Bereinigungszeitraums für die verschiedenen TSVG-Konstellationen greift und bis mindestens zum Ende des zwölften Monats nach Aufhebung der Kennzeichnung und Abrechnung von Leistungen als Coronavirus-NiVA gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V fortgeführt wird. Letzteren bedarf es, um sicherzustellen, dass sich in den Abrechnungen (und Abrechnungsdaten) keine Verwerfungen der Coronavirus-Pandemie mehr abbilden. Ersteres ist bis zum Inkrafttreten des vorliegenden Gesetzes nicht mehr zu schaffen; um den Schaden für die Beitragszahler zu begrenzen, sollte die Korrektur deshalb ab Inkrafttreten des Gesetzes rückwirkend auch für diejenigen Abrechnungsquartale gelten, für welche die kassenseitige Rechnungslegung fünf Monate nach Ende des jeweiligen Quartals noch nicht erfolgt ist bzw. gerade erfolgt. Als zwingend erforderlich erscheint es außerdem, dass die Bereinigungskorrektur – wie schon die reguläre einjährige TSVG-Bereinigung auch – zeitgleich im Rahmen der Rechnungslegung für das jeweilige Abrechnungsquartal über eine Verrechnung der – im Vergleich zum jeweiligen Vorjahresquartal zusätzlichen – extrabudgetär geförderten TSVG-Leistungen mit einer entsprechenden quotierten – zusätzlichen – MGV-Absenkung durchgeführt wird; das Verfahren wird solange durchgeführt, bis nach vier Kalendervierteljahren „normaler“ vertragsärztlicher Versorgung ohne pandemiebedingter Fallzahlrückgänge und NiVA-Abrechnung sichergestellt ist, dass das historisch erwartete MGV-Gesamtvolumen an förderungswürdigen TSVG-Leistungen extrabudgetär abgerechnet und quotiert bereinigt ist. Um zu gewährleisten, dass keine TSVG-induzierten Mengensteigerungen zur Bereinigung kommen, wäre ggf. überlegenswert, dass der Bewertungsausschuss in seinen Vorgaben je KV-Bezirk ein extrabudgetär gefördertes TSVG-Leistungsvolumen festlegt, dass zur Bereinigung kommen sollte.

Aufgrund der unvollständigen Kennzeichnung von TSVG-Leistungen wird außerdem vorgeschlagen, dass eine verpflichtende Kennzeichnung von TSVG-Leistungen eingeführt wird.

C Änderungsvorschlag

Dem § 87a Absatz 3 werden folgende Sätze angefügt:

„In den Vereinbarungen und Vorgaben nach Satz 7 und 8 ist auch ein mit Wirkung für die Abrechnungsquartale ab dem 1.10.2020 durchzuführendes Korrekturverfahren vorzusehen, mit dem bei der Bereinigung gemäß Satz 7 nicht berücksichtigte Leistungen nach Satz 5 Nummer 3 bis 6 zeitnah, spätestens im jeweils folgenden Abrechnungszeitraum zu bereinigen sind; die Korrektur setzt mit dem jeweiligen Ende der Bereinigung nach Satz 7 ein und endet nach Ablauf des vierten Kalendervierteljahres, welches der Aufhebung der Leistungsvergütung nach Satz 4 im Rahmen der Coronavirus-Pandemie (SARS-CoV-2) folgt. Alle Leistungen, die die Kriterien nach Satz 5 Nummer 3 bis 6 erfüllen, sind mit Wirkung zum ersten Abrechnungsquartal 2021 verpflichtend einheitlich durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen und medizinischen Versorgungszentren zu kennzeichnen und in den Abrechnungsunterlagen gemäß § 295 Absatz 1 und 2 zu übermitteln; der Bewertungsausschuss beschließt Vorgaben für eine einheitliche Kennzeichnung.“

Art. 1 Nr. 25, § 91 Absatz 2 SGB V - Antragsrecht des Vorsitzenden

A Beabsichtigte Neuregelung

Der unparteiische Vorsitzende des G-BA erhält ein eigenes generelles Antragsrecht an das G-BA-Plenum.

Eine redaktionelle Änderung betrifft die Beteiligung von u.a. Bundesärztekammer, Bundespsychotherapeutenkammer und Verband der privaten Krankenversicherungen bei Richtlinien zur Qualitätssicherung.

In die Berichterstattung des G-BA gegenüber dem Gesundheitsausschuss des Bundestages werden auch die Regelungen zur Vermeidung unbilliger Härten bei Einführung von Mindestmengen aufgenommen.

B Stellungnahme

Der unparteiische Vorsitzende hat bereits ein Antragsrecht u.a. bei der Methodenprüfung nach § 135 sowie § 137c. Ferner haben die Unparteiischen das Recht, eigene Beschlussvorschläge vorzulegen (§ 91(7) SGB V). Eine Erweiterung dieser Rechte zu einem generellen Antragsrecht ist unproblematisch, so lange die Eigenschaft des G-BA als Konsensfindungsgremium gewahrt bleibt.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr. 26, § 95e - Berufshaftpflicht

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu Abs. 1

Vertragsärzte werden verpflichtet, sich ausreichend gegen die sich aus ihrer Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren zu versichern.

Zu Abs. 2

Die Mindestversicherungssumme beträgt 3 Millionen Euro pro Person, jedoch werden die Leistungen für den Versicherer auf ein Maximum des dreifachen pro Jahr begrenzt. Der GKV-Spitzenverband kann mit den Verbänden der Leistungserbringer höhere Mindestversicherungssummen vereinbaren, dies ist nur in den ersten sechs Monaten nach Inkrafttreten möglich.

Zu Abs. 3

Der Vertragsarzt hat bei Stellung eines Antrages auf Zulassung, auf Ermächtigung und auf Genehmigung einer Anstellung sowie auf Verlangen des Zulassungsausschusses diesem gegenüber das Bestehen einer solchen Versicherung mit einer Versicherungsbescheinigung nach dem Versicherungsvertragsgesetz nachzuweisen. Änderungen des vorgeschriebenen Versicherungsschutzes sind dem Zulassungsausschuss unverzüglich anzuzeigen. Die Zulassungsausschüsse sind im Sinne des Versicherungsvertragsgesetzes zuständige Stellen.

Zu Abs. 4

Bekommt der Zulassungsausschuss Kenntnis von nicht ausreichendem oder nicht vorhandenem Versicherungsschutz, fordert er unverzüglich entsprechende Nachweise ein. Kommt der Vertragsarzt dem nicht nach, hat der Zulassungsausschuss das Ruhen der Zulassung zu beschließen. Das Ruhen endet mit dem Tag des Nachweises eines ausreichenden Versicherungsschutzes.

Zu Abs. 5

Absatz 5 regelt die Gültigkeit der Vorgaben für Ermächtigte Ärzte, medizinische Versorgungszentren, Vertragsärzte und Berufsausübungsgemeinschaften mit angestellten Ärzten. Bei ermächtigten Ärzten wird anstelle des Ruhens der Zulassung gemäß Absatz 4 die Ermächtigung widerrufen.

Zu Abs. 6

Die Zulassungsausschüsse werden verpflichtet, die bei ihnen zugelassenen Vertragsärzte, medizinischen Versorgungszentren, Berufsausübungsgemeinschaften und ermächtigten Ärzte bis neun Monate nach Inkrafttreten erstmalig dazu aufzufordern, das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes durch eine Versicherungsbescheinigung gem. Versicherungsvertragsgesetz mit einer Frist von drei Monaten nachzuweisen. Kommen die Leistungserbringer dem nicht nach, gelten die Regelungen des Absatzes 4.

Zu Abs. 7

Die Zulassungsausschüsse werden verpflichtet, Verstöße an die zuständige Kammer zu melden.

B Stellungnahme

Grundsätzlich sind die neuen Regelungen des § 95e sehr zu begrüßen und schon lange von der AOK-Gemeinschaft gefordert.

Ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Behandlungsfehler können lebenslange und kostenintensive medizinische Behandlungen sowie weitere Ansprüche der Geschädigten, zum Beispiel auf Schmerzensgeld, Ersatz von Verdienstausfall, Renten- und Unterhaltsleistungen, nach sich ziehen.

Die Erfahrungen zeigen aber, dass trotz einiger Kammer- und Heilberufsgesetze der Länder sowie berufsrechtlicher Vorschriften, in Fällen von Behandlungsfehlern die haftenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte teilweise keine oder nur eine unzureichende Haftpflichtversicherung hatten und die Ansprüche der Betroffenen ins Leere laufen. Auch die teilweise bestehenden Melde-, Kontroll- und Aufsichtspflichten werden nicht umfassend umgesetzt. Mit der vorliegenden Neuregelung des § 95e soll verhindert werden, dass aufgrund von Behandlungsfehlern entstandene Schadensersatzansprüche der Versicherten gegen Vertragsärzte und -zahnärzte und gegen Vertragspsychotherapeuten sowie auf Sozialleistungsträger übergegangene Ansprüche aufgrund fehlenden Haftpflichtversicherungsschutzes und Zahlungsunfähigkeit von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten nicht bedient werden können.

Unklar bleibt, ob bei einer Haftpflichtversicherung über Dritte (z. B. Krankenhausträger), auch Nebenrisiken wie z. B. Vertretungen, Bereitschaftsdienst etc. umfasst oder separat versichert sein müssen.

Über den in § 95e neu geregelten Tatbestand einer verpflichtenden Haftpflichtversicherung für die Vertragsärzte hinaus, sehen wir die Notwendigkeit einer Erweiterung der Verpflichtung zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung auf alle Behandler im Gesundheitswesen. Nicht nur ärztliche und psychotherapeutische Leistungserbringer, sondern auch weitere in die Gesundheitsversorgung einbezogenen Berufsgruppen wie Pflege, Osteopathen und andere müssen bei Behandlungsfehlern entsprechend versichert sein. Wir empfehlen daher in einem nächsten Schritt, ein eigenständiges Pflichtversicherungsgesetz für alle Behandler im Gesundheitswesen zu implementieren. Bestandteil sollte hier auch eine zentrale Auskunftsstelle zur Ermittlung der Versicherung sein sowie auch die direkte Geltendmachung der Ansprüche bei der Versicherung.

Zu Absatz 1

Die Verpflichtung zu einem Haftpflichtversicherungsschutz der Vertragsärzte ist dringend geboten und wird sehr begrüßt. Jedoch wird eine Erweiterung der Verpflichtung zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung auf alle Behandler gefordert, da nicht nur ärztliche und psychotherapeutische, sondern auch weitere in die Gesundheitsversorgung einbezogenen Berufsgruppen wie Pflege, Osteopathen und andere bei Behandlungsfehlern entsprechend versichert sein müssen. Wir verweisen hier auf den weiteren Änderungsbedarf (siehe unten).

Zu Absatz 2

Die AOK regt an, die Mindestversicherungssumme auf sieben Millionen Euro zu erhöhen. Erfahrungen zeigen, dass in Einzelfällen die bisher vorgesehene Mindestversicherungssumme von 3 Millionen Euro nicht ausreichend ist. Eine Orientierung der Mindestversicherungssumme kann die KFZ-Haftpflichtversicherung geben.

Insbesondere die Einschränkung der Verhandelbarkeit höherer Mindestversicherungssummen zwischen dem GKV-SV und den Kammern/ Verbänden der Leistungserbringer muss alleine aufgrund des permanenten medizinischen Fortschrittes zeitlich unbeschränkt möglich sein. Eine Einschränkung auf sechs Monate nach Inkrafttreten wird abgelehnt.

Zu Absatz 3 bis Absatz 7

Die Regelungen scheinen grundsätzlich sachgerecht.

Jedoch ist es unwahrscheinlich, dass Zulassungsausschüsse Kenntnis über den nicht bestehenden bzw. nicht ausreichenden Versicherungsschutz erlangen. Um dennoch einen wirksamen Prüfmechanismus zu etablieren, sollen die Zulassungsausschüsse neben dieser anlassbezogenen Prüfung und der einmaligen Einforderung der Nachweise bei Inkrafttreten der Regelung ein permanentes Prüfrecht erhalten, welches sie stichprobenartig ausüben können. Die Gesetzesbegründung sieht ein solches bereits vor. Zur Schaffung rechtlicher Klarheit ist Absatz 7 entsprechend zu erweitern.

Darüber hinaus muss der Tatbestand des Ruhens zeitlich begrenzt werden. Ein Ruhen ist nur dann sinnvoll, wenn mit der Wiederaufnahme zu rechnen ist. Um Arztsitze nicht unnötig lange zu blockieren, soll nach Ablauf einer zu setzenden Frist die Zulassung entzogen werden können. Ähnlich der Fristsetzung zum Nachweis der Pflicht fachlicher Fortbildung nach §95d Absatz 3 SGB V wird empfohlen, spätestens zwei Jahre nach Beschluss des Ruhens die Zulassung zu entziehen. Die Regelung gilt auch für angestellte Ärzte.

C Änderungsvorschläge

Zu Absatz 1

Keine.

Zu Absatz 2

In Satz 1 werden die Worte „drei Millionen“ durch die Worte „7 Millionen“ ersetzt.

In Satz 3 werden die Worte „bis zum [sechs Monate nach Inkrafttreten]“ gestrichen.

Zu Absatz 3

Keine.

Zu Absatz 4

Nach Satz 4 wird folgender Satz 5 eingefügt: „Endet das Ruhen der Zulassung nicht innerhalb von zwei Jahren ab Beschlussfassung nach Satz 2, hat der Zulassungsausschuss das Entziehen der Zulassung zu beschließen.“

Zu Absatz 5

Keine.

Zu Absatz 6

Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt: „Zusätzlich können jederzeit stichprobenartig Nachweise nach Satz 1 durch die Zulassungsausschüsse gefordert werden.“

Zu Absatz 7

Keine.

Weiterer Änderungsbedarf

Es besteht die Notwendigkeit einer Erweiterung der Verpflichtung zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung auf alle Behandler im Gesundheitswesen, da nicht nur ärztliche und psychotherapeutische, sondern auch weitere in die Gesundheitsversorgung einbezogenen Berufsgruppen, wie Pflege, Osteopathen und andere, bei Behandlungsfehlern entsprechend versichert sein müssen.

Es wird daher empfohlen, in einem nächsten Schritt ein eigenständiges Pflichtversicherungsgesetz für alle Behandler im Gesundheitswesen zu implementieren. Bestandteil sollte hier auch eine zentrale Auskunftsstelle zur Ermittlung der Versicherung sein sowie die direkte Geltendmachung der Ansprüche bei der Versicherung.

Art. 1 Nr. 27, § 98 - Zulassungsverordnungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Zulassungsverordnungen enthalten bereits Vorschriften über die Voraussetzungen für das Ruhen und die Entziehung von Zulassungen. Diese werden mit der neuen Vorschrift in § 95e Abs. 4 SGB V erweitert. Demnach hat der Zulassungsausschuss das Ruhen einer Zulassung zu beschließen, wenn kein ausreichender Berufshaftpflichtversicherungsschutz besteht. Da § 98 den Verordnungsgeber bisher nicht explizit zu Regelungen über das Ruhen und die Entziehung von Zulassungen in den Zulassungsverordnungen ermächtigt, wird dies aus Gründen der Rechtsklarheit nachgeholt.

B Stellungnahme

Das BMG als Verordnungsgeber der Zulassungsverordnungen hat bereits sinnvolle Voraussetzungen zum Ruhen und Entziehen von Zulassungen in den Zulassungsverordnungen geregelt, sodass die Schaffung von Rechtsklarheit durch entsprechende Ergänzung der Aufzählung im § 98 begrüßt wird. Der neue hinzukommende Tatbestand wird in § 95e SGB V kommentiert.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr. 28, § 110a SGB V - Qualitätsverträge

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung soll den Abschluss von Qualitätsverträgen stärken. Seit Inkrafttreten der bisherigen Regelung sind nur wenige Qualitätsverträge geschlossen worden. Dies wird für eine tragfähige Erprobung von Qualitätsverträgen als Instrument zur Weiterentwicklung der Versorgungsqualität nicht für ausreichend gehalten.

Zu a)

aa) Die Krankenkassen werden verpflichtet, Qualitätsverträge für die vom G-BA festgelegte Leistungen mit Krankenhäusern abzuschließen.

bb) Die Befristungen der Qualitätsverträge werden konkretisiert. Es wird eine Verlängerung der Verträge ermöglicht, bis der G-BA nach der Evaluation eine Empfehlung nach § 136b abgibt, nach der für die jeweilige Leistung oder den jeweiligen Leistungsbereich künftig kein Qualitätsvertrag mehr zur Verfügung stehen sollte.

Zu b)

Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene haben für die bestehenden vier Leistungsbereiche am 16.07.2018 Rahmenvorgaben zu den Qualitätsverträgen vereinbart, die insbesondere eine Evaluation ermöglichen sollen. Die neuen Regelungen sollen es den Selbstverwaltungspartnern ermöglichen, diese bei notwendigem Anpassungsbedarf bzgl. der künftig neuen vom G-BA beschlossenen Leistungsbereiche zu ändern. Dies hat ab dem Jahr 2021 innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über neue Leistungen oder Leistungsbereiche zu erfolgen.

Zu c)

Absatz 3 neu

Die Krankenkassen müssen ab 2022 einen Betrag von mindestens 0,30 € je Versicherten für Qualitätsverträge pro Jahr ausgeben. Berücksichtigt werden hierbei nur Ausgaben der Krankenkassen zur Durchführung der Qualitätsverträge nach Vertragsabschluss, andere Aufwände, wie Verwaltungsaufwand im Zusammenhang mit dem Vertragsabschluss, werden nicht berücksichtigt. Wird dieser Betrag nicht für Qualitätsverträge ausgegeben, ist der Differenzbetrag an den Gesundheitsfonds abzuführen. Eine Prüfung der Ausgaben soll durch den GKV-SV erfolgen. Durch diese Regelung soll vermieden werden, dass die vermeintliche Untätigkeit der Krankenkassen zu einem finanziellen Vorteil führt.

B Stellungnahme

Da es sich bei Qualitätsverträgen um einen grundsätzlich sinnvollen Ansatz handelt, ist eine Förderung zum Abschluss von Qualitätsverträgen zu begrüßen.

Der im Gesetzentwurf vorgesehene Weg ist jedoch nicht zielführend. Eine Verpflichtung zum Vertragsabschluss sowie ein festgeschriebenes Ausgabenvolumen mit Sanktionen gegen die

Krankenkassen wird abgelehnt. Freiwilligkeit muss weiterhin das oberste Gebot sein, da ansonsten auch die Gefahr besteht, dass die Krankenkassen zum Abschluss von ungeeigneten Qualitätsverträgen gedrängt werden, die lediglich eine Bonifizierung von Krankenhäusern mit sich bringen und das eigentliche Ziel einer Qualitätsverbesserung vernachlässigt wird oder nicht erreicht werden kann.

Stattdessen müssen die vielfältigen Hemmnisse abgebaut werden, um den Krankenkassen und den Krankenhäusern Vertragsabschlüsse zu erleichtern. Unserer Auffassung nach werden Qualitätsverträge hauptsächlich wegen der großen Hindernisse derzeit nur vereinzelt abgeschlossen.

Die Bürokratien sind enorm. Die bisherigen Regelungen sind sehr umfassend, so dass schon der Abschluss eines Vertrages zu einem sehr hohen Aufwand für alle Beteiligten führt. Daher sollten vordringlich Verfahrensvereinfachungen zum Abschluss der Verträge erarbeitet werden.

Der Abschluss von Qualitätsverträgen scheitert auch daran, dass der Aufwand für Krankenhäuser und Krankenkassen für die Evaluation extrem hoch ist. Die damit verbundenen manuellen Erfassungsaufwände, die das IQTIG verlangt, stellen ein sehr großes Hemmnis dar und schrecken Krankenhäuser von einer Beteiligung an Qualitätsverträgen ab. Verpflichtende automatisierte Datenläufe über einen DTA im Rahmen einer auf die unbedingt notwendige beschränkte Evaluation würden hier schon deutliche Erleichterungen bringen und die Anzahl an abgeschlossenen Qualitätsverträgen vermutlich erhöhen können.

Ein weiteres Hemmnis ist die einzuholende Einwilligungserklärung der Patienten, die in ihrer Erstellung und insbesondere bei der Umsetzung überwiegend den Krankenhäusern großen Aufwand bereitet. Hier sollte, wie z. B. bei der Qualitätssicherung DeQS-RL, vorgegeben werden, dass Einwilligungserklärungen der Patienten nicht erforderlich sind.

Die Krankenkassen sind beim Abschluss von Qualitätsverträgen darauf angewiesen, dass Krankenhäuser sich zu einem Abschluss bereit erklären, d. h. der Abschluss eines Vertrages liegt nicht allein in der Hoheit einer Krankenkasse. Aus unserer Sicht ist es daher nicht rechtskonform, dass Krankenkassen einer Sanktion unterliegen, wenn Verträge nicht abgeschlossen werden können.

Zusätzlich wird es mit der Festlegung eines Euro-Betrages je Versicherten aus unserer Sicht nicht mehr möglich sein, nicht-monetäre Anreize für den Abschluss von Verträgen zu vereinbaren.

Wenn man das Instrument Qualitätsverträge fördern will, muss die Einführung und insbesondere die Evaluation erleichtert werden und nicht die Krankenkassen dafür bestraft werden, dass Krankenhäuser verständlicherweise den Aufwand nicht leisten können und keine Qualitätsverträge abschließen wollen.

Insbesondere zum jetzigen Zeitpunkt erkennt der Gesetzgeber in keiner Weise an, dass Krankenhäuser und Krankenkassen im Moment vor enormen Herausforderungen stehen: Pandemie, Umsetzung Gesetzesänderungen (Pflegebudget, MDK-Reform), etc. Es ist unverständlich, warum statt Erleichterungen zum Vertragsabschluss bei grundsätzlich befürworteten freiwilligen

Qualitätsverträgen nun feste Ausgabenvolumen, vorgegebene Fristen und Sanktionen eingeführt werden sollen, ohne damit die oben genannten Hindernisse aus dem Wege zu räumen.

C Änderungsvorschlag

zu a) Absatz 1 Buchstaben aa

Die Änderung wird abgelehnt und ist zu streichen.

zu a) Absatz 1 Buchstaben bb

Keine.

zu b) Absatz 2

Die Regelung ist folgerichtig. Allerdings sollte zusätzlich die Möglichkeit eingeräumt werden, für die jetzt vorliegenden Leistungsbereiche noch Verträge schließen und diese in der Evaluation berücksichtigen zu können. Insofern sollte die Selbstverwaltung beauftragt werden, die geltenden Rahmenvorgaben dahingehend anzupassen, dass möglichst viele Verträge noch für die geltenden Leistungsbereiche abgeschlossen werden können.

zu c) Absatz 3 neu

Die Änderung wird abgelehnt und ist zu streichen.

Art. 1 Nr. 29, § 118 - Psychiatrische Institutsambulanzen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-SV, die DKG und die KBV werden verpflichtet, die Vereinbarung zu psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 Abs. 2 Satz 2 und die Vereinbarung nach § 118 Abs. 3 SGB V (Psychosomatische Institutsambulanzen) an die Richtlinie nach § 92 Abs. 6b SGB V des Gemeinsamen Bundesausschusses anzupassen. Die Richtlinie nach § 92 Abs. 6b SGB V soll Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung schwer psychisch kranker Versicherter mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf aufstellen. Spätestens sechs Monate nach Inkrafttreten dieser Richtlinie sind die oben genannten Vereinbarungen anzupassen. Gemäß Gesetzesbegründung können in Abhängigkeit der Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses Anpassungen und Erweiterungen hinsichtlich des Patientenzugangs, der Behandlungsindikationen und Einschlusskriterien, der Leistungsinhalte sowie der Vorgaben zur Zusammenarbeit erforderlich sein. Mit den Neuregelungen wird beabsichtigt, den psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen eine sachgerechte Teilnahme an der Versorgung nach § 92 Abs. 6b SGB V zu ermöglichen. Laut Gesetzesbegründung sind psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 Abs. 1 SGB V ebenfalls in die Versorgung nach § 92 Abs. 6b SGB V einzubeziehen. In diesen Fällen sollen konkretisierende Vorgaben im Ermächtigungsbescheid getroffen werden.

