

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 13.11.2020

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsentwicklungsgesetz – GVWG)

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



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	7
II. Stellungnahme zum Gesetz	11
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).....	11
§ 13 – Kostenerstattung	11
§ 17 Absatz 1 – Leistungen bei Beschäftigung im Ausland.....	12
§ 17 Absatz 2 – Leistungen bei Beschäftigung im Ausland.....	14
§ 23 Medizinische Vorsorgeleistungen	15
§ 24c – Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft.....	16
§ 24h – Haushaltshilfe	17
§ 27b – Zweitmeinung.....	18
§ 31 Absatz 5 Arznei- und Verbandmittel, Verordnungsermächtigung	19
§ 32 – Heilmittel.....	21
§ 39a Abs. 2 – Förderung von ambulanten Hospizdiensten.....	22
§ 39d – Förderung der Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken	23
§ 55 – Zahnersatz Leistungsanspruch.....	26
§ 56 – Festsetzung der Regelversorgung	27
§ 57 – Beziehungen zu Zahnärzten und Zahntechnikern	28
§ 62 – Belastungsgrenze.....	29
§ 65d – Förderung besonderer Therapieeinrichtungen.....	30
§ 65e – Vereinbarung zur Suche und Auswahl nichtverwandter Spender von Blutstammzellen aus dem Knochenmark oder aus dem peripheren Blut.....	32
§ 75 Abs. 1a – Inhalt und Umfang der Sicherstellung.....	35
§ 85 – Gesamtvergütung	37
§ 87 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte.....	38
§ 87 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte.....	39
§ 87a Absatz 3 – Korrekturverfahren der Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung	40
(MGV) aus dem TSVG	40
§ 91 – Gemeinsamer Bundesausschuss.....	43
§ 95e – Berufshaftpflichtversicherung	44
§ 98 – Zulassungsverordnungen.....	48
§ 110a – Qualitätsverträge.....	49
§ 118 Absatz 2 Satz 6 (neu) – Psychiatrische Institutsambulanzen	54
§ 120 Abs. 1 – Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen	56
§ 120 Abs. 3b (neu) – Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen	57

§ 130b – Übertragung des gesetzlich fortgeltenden Erstattungsbetrages auf Neueinführungen	60
§ 131 – Rahmenverträge mit pharmazeutischen Unternehmen	64
§ 136a Absatz 6 (neu) – Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen	66
§ 136b Abs. 1 Satz 1 Nummer 2 und Abs. 3, 4 (neu), 5 und 5(neu) – Mindestmengen	69
§ 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 und Absatz 8 – Beschlüsse des G-BA zur Qualitätssicherung im Krankenhaus – Qualitätsverträge.....	71
§ 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 – Beschlüsse des G-BA zur Qualitätssicherung im Krankenhaus – Qualitätszu- und -abschläge.....	76
§ 136b Absatz 6 Satz 5 – Beschlüsse des G-BA zur Qualitätssicherung im Krankenhaus.....	78
§ 137 Abs. 2 – Maßnahmen bei Unterschreiten der 100-%-Dokumentationsrate.....	79
§ 137a Abs. 3 Beauftragungen des IQTIG	80
§ 137d – Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation	81
§ 137f –Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten.....	85
§ 137i Absatz 1 Satz 6 – Pflegepersonaluntergrenzen.....	87
§ 137j – Pflegepersonalquotient	88
§ 176 (neu) – Solidargemeinschaften.....	90
§ 206a (neu) – Elektronisches Abrufverfahren zur Beitragsbemessung bei freiwillig Versicherten und Versicherungspflichtigen nach § 5 Absatz 1 Nummer 13.....	93
§ 219a Absatz 1 Satz 4 und 5 –Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland	95
§ 226 – Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtig Beschäftigter	97
§ 231 – Erstattung von Beiträgen	98
§ 240 – Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder	99
§ 257 Abs. 1 – Beitragszuschuss für Freiwilligendienstleistende	102
§ 266 – Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich), Verordnungsermächtigung	103
§ 267 – Datenverarbeitung für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs.....	104
§ 269 – Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte	106
§ 273 – Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich.....	109
§ 275 Abs. 6 neu – Begutachtung und Beratung	110
§ 275b – Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege und außerklinischen Intensivpflege durch den Medizinischen Dienst und Verordnungsermächtigung	111
§ 276 Abs. 2 Satz 2 – Zusammenarbeit	114
§ 277 Abs. 1 Satz 1 bis 3 – Mitteilungspflichten	115

§ 299 Abs. 4 – Datenverarbeitung für Zwecke der Qualitätssicherung – hier Patientenbefragungen	117
§ 301 – Krankenhäuser	118
§ 316 – Finanzierung der Gesellschaft für Telematik; Verordnungsermächtigung	121
bzw. § 403 – Übergangsregelung zur enteralen Ernährung.....	121
Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch).....	122
§ 21 – Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für sonstige Personen.....	122
§ 48 – Zuständigkeit für Versicherte einer Krankenkasse und sonstige Versicherte.....	124
§ 50 – Melde- und Auskunftspflichten bei Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung....	125
§ 59 – Beitragstragung bei anderen Mitgliedern	127
§ 121 – Bußgeldvorschrift	128
Artikel 5 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)	129
§ 8 Absatz 1b – Voraussetzungen der Förderung – Plankrankenhäuser.....	129
§ 17b – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung	130
§ 17d Absatz 9 – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen	131
§ 18 Absatz 4 Satz 1 – Pflegesatzverhandlung.....	132
Artikel 6 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes).....	133
§ 4 Absatz 8a Satz 4 – Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf	133
§ 4 Absatz 9 Satz 4 – Hygieneförderprogramm.....	134
§ 4 Absatz 9 Satz 8 – Hygieneförderprogramm.....	135
§ 5 Absatz 3a – Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen – Qualitätszu- und - abschläge	136
§ 5 Absatz 3b Satz 2 (neu) – Kosten für klinische Sektionen	137
§ 5 Absatz 3e Satz 1 – Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen	139
§ 8 Absatz 4 Satz 2 – Berechnung der Entgelte; hier Mindestmengen	140
§ 8 Absatz 8 Satz 1 – Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen	141
§ 9 Absatz 1a Nummer 3 – Zuschlag für klinische Sektionen	142
§ 9 Absatz 1a Nummer 4 – Vereinbarung auf Bundesebene – Qualitätszu- und -abschläge	143
§ 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 – Vereinbarungen auf Landesebene	144
§ 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 – Vereinbarungen auf Landesebene	145
§§ 10 Absatz 10 Satz 2 und 11 Absatz 3 Satz 1	146
§§ 10 Absatz 10 Satz 3 und 11 Absatz 3 Satz 1	147
§ 15 Absatz 3 Satz 3 (neu) – Ausgleich von Mehr- oder Mindererlösen bei NUB-Entgelten.	148
Artikel 10 (Änderung des Gesetzes zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende).....	150

Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb – Änderung des Transplantationsgesetzes	150
Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe c – Änderung des Transplantationsgesetzes	151
Artikel 1 Nummer 3 – Änderung des Transplantationsgesetzes.....	153
Artikel 1 Nummer 3 – Änderung des Transplantationsgesetzes.....	156
Artikel 11 Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung.....	157
§ 2 – Risikogruppen	157
§ 4 – Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben.....	158
§ 7 – Verarbeitung von Daten für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs.....	159
§ 8 – Auswahl und Anpassung des Versichertenklassifikationsmodells	161
§ 10 – Folgegutachten zu Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und Auslandsversicherte	163
§ 11 – Zuweisungen für das Krankengeld	164
§ 18 – Jahresausgleich.....	165
§ 19 – Ausschluss auffälliger Risikogruppen.....	166
§ 20 – Prüfung der Datenmeldungen	167
§ 27 – Übergangsregelung.....	168
Artikel 12 (Änderung der Ärzte-ZV)	169
§ 18	169
§ 26	170
§ 31	171
Artikel 13 (Änderung der Zahnärzte-ZV)	172
§ 18	172
§ 26	173
§ 31	174
Artikel 14 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)	175
§§ 3 Absatz 1 Satz 3, 8 Absatz 5 Satz 1 und 11	175
§ 5 Absatz 3 – Vereinbarung von Zu- und Abschlägen	176
§ 9 Absatz 1 Nummer 3 – Vereinbarung von Zu- und Abschlägen	177
§ 15 Absatz 2 – Ausgleich von Mehr- oder Mindererlösen bei NUB-PEPP-Entgelten	178
Artikel 16 Inkrafttreten	181
II. Ergänzender Änderungsbedarf.....	182
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	182
§ 13 Absatz 3a Satz 9 – Kostenerstattung.....	182
§§ 111, 111a, 111 –Bestandsschutz für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen	184
§ 132a Abs. 4 – Versorgung mit häuslicher Krankenpflege	185
§ 132d – Spezialisierte ambulante Palliativversorgung.....	186

I. Vorbemerkung

Ziel des Referentenentwurfes ist es, die Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhalten und die Versorgung zielgerichtet weiterzuentwickeln. Es sollen daher Leistungen sowie die Qualität und Transparenz in der Versorgung verbessert, Netzwerke gestärkt und strukturelle Verwerfungen beseitigt werden. Aus dem breiten Spektrum der Regelungen sind die Nachfolgenden hervorzuheben.

Verbesserung von Qualität und Transparenz

Der GKV-Spitzenverband unterstützt das Ziel, die Transparenz und Qualität im stationären und ambulanten Sektor zu erhöhen und begrüßt die hierzu noch notwendigen gesetzlichen Klarstellungen und Fristsetzungen. Allerdings sind die gewählten Formulierungen nicht hinreichend klar. So bleibt unberücksichtigt, dass es bislang – anders als im stationären Sektor – im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung noch keine praxis- bzw. arztbezogene Darstellung von Qualitätsergebnissen aus den sektorenübergreifenden oder speziell ambulanten Qualitätssicherungsverfahren gibt. Es fehlt sowohl eine Regelung zur regelmäßigen Veröffentlichung von Struktur- und Ergebnisdaten, als auch ein Auftrag zur Ermittlung patientenrelevanter Inhalte für eine vergleichende Darstellung im Rahmen eines Qualitätsportals. Allein diese „Asymmetrie“ erfordert unterschiedliche Herangehensweisen, um dem formulierten Anspruch an Transparenz in beiden Sektoren gleichermaßen gerecht werden zu können.

Stärkung von Qualitätsverträgen

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Intention des Gesetzgebers ausdrücklich, mit den beabsichtigten Änderungen die Erprobung von Qualitätsverträgen als Instrument der Qualitätssicherung im Krankenhaus insgesamt zu stärken. Die Erprobung von Qualitätsverträgen ist aufgrund von unterschiedlichen Umsetzungshemmnissen sowohl im Hinblick auf die Anzahl der abgeschlossenen Qualitätsverträge, als auch auf die damit realisierbare Datenbasis noch nicht ausreichend, um eine aussagekräftige Evaluation zu ermöglichen. Zu den wesentlichen Hemmnissen zählen die Einschränkungen in Folge der Verbreitung des neuen Coronavirus SARS-CoV-2, die begrenzte Vertragslaufzeit durch die Befristung der Erprobungsphase auf maximal vier Jahre und die momentan mangelnde Transparenz und Bekanntheit aufgrund der bisher noch nicht vorgesehenen Veröffentlichung abgeschlossener Verträge.

Der GKV-Spitzenverband hält allerdings einen Teil der beabsichtigten Änderungen nicht geeignet für die Erreichung dieses nachvollziehbaren Anliegens. Abzulehnen sind insbesondere die vorgesehene Neuregelung im § 110a Absatz 1 Satz 1 SGB V und die Ergänzung von § 110a Absatz 3

SGB V, mit denen die Erprobung von Qualitätsverträgen als verpflichtende Aufgabe der Krankenkassen verbindlich festgeschrieben und mit einem festgelegten jährlichen Ausgabenvolumen belegt werden soll, das nicht unterschritten werden darf. Die geplanten Änderungen sind vor dem Hintergrund der Zielstellung der Qualitätsverträge und der erforderlichen komplexen Umsetzung nicht praktikabel.

Sehr zu begrüßen ist hingegen insbesondere die geplante Änderung in § 110 Absatz 1 Satz 3 SGB V, mit der eine Verlängerung der Laufzeit der Qualitätsverträge ermöglicht werden soll. Somit wird eine rechtssichere Umsetzung erfolgreicher Qualitätsverträge sichergestellt, zumindest bis der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gemäß dem geplanten erweiterten Auftrag in § 136b Absatz 8 SGB V entsprechende Empfehlungen zu den Qualitätsverträgen vorgelegt hat.

Datenbasierte Qualitätssicherung

Der G-BA hat für die datenbasierte Qualitätssicherung eine vollständige Dokumentation von 100 % (Dokumentationsrate) festzulegen. Diese galt bisher nur für Krankenhäuser, obwohl seit dem Jahr 2016 im Rahmen der Umsetzung sektorenübergreifender Qualitätssicherung auch Vertragsärzte sowie zukünftig auch Zahnärzte zur Datenübermittlung verpflichtet sind. Die neue Regelung stellt sicher, dass für alle an der datenbasierten Qualitätssicherung beteiligten Leistungserbringer (Krankenhäuser, Vertragsärzte und -zahnärzte) gleiche Dokumentations- und Sanktionsregeln gelten. Diese Änderung ist sehr zu begrüßen. Bei der datenbasierten Qualitätssicherung müssen die Regelungen zur Datenerhebung, Auswertung und auch Sanktionierung im Falle der Nichtübermittlung von Daten für alle Leistungserbringer gleich sein.

DMP Adipositas

Der Referentenentwurf beinhaltet leider auch Regelungen, die im Widerspruch zur bewährten Arbeit der gemeinsamen Selbstverwaltung stehen und deshalb abzulehnen sind. So greift der Gesetzgeber mit der gesetzlichen Festlegung eines DMP Adipositas in einen dem G-BA übertragenen Aufgabenbereich erneut ein. Gemäß § 137f Abs. 1 Satz 1 soll der G-BA geeignete chronische Krankheiten festlegen, für die strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden sollen. In dem hierfür vorgesehenen Bewertungsverfahren ist Adipositas auf der Grundlage der gesetzlich vorgegebenen Kriterien auf ihre DMP-Eignung geprüft worden. Trotz der Verfügbarkeit evidenzbasierter Leitlinien hielt der G-BA die Umsetzung der Indikation Adipositas im Rahmen eines DMP-Settings in der Gesamtbewertung für nicht geeignet, da er wesentliche relevante Kriterien als unzureichend erfüllt angesehen hat.

Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Sehr zu begrüßen ist, dass das zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für durch das TSVG geförderte Leistungen bislang vorgesehene Verfahren nachgeschärft werden soll. Dies ist dringend notwendig, da sich aufgrund einer strategie- und pandemiebedingten Unterkennzeichnung im bisher vorgesehenen Bereinigungszeitraum voraussichtlich eine Doppelfinanzierung von jährlich über 2 Mrd. Euro ergibt. Das nun vorgesehene Korrekturverfahren reicht in der geplanten Ausgestaltung jedoch noch nicht aus, da bisher keine Korrektur der MGV-Bereinigung für das dritte Quartal vorgesehen ist. Diese unsachgemäße Doppelvergütung würde die gesetzliche Krankenversicherung mit bis zu 600 Mio. Euro jährlich zu Unrecht belasten und darüber hinaus zu regionalen Divergenzen führen. Da die Korrektur zudem erst im vierten Quartal 2021 beginnen soll, verbliebe bis dahin immer noch eine erhebliche einmalige Überzahlung in den Quartalen 4/2020 bis 3/2021 von voraussichtlich über 2 Mrd. Euro. Anstelle des vorgesehenen Korrekturverfahrens sollte daher besser die Bereinigung selbst so lange fortgeführt werden, bis sichergestellt ist, dass das Potenzial an TSVG-Leistungen in den einzelnen KV-Bezirken vollständig erbracht und gekennzeichnet wird und auch eine Unterbereinigung aufgrund der Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie, wie Fallzahlenrückgang, vermieden wird. Der GKV-Spitzenverband legt hierfür einen entsprechenden Regelungsvorschlag vor. Darüber hinaus regen wir an, eine Regelung bereits für das laufende Gesetzgebungsverfahren eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG) vorzusehen.

Krankenhausnotaufnahmen

Die derzeitige Situation in den Krankenhausnotaufnahmen ist sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch das Praxispersonal unbefriedigend. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes bedarf es einer umfassenden Reform der Notfallstrukturen, um einerseits die bisherige Fehlinanspruchnahme der Notaufnahmen durch Patientinnen und Patienten mit originär ambulantem Versorgungsbedarf zukünftig zu vermeiden und andererseits an zentraler Stelle ein geeignetes Versorgungsangebot für diese Patientinnen und Patienten zu schaffen. An ausgewählten Krankenhausstandorten mit einer stationären Notfallstufe sollten gemäß den Notfallstufen-Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) Notdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV-Notdienstpraxen) eingerichtet werden. An einem von KV und Krankenhaus betriebenen „gemeinsamen Tresen“ sollte die Ersteinschätzung der Patientinnen und Patienten anhand eines strukturierten Ersteinschätzungsinstruments erfolgen, um zu entscheiden, ob der Patient oder die Patientin in der KV-Notdienstpraxis im Krankenhaus oder in der Notaufnahme richtig aufgehoben ist. Der GKV-Spitzenverband spricht sich weiterhin ausdrücklich dafür aus, dass der G-BA damit beauftragt werden sollte,

1. ein Bedarfsplanungsinstrument für KV-Notdienstpraxen in Krankenhäusern, die die Mindestanforderungen des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V an die Basisnotfallstufe, die erweiterte Notfallstufe, die umfassende Notfallstufe oder das Modul Notfallversorgung Kinder erfüllen, zu entwickeln,
2. Vorgaben zur personellen und apparativen Ausstattung sowie zeitlichen Verfügbarkeit der KV-Notdienstpraxen festzulegen und
3. Vorgaben für ein strukturiertes Ersteinschätzungsinstrument zu entwickeln.

Die mit dem vorliegenden Referentenentwurf vorgenommene Etablierung eines bundeseinheitlichen Ersteinschätzungsinstruments zur Ermittlung von Behandlungsbedarf und -dringlichkeit ist ein wichtiger Baustein, um Patientinnen und Patienten in die geeignete Versorgungsebene zu lotsen, stellt aber nur eine sachgerechte Einzelmaßnahme dar. Hinsichtlich des möglichen Nutzens für die Patientinnen und Patienten wird das volle Potenzial nicht ausgeschöpft. Die Akzeptanz der Maßnahme bei Patientinnen und Patienten könnte deutlich erhöht werden, wenn gleichzeitig die entsprechenden ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen zentral vor Ort „unter einem Dach“ angeboten würden. Dies hätte den Vorteil, dass im Bedarfsfall eine sofortige Weiterbehandlung in einer höheren Versorgungsebene gewährleistet wäre. Im Referentenentwurf sollte noch klarer herausgearbeitet werden, inwiefern und in welchem Umfang bei der neuen Regelung eine Weiterleitung von Patienten aus Notaufnahmen in eine der ca. 600 bis 800 Portalpraxen an Krankenhausstandorten in die Überlegung einbezogen wurde.

II. Stellungnahme zum Gesetz

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 13 – Kostenerstattung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 13 sollen Verweisregelungen angepasst werden.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Korrektur von Verweisen auf § 129 Abs. 1 SGB V. Im Rahmen des GKV-Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetzes (AMVSG) vom 04.05.2017 wurde in § 129 Abs. 1 SGB V ein neuer Satz eingefügt, der eine entsprechende Anpassung im § 13 Abs. 2 Satz 11 erfordert. Die Anpassung ist folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2a

§ 17 Absatz 1 – Leistungen bei Beschäftigung im Ausland

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Leistungsanspruch nach § 17 Abs. 1 Satz 2 SGB V soll erweitert werden um den Personenkreis, der während der Elternzeit dem Grunde nach die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Familienversicherung nach § 10 SGB V erfüllt, jedoch aufgrund der Vorrangversicherung nach § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V pflichtversichert oder dessen freiwillige Versicherung erhalten bleibt.

B) Stellungnahme

Gemäß § 17 Abs. 1 SGB V erhalten Mitglieder, die im Ausland beschäftigt sind und während dieser Beschäftigung erkranken oder bei denen Leistungen bei Schwangerschaft oder Mutterschaft erforderlich sind, die ihnen nach dem Dritten Kapitel des SGB V zustehenden Leistungen von ihrem Arbeitgeber. Dies gilt entsprechend für die nach § 10 SGB V versicherten Familienangehörigen, soweit sie das Mitglied für die Zeit dieser Beschäftigung begleiten oder besuchen. Die Intention der beabsichtigten Neuregelung, vergleichbar schutzbedürftige Familienangehörige während der Elternzeit – insbesondere unter dem Aspekt der Familienzusammenführung – den nach § 10 SGB V familienversicherten Angehörigen gleich zu stellen, sofern sie die Voraussetzungen für eine Familienversicherung dem Grunde nach erfüllen, ist nachvollziehbar. In diesem Zusammenhang sollte zur Vermeidung von Missverständnissen der Hinweis in der Gesetzesbegründung hinsichtlich eines geringen Gesamteinkommens bzw. eines nach § 224 SGB V beitragsfreien Einkommens (ohne Bezugnahme auf die klar definierten Einkommensgrenzen gemäß § 10 SGB V) gestrichen werden. Durch die angestrebte Gesetzesänderung wird hinreichend deutlich, dass ein Anspruch ausschließlich während der Elternzeit bestehen soll, sofern ohne den die Familienversicherung ausschließenden Versicherungstatbestand dem Grunde nach die Familienversicherung nach § 10 SGB V möglich wäre. Eine entsprechende Prüfung der Voraussetzungen auch im Hinblick auf das Gesamteinkommen ist hier inbegriffen.

Ergänzend zu dieser Gesetzesänderung regen wir Hinweise in der Begründung dahingehend an, welchen Bezug die Familienangehörigen zu dem im Ausland beschäftigten Mitglied haben müssen. Es ist naheliegend, dass der Anspruch nur für Angehörige bestehen soll, die die Voraussetzungen für eine Familienversicherung abgeleitet aus der Versicherung des im Ausland

beschäftigten Mitglieds erfüllen oder dem Grunde nach erfüllen würden. Bisher heißt es in § 17 Abs. 1 Satz 2 SGB V allerdings abstrakt, Satz 1 gelte entsprechend für die nach § 10 versicherten Familienangehörigen (neu: und für Familienangehörige in Elternzeit, wenn ohne das Bestehen der Mitgliedschaft die Voraussetzungen für eine Familienversicherung nach § 10 erfüllt sind). Hier ist eine Interpretation auch dahingehend vorstellbar, dass ein Angehöriger des Mitglieds, dessen Familienversicherung keinen Bezug zur Mitgliedschaft des im Ausland Beschäftigten hat (z. B. die Mutter des Mitglieds, die über den Vater des Mitglieds familienversichert ist) und der das Mitglied im Ausland besucht, Ansprüche nach § 17 SGB V geltend machen könnte. Dies ist offensichtlich nicht beabsichtigt. Andererseits muss berücksichtigt werden, dass ggf. Kinder des im Ausland beschäftigten Mitglieds abgeleitet aus der Versicherung des anderen Elternteils, dessen Mitgliedschaft nach § 192 SGB V erhalten bleibt, familienversichert sind und offensichtlich einen entsprechenden Anspruch haben sollen. Eine Darstellung des gesetzlich Gewollten unter Berücksichtigung der möglichen Fallkonstellationen in der Gesetzesbegründung wäre daher zur Sicherstellung einer einheitlichen Rechtsauslegung zu begrüßen.

C) Änderungsvorschlag

keiner (s. aber Hinweise zu einer Klarstellung in der Gesetzesbegründung)

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2b

§ 17 Absatz 2 – Leistungen bei Beschäftigung im Ausland

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 17 Abs. 2 SGB V soll ergänzt werden, dass die Krankenkasse „des Versicherten“ dem Arbeitgeber Kosten zu erstatten hat.

B) Stellungnahme

Mit der redaktionellen Ergänzung wird verdeutlicht, dass sich die in § 17 Abs. 2 SGB V beschriebene Erstattungspflicht in Bezug auf die nach Absatz 1 bezogenen Leistungen jeweils gegen die Krankenkasse des Leistungsempfängers richtet. Die Anpassung ist folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 23 Medizinische Vorsorgeleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten und stationäre medizinische Vorsorgeleistungen sollen von Ermessens- in Pflichtleistungen umgewandelt werden.

B) Stellungnahme

Durch die Umwandlung der medizinischen Vorsorgeleistungen von Ermessens- in Pflichtleistungen soll nach der Begründung des Referentenentwurfs dem Wert der Vorsorgeleistungen für die Gesundheit der Versicherten stärker Rechnung getragen werden. Denn die Vorsorgeleistungen würden nicht nur der möglichen Linderung der aktuellen Beschwerden oder einer Festigung und Besserung der körperlichen Funktionen dienen, sondern sollen einen bewussten und verantwortungsvollen Umgang mit der Gesundheit fördern und krankheitsträchtige sowie krankheitsbestimmende Verhaltensweisen korrigieren. Mit der Umwandlung in Pflichtleistungen solle eine Verstetigung dieses Leistungsbereichs erreicht werden.

Die Zielsetzungen und Voraussetzungen der ambulanten Vorsorgeleistungen an anerkannten Kurorten und stationären medizinischen Vorsorgeleistungen sind zutreffend dargestellt. Allerdings weisen wir darauf hin, dass der Ermessensspielraum der Krankenkassen bei Vorliegen der medizinischen Indikation für die genannten Leistungen auch bei den aktuell als Ermessensleistungen ausgestalteten Regelungen eingeschränkt ist. Von daher bedarf es der beabsichtigten Gesetzesänderung zur Bekräftigung des Anspruchs auf medizinisch notwendige Leistungen nicht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 24c – Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 24c Satz 1 SGB V katalogisiert die Leistungsansprüche bei Schwangerschaft und Mutterschaft. In einem neu angefügten Satz 2 soll klargestellt werden, dass jede Person einen Anspruch auf diese Leistungen hat, sofern sie schwanger ist oder ein Kind geboren hat.

B) Stellungnahme

Bei der Ergänzung des § 24c SGB V um den neuen Satz 2 handelt es sich um eine sachgerechte Folgeänderung. Damit wird klargestellt, dass analog zur Regelung in § 1 Abs. 4 Mutterschutzgesetz (MuSchG) ein Anspruch auf Leistungen nach den §§ 24d bis 24i SGB V (Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft) auch für intersexuelle Menschen – unabhängig von der Eintragung eines Geschlechtsmerkmals im Geburtenregister – besteht, sofern diese schwanger sind oder ein Kind geboren haben.

Die gesetzliche Neuregelung entspricht der bisherigen Praxis der Krankenkassen und wird daher als Klarstellung begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 24h – Haushaltshilfe

A) Beabsichtigte Neuregelung

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

B) Stellungnahme

Es handelt sich eine redaktionelle Ergänzung eines grammatikalisch unvollständigen Gesetzeswortlauts.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 27b – Zweitmeinung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ab dem 1. Januar 2022 soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) jährlich zwei weitere Eingriffe für das Zweitmeinungsverfahren gemäß § 27b SGB V festlegen.

B) Stellungnahme

Auf der Grundlage von § 27b SGB V hat der G-BA bisher Eingriffe an den Tonsillen (Mandelooperationen), Hysterektomien und arthroskopische Eingriffe an der Schulter in die Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren aufgenommen. Weitere Eingriffe wurden beschlossen bzw. wird deren Aufnahme in den Beratungen des G-BA vorbereitet. Insbesondere wurde das IQWiG am 16.04.2020 beauftragt ca. 15 weitere, für das Zweitmeinungsverfahren geeignete Eingriffe auf der Grundlage der gesetzlichen Kriterien zu benennen. Die Ergebnisse sollen bis Ende 2020 vorliegen. Es ist davon auszugehen, dass somit eine Reihe weiterer Eingriffe in das Zweitmeinungsverfahren aufgenommen werden können. Die gesetzliche Neuregelung erscheint daher nicht erforderlich.

Zusätzlich ist anzumerken, dass die Aufnahme eines Eingriffes an fachliche, medizinische bzw. versorgungsepidemiologische, Kriterien (zahlenmäßige Entwicklung, Gefahr einer Indikationsausweitung) gebunden ist. Aus Sicht der GKV ist die Beauftragung des IQWiG auch darin begründet, die Eingriffe zunächst zu ermitteln, die diese Kriterien erfüllen. Im Sinne effektiver Beratungen und angesichts des Aufgabenspektrums des G-BA erscheint es überdies sinnvoll, vor weiteren Beratungen zur Aufnahme von Eingriffen und zur Gestaltung des Zweitmeinungsverfahrens die Ergebnisse des IQWiG abzuwarten und die daran sich anschließenden Beratungen abzuschließen. Über weiteren Entwicklungsbedarf kann auf der Grundlage der Ergebnisse der durch den G-BA ausgeschrieben Evaluation der Richtlinie entschieden werden.

C) Änderungsvorschlag

Streichung

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 31 Absatz 5 Arznei- und Verbandmittel, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber beabsichtigt, den Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), eine Neuregelung zum Anspruch auf die Versorgung mit Produkten zur enteralen Ernährung, aufzuheben. Die bestehende Ersatzvornahme des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) aus dem Jahr 2005 soll als Basis des Leistungsanspruchs verstetigt werden.

Der G-BA soll die Entwicklung der Leistungen in diesem Bereich evaluieren und hierüber dem BMG regelmäßig alle 2 Jahre Bericht erstatten. Sollten Anpassungen notwendig sein, sind diese mit Frist von einem Jahr vorzunehmen. Dabei sollen Angaben der Hersteller, der Fachgesellschaften sowie der Trägerorganisationen des G-BA berücksichtigt werden.

