



BKK Dachverband e.V.

Mauerstraße 85
10117 Berlin

TEL (030) 2700406-0

FAX (030) 2700406-199

politik@bkk-dv.de

www.bkk-dachverband.de

Stellungnahme
des BKK Dachverband e.V.

vom 12.11.2020

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

Inhalt

I. Vorbemerkung	4
II. Detailkommentierung.....	9
Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	9
Zu Nr. 12: Förderung von Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken (§ 39d SGB V neu)	9
Zu Nr. 20: Terminservicestelle (§ 75 Absatz 1a SGB V)	10
Zu Nr. 24: Korrekturverfahren der Bereinigung der MGV aus dem TSVG (§ 87a SGB V)....	10
Zu Nr. 28: Qualitätsverträge (§ 110a Absatz 1 Satz 3 SGB V).....	12
Zu Nr. 29: Psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 Abs. 2 SGB V Satz 6 neu).....	13
Zu Nr. 30: Ersteinschätzung vor ambulanter Notfallbehandlung im Krankenhaus (§ 120 SGB V)	15
Zu Nr. 35: Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus (§ 136b SGB V).....	16
Zu Nr. 36: 100-prozentige Dokumentationspflicht für ambulante Leistungserbringer (§ 137 SGB V).....	16
Zu Nr. 44: Elektronisches Abrufverfahren zur Beitragsbemessung bei freiwillig Versicherten und Versicherungspflichtigen nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 (§ 206a SGB V)	17
Zu Nr. 47: Informationspflicht der Krankenkassen bei Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze.....	17
Zu Nr. 52: Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte (§ 269 SGB V)....	18
Zu Nr. 57: Mitteilungspflichten (§ 277 Abs. 1 SGB V)	18
Zu Nr. 60: elektronischer Datenaustausch Rehabilitation (§ 301 Abs. 4a neu SGB V)	19
Artikel 11: Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung.....	20
Zu Nr. 5: „Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates zu Zuweisungen für das Krankengeld“ (§10 RSAV).....	20
III. Weiterer Änderungsbedarf	21
Sozialversicherungsbeiträge.....	21
Einbeziehung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung bei freiwillig versicherten Beschäftigten in den Gesamtsozialversicherungsbeitrag	21

Erweiterung der Unterschriftsbefugnis zur Begründung einer Familienversicherung	22
Information der Mitglieder über eine Erhöhung des Zusatzbeitragsatzes (§ 175 Absatz 4 Satz 6 SGB V)	22
Risikostrukturausgleich.....	23
Anpassung der Frist zum Abschluss der Prüfung der Bestandsbereinigung freiwilliger Mitgliedschaften	23
Arzneimittelversorgung	24
Arzneimitteldatenbanken und Software zur Verordnung ärztlicher Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung.....	24
Institutskennzeichen für Versandapotheken.....	25
Apothekenverzeichnis.....	25
Deckelung der Apothekenzuschläge für Fertigarzneimittel (§ 3 AMPreisV).....	26
Vorratshaltung in den Apotheken.....	26
Impfstoffversorgung.....	26
Krankenhausabrechnungsprüfung.....	27
Krankenhäuser sollen ab 2021 Aufschläge auf beanstandete Krankenhausabrechnungen leisten.....	27
Dissens zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern über Anwendung der quartalsbezogenen Prüfquote durch gesetzliche Klarstellung beilegen.....	28
Automatismus für Öffnung der Prüfquote bei Krankenhäusern mit unzureichender Abrechnungsgüte einführen	31
Zahnärztliche Versorgung	31
Bonusregelung Zahnersatz.....	31
Hilfsmittel	32
Externe Hilfsmittelberater	32
Soziale Selbstverwaltung	33
Beschlussfassung und Beratungen der Selbstverwaltungsorgane.....	33

I. Vorbemerkung

Mit dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) sollen zu Ende der Legislaturperiode noch Maßnahmen ergriffen werden, die unter anderem die Transparenz und Qualität der Versorgung verbessern, entstandene Verwerfungen aufgreifen, als erforderlich angesehenen Anpassungsbedarf im Mitgliedschafts- und Beitragsrecht der gesetzlichen Krankenkassen umsetzen und noch ausstehende Änderungen bei den Zuweisungen durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) vornehmen.

Die Betriebskrankenkassen befürworten einige der vorgesehenen Regelungen ausdrücklich, sehen bei anderen jedoch noch Änderungsbedarf.

Qualität und Transparenz

Eine Ausweitung der **Dokumentationspflicht für ambulante Leistungserbringer** wird vollumfänglich befürwortet. Ergänzend ist festzulegen, dass mit der konkreten Ausgestaltung der Abschläge im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für Ärzte (EBM) der Bewertungsausschuss-Ärzte betraut wird.

Vor diesem Hintergrund ebenfalls für sinnvoll erachtet wird die Ermächtigung für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), eine **Richtlinie** mit einheitlichen Regelungen zur regelmäßigen Information der Öffentlichkeit über die Einhaltung von Qualitätskriterien durch **einrichtungsbezogene Vergleiche** der Leistungserbringenden zu schaffen.

Die Betriebskrankenkassen befürworten die Herstellung von Transparenz zu Ergebnissen der Qualitätssicherung in Einrichtungen der Rehabilitation, sowie angedachte Einrichtungsvergleiche durch den GKV-Spitzenverband anhand festgelegter QS-Kriterien. Hierbei ist allerdings sicherzustellen, dass Wunsch- und Wahlrechte der Versicherten nicht eingeschränkt werden. Daher sind vorgesehene Empfehlungen durch den GKV-Spitzenverband zu überdenken. Darüber hinaus sollte sichergestellt werden, dass den Krankenkassen weiterhin vollständige Qualitätssicherungsberichte zur Verfügung gestellt werden.

Die **Veröffentlichung des Pflegepersonalquotienten**, dem Verhältnis von eingesetztem Pflegepersonal zum Pflegeaufwand, ist ebenso ein wesentlicher Schritt zu mehr Transparenz in der Versorgung und wird daher ebenfalls ausdrücklich begrüßt. Die Regelungen setzt wichtige Anreize für Krankenhäuser, zum Erhalt der eigenen Wettbewerbsfähigkeit Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung zu ergreifen.

Wenngleich die Betriebskrankenkassen den Anspruch **der Versicherten**, sich vor mengenanfälligen planbaren Eingriffen eine unabhängige **ärztliche Zweitmeinung** einzuholen, ausdrücklich unterstützen, ist die gesetzliche Regelung nicht erforderlich, da sie laufenden Prozesse vorgeht bzw. unterläuft. Einerseits finden bereits Beratungen beim G-BA für die Aufnahme weiterer Eingriffe statt, andererseits wurde das IQWiG beauftragt, noch in diesem Jahr für das

Zweitmeinungsverfahren geeignete Eingriffe auf der Grundlage gesetzlicher Kriterien zu benennen.

Ambulante Versorgung

Die Betriebskrankenkassen unterstützen alle Regelungen, die dazu geeignet sind, das Angebot der **Terminservicestellen** niedrigschwelliger auszugestalten und damit den Zugang zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zu erleichtern. Dazu gehört für die Betriebskrankenkassen auch eine Verpflichtung von Vertragsärztinnen und -ärzten zur **verbindlichen Übermittlung von online buchbaren Terminen** an die Terminservicestelle.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen zudem ausdrücklich, dass der Gesetzgeber das **Bereinigungsverfahren** für die im **TSVG** vereinbarten extrabudgetären Leistungen anpassen will, um eine Verzerrung und eine sich daraus ergebende Doppelvergütung zu verhindern. Das nun geplante Korrekturverfahren greift allerdings zu kurz. Für eine sachgerechte Bereinigung der TSVG-Fälle ist es erforderlich, das Leistungsvolumen eines nicht durch die Corona-Pandemie beeinflussten Abrechnungszeitraumes von zwölf Monaten zu Grunde zu legen. Auch bedarf es einer gesetzlichen Nachbesserung in Form der Einführung einer Kennzeichnungspflicht für TSVG-Fallkonstellationen, um eine korrekte Abbildung der Leistungsmenge zu gewährleisten. Dessen ungeachtet ist die Beschränkung des geplanten Korrekturverfahrens auf lediglich drei Quartale nicht ausreichend und sollte – sofern der Gesetzgeber an seinem Vorschlag festhält – auf mindestens vier Quartale ausgeweitet werden.

Die Aufnahme einer Vorschrift zur Anpassung der Verträge für **psychiatrischen Institutsambulanzen** (PIAs) an die Vorgaben des G-BA zur berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings erachten es die Betriebskrankenkassen als notwendig, die Teilnahmemöglichkeit von PIAs verbindlicher auszugestalten.

Notfallversorgung

Die Betriebskrankenkassen unterstützen die Einführung eines **einheitlichen Ersteinschätzungsverfahrens für die ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus**. Wenngleich die Einbettung in eine umfassendere Reform der Notfallversorgung wünschenswert gewesen wäre. Die Festlegung zu Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen sollte nach Auffassung der Betriebskrankenkassen nicht allein der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) überlassen werden. Regelungen hierzu existieren bereits jetzt in Form von dreiseitigen Vereinbarungen, in denen alle drei Vereinbarungspartner gleichberechtigt sind. Es ist begrüßenswert, dass in der Gesetzesbegründung hinsichtlich der Abrechnung auf die bereits im EBM enthaltene Notfallpauschale verwiesen wird, dies sollte auch im Gesetzestext spezifiziert werden. Ergänzend sollte ein Zeitrahmen für die Umsetzung der neuen Regelung definiert werden.

Arzneimittelversorgung

Die Fortentwicklung und Verpflichtung zum Abschluss des Rahmenvertrags über die Arzneimittelversorgung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene inklusive einer Schiedsstellenregelung wird begrüßt. Die Betriebskrankenkassen schlagen jedoch vor, die Meldung, Prüfung und Korrektur der Arzneimitteldaten der Unternehmen in das Preis- und Produktverzeichnis nach § 131 an eine neutrale Datenstelle zu delegieren.

Mitgliedschafts- und Beitragsrecht

Die Etablierung eines **elektronischen Meldeverfahrens zwischen den Finanzbehörden und den Krankenkassen** hinsichtlich der Ermittlung der Beitragsbemessungsgrundlage für die Personenkreise der freiwilligen Mitglieder und der Versicherungspflichtigen der sogenannten Aufangversicherungspflicht begrüßen die Betriebskrankenkassen ausdrücklich.

Wenngleich die **Informationspflicht der Krankenkassen bei Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze** einen Aufwand darstellt, ist sie als konsequent zu bewerten. Flankierend sollte vorgesehen werden, dass die Krankenkassen auch bei der Beitragserstattung die Möglichkeit erhalten, GKV-Monatsmeldungen anzufordern. Dies würde das bislang größtenteils analoge Verfahren effizienter gestalten.

Medizinische Dienste

Die **Konkretisierung** der für Medizinische Dienste geltenden **Mitteilungspflichten** wird begrüßt. Das Einwilligungserfordernis bei der Weitergabe von Behandlungsfehlergutachten stellt eine Stärkung der Patientenrechte dar.