B Stellungnahme

Grundsätzlich ist eine sachgerechte Teilnahme psychiatrischer Institutsambulanzen nach § 118 SGB V an der Versorgung nach § 92 Abs. 6b SGB V sinnvoll, weswegen die Änderung zu begrüßen ist. Zudem kann einer Anpassung des Versorgungsspektrums der Einrichtungen nach den Festlegungen der Richtlinie zugestimmt werden, da in beiden Leistungsbereichen Patient*innen mit schweren psychischen Krankheitsbildern adressiert werden. Darüber hinaus sind psychiatrische Institutsambulanzen häufig das Bindeglied zwischen stationärer und ambulanter Versorgung und verfügen über tiefgehende Erfahrung in der Behandlung schwer psychisch und chronisch Kranker, weshalb deren Teilnahme an der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V wesentlich ist.

Der Einbezug psychosomatischer Institutsambulanzen nach § 118 Abs. 3 SGB V ist kritisch zu bewerten, weil der in Anhang 1 zur Vereinbarung für Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 3 SGB V als Anlage 2 zur Vereinbarung zu psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Absatz 2 SGB V aufgeführte Diagnosekreis nicht explizit schwer psychisch Kranke adressiert. Dem gegenüber richtet sich die Versorgung nach § 92 Abs. 6b SGB V „insbesondere [an] schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf“. Die Fokussierung auf einen enggefassten Patientenkreis ermöglicht eine wirksame Versorgung sowie einen effizienten Ressourceneinsatz. Mit der Einbeziehung Psychosomatischer Institutsambulanzen besteht die Gefahr einer Ausweitung der Patientengruppe mit psychosomatischen Versorgungserfordernissen. Vor diesem Hintergrund wird es als ausreichend bewertet, wenn Psychosomatische Institutsambulanzen bei Bedarf über eine Überweisung hinzugezogen werden.

Für psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 Abs. 1 SGB V sollen gemäß Gesetzesbegründung konkretisierende Vorgaben in den vom Zulassungsausschuss erstellten Ermächtigungsbescheiden getroffen werden. Diese Regelung sollte auch für Einrichtungen nach § 118 Abs. 4

gelten (räumlich und organisatorisch nicht angebundene Einrichtungen der Krankenhäuser). Um die Handlungserfordernisse der Zulassungsausschüsse zu stärken und entsprechende Anpassungen auf Antrag umzusetzen, ist die Einbeziehung der Einrichtungen nach § 118 Abs. 1 und Abs. 4 im Gesetzestext aufzunehmen.

Im Rahmen der Einbeziehung psychiatrischer Institutsambulanzen in die Versorgung nach § 92 Abs. 6b SGB V wird neben der Anpassung des Versorgungsspektrums angeregt, der Leistungs- und Vergütungsseite Rechnung zu tragen. Daher ist in der Gesetzesbegründung ergänzend aufzunehmen, dass gemäß § 120 Abs. 2 Satz 7 SGB V die Vergütung der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen der Vergütung entsprechen soll, die sich aus der Anpassung des EBM für ärztliche Leistungen nach § 87 Abs. 2a Satz 26 SGB V ergibt. Um ökonomisch Fehlanreize zu vermeiden und eine Doppelvergütung auszuschließen, sind die auf Landesebene von den Vertragspartnern getroffenen Vergütungsvereinbarungen nach § 120 Abs. 2 SGB V zeitnah um die Leistungen nach § 92 Abs. 6b SGB V anzupassen. Diese Regelung sollte ergänzend in § 120 Abs. 2 SGB V aufgenommen werden.

C Änderungsvorschlag

Dem § 118 Abs. 1 wird Satz 2 (neu) hinzugefügt:

„Ermächtigungen nach Satz 1 sind auf Antrag spätestens innerhalb von sechs Monaten zu überprüfen und an die Festlegungen der Richtlinie dahingehend anzupassen, dass den Einrichtungen nach Satz 1 auch eine Teilnahme an der Versorgung nach § 92 Abs. 6b ermöglicht wird.“

Dem § 118 Abs. 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Die Vereinbarungen nach Satz 2 sind spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 6b zu überprüfen und an die Festlegungen der Richtlinie dahingehend anzupassen, dass den Einrichtungen nach Satz 1 auch die Teilnahme an der Versorgung nach § 92 Absatz 6b ermöglicht wird. Dies gilt nicht für Einrichtungen nach Absatz 3.“

Dem § 118 Abs. 4 wird der folgende Satz angefügt:

„Ermächtigungen nach Satz 1 sind auf Antrag spätestens innerhalb von sechs Monaten zu überprüfen und an die Festlegungen der Richtlinie dahingehend anzupassen, dass den Einrichtungen nach Satz 1 auch eine Teilnahme an der Versorgung nach § 92 Abs. 6b ermöglicht wird.“

Dem § 120 Abs. 2 wird folgender Satz 8 hinzugefügt:

„Bei der Anpassung nach Satz 7 ist sicherzustellen, dass eine doppelte Vergütung der Leistung nach § 92 6b SGB V und nach § 118 SGB V ausgeschlossen wird, wenn diese zeitgleich durch die psychiatrische Institutsambulanz erbracht wird.“

Art. 1 Nr. 30, § 120 - Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Erweiterung der Regelungen des § 120 SGB V wird die ambulante Versorgung im Notfall in Krankenhäusern als Grundnorm zur Vergütung der Leistungen aufgenommen. Als Voraussetzung für die Leistungsvergütung soll ein qualifiziertes und standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren für medizinische Notfälle in Krankenhäusern entwickelt werden, das einen Entscheidungsalgorithmus zur Dringlichkeit der Weiterbehandlung im Krankenhaus oder beim niedergelassenen Vertragsarzt beinhaltet. Für die Weiterbehandlung durch Vertragsärzte ist auch die Terminservicestelle überweisungsfrei einzubinden.

B Stellungnahme

Mit der hier vorliegenden Regelung wird zwar auf bestehende Leistungen der Notfallversorgung, die bereits heute entsprechend vergütet werden, zurückgegriffen, gleichwohl wird der Leistung ein standardisierter Prozess als Abrechnungsvoraussetzung durch das Gesetz hinzugefügt. Vor dem Hintergrund, dass der Gesetzgeber mit dem ersten Entwurf für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung im Januar dieses Jahres einen Vorschlag für die Notfallversorgung vorgelegt hat, der ein Ersteinschätzungsverfahren unter Einbeziehung der beteiligten Akteure an der Notfallversorgung vorsah, ist dieser Vorschlag überraschend und erscheint halbherzig. Grundsätzlich ist die Anwendung standardisierter Verfahren zur Ersteinschätzung wünschenswert, doch wird in diesem Vorschlag nunmehr vorausgesetzt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen als Prozessverantwortliche in den Krankenhäusern tätig werden. An der Entwicklung des Ersteinschätzungsverfahrens sollen die Krankenhäuser (und die Gesetzlichen Krankenkassen) nicht aktiv beteiligt werden, es wird lediglich eine Benehmensherstellung vorgesehen.

Vor dem Hintergrund, dass der Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung eine wesentlich umfänglichere Prozessverantwortung aller an der Notfallversorgung Beteiligten vorsah, erscheint diese Regelung wenig plausibel.

C Änderungsvorschlag

Die Regelung ist zu streichen und sollte im Rahmen eines Gesamtentwurfs zur Neuregelung der Notfallversorgung wiederaufgenommen werden. Alternativ sollte der Gesetzgeber diese Regelung so begründen, dass deutlich wird, wie sich die Regelung in den Prozess einfügt, der mit den Eckpunkten zur Notfallversorgung bzw. dem Entwurf für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung skizziert wurde. Dieses betrifft insbesondere das Zusammenspiel von Leistungserbringern der Krankenhäuser und der Kassenärztlichen Vereinigungen im Krankenhaus als auch die Einbindung der Rettungsdienste. Darüber hinaus betrifft dieses weitere vom Rettungsdienst und von Krankenhäusern genutzte Ersteinschätzungsverfahren.

Art. 1 Nr. 31, § 127 Abs. 3, Abs. 5 SGB V - Bereinigung Hilfsmittel

A Beabsichtigte Neuregelung

Streichung des Verweises in Satz 3 auf § 33 Absatz 6 Satz 3 SGB V, da dieser im Zuge des TSVG gestrichen wurde.

Korrektur des Verweises in Satz 4 in § 33 Absatz 1 Satz 9 statt § 33 Absatz 1 Satz 6 infolge einer geänderten Satzreihenfolge im Zuge des TSVG.

B Stellungnahme

Folgerichtige Bereinigung bzw. Verweiskorrektur

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr.32, § 130b SGB V – Wegfall Unterlagenschutz**A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Regelungen zur Fortgeltung des Erstattungsbetrages nach Wegfall des Unterlagenschutzes bzw. nach Wegfall des Patentschutzes in § 130b Absatz 7 Sätze 4 bis 8 werden in einen neuen Absatz 8a überführt. Zudem wird der GKV-Spitzenverband beauftragt, für Arzneimittelneueinführungen nach Wegfall von Unterlagen- und Patentschutz des erstmalig in Verkehr gebrachten Arzneimittels ein Kalkulationsmodell zur Bestimmung des Abgabepreises für die Fortgeltung des Erstattungsbetrages zu regeln.

B Stellungnahme

Neben der bereits mit dem GKV-FKG eingeführten Regelung zur Fortgeltung des Erstattungsbetrages nach § 78 Abs. 3a AMG über den Wegfall des Unterlagen- und Patentschutzes hinaus, wird nunmehr Klarheit zur Umsetzung dieser Vorgabe und der Bestimmung von Abgabepreisen für Arzneimittelneueinführungen geschaffen. Hierfür wird der GKV-Spitzenverband beauftragt das Nähere im Benehmen mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene unverzüglich nach Wegfall des Unterlagen- und Patentschutzes des erstmalig zugelassenen Arzneimittels ein Kalkulationsmodell zu veröffentlichen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr. 33, § 131 SGB V – Fortentwicklung Rahmenvertrag

A Beabsichtigte Neuregelung

Künftig soll ein Rahmenvertrag zur Umsetzung der Datenübermittlung in der Arzneimittelversorgung zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene geschlossen werden. Regelungsinhalte sind insbesondere die zur Herstellung einer pharmakologischen/therapeutischen und preislichen Transparenz und die für die Abrechnung nach § 300 erforderlichen Preis- und Produktinformationen sowie das Datenformat. Dabei sollen auch die mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Verbände auf Bundesebene für die nach § 31 Absatz 1 in die Arzneimittelversorgung einbezogenen Produkte – hierzu zählen Verbandmittel, Harn- und Blutteststreifen sowie stoffliche Medizinprodukte – einbezogen werden. Hingegen soll die Befugnis, den Rahmenvertrag auf therapiegerechte und wirtschaftliche Packungsgrößen zu erstrecken, aufgrund der Packungsgrößenverordnung gestrichen werden. Bei Konflikten kann die Schiedsstelle, die bereits für die Erstattungsbetragsverhandlungen nach § 130b zuständig ist, angerufen werden.

Zudem werden die pharmazeutischen Unternehmer verpflichtet, die Vertragspartner des Rahmenvertrags nach § 129 Abs. 2 SGB V über neue Sachverhalte im Rahmen des Korrekturverfahrens zu informieren.

B Stellungnahme

Im Kern sind die Vorschläge zu begrüßen, insbesondere die Verpflichtung, einen Rahmenvertrag im Sinne des § 131 SGB V zu vereinbaren. Positiv ist zudem, den Einbezug der Produkte nach § 31 SGB V klar im Fokus zu haben. Sinnvoll ist zudem für die Handlungsfähigkeit der Parteien, eine Schiedsstellenregelung einzufügen und eine Verpflichtung dahingehend aufzunehmen, über neue Sachverhalte im Rahmen des Korrekturverfahrens zu informieren.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr. 34, § 136a SGB V - Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen

A Beabsichtigte Neuregelung

Ein weiterer Absatz wird an die bestehenden Regelungen angefügt. Der G-BA wird aufgefordert eine Richtlinie zu beschließen, die einheitliche Anforderungen definiert, um die Öffentlichkeit mit allgemeinverständlichen Informationen bezogen auf die Qualität in der Versorgung zu versorgen. Insbesondere sollen einrichtungsbezogene, vergleichende und risikoadjustierte Übersichten festgelegt werden. Diese neue Richtlinie ist bis zum 31.12.2023 zu erarbeiten und erfasst neben den zugelassenen Krankenhäusern auch die Vertragsärzte, die medizinischen Versorgungszentren und die ermächtigten Ärzte. Ausdrücklich erlaubt ist auch die Nutzung der Daten gem. § 299, die bereits zum Zwecke der Qualitätssicherung erhoben wurden. Ebenso werden Datenquellen nutzbar gemacht, die z.B. beim IQTIG vorliegen.

B Stellungnahme

Die geplante Verzahnung aller zum Zwecke der Qualitätssicherung erhobenen Daten aus den bereits etablierten Richtlinien und Beschlüssen im Bereich der Qualitätssicherung mit dem Ziel, mehr Transparenz und weitere Qualitätsverbesserungen in der medizinischen Versorgung zu erzielen, wird ausdrücklich begrüßt. Insbesondere der Einrichtungsbezug ermöglicht auch eine Darstellung von im Zeitablauf festgestellten Veränderungen. Die jährlich veröffentlichten Qualitätsberichte werden sinnvoll ergänzt. Notwendige Verknüpfungen von vorhandenen Datenquellen und deren Auswertungen können jetzt herangezogen werden, um eine bessere im Sinne von einer umfassenden Darstellung der Qualität der Versorgung durchzuführen. Durch die Nutzung bereits erhobener Daten und die Definierung einheitlicher Anforderungen entsteht kein Mehraufwand für Leistungserbringer und ein transparenter und zweckgebundener Umgang mit Qualitätssicherungsdaten.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr. 35, § 136b SGB V - Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus

A Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigten Neuregelungen betreffen die Bereiche

a) Förderung von Qualitätsverträgen

- a. (35a Doppelbuchstabe bb) Vier Leistungen oder Leistungsbereiche bis 31.12.2023 sind durch den G-BA festzulegen
- b. (35g Doppelbuchstabe bb) Erarbeitung von Empfehlungen durch den G-BA bis 31.12.2028 zum Nutzen der Qualitätsverträge als Instrument der Qualitätsentwicklung
- c. (35g Doppelbuchstabe bb) Veröffentlichung der Qualitätsverträge inklusive Rahmendaten (Vertragspartner, Leistungen oder Leistungsbereiche und die Laufzeit) beim G-BA ab 2021; Daten werden vom IQTIG geliefert

b) Konkretisierung bezüglich Mindestmengen

Zahlreiche Änderungen und Klarstellungen werden bezogen auf die Mindestmenge geplant. Im Einzelnen sind dies:

1. (35a Doppelbuchstabe aa in Verbindung mit 35b) Der Ausnahmetatbestand „hohe Qualität“ wird gestrichen
2. (35b) Verpflichtung des G-BA kontinuierlich bestehende und weitere Mindestmengen zu prüfen
3. (35b) Zwei Jahre Beratungszeit für neue Leistungen werden festgelegt
4. Fristeneinhaltung wird jährlich dem Deutschen Bundestag gemeldet; gilt nur für neue Beratungsverfahren
5. (35b) Kombination mehrerer Mindestmengeneingriffe als Voraussetzung zur Leistungsberechtigung (Fehlanreizminimierung)
6. (35b) Mindestanforderungen an Struktur- und Prozessqualität können aufgenommen werden
7. BMG erhält Antragsrecht auf Beratungen zur Festlegung einer Mindestmenge
8. (35b) Übergangsregelung wird eingefügt, um bestehende Beratungsverfahren nicht zu tangieren
9. (35c) Verfahrensordnung wird erweitert durch
 - a. Regelungen zur Auswahl planbarer Leistungen sowie zur Festlegung der Höhe einer Mindestmenge
 - b. Festlegung zur Operationalisierung
 - c. Einbeziehung von Fachexperten und Fachgesellschaften
 - d. Umsetzung Prüfauftrag zur Einhaltung der Fristvorgabe
 - e. Voraussetzungen zur Festlegung von Mindestanforderungen an Struktur- und Prozessqualität

10. (35d Doppelbuchstabe bb und cc) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen müssen Prognosen widerlegen, wenn begründete erhebliche Zweifel bestehen. Regelbeispiele, wann erhebliche Zweifel bestehen, werden durch den G-BA bis zum 01.01.2022 festgelegt. Die Entscheidungsgründe der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen sind dem G-BA und den zuständigen Landesbehörden zu übermitteln.
11. (35d Doppelbuchstabe dd) Klagen haben keine aufschiebende Wirkung mehr; Gültigkeit ab der Prognose für das Jahr 2023.
12. (35e) Möglichkeit der Länder zur Bestimmung eines Ausnahmetatbestandes wird aufgehoben.

c) **Einführung von Qualitätszu- und –abschlägen wird gestrichen**

(35h) Der Auftrag an den G-BA Festlegungen bezüglich qualitätsabhängigen Zu- oder Abschlägen zu treffen, wird aufgehoben.

B Stellungnahme

Zu a) Da es sich bei Qualitätsverträgen um einen grundsätzlich sinnvollen Ansatz handelt, ist eine Förderung zum Abschluss von Qualitätsverträgen zu begrüßen. Die Festlegung neuer Leistungen oder Leistungsbereiche wird unterstützt. Erkenntnisse, die durch die Auswertung der Evaluation von Qualitätsverträgen gewonnen werden und die den Nachweis führen, dass Qualitätsverträge als tragfähiges Instrument der Qualitätsentwicklung dienen können, sollten in die Empfehlungen des G-BA einfließen. Da gerade die Evaluation (Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität) ein großes Hemmnis zum Abschluss von Qualitätsverträgen ist, sollte diese auf Grundlage von digital zur Verfügung stehenden Daten/Items erfolgen, die in einem elektronischen Datenaustauschverfahren aufwandsarm verfügbar sind. Der Veröffentlichung von bestehenden Qualitätsverträgen durch den G-BA wird zugestimmt.

Zu b) Die vorgeschlagenen Änderungen können wesentlich dazu beitragen, die derzeit schwierigen Erarbeitungen im G-BA voranzubringen. Ein fester Zeitplan, eine vorgegebene Mindestanzahl an zu bearbeitenden Mindestmengen und die Meldepflicht an den Deutschen Bundestag tragen allein durch die organisatorischen Vorgaben des Gesetzes dazu bei. Inhaltlich kann durch eine Kombination aus Mindestmenge sowie Struktur- und Prozessqualität ein größerer Fokus zur Verbesserung der Versorgungsqualität erreicht werden. Dies und die mögliche Kombination mehrerer Regelungen führt zur Minimierung von Fehlanreizen. Die Stärkung der Einbeziehung von Fachexperten und Fachgesellschaften trägt zur Akzeptanz und zusätzlicher Qualitätssicherung bei. Derzeit beraten Fachexperten die Mitglieder im G-BA. Ein festgelegter Umgang mit den geäußerten Experteneinschätzungen fehlt. Eine Aufnahme in die Verfahrensordnung ist zur Sicherung der Einbindung von Expertenwissen zielführend.

Die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen haben die Prüfung der Prognosen in der Vergangenheit auf Grundlage der vorgelegten Unterlagen und ggf. weiterer Unterlagen hochprofessionell durchgeführt. Die Aussagen in der Gesetzesbegründung „Dies ist erforderlich, weil der Eindruck besteht, dass Krankenkassen teilweise im Hinblick auf etwaige aufwendige Rechtsstreitigkeiten von der Widerlegung der Prognose Abstand genommen haben“

wird zurückgewiesen, da sie sachlich und inhaltlich falsch sind. Weder sind es die Krankenkassen, die hier handeln, noch ist diese Behauptung in irgendeiner Weise belegt. Vielmehr ist die Widerlegung ein aufwendiger Prozess, da die Informationsbasis asymmetrisch ist. Für Krankenhausstandorte, die nicht die Mindestmenge erfüllen (Regelfall) und dennoch eine positive Prognose vorlegen, sollte deshalb den Krankenhausträgern auferlegt werden, dies ausführlich zu begründen. Zum Beispiel dadurch, dass alle Leistungsfälle mit Datum/je Monat vorgelegt werden müssen, um ein detailliertes Bild des Leistungsgeschehens vorzulegen. Dies und weitere mögliche Mindestinformationsangaben sollten ebenso beschrieben werden wie Ablehnungsgründe der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen. Eine verbesserte Informationsbasis ist zwingend erforderlich, um die einheitlichen Widerlegungsmöglichkeiten der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen zu stärken. Ein entsprechender Einschub im neuen Absatz 5 ist aufzunehmen. Der Einschub, dass Klageverfahren keine aufschiebende Wirkung mehr haben, wird ausdrücklich begrüßt. Allerdings ist dies auch auf die erstmalige oder erneute Leistungserbringung in Anwendung zu bringen. Für diese Leistungsberechtigung erfolgt laut Mindestmengenregelung keine Entscheidung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen. Für die erstmalige und erneute Leistungserbringung besteht lediglich eine Anzeigepflicht.

Ein weiteres Problem im Zusammenhang mit aktuellen Klageverfahren ergibt sich aus einer anderen fehlenden Regelung. Absatz 5 neuer Satz 4 (Buchstabe aa):

Es wäre eine Klarstellung wünschenswert, dass für die Prüfung und Entscheidung die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen zuständig sind, in deren Zuständigkeit der Krankenhausstandort liegt. Grund für diese erbetene Klarstellung sind zahlreiche Klageverfahren aus formalen Gründen im Bundesland NRW wegen zweier AOK-Landesverbände.

Ein weiterer Punkt, der die einheitlichen Widerlegungsmöglichkeiten der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen stärken kann, ist die Aufnahme eines zweiten Zwölfmonatszeitraums, der eine Entscheidung auf aktuellsten Daten ermöglichen würde.

Die Streichung der Möglichkeit der zuständigen Landesbehörde, zusätzliche Leistungsberechtigungen auszusprechen, ist durch die Vorgabe der Durchführung und Bewertung einer Folgeabschätzung je Mindestmenge nicht mehr notwendig zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung und wird mitgetragen.

Zu c) Qualitätszu- und Abschläge

Die Entwicklung eines Konzeptes von qualitätsabhängigen Zu- und Abschlägen konnte nicht umgesetzt werden. Das IQTIG konnte kein überzeugendes Konzept entwickeln ohne weitere Entwicklungsaufträge, die einen hohen Einsatz zusätzlicher Ressourcen und Zeit verursacht hätte. Selbst wenn diese Ressourcen aufgewendet würden, so kann zum derzeitigen Zeitpunkt nicht ausgeschlossen werden, dass es zu unerwünschten Fehlanreizen kommt. Es ist nur konsequent, die Entwicklung von qualitätsabhängigen Zu- und Abschlägen zu streichen.