B) Stellungnahme

Der G-BA hat für Produkte nach § 31 Absatz 5 die Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens zur Änderung der Arzneimittel-Richtlinie beschlossen. Die Frist für die Abgabe der Stellungnahmen war der 17. März 2015. Die Beratungen zu den bis dahin eingegangenen Stellungnahmen sind noch nicht abgeschlossen. Dennoch sind aus der Versorgung mit diesen Produkten keine Probleme bekannt. Die Ersatzvornahme des Bundesministeriums scheint vor diesem Hintergrund geeignet und kann aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes verstetigt werden.

Eine regelmäßige Evaluierung und gegebenenfalls Anpassung der Richtlinie erscheint zielführend, ist jedoch bereits durch die bestehende Verpflichtung des G-BA zur Beobachtung seiner Richtlinien bereits gedeckt. Die Richtlinien des G-BA haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen.

Die Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der Leistungen obliegt dem G-BA und nicht den Herstellern der Produkte. Angaben von diesen Akteuren beschränken sich daher auf Produktinformationen wie die Zweckbestimmung. Ein gesetzlicher Auftrag zur Berücksichtigung von Angaben zur Versorgung von Fachgesellschaften sowie den Trägerorganisationen des G-BA erscheint ebenfalls nicht notwendig, da solche Angaben vom G-BA in allen Bereichen zu berücksichtigen sind.

C) Änderungsvorschlag

Im neu gefassten § 31 Absatz 5 werden die Sätze 3 und 4 gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9

§ 32 – Heilmittel

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die mit dem Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz - GPVG) getroffene, aber noch nicht in Kraft getretene Regelung in § 32 Abs. 1c SGB V, wonach Verordnungen für Heilmittel, für die gemäß den aktuellen Heilmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ein Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen vorgesehen ist, bereits ab dem 1. Oktober 2020 keiner Genehmigung mehr bedürfen, wird wieder gestrichen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um einer übergangsweisen Regelung, die mit Inkrafttreten der neugefassten Heilmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zum 01.01.2021 durch Zeitablauf nicht mehr erforderlich ist. Die Streichung wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 39a Abs. 2 – Förderung von ambulanten Hospizdiensten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es soll geregelt werden, dass zur Förderung ambulanter Kinder- und Jugendhospizdienste eine eigene Rahmenvereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten Hospizdienste maßgeblichen Spitzenorganisationen zu schließen ist.

B) Stellungnahme

In § 39a Abs. 1 Satz 5 SGB V wurde bezüglich der stationären Hospizversorgung bereits durch das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) geregelt, dass den besonderen Belangen in der Versorgung in Kinderhospizen und Erwachsenen hospizen durch jeweils gesonderte Vereinbarungen ausreichend Rechnung zu tragen ist.

Der GKV-Spitzenverband hat gegenüber den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten Hospizdienste maßgeblichen Spitzenorganisationen bereits im Vorfeld der aktuell anstehenden Beratungen über notwendige Anpassungen der betreffenden Rahmenvereinbarung vorgeschlagen, die besonderen Belange der ambulanten Kinderhospizarbeit in einer gesonderten Rahmenvereinbarung zu regeln, zumal die aktuelle gesetzliche Grundlage bereits ein solches Vorgehen ermöglicht. Von daher hat die nun beabsichtigte Gesetzesänderung eher klarstellende Bedeutung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12

§ 39d – Förderung der Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sollen den Auftrag erhalten, gemeinsam und einheitlich in jedem Kreis oder jeder kreisfreien Stadt die Koordination in einem regionalen Hospiz – und Palliativnetzwerk durch einen Netzwerkkoordinator zu fördern. Dabei sollen bedarfsgerecht insbesondere in Ballungsräumen mehrere Netzwerkkoordinatoren für verschiedene Teilräume gefördert werden können. Die Förderung soll voraussetzen, dass die maßgeblichen kommunalen Träger der Daseinsvorsorge an der Finanzierung der Netzwerkkoordination in gleicher Höhe beteiligt sind. Die Fördersumme für die entsprechende Teilsumme der Förderung durch die GKV soll maximal 15.000 EUR je Kalenderjahr und Netzwerk betragen. Die Fördermittel sollen von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen durch Umlage nach dem Anteil ihrer eigenen Mitglieder an der Gesamtanzahl der Mitglieder aller Krankenkassen im jeweiligen Bundesland erhoben und im Benehmen mit den für Gesundheit und Pflege jeweils zuständigen obersten Landesbehörden gemeinsam verausgabt werden. Im Falle einer finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherung an der Förderung soll sich das Fördervolumen um den entsprechenden Betrag erhöhen.

Die Grundsätze des Förderverfahrens soll der GKV–Spitzenverband unter Beteiligung der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung und des Verbandes der privaten Krankenversicherung erstmals bis zum 31.03.2022 regeln. Der GKV–Spitzenverband soll dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31.03.2025 über die Entwicklung der Netzwerkstrukturen und die Auswirkungen der Förderung berichten. Die Krankenkassen sowie deren Landesverbände sollen verpflichtet werden, dem GKV–Spitzenverband die für den Bericht erforderlichen Informationen zu übermitteln.

B) Stellungnahme

Der neue gesetzliche Auftrag an die GKV, zukünftig Strukturen zur Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken zu fördern, wird abgelehnt. Die Förderung der Personal- und Sachkosten von Netzwerkkoordinatoren zur Kooperation, Koordinierung und Kommunikation der einzelnen Akteure der Hospiz- und Palliativversorgung sowie der ehrenamtlichen und kommunalen Strukturen durch die Krankenkassen ist systemfremd.

Die versicherten- und fallbezogene Koordination ist Aufgabe der Leistungserbringer und bereits Bestandteil der jeweiligen Leistungen (z.B. Koordinationsleistung nach § 5 Abs. 2 der SAPV-Richtlinie oder § 7 Abs. 1 der HKP-Richtlinie i.V.m. Ziffer 24a des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie). Etwaige Aufwände sind, wie bereits in der Begründung zum Referentenentwurf zum Ausdruck gebracht wird, bereits Bestandteil der jeweiligen Leistungsgütung durch die Krankenkassen.

In der Begründung des Referentenentwurfs wird zutreffend zum Ausdruck gebracht, dass Städte und Gemeinden im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge die Aufgabe haben, für ihre Bürgerinnen und Bürger die kommunalen Leistungen und Einrichtungen so zu gestalten, dass eine gute Versorgung bei schweren Erkrankungen und am Lebensende gewährleistet ist. Hierzu zählt auch, Menschen in ihrer letzten Lebensphase Orientierung und Unterstützung zu geben, etwa durch das Vorhalten von Beratungs- und Unterstützungsangeboten der Hospiz- und Palliativversorgung. Darüber hinaus wird es im Bereich der Palliativ- und Hospizversorgung – wie in anderen Versorgungsbereichen auch – im eigenen Interesse der Vertragserbringer liegen, ihre gemeinsamen Interessen zu bündeln, Erfahrungen auszutauschen und gemeinsame Treffen auch zur Weiterentwicklung der Versorgungsangebote durchzuführen.

Eine Mitfinanzierung solcher Strukturen, die allgemeine kommunale oder z.B. kirchliche Angebote und Netzwerke von Leistungserbringern der gesundheitlichen oder pflegerischen Versorgung – Letztere auch zur ggf. gemeinsamen Interessenwahrnehmung – umfassen, aus Beitragsmitteln der gesetzlich Krankenversicherten ist nicht sachgerecht. Eine solche Co-Finanzierung lässt sich in Abgrenzung zu anderen Versorgungsbereichen auch nicht als Besonderheit der Hospiz- und Palliativversorgung rechtfertigen, sodass mit der beabsichtigten gesetzlichen Regelung ggf. Erwartungen in anderen Versorgungsbereichen einhergehen würden.

Die vorgesehenen Regelungen, mit denen eine zunehmend festzustellende Verschiebung der Finanzierungsverantwortung Dritter zulasten der GKV für Aufgaben und Strukturen fortgesetzt würde, die keinen unmittelbaren Bezug zur Krankenbehandlung haben, wird strikt abgelehnt.

Ein weiterer Beleg dafür, dass eine Finanzierung aus Beitragsmitteln der gesetzlich Krankenversicherten systemfremd wäre liegt darin, dass eine Finanzierungsbeteiligung der PKV nicht verbindlich geregelt werden kann; gleichwohl würden auch privat Krankenversicherte von der Netzwerkstruktur profitieren.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13 Buchstabe a) und b)

§ 55 – Zahnersatz Leistungsanspruch

A) Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund der Aufhebung von § 57 Absatz 1 Satz 2 bis 4 werden in Absatz 1 Satz 2 und in Absatz 2 Satz 1 Halbsatz 1 und 2 die Angaben „§ 57 Absatz 1 Satz 6“ durch die Angaben „§ 57 Absatz 1 Satz 3“ ersetzt.

B) Stellungnahme

Die Änderung umfasst eine redaktionelle Folgeänderung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14

§ 56 – Festsetzung der Regelversorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund der Aufhebung von § 57 Absatz 1 Satz 2 bis 4 wird in Absatz 4 die Angabe „§ 57 Absatz 1 Satz 6“ durch die Angaben „§ 57 Absatz 1 Satz 3“ ersetzt.

B) Stellungnahme

Die Änderung umfasst eine redaktionelle Folgeänderung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15 Buchstabe a), b), c), d) und e)

§ 57 – Beziehungen zu Zahnärzten und Zahntechnikern

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Angabe der erstmaligen Geltung der Regelung sowie die Vorgaben für die erstmalige Vereinbarung für das Jahr 2005 sind gegenstandslos geworden und werden zur Rechtsbereinigung gestrichen. Die folgenden Sätze werden neu nummeriert und sprachlich angepasst. Satz 9 wird ebenfalls gestrichen.

B) Stellungnahme

Die Änderungen umfassen redaktionelle Änderungen zur Rechtsbereinigung bzw. deren Folgeänderungen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16

§ 62 – Belastungsgrenze

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung in Absatz 5 (Evaluierungsauftrag) soll gestrichen werden

B) Stellungnahme

Bei der Aufhebung des Absatzes 5 handelt es sich um eine Rechtsbereinigung. Der in Absatz 5 vorgesehene Evaluierungsauftrag ist zwischenzeitlich gegenstandslos geworden. Die Streichung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18 Buchstabe a) und b)

§ 65d – Förderung besonderer Therapieeinrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die gesetzlichen Regelungen sehen vor, dass Modellvorhaben auf längstens 5 Jahre zu befristet sind, wenn von den Vorschriften des Zehnten Kapitels abgewichen wird (§ 63 Absatz 5 Satz 3); dies 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 verlängert.

B) Stellungnahme

Seit Januar 2018 fördert der GKV-Spitzenverband Modellvorhaben nach §65d SGB V, in denen eine anonyme Behandlung von Patienten mit pädophilen Sexualstörungen durchgeführt wird. 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 Behandlungsinterventionen 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 durch die Umstellung von Gruppen- auf Einzeltherapien und die Ausweitungen der telemedizinischen Angebote konnten 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 daher nicht zu erwarten.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Änderungen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19

§ 65e – Vereinbarung zur Suche und Auswahl nichtverwandter Spender von Blutstammzellen aus dem Knochenmark oder aus dem peripheren Blut

A) Beabsichtigte Neuregelung

Aus dem bisherigen § 65e, der sich auf die Suche und Auswahl nicht verwandter Spender von Blutstammzellen bezog, soll neu der § 65f werden.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine nachvollziehbare Korrektur eines redaktionellen Fehlers. In der derzeitigen Fassung des SGB V gibt es den § 65e doppelt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20a) aa))

§ 75 Abs. 1a – Inhalt und Umfang der Sicherstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung wird der Aufgabenumfang der Terminservicestellen noch einmal erweitert. Versicherte sollen in Akutfällen nun neben einer Vermittlung in eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene nun auch in eine telefonische ärztliche Konsultation vermittelt werden können. Ausweislich der Begründung soll diese Konsultation eine Beratung der Versicherten oder bessere Einschätzung der Dringlichkeit der Behandlungsnotwendigkeit ermöglichen. Die Terminservicestellen können diese Konsultation durch eigenes ärztliches Personal oder durch Kooperation mit Arztpraxen gewährleisten. Ziel ist die Entlastung von Notfallambulanzen und Rettungsdienstleitstellen. Sofern sich aus der telefonischen ärztlichen Konsultation eine weitergehende Behandlungsnotwendigkeit ergibt, erfolgt eine unmittelbare Weitervermittlung durch die Terminservicestelle in die medizinisch gebotene Versorgungsebene.

B) Stellungnahme

Die Erweiterung der Aufgaben der Terminservicestellen um die telefonische ärztliche Konsultation wird begrüßt. Der GKV-Spitzenverband teilt die Einschätzung des Gesetzgebers, dass hierdurch eine Entlastung von Notfallambulanzen, Rettungsdienstleitstellen, ggf. aber auch von ambulanten vertragsärztlichen Ressourcen zu erwarten ist.

Im Gesetzestext findet sich in Absatz 1 S.3 Nr. 3 derzeit noch die zeitliche Vorgabe, die Vermittlung bis zum 01.01.2020 zu ermöglichen. Dies ist für die Aufgabenerweiterung nicht umsetzbar. Insofern sollte hierfür eine neue Frist ergänzt werden.

Um möglichen Missverständnissen vorzubeugen und klarzustellen, dass die telefonische ärztliche Konsultation nicht in jedem Fall standardmäßig erfolgen muss, sollte die gesetzliche Regelung analog der Begründung ausführen, dass die telefonische Konsultation nur im Bedarfsfall erfolgt.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 1a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 Nummer 3 werden nach dem Wort „Versorgungsebene“ die Wörter „spätestens zum 01.07.2021 einschließlich einer telefonischen ärztlichen Konsultation im Bedarfsfall“ eingefügt.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20a) bb))

§ 75 Abs. 1a – Inhalt und Umfang der Sicherstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bestehenden Ausnahmen vom Überweisungsvorbehalt für die Terminvermittlung durch die Terminservicestelle werden im Rahmen der Neuregelung in § 120 Absatz 3b ergänzt. Sofern in der Krankenhausnotaufnahme beim Ersteinschätzungsverfahren gem. § 120 Absatz 3b kein sofortiger Behandlungsbedarf festgestellt wurde, ist bei der Vermittlung eines Termins durch die Terminservicestelle zu einem Facharzt keine Überweisung erforderlich. Zur Umsetzung dieser Regelung wird in § 120 Absatz 3b Satz 2 Nr. 2 geregelt, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung Vorgaben zum Nachweisverfahren gegenüber der Terminservicestelle aufzustellen hat. Ausweislich der Begründung bezweckt diese Regelung, eine zusätzliche Inanspruchnahme von Hausärzten bzw. zusätzliche Arztkontakte für Patienten zu vermeiden, da bereits in der Krankenhausnotaufnahme ein Arzt-Patienten-Kontakt vorlag, bei dem ein ambulanter Behandlungsbedarf – wenn auch kein sofortiger Behandlungsbedarf – festgestellt wurde.