Stärkung medizinischer Vorsorgeleistungen

Die Betriebskrankenkassen begrüßen eine Umwandlung der ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten und der stationären Vorsorgeleistungen von Ermessens- in Pflichtleistungen, hierdurch wird der wachsenden Bedeutung von Vorsorgeleistungen Rechnung getragen, um beispielsweise den Ausbruch einer Erkrankung oder deren Chronifizierung zu verhindern.

Weiterer Änderungsbedarf

- Die Betriebskrankenkassen schlagen vor, die Regelungen zur Beitragstragung im Sinne eines einheitlichen Verfahrens für alle Beschäftigten anzupassen. Damit würden **freiwillig versicherte Beschäftigte vor doppelter Beitragslast bei Arbeitgeberinsolvenz geschützt**.
- Um das Risiko zu mindern, dass wegen der fehlenden Mitwirkung für ein Familienmitglied anstelle einer beitragsfreien Familienversicherung eine obligatorische Anschlussversicherung mit Höchstbeitrag begründet würde, sollte die **Unterschriftsbefugnis zur Begründung einer Familienversicherung ausgeweitet** werden.
- Die Betriebskrankenkassen weisen darauf hin, dass auch die Regelung zur **Information der Mitglieder über eine Erhöhung des Zusatzbeitragsatzes** zeitgemäß ausgestaltet werden sollte: sofern die Mitglieder gegenüber ihrer Krankenkasse die Einwilligung zur Online-Kommunikation erteilt haben, sollte auch die Zustellung dieses Schreibens **online** erfolgen dürfen.
- Es ist absehbar, dass die mit § 410 (vormals § 323) SGB V verankerte Bereinigungsprüfung nicht bis zum 31.12.2020 abgeschlossen werden kann. Um eine **vollständige Prüfung der oAV-Bereinigung** bei den Kassen zu gewährleisten, muss die Prüfungsfrist sowie die damit einhergehende Verpflichtung zur Datenaufbewahrung bei den Kassen um ein Jahr verlängert werden. Andernfalls wären finanzielle Sanktionen nicht mehr durchsetzbar.
- Für eine transparente und rechtsichere Bereitstellung aktueller Arzneimittelinformationen nach § 131 SGB V und zertifizierter Software zur Verordnung von Arzneimitteln bedarf es einer **Neutralen Stelle für Arzneimitteldaten im Gesundheitswesen**. Die Betriebskrankenkassen schlagen vor, das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) zu beauftragen, diese Datenstelle zu errichten.
- Um die Abrechnung einer Botendienstpauschale nachvollziehen zu können, wird ange-regt, dass inländischen Apotheken getrennte **Institutskennzeichen** für den Versandhandel und die dazugehörige niedergelassene Apotheke beantragen und bei der Abrechnung verwenden müssen.
- Änderungen am **bundeseinheitlichen Verzeichnis für Apotheken** werden derzeit nicht strukturiert und nicht als Vollverzeichnis übermittelt. Für transparente Abrechnungsprozesse ist ein aktuelles, vollständiges und historisiertes Verzeichnis erforderlich.
- Der linear prozentuale Vergütungsanteil der **Apothekenzuschläge für Fertigarzneimittel** sollte angesichts der vermehrten Neueinführung hochpreisiger Arzneimitte gedeckelt werden.
- Die **Bevorratung in den Apotheken** sollte nach Auffassung der Betriebskrankenkassen verbessert werden, um in einem weiteren Krisenfall besser gerüstet zu sein. Eine bes-

sere Vorratshaltung macht zudem erleichterte Abgaberegulungen für Arzneimittel entbehrlich. Es wird vorgeschlagen, die in § 36 ApBetrO enthaltenen Ordnungswidrigkeiten nicht nur auf die Bevorratung von definierten Notfall-Arzneimitteln bzw. Wirkstoffen, sondern auch auf die reguläre Bevorratung zu beziehen.

- Hinsichtlich der **Versorgung der Patienten mit Impfstoffen** besteht Optimierungsbedarf. Es bedarf einheitlicher Regelungen zur Bereitstellung der Impfstoffe, um Überbevorratung und Verknappung in den einzelnen Arztpraxen zu vermeiden.
- Für den Bereich der **Krankenhausabrechnungsprüfung** fordern die Betriebskrankenkassen, dass die Krankenhäuser bereits ab 2021 und nicht erst ab 2022 **Aufschläge auf beanstandete Krankenhausabrechnungen** leisten sollen. Zudem sollte der **Dissens** zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern **über Anwendung der quartalsbezogenen Prüfquote** durch gesetzliche Klarstellung beigelegt werden. Letztlich ist ein **Automatismus für Öffnung der Prüfquote bei Krankenhäusern mit unzureichender Abrechnungsgüte** einzuführen.
- Um während der Corona-Pandemie die Funktions- und Handlungsfähigkeit der Sozialversicherung aufrecht zu erhalten, wurde befristet geregelt, dass die **Selbstverwaltungsorgane ohne Sitzung schriftlich abstimmen** können. Diese Regelung wurde erneut festgeschrieben und bis Januar 2022 befristet. Für eine zeitgemäße Ausgestaltung der ehrenamtlichen Tätigkeit in den Selbstverwaltungsorganen ist eine **dauerhafte Geltung und Ausweitung der Regelung erforderlich**. Zudem ist die **Möglichkeit von elektronisch durchgeführten Sitzungen erforderlich**, um die Attraktivität der Tätigkeit in der Selbstverwaltung zu erhöhen.

II. Detailkommentierung

Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nr. 12: Förderung von Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken (§ 39d SGB V neu)

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen sind funktionierende und effiziente Netzwerke – auch aufgrund des speziellen Charakters der Hospiz- und Palliativversorgung – entscheidend, um eine adäquate Versorgung und Unterstützung der Versicherten und Ihrer Angehörigen in dieser herausfordernden Lebensphase sicherzustellen.

Praktisch findet die Hospiz- und Palliativversorgung in Kooperation mit einer Vielzahl von Akteuren statt. Eine wichtige Rolle spielen insbesondere pflegerische Settings, bei denen die Unterstützung im Alltag – also vor allem pflegerische Beratung, Begleitung und Unterstützung – im Vordergrund steht. Beispielhaft seien hierbei ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, sowie SAPV-Teams oder stationäre bzw. ambulante Hospize genannt. Das bedeutet, dass auch die Versicherten zwischen diesen Angeboten und Institutionen je nach Bedarf migrieren.

Um der Intention einer „gemeinsamen Verantwortung verschiedener Akteure“ und den in § 39d Abs. 2 (neu) genannten Förderzielen Rechnung zu tragen, halten wir es für erforderlich, die Netzwerkkoordinierenden nicht nur im Sinne der „Aufgabenbeschreibung“ (n. Abs. 2) sondern zwingend an die tatsächlichen ggf. räumlich und strukturell bereits vorhandenen (beratenden und koordinierenden) Strukturen in den Ländern (als Voraussetzung für die Förderung) anzuknüpfen und zu bündeln. Beispielhaft seien hier die Pflegekoordinatoren (Bundesland Sachsen), Pflegestützpunkte n. § 7c SGB XI oder Versorgungsstrukturen und Konzepte n. § 45c SGB XI genannt. Ohne diese enge Anbindung ist eine Zergliederung mit Blick auf die bereits bestehenden Strukturen bzw. ein solitäres „Nebeneinander“ zu befürchten und die Intention der angedachten effizienten Vernetzung der Akteure würde konterkariert.

Das Verwaltungsverfahren zur Erhebung der Umlage n. § 39d Abs. 1 (neu) scheint an das geübte Förderverfahren der ambulanten Hospizdienste n. § 39a Abs. 2 SGB V angelehnt. Wir regen deshalb an, analog zum bestehenden Verfahren der ambulanten Hospizförderung die Anzahl der Versicherten (und nicht der Mitglieder) entsprechend der bundeslandbezogenen KM6-Statistik zugrunde zu legen. Zudem scheint die Beteiligung der privaten Krankenversicherungen (PKV) im Referentenentwurf als optionale Finanzierungssystematik angelegt zu sein. Da jedoch auch privat Krankenversicherte in den jeweiligen Kreisen bzw. kreisfreien Städten strukturell von der avisierten Netzwerkkoordination profitieren, ist aus unserer Sicht eine verbindliche Beteiligung der PKV in Höhe von zehn Prozent an der maximalen Fördersumme angemessen (siehe auch § 45c Abs. 1 Satz 2).

Zu Nr. 20: Terminservicestelle (§ 75 Absatz 1a SGB V)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich alle Regelungen die dazu geeignet sind, das Angebot der Terminservicestellen niedrigschwelliger auszugestalten und damit den Zugang zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zu erleichtern.

Die Möglichkeit telefonischer Arztkontakte im Rahmen des standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens ist grundsätzlich zu begrüßen, allerdings sollte die Einschätzung der Dringlichkeit der Behandlungsnotwendigkeit durch telefonische Arztkontakte nicht als neue Hürde fehlgedeutet werden können. Aus diesem Grund plädieren die Betriebskrankenkassen für eine Anpassung der Gesetzesbegründung:

Als sachgerecht bewerten die Betriebskrankenkassen die Ausnahme vom Überweisungsgebot für die Inanspruchnahme der Terminservicestelle für alle Patienten, die in einer Notfallambulanz eines Krankenhauses vorstellig geworden sind. Gerade vor dem Hintergrund der andauernden Pandemie ist es dringlich, nicht unbedingt erforderliche Arztkontakte zu reduzieren.

Um den Zugang zur Terminservicestelle insgesamt für alle Versicherten zu verbessern, den prozessualen Aufwand der Terminvermittlung zu reduzieren und dem Wunsch der Versicherten nach Online-Terminbuchungen besser zu entsprechen, schlagen die Betriebskrankenkassen ergänzend vor, Vertragsärztinnen und -ärzte zur verbindlichen Übermittlung von online buchbaren Terminen an die Terminservicestelle zu verpflichten. Die Reduktion von telefonischen Kontakten zur reinen Terminabsprache in den Arztpraxen kann wesentlich zur Entlastung insbesondere des Praxispersonals beitragen, das – gerade auch in Zeiten einer Pandemie – bedarfsgerechter eingesetzt werden kann. Perspektivisch sollte angestrebt werden, das Überweisungsgebot für die Nutzung der Terminservicestelle auch für weitere Fallkonstellationen aufzuheben, insbesondere um Online-Terminbuchungen über die Terminservicestelle als Plattform für den Zugang zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung als Standard zu etablieren.

Zu Nr. 24: Korrekturverfahren der Bereinigung der MGV aus dem TSVG (§ 87a SGB V)

Die Änderung sieht vor, die in § 87a Absatz 3 in Satz 7 und 8 verpflichtenden Vorgaben zur auf ein Jahr begrenzten Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) um die in Satz 5 Nummer 3 bis 6 genannten Leistungen unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals zu überprüfen. Dabei soll für drei Kalendervierteljahren ein Jahr nach Ablauf des Bereinigungszeitraums zunächst das Leistungsgeschehen mit dem im Bereinigungszeitraum beobachteten Leistungsgeschehen im Vorjahresquartals verglichen und im Falle des Auftretens von in der Bereinigung nicht berücksichtigter aber erwartbarer Leistungsmengen anschließend im gleichen Quartal des Folgejahres korrigiert werden. Entsprechend der Begründung wird davon ausgegangen, dass das Institut des Bewertungsausschusses die Berechnung des sich ergebenden Veränderungsrate berechnet und der Bewertungsausschuss bundeseinheitliche Vorgaben zum Korrekturverfahren beschließt.