C Änderungsvorschlag

Keiner zu a)

Änderungsvorschlag zu b)

I. Zusatz (35d Doppelbuchstabe bb)

„[...] der Gemeinsame Bundesausschuss legt im Beschluss nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 mit Wirkung zum 1. Januar 2022 Regelbeispiele für begründete erhebliche Zweifel „und vom Krankenhaussträger für den Krankenhausstandort mindestens vorzulegenden zusätzliche Informationen zur Begründung einer positiven Prognose trotz Unterschreitung der geforderten Leistungsmenge“ fest“ eingefügt.

II. Zusatz (35d Doppelbuchstabe aa)

Nach dem neuen Absatz 5 nach Satz 3 wird ein neuer Satz 4 eingefügt

„Für die Prüfung und Entscheidung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen sind nur die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen zuständig, in deren Zuständigkeit der Krankenhausstandort liegt.“

III. Zusatz (35d Doppelbuchstabe dd)

Einfügung eines weiteren Satzes oder Streichung der Wörter „gegen die Entscheidung nach Satz 6“.

[Klagen gegen die Entscheidungen nach Satz 6 haben ab der Prognose für das Jahr 2023; keine aufschiebende Wirkung.] „Auch bei erstmaliger oder erneuter Leistungserbringung haben Klagen keine aufschiebende Wirkung auf das Leistungsverbot.“ Alternativ: Streichung von „gegen die Entscheidungen nach Satz 6“.

IV. Zusatz (35d neu)

In Absatz 8 wird nach Satz 1 ein neuer Satz 2 eingefügt:

„Bei der Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität soll die Datengrundlage auf vorliegenden digitalen Daten basieren, die in einem elektronischen Datenaustausch genutzt werden, ggf. sind entsprechende Verfahren anzupassen.“

V. Zusatz in § 136b Absatz 4 Satz 4:

[Eine berechnete mengenmäßige Erwartung liegt in der Regel vor, wenn das Krankenhaus im vorausgegangenen Kalenderjahr] „und in dem Zeitraum II. Halbjahr vorausgegangenes Kalenderjahr und I. Halbjahr aktuelles Kalenderjahr“ [die maßgebliche ...]

Keiner zu c)

Art. 1 Nr. 36, § 137 - Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber sieht mit dieser Regelung eine 100-prozentige Dokumentationspflicht für alle Leistungserbringer für eine datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung gem. § 135a Abs. 2 Satz 1 vor. Damit gilt die Dokumentationspflicht zukünftig nicht nur für Krankenhäuser, sondern ebenfalls für alle Vertragsärzte und Ärzte bzw. Leistungserbringer, die ambulante Leistungen im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus erbringen. Die Unterschreitung der 100-prozentigen Dokumentationsrate führt zur Sanktionen, die Vergütung betreffend.

B Stellungnahme

Mit der Regelung wird eine unabdingbare Voraussetzung zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung geschaffen. Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr. 37, § 137a SGB V - Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber regelt mit der Einfügung „auch in digitaler Form“ klarstellend, dass das IQTIG bei der Entwicklung der Patientenbefragung digitale Erhebungsmöglichkeiten nutzen soll. Das IQTIG soll bei der Entwicklung auf vorhandene national und international anerkannte Befragungsinstrumente zurückgreifen.

B Stellungnahme

Die Ergänzungen werden begrüßt. Eine Erweiterung auf digitale Befragungsinstrumente kann die Teilnahme an den Patientenbefragungen des IQTIG erhöhen und somit die Datengrundlage erweitern. Welche Erhebungsmethode genutzt wird, muss im Einzelfall abgewogen und anhand einer nachvollziehbaren Methode begründet werden.

National und international anerkannte Befragungsinstrumente zu berücksichtigen, könnte ebenfalls zur Erhöhung der Akzeptanz führen und zur Vergleichbarkeit der Ergebnisse national und international beitragen. Methodisch nachvollziehbare Begründungen für den Ein- oder Ausschluss von bestehenden Befragungsinstrumenten sind zwingend vom IQTIG abzubilden.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr. 38, § 137 d SGB V - Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation

A Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-SV wird berechtigt und verpflichtet, die Daten aus dem QS-Reha-Verfahren der GKV einrichtungsbezogen, in übersichtlicher Form und in allgemein verständlicher Sprache im Internet zu veröffentlichen, um Versicherten den Vergleich zwischen den Einrichtungen zu ermöglichen und ihr Wunsch- und Wahlrecht informiert ausüben zu können. Zudem soll auch Angehörigen und Ärzten/Ärztinnen eine Transparenz über das Versorgungsgeschehen ermöglicht werden. Dabei kann GKV-SV auch vergleichend über Einrichtungen berichten und Empfehlungen aussprechen.

B Stellungnahme

Die vorgeschlagene Regelung wird begrüßt, da diese zu einer höheren Transparenz des Versorgungsgeschehens beitragen wird. Es sind dazu jedoch weitere strukturelle Anpassungen notwendig, daher sollten die Regelungen des Referentenentwurfs ausgehend von diesem Zielbild erweitert werden (siehe zusätzlicher Änderungsbedarf).

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr. 39, § 137f Abs. 1 Satz 3 SGB V - Einführung eines DMP Adipositas

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) wird beauftragt, innerhalb einer vorgegebenen Frist von 2 Jahren insbesondere auch für die Behandlung von Adipositas eine entsprechende Richtlinie zu den Anforderungen an die Ausgestaltung eines entsprechenden strukturierten Behandlungsprogrammes zu beschließen.

Die im bisherigen Satz 3 enthaltenen Vorgaben an den GBA zur Entwicklung weiterer DMP, insbesondere für die Behandlung von Rückenleiden und Depressionen, entfallen durch die Neuformulierung dieses Satzes, da der GBA ihnen zwischenzeitlich nachgekommen ist.

B Stellungnahme

Die Beauftragung des GBA zum Beschluss einer DMP-Richtlinie für eine spezielle Indikation und damit der Eingriff in dessen gesetzliche Aufgaben ist abzulehnen.

Gemäß § 137f Abs. 1 Satz 1 SGB V legt der GBA unter Beachtung von Satz 2 in Richtlinien geeignete chronische Krankheiten fest, für die DMP entwickelt werden sollen, die den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker verbessern. Am 21.08.2014 hat der GBA zuletzt festgelegt, welche Erkrankungen für die Entwicklung weiterer DMP geeignet sind.

Der GBA hat die Themenauswahl im Rahmen eines strukturierten Verfahrens zur Auswahl geeigneter chronischer Erkrankungen unter Berücksichtigung der gesetzlich vorgegebenen Kriterien gemäß § 137f Abs. 1 Satz 2 Ziffer 1 bis 6 vorgenommen. Zusätzlich wurden zwei weitere Kriterien berücksichtigt:

- Hoher finanzieller Aufwand der Behandlung und Folgekosten,
- Erfahrungen mit DMP aus dem In- und Ausland.

In diesem Bewertungsverfahren ist die Adipositas somit auf der Grundlage der gesetzlich vorgegebenen Kriterien vom GBA auf ihre DMP Eignung geprüft worden. Trotz der Verfügbarkeit evidenzbasierter Leitlinien hielt der GBA die Umsetzung der Indikation Adipositas im Rahmen eines DMP Settings in der Gesamtbewertung für nicht geeignet, da er wesentliche relevante Kriterien, wie gerade die Umsetzbarkeit, dem sektorenübergreifenden Behandlungsbedarf, die Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgungsqualität sowie die fehlenden Erfahrungen mit strukturierten Behandlungsprogrammen im In- und Ausland als nicht oder nur gering erfüllt angesehen hat.

Mit der gesetzlichen Festlegung eines DMP Adipositas greift der Gesetzgeber in den dem GBA übertragenen Aufgabenbereich ein, wonach dieser gemäß § 137f Abs. 1 Satz 1 geeignete chronische Krankheiten festlegt, für die strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden

sollen. Eine gesetzliche Neuregelung, die den GBA mit der Entwicklung eines neuen strukturier-
ten Behandlungsprogramms zur Indikation Adipositas beauftragt, erscheint insbesondere vor
einer neuerlichen Prüfung, ob sich die Voraussetzungen verbessert haben, nicht zielführend.
Diese Überprüfung erfolgt durch den GBA im Rahmen seiner Prüfung nach § 137f Abs. 1.

Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass die genannten Fristen zur Umsetzung eines DMP Adi-
positas in eine Richtlinie aufgrund der vom GBA einzuhaltenden Verfahrensschritte nicht ausrei-
chend wären.

Die Streichung der im bisherigen Satz 3 in § 137f Absatz 1 enthaltenen Vorgaben an den GBA zur
Entwicklung weiterer DMP insbesondere für die Behandlung von Rückenleiden und Depressio-
nen erscheint sachgerecht, da vom GBA zwischenzeitlich adäquate DMP zu Depression sowie zu
chronischen Rückenschmerzen beschlossen wurde.

C Änderungsvorschlag

§ 137f Absatz 1 Satz 3 wird gestrichen.

Art. 1 Nr. 40, § 137i Abs. 1, Satz 6, SGB V - Pflegepersonaluntergrenzen

A Beabsichtigte Neuregelung

Bereits bisher galten Pflegepersonaluntergrenzen nach Satz 6 nicht für die stationären Einrichtungen der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung, da für diese der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) einschlägige Mindestvorgaben gem. § 136a Absatz 2 Satz 1 festgelegt hat. Die Regelung wird nun durch Einfügung des § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 insofern erweitert, als dass die Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i auch dann nicht gelten, soweit der G-BA insgesamt Mindestanforderungen an das Pflegepersonal normiert. Mit der Ergänzung wird auch klargestellt, dass die Aufgabenzuweisung in § 137i SGB V die Befugnis des G-BA gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V nicht beschränkt.

B Stellungnahme

Bei der Regelung handelt es sich um eine Klarstellung hinsichtlich der Zuständigkeiten bei der Festlegung von Personalvorgaben. Sowohl das BMG kann auf Grundlage des § 137i SGB V, wie auch der G-BA auf Grundlage des § 136a Abs. 2 Satz 1 SGB V Mindestanforderungen an Pflegepersonal normieren. Mit dem vorgesehenen Einschub im § 137i SGB V wird klargestellt, dass von den Personalvorgaben des BMG die Vorgaben des G-BA unberührt bleiben. Zu nennen ist hier beispielsweise die Richtlinie zur Kinderherzchirurgie, die für den Regelfall ein Verhältnis von einer Pflegekraft zu je zwei Patientinnen oder Patienten auf der fachgebundenen kinder-kardiologischen Intensiveinheit vorgibt. Auch weitere Richtlinien des G-BA – wie etwa die Richtlinie zur Kinderonkologie, die Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen oder die Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchortenaneurysma – enthalten eine Vielzahl von Vorgaben für das vorzuhaltende Pflegepersonal. Insofern ist die Regelung folgerichtig. Es ist jedoch auf die Überschneidungsfreiheit der Regelungsinhalte zu achten.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr. 41, § 137j, SGB V, Pflegepersonalquotienten

A Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a)

Bei der Ermittlung des Pflegepersonalquotienten sind für die Zahl der zu berücksichtigenden Vollzeitkräfte die dem InEK nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten zu Grunde zu legen. Die Änderung stellt klar, dass das Pflegehilfspersonal und sonstiges für die Pflege am Bett eingesetztes Personal bei der Zahl der anzurechnenden Vollzeitkräfte nur bis zu einer bestimmten Höhe berücksichtigt wird, um dem unterschiedlichen Qualifikationsniveau des in der Pflege eingesetzten Personals Rechnung zu tragen. Demgegenüber ist das Pflegefachpersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen in voller Höhe einzubeziehen. Als Pflegefachpersonal ist das Pflegepersonal zu bezeichnen, das über eine Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Absatz 1, § 58 Absatz 1 oder Absatz 2 oder § 64 des Pflegeberufgesetzes verfügt. Durch die unterschiedliche Berücksichtigung der Pflegekräfte wird die hervorgehobene Rolle des Pflegefachpersonals für die Sicherung der pflegerischen Versorgungsqualität bekräftigt und die Aussagekraft des Pflegepersonalquotienten insgesamt gestärkt. Die Höhe des berücksichtigungsfähigen, nicht examinierten Pflegepersonals orientiert sich an dem Verfahren zur Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V.

Zur Förderung der Transparenz über den Pflegepersonaleinsatz in den Krankenhäusern werden die nach § 137j SGB V ermittelten Pflegepersonalquotienten künftig auf der Internetseite des InEK barrierefrei bis zum 31. August eines jeden Jahres veröffentlicht. Durch die Veröffentlichung des Vergleichs der für jeden Standort eines Krankenhauses ermittelten Pflegepersonalquotienten wird für Bürger und Patienten deutlich, ob ein Krankenhaus im Verhältnis zu dem in seinem Haus anfallenden Pflegeaufwand viel oder wenig Pflegepersonal einsetzt. Dabei wird das bislang in den bisherigen Sätzen 8 und 9 des Absatzes 1 vorgesehene Verfahren der Übermittlung der vergleichenden Zusammenstellung an die Vertragsparteien auf Bundes- und Ortsebene sowie das Bundesministerium für Gesundheit und die jeweiligen Landesbehörden, zugunsten einer im Internet für die Allgemeinheit frei verfügbaren Veröffentlichung der Pflegepersonalquotienten aufgehoben. Neben den Pflegepersonalquotienten weist das InEK nach dem neuen Satz 10 standortgenau auch die Zusammensetzung des in der Pflege am Bett eingesetzten Pflegepersonals gegliedert nach Qualifikationsniveau aus. Unter dem Gesichtspunkt der Transparenz stellen diese Daten zum Personalmix in der Pflege wichtige Zusatzinformationen dar, die darüber Aufschluss geben, in welchem Umfang ein Krankenhaus auf Pflegefachpersonal oder auf Pflegehilfspersonal bzw. sonstiges Personal zur Erfüllung pflegerischer Aufgaben zurückgreift.

Buchstabe b)

Mit der Änderung wird die in Absatz 2 enthaltene Verordnungsermächtigung verändert, indem anstatt der bisher in Absatz 2 Satz 4 Nummer 2 vorgesehenen Veröffentlichungsmodalitäten nun der Zeitpunkt der erstmaligen Sanktionierung im Falle des Unterschreitens einer Untergrenze bestimmt werden kann. Die Verordnungsermächtigung für die bislang in Absatz 2 Satz 4 Nummer 2 vorgesehene Veröffentlichung erübrigt sich aufgrund der nun in Absatz 1 Satz 9 und 10 gesetzlich festgelegten Veröffentlichung.

Buchstabe c)

Um Verlässlichkeit und Planungssicherheit für die Krankenhäuser zu schaffen, wird die in § 137j Absatz 2a Satz 1 SGB V vorgesehene Sanktionierung der Krankenhäuser im Falle der Unterschreitung einer Untergrenze für das Budgetjahr 2020 aufgehoben. Nur durch eine prospektive Ankündigung von Sanktionen wird den Krankenhäusern die Möglichkeit gegeben, durch Maßnahmen eine etwaige Verletzung der Untergrenze zu verhindern.

B Stellungnahme

Buchstabe a)

Die Harmonisierung der Regelungen zum Einbezug von Pflegehilfspersonal in den §§ 137i und 137j SGB V wird begrüßt. So wird sichergestellt, dass nicht in unbegrenztem Umfang Pflegefachpersonal durch anderes Pflegepersonal ersetzt wird. Damit wird ein wesentlicher Beitrag zur Patientensicherheit geleistet. Gerade bei der Umsetzung des Pflegebudgets im DRG-Bereich ist eine große Kreativität mancher Krankenhausträger bei der Deklaration von Pflegepersonal zu beobachten, wo sogar Tischler dem Pflegepersonal zugeordnet werden. Derartige Auswüchse sind im Sinne der Patientensicherheit unbedingt zu vermeiden.

Ausdrücklich begrüßt wird die Förderung einer erhöhten Transparenz bei der Umsetzung der Pflegepersonalquotienten. Das bisherige Verfahren stellte zwar sicher, dass die Ergebnisse der Pflegepersonalquotienten innerhalb der Selbstverwaltung bekannt waren, dem eigentlichen Nutznießer einer solchen Zusammenstellung, dem Patienten, jedoch nicht. Bei der Umsetzung der geplanten Regelung kann jeder interessierte Bürger und Patient auf der Internetseite des InEK den Personalquotienten und damit das Verhältnis von Pflegeaufwand zu Pflegepersonal inklusive Qualifikationsmix für sein Krankenhaus einsehen. So können Patienten das für sie passende Krankenhaus mit einer guten Pflegepersonalausstattung wählen. Durch diese Transparenz und die Tatsache, dass Krankenhäuser untereinander im Wettbewerb stehen, sollte jedes Krankenhaus mit einem ungünstigen Personalquotienten ein Interesse an der Gewinnung zusätzlicher Pflegekräfte haben. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass jede zusätzliche Pflegestelle im Krankenhaus durch die Krankenkassen vollständig refinanziert wird.

Die Annahme der Verhältnismäßigkeit dieser Regelung wird ausdrücklich geteilt, da aus Sicht der AOK-Gemeinschaft das Patientenwohl höher zu bewerten ist als die Geschäftsinteressen der Krankenhausträger.

Buchstabe b)

Da die Veröffentlichungsmodalitäten in Abs. 1 Satz 9 und 10 geändert wurden, ist auch der Abs. 2 Satz 4 Nr. 2 anzupassen. Ebenso ist ein Gleichlauf von Veröffentlichung und Sanktionierung der Pflegequotienten sicherzustellen.

Buchstabe c)

Entsprechend der bisherigen gesetzlichen Norm haben die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene bereits im Jahr 2019 eine Sanktionsvereinbarung für das Jahr 2020 geschlossen. Insbesondere vor dem Hintergrund der Covid-19-Pandemie hat jedoch das BMG bisher keine Rechtsverordnung nach Abs. 2 erlassen. Somit ist die bisherige Formulierung überholt, da das Jahr 2020 sich nunmehr dem Ende entgegen neigt. Wenn, wie im Abs. 1 Satz 9 vorgegeben, das InEK bis zum 31.08. eines jeden Jahres, erstmalig zum 31.08.2021, die Pflegequotienten auf seiner Internetseite veröffentlicht, muss der Ordnungsgeber auch bis dahin eine entsprechende Rechtsverordnung vorlegen, damit für das Jahr 2021 auch eine Sanktionierung der Krankenhäuser erfolgen kann, die die Untergrenze unterschreiten.

C Änderungsvorschlag

Zu den Buchstaben a-c)

Keiner.

Ergänzender Änderungsbedarf in Abs. 2:

Es wird ein neuer Satz 2 eingeführt: „Die Rechtsverordnung nach Satz 1 ist vom BMG jährlich bis zum 31.08. eines jeden Jahres, erstmals zum 31.08.2021, vorzulegen.“

Art. 1 Nr. 42, § 176 SGB V - Solidargemeinschaften

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung werden Solidargemeinschaften als anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall anerkannt, wenn diese seit mindestens 01.04.2007 ununterbrochen bestanden haben. Die Solidargemeinschaften müssen der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbare Leistungen gewähren sowie die finanzielle und dauerhafte Erfüllbarkeit der Leistungsansprüche durch versicherungsmathematische Gutachten alle fünf Jahre belegen. Solidargemeinschaften können die Anerkennung als anderweitige Absicherung beim Bundesamt für soziale Sicherung (BAS) beantragen. Die Anerkennung erfolgt nur für die Zukunft und nicht rückwirkend.

Die Anerkennung als anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall ermöglicht dann auch freiwillig gesetzlich Krankenversicherten, Versicherungspflichtigen nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V sowie privat Krankenversicherten den Eintritt in eine anerkannte Solidargemeinschaft. Da die Anerkennung der Solidargemeinschaften nur für die Zukunft erfolgen soll, klärt die Regelung damit nicht den Versicherungsschutz für die Vergangenheit. Die Krankenkassen wären weiterhin verpflichtet, die gesetzlichen Regelungen auch für die Vergangenheit umzusetzen. Insbesondere durch die in Artikel 2 vorgesehene Mitteilungspflicht für die Pflegeversicherung hätten die Krankenkassen stichhaltige Nachweise, dass bis zur Anerkennung der Solidargemeinschaft kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall vorlag und wären gezwungen, die Versicherungspflicht rückwirkend durchzusetzen.

B Stellungnahme

Die Vorschrift soll Personen aus der Illegalität holen, die sich entgegen den geltenden gesetzlichen Bestimmungen nicht der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder der privaten Krankenversicherung nach § 193 VVG unterworfen haben. Im Blick stehen dabei nicht nur Personen, die bereits zum Zeitpunkt der Einführung der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V einer Solidargemeinschaft angehört haben, sondern auch Personen, die sich zu einem späteren Zeitpunkt im Wissen um die Regelungen über die Versicherungspflicht oder die Pflicht zum Abschluss eines privaten Krankenversicherungsvertrages bewusst einer Solidargemeinschaft angeschlossen haben.

Nicht hinnehmbar ist die in der Begründung beschriebene Folge über das Ende der Anerkennung einer Solidargemeinschaft. Danach sind die Betroffenen unabhängig von ihrem Lebensalter nach den bestehenden Regelungen wieder in die gesetzliche oder die private Krankenversicherung aufzunehmen. Im Ergebnis werden die bestehenden Krankenversicherungssysteme zum Auffangnetz für gescheiterte Solidargemeinschaften.

Wenngleich auch die Solidargemeinschaften ein dauerhaft tragfähiges Finanzierungskonzept vorweisen sollen, zeigen die Erfahrungen auch aus dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, dass einzelne Marktakteure durchaus von Zahlungsunfähigkeit betroffen sein können.

Die gesetzliche Krankenversicherung muss für diese Fälle ein eigenes Sicherungssystem vorhalten, daher ist es nicht hinnehmbar, dass Solidargemeinschaften weniger nachhaltige Finanzierungssysteme vorhalten dürfen.

Unklar geregelt ist der Sachverhalt einer freiwilligen Beendigung der Mitgliedschaft in einer Solidargemeinschaft oder des Ausschlusses aus der Solidargemeinschaft im Falle von Fehlverhalten oder bei Nichtzahlung von Beiträgen. Sofern diese Personen ebenso von der gesetzlichen Krankenversicherung aufzufangen sind, stellt dies eine vollständige Risikoverlagerung auf die GKV dar. Personen mit hohem Kostenrisiko könnten bewusst zum Austritt aus der Solidargemeinschaft und zurück in die gesetzliche Krankenversicherung gedrängt werden. Aufgrund dessen ist eine vergleichbare Systemabgrenzung (äquivalent zur privaten Krankenversicherung) erforderlich.

Das System der gesetzlichen Krankenversicherung ist ein auf solidarischen Grundsätzen aufgebautes Krankenversicherungssystem, welches jederzeit die individuelle Leistungsfähigkeit des Einzelnen berücksichtigt und ein gesetzlich geregeltes hochmodernes medizinisches Versorgungsniveau sicherstellt. Daher besteht kein Bedarf für die Etablierung anderer Versorgungssysteme, deren Leistungsansprüche nur abstrakt an den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet sind und die im Falle finanzieller Engpässe das Versicherungs- und Kostenrisiko auf diese abwälzen können.

Die Regelungen des § 176 SGB V über die Anerkennung von Solidargemeinschaften als anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall sowie die Folgeregelungen der Artikel 2, 3 und 4 dieses Gesetzes werden daher vollständig abgelehnt.

C Änderungsvorschlag

Artikel 1, Nr. 42 wird ersatzlos gestrichen.

Art. 1 Nr. 43, § 199a SGB V – Informationspflichten bei krankenversicherten Studenten

A Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Änderung, womit aus dem Wort „Krankenversicherungsnummer“ das Wort „Krankenversichertennummer“ ersetzt wird.