B) Stellungnahme

Die vorgenommene Ergänzung bei den Ausnahmen vom Überweisungsvorbehalt ist sachgerecht. Vorstellbar wäre, eine gleichartige Regelung zukünftig auch auf andere Konstellationen zu erweitern, in denen Patienten mit fachärztlichem Behandlungsbedarf durch eine qualifizierte und standardisierte Ersteinschätzung identifiziert werden können (beispielsweise in Portalpraxen oder durch den fahrenden Bereitschaftsdienst).

Es wird vorgeschlagen, im Sinne der gesetzgeberischen Intention zu präzisieren, dass eine Überweisung nicht erforderlich ist, sofern bei dem Ersteinschätzungsverfahren nicht nur kein sofortiger Behandlungsbedarf, sondern auch das Vorliegen eines fachärztlichen Behandlungsbedarfs festgestellt wurde.

C) Änderungsvorschlag

§ 75 Abs. 1a Satz 4 Nr. 2 wird wie folgt gefasst:

„2. der Fälle, in denen bei einer zuvor erfolgten Inanspruchnahme eines Krankenhauses zur ambulanten Notfallbehandlung das Ersteinschätzungsverfahren keinen sofortigen Behandlungsbedarf, jedoch das Behandlungserfordernis durch einen Facharzt ergeben hat, und“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22 Buchstabe a), b), c), d) und e)

§ 85 – Gesamtvergütung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Regelungen betreffend die Jahre 2011 bis 2014, die gegenstandslos geworden sind und nun zur Rechtsbereinigung aufgehoben werden.

B) Stellungnahme

Die Änderungen umfassen redaktionelle Änderungen zur Rechtsbereinigung bzw. deren Folgeänderungen.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23 Buchstabe a)

§ 87 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Bewertungsausschuss hat zukünftig nur noch alle drei Jahre über die palliativmedizinische Versorgung zu berichten.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Verlängerung des Berichtszeitraums für die palliativmedizinische Versorgung von 1 auf 3 Jahre.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23 Buchstabe b)

§ 87 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Korrektur des Verweises auf die Regelung zur Eingliederungshilfe, die seit 01.01.2020 im SGB XII geregelt ist.

B) Stellungnahme

Die Regelung umfasst eine redaktionelle Änderung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 24

§ 87a Absatz 3 – Korrekturverfahren der Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) aus dem TSVG

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur Vermeidung einer Doppelfinanzierung der durch das TSVG geförderten Leistungen, hat der Bewertungsausschuss bundeseinheitliche Vorgaben für ein retrospektives Korrekturverfahren zu beschließen. Das Korrekturverfahren gilt mit Wirkung ab dem vierten Quartal 2021 und ist auf insgesamt drei Quartale begrenzt.

B) Stellungnahme

Es wird grundsätzlich begrüßt, dass die Notwendigkeit einer Erweiterung der bislang auf ein Jahr begrenzten Bereinigungsregelung anerkannt wird. Aufgrund einer strategie- und einer pandemiebedingten Unterkennzeichnung im bisher vorgesehenen Bereinigungszeitraum ergibt sich voraussichtlich eine Doppelfinanzierung von jährlich über 2 Mrd. Euro. Das nun vorgesehene Korrekturverfahren reicht in der geplanten Ausgestaltung jedoch nicht aus, um die Doppelfinanzierung aufgrund der Unterbereinigung im ersten Bereinigungsjahr in vollem Umfang zu beseitigen.

So ist nicht nachzuvollziehen, warum das Korrekturverfahren lediglich für drei der vier Bereinigungsquartale angewandt werden soll. Eine Nichtkorrektur der Bereinigung der MGV des dritten Quartals würde weiterhin zu unsachgemäß ausufernden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen durch eine Doppelvergütung von bestenfalls immer noch 600 Mio. Euro jährlich sowie zu regionalen Divergenzen in jedem dritten Quartal eines Jahres führen.

Da die Korrektur zudem erst im vierten Quartal 2021 beginnen soll, verbliebe bis dahin immer noch eine erhebliche einmalige Überzahlung in den Quartalen 4/2020 bis 3/2021 von voraussichtlich über 2 Mrd. Euro.

Zudem ist aufgrund der pandemischen Lage bis weit in das Jahr 2021 von einer unvollständigen Kennzeichnung auszugehen. Es ist daher zu befürchten, dass bei einer auf der pandemiebedingten Inanspruchnahme zwischen dem vierten Quartal 2020 und dem zweiten Quartal 2021 aufsetzenden Korrektur ein erheblicher Teil der Unterbereinigung nicht beseitigt werden kann.

Anstelle des vorgesehenen Korrekturverfahrens sollte daher besser die Bereinigung selbst so lange fortgeführt werden, bis sichergestellt ist, dass das Potenzial an TSVG-Leistungen in den einzelnen KV-Bezirken vollständig erbracht und gekennzeichnet wird und auch eine Unterbereinigung aufgrund der Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie (Fallzahlrückgang sowie Kennzeichnung von TSVG-Leistungen als nicht vorhersehbarer Anstieg) vermieden wird. Dies kann dadurch erreicht werden, dass die Bereinigung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs bis zum vierten Quartal nach Beendigung der Kennzeichnung und Abrechnungsfähigkeit von Leistungen als nichtvorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V im Rahmen der Coronavirus-Pandemie fortgeführt wird. Das heißt auch, dass ab dem bereits abgelaufenen dritten Quartal 2020 im Rahmen der Rechnungslegung eine vollständige Bereinigung vorgenommen werden muss.

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

C) Änderungsvorschlag

In § 87a Absatz 3 werden die Sätze 7 bis 10 folgendermaßen gefasst:

"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 Leistungserbringer zu kennzeichnen und in den Abrechnungsunterlagen gemäß § 295 Absatz 1 und 2 zu übermitteln; der Bewertungsausschuss beschließt Vorgaben für eine einheitliche Kennzeichnung."

Sofern dem Änderungsvorschlag nicht zugestimmt wird, sind hilfsweise in § 87a Absatz 3 folgende Sätze 9 und 10 anzufügen:

„In den Vereinbarungen und Vorgaben nach Satz 7 und 8 ist auch ein mit Wirkung ab dem 1. Oktober 2021 durchzuführendes Korrekturverfahren für den Zeitraum von vier Kalendervierteljahren zu vereinbaren, mit dem in der Rückschau festgestellte und bei der Bereinigung nicht berücksichtigte, aber erwartbare Leistungsmengen bei den Leistungen nach Satz 5 Nummern 3 bis 6 Berücksichtigung finden. 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 Leistungserbringer zu kennzeichnen und in den Abrechnungsunterlagen gemäß § 295 Absatz 1 und 2 zu übermitteln; der Bewertungsausschuss beschließt Vorgaben für eine einheitliche Kennzeichnung.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25

§ 91 – Gemeinsamer Bundesausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

- a) Die Regelung sieht vor, dass der unparteiische Vorsitzende des G-BA künftig Anträge gegenüber dem Beschlussgremium des G-BA stellen kann, mit denen er in Ausübung seiner Steuerungsverantwortung zur Sicherstellung der Einhaltung gesetzlicher Fristen, eine fristgerechte Beschlussfassung herbeiführen kann.
- b) Ein Verweis in § 91 Abs. 5 Satz 2 wird korrigiert.
- c) Gemäß der Neuregelung in § 136b Abs. 3 Satz 1 wird das Verfahren zur Mindestmengenfestlegungen des G-BA modifiziert. Diesbezüglich wird die regelmäßige jährliche Berichtspflicht des G-BA gegenüber dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages gemäß § 91 Abs. 11 Satz 1 ergänzt und auf neue Beratungsverfahren eingegrenzt.

B) Stellungnahme

Zu a)

Das bestehende Antragsrecht des unparteiischen Vorsitzenden und der anderen unparteiischen Mitglieder bezieht sich auf Anträge nach § 135 Abs. 1 Satz 1 oder § 137c Abs. 1 Satz 1 SGB V. Dem unparteiischen Vorsitzenden ein zusätzliches Antragsrecht einzuräumen, mit dem er eine fristgerechte Beschlussfassung und damit die Einhaltung gesetzlicher Fristen herbeiführen kann, ist nachvollziehbar und vertretbar.

Zu b)

Entfällt

Zu c)

Die Regelung wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 26

§ 95e – Berufshaftpflichtversicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit § 95e SGB V wird das Bestehen einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung zu einer vertragsärztlichen Pflicht und zur Voraussetzung für die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Hierzu wird eine Mindestversicherungssumme festgelegt. Die Überprüfung der Pflicht zu einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung obliegt den Zulassungsausschüssen.

Zur vertragsärztlichen Versorgung können künftig nur noch ausreichend berufshaftpflichtversicherte (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte, sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren zugelassen werden. Die Pflicht zum Vorhalten einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung gilt auch für bereits an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer. Auch hier erfolgt eine Überprüfung durch die Zulassungsausschüsse, die als zuständige Stellen im Sinne des § 117 VVG benannt werden. Soweit kein ausreichender Versicherungsschutz nachgewiesen wird, sind die Zulassungsausschüsse verpflichtet, das Ruhen der Zulassung anzuordnen.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt.

Bislang waren an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer nur berufsrechtlich verpflichtet, eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung abzuschließen. Die Überwachung dieser Pflicht erfolgt durch die zuständigen Ärztekammern nicht einheitlich. Vor dem Hintergrund, dass ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Behandlungsfehler lebenslange und kostenintensive medizinische Behandlungen sowie weitere Ansprüche der Geschädigten zum Beispiel auf Schmerzensgeld, Ersatz von Verdienstausfall, Renten- und Unterhaltsleistungen nach sich ziehen können, ist die vorgesehene Regelung sachgerecht und erforderlich.

Die Neuregelung ergänzt das Berufsrecht und trägt erheblich dazu bei, dass nur solche Leistungserbringer an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, die über eine Berufshaftpflichtversicherung verfügen. Die Erhebung der Versicherungspflicht zu einer vertragsärztlichen Pflicht sowie die Regelungen der Absätze 3 bis 6 ermöglichen eine effektive Überprü-

fung der Versicherungspflicht und die Sanktionierung von Verstößen. Dies dient dem Patientenschutz, indem verhindert wird, dass Schadenersatzansprüche der Versicherten ins Leere gehen, weil Vertragsärztinnen und -ärzte zahlungsunfähig geworden sind. Zugleich werden auch die Krankenkasse und andere Sozialversicherungsträger davor geschützt, dass Ansprüche, die auf sie übergegangen sind, aufgrund einer Insolvenz nicht realisiert werden können.

Zu Absatz 1

Absatz 1 statuiert eine neue vertragsärztliche Pflicht zum Abschluss einer angemessenen Berufshaftpflichtversicherung. Diese Verpflichtung ist nicht schon dann erfüllt, wenn eine Berufshaftpflichtversicherung über die Mindestversicherungssumme abgeschlossen wird. Vielmehr ist das spezifische Haftungsrisiko, das sich insbesondere aus der Facharztgruppenzugehörigkeit, dem Leistungsangebot sowie dem Patientenkontext ergibt, zu berücksichtigen. Leistungserbringer sind somit auch bei Einhaltung der Mindestversicherungssumme nach § 95e Abs. 2 SGB V nicht notwendigerweise ausreichend im Sinne des § 95e Abs. 1 SGB V versichert.

Vor diesem Hintergrund ist in Absatz 1 ausdrücklich klarzustellen, dass für eine ausreichende Versicherung im Sinne des Satz 1 das individuelle Haftungsrisiko des jeweiligen Arztes zu berücksichtigen ist.

Zu Absatz 2

Absatz 2 sieht eine Mindestversicherungssumme von drei Millionen für jeden Versicherungsfall vor. Allerdings wird diese Summe nicht in allen Fällen ausreichend sein.

Unabhängig davon muss eine ausreichende Haftpflichtversicherung das individuelle Haftungsrisiko des jeweiligen Arztes abbilden. Es ist daher klarzustellen, dass die Mindestversicherungssumme nach Absatz 2 nur ein Mindestbetrag ist und die Pflicht zum Abschluss einer angemessenen Berufshaftpflichtversicherung die Vereinbarung einer höheren Versicherungssumme erforderlich machen kann.

Die Regelung des Absatz 2 Satz 3, wonach der Spitzenverband Bund der Krankenkassen jeweils mit der Bundesärztekammer, der Bundeszahnärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer und der jeweiligen Kassenärztlichen Bundesvereinigung höhere Mindestversicherungssummen vereinbaren kann, kann eine gesetzliche Festlegung nicht ersetzen. Insbesondere fehlt ein Konfliktlösungsmechanismus für den Fall der Nichteinigung.

Zu Absatz 4

Der Tatbestand des Ruhens muss zeitliche begrenzt werden. Ein Ruhen ist nur dann sinnvoll, wenn mit der Wiederaufnahme der Tätigkeit zu rechnen ist. Um Arztsitze nicht unnötig lange zu blockieren, soll nach Ablauf einer zu setzenden Frist die Zulassung entzogen werden kön-

nen. 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.

Zu Absatz 5

Nach Absatz 5 Satz 1 gelten die Absätze 1 bis 4 entsprechend für ermächtigte Ärzte y für deren Tätigkeit im Rahmen der Ermächtigung kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht. Diese Regelung führt dazu, dass ermächtigte Ärzte, bei denen anderweitiger Versicherungsschutz besteht, nicht der Überprüfung des Versicherungsschutzes durch die Zulassungsausschüsse nach den Absätzen 2 und 3 unterliegen. Daher ist für diese Ärzte die entsprechende Geltung der Absätze 1 bis 3 anzuordnen mit der Maßgabe, dass die Verpflichtung zum Abschluss einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung auch als erfüllt gilt, wenn für die Tätigkeit im Rahmen der Ermächtigung ein anderweitiger angemessener Haftpflichtversicherungsschutz besteht.

Absatz 5 Satz 2 ordnet die entsprechende Geltung der Absätze 1 bis 4 für medizinische Versorgungszentren, Vertragsärzte und Berufsausübungsgemeinschaften mit angestellten Ärzten an. Die damit angeordnete entsprechende Geltung des Absatz 2 kann dahingehend verstanden werden, dass die Mindestversicherungssumme auch Absatz 2 sich auf das gesamte MVZ bzw. die gesamte Berufsausübungsgemeinschaft bezieht. Es ist daher klarzustellen, dass die Mindestversicherungssumme für jeden dort tätigen Arzt einzuhalten ist.

C) Änderungsvorschlag

1. An Absatz 1 wird der folgenden Satz 2 angefügt:

„Ein Berufshaftpflichtversicherungsschutz ist ausreichend, wenn aufbauend auf der Mindestversicherungssumme nach Absatz 2 das individuelle Haftungsrisiko des Vertragsarztes, das sich insbesondere aus der Facharztgruppenzugehörigkeit, dem Leistungsangebot sowie dem Patientenlientel ergibt, abgedeckt ist.“

2. Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) Der Punkt in Satz 1 wird durch ein Semikolon ersetzt und danach wie folgt ergänzt:

„Absatz 1 Satz 2 bleibt unberührt.“

b) Satz 3 wird gestrichen.