Das Ansinnen des Gesetzgebers, die sich bereits abzeichnende Unterbereinigung der MGV zu korrigieren, um eine massive Doppelvergütung zu vermeiden, wird ausdrücklich begrüßt. Die vorgesehenen Maßnahmen erscheinen jedoch wenig zielführend und zudem unzureichend. Sie sollten daher dringend angepasst werden.

Wie Abrechnungsdaten der ersten Bereinigungsquartale zeigen, sind für die Unterbereinigung die nachfolgend dargestellten Ursachen auszumachen. Zum einen kommt es durch die Corona-Pandemie zu einem deutlichen Fallzahl- und damit Leistungsrückgang in der vertragsärztlichen Versorgung, der mit einem Absinken der zu bereinigenden Leistungsmenge einhergeht. Verschärft wird dieser Pandemieeffekt zusätzlich durch die unvollständige Kennzeichnung von TSVG-Fällen während der Pandemie. Ärztliche Leistungen, die aufgrund des klinischen Verdachts oder des Nachweises einer Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) erforderlich werden, werden gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V als nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs unmittelbar extrabudgetär gekennzeichnet und vergütet. Sie entfallen dabei gleichzeitig aus der TSVG-Bereinigungsmenge. Für eine sachgerechte Bereinigung der TSVG-Fälle aus der MGV ist es daher erforderlich, das Leistungsvolumen eines nicht durch die Corona-Pandemie beeinflussten Abrechnungszeitraumes von 12 Monaten zu Grunde zu legen.

Darüber hinaus ist zusätzlich bekannt, dass einige Kassenärztliche Vereinigungen ihren Mitgliedern empfohlen haben, im Bereinigungszeitraum TSVG-Fälle nicht in vollem Umfang zu kennzeichnen, da dies aufgrund der gesetzlichen Bereinigung zu einem Absinken der MGV führen würde. Erste Auswertungen der Abrechnungsdaten im Bereinigungszeitraum durch den GKV-Spitzenverband weisen dies deutlich aus (vgl. Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum GPVG). Es steht zu befürchten, dass sich die Bereitschaft der Leistungserbringer freiwillig korrekt zu kennzeichnen auch bei einer Verlängerung des Bereinigungszeitraumes aufgrund der monetären Anreize (Minderbereinigung) wiederholt nicht zeigen wird. Hier bedarf es zwingend einer gesetzlichen Nachbesserung in Form der Einführung einer Kennzeichnungspflicht für TSVG-Fallkonstellationen. Zur Verhinderung von unsachgemäßer Doppelfinanzierung ist sie insbesondere für TSVG-Fälle aufgrund der Terminvermittlung der Terminservicestelle, der Terminvermittlung bei Fachärzten durch Hausärzte und bei Behandlung in der offenen Sprechstunde erforderlich, da sich, anders als bei der Behandlung von Neupatienten, diese Konstellationen nicht aus den Abrechnungsdaten vergangener Jahre ableiten lassen.

Das im Gesetzesentwurf vorgeschlagene Korrekturverfahren weist nach Ansicht der Betriebskrankenkassen demgegenüber einige Schwachstellen auf. So ergibt sich durch die Aufnahme eines Korrekturverfahrens ein Jahr nach Durchführung der Bereinigung des TSVG-Volumens aus der MGV eine Verdopplung des Arbeitsaufwandes aller Beteiligten. Dies betrifft zum einen die Gremien des Bewertungsausschusses sowie das Institut des Bewertungsausschusses sowie die Vertragspartner auf Landesebene (Kassenärztliche Vereinigungen und Verbände der Kranken- und Ersatzkassen) und zum anderen auch alle Kranken- und Ersatzkassen durch die konkrete Umsetzung. Darüber hinaus haben an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer erst nach mehr als zwei Jahren eine Sicherheit über das Ihnen zustehende Honorar im Bereinigungszeitraum.

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist eine vollumfängliche Bereinigung der MGV und eine Vermeidung von Doppelfinanzierungen zwingend erforderlich. Eine Beschränkung des geplanten Korrekturverfahrens auf lediglich drei Kalendervierteljahre kann dies nicht gewährleisten. Sollte der Gesetzgeber an einem Korrekturverfahren festhalten, sollten hier mindestens vier Kalendervierteljahre zu Grunde gelegt werden.

Änderungsvorschlag:

In § 87a Absatz 3 SGB V werden die Sätze 7 und 8 durch die nachfolgenden Sätze ersetzt:

"Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragspartner haben die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in den Vereinbarungen nach Satz 1 um die in Satz 5 Nummer 3 bis 6 genannten Leistungen unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen sind, zu bereinigen. Die Bereinigung erfolgt ab dem Inkrafttreten der jeweiligen Vergütungsregelung und endet mit Ablauf des vierten Quartals, welches dem Quartal, in dem die Vergütung von Leistungen gemäß Satz 4 im Rahmen der Coronavirus-Pandemie (SARS-CoV-2) aufgehoben wird, folgt. Die vom Bewertungsausschuss zu beschließenden Vorgaben nach Absatz 5 Satz 7 sind dabei jeweils zu berücksichtigen. Alle Leistungen, die die Kriterien nach Satz 5 Nummer 3 bis 6 erfüllen, sind spätestens 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."

Zu Nr. 28: Qualitätsverträge (§ 110a Absatz 1 Satz 3 SGB V)

Die geplante Änderung soll eine Verlängerung von befristeten Qualitätsverträgen ermöglichen und wird bis zu entgegenstehenden Empfehlungen hinsichtlich der Leistungsbereiche des G-BA zugelassen.

Eine Verlängerung der bisher befristeten Qualitätsverträge wird von den Betriebskrankenkassen begrüßt. Die vorgesehene Regelung unterstützt, dass eine höhere Anzahl von Qualitätsverträgen abgeschlossen werden können, da es somit weiteren Krankenkassen ermöglicht wird, sich an den bestehenden Verträgen zu beteiligen. Weiterhin wird eine breitere Datenbasis bei den bestehenden Qualitätsverträgen geschaffen. Durch eine größere Grundgesamtheit lässt sich die Wirksamkeit der Qualitätsverträge ebenfalls besser evaluieren.

Daneben soll den Krankenkassen ab dem Jahr 2022 ein Ausgabevolumen für die Erprobung der Qualitätsverträge in Höhe von 0,30 € pro Versicherten und pro Jahr vorgegeben werden. Schöpfen die Krankenkassen die vorgegebenen Mittel nicht aus, dann sollen die nicht verausgabten Mittel für die Durchführung der Qualitätsverträge im Folgejahr an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gezahlt werden. Die Berechnung des Ausgabevolumens soll dabei die Ausgaben der Krankenkassen nach Vertragsschluss berücksichtigen.

Die Betriebskrankenkassen schätzten das Instrument der Qualitätsverträge und sehen hier die Vorteile in der beabsichtigten Qualitätssteigerung der Patientenversorgung. Sollte es zu einer verpflichtenden Einführung von Qualitätsverträgen kommen, dann muss es allen Krankenkassen ermöglicht werden, den Qualitätsverträgen beizutreten (verpflichtendes Beitrittsrecht). Dabei darf einzelnen Krankenkassen der Beitritt zu bestehenden Qualitätsverträgen nicht verwehrt werden. Der Abschluss von Qualitätsverträgen sollte somit nicht als Wettbewerbsinstrument missbraucht werden können, da es aus unserer Sicht ethisch nicht vertretbar ist, dass Patienten z.B. einem Qualitätsvertrag zum Delir nicht beitreten können, weil der Zutritt nur den Versicherten einer bestimmten Krankenkasse ermöglicht wird. Der Zugang zu den Qualitätsverträgen sollte daher allen Patienten möglich sein. Insbesondere kleinere Krankenkassen dürfen an der Stelle nicht benachteiligt werden. Weiterhin müssen aus unserer Sicht, auch die Kosten des Fallmanagements und die Verwaltungskosten in den geplanten Ausgabevolumen der 0,30 € je Versicherten und Jahr enthalten sein.

Änderungsvorschlag:

§ 110a Absatz 1 SGB V wird wie folgt gefasst:

Satz 4 ist folgender Satz anzufügen. „Der Beitritt zu bestehenden Qualitätsverträgen darf einzelnen Krankenkassen nicht verwehrt werden.“

§ 110a Absatz 3 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 sollen insgesamt im Jahr 2022 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag in Höhe von 0,30 Euro jährlich umfassen; dabei werden in den 0,30 Euro die anfallenden Verwaltungskosten und die Kosten des Fallmanagements der Krankenkassen berücksichtigt. [...]“

Zu Nr. 29: Psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 Abs. 2 SGB V Satz 6 neu)

Die Aufnahme einer Vorschrift zur Anpassung der Verträge nach § 118 Abs. 2 Satz 2 SGB V an Vorgaben der noch in Beratung befindlichen neuen Richtlinie nach § 92 Abs. 6b SGB V wird grundsätzlich begrüßt. Neben weiteren im SGB V verankerten Regelungen (u.a. Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung nach § 115d Abs. 2 SGB V, Modellvorhaben zur Versorgung

psychisch kranker Menschen nach § 64b SGB V) adressieren sowohl der § 118 Abs. 1 und 2 als auch § 92 Abs. 6b insbesondere die Versorgung von schwer psychisch erkrankten Versicherten mit komplexen Behandlungsbedarfen. Es ist daher sachgerecht im Sinne einer Verbesserung der Versichertenversorgung integrierte Strukturen vorzusehen und keine parallele, unvernetzte Versorgungsstruktur mit u.U. weiteren Versorgungsbrüchen zu etablieren. Ebenfalls verweist die Begründung für die vorgesehene Regelung auf die Gesetzesbegründung zum PsychThAusbRefG (Drucksache 19/9770), nach der Psychiatrische Institutsambulanzen in die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung einzubeziehen sind sowie eine Vernetzung zur stationären oder stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung vorzusehen ist.

Um eine adäquate Beteiligung der Psychiatrischen Institutsambulanzen sicherzustellen sowie dem Risiko von Versorgungsbrüchen zu begegnen, die besonders vordringlich für die Gruppe der hier adressierten schwer psychisch kranken Versicherten vermieden werden sollen, schlagen wir vor, die intendierte Teilnahmemöglichkeit von Psychiatrischen Institutsambulanzen *[an der auf Basis der neuen Richtlinie nach § 92 6b SGB V zu etablierenden Versorgung]* - stärker inhaltlich zu präzisieren. Zur Klarstellung der Intention sollte die in der Begründung angegebene Zielrichtung in den Normtext selbst übernommen werden:

Änderungsvorschlag:

§ 118 Abs. 2 wird folgender Satz 6 angefügt:

“Die Vereinbarung nach Satz 2 ist 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, damit das Versorgungsspektrum der psychiatrischen Institutsambulanzen den Vorgaben der Richtlinie entspricht und damit eine aktive Teilnahme an der Versorgung nach § 92 Absatz 6b ermöglicht wird.”