B Stellungnahme

Folgerichtige Änderung redaktioneller Art.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr. 44, § 206a SGB V - Elektronisches Abrufverfahren zur Beitragsbemessung bei freiwillig Versicherten und Versicherungspflichtigen nach § 5 Abs. 1 Nummer 13 SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung wird ein elektronischer Datenabrufverfahren für freiwillig Versicherte sowie für Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V geschaffen, auf dessen Grundlage die Krankenkassen auch ohne Mitwirkung der Versicherten die für die Beitragserhebung/-festsetzung notwendigen Einkommensinformationen bei den Finanzbehörden abfragen können.

Die Vorschrift setzt hierbei klare Anforderungen an die Zustimmung der Versicherten. Versicherte haben bei der erstmaligen Beitragsfestsetzung die Möglichkeit, innerhalb von vier Wochen nach Hinweis der Krankenkasse dem Datenabruf zu widersprechen und stattdessen innerhalb der genannten Frist selbst die erforderlichen Auskünfte und Nachweise vorzulegen. Auch für laufende Mitgliedschaften besteht ein Widerspruchsrecht zum Datenabruf, sofern das Mitglied nicht im Vorwege einer dauerhaften automatisierten Abfrage zugestimmt hat.

Die Erlaubnis zum Datenabruf durch die Krankenkasse erfasst darüber hinaus auch die Einkommensinformationen des privat versicherten Ehegatten bzw. des privat versicherten Lebenspartners, sofern dessen Einnahmen für die Beitragsbemessung berücksichtigungsfähig sind. Erklärt das Mitglied, dass seine Einnahmen generell oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegen und ist die Anwendung unterschiedlicher Beitragssätze ausgeschlossen, ist ein Datenabruf nicht zulässig, da eine Beitragsfestsetzung aufgrund der Erklärung des Mitglieds möglich ist.

Der Abruf umfasst ebenso die Abfrage der Steueridentifikationsnummern.

Die Modalitäten zu den Datensätzen, den zu übermittelnden Daten und zum elektronischen Verfahren sind durch den GKV-SV festzulegen die der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit sowie des Bundesministeriums für Finanzen zu genehmigen sind. Die Umsetzung ist zum 01.01.2023 vorgesehen.

B Stellungnahme

Mit der Regelung wird ein zeitgemäßer, entbürokratisierender Weg der Beitragsfestsetzung sowohl für die Versicherten als auch für die Krankenkassen geschaffen. Für die Versicherten entfällt damit die Pflicht zur Einreichung/Übersendung einer Kopie ihres Steuerbescheides bei den Krankenkassen. Und für die Krankenkassen wird der Aufwand der manuellen Einkommensbefragungen reduziert.

Eine positive Wirkung entfaltet die Einführung des elektronischen Abrufverfahrens auch auf die Anzahl der von den Krankenkassen zu erlassenden Sanktionsbescheide in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze (Höchststufe) wegen Nichtvorlage der Einkommensnachweise/des Steuerbescheides. Aufgrund des elektronischen Abrufverfahrens kann in den meisten Fällen

eine Beitragsfestsetzung in Höhe der tatsächlichen Einnahmen erfolgen. Nicht nur die Mitglieder werden so entlastet, sondern auch die Krankenkassen und deren Widerspruchsstellen sowie die Sozialgerichte, die sich immer wieder mit derartigen Sachverhalten befassen müssen.

Vor dem Hintergrund, dass mit der Änderung in § 226 Absatz 2 SGB V klargestellt wird, dass bei der Beitragsfestsetzung für versicherungspflichtige Beschäftigte mit Arbeitseinkommen zukünftig die gleichen Mechanismen nach § 240 Abs. 4a SGB V heranzuzuziehen sind, wie bei der Beitragsfestsetzung von freiwillig Versicherten, erschließt sich nicht, warum für Versicherungspflichtige mit Arbeitseinkommen kein Datenabruf bei den Finanzbehörden äquivalent dem für freiwillig Versicherte bzw. Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nummer 13 SGB V ermöglicht wird. Auch bei diesem Personenkreis ist es mitunter im gleichen Maße schwierig, die notwendigen Angaben zum Arbeitseinkommen zu erhalten, daher sollte die Ermächtigung der Krankenkassen zum Abruf der Einkommensinformationen um diesen Personenkreis erweitert werden. Sofern keine entsprechende Ergänzung in § 206a SGB V erfolgt, werden die oben genannten Sanktionsmaßnahmen, zumindest für diesen Personenkreis, nicht vermieden werden können.

Die Vorschrift ist vollumfänglich zu begrüßen. Das Inkrafttreten zum 01.01.2023 ist angesichts der erforderlichen Umsetzung dieses komplexen Verfahrens bei den Krankenkassen und den Finanzbehörden ambitioniert. Angesichts der zu erwartenden Entlastung sollte daher zeitnah mit der fachlichen Beschreibung und mit der technischen Umsetzung begonnen werden.

C Änderungsvorschlag

In § 206 Abs. 1 SGB V sind nach dem Wort „Mitglied“ die Wörter „sowie für versicherungspflichtige Beschäftigte mit Arbeitseinkommen nach § 226 Abs. 1 Nr. 4 SGB V“ einzufügen.

Artikel 1 Nr. 45, § 219a Abs. 1 SGB V - Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland

A Beabsichtigte Neuregelung

Für die Durchführung der Kostenabrechnung mit in- und ausländischen Stellen wird dem GKV-Spitzenverband, DVKA (DVKA) die Möglichkeit eingeräumt, Regelungen für eine wirtschaftliche Abwicklung des Verfahrens festzulegen:

1. Verzicht auf Beanstandung fehlerhafter geringfügiger ausländischer Forderungen mit entsprechender Zahlungsverpflichtung der Krankenkassen
2. Ganzer oder teilweiser Verzicht auf deutsche Forderungen oder eine ganze oder teilweise Zahlungsverpflichtung für ausländische Forderungen im Rahmen des Abschlusses der Rechnungsführung mit in- und ausländischen Stellen.

Möglich ist ein Forderungsverzicht oder eine Zahlungsverpflichtung zu Lasten der deutschen Krankenkassen nur, wenn dies für die DVKA und die betroffenen Krankenkassen wirtschaftlich und zweckmäßig ist. Die Einzelheiten legt der GKV-Spitzenverband in einer Richtlinie fest.

B Stellungnahme

Die geplante Neuregelung wird abgelehnt, weil diese unnötig in die Haushaltsführung der Krankenkassen eingreift und im Kern nur auf die Verwaltungsaufwands-/Verwaltungskostenreduzierung beim GKV-Spitzenverband, DVKA (DVKA) fokussiert, aber nicht berücksichtigt, dass sie gleichzeitig zu Mehrbelastungen der Krankenkassen und weiteren Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen führt. Zudem schafft sie Fehlanreize auf Seiten der ausländischen Träger und der DVKA. Die Neuregelung ist auch nicht erforderlich, weil bisher alle kostenrechnungsrelevanten Probleme mit ausländischen Stellen zwischen DVKA und Kassenseite geregelt werden konnten. Die fortschreitende Digitalisierung infolge der Verwirklichung des EU-gesetzlich vorgeschriebenen grenzüberschreitenden Datenaustauschs (EESSI) wird auch den Verwaltungsaufwand der DVKA bei der Weiterleitung der Beanstandungen weiter reduzieren. Auch deshalb ist die geplante gesetzliche Regelung nicht erforderlich.

Die beabsichtigte Neuregelung würde insbesondere folgende Probleme aufwerfen:

1. Unnötiger Eingriff in die Haushaltsführung insolvenzfähiger Krankenkassen – Rechtsgeschäft zu Lasten Dritter

Angesichts der Verantwortung der Krankenkassen für die eigene Haushaltsführung (§ 29 Abs. 3 SGB IV, § 76 SGB IV, Vorstandshaftung) und vor dem Hintergrund der Insolvenzfähigkeit der Krankenkassen, darf die DVKA keine einseitigen Entscheidungen zum Verzicht auf sachgerechte und rechtmäßige Forderungen der deutschen Kassen bzw. zur Begründung nicht sachgerechter/unrechtmäßiger Zahlungsverpflichtungen zu Lasten der betroffenen deutschen Kassen treffen.

Die Krankenkassen können bereits heute prüfen, ob die Beanstandung fehlerhafter ausländischer Forderungen wirtschaftlich ist, und ggf. auf die Beanstandung verzichten (§ 29 Abs. 3 SGB IV). Von dieser Möglichkeit machen sie im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben auch Gebrauch. Aufgrund ihrer größeren Sachnähe können die Krankenkassen eine Entscheidung zum Verzicht auf Beanstandungen qualifizierter treffen als die DVKA.

Eine Beurteilung der wirtschaftlichen Handlungsweise der jeweils betroffenen Krankenkassen ist – wie im Gesetzesvorschlag vorgesehen – durch die DVKA nicht möglich. Die Krankenkassen sind nicht verpflichtet, die internen Prozesse offen zu legen. Die im Referentenentwurf aufgestellte Behauptung, dass die Belastung der Kassen durch die geplante Neuregelung durch die bürokratische Entlastung der DVKA „überkompensiert“ wird, ist in keiner Weise eine rechtlich und sachlich haltbare Begründung für die o.g. Eingriffe in das Haushaltsrecht der Krankenkassen.

2. Unterschiedliche finanzielle Belastungen für die Krankenkassen - AOKs sind wettbewerbsverzerrend überproportional belastet

Es trifft nicht zu, dass die geplante Neuregelung für die Krankenkassen zu Forderungsausfällen bzw. Belastungen „in geringfügiger einstelliger Millionenhöhe führen [kann]“:

- a) Es gibt bereits Beispiele aus der Praxis, die deutlich höhere finanzielle Risiken belegen (z.B. die von einem anderen EU-Staat – auch politisch - vehement eingeforderte Bezahlung eines nicht fristgerecht eingereichten Forderungspakets in zweistelliger Millionenhöhe zu Lasten einer deutschen Krankenkasse).
- b) Die finanziellen Auswirkungen von durch die DVKA einseitig begründeten Forderungsverzichte oder Zahlungsverpflichtungen gegenüber dem Ausland können die Einzelkassen unterschiedlich stark belasten.
Forderungsverzichte gehen insbesondere zu Lasten derjenigen Krankenkassen, die den Großteil der Sachleistungsaushilfe für im Ausland versicherte Personen in Deutschland erbringen und abwickeln. Dies sind vor allem die AOKs. Das heißt: Während evtl. Verwaltungskosteneinsparungen der DVKA allen gesetzlichen Kassen gemäß ihrem jeweiligen Mitgliederanteil zu Gute kommen, werden die Forderungsausfälle- sowohl mengenmäßig als auch in ihrer Höhe – überproportional vor allem die AOKs treffen (ca. 65% der deutschen Forderungen bei einem Marktanteil aller betroffenen Krankenkassen (Versicherten-zahlen) von ca. 32% in 2018). Dies würde zu einem Wettbewerbsvorteil für die Kassen führen, die gar nicht oder kaum Sachleistungsaushilfe in Deutschland durchführen (erfahrungsgemäß liegen die Aushilfekosten von ca. 94 der 105 deutschen Krankenkassen unterhalb des diesbezüglichen GKV-Durchschnitts).
- c) Eine Fokussierung auf die wirtschaftliche Durchführung der Kostenabrechnung durch die DVKA ist nicht zielführend bzw. kann die vorgenannten finanziellen Belastungen der betroffenen Krankenkassen nicht „überkompensieren“. So führt der Verzicht auf Beanstandungen zu Mehraufwand auf Seiten der wenigen Krankenkassen (insbes. der AOKs), die der DVKA seit Jahren ihre Kostenabrechnungen sehr wirtschaftlich elektronisch übermitteln, weil sie dafür aufwendig manuell in die elektronische Abrechnung eingreifen müssen.

Des Weiteren muss dann die Abrechnungssoftware kostenaufwendig und mit IT-Ressourcenbedingtem langem zeitlichen Vorlauf geändert werden.

3. Schaffung von Fehlanreizen bei der Durchführung der Kostenabrechnung

Von der DVKA begründete Forderungsverzichte oder Zahlungsverpflichtungen für deutsche Krankenkassen setzen auf Seiten der ausländischen Träger falsche Anreize, insbesondere

- durch unsachgemäße kleinteilige Abrechnung (Stückelung) ihrer ausländischen Forderungen zu versuchen, unter der Beanstandungsgrenze zu bleiben und so (berechtigte) Prüfungen von deutschen Krankenkassen zu unterlaufen;
- Fehler, die im eigenen Verwaltungshandeln der ausländischen Träger begründet sind, nicht selbst zu beheben, sondern den Klärungsaufwand unrechtmäßig auf die dafür nicht verantwortlichen deutschen Krankenkassen abzuwälzen.

Die beabsichtigte Neuregelung kann auch zu Fehlanreizen bei der DVKA führen, weil diese von der Verpflichtung freigestellt würde, sich in den Verhandlungen mit den ausländischen Stellen für die Durchsetzung sachgerechter und rechtmäßiger deutscher Forderungen einzusetzen oder nicht berechnete ausländische Forderungen abzuwehren.

Aus den vorgenannten Gründen ist es jedoch unabdingbar, dass sich die DVKA im Rahmen des Abschlusses der Rechnungsführung mit den betroffenen deutschen Kassen abstimmt. Die DVKA muss sich weiter mit Nachdruck für die Durchsetzung berechtigter Forderungen der deutschen Krankenkassen und für die Abwehr unsachgemäßer und unberechtigter ausländischer Forderungen einsetzen.

C Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Neuregelung wird gestrichen.

Art. 1 Nr. 46, § 226 Absatz 2 SGB V - Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtig Beschäftigter

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber ermöglicht mit der Ergänzung des § 226 Absatz 2 SGB V den Krankenkassen zur Beitragsfeststellung bei nebenberuflich selbstständiger Tätigkeit die gleichen Maßstäbe wie bei hauptberuflichen und freiwillig versicherten Selbstständigen nach § 240 Absatz 4a SGB V anzusetzen.

B Stellungnahme

Durch die Schaffung der gesetzlichen Grundlage können die Krankenkassen gesichert das bereits angewandte Verfahren zur Beitragsfestsetzung fortführen. In Anlehnung an die mit dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz– HHVG) vom 4. April 2017 (BGBl I S. 778) für freiwillig Versicherte geschaffenen Regularien verfahren die Krankenkassen trotz der bisher fehlenden gesetzlichen Ausführungen gleichermaßen auch bei der Beitragsfeststellung für Versicherte mit Arbeitseinkommen, welches aus einer nebenberuflichen Tätigkeit resultiert.

Da dieses Arbeitseinkommen auch bei pflichtversicherten Mitglieder mitunter starken Schwankungen unterliegt, bietet die vorläufige Beitragsfestsetzung auf der Grundlage des letzten Einkommensteuerbescheides bzw. die endgültige Festsetzung auf der Grundlage des für das Kalenderjahr maßgeblichen Steuerbescheides die Möglichkeit, die Beiträge auf die tatsächliche finanzielle Leistungsfähigkeit des Mitglieds abzustellen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr. 47, § 231 Absatz 1 SGB V - Erstattung von Beiträgen

A Beabsichtigte Neuregelung

Nach Erhalt der Jahresmeldung für das vergangene Jahr sollen die Krankenkassen ihre Mitglieder proaktiv informieren, wenn deren Einnahmen die Beitragsbemessungsgrenze überschreiten und somit ein Recht auf Erstattung zu viel gezahlter Beiträge gegeben ist.

B Stellungnahme

Nach § 230 SGB V ist eine Rangfolge der zur Beitragserhebung heranzuzuziehenden Einnahmen normiert. Sollte das Arbeitsentgelt die Beitragsbemessungsgrenze nicht erreichen, werden nacheinander der Zahlbetrag der Versorgungsbezüge und das Arbeitseinkommen des Mitglieds zur Beitragserhebung herangezogen. Sofern auch eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung bezogen wird, wird diese zudem getrennt von den übrigen Einnahmen bis zur Beitragsbemessungsgrenze verbeitragt. Aufgrund dieser Vorgaben, kann eine Verbeitragung von Einnahmen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze eintreten.

Dem Mitglied blieb bisher nur die Möglichkeit nach Ablauf eines Jahres einen Antrag auf Beitragserstattung zu stellen, um eine Überprüfung und ggf. eine Erstattung der überzahlten Beiträge seitens der Krankenkassen anzustoßen.

Der Gesetzgeber geht davon aus, dass das Mitglied selbst nur sehr schwer feststellen kann, ob Beiträge oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze entrichtet wurden, deshalb sollen die Krankenkassen ausgehend von der letzten Jahresmeldung zukünftig Ihre Mitglieder informieren, wenn Beiträge oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze erhoben wurden. Für eine vollständige Überprüfung der Einnahmen sowie die Erstattung ist weiterhin ein Antrag des Mitglieds erforderlich.

Durch die vorgeschlagene gesetzliche Änderung wird künftig sichergestellt, dass alle betroffenen Mitglieder von der Möglichkeit der Erstattung der über die Beitragsbemessungsgrenze hinaus gezahlten Beiträge erfahren und einen Antrag auf Erstattung eben dieser Beiträge stellen können. Daher ist der Änderung nicht zu widersprechen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr. 48, § 240 Absatz 5 SGB V - Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung verändert die bislang geltenden Regelungen über die Berücksichtigung von nicht unterhaltspflichtigen Ehegatten, die selbst nicht gesetzlich krankenversichert sind. Das Bundessozialgericht hatte sich wiederholt mit den verschiedenen Konstellationen beschäftigt. Der Gesetzgeber regelt nun für Familien mit gemeinsamen sowie nicht gemeinsamen Kindern unter Berücksichtigung der Art der Absicherung (PKV oder GKV) pauschale Abzüge bei den Unterhaltszahlungen. Insbesondere bei nicht gemeinsamen Kindern des freiwilligen Mitglieds halbieren sich die Freibeträge, weil davon ausgegangen wird, dass der andere Elternteil ebenfalls unterhaltsverpflichtet ist. Völlig neu ist, dass im Falle des Ausbleibens der Unterhaltszahlungen des anderen Elternteils das Mitglied nach Glaubhaftmachung den jeweiligen vollen Pauschalbetrag anrechnen lassen kann.

B Stellungnahme

Die Regelung schafft mehr Gerechtigkeit bei der Berücksichtigung von gemeinsamen und nicht gemeinsamen Kindern bei der Beitragsbemessung. Die Festlegung von Pauschalwerten hält den Verwaltungsaufwand in Grenzen. Noch nicht bewertet werden kann der Aufwand im Falle von ausbleibenden Unterhaltsverpflichtungen. Bleiben diese dauerhaft aus, ist das vorgesehene Verfahren umsetzbar. Als problematisch werden die Fallgestaltungen angesehen, bei denen die Zahlungen des Unterhaltsverpflichteten unregelmäßig erfolgen. Den Krankenkassen bleibt hier nur der sehr aufwändige Weg einer einstweiligen Beitragsfestsetzung mit abschließender Spitzabrechnung. Da für diese Fälle kein anderweitiger aufwandsärmerer Weg gesehen wird, wird die Regelung insgesamt mitgetragen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr. 49, § 257 Absatz 1 SGB V - Beitragszuschüsse für Beschäftigte**A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Vorschrift regelt eine Besonderheit bei Freiwilligendienstleistenden, die nicht von der Versicherungspflicht erfasst werden, weil sie beispielsweise noch hauptberuflich selbstständig Erwerbstätig sind oder aufgrund anderer gesetzlicher Regelungen nicht versicherungspflichtig werden. § 257 Abs. 1 Satz 2 SGB V sieht künftig vor, dass der freiwillig versicherte Freiwilligendienstleistende einen dem pflichtversicherten Freiwilligendienstleistenden äquivalenten Anspruch auf Beitragszuschuss hat.

B Stellungnahme

Die Vorschrift schließt eine bestehende Lücke in den Regelungen zum Beitragszuschuss. Damit wird sichergestellt, dass die Personen nicht deshalb schlechter gestellt sind, weil sie nebenher eine selbstständige Erwerbstätigkeit ausüben oder aufgrund anderer Rechtsgrundlage versicherungsfrei sind. Die Regelung wirkt sich weder auf die Finanzen der GKV noch auf den Verwaltungsaufwand der Krankenkassen aus und kann insofern mitgetragen werden.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr. 50, § 266 SGB V - Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich), Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Infolge der Neuregelung des Krankengeldes werden nur noch die Versicherten mit Krankengeldbezug nach § 44 SGB V Risikogruppen zugeordnet, während das Kinderkrankengeld als Ist-Kostenausgleich zugewiesen wird.

B Stellungnahme

Bei der Änderung in Absatz 2 handelt es sich um eine Folgeänderung zu § 269 SGB V. Diese Folgeänderung ist sachgerecht. Hier sei auch auf die Stellungnahme zum Artikel 1 Nr. 52 verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr. 51, § 267 SGB V - Datenverarbeitung für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Umsetzung der Gutachterempfehlungen für das Zuweisungsverfahren für Auslandsversicherte erfordert die Meldung des Länderkennzeichens zum Versicherten. Dieses Kennzeichen wird in Absatz 1 Nr. 1 Buchst. b) ergänzt.

B Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht im Sinne der Folgegutachterempfehlung.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr. 52, § 269 SGB V - Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte

A Beabsichtigte Neuregelung

§ 269 SGB V wird neu gefasst. Die bisher enthaltenen Regelungen zur Ausgestaltung der Erst- und Folgegutachten für die Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte entfallen. Der bisherige Absatz 1 bleibt erhalten. Absatz 2 regelt den Ist-Kostenausgleich für das Kinderkrankengeld. Die Absätze 3 und 4 regeln das neue Verfahren für die Zuweisungen für Auslandsversicherte. Gemäß dem Vorschlag der Folgegutachter werden die Inlandsausgaben der Auslandsversicherten in das Zuweisungsverfahren einbezogen und die Zuweisungen für Auslandsversicherte landesspezifisch differenziert. Absatz 5 enthält die Beschreibung von Datenlieferungen für die erste RSA-Evaluation, bei der nun zusätzlich auch Krankengeldmodelle untersucht werden sollen. Die Datenlieferungen entsprechen weitgehend denen, die auch bereits für das Folgegutachten für Krankengeld geliefert werden mussten. Absatz 6 regelt, dass für die Ausgleichsjahre bis 2022 die bisherige Rechtsgrundlage weiter gilt.

B Stellungnahme

Zu Absatz 1: Die AOK-Gemeinschaft lehnt die Beibehaltung des aktuellen Krankengeldstandardisierungsverfahrens für Versicherte mit Krankengeldanspruch nach § 44 SGB V einschließlich der GKV-FQWG-Sonderregelungen ab. Denn mit dem Folgegutachten für die Krankengeldzuweisungen nach dem bisherigen § 269 Abs. 3b SGB V hat das IGES-Institut einen umsetzungsreifen Vorschlag zur Neugestaltung der Zuweisungen für das Krankengeld vorgelegt, der die Zielgenauigkeit der Zuweisungen für das Krankengeld um ein Vielfaches verbessert und somit der aktuellen Umsetzung hinsichtlich der Zielsetzung des RSA deutlich überlegen ist. Der Vorschlag kann zudem mit den bereits für den Risikostrukturausgleich gelieferten Daten umgesetzt werden, Änderungen in den Datenmeldungen wären dafür nicht erforderlich. Der Vorschlag ist nicht zuletzt mit vertretbarem zusätzlichem Aufwand durchführbar, da die darin vorgesehene Morbiditätskomponente auf den bereits bestehenden Risikogruppen nach § 266 Abs. 2 SGB V aufsetzt, wie sie für Inlandsversicherte zur Anwendung kommen. Einer Umsetzung für das Ausgleichsjahr 2023 spricht somit auch aus technischen oder administrativen Gründen nichts entgegen. Dass allein aufgrund der Existenz unterschiedlicher Gutachterempfehlungen Verbesserungen am Zuweisungsverfahren gänzlich unterlassen werden, ist absolut nicht sachgerecht. Dies gilt umso mehr, da die Weiterführung der bestehenden GKV-FQWG-Sonderregelungen massive Fehlanreize hinsichtlich der Effizienz und Wirtschaftlichkeit mit sich bringt. Es liegen auch keine gesicherten Anhaltspunkte dafür vor, dass sich die Ergebnisse aus dem aktuell vorliegenden Folgegutachten nicht in der vorgesehenen Evaluation des Wissenschaftlichen Beirats bestätigen werden. Daher spricht sich die AOK-Gemeinschaft nachdrücklich für die Umsetzung des Vorschlags der Folgegutachter auch im Bereich Krankengeld ab dem Ausgleichsjahr 2023 aus.