3. Absatz 4 wird wie folgt geändert:

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.“

4. Absatz 5 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die Absätze 1 bis 4 gelten entsprechend für ermächtigte Ärzte; Absatz 1 und 2 mit der Maßgabe, dass die Verpflichtung zum Abschluss einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung als erfüllt gilt, wenn für die Tätigkeit im Rahmen der Ermächtigung ein anderweitiger angemessener Haftpflichtversicherungsschutz besteht; Absatz 4 gilt mit der Maßgabe, dass anstelle des Beschlusses des Ruhens der Zulassung die Ermächtigung zu widerrufen ist.“

b) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Absätze 1 bis 4 gelten entsprechend für medizinische Versorgungszentren, Vertragsärzte und Berufsausübungsgemeinschaften mit angestellten Ärzten mit der Maßgabe, dass ein den Anforderungen der Absätze 1 und 2 entsprechender Haftpflichtversicherungsschutz für jeden dort tätigen Arzt, Zahnarzt und Psychotherapeuten bestehen muss.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 27

§ 98 – Zulassungsverordnungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 98 Absatz 2 Nummer 12 wird ergänzt. Im Sinne der Rechtsklarheit wird das Bundesministerium für Gesundheit als Ordnungsgeber explizit ermächtigt, Regelungen über das Ruhen und die Entziehung der Zulassung in der Ärzte-ZV und der Zahnärzte-ZV zu regeln. Die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) und die Zulassungsverordnung für Zahnärzte (Zahnärzte-ZV) enthalten zwar bereits heute Regelungen über das Ruhen und die Entziehung der Zulassung zur vertragsärztlichen und-zahnärztlichen Versorgung. Eine explizite Ermächtigung des Ordnungsgebers hierfür fehlte jedoch bisher.

Mit der neuen Vorschrift des § 95e Absatz 4 SGB V, die im Falle eines Verstoßes gegen die Berufshaftpflichtversicherungspflicht als Sanktion die Anordnung des Ruhens der Zulassung vorsieht, ist zum bisherigen Ruhenstatbestand ein neuer hinzugekommen. Dieser wird flankierend zur gesetzlichen Regelung des § 95e Absatz 3 nunmehr auch in § 26 Ärzte-ZV und Zahnärzte-ZV abgebildet.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht. Die Verbesserung der Rechtsklarheit wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 28

§ 110a – Qualitätsverträge

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Instrument der Qualitätsverträge soll mit den geplanten Änderungen im § 110a verbindlicher geregelt werden. Mit der Ersetzung der Sollregelung in Absatz 1 Satz 1 soll klargestellt werden, dass es sich bei der Erprobung von Qualitätsverträgen um eine verpflichtende Aufgabe der Krankenkassen bzw. deren Zusammenschlüssen handelt.

Mit der beabsichtigten Ergänzung von Absatz 3 wird in der Folge für die Krankenkassen für das Jahr 2022 ein jährliches Ausgabenvolumen in Höhe von 0,30 Euro je Versichertem zur Erprobung von Qualitätsverträgen festgelegt, welches in den Folgejahren bis einschließlich 2028 gemäß der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV dynamisch anzupassen ist. Eine Überschreitung des jährlichen Ausgabenvolumens ist möglich. Eine Unterschreitung soll jedoch direkte finanzielle Konsequenzen haben, in dem die nicht verausgabten Mittel im Folgejahr an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu zahlen sind. Mit dem Satz 3 wird konkretisiert, dass nur Aufwendungen der Krankenkassen nach Vertragsabschluss für das jährliche Ausgabenvolumen berücksichtigt werden dürfen. Jegliche Aufwendungen, die im Vorfeld anfallen (z. B. für die konzeptionelle Ausgestaltung, die Suche nach Vertragspartnern und Vertragsverhandlungen), sind somit extrabudgetär außerhalb des vorgegebenen Ausgabenvolumens zu leisten.

Der GKV-Spitzenverband soll zudem verpflichtet werden, ab dem Jahr 2022 auf Basis der Rechnungsergebnisse der Krankenkassen jährlich zu prüfen, ob die Krankenkassen ihrer Verpflichtung zur Erprobung von Qualitätsverträgen mindestens in Höhe des jeweils vorgegebenen jährlichen Ausgabenvolumens nachgekommen sind. Relevant für die Prüfung ist laut Gesetzesbegründung auch die Anzahl der Versicherten entsprechend der GKV-Statistik KM1/13 für jedes Jahr. Ist die jeweilige Krankenkasse ihrer Verpflichtung nicht oder nicht in vollem Umfang nachgekommen, hat der GKV-Spitzenverband den Betrag zu ermitteln, den die betreffende Krankenkasse im Folgejahr an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu entrichten hat und durch Bescheid geltend zu machen. In diesem Zusammenhang soll der GKV-Spitzenverband auch die jährliche Aufgabe erhalten, eine Aufstellung der rechtskräftig festgestellten Beträge für das jeweilige Jahr an das Bundesamt für Soziale Sicherung zu übermitteln.

Mit der geplanten Ergänzung in Absatz 1 Satz 3 soll die Möglichkeit geschaffen werden, die Vertragslaufzeit der zu befristenden Qualitätsverträge zu verlängern. Laut Gesetzesbegründung soll hiermit zum einen die von der Selbstverwaltung geäußerte Kritik an der begrenzten Zeit zur Umsetzung der Qualitätsverträge aufgegriffen werden, die dem hohen Aufwand für die Entwicklung und Umsetzung der Qualitätsverträge entgegenstehe. Zum anderen handelt es sich hierbei insbesondere um eine Übergangsregelung für erfolgreich umgesetzte Qualitätsverträge bis zur Vorlage der Empfehlungen des G-BA nach § 136b Absatz 8 SGB V auf der Grundlage der Bewertung der Evaluationsergebnisse. Eine Verlängerung der Vertragslaufzeit ist zulässig, bis eine Empfehlung des G-BA vorliegt, dass für die jeweilige Leistung oder den jeweiligen Leistungsbereich künftig kein Qualitätsvertrag mehr zur Verfügung stehen sollte. Die Empfehlungen des G-BA können auch vorsehen, dass Qualitätsverträge für die jeweilige Leistung oder den jeweiligen Leistungsbereich fortgeführt werden sollen. Inwieweit verlängerte Vertragslaufzeiten Eingang in die Evaluation finden sollen, ist durch den G-BA festzulegen.

Die geplante Änderung in Absatz 2 stellt eine Folgeänderung zu dem erweiterten Auftrag des G-BA nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 dar, bis zum 31.12.2023 weitere vier Leistungen oder Leistungsbereiche festzulegen, zu denen Qualitätsverträge erprobt werden sollen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben die verbindlichen Rahmenvorgaben für die vier bisher vom G-BA beschlossenen Leistungsbereiche mit Wirkung zum 01.08.2018 vereinbart. Die Festlegung von vier weiteren Leistungen oder Leistungsbereichen macht voraussichtlich Anpassungen oder Ergänzungen in der Rahmenvereinbarung erforderlich. Ab dem Jahr 2021 sind deshalb innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten eines Beschlusses des G-BA über neue Leistungen oder Leistungsbereiche erforderliche Anpassungen der Rahmenvereinbarung zu vereinbaren.

B) Stellungnahme

Auch wenn das grundlegende Anliegen geteilt wird, die Erprobung von Qualitätsverträgen wirkungsvoll zu stärken, stuft der GKV-Spitzenverband die beabsichtigten Änderungen in § 110a überwiegend nicht als zielführend ein. Der GKV-Spitzenverband spricht sich daher dafür aus, auf einen größeren Teil der geplanten Änderungen zu verzichten. Aufgrund der Komplexität der geplanten Regelungen wird im Folgenden dargelegt, welche Änderungen vom GKV-Spitzenverband abgelehnt und welche mitgetragen werden.

Die beabsichtigte Klarstellung, dass es sich bei der Erprobung von Qualitätsverträgen um eine verpflichtende Aufgabe der Krankenkassen handelt, ist nicht sachgerecht. Die Krankenkassen

haben grundsätzlich ein großes Interesse daran, Qualitätsverträge abzuschließen, um zu erproben, ob sich durch die Vereinbarung von Anreizen und höherwertigen Qualitätsanforderungen eine weitere Verbesserung der Versorgung mit stationären Behandlungsleistungen erreichen lässt. Der Einsatz qualitätssichernder Maßnahmen im stationären Bereich ist ein primäres Anliegen der GKV. Bei den Qualitätsverträgen handelt es sich allerdings bisher um selektive Verträge ohne Anspruch auf Vertragsabschluss. Dies ist vor dem Hintergrund der mit den Qualitätsverträgen intendierten „experimentellen“ Erprobung von höherwertigen Qualitätsanforderungen in Verbindung mit völlig frei gestaltbaren Anreizen auch sachgerecht. Es ist fraglich, ob eine Verpflichtung zum Vertragsabschluss der Zielstellung zuträglich ist. Außerdem würde die geplante Klarstellung die Krankenkassen einseitig belasten, da für die Krankenhäuser weiterhin keinerlei Verpflichtung zum Vertragsabschluss bestünde.

Besonders kritisch ist die ergänzende Konkretisierung, mit der der verpflichtenden Aufgabe der Krankenkassen zur Erprobung von Qualitätsverträgen ein jährliches Ausgabenvolumen zugewiesen wird. Um die relevanten Aufwendungen für die Qualitätsverträge nach Vertragsabschluss zu identifizieren und den einzelnen Jahren zuzuordnen, wäre ein hochkomplexes Verfahren erforderlich.

Eine jährliche Zuschreibung der konkreten Aufwendungen für die Erprobung der Qualitätsverträge nach Vertragsabschluss ist in der Praxis kaum umsetzbar, da die Bewertung der Qualitätsergebnisse und in der Folge die Realisierung der Anreize bezogen auf die erbrachten stationären Leistungen für das jeweilige Jahr nicht immer direkt und zeitgerecht zugeordnet werden können. Insbesondere im Leistungsbereich endoprothetische Gelenkversorgung wird die Ergebnisqualität häufig über Indikatoren gemessen, deren Ergebnisse erst mit deutlichem zeitlichem Verzug bewertet werden können. Beispielhaft zu nennen sind hier die Evaluationskennziffer zum poststationären Status „Revisionsfreiheit 2 Jahre postoperativ nach elektivem Primärimplantat“ oder die Evaluationskennziffer „Patientenbefragung ein Jahr poststationär“ mittels HOOS- oder KOOS-Score.

Außerdem ist problematisch, dass sämtliche Aufwendungen, die vor dem Vertragsabschluss anfallen, nicht in das Ausgabenvolumen eingerechnet werden dürfen. Hierbei handelt es sich aber um einen wesentlichen Anteil der Transaktionskosten für die Erprobung von Qualitätsverträgen, die die Krankenkassen zusätzlich zum Ausgabenvolumen tragen müssen.

Darüber hinaus ist es möglich (und bereits realisiert), in den Qualitätsverträgen auch nicht-monetäre Anreize zu vereinbaren. Es erscheint nicht praktikabel, die Aufwendungen für diese nicht-monetären Anreize in einem jährlichen Ausgabenvolumen konkret zu beziffern.

In der Konsequenz spricht sich der GKV-Spitzenverband für den Verzicht auf die oben erwähnten geplanten Änderungen aus.

Die geplante Ergänzung in Absatz 1 Satz 3 wird hingegen ausdrücklich begrüßt. Die Möglichkeit zur Verlängerung der Vertragslaufzeit der zu befristenden Qualitätsverträge ist sinnvoll, um den Abschluss weiterer Qualitätsverträge oder die Verlängerung der Vertragslaufzeit bei bestehenden Verträgen über den bisher in der Rahmenvereinbarung festgelegten Erprobungszeitraum hinaus zu ermöglichen. Die konzeptionelle Entwicklung und die Vorbereitung eines Vertragsabschlusses nimmt viel Zeit in Anspruch, sodass potenzielle Vertragspartner somit mehr Anreiz haben, noch weitere Verträge abzuschließen. Darüber hinaus stuft der GKV-Spitzenverband es als sachgerecht und sinnvoll ein, dass bis zur Vorlage der Empfehlungen des G-BA nach § 136b Absatz 8 SGB somit eine Übergangsregelung für erfolgreich umgesetzte Qualitätsverträge eingeführt werden soll. Eine Vertragsverlängerung soll zulässig sein, bis der G-BA in diesem Zusammenhang bis zum 31.12.2028 eine negative Empfehlung abgibt, dass künftig in einem bestimmten Leistungsbereich kein Qualitätsvertrag mehr zur Anwendung kommen solle. Daraus könnte geschlossen werden, dass im Falle einer positiven Empfehlung des G-BA zur Fortführung der Qualitätsverträge entsprechende Qualitätsverträge automatisch weiterlaufen, um einen nahtlosen Übergang zu ermöglichen, bis eine neue Rechtsgrundlage für die Zukunft der Qualitätsverträge unter Berücksichtigung der Empfehlungen des G-BA vorliegt. Es fehlt allerdings eine klare Rechtsgrundlage hierfür. Der GKV-Spitzenverband spricht sich daher dafür aus, klarzustellen, dass Qualitätsverträge, die in einem Leistungsbereich mit positiver Empfehlung des G-BA zur Fortführung der Qualitätsverträge abgeschlossen worden sind, weitergeführt werden können, bis eine Anschlussregelung des Gesetzgebers zur Zukunft der Qualitätsverträge getroffen wurde.

Die geplante Folgeänderung in Absatz 2 zu dem erweiterten Auftrag des G-BA nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V, bis zum 31.12.2023 vier weitere Leistungen oder Leistungsbereiche festzulegen, zu denen Qualitätsverträge erprobt werden sollen, ist grundsätzlich nachvollziehbar. Die Festlegung von neuen Leistungen oder Leistungsbereichen erfordert voraussichtlich Anpassungen in der Rahmenvereinbarung. Die erforderlichen Anpassungen sollen innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten eines Beschlusses des G-BA über neue Leistungen oder Leistungsbereiche durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und den GKV-Spitzenverband vereinbart werden. Die zeitliche Kopplung an die Beschlussfassung des G-BA über neue Leistungen oder Leistungsbereiche ist sinnvoll und zu unterstützen. Mit der Regelung soll vermutlich auch dem Umstand Rechnung getragen werden, dass der G-BA bei der Umsetzung des Auftrags die Möglichkeit hat, nicht alle vier neuen Leistungen oder Leistungsbereiche gleichzeitig, sondern in einem schrittweisen Verfahren, z. B. jährlich, neue Leistungen oder Leistungsbereiche festzulegen. Der Vollständigkeit halber sei hier auf die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zu den geplanten Änderungen in § 136b Absatz 1

Satz 1 Nummer 4 SGB V hingewiesen, in der dargelegt wird, dass sich der GKV-Spitzenverband dafür ausspricht, die Festlegung von neuen Leistungen oder Leistungsbereichen zeitgleich mit einem Beschluss zu treffen.