Wenig nachvollziehbar ist der Einbezug von psychosomatischen Institutsambulanzen in die vorgesehene Regelungsvorschrift. Während das adressierte Patientenkontinuum bei Psychiatrischen Institutsambulanzen und der Versorgung nach der neuen Richtlinie nach § 92 Abs. 6b SGB V ein hohes Maß an Kongruenz aufweist, wird dies bei den Psychosomatischen Institutsambulanzen regelmäßig nicht der Fall sein können. Aus diesem Grund schlagen die Betriebskrankenkassen vor, folgende Ergänzung in § 118 Abs. 3 SGB V zur Klarstellung aufzunehmen.

Änderungsvorschlag:

In § 118 Abs. 3 wird folgende Einfügung vorgenommen:

„Absatz 2 gilt mit Ausnahme von Satz 6 für psychosomatische Krankenhäuser [...]”

Zu Nr. 30: Ersteinschätzung vor ambulanter Notfallbehandlung im Krankenhaus (§ 120 SGB V)

Die vorgesehene Regelung führt ein einheitliches Ersteinschätzungsverfahren für die ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus ein, wobei die die Anwendung des einheitlichen Ersteinschätzungsverfahrens als Abrechnungsvoraussetzung für die ambulante Notfallbehandlung festgelegt wird. Weiterhin wird klargestellt, dass ambulante Notfalleistungen von Krankenhäusern und Nichtvertragsärzten aus der Gesamtvergütung zu vergüten sind.

Die Einführung eines Ersteinschätzungsverfahrens zur Abklärung und Bewertung eines sofortigen Behandlungsbedarfs als Abrechnungsvoraussetzung von Leistungen der ambulanten Notfallbehandlung in Notfallambulanzen an Krankenhäusern wird grundsätzlich begrüßt. Die Regelung erscheint geeignet nicht notwendige Behandlungen in Notfallambulanzen der Krankenhäuser zu vermeiden und diese damit zu entlasten. Weiterhin unterstützt das Instrument Krankenhäuser bei der Abweisung von Patienten ohne akuten Behandlungsbedarf, in dem es haftungsrechtliche Bedenken ausräumt. Die Beauftragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit der Entwicklung dieses im Benehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen Ersteinschätzungsverfahrens einschließlich des Nachweises gegenüber der Terminservicestelle wird ebenfalls begrüßt. Die Beauftragung der KBV mit der Festlegung zu Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen lediglich im Benehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen greift indes zu kurz. Derartige Regelungen werden bereits jetzt in Form von dreiseitigen Vereinbarungen vorgehalten, in denen alle drei Vereinbarungspartner gleichberechtigt sind. Dies sollte auch hier gegeben sein.

In der Gesetzesbegründung wird hinsichtlich der Abrechnung auf die bereits im EBM enthaltene Notfallpauschale verwiesen, die Krankenhäuser bereits jetzt bei ambulanter Notfallbehandlung für die ärztliche Abklärung und Bewertung der Dringlichkeit der Behandlungsnotwendigkeit abrechnen können. Es wird ausdrücklich begrüßt, dass der Gesetzgeber hier keine zusätzliche Vergütung für diese ärztliche Leistung vorsieht, wie aus der Gesetzesbegründung hervorgeht. Dies sollte auch zur Klarstellung im eigentlichen Gesetzestext ausgeführt werden.

Im Hinblick auf die zunehmende Digitalisierung wird begrüßt, dass das zu entwickelnde Einschätzungsverfahren als Softwarelösung entwickelt werden soll. Dies könnte eine künftige Einbindung in die elektronische Patientenakte vereinfachen, allerdings auch den Entwicklungsprozess verlängern und die entstehenden Entwicklungskosten in die Höhe treiben.

Ergänzend sollte ein Zeitrahmen für die Umsetzung der neuen Regelung definiert werden.

Unklar ist, wie sich die dargestellte Änderung in eine künftige Reform der Notfallversorgung einfügen kann. Der am 8. Januar dieses Jahres vorgelegte Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung sah mit der Einführung der Integrierten Notfallzentren eine deutlich umfassendere Neustrukturierung einschließlich der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ambulanten Leistungserbringer vor. Dies wurde seitens der Betriebskrankenkassen ausdrücklich begrüßt.

Zu Nr. 35: Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus (§ 136b SGB V)

Die geplante Neuregelung beabsichtigt, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die Entscheidung (Widerlegung oder Bestätigung der Prognose der Mindestmengen) dem G-BA und den Landesbehörden standortbezogen ab dem Prognoseverfahren für das Jahr 2023 übermitteln.

Die Betriebskrankenkassen lehnen diese Regelung ab. Die Landesverbände der Krankenkassen übertragen dem G-BA sowie den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden in Form eines abgestimmten Formats bereits die Ergebnisse der Prognoseprüfungen gemäß § 5 Abs. 8 Mm-R und im Umfang des abgestimmten Formats auch Entscheidungsgründe. An der Stelle ist nicht nachvollziehbar, welche Intention die geplante Gesetzesänderung hat. Sollte die Änderung darauf abzielen, die Entscheidungsgründe detaillierter als bisher darzustellen, könnte dies einen nicht unerheblichen Mehraufwand für die Landesverbände der Krankenkassen bedeuten.

Zu Nr. 36: 100-prozentige Dokumentationspflicht für ambulante Leistungserbringer (§ 137 SGB V)

Die Ausweitung der 100-prozentigen Dokumentationspflicht im Rahmen der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung sowie die Übertragung der mit einer Unterschreitung der 100-prozentigen Dokumentationsrate einhergehenden Vergütungsabschläge auch auf ambulante Leistungserbringer durch den G-BA wird ausdrücklich begrüßt. Den G-BA mit der Festlegung der Höhe der Vergütungsabschläge zu betrauen, wird ebenfalls als sachgerecht erachtet. Mit der konkreten Ausgestaltung der Abschläge im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für Ärzte (EBM) sollte der Bewertungsausschuss-Ärzte betraut werden.

Änderungsvorschlag:

§ 137 Abs. 2 Satz 2 wird wie folgt geändert und der nachfolgende Satz 3 ergänzt:

„Er hat bei der Unterschreitung dieser Dokumentationsrate Vergütungsabschläge in Form von Prozentangaben vorzusehen, es sei denn, der Leistungserbringer weist nach, dass die Unterschreitung unverschuldet ist. Spätestens sechs Monate nach Inkrafttreten der Vergütungsabschläge passt der Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 3 SGB V den Einheitlichen Bewertungsmaßstab entsprechend an.“

Zu Nr. 44: Elektronisches Abrufverfahren zur Beitragsbemessung bei freiwillig Versicherten und Versicherungspflichtigen nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 (§ 206a SGB V)

Die Etablierung eines elektronischen Meldeverfahrens zwischen den Finanzbehörden und den Krankenkassen hinsichtlich der Ermittlung der Beitragsbemessungsgrundlage für die Personenkreise der freiwilligen Mitglieder und der Versicherungspflichtigen der sogenannten Auffangversicherungspflicht begrüßen wir ausdrücklich. Eine Beitragseinstufung anhand der tatsächlichen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit stellt dabei ein zentrales Instrument zur Bekämpfung der Beitragsschulden dar. Dabei wird dem Interesse der informationellen Selbstbestimmung der Mitglieder mit der vorgesehenen Widerspruchslösung vollumfänglich Rechnung getragen. Flankierend wäre u. E. eine Verweissvorschrift im SGB XI erforderlich. Andernfalls würde eine Legitimation zur Nutzung der abgerufenen Daten für die Beitragseinstufung der in Rede stehenden Personenkreise in der sozialen Pflegeversicherung fehlen.

Zu Nr. 47: Informationspflicht der Krankenkassen bei Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze

Die Krankenkassen sollen verpflichtet werden, die Mitglieder über ein Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze im Sinne des § 231 SGB V zu informieren. Dies stellt aus Sicht der Betriebskrankenkassen eine konsequente Ergänzung des bisherigen Verfahrens dar. Flankierend sollte den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben werden, auch im Kontext der Beitragserstattung nach § 231 SGB V GKV-Monatsmeldungen (§ 26 SGB IV) anzufordern. Dies würde maßgeblich dazu beitragen, dass bislang überwiegend analoge Verfahren weitgehend zu digitalisieren und damit effizienter zu gestalten. Insofern schlagen die Betriebskrankenkassen folgende Änderung vor.

Änderungsvorschlag:

§ 26 Abs. 4 SGB IV wird wie folgt gefasst:

„(4) In den Fällen, in denen eine Mehrfachbeschäftigung vorliegt oder das Arbeitsentgelt aus der Beschäftigung mit weiteren beitragspflichtigen Einnahmen zusammentrifft und nicht auszuschließen ist, dass die Voraussetzungen des § 22 Absatz 2 bzw. § 231 SGB V vorliegen, hat die Einzugsstelle nach Eingang der Entgeltmeldungen von Amts wegen die Ermittlung einzuleiten, ob Beiträge zu Unrecht entrichtet wurden. Die Einzugsstelle kann weitere Angaben zur Ermittlung der zugrunde zu legenden Entgelte von den Meldepflichtigen anfordern. Die elektronische Anforderung hat durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung zu erfolgen. Dies gilt auch für die Rückübermittlung der ermittelten Gesamtentgelte an die Meldepflichtigen. Die Einzugsstelle hat das Verfahren innerhalb von zwei Monaten nach Vorliegen aller insoweit erforderlichen

Meldungen abzuschließen. Das Verfahren gilt für Abrechnungszeiträume ab dem 1. Januar 2015. Das Nähere zum Verfahren, zu den zu übermittelnden Daten sowie den Datensätzen regeln die Gemeinsamen Grundsätze nach § 28b Absatz 1.“

Folgeänderung:

Die Überschrift von § 11b DEÜV ist wie folgt anzupassen:

„Meldung von Arbeitsentgelten ~~bei Mehrfachbeschäftigung~~ auf Anforderung der Einzugsstelle“

Zu Nr. 52: Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte (§ 269 SGB V)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die Umsetzung der Gutachtenempfehlung zur Neufassung der Zuweisungen für Auslandsversicherte auf Basis der durchschnittlichen abgerechneten Rechnungsbeträge für die Auslandsversicherten eines Landes (landesspezifische Zuweisungen) als sachgerecht und folgerichtig.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen zudem den vollständigen Ausgleich der Krankengeldausgaben bei Erkrankung des Kindes nach § 45 SGB V.