Zu Absatz 2: Die AOK-Gemeinschaft lehnt IST-Kostenausgleiche im RSA grundsätzlich ab, da sie per se nicht zielkonform sind und negative Wirtschaftlichkeitsanreize setzen. Im speziellen Sonderfall Kinderkrankengeld sind die Möglichkeiten eines prospektiven und standardisierten Verfahren allerdings deutlich begrenzt. Vor diesem Hintergrund, den fehlenden Steuerungsmöglichkeiten der Krankenkassen und dem geringen Ausgabenvolumen ist die vorgesehene Umsetzung für Kinderkrankengeld aber sachgerecht. Sie entspricht zudem ebenfalls dem Vorschlag der Folgegutachter.

Zu Absatz 3: Die ab dem Ausgleichsjahr 2023 vorgesehene Ablösung der 2013 mit dem GKV-FQWG eingeführten Sonderregelung durch Umstellung auf das gemäß Folgegutachten empfohlene Zuweisungsverfahren für Auslandsversicherte ist sachgerecht im Sinne der vorliegenden Gutachterempfehlung. Dabei wird das bisherige, rein altersbasierte Zuweisungsverfahren auf ein rein länderbezogenes Zuweisungsverfahren (Auslandsversicherte erhalten die durchschnittlichen Ausgaben der Versicherten des jeweiligen Einschreibelandes als Zuweisung) umgestellt. Richtigerweise werden bei der Berechnung der landesspezifischen Risikozuschläge die Ausgaben der Auslandsversicherten im In- und Ausland berücksichtigt. Aufgrund der Anforderungen des Abschlagsverfahrens und der erforderlichen Analytik für die konkrete Ausgestaltung im Rahmen der Modellfestlegung ist die vorgesehene Umsetzung ab dem Ausgleichsjahr 2023 sachgerecht.

Zu Absatz 4: Die Verwendung der länderspezifischen Rechnungssummen, die von der DVKA in einem entsprechenden Berichtsjahr abgerechnet wurden (Abflussprinzip), entspricht dem Gutachtervorschlag, bedeutet aber eine vollständige Abkehr vom Für-Prinzip, welches völlig zurecht für die Abgrenzung aller anderen berücksichtigungsfähigen Ausgaben nach § 7 Abs. 1 Nr. 7 RSAV gilt. Da hierdurch das Problem des zum Teil erheblichen Zeitversatzes eingehender Rechnungen bei der DVKA umgangen werden kann, erscheint dies im Kontext der Ermittlung der Zuweisungen für Auslandsversicherte sachgerecht. Nur mit dem vorgeschlagenen Verfahren werden alle innerhalb eines Jahres für Auslandsversicherte abgerechnete Rechnungsbeiträge im Zuweisungsverfahren zeitnah berücksichtigt.

Zu Absatz 5: Die aufgeführten Datenlieferungen sollen den Wissenschaftlichen Beirat bei der Begutachtung des Zuweisungsverfahrens für das Krankengeld und der Weiterentwicklung der von den Gutachtern gemachten Vorschläge unterstützen. Die Beauftragung einer neuen Evaluation ist in Anbetracht der unterschiedlichen Ergebnisse des Erst- und Folgegutachtens nachvollziehbar und grundsätzlich sachgerecht – allerdings allein kein Grund, aktuelle Vorschläge im Bereich Krankengeld nicht umzusetzen. Für eine erneute Begutachtung sollte seitens des Wissenschaftlichen Beirats aber auch eine Weiterentwicklung der Datengrundlage geprüft werden, um den weiterhin bestehenden, z. T. erheblichen Unschärfen in der Berechnung der beitragspflichtigen Einkommen zu begegnen. Denn beiden Gutachten ist z. B. zu entnehmen, dass insbesondere die Meldung beitragspflichtiger Einnahmen schwierig war und die Daten in vielen Fällen unplausibel waren. Inwieweit diese sich zur Ermittlung von Zuweisungen eignen, ist daher fraglich. Hier sei auch auf unsere Stellungnahme zu Artikel 11 Nr. 6 verwiesen.

Zu Absatz 6: Die Regelung ist sachgerecht. Eine Umsetzung der Gutachternvorschläge für Krankengeld und Auslandsversicherte vor 2023 ist aufgrund der Anforderungen des Abschlagsverfahrens und der erforderlichen Analytik für die konkrete Ausgestaltung im Rahmen der Modellfestlegung nicht möglich.

C Änderungsvorschlag

In Art. 1 Nr. 52 ist der Absatz 1 zu streichen.

Art. 1 Nr. 53, § 273 SGB V - Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich

A Beabsichtigte Neuregelung

In § 273 Absatz 3 Satz 3 und Absatz 6 Satz 2 SGB V werden jeweils die Wörter „in der ab dem 1. April 2020 geltenden Fassung“ gestrichen

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachgerechte Rechtsbereinigung.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr. 54, § 275 Abs. 6 SGB V - Formerfordernis Gutachten

A Beabsichtigte Neuregelung

Im § 275 Abs. 6 wird klargestellt, dass jede fallabschließende gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes (MD) schriftlich oder elektronisch zu verfassen ist und zumindest eine kurze Darlegung der Fragestellung und des Sachverhalts, das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe hierfür enthalten muss.

B Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht und wird begrüßt, da für den Versicherten Sicherheit durch die Schriftform geschaffen wird.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr. 55, § 275b Absatz 4 und 5 SGB V - Abstimmung der Prüfungen mit Heimaufsicht

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen sowie der MD sollen bei Regel- und Anlassprüfungen nach § 275b SGB V mit den für die Heimaufsicht zuständigen Aufsichtsbehörden und den Trägern der Eingliederungshilfe zusammenarbeiten, insbesondere durch regelmäßige gegenseitige Information und Beratung, durch Terminabsprachen und die Verständigung über im Einzelfall notwendige Maßnahmen. Zu diesem Zweck werden sie verpflichtet, an den Arbeitsgemeinschaften nach den heimrechtlichen Vorschriften mitzuwirken und sich an entsprechenden Vereinbarungen zu beteiligen. Außerdem können und müssen sie auf Anforderung der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde und den Trägern der Eingliederungshilfe die ihnen zugänglichen Daten über die Pflegeeinrichtungen aus den Prüfungen nach § 275b SGB V mitteilen. Die Kosten der Zusammenarbeit tragen die Akteure selbst.

B Stellungnahme

Die Regelungen entsprechen weitestgehend § 117 SGB XI und sind von daher nicht zu beanstanden. Da auch Einrichtungen der Eingliederungshilfe Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bzw. Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen nach § 275b SGB V bzw. § 128 SGB IX unterliegen, ist die Einbeziehung in Bezug auf die Eingliederungshilfeträger sachgerecht. Doppelprüfungen mit gleichen Schwerpunkten können so vermieden werden und bestimmte Erkenntnisse aus den Prüfungen können ausgetauscht werden.

Analog zu den Regelungen der Qualitätsprüfungen im § 115 Abs. 2 SGB XI fehlt es derzeit an Möglichkeiten bei durch den MD festgestellten Mängeln, entsprechende Maßnahmenbescheide durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen bzw. bei Anlassprüfungen auch durch die Krankenkassen. Ebenso fehlt es an einer gesetzlichen Grundlage analog des § 114 Abs. 4 Satz 4 SGB XI, um bei festgestellten Qualitätsdefiziten auch Wiederholungsprüfungen in Auftrag geben zu können.

C Änderungsvorschlag

In § 275 b Abs. 1 SGB V werden folgende Sätze angefügt:

„Soweit bei einer Prüfung nach diesem Buch Qualitätsmängel festgestellt werden, entscheiden die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen nach Anhörung des Trägers der ambulanten Pflegeeinrichtung, welche Maßnahmen zu treffen sind, erteilen dem Träger der Einrichtung hierüber einen Bescheid und setzen ihm darin zugleich eine angemessene Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel.“

Art. 1 Nr. 56, § 276 Absatz 2 Satz 2 SGB V - Transparenz für Leistungserbringer bei Anforderung von Daten für Begutachtungen des MD

A Beabsichtigte Neuregelung

Im § 276 Abs. 2 Satz 2 wird klargestellt, dass die Krankenkassen oder der MD bei der Anforderung versichertenbezogener Daten für gutachtliche Stellungnahmen oder Prüfungen nach § 275 Absatz 1 bis 3 und 3b, § 275 c und § 275d den Leistungserbringern den Zweck der Begutachtung mitteilen müssen.

B Stellungnahme

Die Krankenkassen nutzen einen etablierten Prozess des Kommunikationsmanagements für die Anforderung von Versichertendaten bei einem Leistungserbringer, der diese dem Medizinischen Dienst übermittelt. Die beabsichtigte Änderung, den Zweck der Begutachtung regelmäßig mitzuteilen, ist sachgerecht. Es sollte jedoch klargestellt werden, dass Unterstützungsleistungen für die Versicherten durch die Kranken- und Pflegekassen hiervon unberührt bleiben.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr. 57, zu § 277 SGB V - Mitteilungspflichten

A Beabsichtigte Neuregelung

In § 277 Abs. 1 SGB V werden die Sätze 1 bis 3 durch die Sätze 1 bis 4 ersetzt.

Satz 1: Bei Übermittlung des Begutachtungsergebnisses an die Krankenkasse, hat der Medizinische Dienst (MD) darüber hinaus die „wesentlichen Gründe“ des Begutachtungsergebnisses (vorher „erforderlichen Angaben über den Befund“) mitzuteilen.

Satz 2, erster Halbsatz: Der MD ist berechtigt, die Begutachtungsergebnisse den Leistungserbringern mitzuteilen. Eine Übermittlungspflicht besteht jedoch nur dann, wenn das Begutachtungsergebnis von der Auffassung des Leistungserbringers abweicht (Verordnung, Einordnung als GKV-Leistung oder Abrechnung).

Satz 2, zweiter Halbsatz: Explizit als Ausnahme zu den o.g. Sachverhalten sind die Behandlungsfehlergutachten (Aufträge nach § 275 Abs. 3 S. 1 Nr. 4 SGB V) geregelt. Zur Übermittlung dieser Gutachten an Leistungserbringer ist der MD nicht grundsätzlich berechtigt. Die Übermittlung ist nur bei Vorliegen der Einwilligung des Versicherten zulässig.

Satz 3: Liegt die Einwilligung des Versicherten vor, besteht für den MD dann eine Übermittlungspflicht der wesentlichen Gründe des Begutachtungsergebnisses, wenn sie der Leistungserbringer anfordert.

Satz 4: Der MD hat den Versicherten die Behandlungsfehlergutachten schriftlich oder elektronisch in vollständiger Form zu übermitteln.

B Stellungnahme

Zu Satz 1: Die Ersetzung der „erforderlichen Angaben über den Befund“ durch „wesentlichen Gründe für das Ergebnis der Begutachtung“, ist eine sprachliche Klarstellung. Bereits zuvor sollte der MD die wesentlichen Gründe für das Ergebnis der Begutachtung den Krankenkassen mitteilen, da er in der Regel selbst keine Befunde bei den Versicherten erhebt, sondern auf Grundlage beigezogener medizinischer Unterlagen, seine Bewertung abgibt.

Zu Satz 2, erster Halbsatz: Die Begrenzung der Übermittlungspflicht auf Fälle, in denen das Begutachtungsergebnis von der Verordnung des Leistungserbringers, seiner Einordnung der erbrachten Leistung als GKV-Leistung oder seiner Abrechnung dieser Leistung abweicht, ist sachgerecht und schont Ressourcen beim MD. Keine Einwände bestehen aus rechtlicher Sicht, dass er aus Transparenzgründen in anderen Fällen zur Mitteilung befugt ist.

Zu Satz 2, zweiter Halbsatz bis Satz 3: Die Zulässigkeit der Übermittlung des Gutachtenergebnisses an Leistungserbringer bei Gutachten und Stellungnahmen des MD nach § 275 Abs. 3 Satz 4 SGB V an die Voraussetzung der Einwilligung des Versicherten zu knüpfen, ist sachgerecht. Dieses Erfordernis entspricht dem legitimen Interesse der Versicherten an Autonomie bei der Durchsetzung möglicher zivilrechtlicher Ansprüche.

Zu Satz 4: Nicht sachgerecht ist, dass die Gutachten vom MD direkt an die Versicherten zu übermitteln sind. Die Gutachten sind vielmehr an die beauftragende Krankenkasse zu übermitteln, die sie verpflichtend den Versicherten im Beratungsprozess zur Verfügung stellt. Für diesen Übermittlungsweg spricht zum einen, dass sich die Versicherten bereits im Vorfeld des

Gutachtens für die Beratung/Unterstützung durch ihre Krankenkassen selbstbestimmt entschieden haben. Zum anderen hat die Praxis gezeigt, dass Versicherte nicht nur bei dem Gutachtenauftrag, sondern ebenso beim Erhalt des Gutachtens, ohne begleitende Beratung, in der Regel überfordert sind. Insbesondere Gutachten, die einen Behandlungsfehler nicht bestätigen, müssen den Versicherten für eine Akzeptanz erklärt werden. Ebenso kann die Analyse der Krankenkasse ergeben, dass das MD-Gutachten weiterer sachverständiger Stellungnahmen bedarf, um einen Behandlungsfehler auszuschließen bzw. noch zu begründen. Daher ist die Übersendung der Gutachten direkt an die Krankenkasse mit verpflichtender Weitergabe an die Versicherten sachgerecht. Darüber hinaus spricht für diesen Weg, dass die Kranken- und Pflegekassen im Interesse der Versichertengemeinschaft regelmäßig eigene Forderungen prüfen - auch unabhängig von den Versicherten - und ggf. durchsetzen müssen. Die im Wege der Legalzession übergegangenen Ansprüche (§ 116 SGB X) sind von den Kassen grundsätzlich als Einnahmen vollständig zu erheben (§ 76 Abs. 1 SGB IV).

C Änderungsvorschlag

In Nr. 57 wird § Abs. 1 Satz 4 wie folgt formuliert:

Der Medizinische Dienst übermittelt die Gutachten nach § 275 Abs. 3 S. 1 Nr. 4 SGB V mit Einwilligung der Versicherten sowie die zur Prüfung übergegangener Ersatzansprüche erstellten Gutachten nach § 116 SGB X in schriftlicher oder elektronischer Form vollständig an die beauftragenden Krankenkassen. Die Krankenkassen haben ihren Versicherten gemäß § 66 SGB V im Beratungsprozess die sie betreffenden vollständigen Gutachten zur Verfügung zu stellen.

Art. 1 Nr. 58, § 279 Absatz 5 Satz 7 SGB V - Aufhebung des Verbotes der Drittfinanzierung für Vertreter der Berufsgruppen im Verwaltungsrat der Medizinischen Dienste

A Beabsichtigte Neuregelung

Die oberste Landesbehörde benennt zwei Berufsvertreter auf Vorschlag der Landespflegekammer oder der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe auf Landesebene und der Landesärztekammer als Berufsvertreter für den Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes. Die geltende Bestimmung des Verbots der Finanzierung zu mehr als 10 Prozent durch Dritte, die Leistungen für die gesetzliche Krankenversicherung oder die soziale Pflegeversicherung erbringen, kommt für die Berufsvertreter nicht mehr zur Anwendung.

B Stellungnahme

Die Neuregelung greift ein Anliegen des Bundesrates auf und erweitert den Kreis der benennbaren Personen. Sie ermöglicht die Benennung von in der ärztlichen Versorgung und Pflege aktiven Personen und nicht nur hauptamtlicher Verbandsvertreter. Die Regelung wird begrüßt, da ein direkter Kontakt zum Geschehen im Gesundheitswesen hergestellt werden und zu einer Bereicherung der Beratungen des Verwaltungsrates beitragen kann.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr. 59, (§ 299 SGB V) - Verlängerung der Löschfrist für den G-BA

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung wird die in Satz 8 des § 299 Abs.4 vorgesehene Löschfrist von 6 Monaten auf 2 Jahre verlängert. Damit wird der G-BA befugt vorzusehen, dass die von ihm bestimmte zentrale Stelle zur Durchführung von Patientenbefragungen (Versendestelle) die ihr vorliegenden Daten längstens zwei Jahre (statt sechs Monate) aufbewahren darf.

B Stellungnahme

Die Änderung ist nachvollziehbar. Durch die Verlängerung der Löschfrist für die Versendestelle werden methodische Befragungen über einen längeren, regelmäßigen Befragungsturnus ermöglicht. Die Erforderlichkeit einer verlängerten Löschfrist muss der G-BA für jedes Verfahren nachvollziehbar begründen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Art. 1 Nr. 60, (§ 301 Abs. 4a neu SGB V) - Datenübermittlungsbefugnis von Rehabilitationseinrichtungen an Krankenkassen

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird mit dem neuen Abs. 4a eine Befugnis für im Bereich der Gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung tätigen Rehabilitationseinrichtungen zur Übermittlung von bestimmten versichertenbezogenen Daten an die Krankenkassen geschaffen, die zur Erfüllung von deren gesetzlichen Aufgaben bei Vorliegen eines Anspruchs auf Krankengeld erforderlich sind. Das Nähere über Form und Inhalt der erforderlichen Vordrucke, die Zeitabstände für die Übermittlung der Angaben nach Satz 1 und das Verfahren der Übermittlung im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern vereinbart der GKV-SV mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Rehabilitationseinrichtungen maßgeblichen Bundesverbänden gemeinsam.

B Stellungnahme

Mit dem neuen Abs. 4a wird eine Rechtsgrundlage für Übermittlung der in Nrn. 1.-5 genannten Sozialdaten geschaffen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr. 61, § 302 SGB V - Anpassung Verweis Abrechnung Sonstige LE**A Beabsichtigte Neuregelung**

Korrektur des Verweises in Satz 1 auf § 33 Absatz 1 Satz 9 statt § 33 Absatz 1 Satz 6 infolge einer geänderten Satzreihenfolge im Zuge des TSVG.

B Stellungnahme

Folgerichtige Verweiskorrektur.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Art. 2 Nr. 1, § 21 SGB V - Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für sonstige Personen

A Beabsichtigte Neuregelung

Folgeregelung zu der in Artikel 1 Nr. 42 vorgesehenen Anerkennung von Solidargemeinschaften als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall. Da die Solidargemeinschaften selbst nicht das Risiko bei Pflege abdecken, werden die Versicherten zur Absicherung in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung verpflichtet. Die Solidargemeinschaften haben von allen Versicherten einen Nachweis über die Pflegeversicherung zu verlangen.

Die Nummern 2 bis 7 des Artikels 2 sind Begleitregelungen zur Einführung und Umsetzung der Pflicht über die Führung einer Absicherung gegen das Pflegerisiko für Mitglieder von Solidargemeinschaften.

B Stellungnahme

Die Regelung ist in der Folge der beabsichtigten Anerkennung von Solidargemeinschaften als weiteren Krankenversicherungsschutz konsequent und sachlogisch, da die Solidargemeinschaften selbst keine Absicherung für den Pflegefall vorsehen. Die Verpflichtung zur Absicherung des Risikos bei Pflegebedürftigkeit bestand schon bislang und wäre bei Eintritt von Krankenversicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ohnehin eingetreten. Aufgrund der Melde- und Nachweispflicht gegenüber den Solidargemeinschaften kann davon ausgegangen werden, dass sich die Versicherten vermehrt an die soziale Pflegeversicherung wenden, um den entsprechenden Versicherungsschutz herzustellen. Ein kurzfristiger Leistungsmissbrauch zu Lasten der sozialen Pflegeversicherung (SPV) ist ausgeschlossen, da Leistungsansprüche aufgrund der Regelung des § 33 Abs. 3 SGB XI erst nach Ablauf einer Vorversicherungszeit von zwei Jahren entstehen. Allerdings bleibt es auch hier bei der Situation, die bereits im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung dargestellt wurde, dass die soziale Pflegeversicherung für die Vergangenheit das Versicherungsrisiko getragen hat, ohne dass ein angemessener finanzieller Ausgleich hierfür geleistet wurde.

Da die Anerkennung von Solidargemeinschaften insgesamt abgelehnt wird, werden auch die hier vorgesehenen Folgeänderungen insgesamt abgelehnt.

C Änderungsvorschlag

Artikel 2, Nummern 1 bis 7 werden ersatzlos gestrichen.

Artikel 3 Änderungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes

Art. 3, § 3 VAG - Ausnahmen von der Aufsichtspflicht, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Folgeregelung zu der in Artikel 1 Nr. 42 vorgesehenen Anerkennung von Solidargemeinschaften als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall betreffend die Zuständigkeitsregelung des Bundesamts für soziale Sicherung (BAS).

B Stellungnahme

Mit der grundsätzlichen Ablehnung der Anerkennung von Solidargemeinschaften wird auch diese Regelung abgelehnt.

C Änderungsvorschlag

Artikel 3 wird ersatzlos gestrichen.

Artikel 4 Änderungen des Versicherungsvertragsgesetzes

Art. 4 Nummern 1 und 2 § 3 VVG - Vertragstypische Leistungen des Versicherers sowie Versicherte Person; Versicherungspflicht

A Beabsichtigte Neuregelung

Folgeregelung zu der in Artikel 1 Nr. 42 vorgesehenen Anerkennung von Solidargemeinschaften als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall betreffend die private Krankenversicherung.

B Stellungnahme

Zu Änderungen, die die private Krankenversicherung betreffen, erfolgt grundsätzlich keine Stellungnahme durch die AOK-Gemeinschaft.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 5 Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Art. 5, Nr. 1 § 8 KHG - Voraussetzung der Förderung

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Bezug „Qualitätsabschläge“ bei der Entscheidung, ob ein Krankenhaus in dem Krankenhausplan verbleibt, wird aufgehoben.

B Stellungnahme

Streichung wird befürwortet, Folgeänderung § 136b SGB V.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art 5, Nr. 2 § 17b - Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a) Bisher konnten die Anträge nur in schriftlicher Form eingereicht werden. Diese Möglichkeit wird um eine elektronische Antragsstellung erweitert.

Buchstabe b) Die Möglichkeit, bundeseinheitliche Zu- und Abschläge für vom GBA festgelegten Leistungen oder Leistungsbereiche mit außerordentlich guter oder unzureichender Qualität zu vereinbaren, wird aufgehoben.

B Stellungnahme

Buchstabe a)

Die Möglichkeit, einen Antrag auch elektronisch stellen zu können, wird befürwortet.

Buchstabe b)

Die Streichung wird befürwortet; Folgeänderung Änderung § 136b SGB V.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5, Nr. 3, § 17d Abs. 9, KHG - Einführung PEPP-System

A Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a)

Anstelle der Übermittlung der Einstufung nach der Psychiatrie-Personalverordnung auf der Grundlage des bisherigen Satz 2 ist zukünftig zur Weiterentwicklung des Entgeltsystems von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen die Zahl des insgesamt beschäftigten Pflegepersonals und die Zahl des insgesamt in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten Pflegepersonals zu übermitteln.