C) Änderungsvorschlag

Auf die beabsichtigten Änderungen in Absatz 1 wird verzichtet. Absatz 1 gilt in seiner ursprünglichen Fassung fort. Die geplante Ergänzung von Absatz 3 wird aufgehoben.

Die geplante Änderung von § 110a Absatz 1 Satz 3 wird unverändert umgesetzt. Zusätzlich wird ein neuer Satz 4 ergänzt:

„Insofern der G-BA eine Empfehlung abgibt, nach der für die jeweilige Leistung oder den jeweiligen Leistungsbereich Qualitätsverträge fortgeführt werden sollen, kann die Vertragslaufzeit verlängert werden, bis unter Berücksichtigung der Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses eine neue Rechtsgrundlage für die unbefristete Fortführung des Instruments der Qualitätsverträge geschaffen wurde.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 29

§ 118 Absatz 2 Satz 6 (neu) – Psychiatrische Institutsambulanzen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der G-BA ist mit Frist zum 31.12.2020 gemäß § 92 Absatz 6b SGB V mit einer Regelung für eine neue berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung psychisch Kranker mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf beauftragt. Der Auftrag umfasst eine Erleichterung der Übergänge zwischen stationärer und ambulanter Versorgung und sieht auch die Einbeziehung der psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V vor.

Mit der Neuregelung werden die Vertragsparteien auf Bundesebene nun verpflichtet, nach Inkrafttreten der neuen Richtlinie des G-BA die von ihnen getroffenen Bundesvereinbarungen für die psychiatrischen Institutsambulanzen zu überprüfen. Die bestehende Vereinbarung ist dahingehend anzupassen, dass den Institutsambulanzen eine Teilnahme an der neuen Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V ermöglicht wird.

B) Stellungnahme

Das Ziel einer Einbindung der psychiatrischen Institutsambulanzen in die neue Versorgungsform nach § 92 Absatz 6b SGB V wird grundsätzlich begrüßt.

Es besteht eine hohe Überschneidung der Regelungsaufträge an den G-BA im § 92 Absatz 6b SGB V und an die Vertragsparteien auf Bundesebene für die psychiatrischen Institutsambulanzen im § 118 SGB V. In beiden Regelungen geht es um eine berufsgruppenübergreifende und koordinierte Versorgung schwer psychisch kranker Versicherter mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Es ist fraglich, ob die beabsichtigte Beteiligung der Institutsambulanzen an der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V mit dem bisherigen Versorgungsauftrag nach § 118 SGB V umsetzbar ist. In Abhängigkeit von der konkreten Ausgestaltung der neuen Versorgungsform in der G-BA-Richtlinie sowie der Festlegungen zur Einbindung der Institutsambulanzen kann sich ein Widerspruch zu den bestehenden gesetzlichen Vorgaben für eine Behandlung in einer PIA ergeben, der nicht ohne eine weitergehende gesetzliche Anpassung auflösbar ist.

Um ökonomisch Fehlanreize zu vermeiden und eine Doppelvergütung auszuschließen, sind neben Bundesvereinbarungen auch 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.

C) Änderungsvorschlag

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

„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.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 30a)

§ 120 Abs. 1 – Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung vollzieht die bereits geltende Rechtsprechung und Praxis gesetzlich nach, dass Leistungen von Krankenhäusern im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung nach § 76 Absatz 1 S. 2 SGB V aus der Gesamtvergütung vergütet werden.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt. Im Sinne der Regelung erscheint jedoch eine zusätzliche Klarstellung hilfreich, dass auch Leistungen von Krankenhäusern im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung, die nach § 75 Abs. 1b S. 2 und § 115 Abs. 2. S. 1 Nr. 3 erbracht werden, Teil der Gesamtvergütung sind. Auch in diesen Fällen würde es sich um eine gesetzliche Fixierung des Status Quo handeln.

C) Änderungsvorschlag

§ 120 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte, die in stationären Pflegeeinrichtungen erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen von nach § 119b Absatz 1 Satz 4 ermächtigten Ärzten, ambulante ärztliche Leistungen, die in ermächtigten Einrichtungen erbracht werden, und Leistungen, die im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 27b Absatz 3 Nummer 4 oder nach § 75 Absatz 1b Satz 2, § 76 Absatz 1 Satz 2 oder Absatz 1a, § 115 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 sowie nach § 87 Absatz 2a Satz 13 erbracht werden, werden nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 30b)

§ 120 Abs. 3b (neu) – Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im neuen Absatz 3b wird geregelt, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung bundesweite Vorgaben und Qualitätsanforderungen für die Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des ambulanten Behandlungsbedarfs von Versicherten aufzustellen hat, die sich an Notfallambulanzen der Krankenhäuser wenden. In Rahmen dieser Ersteinschätzung soll eine Abklärung und Bewertung der Behandlungsnotwendigkeit erfolgen. Die Abrechnung ambulanter Leistungen durch Krankenhäuser soll nur möglich sein, sofern eine entsprechende Behandlungsnotwendigkeit festgestellt wird. Die Vorgaben und Qualitätsanforderungen sind ins Benehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem GKV-Spitzenverband zu stellen. In den Vorgaben soll darüber hinaus das Nähere darüber geregelt werden, wie zum Zwecke der Abrechnung ein Nachweis der Durchführung einer Ersteinschätzung erfolgen kann, darüber hinaus auch zur Form und zum Inhalt der Abrechnungsunterlagen. Zudem soll das Nähere darüber festgelegt werden, wie der Nachweis gegenüber der Terminservicestelle erfolgen kann, dass eine Vermittlung an einen Facharzt ohne Überweisung gem. der Neuregelung in § 75 Abs. 1a S. 4 erfolgen kann (gem. Begründung beispielsweise über einen Vermittlungscodes).

Ziel der Regelung ist ausweislich der Gesetzesbegründung, dass hiermit zukünftig vermieden werden soll, dass Patienten die Behandlungskapazitäten der Krankenhäuser binden, obwohl kein medizinischer Notfall nach § 76 Abs. 1 S. 2 vorliegt und somit die vertragsärztliche Versorgung die sachgerechte Versorgungsebene darstellt. Die Begründung stellt weiter fest, dass die Ersteinschätzung softwarebasiert sein soll und eine durch die Software festgestellte Abweisung eines Patienten haftungsrechtliche Bedenken seitens der Krankenhäuser ausräumen solle. Krankenhäuser können im Falle einer Abweisung wie bisher die Notfallpauschalen 01205 oder 01207 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes abrechnen.

B) Stellungnahme

Hinsichtlich der Positionierung des GKV-Spitzenverbandes für eine grundsätzliche Neugestaltung der Versorgung in der ambulanten Notfallversorgung, wird auf die Vorbemerkungen verwiesen.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt, dass der Gesetzgeber beabsichtigt, Regelungen zu treffen, um die Zahl der ambulanten Behandlungen in den Zentralen Notaufnahmen der Krankenhäuser zu reduzieren. Der Gesetzgeber verweist in der Gesetzesbegründung darauf, dass die Zentralen Notaufnahmen ohnehin nur bei Vorliegen eines medizinischen Notfalles nach § 76 Abs. 1 S. 2 SGB V Leistungen im ambulanten Notdienst erbringen dürfen. Auswertungen von Abrechnungsdaten zeigen hingegen, dass knapp über 50% aller Leistungen im ambulanten Notdienst von Krankenhäusern erbracht werden. Dennoch werden die Notfallpauschalen 01205 und 01207 (Abrechnung, wenn die Erkrankung eines Patienten keiner sofortigen Maßnahme bedarf und die nachfolgende Versorgung durch einen Vertragsarzt außerhalb der Notfallversorgung möglich ist) nur in weniger als einem Prozent aller Notfälle abgerechnet. Da dennoch davon auszugehen ist, dass in einem Großteil dieser Fälle tatsächlich auch eine Behandlung durch Vertragsärzte möglich gewesen wäre, unterstützt der GKV-Spitzenverband Maßnahmen, die geeignet sind, die Kapazitäten der Zentralen Notaufnahmen für die Behandlung echter Notfälle frei zu halten.

Insofern ist es zielführend, den Krankenhäusern durch die Vorgabe einer softwarebasierten qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung eine verbindliche Bewertung zur Verfügung zu stellen, welche Patienten ein Notfall nach § 76 Abs. 1 S. 2 SGB V sind. Insbesondere der resultierende Wegfall haftungsrechtlicher Bedenken ist hier hervorzuheben, da diese Bedenken bislang häufig als Grund für die Behandlung von Patienten angeführt wurden, die nach objektiven Kriterien eigentlich nicht als Notfall einzuschätzen waren.

Das gewählte Vorgehen zur Entwicklung der Vorgaben, Qualitätsanforderungen und geeigneter Nachweise ist insgesamt sachgerecht, wobei vorgesehen werden sollte, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung den GKV-Spitzenverband ins Einvernehmen stellt. Angesichts der Bedeutung dieser gesetzgeberischen Maßnahme spricht sich der GKV-Spitzenverband zudem für die Vorgabe einer konkreten und möglichst zeitnahen Frist aus, bis zu der das Ersteinschätzungsinstrument einzuführen ist.

Darüber hinaus sollte auf Basis einer Evaluation zeitnah nach Umsetzung der Maßnahme untersucht werden, ob die vorliegende Maßnahme dazu geeignet ist, die Patientensteuerung bei ambulanten Notfällen zu optimieren. Hiermit könnte der ergänzte Bewertungsausschuss beauftragt werden, da durch diesen bereits vergleichbare Analysen durchgeführt wurden.

Der GKV-Spitzenverband sieht noch geringen Ergänzungsbedarf an den Regelungen, um die Zielgenauigkeit der Maßnahme weiter zu verbessern.

Da der Gesetzgeber mit dem vorliegenden Ersteinschätzungsinstrument nicht grundsätzlich die Behandlungsnotwendigkeit von Versicherten im Rahmen des ambulanten Notdienstes

feststellen lassen möchte, sondern gezielt darauf abstellt, mit dem Ersteinschätzungsinstrument die Inanspruchnahme von Zentralen Notaufnahmen auf Basis des nach § 76 Abs. 1 S. 2 SGB V zu reduzieren, erscheint es nicht sachgerecht, diese Maßnahme auch auf Krankenhäuser anzuwenden, solange sie aufgrund einer Kooperation oder organisatorischen Verknüpfung mit der Kassenärztlichen Vereinigung am ambulanten Notdienst im Rahmen eines Vertrags nach § 75 Abs. 1b S. 2 SGB V teilnehmen und dafür die Notfallambulanz unmittelbar in den Notdienst einbinden. Gleiches gilt für Zeiträume, in denen die Zentralen Notaufnahmen in den ambulanten Notdienst auf Basis des § 115 Abs. 2. S. 1 Nr. 3 SGB V eingebunden sind.

Zudem erscheint es zwingend erforderlich, in der Gesetzesbegründung auszuführen, dass aufgrund der Einführung des Ersteinschätzungsinstruments die bisherige regelmäßige Rechtsprechung nach der jedes Aufsuchen der Zentralen Notaufnahmen außerhalb der vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten als Notfall nach § 76 Abs. 1 S. 2 SGB V gilt (vgl. BSG-Urteil vom 02.07.2014 – B 6 KA 30/13 R), keine Anwendung mehr finden kann. Das Vorliegen eines entsprechenden ambulanten Notfalls ist vielmehr durch das Ersteinschätzungsinstrument allein dann zu erkennen, wenn die Erkrankung des Patienten aufgrund ihrer Beschaffenheit einer sofortigen Maßnahme bedarf und die Versorgung durch einen Vertragsarzt entsprechend § 76 SGB V nicht möglich und/oder aufgrund der Umstände nicht vertretbar ist.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 3b Satz 1 werden nach den Wörtern „Kassenärztliche Bundesvereinigung“ die Wörter „bis zum 01.10.2021“ eingefügt.

In Absatz 3b Satz 1 wird der letzte Halbsatz wie folgt gefasst:

„im Benehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen aufzustellen.“

In Absatz 3b werden die folgenden Sätze angefügt:

„Satz 1 gilt nicht für Leistungen von Notfallambulanzen im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 75 Absatz 1b Satz 2 und § 115 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3. Zwei Jahre nach Inkrafttreten dieser Regelungen hat der Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a die Entwicklung der Fälle und der Inanspruchnahme in Notaufnahmen zu evaluieren und hierüber dem Bundesministerium für Gesundheit zu berichten; § 87 Absatz 3a gilt entsprechend.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 32 a) und b)

§ 130b – Übertragung des gesetzlich fortgeltenden Erstattungsbetrages auf Neueinführungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem GKV-FKG wurde in § 130b Abs. 7 Sätze 4 – 8 SGB V die Fortgeltung des Erstattungsbetrages nach Ende des Unterlagenschutzes bzw. nach Ende des Patentschutzes als Preisobergrenze für alle Arzneimittel mit demselben Wirkstoff verankert. Der Gesetzgeber beabsichtigt die Rechtslage inhaltlich dahingehend fortzuentwickeln, dass sich der Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers für Arzneimittelneueinführungen nach Wegfall des Unterlagen- und Patentschutzes auf Grundlage des fortgeltenden Erstattungsbetrages je Mengeneinheit bestimmt wird. Normstrukturell werden die Regelungen in einen neuen, separaten Absatz 8a verlagert.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband sieht die Neuregelung als notwendig und prinzipiell geeignet an, eine bisher offene Rechtsfrage zu klären.

Nachdem ein erstes Arzneimittel mit einem neuen Wirkstoff seinen Unterlagen- oder Patentschutz verloren hat, kann derselbe Wirkstoff auch von anderen pharmazeutischen Unternehmern als weiteres Arzneimittel in anderer Dosierung, Darreichungsform, Wirkstärke etc. neu in den Markt eingeführt werden. Für diese Neueinführungen gilt nach § 130b Abs. 7 Satz 4 SGB V (derzeitige Fassung) der Erstattungsbetrag als Preisobergrenze fort. Nach derzeitiger Rechtslage verliert nach Ende des Patent- und Unterlagenschutzes die übrige Vereinbarung nach § 130b Abs. 1 oder 4 SGB V ihre Gültigkeit. Damit entfallen auch Vertragsklauseln, die die Übertragung des Erstattungsbetrags auf Neueinführungen mit dem gleichen Wirkstoff regeln. Eine gesetzliche Vorgabe zur Übertragung des Erstattungsbetrages auf Neueinführungen ist zwingend notwendig.

Zunächst ist sprachlich eindeutig klarzustellen, dass die Verantwortung für die Bepreisung von Neueinführungen auf Grundlage des fortgeltenden Erstattungsbetrages beim jeweiligen pharmazeutischen Unternehmer liegt; dies ergibt sich bereits aus der Möglichkeit des pharmazeutischen Unternehmers sein Produkt unterhalb des zulässigen Höchstpreises zu bepreisen. Damit ist der Abgabepreis des Unternehmers primär ein Datum in der Verantwortungs- und Freiheitssphäre des pharmazeutischen Unternehmers.