Zu Nr. 57: Mitteilungspflichten (§ 277 Abs. 1 SGB V)

Die Konkretisierung der für Medizinische Dienste geltenden Mitteilungspflichten nach § 277 Abs. 1 SGB V wird begrüßt. § 277 SGB V beschreibt in der geltenden Fassung die Pflicht des Medizinischen Dienstes sehr allgemein, wonach das Ergebnis der Begutachtung sowohl den Leistungserbringern, auf deren Leistungen sich die gutachtliche Stellungnahme bezieht, als auch den Krankenkassen mitzuteilen ist. Demgegenüber differenziert der Entwurf der Neuregelung: Bezogen auf Prüfungen nach § 275 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V, d.h. ob Versicherten bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern ein Schaden entstanden ist (§ 66), dürfen die Ergebnisse nur dann weitergegeben werden, wenn die betroffenen Versicherten in die Übermittlung an den Leistungserbringer eingewilligt haben. Dies wahrt den Status der Patienten als Rechteinhaber Ihrer Daten. Würde dieser Vorbehalt nicht eingeführt, so bestünde die Pflicht des MD zur direkten Übermittlung des Ergebnisses auch dieser Behandlungsfehlergutachten an die betroffenen Leistungserbringer, die zugleich Schädiger i.S.d. Haftungsrechts sind, so dass eine Beeinträchtigung der Realisierung zivilrechtlicher Ansprüche der Versicherten - bzw. der Krankenkassen gem. § 116 SGB X - möglich ist und § 66 SGB V (Unterstützung der Versicherten durch die Krankenkassen bei Behandlungsfehlern) dadurch weitgehend leerläuft. Der Änderungsvorschlag dient nun der rechtlichen Klarstellung

und Stärkung von Patientenrechten. Auch eine prozesstaktische Absicherung der Krankenkassen bei der Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen aus übergegangenem Recht bleibt möglich.

Zu Nr. 60: elektronischer Datenaustausch Rehabilitation (§ 301 Abs. 4a neu SGB V)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich, dass Rehabilitationseinrichtungen der Deutschen Rentenversicherung und der Unfallversicherung mit dem neuen Absatz 4a befugt werden, der zuständigen Krankenkasse bestimmte Angaben, die für die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben (insbesondere Krankengeldberechnung) notwendig sind, im Rahmen des DTA Rehabilitation zu übermitteln. Bisherige gemeinsame Versuche der GKV und DRV zur Implementierung eines solchen Übermittlungswegs scheiterten an einer gesetzlichen Übermittlungsnorm.

Da diese Angaben für die Krankenkassen zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben zwingend benötigt werden, wäre es allerdings erforderlich, dass die geplante Übermittlungsbefugnis in eine Übermittlungsverpflichtung umgewandelt wird – analog der Regelungen in Absatz 4. Andernfalls könnte es schwierig werden, ein reguläres Übermittlungsverfahren mit den Vereinbarungspartnern abzustimmen. Zudem könnten Unsicherheiten bei den jeweils Beteiligten hinsichtlich eines Übermittlungserfordernisses im Einzelfall bestehen. Im Kontext dieser Umwandlung wäre es dann konsequent, eine u.U. zeitlich später greifende Sanktionsregelung in § 303 SGB V auch für diese Datenübermittlung aufzunehmen.

Änderungsvorschlag:

§ 301 Abs. 4a Satz 1 wird wie folgt geändert:

„Einrichtungen nach § 15 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und nach § 33 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch übermitteln der zuständigen Krankenkasse bei Erwerbstätigen mit einem Anspruch auf Krankengeld nach § 44 für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen im Zusammenhang mit der Bestimmung der Dauer des Krankengeldanspruchs und der Mitteilung an den Arbeitgeber über die auf den Entgeltfortzahlungsanspruch des Versicherten anrechenbaren Zeiten sowie zur Zuständigkeitsabgrenzung bei stufenweiser Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nach den §§ 44, 71 Absatz 5 des Neunten Buches folgende Angaben im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern.“

Artikel 11: Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Zu Nr. 5: „Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates zu Zuweisungen für das Krankengeld“ (§10 RSAV)

Die Betriebskrankenkassen befürworten die Vergabe eines weiteren Gutachtens zur Neufassung der Zuweisungen für das Krankengeld, da die bisher vorliegenden Gutachten nicht zu einer umsetzungsreifen Empfehlung gelangten. Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich die ergänzenden Hinweise in der Begründung des Gesetzesentwurfs.

Dies gilt in besonderem Maße zum einen für die Vorgabe, dass der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesamt für Soziale Sicherung insbesondere Modelle überprüfen soll, „bei denen die Zuweisungen für das Krankengeld nach § 44 SGB V ... auf der Grundlage von standardisierten Krankengeldbezugszeiten und versichertenindividuell geschätzten Krankengeldzahlbeträgen ... ermittelt werden.“ Und zum anderen gilt es für die Vorgabe, auch das aktuelle Verfahren für das Krankengeld nach § 44 SGB V mit der Bildung von Risikogruppen und einem anteiligen Ausgleich der tatsächlichen Leistungsausgaben im Jahresausgleich ein zu beziehen und dieses den anderen untersuchten Modellen gegenüber zu stellen. Beide Vorgaben betrachten die Betriebskrankenkassen als essenziell, um zu einem zielführenden Modell zu gelangen.

III. Weiterer Änderungsbedarf

Sozialversicherungsbeiträge

Einbeziehung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung bei freiwillig versicherten Beschäftigten in den Gesamtsozialversicherungsbeitrag

Während bei pflichtversicherten Arbeitnehmern die Sozialversicherungsbeiträge in Gänze vom Arbeitgeber im Rahmen der Entgeltabrechnung einbehalten und an die Krankenkassen als Einzugsstellen weitergeleitet werden, zählen die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung freiwillig versicherter Beschäftigter nicht zum Gesamtsozialversicherungsbeitrag im Sinne des § 28 d SGB IV.

Obwohl daraus folgend der Arbeitgeber für freiwillig versicherte Arbeitnehmer nicht verpflichtet ist, diese Beiträge einzubehalten und an die Krankenkasse abzuführen, ist es weit verbreitete Praxis, dass Arbeitgeber im Einverständnis mit den betreffenden Arbeitnehmern die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung dennoch einbehalten und direkt an die zuständige Krankenkasse abführen (sog. Firmenzahlverfahren).

Hieraus können sich für die Betroffenen erhebliche Nachteile ergeben, wie beispielsweise bei Insolvenz des Arbeitgebers oder, wie aktuell in der Corona-Pandemie deutlich erkennbar, bei Beitragsstundungen gegenüber dem Arbeitgeber. Auch bei Durchführung des Firmenzahlverfahrens bleiben die freiwillig versicherten Beschäftigten die originären Beitragsschuldner, d. h. sie müssen die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung an die Einzugsstelle zahlen, obwohl die Arbeitgeber u.U. diese Beitragsanteile bereits einbehalten, aber nicht an die Einzugsstellen abgeführt haben. Im Gegensatz zu den pflichtversicherten Beschäftigten tragen sie damit ein erhebliches Risiko und die doppelte Beitragslast im Falle der Zahlungsunfähigkeit des Arbeitgebers. Ein identischer Schutz für beide Personengruppen sollte angestrebt und diese Ungleichbehandlung zwischen pflicht- und freiwillig versicherten Beschäftigten korrigiert werden.

Gesetzestechisch bedarf es hierfür eines Verweises innerhalb des § 252 Abs. 1 SGB V auf eine entsprechende Geltung des Zweiten Titels des Dritten Abschnittes des SGB IV. Insbesondere die Regelungen zur Beitragstragung (§§ 249, 250 SGB V) wären im Sinne eines einheitlichen Verfahrens für alle Beschäftigten anzupassen; darüber hinaus wären die Regelungen über die Gewährung des Zuschusses für freiwillige Mitglieder der GKV (§ 257 Absätze 1 und 3 SGB V) zu streichen.

Erweiterung der Unterschriftsbefugnis zur Begründung einer Familienversicherung

Die Familienversicherung begründet sich aus der Rechtsbeziehung zwischen der Krankenkasse und dem Stammversicherten, abgeleitet von dessen Pflicht- bzw. freiwilligen Mitgliedschaft. Der Stammversicherte hat der Krankenkasse die für die Familienversicherung erforderlichen Angaben mittels eines Vordruckes mitzuteilen und diesen zu unterzeichnen. Bei vom Mitglied getrenntlebenden Familienangehörigen reicht es aus, wenn der Vordruck wahlweise vom Stammversicherten oder vom getrenntlebenden Familienangehörigen ausgefüllt und unterschrieben wird (vergleiche § 2 Absatz 5 Satz 3 der Einheitlichen Grundsätze zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherung des GKV-Spitzenverbandes). Diese Ausnahmeregelung stellt sicher, dass derjenige die erforderlichen Auskünfte erteilen kann, der die Familienversicherung für sich begründen will, da er aufgrund der besonderen Umstände als einziger über die entsprechenden Informationen verfügt.

Dass ausschließlich in der vorgenannten Fallkonstellation eine Beibringung der notwendigen Informationen durch den betreffenden Familienangehörigen erfolgen kann, erschließt sich nicht. Vielmehr sollte die Datenbeibringung auch dann durch den Ehegatten/Lebenspartner bzw. das handlungsfähige Kind akzeptiert werden, wenn dieser/dieses im gemeinsamen Haushalt mit dem Stammversicherten lebt. Damit würde in gehörigem Maße das Risiko gemindert, dass wegen der fehlenden Mitwirkung des Stammversicherten für das Familienmitglied anstelle einer beitragsfreien Familienversicherung eine obligatorische Anschlussversicherung mit Höchstbeitrag begründet würde. Das hätte zur Folge, dass keine fiktiven Beitragsschulden entstünden und dass die betroffenen Familienangehörigen nicht unnötig finanziell belastet würden. Die Betriebskrankenkassen schlagen eine Ergänzung des § 10 SGB V wie folgt vor:

Änderungsvorschlag:

§ 10 Absatz 6 SGB V wird wie folgt gefasst:

„(6) Das Mitglied, der Ehegatte, der Lebenspartner oder das Kind, soweit es handlungsfähig im Sinne des § 36 SGB I ist und eine Familienversicherung für sich oder für das eigene Kind begehrt, hat die nach den Absätzen 1 bis 4 Versicherten mit den für die Durchführung der Familienversicherung notwendigen Angaben sowie die Änderung dieser Angaben an die zuständige Krankenkasse zu melden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt für die Meldung nach Satz 1 ein einheitliches Verfahren und einheitliche Meldevordrucke fest.“

Information der Mitglieder über eine Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes (§ 175 Absatz 4 Satz 6 SGB V)

Erhebt eine Krankenkasse erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, hat sie eine Informationspflicht. Sie muss das Mitglied in einem gesonderten Schreiben

auf das damit verbundene Kündigungsrecht, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen hinweisen.

Zunehmend erklären Mitglieder gegenüber ihrer Krankenkasse die Einwilligung zur Online-Kommunikation. Dass auch in diesem Fall die Information über eine Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes mittels eines gesonderten Schreibens erfolgen muss, erscheint nicht sachgerecht und ist auch gegenüber den Betroffenen schwer vermittelbar. Ein Nachteil für die Mitglieder wäre damit nicht verbunden, denn die Krankenkasse bliebe uneingeschränkt informationspflichtig und würde dieser Pflicht weiterhin erfüllen müssen, nur auf dem vom Betroffenen gewählten Kommunikationsweg. Mit Blick auf § 37 Absatz 2b SGB X, wonach mit Einwilligung des Beteiligten Verwaltungsakte elektronisch bekannt gegeben werden können, sollte dieses unter den entsprechenden Voraussetzungen auch für das Hinweisschreiben der Krankenkasse ermöglicht werden. Vorteilhaft wäre für alle Beteiligten bei einer Übertragung der entsprechenden Grundsätze dabei auch die Rechtssicherheit im Hinblick auf eine etwaige verspätete Hinweiserteilung im Sinne von § 175 Absatz 4 SGB V.