Buchstabe b)

Die Psychiatrie-Personalverordnung ist zum 1. Januar 2020 aufgehoben worden. Die bisherige Regelung in § 17d Absatz 9 Satz 2 KHG zur Datenübermittlung, die sich an Einrichtungen richtet, die die Psychiatrie-Personalverordnung anwenden, läuft seitdem leer. Die Schlüssel 9-980 ff., 9-981 ff., 9-982 ff. und 9-983 ff. des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) nach § 301 Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch dienen der Umsetzung der Datenübermittlungspflicht nach § 17d Absatz 9 Satz 2 KHG und sind in der Version 2021 des OPS nicht mehr enthalten. Die Änderung dient daher der Klarstellung.

B Stellungnahme

Die Änderungen betreffen insbesondere die Datengrundlagen, die dem InEK zur Weiterentwicklung des Entgeltsystems in der Psychiatrie und Psychosomatik zur Verfügung zu stellen sind. Die Krankenkassen erhalten die durch die Psych-PV wegfallenden Daten ab dem Jahr 2020 auf Grundlage der Regelungen der PPP-Richtlinie des G-BA. Somit besteht für die Krankenkassen kein Datenverlust. Die Berechnungen zum Stationssockel und zu dem auf den Minutenwerten basierenden Personalbestand in der Psychiatrie und Psychosomatik sind weiterhin für die Krankenkassen möglich.

Das InEK wird jedoch weniger Daten erhalten, da die in der Psych-PV enthaltenen Informationen zu den einzelnen Behandlungsbereichen mit der neuen Regelung weder über die Informationen nach § 21 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe a) noch e) KHEntgG abgedeckt sind. Ob das Fehlen dieser Informationen für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems in der Psychiatrie und Psychosomatik relevant ist, kann hier nicht beurteilt werden.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 5, Nr. 4 § 18 Abs. 4 - Pflegesatzverfahren**A Beabsichtigte Neuregelung**

Ergänzung zur Verwaltungsvereinfachung – Das bisherige geltende Erfordernis einer schriftlichen Aufforderung in Papierform für die Aufnahme von Pflegesatzverhandlungen wird um eine elektronische Alternative ergänzt.

B Stellungnahme

Änderung ist sachgerecht und wird befürwortet.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 6 Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes

Art. 6, Nr. 1 § 4 Abs. 8a - Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf

A Beabsichtigte Neuregelung

Ergänzung zur Verwaltungsvereinfachung. Mit der Änderung wird das bisherige geltende Erfordernis zur Vorlage einer schriftlichen Vereinbarung in Papierform um die Option einer elektronischen Alternative ergänzt.

B Stellungnahme

Änderung ist sachgerecht und wird befürwortet.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6, Nr. 1 § 4 Abs. 9 - Hygieneförderprogramm

A Beabsichtigte Neuregelung

Ergänzung zur Verwaltungsvereinfachung. Mit der Änderung wird das bisherige Erfordernis einer schriftlichen Bestätigung in Papierform um die elektronische Bestätigung zur Verwaltungsvereinfachung ergänzt.

Zusätzlich ist eine Anpassung auf einen verweisenden Gesetzestext notwendig, da mit Änderungen des MDK-Reformgesetzes der § 4 Abs. 8 KHEntgG aufgehoben wurde.

B Stellungnahme

Die Änderungen sind sachgerecht und werden befürwortet.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6, Nr. 2 § 5 Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung sieht vor, dass der von den Vertragsparteien vor Ort für die Zeit ab dem 1.01.2022 zu vereinbarenden Abschlag in Höhe von 1 Prozent des Rechnungsbetrags, der anfällt, wenn ein Krankenhaus seiner Verpflichtung zum Anschluss an die Telematikinfrastruktur nicht nachkommt, ohne Zu- und Abschläge für jeden voll- und teilstationären Fall zu vereinbaren ist.

B Stellungnahme

Die Klarstellung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6, Nr. 2a und 4b § 5 Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen und § 9 Vereinbarung auf Bundesebene

A Beabsichtigte Neuregelung

- a) § 5 Absatz 3a wird aufgehoben
- b) § 9 Aufhebung der Nummer 4.

B Stellungnahme

- Zu a) Nummernaufhebung ist Folgeänderung § 136b SGB V.
- Zu b) Nummernaufhebung ist Folgeänderung § 136b SGB V.

C Änderungsvorschlag

- a) Keiner.
- b) Keiner.

Art. 6, Nr. 2b sowie 4a, § 5 Abs. 3b - Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen sowie § 9 Abs. 1a Vereinbarung auf Bundesebene

A Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe 2b:

Bei der Ermittlung des je Krankenhaus durch den Zuschlag zu finanzierenden Betrags für klinische Sektionen, die zu Zwecken der Qualitätssicherung durchgeführt werden, haben die Vertragsparteien nach § 11 die durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für den jeweils maßgeblichen Zeitraum kalkulierten Kosten einer klinischen Sektion in voller Höhe zugrunde zu legen. Dies gewährleistet eine angemessene Refinanzierung klinischer Sektionen zur Qualitätssicherung sowie die regelmäßige Anpassung an die aktuellen Kalkulationsergebnisse des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus.

Buchstabe 4a:

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz wurde ein Zuschlag für klinische Sektionen nach § 5 Absatz 3b eingeführt und die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragt, Anforderungen an die Durchführung klinischer Sektionen zur Qualitätssicherung zu vereinbaren, insbesondere auch eine zur Qualitätssicherung erforderliche Sektionsrate und Kriterien für die Auswahl der zu obduzierenden Todesfälle. Die Vertragsparteien auf Bundesebene gaben in der Vereinbarung zu klinischen Sektionen gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 3 (Obduktionsvereinbarung) vom 19. Juli 2017 zu diesem Zweck eine Liste mit indikationsbasierten Kriterien für die Auswahl der zu obduzierenden Todesfälle vor und legten eine darauf basierende, jährlich ansteigende Obduktionsrate fest. Die Zahl der abgerechneten klinischen Sektionen wie auch die Zahl der Krankenhäuser, die einen Zuschlag vereinbaren, ist seit der Einführung deutlich hinter dem erwarteten Umfang zurückgeblieben und war zuletzt rückläufig. Seit 2019 können Krankenhäuser den Zuschlag nur noch vereinbaren, wenn sie eine indikationsbasierte Sektionsrate von 12,5 Prozent erfüllen. Klinische Sektionen zur Qualitätssicherung, die die festgelegten Indikationen nicht erfüllen, werden grundsätzlich nicht refinanziert. Im Jahr 2019 haben bundesweit nur 13 Krankenhäuser die erforderliche indikationsbasierte Obduktionsrate erreicht, während knapp 300 Krankenhäuser mindestens eine kodierte klinische Sektion durchführten. Zwei Drittel der kodierten klinischen Sektionen zur Qualitätssicherung konnten somit nicht im Rahmen des Zuschlags refinanziert werden, da die Krankenhäuser die erforderliche indikationsbasierte Obduktionsrate nicht erreichten.

Um die klinischen Sektionen als Qualitätssicherungsinstrument zu stärken, soll künftig eine größere Anzahl an Krankenhäusern die klinischen Sektionen, die zum Zweck der Qualitätssicherung durchgeführt wurden, über den Zuschlag nach § 5 Absatz 3b refinanzieren können. Zudem soll Planungssicherheit für die Krankenhäuser dahingehend geschaffen werden, dass jede durchgeführte klinische Sektion, die die für die Qualitätssicherung erforderlichen Mindestanforderungen erfüllt und nicht anderweitig finanziert wird, über den Zuschlag für klinische Sektionen zu refinanzieren ist. Zu diesem Zweck wird die Festlegung einer erforderlichen Sektionsrate sowie die Vorgabe von indikationsbasierten Auswahlkriterien für die zu obduzierenden Todesfälle aufgehoben. Die bereits bestehende Obduktionsvereinbarung ist von den Vertragsparteien auf Bundesebene entsprechend kurzfristig anzupassen. Dabei sollen die Festlegung von Mindestanforderungen an die Durchführung klinischer Sektionen zur Qualitätssicherung sowie die Vorgaben zur Ermittlung und Berechnung des Zuschlags beibehalten werden.

B Stellungnahme

Buchstabe 2b:

Die Förderung von klinischen Sektionen mit einem Zuschlag ist grundsätzlich zu begrüßen. Dies beinhaltet auch die vollständige Refinanzierung der durch das InEK kalkulierten Kosten. Dass auf dieser Grundlage vor Ort weitergehende Verhandlungen über die tatsächliche Höhe des Zuschlags zu führen sind, bindet dort nur zusätzliche Ressourcen. Verwaltungsrümer und ressourcenschonender ist eine einheitliche Festsetzung des Preises auf Ebene der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene auf der Grundlage der Kalkulationsergebnisse des InEK. Es ist nicht einsehbar, weshalb es eine Vielzahl von krankenhausindividuellen Preisen für klinische Sektionen geben soll, die vor allem durch das Verhandlungsgeschick einzelner Verhandlungspartner geprägt sind, statt durch mögliche regionale Kostenentwicklungen.

Buchstabe 4a:

Es ist nachvollziehbar, dass der Gesetzgeber die Anzahl der klinischen Sektionen erhöhen möchte, um diese als Qualitätssicherungsinstrument zu stärken. Der gewählte Weg führt jedoch nicht zu einer Sicherung der Qualität. Aus gutem Grund haben deshalb die Vertragsparteien auf Bundesebene eine Indikatorenliste mit ICD- und OPS-Kodes erarbeitet, die beschreibt, in welchem Fall eine Obduktion sinnvoll ist. Ebenso wurde eine indikationsbezogene Obduktionsrate festgelegt, deren Grundgedanke der gleiche ist wie bei den Mindestmengen. Neben weiteren Qualitätskriterien dienen diese Rahmenbedingungen für eine einen Zuschlag generierende Obduktion dem Ziel, verwertbare Ergebnisse im Bereich der klinischen Sektionen zu generieren, zur Erlangung neuer Erkenntnisse in der Medizin. Durch die Reduktion dieser Vorgaben auf noch festzulegende Mindestanforderungen wird dieses Ziel konterkariert. Die reine Steigerung der Anzahl der klinischen Sektionen und damit der zuschlagsberechtigten Krankenhäuser ist kein Selbstzweck. Die dadurch gewonnenen Daten müssen verwertbar sein. Dies kann nur durch umfassende Qualitätsvorgaben gesichert werden. Somit müssen andere Anreize zur Steigerung der Anzahl der klinischen Sektionen gefunden werden, welche die bestehenden Qualitätsvorgaben berücksichtigen.

C Änderungsvorschlag

Buchstabe 2b: Der Zuschlag ist auf Ebene der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene unter Zugrundelegung der Kalkulationsergebnisse des InEK zu ermitteln.

Buchstabe 4a: Streichung der Regelung.

Art. 6, Nr. 3 § 8 Abs. 8 - Anpassung zur Übermittlung der maßgebenden Entgelte

A Beabsichtigte Neuregelung

Änderung zur Verwaltungsvereinfachung– Die Regelung zur Übermittlung der zu bezahlenden Entgelte wird technikoffen formuliert.

B Stellungnahme

Änderung ist sachgerecht und wird befürwortet.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6, Nr. 3 a und 5 bb § 8 - Berechnung der Entgelte und § 10 Vereinbarung auf Landesebene

A Beabsichtigte Neuregelung

In § 8 Absatz 4 Satz 2 soll geregelt werden, dass Mindestmengenleistungen nicht abgerechnet werden dürfen, wenn keine Leistungsberechtigung vorliegt.

§ 10 Streichung der Nummer „3a“ in der Nummer 6.

B Stellungnahme

Grundsätzlich ist es zu befürworten, wenn auch im Krankenhausentgeltgesetz geregelt ist, dass Krankenhausstandorte für Mindestmengenleistungen kein Entgelt berechnen dürfen, wenn keine Leistungsberechtigung vorliegt. Die gewählten Formulierungen geben dies nicht wider. Die Bedingungen sind nicht präzise genug. Der Bezug auf die Regelungen des § 136b ff SGB V und damit der Nachweisprozess muss in diesem Gesetz nicht ausgeführt werden. Es reicht ein abstellen auf das Ergebnis der Entscheidung. Ohne positive Prognose ist der Krankenhausstandort nicht zur Entgeltabrechnung berechtigt. Insofern kann man dies positiv oder negativ formulieren.

Nummernstreichung ist Folgeänderung § 136b SGB V.

C Änderungsvorschlag

§ 8 Absatz 4 Satz 2 sollte wie folgt gefasst werden:

„Entgelte dürfen für eine Mindestmengenleistung nicht berechnet werden, wenn die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen die Prognose widerlegt haben.“

Oder

„Entgelte dürfen für eine Mindestmengenleistung nur berechnet werden, wenn eine positive Prognose der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen vorliegt.“

Art. 6, Nr. 5 § 10 Abs. 10 Vereinbarung des Basisfallwertes

A Beabsichtigte Neuregelung

Änderung zur Verwaltungsvereinfachung. Das bisherige geltende Erfordernis einer schriftlichen Übermittlung der Vereinbarung in Papierform wird um eine elektronische Alternative ergänzt.

B Stellungnahme

Änderung ist sachgerecht und wird befürwortet.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6, Nr. 6 § 11 Abs. 1 und Abs. 3 Vereinbarungen auf Einzelhausebene

A Beabsichtigte Neuregelung

Änderung zur Verwaltungsvereinfachung. Das bisherige geltende Erfordernis einer schriftlichen Übermittlung einer Aufforderung und der Vereinbarung in Papierform wird um eine elektronische Alternative ergänzt.

B Stellungnahme

Änderungen sind sachgerecht und werden befürwortet.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 6, Nr. 7 § 15 Abs. 3 - Laufzeit

A Beabsichtigte Neuregelung

Gesetzlich nachvollzogen wird das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 5.12.2019 (Az. 3 C 28.17). Wenn die Entgelte erst nach Beginn des Vereinbarungszeitraums vereinbart und genehmigt werden, erfolgt damit auch für NUB-Entgelte ein Ausgleich von Mehr- oder Minderlösungen.

B Stellungnahme

Eine Abgeltung des Zahlbetrags für NUB nach § 15 Abs. 3 Satz 2 KHEntgG über den Zu- oder Abschlag nach § 5 Abs. 4 KHEntgG ist nicht sachgerecht, da eine Vermengung mit Ausgleichen für Mengenabweichungen einer Kostenzuordnung nach dem Verursacherprinzip entgegensteht. NUB sollten daher von der Ausgleichsregelung nach 15 Abs. 3 KHEntgG ausgenommen werden. Nur durch eine gesetzliche Änderung können die anfallenden Kosten dem zuständigen Kostenträger in Rechnung gestellt und so sichergestellt werden, dass keine unzumutbare Belastung einzelner Kostenträger entsteht, wie dies über einen Ausgleich, insbesondere bei teuren Entgelten, der Fall wäre. Ebenfalls zu beachten ist, dass die fehlende Möglichkeit der Prüfung gegen eine Ausgleichsregelung und für eine nachträgliche Abrechnung gegenüber dem jeweiligen Kostenträger spricht. Es muss in Folge sichergestellt sein, dass die Prüfung durch den MD auch in dieser Konstellation grundsätzlich möglich ist. Die Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit der Leistung und der tatsächlichen Leistungserbringung der NUB-Entgelte kann jedoch nicht über den durch das BVerwG gewählten Weg, sondern nur über die nachträgliche Rechnung gegenüber dem Kostenträger sichergestellt werden. Gerade aufgrund der sehr hohen Preise für neue NUB im Arzneimittelbereich z. B. für ATMP würden über eine solche Ausgleichsberechnung einzelne Kostenträger und vor allem Selbstzahler unzumutbar belastet. Aufgrund der Besonderheiten der Leistungserbringung und Entgeltvereinbarung von NUBs ist eine Differenzierung der Ausgleichsregularien für diese Leistungen sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Streichung des neu eingefügten Satz 3

Neu Satz 3 und 4: „Satz 1 gilt nicht für Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 2, die im Vereinbarungszeitraum erstmalig vereinbart werden. Sofern im Vereinbarungsjahr erstmalig neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 2 KHEntgG vor Genehmigung der Vereinbarung nach § 14 erbracht wurden, erfolgt die Abrechnung dieser Leistungen nachträglich gegenüber dem jeweiligen Kostenträger.“

Artikel 7,8,9 Verlängerung Modellklauseln akademische Ausbildung in Gesundheitsfachberufen

Art. 7,8,9 § 4 Ergotherapeutengesetz (ErgThG), § 4 Logopädengesetz (LgopG), § 9 Masseur- und Physiotherapeutengesetz (MPhG)

A Beabsichtigte Neuregelung

Im Jahr 2009 wurden im Ergotherapeutengesetz, im Gesetz über den Beruf des Logopäden sowie im Masseur- und Physiotherapeutengesetz Regelungen vorgesehen, die eine Erprobung akademischer Erstausbildungen in diesen Berufen ermöglichen sollten. Die Regelungen waren bis zum 31.12.2017 befristet. Mit dem dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) wurden zum 1.01.2017 die vorhandenen Modellklauseln zur Erprobung einer Akademisierung der entsprechenden Berufe um vier Jahre bis 2021 verlängert. Die Erprobung wurde wissenschaftlich begleitet und evaluiert.

Die nun beabsichtigte Neuregelung sieht eine zweite Verlängerung bis Ende 2026 in den Berufsgesetzen der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie vor.

B Stellungnahme

Der AOK-Bundesverband begrüßt eine weitere Verlängerung der Modellklausel bis Ende 2026 zur Erprobung akademischer Erstausbildungen in der Ergo-, Logo-, und Physiotherapie. Aus den Handlungsempfehlungen des Evaluationsberichts über die Ergebnisse der Modellvorhaben zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten vom 19.08.2016 des Bundesministeriums für Gesundheit, geht hervor, dass für die Verlängerung ein Zeitraum von zehn Jahre vorzusehen ist. In diesem Zeitraum sollen spezifische Fragestellungen vertieft betrachtet und das Durchlaufen von zwei Ausbildungsperioden ermöglicht werden. Somit ist eine Verlängerung der Modellregelungen um weitere fünf Jahre bis 2026 folgerichtig.

Der AOK-Bundesverband schließt sich außerdem den Empfehlungen des Wissenschaftsrats zur Akademisierungsquote an. Der Wissenschaftsrat spricht sich für eine Teilakademisierung in den betreffenden Berufsgruppen mit einer Quote zwischen zehn und 20 Prozent aus. Damit könnten vor allem spezifische Bereiche, wie die der Forschung und Lehre, Leitungsfunktionen sowie komplexe Aufgabenfelder, die einen besonders geschulten Patientenkontakt erfordern, in ausreichender Form abgedeckt werden.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 10 Änderungen des Gesetzes zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende

Art. 10, Nr. 1 bis 5 zum Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende

A Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehenen Regelungen und Änderungen stellen überwiegend Korrekturen fehlerhafter Verweise, Anpassungen an den Sprachgebrauch/die Terminologie vorhandener Gesetze und redaktionelle Berichtigungen des Gesetzes zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende (OrgSpEG) dar.

In § 2a des das Transplantationsgesetzes (mit dem OrgSpEG eingeführt, Inkrafttreten 1.03.2022) wird das Register für Erklärungen zur Organ- und Gewebespende geregelt. Problematisch wird das korrekte matchen bei Anfragen an das Register gesehen. Mit den jetzt vorgenommenen Ergänzungen soll durch mehrere Methoden (Ergänzung personenbezogener Daten, pseudonymisierte Krankenkassennummer, etc.) die Trefferwahrscheinlichkeit bei Anfragen an das künftige Register erhöht und zielsicherer gemacht werden, um Verwechslungen auszuschließen.

Auch Nicht-Ärzte sind als Transplantationsbeauftragte tätig, daher werden einzelne Regelungen, die bisher an Ärzte gebunden sind, auf die Transplantationsbeauftragten erweitert

B Stellungnahme

Es handelt sich überwiegend um die Korrektur fehlerhafter Verweise, Anpassungen an bestehende Terminologien der Gesetzestexte und redaktionelle Berichtigungen des erst am 01.03.2022 inkrafttretenden Gesetzes zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende. Zusätzlich erfährt das OrgSpEG sinnvolle Erweiterungen, die das Register treffsicherer für Anfragen macht, um Verwechslungen zu vermeiden.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 11 Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Art. 11, Nr. 1 § 2 RSAV - Risikogruppen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Anpassung des § 2 ist eine Folge der Änderungen der §§ 267 und 269 SGB V. Zum einen wird berücksichtigt, dass das Kinderkrankengeld nun nicht mehr Teil der Standardisierung ist und somit nur noch der Krankengeldanspruch nach § 44 RSAV zu einer Zuordnung zu einer Risikogruppe führt. Des Weiteren wird berücksichtigt, dass § 269 SGB V mit den Regelungen zu den Auslandszuweisungen auch ein neues Risikomerkmäl enthält.

B Stellungnahme

Zu a): Infolge der Einführung des neuen, länderbasierten Zuweisungsverfahrens für Auslandsversicherte wird in der Aufzählung §269 Abs. 3 Satz 1 SGB V ergänzt. Die Ergänzung ist sachgerecht.

Zu b) aa): Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des Ist-Ausgaben-Ausgleichs für Kinderkrankengeld. Die Umsetzung ist sachgerecht.

Zu b) cc): Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung zur Einführung des neuen, länderbasierten Zuweisungsverfahrens für Auslandsversicherte in §269 Abs. 3 SGB V. Die Bildung von Risikogruppen kann zukünftig auch auf Basis des Wohnsitzes der Auslandsversicherten erfolgen.

Zu c): Unabhängig von der Frage, ob der Satz Anwendung findet, ist diese Norm doppelt enthalten, da auch Absatz 3 eine andere Einteilung der Altersgruppen ermöglicht. Diese findet derzeit für die Alters-Geschlechts-Gruppen Anwendung und sollte auch für die Krankengeld-Alters-Geschlechts-Gruppen Anwendung finden. Eine stärkere Zusammenfassung der Alters-Geschlechts-Gruppen für das Krankengeld hat keine Verschlechterung für die Güte des Modells zur Folge, wie bereits der Evaluationsbericht des Wissenschaftlichen Beirats von 2011 sowie auch zuletzt die Gutachten nach § 269 SGB V gezeigt haben. Die Streichung des Satzes ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 11, Nr. 2 § 4 RSAV - Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben

A Beabsichtigte Neuregelung

In Folge der Einführung des Ist-Ausgabenausgleichs für das Kinderkrankengeld entfällt dessen Berücksichtigung bei den standardisierten Leistungsausgaben.

B Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 11, Nr. 3 § 7 RSAV - Verarbeitung von Daten für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung beinhaltet den zu ergänzenden Verweis auf § 269 SGB V als Grundlage für die die Meldung der Daten für die Begutachtung der Gutachternvorschläge für die Krankengeldzuweisungen durch den Wissenschaftlichen Beirat sowie Ergänzungen zur Meldung der Länderkennzeichen für das neue Zuweisungsverfahren für Auslandsversicherte.

B Stellungnahme

Zu a) aa) aaa): Satz 1 wird um einen Verweis auf §269 Abs. 5 Satz 1 SGB V als Rechtsgrundlage für die neue Datenmeldung zur Weiterentwicklung des Zuweisungsverfahrens für Krankengeld ergänzt. Die Ergänzung ist sachgerecht.