Weiterhin begegnet die Übertragung auf Basis eines „Erstattungsbetrages je Mengeneinheit“ Bedenken. Würde die Berechnungsbasis „je Mengeneinheit“ definiert, müssten alle Erstattungsbeträge in eine lineare Preisstruktur überführt werden. Aufgrund der Vertragsgestaltungsfreiheit der Vertragspartner des § 130b SGB V können jedoch je nach Einzelfall im Zuge des Interessenausgleichs unterschiedliche Preisstrukturen unter Wahl unterschiedlicher Bezugsgrößen vereinbart werden. Der Erstattungsbetrag kann linear je mg, flat je Packung oder stufenweise flat je Wirkstärkeniveau bzw. Packungsgröße gelten. Die Umstellung aller Vereinbarungen vor Ablauf des Unterlagen- bzw. Patentschutzes auf eine lineare Preisstruktur wäre ein weitreichender Eingriff in die Interessen der GKV und des Unternehmers. Daher sollte gesetzlich klargestellt werden, dass die Grundlage für die Bestimmung des Höchstpreises für die Neueinführung das jeweils wirkstoffbezogene Preisbestimmungsmodell aus beispielsweise Erstattungsbetrag pro Bezugsgröße und Preisstruktur ist.

Die zur Bestimmung des maximal zulässigen Höchstpreises notwendigen Informationen (Preisbestimmungsmodell) sind für jeden pharmazeutischen Unternehmer mit Neueinführungsinteresse eine relevante Preisinformation und damit Informationen, die ebenfalls in die Verantwortungssphäre der Unternehmen fallen. An diese richtet sich die gesetzliche Pflicht den Erstattungsbetrag als höchsten zulässigen Abgabepreis nicht zu überschreiten. Entsprechend ist die Meldepflicht der Unternehmen um das Preisbestimmungsmodell zu erweitern. Übermittlungspflichtig sollten alle pharmazeutischen Unternehmer mit einem Arzneimittel mit dem gleichen Wirkstoff sein. Würde die Pflicht zur Meldung der notwendigen Informationen an Preis- und Produktverzeichnisse nur den als ersten einführenden pharmazeutischen Unternehmer betreffen, wäre dies nicht ausreichend. Sollte das erste in den Markt gebrachte Produkt außer Vertriebs und seine Angaben in den Preis- und Produktverzeichnissen gelöscht werden, sind auch die Informationen zur Bestimmung des höchst zulässigen Preises gelöscht und dem Markt nicht mehr zugänglich; daher muss es redundant verankert werden. Ein Marktteilnehmer sollte zu jedem Produkt mit dem gleichen Wirkstoff die Informationen für die maximal zulässige Höchstgrenze finden können.

Darüber hinaus hält der GKV-Spitzenverband es aufgrund erster Erfahrungen für erforderlich, den Inhalt des Auskunftsrechts gegenüber dem pharmazeutischen Unternehmer zur Patentlaufzeit zu präzisieren. Obgleich sich bereits aus der rechtssystematischen Logik ergibt, dass das Auskunftsrecht gegenüber pharmazeutischen Unternehmen zur Laufzeit des Patentes auf ein konkretes Datum gerichtet ist, sollte analog zur Auskunft durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zum Datum des Wegfalls des Unterlagenschutzes des erstmalig zugelassenen Arzneimittels, der Auskunftsanspruchsinhalt auf das Datum der Anmeldung des Patentes konkretisiert werden, da dieser Tag nach §16 PatG ausschlaggebend

für die reguläre Laufzeit des Patentes ist. Für eine Überprüfung der Angaben des pharmazeutischen Unternehmers ist zudem die Angabe einer Patentnummer vonnöten. Um eine zeitlich unbegrenzte Verschleppung einer Antwort auf die Anfrage des GKV-Spitzenverbandes zu vermeiden, erscheint es notwendig, eine angemessene Frist gesetzlich zu verankern.

C) Änderungsvorschlag

„(8a) Der Erstattungsbetrag nach Absatz 1 oder Absatz 4 gilt ungeachtet des Wegfalls des Unterlagenschutzes des erstmalig zugelassenen Arzneimittels für alle Arzneimittel mit dem gleichen Wirkstoff fort. ~~Bei einem nicht erstmaligen Inverkehrbringen eines anderen Arzneimittels mit dem gleichen Wirkstoff, für das ein pharmazeutischer Unternehmer bereits ein Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff in Verkehr gebracht hat und für das der Erstattungsbetrag nach Satz 1 fortgilt, wird der Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers auf Grundlage des fortgeltenden Erstattungsbetrages je Mengeneinheit bestimmt; der pharmazeutische Unternehmer kann das Arzneimittel unterhalb dieses Preises abgeben. Für ein Arzneimittel, für das bereits ein anderes Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff in Verkehr gebracht worden ist und für das der Erstattungsbetrag nach Satz 1 fortgilt, bestimmt der pharmazeutische Unternehmer den höchstens zulässigen Abgabepreis unter Anwendung des jeweils fortgeltenden Preisbestimmungsmodells. Der pharmazeutische Unternehmer kann das Arzneimittel zu einem Abgabepreis abgeben, der unterhalb des höchstens zulässigen Abgabepreises liegt, der sich auf Grundlage des fortgeltenden Erstattungsbetrages ergibt.~~ Abweichend von Satz 1 gelten die Absätze 1 ~~und 4 bis 8 und 9 bis 10~~ ungeachtet des Wegfalls des Unterlagenschutzes des erstmalig zugelassenen Arzneimittels entsprechend, soweit und solange für den Wirkstoff noch Patentschutz besteht. Wird für das Arzneimittel ein Festbetrag nach § 35 Absatz 3 festgesetzt, gelten die Sätze 1 und 3 nicht. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann von der nach § 77 des Arzneimittelgesetzes zuständigen Bundesoberbehörde Auskunft über das Datum des Wegfalls des Unterlagenschutzes des erstmalig zugelassenen Arzneimittels verlangen. Der pharmazeutische Unternehmer übermittelt dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf Anfrage die Laufzeit des Patentschutzes nach Satz 3 unter Angabe des Tages der Patentanmeldung sowie der entsprechenden Patentnummer innerhalb von vier Wochen nach Zugang der Anfrage. Das Nähere zur Bestimmung des Abgabepreises nach Satz 2 regelt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] im Benehmen mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene. ~~Zur Bestimmung des Abgabepreises nach Satz 2 auf Grundlage der Regelungen nach Satz 7 veröf-~~

~~fentlich der Spitzenverband Bund der Krankenkasse unverzüglich nach Wegfall des Unterla-~~
~~genschutzes des erstmalig zugelassenen Arzneimittels und des Patentschutzes nach Satz 3~~
~~das Kalkulationsmodell des fortgeltenden Erstattungsbetrages nach Satz 1. Pharmazeutische~~
Unternehmer, die Arzneimittel nach Satz 1 oder Satz 2 in Verkehr bringen, haben im Rahmen
ihrer Meldepflichten nach § 131 Abs. 4 das Preisbestimmungsmodell für die Abgabepreise
gemäß der Regelung nach Satz 7 zur Bestimmung des Erstattungsbetrages im Sinne von Satz
1 zu übermitteln; das Nähere zur Übermittlung und Abbildung in den Preis - und Produktver-
zeichnis vereinbaren die Vertragspartner nach § 131 Absatz 1.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 33

§ 131 – Rahmenverträge mit pharmazeutischen Unternehmern

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber beabsichtigt, mehrere Änderungen in § 131 einzufügen. Ziel der Neufassung ist es, den Vertrag nach § 131 analog zum Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung nach § 129 Absatz 2 als verbindlichen Normenvertrag zu fassen. Wesentlicher und obligatorischer Inhalt soll die Übermittlung der Preis- und Produktinformationen von Arzneimitteln und anderen in die Arzneimittelversorgung nach § 31 SGB V einbezogenen Produkten sein. Darüber hinaus werden fakultative Inhalte des Vertrages aufgelistet.

Vertragspartner sollen – wie auch bisher – die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene sein. Im Übrigen soll über die Inhalte des Vertrages eine Benehmensherstellung mit den maßgeblichen Verbänden erfolgen, die die Unternehmen repräsentieren, die die weiteren in die Arzneimittelversorgung einbezogenen Produkte herstellen. Im Falle des Nicht-Zustandekommens soll die Schiedsstelle nach § 130b Absatz 5 die Inhalte des Vertrages festsetzen.

Zudem soll im neuen § 131 explizit klargestellt werden, dass sich die Vertragspartner auch Dritter bedienen dürfen, um ihre vertraglichen Pflichten zu erfüllen.

B) Stellungnahme

Ein wesentlicher Inhalt des Vertrages nach § 131 sind die Preis- und Produktinformationen, die insbesondere die Grundlage für die Abrechnung von Arzneimitteln und andere nach § 31 in die Arzneimittelversorgung einbezogene Produkte, bilden. Diese Informationen haben eine herausragende Bedeutung für die Arzneimittelversorgung. Der GKV-Spitzenverband befürwortet vor diesem Hintergrund die Absicht, den bisher optionalen Vertrag nach § 131 als obligatorischen Normenvertrag auszugestalten, der zwischen obligatorischen und fakultativen Inhalten unterscheidet.

Analog zum Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung soll bei Nicht-Zustandekommen einer Entscheidung eine Schiedsstelle den Inhalt des Vertrages festsetzen. Folgerichtig handelt es sich dabei um die Schiedsstelle nach § 130b, die auch bisher schon von den Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmern gebildet wird.

Die Erwähnung der Möglichkeit, dass sich die Vertragspartner Dritter zur Erfüllung ihrer vertraglichen Pflichten bedienen dürfen, entspricht der derzeitigen Praxis. Eine solche Ausgestaltung wird durch den GKV-Spitzenverband explizit befürwortet.

Weiterhin ist jedoch auch in dieser neuen Fassung des § 131 vorgesehen, dass die Unternehmen, die Verbandmittel oder sonstige Produkte zur Wundheilung vertreiben, selbständig ein Kennzeichen zur Erstattungsfähigkeit ihrer Produkte in den Preis- und Produktinformationen melden. Ein solches Vorgehen ist bei den arzneimittelähnlichen Medizinprodukten durchaus adäquat, da der Gemeinsame Bundesausschuss für diese Produkte eine explizite „Positivliste“ der Erstattungsfähigkeit erstellt. Bei Verbandmitteln gibt es jedoch keine Positivliste sondern nur Kriterien, die in der Arzneimittelrichtlinie festgelegt wurden. Wenn für Produkte, die nicht die Kriterien erfüllen, durch die Unternehmen dennoch eine Erstattungsfähigkeit gemeldet wird, führt dies zu unnötigen Rechtsstreitigkeiten. Bei der Überarbeitung des § 131 sollte diese Ursache für Unklarheiten aufgehoben werden.

C) Änderungsvorschlag

Vor dem Hintergrund, dass es sich bei dem Vertrag nach § 131 SGB V nun um einen einzigen Normenvertrag handelt, regt der GKV-Spitzenverband an den Titel von § 131 wie folgt zu fassen: „Rahmenvertrag mit pharmazeutischen Unternehmen“

In Absatz 4 Satz 7 werden die Wörter „und Absatz 1a Satz 1 und 4“ gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 34

§ 136a Absatz 6 (neu) – Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Veröffentlichung einrichtungsbezogener Vergleiche sollen Qualität und Transparenz in der stationären und ambulanten Versorgung gefördert werden. Hierzu soll der G-BA in seinen Richtlinien nach § 136 Absatz 1 SGB V einheitliche Anforderungen festlegen. Diese betreffen zum einen die Daten, die zum Zwecke der Veröffentlichung verarbeitet werden müssen. Grundlage bilden hierzu die bereits aus den unterschiedlichen Qualitätssicherungsverfahren vorliegenden Daten. Zum anderen sind Festlegungen zu Art und Umfang der Veröffentlichung der daraus resultierenden Auswertungsergebnisse zu treffen. Dabei sind die Ergebnisse des Konzepts des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) zum Qualitätsportal zu berücksichtigen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband unterstützt das mit der Ergänzung des Absatz 6 verbundene Ziel, die Transparenz und Qualität im stationären und ambulanten Sektor zu erhöhen und begrüßt die hierzu noch notwendigen gesetzlichen Klarstellungen und Fristsetzungen. Allerdings sind die gewählten Formulierungen noch nicht hinreichend klar. So bleibt unberücksichtigt, dass es bislang – anders als im stationären Sektor – im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung noch keine Praxis- bzw. Arzt-bezogene Darstellung von Qualitätsergebnissen aus den (wenn auch noch wenigen) sektorenübergreifenden oder speziell ambulanten Qualitätssicherungsverfahren gibt. Es fehlt sowohl eine Regelung zur regelmäßigen Veröffentlichung von Struktur- und Ergebnisdaten, als auch ein Auftrag zur Ermittlung patientenrelevanter Inhalte für eine vergleichende Darstellung im Rahmen eines Qualitätsportals. Allein diese „Asymmetrie“ erfordert unterschiedliche Herangehensweisen, um dem formulierten Anspruch an Transparenz in beiden Sektoren gleichermaßen gerecht werden zu können.

Im Hinblick auf das Verfahren zur Veröffentlichung von Struktur- und Qualitätsergebnisdaten im stationären Sektor gibt es ebenfalls Klarstellungsbedarf. Dies gilt insbesondere für die Rolle des G-BA, der nicht nur Art, Inhalt und Umfang der Daten festlegt, die zunächst von den Leistungserbringern zu übermitteln und schließlich nach erfolgter Auswertung bzw. Plausibilisierung zu veröffentlichen sind. Er sollte darüber hinaus selbst oder durch Beauftragung Dritter die regelmäßige und unabhängige Veröffentlichung sicherstellen. Eine erneute

Überprüfung der Erforderlichkeit der Daten wird in diesem Zusammenhang für entbehrlich gehalten, da sich diese bereits aus den zugrundeliegenden Qualitätssicherungsverfahren sowie der daraus resultierenden Datenverarbeitung nach § 299 SGB V ergibt.

Angesichts der hohen Verbindlichkeit und gewünschten Aussagekraft der Daten ist darüber hinaus ein Verfahren zur regelmäßigen Plausibilisierung insbesondere der Strukturdaten der Krankenhäuser zu etablieren. Dabei können die Ergebnisse der Prüfungen durch den Medizinischen Dienst (MD) einen wertvollen Beitrag leisten und sollten deshalb auch im Rahmen der Veröffentlichung mit berücksichtigt werden.

Grundsätzlich ist es sicherlich sinnvoll, den Fokus zunächst auf die Daten aus den aktuellen G-BA-Richtlinien zu richten und damit ihren Nutzen für datengestützte Arzttempfehlungen und informierte Patientenentscheidungen zu erhöhen. Dennoch sollte in der Gesetzesbegründung klargestellt werden, dass die Informationsbasis perspektivisch insbesondere in Hinblick auf weitere, explizit patientenrelevante Inhalte ausgeweitet werden soll. Dies wird voraussichtlich ein Ergebnis aus der IQTIG-Beauftragung zum Qualitätsportal sein und sollte analog auch für die ambulante Versorgung gelten.