Risikostrukturausgleich

Anpassung der Frist zum Abschluss der Prüfung der Bestandsbereinigung freiwilliger Mitgliedschaften

Es ist absehbar, dass die mit § 410 SGB V (vormals § 323 SGB V) verankerte Bereinigungsprüfung nicht bis zum 31.12.2020 abgeschlossen werden kann. In der Folge wären finanzielle Sanktionen, wie in Absatz 5 vorgesehen nicht mehr durchsetzbar. Es ist daher erforderlich, die Frist von 31.12.2020 um ein Jahr zu verlängern.

Die Regelungen wurden im Rahmen des GKV-Versichertenentlastungsgesetzes (GKV-VEG) so gefasst, dass einerseits eine kurzfristige Bereinigung des Versichertenbestandes um freiwillige Mitgliedschaften, bei denen weder Leistungen und Beitragszahlungen vorlagen noch ein Kontakt ein Aufenthalt im Geltungsbereich des SGB V bestätigte. An diese Bereinigung sollte eine Prüfung der Bestandsbereinigung anschließen und bis zum 31.12.2020 durchgeführt werden. In der Folge wurden die Kassen verpflichtet die Daten nach § 7 Absatz 2 Satz 3 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung für das Berichtsjahr 2013 bis zum 31.12.2020 aufzubewahren.

Zum Jahreswechsel 2019/2020 wurde einige Besonderheiten in der Datenhaltung offenkundig, die zu weiteren Datenmeldungen und einer, der eigentlichen Prüfung der Bestandsbereinigung (der Bereinigungsprüfung) vorgeschalteten, Erstellungsprüfung führten. Ebnjene Erstellungsprüfung befindet sich gegenwärtig in der Bewertung, erst nach Abschluss dieser wird eine Bereinigungsprüfung begonnen.

Änderungsvorschlag:

In § 410 Absatz 5 SGB V werde die Sätze 4 und 5 wie folgt gefasst:

„Die Prüfung ist spätestens bis zum 31. Dezember 2021 durchzuführen. Die Krankenkassen sind verpflichtet, die Daten nach § 7 Absatz 2 Satz 3 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung für das Berichtsjahr 2013 bis zum 31. Dezember 2021 aufzubewahren.“

Arzneimittelversorgung

Arzneimitteldatenbanken und Software zur Verordnung ärztlicher Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung

Für eine transparente und rechtsichere Bereitstellung aktueller Arzneimittelinformationen nach § 131 SGB V und zertifizierter Software zur Verordnung von Arzneimitteln bedarf es einer Neutralen Stelle für Arzneimitteldaten im Gesundheitswesen. Die Betriebskrankenkassen schlagen vor, das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) zu beauftragen, diese Datenstelle zu errichten. Das DIMDI könnte die Meldung, Prüfung und Korrektur der Arzneimitteldaten der Unternehmen in einem geregelten Verfahren übernehmen und rechtssicher umsetzen.

Ebenso sollte die Zertifizierung der Arztsoftware nach § 73 Abs. 9 SGB V von dieser neutralen Stelle durchgeführt werden. Vertragsärzte dürfen für die Verordnung von Arzneimitteln, Verbandsmitteln und Produkten, die gemäß den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können, nur solche elektronischen Programme nutzen, die bestimmte, definierte Inhalte mit dem jeweils aktuellen Stand enthalten. Diese Anforderungen an die Software in den Arztpraxen werden zwischen GKV-SV und KBV im „Anforderungskatalog nach § 73 SGB V für Verordnungssoftware“ vereinbart. Die Softwarehäuser müssen diese Vorgaben beachten und die Programme müssen von der KBV zugelassen/zertifiziert werden. Es gibt allerdings immer wieder Hinweise der Apotheken und selbst der KBV, dass diese Vorgaben nicht (oder trotz entsprechender Vorlaufzeit nicht fristgerecht) umgesetzt werden. In dem Zusammenhang wird auch die Abbildung von Leitlinien kritisch gesehen. Die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) wird nach Pressemitteilung den Ärzten in ihrer Software Informationen aus medizinischen Leitlinien zur Verfügung stellen. Dieses ist kritisch zu beurteilen. Leitlinien erfüllen nicht immer die ihr gebotene Qualität und sind vor dem Hintergrund der Einflussmöglichkeit der pharmazeutischen Industrie kritisch zu sehen.

Daher bedarf es auch hinsichtlich der Zertifizierung einer neutralen Stelle.

Änderungsvorschlag:

In § 131 SGB V wird ein neuer Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Zur Wahrnehmung der Aufgaben des § 73 Absatz 9 sowie § 131 Absatz 4 wird beim Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information eine Datenstelle für Arzneimitteldaten im Gesundheitswesen errichtet; die Stelle prüft auch die Einhaltung der Vorgaben nach § 35a Absatz 3a Satz 2. Die Stelle nach Satz 1 nimmt Ihre Aufgaben eigenverantwortlich wahr. Die Stelle nach Satz 1 gibt sich eine Geschäftsordnung und beschreibt in ihrer Geschäftsordnung ein einheitliches Verfahren zur Abwicklung von Korrekturen nach Absatz 4 Satz 5.“

Institutskennzeichen für Versandapotheken

Der Versand von Arzneimitteln erfolgt von inländischen Apotheken, aber auch von EU-Versandapotheken. Rechtlich wird der Versand von Arzneimitteln von der Übergabe eines Arzneimittels mittels Botendienst abgegrenzt. Es muss sichergestellt sein, dass die Botendienstpauschale nicht von Versandapotheken abgerechnet wird. EU-Versandapotheken sind über ein eigenes Institutskennzeichen identifizierbar. Dieses ist bei inländischen Apotheken, die zugleich eine niedergelassene Apotheke betreiben, nicht möglich. In der Regel nutzen inländische Apotheken nur ein einziges Institutskennzeichen. Somit ist bei diesen Apotheken eine Unterscheidung zwischen versendeten Arzneimitteln und Arzneimitteln, die an den Patienten direkt oder über einen Boten abgegeben werden, nicht möglich. Um die Abrechnung einer Botendienstpauschale nachvollziehen zu können, wird angeregt, dass inländischen Apotheken getrennte Institutskennzeichen für den Versandhandel und die dazugehörige niedergelassene Apotheke beantragen und bei der Abrechnung verwenden müssen.

Apothekenverzeichnis

Gemäß § 293 Abs. 5 SGB V führt die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker (DAV) ein bundeseinheitliches Verzeichnis über die Apotheken und stellt dieses dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verfügung. Dieses Verzeichnis soll zukünftig 14-tägig in Form eines elektronischen Vollverzeichnisses an den GKV-Spitzenverband übermittelt werden. Bislang werden Änderungen nicht strukturiert und nicht als Vollverzeichnis übermittelt. Lücken ergeben sich teilweise dadurch, dass nicht alle Apotheken Mitglied im DAV sind. Für transparente Abrechnungsprozesse ist ein aktuelles, vollständiges und historisiertes Verzeichnis erforderlich. Darin sollten zukünftig auch getrennte Institutskennzeichen für den Versandhandel mit Arzneimitteln und die dazugehörige niedergelassene Apotheke ausgewiesen werden.

Deckelung der Apothekenzuschläge für Fertigarzneimittel (§ 3 AMPreisV)

Die Preisbildung für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel ist durch die Arzneimittelpreisverordnung nach § 78 AMG bestimmt (AMPreisV). Apotheken erhalten bei der Abgabe von Fertigarzneimitteln einen Festzuschlag von 3 Prozent zuzüglich 8,35 Euro und 0,16 Euro Notdienstzuschlag auf den Einkaufspreis. Diese Deckelung gewinnt angesichts der vermehrten Neueinführung hochpreisiger Arzneimittel immer mehr an Bedeutung. Daher ist der linear prozentuale Vergütungsanteil von 3 Prozent zu deckeln. Der bislang nicht gedeckelte prozentuale Vergütungsanteil von drei Prozent setzt dabei den Anreiz zur Abgabe hochpreisiger Arzneimittel – wobei teurere Arzneimittel keinen höheren Aufwand bei der Abgabe erzeugen.

Änderungsvorschlag:

In § 3 Satz 1 AMPreisV werden nach den Wörtern „Festzuschlag von 3 Prozent“ die Wörter „bis zu einem Betrag von 30,00 Euro“ eingefügt.

Vorratshaltung in den Apotheken

Laut § 15 Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) sind Arzneimittel und apothekenpflichtige Medizinprodukte, die zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung notwendig sind, von Apotheken vorrätig zu halten. Die Menge muss mindestens dem durchschnittlichen Bedarf für eine Woche entsprechen. In Zeiten von Corona hat sich gezeigt, dass die Apotheken dieser Verpflichtung offenbar nicht regelhaft nachkommen. Sie verlagern die Bevorratung vielmehr auf den pharmazeutischen Großhandel, der die Lagerhaltung für Apotheken übernimmt. Statt Arzneimittel unmittelbar in den Apotheken verfügbar zu haben, müssen diese zunächst bestellt werden. Die Situation der Bevorratung in den Apotheken selber sollte daher verbessert werden, um in einem weiteren Krisenfall besser gerüstet zu sein. Eine bessere Vorratshaltung macht zudem erleichterte Abgaberegulungen für Arzneimittel entbehrlich. Es wird entsprechend vorgeschlagen, die in § 36 ApBetrO enthaltenen Ordnungswidrigkeiten nicht nur auf die Bevorratung von definierten Notfall-Arzneimitteln bzw. Wirkstoffen, sondern auch auf die reguläre Bevorratung zu beziehen.

Impfstoffversorgung

Hinsichtlich der Versorgung der Patienten mit Impfstoffen besteht Optimierungsbedarf. Es bedarf einheitlicher Regelungen zur Bereitstellung der Impfstoffe, um Überbevorratung und Verknappung in den einzelnen Arztpraxen zu vermeiden. Bereits vor der Corona-Pandemie zeigte

sich in der Praxis, dass hinsichtlich der Impfstoffbestellung der Ärzte ungeordnete Bestellungen nur aus bestimmten Apotheken oder Lieferungen aus speziellen Impfstoffversandapotheken vorgenommen werden. Auch jede einzelne Apotheke bevorratet sich individuell aufgrund von Schätzwerten oder Mitteilungen von Ärzten. Es findet keinerlei Koordination statt. Vermeintliche Engpässe in den vergangenen Jahren beim Grippeimpfstoff sind somit eher durch ein Verteilungsproblem begründet, zumal in einigen Bundesländern/Apotheken/Arztpraxen ausreichend Impfstoff vorhanden war. „Gehorteter Impfstoff“ wurde nicht verimpft und damit wertvolle Ressourcen verschwendet. In die Schätzung der erforderlichen Grippe-Impfdosen müssten künftig auch die Apotheken einbezogen werden, die die Grippeimpfung seit Inkrafttreten des Masernschutzgesetzes anbieten dürfen. Den Arztpraxen ist nicht bekannt, wie sich ihr Impfstoffbedarf durch weitere Impfanbieter ändert. Bestellten sie die gleichen Mengen wie bislang, blieben noch mehr Impfstoffe unverbraucht. Wichtig ist es daher, den Impfstoff nach Bedarf zu verteilen. Hierfür wäre z.B. die Wiedereinführung der regionalen kassenartenübergreifenden Ausschreibungen sinnvoll. Mit ihrer Hilfe könnten die Krankenkassen die Ressourcenverteilung steuern. Aktuell liegt die Beschaffung allein in den Händen der Ärzte bzw. deren Kassenärztlichen Vereinigungen und Apotheken.