Zu a) aa) bbb): Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des neuen, länderbasierten Zuweisungsverfahrens für Auslandsversicherte. Zur Umsetzung des Verfahrens ist zusätzlich die Meldung des Länderkennzeichens notwendig. Die Ergänzung ist daher sachgerecht.

Zu a) aa) ccc): Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des neuen, länderbasierten Zuweisungsverfahrens für Auslandsversicherte. Die Umsetzung ist sachgerecht.

Zu a) aa) ddd): Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Umsetzung der gemäß § 269 Abs. 5 Satz 1 SGB V vorgesehenen Datenmeldungen zur Weiterentwicklung des Zuweisungsverfahrens für Krankengeld. Insbesondere bei den Daten der Nummern 12 bis 14 verweisen beide Gutachter auf Schwierigkeiten in den Datengrundlagen, welche die Nutzbarkeit der Einkommensinformationen z.T. erheblich einschränken. Auf unsere Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 52 und Artikel 11 Nr. 6 sei verwiesen.

Zu a) bb): Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des neuen länderbasierten Zuweisungsverfahrens für Auslandsversicherte. Es wird festgelegt, dass das Länderkennzeichen des letzten Tages des Auslandsaufenthaltes zu melden ist. Die Ergänzung ist sachgerecht.

Zu b): Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Umsetzung der gemäß § 269 Abs. 5 Satz 1 SGB V vorgesehenen Datenmeldungen zur Weiterentwicklung des Zuweisungsverfahrens für Krankengeld. Die Umsetzung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 11, Nr. 4 § 8 RSAV - Auswahl und Anpassung des Versichertenklassifikationsmodells

A Beabsichtigte Neuregelung

Neben redaktionellen Änderungen wird in Absatz 5 die bisherige Regelung für die AusAGG-Risikomerkmale und die Regelungen für das Zuweisungsverfahren für Auslandsversicherte aufgehoben, da die Risikomerkmale nun an anderer Stelle definiert und das Zuweisungsverfahren an anderer Stelle festgelegt ist. Der neue Absatz 6 ermöglicht das Zusammenfassen mehrerer Länder zu einer Risikogruppe.

B Stellungnahme

Zu a) aa): Es handelt sich um eine sachgerechte redaktionelle Anpassung.

Zu a) bb): Der Verweis auf den § 267 Absatz 1 Satz 1 SGB V als Datengrundlage für die Regionalmerkmale ist sachgerecht.

Zu a) cc): Es handelt sich um eine sachgerechte redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Anpassung im § 2 Absatz 1 Satz 2 RSAV.

Zu b) aa): Es handelt sich um eine sachgerechte redaktionelle Anpassung, da die Risikomerkmale für Auslandsversicherte nun in § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 RSAV definiert sind und das Verfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge in § 269 Absatz 3 Satz 2 SGB V geregelt ist.

Zu b) bb): Es handelt sich um eine sachgerechte redaktionelle Änderung die klarstellt, dass Auslandsversicherten mit Kostenerstattung gemäß § 8 Absatz 5 Satz 1 RSAV der Risikogruppe Auslandsversicherte zuzuordnen sind.

Zu b) cc): Es handelt sich um eine sachgerechte redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Aufhebung des bisher in § 8 Absatz 5 Satz 1 RSAV festgelegten Zuweisungsverfahrens für Auslandsversicherte.

Zu c): Mit § 8 Absatz 6 Satz 1 RSAV wird das BAS ermächtigt, länderübergreifende Risikogruppen zu bilden. Dies ist vor dem Hintergrund einer ggf. nur sehr geringen Anzahl an Versicherten in z.B. sehr kleinen Ländern sachgerecht.

Ergänzend zu §269 Absatz 4 Satz 1 SGB V stellt der neue Satz 2 klar, dass für ein Berichtsjahr diejenigen Rechnungsbeträge als abgerechnet im Sinne der Vorschrift gelten, für die die entsprechenden Zahlungen der am RSA teilnehmenden Krankenkassen tatsächlich bei der DVKA eingegangen sind. Dies entspricht dem Gutachtervorschlag und ist sachgerecht im Sinne der Gutachterempfehlung.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 11, Nr. 5 § 10 RSAV - Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates zu Zuweisungen für das Krankengeld

A Beabsichtigte Neuregelung

Der neue § 10 regelt die weitere Begutachtung des Krankengeldzuweisungsverfahrens durch den Wissenschaftlichen Beirat. Dabei werden explizit zwei Modellansätze genannt, die analysiert werden sollen. Der bisherige § 10 RSAV, der Regelungen für die Erstellung der Folgegutachten für die Krankengeld- und Auslandszuweisungen beinhaltet, entfällt ersatzlos.

B Stellungnahme

Die Änderung sieht eine neue Evaluation durch den Wissenschaftlichen Beirat vor. Dies ist vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Ergebnisse des Erst- und Folgegutachtens grundsätzlich sachgerecht. Allerdings liegt mit dem Folgegutachten seit Dezember 2019 ein umsetzungsreifer Weiterentwicklungsvorschlag vor, der zu einer substantiellen Verbesserung der Zielgenauigkeit im derzeitigen Zuweisungsverfahren für Krankengeld führt. Eine Erweiterung der Datengrundlage ist für die Umsetzung nicht vorgesehen.

Die Beauftragung einer neuen Evaluation ist in Anbetracht der unterschiedlichen Ergebnisse des Erst- und Folgegutachtens für das Zuweisungsverfahren Krankengeld grundsätzlich sachgerecht. Eine erneute Begutachtung sollte sich aber nicht auf einen Vergleich der bislang von den Gutachtern empfohlenen Modelltypen beschränken. Es erscheint dringend geboten, Lösungsansätze für die bereits von den Erstgutachtern adressierte Problematik im kalendertäglichen Zahlbetrag¹ und die Unschärfen in den Einkommensdaten zu erarbeiten. Aus den unter Artikel 1 Nr. 52 genannten Gründen spricht sich die AOK-Gemeinschaft nachdrücklich für die Umsetzung des Vorschlags der Folgegutachter auch im Bereich Krankengeld ab dem Ausgleichsjahr 2023 aus.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

¹ §47 SGB V sieht vor, dass eine Vergleichsrechnung zwischen 70% des Regelentgeltes und 90 % des Nettoarbeitsentgeltes durchgeführt wird und der jeweils niedrigere Wert für die Höhe der Krankengeldzahlung berücksichtigt wird

Art. 11, Nr. 6 § 11 RSAV - Zuweisungen für das Krankengeld

A Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine Präzisierung des Verweises aufgrund der Regelungen zum Kinderkrankengeld in § 269 SGB V, die hier nicht mehr zu berücksichtigen sind.

B Stellungnahme

Die AOK-Gemeinschaft lehnt die Beibehaltung des aktuellen Krankengeldstandardisierungsverfahrens für Versicherte mit Krankengeldanspruch nach § 44 SGB V einschließlich der GKV-FQWG-Sonderregelungen ab. Auf unsere Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 52 und Artikel 6 Nr. 11 wird verwiesen.

Ein neuer § 11 sollte daher das zeitgleiche Versichertenklassifikationsmodell für das Krankengeld nach § 44 SGB V gemäß der Folgegutachterempfehlung beschreiben. Der Einfachheit halber sollte sich dieses Klassifikationsmodell in Bezug auf die Morbiditätsgruppen am Modell nach § 8 orientieren. Auch die Risikogruppen nach Alter und Geschlecht für die Versicherten mit Krankengeldbezug nach § 44 SGB V sollten in Gruppen zusammengefasst werden, so wie es das Folgegutachten des IGES-Instituts von 2019 vorschlägt.

C Änderungsvorschlag

Art. 11 Nr. 6 wird wie folgt neu gefasst:

„§ 11 Zuweisungen für das Krankengeld

- (1) Für die Zuweisungen für Krankengeld nach § 44 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch findet ein separates Versichertenklassifikationsmodell Anwendung.
- (2) Berücksichtigt für das Versichertenklassifikationsmodell werden die Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 und 3.
- (3) § 8 gilt entsprechend. Abweichend von § 8 Absatz 1 Satz 2 ist das Versichertenklassifikationsmodell zeitgleich auszugestalten. § 8 Absatz 4 Satz 1 Nummer 3 und Sätze 4 bis 8 und 12 finden keine Anwendung.

Art. 11, Nr. 7 § 18 RSAV - Jahresausgleich

A Beabsichtigte Neuregelung

Enthalten sind Folgeänderungen durch die Neuregelungen der Zuweisungsverfahren für die Auslandsversicherten und den Versicherten mit Krankengeldanspruch nach § 45 SGB V. Des Weiteren werden redaktionelle Änderungen vorgenommen.

B Stellungnahme

Die vorgenommenen Änderungen sind sachgerecht. Darüber hinaus sollte aber auch die Zuweisungssystematik für die Krankengeldausgaben nach § 44 SGB V angepasst werden. Vgl. hierzu unsere Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 52 und Art. 11 Nr. 6.

Zu a) aa): Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung aufgrund der Aufhebung des bisher in § 8 Absatz 5 Satz 1 RSAV festgelegten Zuweisungsverfahrens für Auslandsversicherte.

Zu a) bb): Da die Folgegutachter einen umsetzungsreifen Vorschlag vorgelegt haben, der zu einer erheblichen Verbesserung der Modellgüte für den Zuweisungsbereich Krankengeld führt, lehnt die AOK-Gemeinschaft die Beibehaltung des aktuellen Krankengeldstandardisierungsverfahrens für Versicherte mit Krankengeldanspruch nach § 44 SGB V einschließlich der GKV-FQWG-Sonderregelungen ab. Auf unsere Stellungnahme zu Artikel 6 wird verwiesen.

Zu a) cc): Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Umsetzung des Ist-Ausgaben-Ausgleichs für Versicherte mit Krankengeldanspruch nach § 45 SGB V (Kinderkrankengeld) im Jahresausgleich. Der mit der Umsetzung vorgesehene Verzicht auf die Integration des Zuweisungsverfahrens nach § 45 SGB V in das monatliche Abschlagsverfahren ist vor dem Hintergrund des geringen Volumens der Kinderkrankengeldausgaben sachgerecht.

Zu b) Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung zur Umsetzung des Ist-Ausgaben-Ausgleichs für Versicherte mit Krankengeldanspruch nach § 45 SGB V (Kinderkrankengeld) im Jahresausgleich.

C Änderungsvorschlag

Zu a) aa): Die Sätze 2 und 3 werden aufgehoben.

Zu a) bb): Der neue Satz 2 ist zu streichen.

Zu a) cc): Die Ergänzung ist sachgerecht und wird unter a) bb) nach Satz 1 angefügt.

Ein neuer Art. 11 Nr. 7 a) cc) wird wie folgt gefasst: Im neuen Satz 3 wird nach „Risikomerkmale“ folgendes ergänzt: „des Versichertenklassifikationsmodells nach § 8“.

Art. 11, Nr. 8 § 19 RSAV - Ausschluss auffälliger Risikogruppen

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird eine redaktionelle Änderung vorgenommen.

B Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 11, Nr. 9 § 20 RSAV - Prüfung der Datenmeldungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass auch der Arztgruppenschlüssel Teil der Prüfung wird.

B Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 11, Nr. 10 § 27 RSAV - Übergangsregelung

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird ein Absatz 3 ergänzt, der regelt, dass die Änderungen zu den Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte erst mit dem Ausgleichsjahr 2023 in Kraft treten.

B Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht. Anzupassen ist der Verweis auf § 11, da dieser die Umsetzung eines Krankengeld-Versichertenklassifikationsmodells beinhalten sollte, das ebenfalls ab dem Jahr 2023 gültig ist.

C Änderungsvorschlag

Art. 11 Nr. 10 wird wie folgt neu gefasst:

Dem § 27 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Für die Ausgleichsjahre 2020 bis 2022 gelten nach Maßgabe des § 269 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch § 8 Absatz 5 Satz 1, 5 und 6, § 11 und § 18 Absatz 1 Satz 2 und 3 in der bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung und wird bei den Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 der Anspruch auf Krankengeld nach den §§ 44 und 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch berücksichtigt.“

Artikel 12 Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Art. 12, Nr. 1 § 18 - Voraussetzungen für die Zulassung

A Beabsichtigte Neuregelung

- a) In § 18 Absatz 2 Nummer 5 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt, da die Aufzählung der Unterlagen, die dem Zulassungsantrag beizufügen sind, mit b) erweitert wird.
- b) Neben den bereits gelisteten Unterlagen ist dem Antrag auf Zulassung eine Versicherungsbescheinigung nach § 113 Absatz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes, aus der sich das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes ergibt, beizufügen. Damit wird die Neuregelung des § 95e SGB V, wonach Vertragsärzte verpflichtet sind, sich ausreichend gegen die sich aus seiner Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren zu versichern und den Versicherungsschutz entsprechend nachzuweisen, in die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte übernommen.

B Stellungnahme

- a) redaktionelle Änderung
- b) Notwendige und sinnvolle Übertragung der Regelung des § 95e SGB V in die Zulassungsverordnung. Inhaltlich wird die Änderung bei der Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 6 des Referentenentwurfs und damit zu dem neu eingefügten § 95e SGB V bewertet.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 12, Nr. 2 § 26 - Ruhen, Entziehung und Ende der Zulassung

A Beabsichtigte Neuregelung

- a) Mit der Neuregelung des § 95e SGB V werden Vertragsärzte verpflichtet, sich ausreichend gegen die sich aus ihrer Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren zu versichern und den Versicherungsschutz entsprechend nachzuweisen. In Absatz 4 dieses Paraphen wird geregelt, wann der Zulassungsausschuss bei Nichteinhaltung das Ruhen der Zulassung zu beschließen hat. In § 26 Absatz 1 der Zulassungsverordnung wird dieser Ruhenstatbestand nachvollzogen und der Absatz 1 in der Folge umformuliert.
- b) In Absatz 3 wird geregelt, dass die Ruhezeit in einem Beschluss festzusetzen ist. Hier wird Bezug auf Beschlüsse genommen, in denen aufgrund eines Nichtvorliegens eines Versicherungsschutzes und in denen das Ruhen der Hälfte oder eines Viertels der Zulassung angeordnet wird.

B Stellungnahme

- a) Notwendige und sinnvolle Übertragung der Regelung des § 95e SGB V in die Zulassungsverordnung der Vertragsärzte. Die damit einhergehende Umformulierung des Absatzes vereinfacht die Lesbarkeit. Wie in der Stellungnahme zu § 95e SGB V dargelegt, muss der Tatbestand des Ruhens zeitlich begrenzt werden. Das Ruhen der Zulassung nach § 95e SGB V ist nur dann sinnvoll, wenn mit einer Wiederaufnahme zu rechnen ist oder die Zulassung nach gewisser Zeit für andere Vertragsärzte verfügbar wird. Um Arztsitze nicht unnötig lange zu blockieren, soll nach Ablauf einer zu setzenden Frist die Zulassung entzogen werden können. Ähnlich der Fristsetzung zum Nachweis der Pflicht fachlicher Fortbildung nach § 95d Absatz 3 Satz 6 SGB V wird empfohlen, spätestens zwei Jahre nach Beschluss des Ruhens der Zulassung diese zu entziehen. Entsprechend ist eine Anpassung des § 27 der Zulassungsverordnung der Vertragsärzte notwendig. Gleichzeitig ist aufgrund des Aufwandes des Zulassungsausschusses für den Vorgang des Ruhens eine Gebühr zu erheben, welche unter § 46 aufzuführen ist.
- b) In Absatz 3 wird auf den Beschluss nach Satz 1 Nummer 2 und Satz 2 verwiesen. Damit wäre mit der Neuformulierung das vollständige Ruhen der Zulassung bei Erfüllung der Voraussetzungen des § 95 Absatz 5 SGB V aus Absatz 3 entfallen und stattdessen der Ruhenstatbestand aufgrund eines nicht nachgewiesenen Versicherungsschutzes aufgenommen. Hier scheint ein redaktioneller Fehler unterlaufen zu sein, da diese Änderung anderenfalls dem gesetzgeberischen Willen widerspricht. Ausweislich der Gesetzesbegründung sollte mit dieser Änderung das bislang geltende Recht übernommen werden. Die zeitliche Begrenzung der Ruhezeit muss daher wieder für das vollständige Ruhen der Zulassung bei Erfüllung der Voraussetzungen des § 95 Absatz 5 SGB V möglich sein. Sinnvoller wäre es zudem, wie in der Stellungnahme zu § 95e Abs. 4 SGB V ausgeführt, dass der Beschluss in den Fällen eines nicht nachgewiesenen Versicherungsschutzes die Fristsetzung zur Erbringung eines Nachweises enthalten soll, nach dessen Ablauf die Zulassung zu entziehen ist.

C Änderungsvorschlag

a) Ergänzender Änderungsbedarf

- In § 27 wird “§ 95 Abs. 6“ durch „§ 95 Abs. 6 oder § 95e Abs. 4“ ersetzt.
- In § 46 Abs. 2 wird folgender Buchstabe e) eingefügt: „e) nach Beschluss des Ruhens einer Zulassung nach § 26 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2..... 400 Euro “

b) In Absatz 3 werden die Wörter „dem Beschluß“ durch die Wörter „Beschluss nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und Satz 2“ ersetzt.

Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt: „In dem Beschluss nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ist das Ende der Frist zur Erbringung eines Nachweises nach § 95e Absatz 4 festzusetzen.“

Art. 12, Nr. 3 § 31 - Ermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

- a) Einem Antrag auf Ermächtigung ist aufgrund der Neuregelung des § 95e SGB V, wonach Vertragsärzte verpflichtet sind, sich ausreichend gegen die sich aus ihrer Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren zu versichern und den Versicherungsschutz entsprechend nachzuweisen, eine Versicherungsbescheinigung nach § 113 Absatz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes, aus der sich das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes ergibt, beizufügen. Im § 31 Absatz 6 der Zulassungsverordnung wird hierfür ein entsprechender Verweis ergänzt.
- b) Gemäß § 95e Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 4 SGB V ist eine Ermächtigung bei Verstoß gegen die Berufshaftpflichtversicherungspflicht zu widerrufen. Dieser Tatbestand wird in der Zulassungsverordnung nachvollzogen.

B Stellungnahme

Notwendige und sinnvolle Übertragungen der Regelung des § 95e SGB V in die Zulassungsverordnung. Inhaltlich wird die Änderung bei der Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 6 des Referentenentwurfs und damit zu dem neu eingefügten § 95e SGB V bewertet.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 13 Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte

Art. 13, Nr. 1 § 18 - Voraussetzungen für die Zulassung

A Beabsichtigte Neuregelung

- a) In § 18 Absatz 2 Nummer 5 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt, da die Aufzählung der Unterlagen, die dem Zulassungsantrag beizufügen sind, mit b) erweitert wird.
- b) Neben den bereits gelisteten Unterlagen ist dem Antrag auf Zulassung eine Versicherungsbescheinigung nach § 113 Absatz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes, aus der sich das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes ergibt, beizufügen. Damit wird die Neuregelung des § 95e SGB V, wonach Vertragszahnärzte verpflichtet sind, sich ausreichend gegen die sich aus seiner Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren zu versichern und den Versicherungsschutz entsprechend nachzuweisen, in die Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte übernommen.

B Stellungnahme

- a) redaktionelle Änderung
- b) Notwendige und sinnvolle Übertragung der Regelung des § 95e SGB V in die Zulassungsverordnung. Inhaltlich wird die Änderung bei der Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 6 des Referentenentwurfs und damit zu dem neu eingefügten § 95e SGB V bewertet.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 13, Nr. 2 § 26 - Ruhen, Entziehung und Ende der Zulassung

A Beabsichtigte Neuregelung

- a) Mit der Neuregelung des § 95e SGB V werden Vertragszahnärzte verpflichtet, sich ausreichend gegen die sich aus ihrer Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren zu versichern und den Versicherungsschutz entsprechend nachzuweisen. In Absatz 4 dieses Paraphen wird geregelt, wann der Zulassungsausschuss bei Nichteinhaltung das Ruhen der Zulassung zu beschließen hat. In § 26 Absatz 1 der Zulassungsverordnung wird dieser Ruhenstatbestand nachvollzogen und der Absatz 1 in der Folge umformuliert.
- b) In Absatz 3 wird geregelt, dass die Ruhenszeit in einem Beschluss festzusetzen ist. Hier wird Bezug auf Beschlüsse genommen, in denen aufgrund eines Nichtvorliegens eines Versicherungsschutzes und in denen das Ruhen der Hälfte oder eines Viertels der Zulassung angeordnet wird.

B Stellungnahme

- a) Notwendige und sinnvolle Übertragung der Regelung des § 95e SGB V in die Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte. Die damit einhergehende Umformulierung des Absatzes vereinfacht die Lesbarkeit. Wie in der Stellungnahme zu § 95e SGB V dargestellt, muss der Tatbestand des Ruhens zeitlich begrenzt werden. Das Ruhen der Zulassung nach § 95e SGB V ist nur dann sinnvoll, wenn mit einer Wiederaufnahme zu rechnen ist oder die Zulassung nach gewisser Zeit für andere Vertragszahnärzte verfügbar wird. Daher soll nach Ablauf einer zu setzenden Frist die Zulassung entzogen werden können. Ähnlich der Fristsetzung zum Nachweis der Pflicht fachlicher Fortbildung nach § 95d Absatz 3 Satz 6 SGB V wird empfohlen, spätestens zwei Jahre nach Beschluss des Ruhens der Zulassung diese zu entziehen. Entsprechend ist eine Anpassung des § 27 der Zulassungsverordnung notwendig. Gleichzeitig ist aufgrund des Aufwandes des Zulassungsausschusses für den Vorgang des Ruhens eine Gebühr zu erheben, welche unter § 46 aufzuführen ist.
- b) In Absatz 3 wird auf den Beschluss nach Satz 1 Nummer 2 und Satz 2 verwiesen. Damit wäre mit der Neuformulierung das vollständige Ruhen der Zulassung bei Erfüllung der Voraussetzungen des § 95 Absatz 5 SGB V aus Absatz 3 entfallen und stattdessen der Ruhenstatbestand aufgrund eines nicht nachgewiesenen Versicherungsschutzes aufgenommen. Hier scheint ein redaktioneller Fehler unterlaufen zu sein, da diese Änderung anderenfalls dem gesetzgeberischen Willen widerspricht. Ausweislich der Gesetzesbegründung sollte mit dieser Änderung das bislang geltende Recht übernommen werden. Die zeitliche Begrenzung der Ruhenszeit muss daher wieder für das vollständige Ruhen

der Zulassung bei Erfüllung der Voraussetzungen des § 95 Absatz 5 SGB V möglich sein. Sinnvoller wäre es zudem, wie in der Stellungnahme zu § 95e Abs. 4 SGB V ausgeführt, dass der Beschluss in den Fällen eines nicht nachgewiesenen Versicherungsschutzes die Fristsetzung zur Erbringung eines Nachweises enthalten soll, nach dessen Ablauf die Zulassung zu entziehen ist.

C Änderungsvorschlag

a) Ergänzender Änderungsbedarf

- In § 27 wird “§ 95 Abs. 6“ durch „§ 95 Abs. 6 oder § 95e Abs. 4“ ersetzt.
- In § 46 Abs. 2 wird folgender Buchstabe e) eingefügt: „e) nach Beschluss des Ruhens einer Zulassung nach § 26 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2..... 400 Euro “

b) In Absatz 3 werden die Wörter „dem Beschluss“ durch die Wörter „Beschluss nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und Satz 2“ ersetzt.

Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt: „In dem Beschluss nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ist das Ende der Frist zur Erbringung eines Nachweises nach § 95e Absatz 4 festzusetzen.“

Art. 13, Nr. 3 § 31 - Ermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

- a) Einem Antrag auf Ermächtigung ist aufgrund der Neuregelung des § 95e SGB V, wonach Vertragszahnärzte verpflichtet sind, sich ausreichend gegen die sich aus ihrer Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren zu versichern und den Versicherungsschutz entsprechend nachzuweisen, eine Versicherungsbescheinigung nach § 113 Absatz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes, aus der sich das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes ergibt, beizufügen. Im § 31 Absatz 6 der Zulassungsverordnung wird hierfür ein entsprechender Verweis ergänzt.
- b) Gemäß § 95e Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 4 SGB V ist eine Ermächtigung bei Verstoß gegen die Berufshaftpflichtversicherungspflicht zu widerrufen. Dieser Tatbestand wird in der Zulassungsverordnung nachvollzogen.

B Stellungnahme

Notwendige und sinnvolle Übertragungen der Regelung des § 95e SGB V in die Zulassungsverordnung. Inhaltlich wird die Änderung bei der Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 6 des Referentenentwurfs und damit zu dem neu eingefügten § 95e SGB V bewertet.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 14 Änderungen der Bundespflegesatzverordnung

Art. 14, Nr. 1, 3 und 5, § 3, 8 und 11

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung wird das bisherige geltende Erfordernis einer schriftlichen Vereinbarung in Papierform um eine elektronische Alternative ergänzt. Eine technikoffene Formulierung wird sichergestellt und die Option einer elektronischen Vereinbarung zur Verwaltungsvereinfachung eingeräumt.

B Stellungnahme

Die Ergänzung der Papierform um eine elektronische Alternative ist zeitgemäß und daher zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 14, Nr. 2 § 5 - Vereinbarungen von Zu- und Abschlägen

A Beabsichtigte Neuregelung

Regelungen zu Qualitätszu- und -abschlägen werden aufgehoben.

B Stellungnahme

Aufhebung wird befürwortet, Folgeänderung § 136b SGB V.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 14, Nr. 4 § 9 - Vereinbarung auf Bundesebene

A Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Änderung – Streichung Nr. 4.

B Stellungnahme

Änderung wird befürwortet, Folgeänderung § 136b SGB V.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 14, Nr. 6, § 15 Abs. 2 - Laufzeit

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung wird das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 5.12.2019 (Az. 3 C 28.17) nachvollzogen. Durch die entsprechende Anwendung der Sätze 1 bis 3 erfolgt auch für Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ein Ausgleich, wenn die Entgelte erst nach Beginn des Vereinbarungszeitraums vereinbart und genehmigt werden.

B Stellungnahme

Grundsätzlich ist an dieser Stelle anzumerken, dass Entgelte nach § 6 Abs. 4 BPfIV in einem Budgetsystem einen Fremdkörper darstellen, da es, anders als im Geltungsbereich des KHEntgG, keine Verzögerung in der zeitnahen Finanzierung von innovativen Behandlungsmethoden gibt. Aus diesem Grund ist diese Art von Entgelten zu streichen. Ansonsten vergleiche die Stellungnahme zu Artikel 6 Nr. 7.

C Änderungsvorschlag

Streichung der Entgelte nach § 6 Abs. 4 BPfIV.
Ansonsten vergleiche die Stellungnahme zu Artikel 6 Nr. 7.

Art. 15, Gesundheitsausgaben- und -personalstatistikgesetz – GAPSG

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem GAPSG wird die gesetzliche Grundlage für Statistiken des Statistischen Bundesamts zu Gesundheitsausgaben und deren Finanzierung, Krankheitskosten und Gesundheitspersonal geschaffen

B Stellungnahme

Einer statistischen Erhebung und Auswertung steht nichts entgegen

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Weiterer Änderungsbedarf im Rahmen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung

Änderungen des SGB V - § 120 Abs. 2 und 3 SGB V – Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

A Sachverhalt

Nach den Regelungen des § 120 Abs. 2 SGB V werden die Leistungen der Hochschulambulanzen unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Nach den Bestimmungen des § 120 Abs. 3 SGB V vereinbaren die Vertragspartner nach § 301 Abs. 3 SGB V das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen und der erforderlichen Unterlagen für die Hochschulambulanzen.

Ein elektronischer Datenaustausch der Abrechnungsdaten in Bezug auf die vertragsärztlichen Leistungen der humanmedizinischen Hochschulambulanzen wurde bereits vor Jahren konzipiert und wird seit ca. 10 Jahren praktiziert.

Für die Leistungen der zahnärztlichen Hochschulambulanzen wurden die gesetzlichen Vorgaben seither noch nicht umgesetzt. Vielmehr schließen die seinerzeit abgeschlossene vertragliche Regelung zwischen den Vertragspartnern nach § 301 Abs. 3 SGB V die zahnärztlichen Leistungen explizit aus.

B Stellungnahme

Trotz der vorhandenen gesetzlichen Bestimmungen ist eine elektronische Übermittlung der vertragszahnärztlichen Abrechnungs- und Genehmigungsdaten der Hochschulambulanzen nach wie vor nicht möglich. Aufgrund dessen gestalten sich die Folgeprozesse bei den Krankenkassen sehr aufwändig und entsprechen mitnichten einem zeitgemäßen Standard. Die Krankenkassen haben in den letzten Jahren immer wieder Vorschläge unterbreitet, um auch das Gebiet der vertragszahnärztlichen Leistungen für eine zeitgemäße Datenübermittlung zu erschließen. Bisher waren diese Bemühungen leider erfolglos.

Es erscheint daher notwendig, Klarstellungen vorzunehmen, um den Datenaustausch mit den zahnärztlichen Hochschulambulanzen umzusetzen und dem Auftrag des Gesetzgebers nachzukommen.

C Änderungsvorschlag:

Im § 120 Abs. 2 SGB V wird im Satz 1 das Wort „Die“ gestrichen, und durch das Wort „Sämtliche“ ersetzt.

Weiter wird im § 120 Abs. 3 SGB V ein Satz 5 angefügt: „Satz 3 gilt sowohl für die vertragsärztlichen wie auch für die vertragszahnärztlichen Leistungen; Näheres für die vertragszahnärztlichen Leistungen ist bis zum 31.12.2021 durch die Vereinbarungspartner nach § 301 Abs. 3 festzulegen.“

Änderungen des SGB V - § 132i Versorgungsverträge mit Hämophiliezentren

A Sachverhalt

Mit dem Gesetz zu mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung sind die Krankenkassen oder ihre Landesverbände verpflichtet worden, mit ärztlichen Einrichtungen, die auf die qualitätsgesicherte Behandlung von Gerinnungsstörungen bei Hämophilie durch hämostaseologisch qualifizierte Ärztinnen oder Ärzte spezialisiert sind, oder mit deren Verbänden Verträge über die Behandlung von Versicherten mit Gerinnungsstörungen bei Hämophilie zu schließen.

B Stellungnahme

In der Regelung findet sich keine weitere Angabe zu dem konkreten Abrechnungsverfahren. Um das Verfahren möglichst effizient und rechtssicher zu gestalten, ist eine Regelungsergänzung um die Verpflichtung zu einem elektronischen Datenträgeraustausch notwendig.

C Änderungsvorschlag:

Es werden im § 132i folgende Sätze 6 bis 8 hinzugefügt: „An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer rechnen die im Rahmen der Verträge nach §132i erbrachten Leistungen über die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung ab, § 295 gilt entsprechend. Für die Abrechnung der nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser gilt § 301 entsprechend.“

Änderungen des SGB V - § 137e Absatz 4 - Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

A Sachverhalt

In § 137e Abs. 4 SGB V ist geregelt, dass die von den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern und nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern im Rahmen der Erprobung erbrachten und verordneten Leistungen unmittelbar von den Krankenkassen vergütet werden.

B Stellungnahme

In der Regelung findet sich keine weitere Angabe zu dem konkreten Abrechnungsverfahren. Um das Verfahren möglichst effizient und rechtssicher zu gestalten, ist eine Regelungsergänzung um die Verpflichtung zu einem elektronischen Datenträgeraustausch notwendig.

C Änderungsvorschlag:

Nach § 137e Abs. 4 Satz 1 wird ein Semikolon und folgender Halbsatz ergänzt: „an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer rechnen die im Rahmen der Erprobung erbrachten Leistungen über die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung ab; § 295 gilt entsprechend“.

Nach Satz 1 werden folgende Sätze angefügt: „Für die Abrechnung der nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser gilt § 301 entsprechend. Der GKV-SV, die DKG und die KBV vereinbaren das Nähere zu den im Rahmen der Erprobung erforderlichen Vordrucke.“

Änderungen des § 291b Abs. 5 Satz 4 SGB V - Verfahren zur Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis

A Sachverhalt

Nach § 291b Abs. 5 Satz 4 ist die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen, bei denen keine Überprüfung der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung vorgenommen wurde, ab dem 01.01.2021 um 2,5 Prozent zu kürzen. Dies gilt auch für jene Leistungserbringer, die nicht zu den Vertragsärzten zählen, die aber die von ihnen erbrachten Leistungen nach Preis und Inhalt gemäß den vertragsärztlichen Regelungen abrechnen und diese unmittelbar von den Krankenkassen vergütet bekommen (*ambulante Leistungen im Krankenhaus*).

B Stellungnahme

Die derzeitige gesetzliche Regelung ist grundsätzlich richtig, allerdings bestehen erhebliche Schwierigkeiten in der technischen Umsetzung der gesetzlichen Vorgabe. Eine Fristverlängerung um ein Jahr ist daher sachgerecht.

Derzeit ist eine Information über die durch den Leistungserbringer durchgeführte Prüfung nach § 291b Abs. 2 SGB V nicht im Datenträgeraustausch nach § 301 SGB V hinterlegt und kann damit trotz rechtlicher Verpflichtung nach § 291b Abs. 3 Satz 2 SGB V auch nicht übermittelt werden. Eine entsprechende Erweiterung des Datensatzes ist voraussichtlich erst im Jahr 2022 möglich.

Sollte an der Abschlagsregelung in der derzeitigen Form festgehalten werden, entstehen erhebliche Verwaltungsaufwände bei Leistungserbringern und Krankenkassen. Ein diesen Aufwand zu rechtfertigender Ertrag ist nicht erkennbar, da in aller Regel Patienten, für die eine Leistungspflicht der Kassen gegeben ist, behandelt wurden.

Für die stationäre Abrechnung nach dem KHEntG ist eine Frist zur Umsetzung bis zum Jahr 2022 vorgesehen (vgl. § 5 Abs. 3e KHEntG). In der stationären Leistungserbringung ist damit eine längere Frist bestimmt worden, die jedoch bei den ambulanten Leistungen der Krankenhäuser nicht greift.

Die Anpassung der Fristen im Sinne einer einheitlichen Handhabung in der Abrechnung und deren Prüfung ist sachgerecht.

Zuletzt bedarf es im Gesetz einer Klarstellung, dass die Frist auch für vertragsärztliche Leistungserbringer greift, die gleichfalls unmittelbar durch die Krankenkassen nach § 120 SGB V vergütet werden, aber nicht zwingend an ein Krankenhaus angegliedert sind.

C Änderungsvorschlag:

Im § 291b Abs. 5 wird im Satz 4 die Wörter „zum 31. Dezember 2020“ durch „zum 31. Dezember 2021“ ersetzt.

Es wird folgender Satz 5 hinzugefügt: „Der Satz 4 gilt entsprechend für weitere vertragsärztliche Leistungserbringer, die nach § 120 SGB V direkt durch die Krankenkassen vergütet werden.“

Qualitätssicherung Rehabilitation und Datenaustausch

Notwendige Änderung – Begründung:

1.) In der gesetzlichen Krankenversicherung ist keine Transparenz hinsichtlich der in einer Vorsorge- bzw. Reha-Einrichtung durchgeführten Maßnahme (Therapieeinheiten) vorhanden, da eine verpflichtende Übermittlung von durchgeführten Maßnahmen (Therapieeinheiten) durch die jeweiligen Einrichtungen im SGB V nicht verankert ist. Die Einrichtungen müssen ausschließlich gegenüber der gesetzlichen Rentenversicherung – falls dieser Kostenträger der Maßnahme ist – Angaben zu durchgeführten Maßnahmen übermitteln. Entsprechende Daten stehen der GKV auch nicht als Bestandteil der Abrechnungsdaten und somit auch nicht für die Qualitätssicherung sowie nicht für eine evidenzorientierte Versorgungssteuerung oder für die angemessene Berücksichtigung einer leistungsorientierten Vergütung zur Verfügung.

Die technischen Rahmenbedingungen für die Übermittlung der Therapieeinheiten an die gesetzliche Krankenversicherung sind in der Rahmenvereinbarung des DTA-Reha gemäß § 301 Abs. 4 SGB V und in der Anlage 3 zur Vereinbarung zum § 301 Abs. 4 SGB V bereits definiert und somit ist grundsätzlich eine Übermittlung von Therapieeinheiten technisch möglich. Diese sind gemäß der Rahmenvereinbarung des DTA-Reha jedoch nur dann zu übermitteln, falls hierzu eine explizite vertragliche Vereinbarung zwischen Einrichtung und Krankenkasse besteht. Allerdings gestaltet sich das Schließen von bilateralen Vereinbarungen auf freiwilliger Basis schwierig; seit 2012 ist es nur einer AOK gelungen, entsprechende bilaterale Vereinbarungen mit einzelnen Einrichtungen zu schließen.

Um mehr Transparenz und eine angemessene Leistungsorientierung zu erreichen, sieht das IPREG vor, dass Krankenkassen und Leistungserbringer Rahmenempfehlungen auf Bundesebene schließen, um einheitliche und verbindliche Vorgaben für die regionalen Versorgungs- und Vergütungsverträge zu schaffen und diese bei Bedarf auf regionaler Ebene vertraglich zu konkretisieren. Lt. der Begründung des IPREG-Gesetzesentwurfes (Drucksache 19/19368) kann dies auf Bundesebene auch tatsächliche Leistungsinhalte (zum Beispiel Therapieeinheiten) betreffen. Die AOK-Gemeinschaft hat vor diesem Hintergrund die Thematik der „verpflichtenden Übermittlung der Therapieeinheiten“ in die GKV-interne Beratung auf Bundesebene zur Bundesrahmenempfehlung eingebracht; jedoch setzen die anderen Kassenartverbände weiterhin auf die Freiwilligkeit der Übermittlung der Therapieeinheiten und sehen keinen Bedarf, diesen Punkt in der Bundesrahmenempfehlung zu verorten.

Die AOK-Gemeinschaft vertritt daher die Auffassung, dass die verpflichtende Übermittlung von durchgeführten Maßnahmen (Therapieeinheiten) im SGB V verankert werden sollte, um die durch das IPREG gewünschte Transparenz in Sachen tatsächlich erbrachte Leistungsinhalte zu erhalten. Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft ist nicht nachvollziehbar, warum der gesetzlichen Rentenversicherung die tatsächlich in den Reha-Kliniken erbrachten Leistungsinhalte (Therapieeinheiten) mitgeteilt werden und der gesetzlichen Krankenversicherung - aufgrund der fehlenden Rechtsgrundlage - hingegen nicht.

Eine Übermittlung der erbrachten Leistungsinhalte ist gegenwärtig im DTA-Reha gemäß § 301 Abs. 4 SGB V aufgrund der fehlenden rechtlichen Verankerung im SGB V nicht verpflichtend (Übermittlung nur nach vertraglicher Vereinbarung möglich).

2.) Die derzeitige Gestaltung der Verfahren zur externen QS ist kaum geeignet, die Versicherten und die Kostenträger bzgl. einer qualitätsorientierten Inanspruchnahme zu informieren. Ein maßgeblicher Grund ist, dass die Reha-Einrichtungen an unterschiedlichen QS-Verfahren

teilnehmen – je nach Hauptbeleger entweder an dem QS-Reha-Verfahren der GKV oder dem der Rentenversicherung (RV). Daraus folgt, dass z.B. dem Kostenträger GKV keinerlei QS-Daten einer Einrichtung/einer Fachabteilung vorliegen/zur Verfügung stehen, wenn diese am QS-Verfahren der RV teilnimmt. Insofern ist es dem GKV-SV gar nicht möglich, zu allen Einrichtungen vergleichend über Qualitätsmerkmale zu informieren.

Aus dem Gesetzentwurf zur „Digitalen Rentenübersicht“ geht zudem hervor, dass die Teilnahme am QS-Verfahren der RV verpflichtend ist, sofern die Reha-Einrichtung einen Vertrag nach SGB IX mit der RV abgeschlossen hat. Damit wäre die bisherige Regelung (Beteiligung am Verfahren des Hauptbelegers) obsolet und würde dazu führen, dass Einrichtungen an beiden Verfahren teilnehmen müssen. Dieses führt zu einem hohen Bürokratieaufwand in den Reha-Einrichtungen. Die kostenträgerbezogene strikte Trennung der QS-Verfahren ist nicht sachgerecht und schwächt die Qualitätssicherung der GKV. Aus diesem Grund setzt sich die AOK für eine Zusammenführung der QS-Verfahren von GKV und Rentenversicherung zu einem gemeinsamen Verfahren ein, damit den Versicherten Informationen über alle Einrichtungen gleichermaßen zur Verfügung gestellt werden können.

Änderungsvorschlag

Zu 1.)

Dem § 301 Abs. 4 Nr. 3 werden nach den Wörtern „die Aufnahmediagnose“ die Wörter „, erbrachten Leistungsinhalte“ eingefügt.

Zu 2.)

Zusammenführung der QS-Verfahren von GKV und Rentenversicherung zu einem gemeinsamen QS-Verfahren ist in ein eigenständiges Gesetzgebungsverfahren zu überführen.

Änderungsvorschlag zu § 301 SGB V - Übermittlung des Antrags auf Anschlussrehabilitation (einschließlich des ärztlichen Befundberichtes) im Wege des elektronischen Datenaustauschs

A Änderungsbedarf / Begründung

Der GKV-SV und die DKG haben ein einheitliches Format zum „Antrag auf Anschlussrehabilitation“ und zum „Ärztlichen Befundbericht“ konsentiert. Die formattechnisch standardisierten Vordrucke sind als Anlagen 3a und 3b (PDF-Dokument) Anlagen zum Rahmenvertrag Entlassmanagement gemäß § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V geworden. Diese einheitlichen Vordrucke werden vom Krankenhausarzt ausgefüllt, sobald für einen Patienten der Bedarf einer Anschlussrehabilitation im Rahmen der KH-Behandlung angezeigt ist. Die ausgefüllten Vordrucke werden anschließend an die zuständige Krankenkasse gefaxt bzw. per Post verschickt.

Sowohl DKG als auch GKV haben sich im Sommer letzten Jahres darauf verständigt, die bundeseinheitlichen Anschluss-Reha-Vordrucke in ein Datenaustauschverfahren zu implementieren. Zwischenzeitlich wurde sowohl ein Entwurf einer Datenübermittlungsvereinbarung als auch die Technische Anlage erstellt. Ziel der Vertragsparteien ist es, die Beratungen Ende 2020 abzuschließen, so dass im Herbst 2021 der Antrag auf Anschlussrehabilitation über ein Datenaustauschverfahren übermittelt werden kann.

Nach Auffassung der AOK-Gemeinschaft sollte eine verpflichtende elektronische Übermittlung des Antrags auf Anschlussrehabilitation (einschließlich des ärztlichen Befundberichtes) im SGB V aufgenommen werden. In Zeiten der Digitalisierung ist nicht nachvollziehbar, dass ein AR-Antrag gefaxt bzw. per Post verschickt wird und anschließend manuell von den Sachbearbeitern der Krankenkassen in den jeweiligen EDV-Systemen zu erfassen ist.

Das Nähere über Form und Inhalt sowie das Verfahren der Übermittlung der Anträge auf Anschlussrehabilitation im Wege elektronischer Datenübertragung soll zwischen dem GKV-SV mit der DKG oder den Bundesverbänden der Krankenhasträger vereinbart werden.

C Änderungsvorschlag

§ 301 SGB V wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 wird folgender neue Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Werden Anträge auf Anschlussrehabilitation von zugelassenen Krankenhäusern an die Krankenkasse übermittelt, sind die zugelassenen Krankenhäuser verpflichtet, den Krankenkassen diese Anträge im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln.“

b) In Absatz 3 werden nach den Wörtern „Verfahren der Abrechnung“ die Wörter „sowie des Verfahren der Übermittlung des Antrages auf Anschlussrehabilitation nach Absatz 1a“ eingefügt.

Landesbasisfallwertverhandlungen – Anpassung des § 10 KHEntgG

A Notwendige Änderung / Begründung

Es wird deutlich, dass die aktuellen gesetzlichen Grundlagen der Landesbasisfallwertvereinbarungen keine ausreichende Bindung zu den aktuellen gesetzlichen Corona-Maßnahmen haben. Insbesondere gilt dies mit Blick auf die Leistungsmengenentwicklung. Gemäß dem aktuellen § 10 Abs. 4 Satz 3 KHEntgG kann es bei einer coronabedingt niedrigeren Summe der effektiven Bewertungsrelationen zu einer entsprechenden starken Erhöhung der Landesbasisfallwerte 2021 kommen. Es bedarf einer Anpassung des § 10 KHEntgG, die sicherstellt, dass ein Leistungsrückgang, der aufgrund der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite entstanden ist, nicht zu einer Erhöhung der Landesbasisfallwerte führt. Dies schließt auch den Zeitraum, in dem die Schätzung für den Vereinbarungszeitraum gemäß § 10 Absatz 1 Satz 2 getroffen wird, mit ein. Bislang fehlt diese Regelung, was aufgrund der weiteren zu erwartenden gesetzlichen Corona-Maßnahmen zu Doppelfinanzierungen von mengenbedingten Erlösrückgängen führen würde.

Analog zu den bereits im Rahmen des KHZG für den Fixkostendegressionsabschlag getroffenen Regelungen auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses ist für die kommenden Jahre auch eine kurzfristige Anpassung der gesetzlichen Grundlagen der Landesbasisfallwerte erforderlich. Bereits für die zeitnah stattfindenden LBFW-Verhandlungen 2021 muss aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes eine entsprechende Anpassung erfolgen.

C Änderungsvorschlag

§ 10 Abs. 4 KHEntgG:

„¹Die nach Absatz 3 vereinbarte Veränderung des Basisfallwerts darf die sich bei Anwendung des Veränderungswerts nach § 9 Absatz 1b Satz 1 ergebende Veränderung des Basisfallwerts nicht überschreiten. ²Satz 1 gilt nicht, soweit eine Erhöhung des Basisfallwerts infolge der Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems oder der Abrechnungsregeln lediglich technisch bedingt ist und nicht zu einer Erhöhung der Gesamtausgaben für Krankenhausleistungen führt oder soweit eine Berichtigung von Fehlschätzungen nach Absatz 1 durchzuführen ist. ³Wird aus anderen als den in Satz 2 genannten Tatbeständen eine niedrigere Summe der effektiven Bewertungsrelationen vereinbart, kann abweichend von Satz 1 ein höherer Basisfallwert vereinbart werden, wenn dies nicht zu einer Erhöhung der Gesamtausgaben für Krankenhausleistungen führt. ⁴**Satz 3 ist ausgeschlossen, wenn die niedrigere Summe der effektiven Bewertungsrelationen aufgrund der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite entstanden ist.** ⁵Soweit eine Überschreitung des Veränderungswerts durch die erhöhende Berücksichtigung von befristeten Zuschlägen nach § 5 Absatz 3c im Rahmen von Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 begründet ist, ist abweichend von Satz 1 ein höherer Basisfallwert zu vereinbaren. ⁶Satz 2 findet im Zusammenhang mit der Einführung und Weiterentwicklung des Pflegebudgets nach § 6a keine Anwendung.