Krankenhausabrechnungsprüfung

Krankenhäuser sollen ab 2021 Aufschläge auf beanstandete Krankenhausabrechnungen leisten

Mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz wurde geregelt, dass die durch das MDK-Reformgesetz eingeführte Systematik, dass Krankenhäuser im Falle von durch den Medizinischen Dienst beanstandete Rechnungen Aufschläge leisten müssen, sowohl für 2020 als auch für 2021 ausgesetzt wird (vgl. § 275c Abs. 3 S. 1 SGB V). Der Gesetzgeber begründete dies mit der Sorge um Liquiditätsengpässe und wollte die Krankenhäuser auch im Bereich der Abrechnungsprüfung entlasten.

Diese Regelung muss auf den Prüfstand. Es hat sich gezeigt, dass weitaus nicht alle Krankenhäuser mit der Versorgung von Covid-19-Patienten belastet sind. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen verfügt der überwiegende Teil der Kliniken über ausreichend zeitliche und personelle Ressourcen, um eine korrekte Rechnungsstellung sicherzustellen. Zudem wurde das Prüfgeschehen durch die Herabsetzung der Prüfquote von 5% im Jahr 2020 und 12,5 % im Jahr 2021 auf ein Mindestmaß reduziert. Der Anreiz für regelkonformes Abrechnen aufseiten der Krankenhäuser, da Krankenkassen weitaus weniger Rechnungen durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen können, nimmt damit ab. Letztlich zahlen Krankenkassen mit den Mitteln der Beitragszahler oftmals wissentlich falsche oder überhöhte Abrechnungen. Angesichts der

nicht nur pandemiebedingt stark belasteten Krankenkassenhaushalte werden den Kassen damit beträchtliche Mittel entzogen, die nicht nur zur Verbesserung der Versorgungsqualität, sondern auch für coronabedingte Mehraufwendungen eingesetzt werden könnten.

Um die Verbesserung der Abrechnungsgüte und die damit einhergehende Reduzierung des Prüfaufwandes aufseiten der Krankenkassen und der Krankenhäuser- vorrangiges Ziel des MDK-Reformgesetzes – wieder stärker in den Vordergrund zu rücken, fordern die Betriebskrankenkassen, dass die Regelungen zu Aufschlagszahlungen auf fehlerhafte Krankenhausabrechnungen wie ursprünglich vorgesehen ab dem Jahr 2021 greifen.

Änderungsvorschlag:

§ 275c Abs. 3 Satz 1 ist wie folgt zu ändern:

„Ab dem Jahr ~~2022~~ 2021 haben die Krankenhäuser bei einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 60 Prozent neben der Rückzahlung der Differenz zwischen dem ursprünglichen und dem geminderten Abrechnungsbetrag einen Aufschlag auf diese Differenz an die Krankenkassen zu zahlen.

Dissens zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern über Anwendung der quartalsbezogenen Prüfquote durch gesetzliche Klarstellung beilegen

Mit dem MDK-Reformgesetz wurde ein System quartalsbezogener Prüfquoten für die Prüfung von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlungen eingeführt. Die quartalsbezogene Prüfquote gibt dabei vor, in welchem Umfang durch den Medizinischen Dienst in einem Quartal Prüfungen von Schlussrechnungen zu vollstationärer Krankenhausbehandlung nach § 275c Absatz 1 SGB V zulässig sind. Aufgrund eines zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem GKV-Spitzenverband aufgetretenen Dissens über die Zuordnung von Abrechnungsprüfungen zu einem Quartal und einer Quote sind beide Parteien zur Klärung des Auslegungsunterschiedes des § 275c Absatz 2 SGB V an das Bundesgesundheitsministerium herangetreten. Bisher konnte jedoch keine Klärung des Sachverhaltes erreicht werden. Aus Sicht der Krankenkassen bedarf es einer gesetzlichen Klarstellung, um sowohl für Krankenkassen, Krankenhäuser als auch die Medizinischen Dienste Rechtssicherheit über die Anwendung der Prüfquote herbeizuführen.

Der GKV-Spitzenverband erhielt den gesetzlichen Auftrag für die Umsetzung der Einzelfallprüfung bundeseinheitliche quartalsbezogene Auswertungen zu erstellen (vgl. § 275c Abs. 4 Satz 1 SGB V). Die dafür notwendigen inhaltlichen Festlegungen hat der GKV-Spitzenverband in enger Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und deren Verbänden erstellt und gemäß den gesetzlichen Vorgaben nach § 275c Abs. 4 Satz 6 SGB V die Stellungnahmen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Medizinischen Dienste dazu eingeholt und berücksichtigt. Zu dem von den Krankenhäusern als strittig gestellten Sachverhalt gab es im Stellungnahmeverfahren

Anfang des Jahres 2020 keinerlei Kritik oder Äußerungen, dass man aufseiten der Krankenhäuser bei der Berechnung und Anwendung der Prüfquote gegenteiliger Auffassung sei.

Die Festlegungen regeln Folgendes: Die Schlussrechnungen eines Krankenhauses werden nach Rechnungseingangsdatum zum Quartal zugeordnet. Die Schlussrechnungen, für die in einem Quartal beim MD von der Krankenkasse eine Prüfung eingeleitet wird, sind allerdings nicht identisch mit den Schlussrechnungen, die in diesem Quartal vom Krankenhaus an die Krankenkasse übermittelt werden. Zur Ermittlung der Anzahl der in einem Quartal (Anwendungsquartal) zulässigen MD-Prüfungen ist als Bezugsgrundlage die Anzahl der im vorvergangenen Quartal eingegangenen Schlussrechnungen heranzuziehen. Aus der Anzahl der im vorvergangenen Quartal eingegangenen Schlussrechnungen ergibt sich unter Anwendung der quartalsbezogenen Prüfquote die zulässige Anzahl der in einem Anwendungsquartal einleitbaren MD-Prüfungen.

Die Krankenhäuser hingegen vertreten die Auffassung, dass zur Ermittlung der Anzahl der im Anwendungsquartal zulässigen MD-Prüfungen als Bezugsgrundlage die Anzahl der im betrachteten Quartal eingegangenen Schlussrechnungen heranzuziehen ist und damit die Prüfquote maßgeblich ist, die im Quartal des Rechnungseingangs gilt.

Aufgrund der unterschiedlichen Betrachtungsweisen und Auslegungen ergibt sich eine voneinander abweichende absolute Anzahl an Schlussrechnungen, die dem MD von den Krankenkassen in einem Quartal unter Einhaltung der Quote zur Prüfung vorgelegt werden dürfen. Dies sorgt für weitere Abrechnungsstreitigkeiten, die doch eigentlich mit dem MDK-Reformgesetz verringert werden sollten.

Festzuhalten ist, dass die Festlegungen des GKV-Spitzenverbandes in Verbindung mit der Überwachung durch die Medizinischen Dienste sicherstellen, dass die Prüffristen und in jedem Quartal die zulässige Prüfquote eingehalten werden. Des Weiteren wird für jedes Anwendungsquartal die konkrete Anzahl zulässiger MD-Prüfungen veröffentlicht. Dies sorgt für Transparenz und erlaubt allen Beteiligten, Aufwände zu planen und Prüfprozesse zu programmieren. Zuletzt stellen die Festlegungen sicher, dass pro Krankenhaus und Krankenkasse das Monitoring jeweils eines Vorgabewertes pro Quartal durch die Medizinischen Dienste gemäß § 275c Abs. 2 Satz 5 erfolgt.

Eine Umstellung auf die Variante der Deutschen Krankenhausgesellschaft würde kurzfristig bei Krankenhäusern, Krankenkassen und Medizinischen Diensten unverhältnismäßigen Aufwand verursachen und wäre angesichts der Pandemielage allen Beteiligten aus Sicht des BKK Dachverbandes nicht zumutbar. Die derzeit verfügbaren Ressourcen sollten zur Bekämpfung der Pandemie und zur Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung eingesetzt werden.

Langfristig würde die Umstellung auf die Variante der Deutschen Krankenhausgesellschaft dazu führen, dass die konkrete Anzahl der Prüfungen zwar bekannt ist, die Verteilung der Prüfungen jedoch offen. Eine Kapazitätsplanung für die MD-Prüfungen wäre kaum möglich, da sich aus drei unterschiedlichen Vorgabewerten (Anzahl der eingegangenen Schlussrechnungen

pro Quartal) jeweils drei vorab nicht bekannte Teilmengen für die einleitbaren Prüfungen ergeben würden. Die Prüfquote würde sich aufgrund der für die Krankenkassen geltenden Prüfeinleitungsfrist von vier Monaten über drei Quartale auffüllen. Pro Krankenhaus müssten für jede Krankenkasse in jedem Quartal durch den Medizinischen Dienst jeweils drei Prüfquoten im Monitoring gehalten werden. Kommen ab 2022 dann noch veränderliche Prüfquoten in Abhängigkeit von der Abrechnungsgüte des Krankenhauses hinzu, muss das Monitoring durch den MD die verschiedenen Prüfquote zusätzlich mit umfassen. Der BKK Dachverband sieht in dieser Vorgehensweise keine Vorteile, sondern rechnet mit einem damit einhergehenden erheblichen bürokratischen Mehraufwand.

Um den Dissens beizulegen, bedarf es aus Sicht der Betriebskrankenkassen einer gesetzlichen Klarstellung.

Änderungsvorschlag:

§ 275c Absatz 2 SGB V wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Im Jahr 2020 darf eine Krankenkasse im Quartal eine Anzahl von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung eines Krankenhauses nach Absatz 1 durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen, die einem Anteil von bis zu 5 Prozent der bei ihr im vorvergangenen Quartal eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung des Krankenhauses entspricht (quartalsbezogene Prüfquote); im Jahr 2021 gilt eine quartalsbezogene Prüfquote von bis zu 12,5 Prozent.“

b) Satz 2 wird wie folgt geändert:

„Maßgeblich für die Zuordnung zu einem zum vorvergangenen Quartal ist das Datum des Eingangs der Schlussrechnung bei der Krankenkasse.“

c) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

„Maßgeblich für die Einhaltung der quartalsbezogenen Prüfquote nach Satz 1 oder Satz 4 ist die Anzahl der durch den Medizinischen Dienst gegenüber dem Krankenhaus eingeleiteten Prüfungen in einem Quartal.“

§ 275c Absatz 4 Satz 3 Nummer 1 SGB V wird wie folgt geändert:

„Anteil der beim Medizinischen Dienst in dem betrachteten Quartal eingeleiteten Prüfungen von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung ~~an allen in dem betrachteten Quartal~~ an allen in dem vorvergangenen Quartal eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung,“

Automatismus für Öffnung der Prüfquote bei Krankenhäusern mit unzureichender Abrechnungsgüte einführen

Grundsätzlich sind die Krankenkassen in der Krankenhausabrechnungsprüfung in jedem Krankenhaus pro Quartal an eine Prüfquotenobergrenze gebunden. Im Jahr 2020 liegt diese quartalsbezogene Prüfquote bei 5 %, im Jahr 2021 bei 12,5 % und ab 2022 beträgt die Quote 5 %, 10 % oder 15 % in Abhängigkeit von der Abrechnungsgüte des vorvergangenen Quartals (vgl. § 275c Abs. 2 SGB V). Allerdings hat der Gesetzgeber den Krankenkassen in bestimmten Fällen die Befugnis eingeräumt, auch nach Erreichen der Prüfquote vor Ende des Quartals weitere Prüfungen durchzuführen. Diese Befugnis liegt vor, wenn wie in § 275c Abs. 2 Satz 6 SGB V, Alternative 1 beschrieben, der Anteil der unbeanstandeten Abrechnungen für ein Krankenhaus unterhalb von 20 Prozent liegt. Die anderen Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 Nr. 1 und 2 KHG haben das Vorliegen der Voraussetzungen jedoch zuvor unter Angabe der Gründe bei der für die Krankenhausversorgung zuständigen Landesbehörde gemeinsam anzuzeigen.

Ausgewiesen werden die Krankenhäuser, deren Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 20 Prozent liegt, in der Quartalsauswertung des GKV-Spitzenverbandes nach § 275c Abs. 4 SGB V. Diese Quartalsstatistiken werden vom GKV-SV zum jeweiligen Stichtag veröffentlicht. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist es nicht notwendig, dass die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG in diesen Fällen das Vorliegen der Voraussetzungen nach § 275c Abs. 2 Satz 6 SGB V prüfen und gemeinsam bei der zuständigen Landesbehörde anzeigen. Die Betriebskrankenkassen sprechen sich dafür aus, dass das Ausweisen der Krankenhäuser, deren Abrechnungen besonders häufig vom Medizinischen Dienst als fehlerhaft markiert werden, in der Quartalsauswertung des GKV-Spitzenverbandes zur Legitimierung der Befugnis zur Prüfung gem. § 275c Abs. 2 Satz 6 SGB V ausreicht. Die Voraussetzung für eine Überschreitung der Prüfquote in den betreffenden Krankenhäusern wäre damit automatisch gegeben. Die Vertragsparteien hätten das Vorliegen der Voraussetzungen nicht weiter zu prüfen und zu begründen. Eine gemeinsame Anzeige könnte somit entfallen und weitere bürokratische Aufwände wären nicht mehr notwendig. Die Krankenkassen hätten den Medizinischen Dienst vor der Durchführung weiterer Prüfungen mit Verweis auf die Ausweisung des Krankenhauses in der Quartalsstatistik nach § 275c Abs. 4 SGB V zu informieren, damit dieser weitere Prüfaufträge von den Krankenkassen annimmt.

Zahnärztliche Versorgung

Bonusregelung Zahnersatz

Versicherte haben einen Anspruch auf Erhöhung des Festzuschusses für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege erkennen lässt und der Versicherte sich während der letzten fünf beziehungsweise zehn Jahre vor Beginn der Behandlung hat zahnärztlich untersuchen lassen. Die Jahre 1997 und 1998 haben durch Zeitablauf bei der Ermittlung der Festzuschüsse keine Relevanz mehr.

§ 55 Abs. 1 Satz 8 SGB V „Für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, gilt der Nachweis für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne für die Jahre 1997 und 1998 als erbracht.“ ist wegen gegenstandslos gewordener Vorgaben zu streichen.

Hilfsmittel

Externe Hilfsmittelberater

Die Betriebskrankenkassen regen an, die Versorgung mit Hilfsmitteln durch die Einbindung externer Hilfsmittelberater zu verbessern. Mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) wurde die Beauftragung von externen Hilfsmittelberatern durch die Kassen ausgeschlossen. Mehr als fünf Jahre danach kann festgestellt werden, dass dies negative Auswirkungen in der Versorgung mit Hilfsmitteln hat. In vielen Fällen wissen die niedergelassenen Ärzte nicht, was sie verordnen sollen. Lieferanten drängen Versicherte und Ärzte zu Produkten, die nicht nur unwirtschaftlich, sondern auch völlig ungeeignet sind. Der Medizinische Dienst kann zwar eine sozialmedizinische Beurteilung abgeben, für eine Beurteilung, ob das angebotene Produkt technisch ausgereift ist und den Anforderungen des Patienten entspricht, bedarf es fachlicher Expertise.

Änderungsvorschlag:

Dem § 139 SGB V wird folgender Absatz 12 angefügt:

“(12) Zur Zusammenarbeit der Krankenkassen mit externen Hilfsmittelberatern beschließt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen einheitliche und gemeinsame Richtlinien bis zum 30. Juni 2021. Die Richtlinien regeln insbesondere die Anforderungen an die Qualifikation und die Objektivität externer Hilfsmittelberatungen sowie die Sicherstellung der Dienstleistungsorientierung im Beratungsverfahren. Die Richtlinien sind für die Krankenkassen verbindlich; sie bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.”

Nach § 284 wird folgender § 284a SGB V eingefügt:

„§ 284a Beauftragung externer Hilfsmittelberater

(1) Von den Krankenkassen gemäß § 139 Abs. 12 SGB V beauftragte externe Hilfsmittelfachberater sind berechtigt, personenbezogene Daten des

Antragstellers zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, soweit dies für die Zwecke der Beratung gemäß § 139 erforderlich ist. Die Daten sind vertraulich zu behandeln. Durch

technische und organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, dass die Daten nur den Personen zugänglich sind, die sie zur Erfüllung des dem Hilfsmittelfachberater von den Krankenkassen nach § 139 SGB V erteilten Auftrags benötigen.

(2) Externe Hilfsmittelfachberater dürfen das Ergebnis der Beratung gemäß § 139 SGB V an die sie beauftragende Krankenkasse übermitteln, soweit dies zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse erforderlich ist; § 35 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. Dabei ist sicherzustellen, dass das Ergebnis der Beratung gemäß § 139 nur den Personen zugänglich gemacht wird, die sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen.

(3) Die personenbezogenen Daten sind nach fünf Jahren zu löschen; § 304 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend."

Als Folge ist in Artikel 1 Nummer 84 Buchstabe c in § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 16 der Punkt am Ende durch ein Komma zu ersetzen und folgende Nummer 17 anzufügen:

„17. die Beauftragung und Durchführung externer Hilfsmittelberatungen nach § 139 Abs. 12 SGB V.“

Soziale Selbstverwaltung

Beschlussfassung und Beratungen der Selbstverwaltungsorgane

Um während der Corona-Pandemie die Funktions- und Handlungsfähigkeit der Sozialversicherung gewährleisten zu können, wurde mit dem „Gesetz für den erleichterten Zugang zu sozialer Sicherung und zum Einsatz und zur Absicherung sozialer Dienstleister aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2“ (Sozialschutz-Paket) zunächst befristet bis Oktober 2020 in § 64 Absatz 3a SGB IV geregelt, dass die Selbstverwaltungsorgane ohne Sitzung schriftlich abstimmen können. Diese Regelung wurde mit dem Gesetz zur Änderung des Gesetzes über die internationale Rechtshilfe in Strafsachen erneut festgeschrieben und bis Januar 2022 befristet.

Die Regelung ist während der Corona-Pandemie zwingend notwendig und hat sich bereits bewährt. Für eine zeitgemäße Ausgestaltung der ehrenamtlichen Tätigkeit in den Selbstverwaltungsorganen ist eine dauerhafte Geltung und Ausweitung der Regelung erforderlich. Digitale Beratungen und Abstimmungen, die in anderen Bereichen von Wirtschaft und Gesellschaft bereits selbstverständlich sind, könnten so ermöglicht werden. Selbst im Aktiengesetz (§ 108 AktG) sind „schriftliche, fernmündliche oder andere vergleichbare Formen der Beschlussfassung vorgesehen. Mit dem „Gesetz zur Verbesserung der Transparenz in der Alterssicherung und der Rehabilitation sowie zur Modernisierung der Sozialversicherungswahlen“ soll die Selbstverwaltung zeitgemäß aufgestellt werden. Ziel des Gesetzes ist es Rahmenbedingungen

für die Ausübung des Ehrenamtes zu verbessern. Eine wenn notwendig vermeidbare Reisetätigkeit würde Zeit- und Kostenersparnisse bedeuten und diese Zielsetzung unterstützen. Aufgrund der besseren Vereinbarung von Beruf und Ehrenamt würde die Attraktivität einer Tätigkeit im Rahmen der Selbstverwaltung vor allem auch für jüngere Personen gesteigert werden. Auch mit Blick auf das politische Ziel die Digitalisierung im Gesundheitswesen weiter voranzutreiben, wäre eine solche dauerhafte Regelung zeitgemäß.

Änderungsvorschlag:

§63 Absatz 3 SGB IV wird wie folgt gefasst:

„(3) Die Sitzungen des Vorstands sind nicht öffentlich. Die Sitzungen der Vertreterversammlung sind öffentlich, soweit sie sich nicht mit personellen Angelegenheiten des Versicherungsträgers, Grundstücksgeschäften oder geheimhaltungsbedürftigen Tatsachen (§ 35 des Ersten Buches) befassen. Für weitere Beratungspunkte kann in nicht-öffentlicher Sitzung die Öffentlichkeit ausgeschlossen werden; der Beschluss ist in öffentlicher Sitzung bekannt zu geben. Die Sitzungen können elektronisch stattfinden, hierbei ist die Öffentlichkeit der Sitzungen der Vertreterversammlungen in geeigneter Weise herzustellen.“

§ 64 Absatz 2 SGB IV wird wie folgt gefasst:

„(2) Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Die Stimmen können auch in elektronischer Sitzung abgegeben werden. Bei Stimmengleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.“

§ 64 Absatz 3a SGB IV wird wie folgt gefasst:

„(3a) Abweichend von Absatz 3 können die Selbstverwaltungsorgane und besonderen Ausschüsse nach § 36a aus wichtigen Gründen ohne Sitzung abstimmen. Die Abstimmung muss schriftlich oder elektronisch dokumentiert werden.“

Die mit dem Gesetz zur Änderung des Gesetzes über die internationale Rechtshilfe in Strafsachen in Artikel 2b festgelegte befristete Geltung des § 64 Absatz 3a SGB IV bis zum 31.12.2021 wird aufgehoben. Durch die Möglichkeit Sitzungen der Selbstverwaltungsorgane auch elektronisch abzuhalten, wird die Attraktivität der Tätigkeit in den Selbstverwaltungsorganen erhöht und an in anderen Bereichen etablierte Vorgehensweisen angepasst.