In diesem Zusammenhang ist darauf zu achten, dass durch die unterschiedlichen Gesetzesinitiativen keine redundanten Veröffentlichungen auf unterschiedlichen Plattformen entstehen. Dies gilt konkret für den Punkt 6 der „Eckpunkte für ein Digitalisierungsgesetz“ vom Ende September 2020, in dem die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) verpflichtet werden soll, administrative und strukturbezogene Daten der Vertragsärzte zu veröffentlichen. In diesem Zusammenhang wäre aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zu überprüfen, inwieweit die Potenziale der Digitalisierung im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung aktiver gehoben werden können.

C) Änderungsvorschlag

Aus der Stellungnahme ergeben sich folgende Änderungsvorschläge zur Formulierung des neuen Absatzes 6:

„(6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt ~~in seinen~~ **für seine** Richtlinien nach § 136 Absatz 1 erstmals bis zum 31. Dezember 2022 ~~einheitliche Anforderungen an~~ für die Information der Öffentlichkeit **über die** ~~zum Zweck der Erhöhung der Transparenz und der Qualität der Versorgung insbesondere durch einrichtungsbezogene Vergleiche~~ der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und zugelassenen Krankenhäuser ~~auf der Basis der Auswertungsergebnisse der nach Maßgabe des § 299 bereits verarbeiteten Daten fest.~~ **Die Information basiert auf den Auswertungsergebnissen der nach Maßgabe des**

§ 299 bereits verarbeiteten Daten und soll insbesondere den einrichtungsbezogenen Vergleich der Leistungserbringer zum Zwecke der Erhöhung der Transparenz ermöglichen. Die Veröffentlichung erfolgt durch den Gemeinsamen Bundesausschuss oder durch von ihm beauftragte Dritte. Der Gemeinsame Bundesausschuss Er trifft insbesondere Festlegungen zu Inhalt, Art, ~~und~~ Umfang **und zur Plausibilisierung** der für diesen Zweck zu verarbeitenden Daten sowie zu Inhalt, Art und Umfang der Veröffentlichung der Auswertungsergebnisse in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form. ~~Die Erforderlichkeit der zu verarbeitenden Daten sowie der zu veröffentlichenden Auswertungsergebnisse für die Information der Öffentlichkeit zum Zweck der Erhöhung der Transparenz und der Qualität der Versorgung insbesondere durch einrichtungsbezogene Vergleiche sind in der Richtlinie darzulegen.~~ Die Veröffentlichung der Auswertungsergebnisse hat für die **Krankenhäuser Standort- und für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer Betriebsstättenbezogen** und regelmäßig zu erfolgen. Versichertenbezogene Daten dürfen nicht veröffentlicht werden. **Der Gemeinsame Bundesausschuss legt außerdem Art und Umfang der Veröffentlichung der Ergebnisse von Prüfungen durch den Medizinischen Dienst gemäß § 275a fest.** Die Ergebnisse der Beauftragung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen gemäß § 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 5 und 6 sollen berücksichtigt werden.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 35

§ 136b Abs. 1 Satz 1 Nummer 2 und Abs. 3, 4 (neu), 5 und 5(neu) – Mindestmengen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Mindestmengenregelungen des G-BA sollen rechtssicherer ausgestaltet, konsequenter umgesetzt und das Verfahren zur Festlegung und Evaluation von Mindestmengenbeschlüssen effizienter gestaltet werden. Entsprechend dem Charakter der Mindestmengen als ein basales Sicherungssystem zur Reduktion schwerer Risiken für die Patienten soll es keine Ausnahmen in ihrer Anwendung mehr geben. Die mit dem KHSG eingeführte Verpflichtung an den G-BA zur Evaluation und Evidenzabsicherung seiner Mindestmengenfestlegungen wird weiterentwickelt. Das Beratungsverfahren des G-BA wird auf zwei Jahre befristet. Verschiedene Mindestmengen zu ähnlichen Leistungen können kombiniert werden. Auch können Mindestmengen mit Strukturanforderungen verknüpft werden. Das in der VerfO des G-BA bereits verankerte Antragsrecht des BMG wird nun auch gesetzlich festgeschrieben. Die Umsetzung der Mm-R durch die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen klar geregelt. Klagen gegen den Verwaltungsakt (Widerlegung der Prognose) haben keine aufschiebende Wirkung mehr.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung wird begrüßt. Die Gesetzesänderungen greifen bekannte Probleme aus den Erfahrungen in der Umsetzung der durch das KHSG 2016 geänderten Vorgaben für die Festlegung von Mindestmengen durch den G-BA gezielt auf und führen sie einer sachgerechten Lösung zu. Insbesondere wird klargestellt, dass bei Nichterfüllung der Mindestmenge die Widerlegung der Prognose nicht in das Ermessen gestellt ist, sondern zwingend zu erfolgen hat. Dies trägt zur Rechtssicherheit in der Anwendung der Vorschrift bei. Der in Klammern gesetzte Zusatz „Entscheidung“ ist sprachlich allerdings weiterhin nicht ausreichend normenklar und sollte durch eine eindeutige Klarstellung, dass es sich hier um einen „belastenden Verwaltungsakt“ handelt, ersetzt werden, denn es existieren bereits divergierende Rechtsprechungen. Die zeitintensive zusätzliche Einbindung von Fachgesellschaften steht im Widerspruch zu der neu vorgegebenen gesetzlichen Beratungsfrist von zwei Jahren und sollte gestrichen werden. Die bisher praktizierte Praxis der Einbindung von durch die Bänke und Beteiligte zu benennende Fachexperten erscheint ausreichend.

C) Änderungsvorschlag

In Nummer 35 Buchstabe c (§ 136b Abs. 4 [neu] Satz 1 Nummer 3): Streichen von „*und Fachgesellschaften*“.

In Nummer 35 Buchstabe d bb) (§ 136b Abs. 5 [neu]: In Satz 6 werden die Wörter „*der Ersatzkassen können*“ durch die Wörter „*die Ersatzkassen müssen ab der Prognose für das Kalenderjahr 2023*“ ersetzt. Vor dem Wort „*widerlegen*“ werden die Wörter „*durch einen als belastenden Verwaltungsakt ausgestalteten förmlichen Bescheid*“ eingefügt.

In Nummer 35 Buchstabe d cc) (§ 136b Abs. 5 [neu]: Nach Satz 6 werden folgende Sätze eingefügt:

Der Gemeinsame Bundesausschuss legt im Beschluss nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 mit Wirkung zum 1. Januar 2022 Regelbeispiele für begründete erhebliche Zweifel fest. Stellen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in dem förmlichen Bescheid nach Satz 6 die Erfüllung eines der Regelbeispiele fest, wird widerlegbar vermutet, dass die Prognose des Krankenhausträgers widerlegt ist. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermitteln ab der Prognose für das Jahr 2023 die Ergebnisse der Prognoseprüfungen mit den Entscheidungsgründen dem Gemeinsamen Bundesausschuss und den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden. Bei den Entscheidungen nach Satz 6 und den Übermittlungen nach Satz 9 handeln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich.

In Nummer 35 Buchstabe d dd) (§ 136b Abs. 5 [neu] als Folgeänderung aus cc): Im neuen Satz 12 wird nach dem Wort „*statt*“ ein Semikolon und folgender Halbsatz eingefügt: *Klagen gegen die Entscheidungen nach Satz 6 haben ab der Prognose für das Jahr 2023 keine aufschiebende Wirkung.*

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nrn. 35a) bb) und 35g)

§ 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 und Absatz 8 – Beschlüsse des G-BA zur Qualitätssicherung im Krankenhaus – Qualitätsverträge

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der geplanten Änderung in Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 soll der G-BA beauftragt werden, bis zum 31.12.2023 vier weitere Leistungsbereiche festzulegen, zu denen Qualitätsverträge nach § 110a SGB V erprobt werden sollen. Ziel der Erweiterung auf acht Leistungen oder Leistungsbereiche ist, mit den Qualitätsverträgen ein größeres Versorgungsspektrum abzubilden. Hintergrund ist die bisher zögerliche Umsetzung von Qualitätsverträgen. Der G-BA soll laut Gesetzesbegründung die Leistungen oder Leistungsbereiche, insbesondere im Hinblick auf die Versorgungsrelevanz für Patientinnen und Patienten und die Erreichung ausreichend hoher Fallzahlen, für eine aussagekräftige Evaluation auswählen.

Außerdem soll der Auftrag an den G-BA in Absatz 8, das IQTIG mit einer Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität zu beauftragen, dahingehend geändert werden, dass die Anzahl der Leistungen oder Leistungsbereiche offengehalten wird und die Beauftragung noch während und nicht erst nach Abschluss des Erprobungszeitraums zu erfolgen habe. Mit den neuen Sätzen 3 und 4 wird die Evaluationsverpflichtung des G-BA erweitert und inhaltlich konkretisiert. Ergänzt werden soll die Frist zum 30.06.2028, bis zu der die Untersuchungsergebnisse der Evaluation vorzuliegen haben. Darüber hinaus soll der G-BA verpflichtet werden, die Evaluationsergebnisse zu bewerten und bis zum 31.12.2028 Empfehlungen zum Nutzen der Qualitätsverträge insgesamt und für die jeweiligen Leistungen oder Leistungsbereiche abzugeben. In seinen Empfehlungen soll sich der G-BA dazu positionieren, inwieweit und unter welchen Rahmenvorgaben, z. B. zur Laufzeit oder Transparenz, Qualitätsverträge zukünftig als Instrument zur Qualitätssicherung zur Verfügung stehen sollen. Darüber hinaus soll er darlegen, ob einzelne wirksame Maßnahmen aus den Qualitätsverträgen in allgemeine Qualitätsanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 SGB V und damit in die Regelversorgung überführt werden können. Die Empfehlungen sollen als Grundlage für die Entscheidung des Gesetzgebers über die Zukunft der zunächst befristeten Qualitätsverträge dienen.

Der G-BA soll außerdem dazu verpflichtet werden, ab dem Jahr 2021 auf Basis von vom IQTIG zu übermittelnden Informationen jährlich eine aktuelle Übersicht über abgeschlossene Qualitätsverträge nach § 110a SGB V mit Angaben zu den betreffenden Vertragspartnern, Leistungen oder Leistungsbereichen und Zeiträumen zu veröffentlichen. Ziel der geplanten Neurege-

lung ist, insbesondere Transparenz darüber herzustellen, welche Kassen oder Zusammenschlüsse von Kassen entsprechend dem gesetzlichen Auftrag Qualitätsverträge abgeschlossen haben und ihren Versicherten entsprechende Versorgungsangebote machen.

B) Stellungnahme

Die geplante Erweiterung des Auftrags an den G-BA in § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4, bis zum 31.12.2023 weitere Leistungen oder Leistungsbereiche für die Erprobung von Qualitätsverträgen festzulegen, wird durch den GKV-Spitzenverband als überlegenswerter Ansatz eingestuft. Sie sollte aber auf die Festlegung von maximal zwei weiteren Leistungen oder Leistungsbereichen anstelle von vier beschränkt werden.

Die beabsichtigte Änderung zielt darauf ab, durch Öffnung weiterer Leistungen oder Leistungsbereiche für Qualitätsverträge die Möglichkeit zu eröffnen, mit den Qualitätsverträgen ein breiteres Versorgungsspektrum abzubilden. Hintergrund ist die in der Gesetzesbegründung geäußerte Kritik an der zögerlichen Umsetzung und der Konzentration auf überwiegend einen Leistungsbereich. Der GKV-Spitzenverband teilt die Auffassung des Gesetzgebers, dass die Erprobung von Qualitätsverträgen sowohl hinsichtlich der Anzahl der abgeschlossenen Qualitätsverträge als auch der damit verbundenen Datenbasis derzeit noch ausbaufähig ist, um eine aussagekräftige Evaluation zu ermöglichen. Auch die Kritik an der überwiegenden Konzentration auf einen Leistungsbereich ist nachvollziehbar. Derzeit beziehen sich rund zwei Drittel der 22 abgeschlossenen Qualitätsverträge (Stand: 08.10.2020) auf einen Leistungsbereich, die übrigen verteilen sich in etwa gleich auf zwei weitere Leistungsbereiche und in einem Leistungsbereich wurde bislang erst ein Vertrag geschlossen. Möglicherweise bestehen in den bisher festgelegten Leistungen oder Leistungsbereichen, in denen derzeit nur wenige Qualitätsverträge geschlossen wurden, spezifische Hemmnisse zum Abschluss von Qualitätsverträgen. Die Erweiterung um neue Leistungen oder Leistungsbereiche könnte daher Abhilfe schaffen, um weitere Vertragsabschlüsse mit ggf. größeren Fallzahlen zu ermöglichen.

Der GKV-Spitzenverband ist aber der Auffassung, dass eine Erweiterung um gleich vier weitere Leistungen oder Leistungsbereiche nicht zielführend ist, da auch hier wieder aufwändige „Rüstzeiten“, insbesondere im Hinblick auf die hierfür nötigen Anpassungen und Erweiterungen des Evaluationskonzeptes, entstehen, die zulasten der tatsächlichen Vertragslaufzeiten gingen. So müssen nach den geplanten Änderungen die Evaluationsergebnisse für alle Leistungsbereiche bis zum 30.06.2028 vorliegen.

Das Auswahlprozedere im G-BA ist unter Berücksichtigung der Versorgungsrelevanz und der Fallzahlen komplex und würde einige Monate in Anspruch nehmen. Außerdem reicht eine

Festlegung der Leistungsbereiche allein nicht aus, da das IQTIG vor der Erprobung von Qualitätsverträgen in neuen Leistungen oder Leistungsbereichen gemäß dem bestehenden Evaluationskonzept mit der Entwicklung von spezifischen Evaluationskennziffern für die jeweiligen neuen Leistungsbereiche zu beauftragen ist. Hierfür ist ebenfalls ausreichend Vorlaufzeit einzuplanen. Für die Erprobung und Evaluation verbliebe dementsprechend weniger Zeit, was wiederum eine aussagekräftige Evaluation beeinträchtigen kann.

Der GKV-Spitzenverband spricht sich daher dafür aus, die Erweiterung des Auftrags an den G-BA auf maximal zwei neue Leistungen oder Leistungsbereiche zu beschränken, um ausreichend Zeit für die Entwicklung der neuen Evaluationskennziffern, die Erprobung und die Evaluation der Qualitätsverträge in diesen neuen Leistungsbereichen zu ermöglichen. Der Auftrag bis zum 30.06.2023 sollte sowohl die Festlegung der zwei neuen Leistungen oder Leistungsbereiche als auch die Definition der zugehörigen neuen Evaluationskennziffern beinhalten, damit die Qualitätsverträge danach unmittelbar erprobt werden können.

Der GKV-Spitzenverband hält in diesem Zusammenhang ein gestuftes Verfahren zur Festlegung neuer Leistungen oder Leistungsbereiche für wenig praktikabel. Zwar könnten somit einzelne Leistungsbereiche früher in die Erprobung gehen, aber es würden unterschiedlich lange Zeiträume für die Erprobung entstehen, was die spätere Gesamtevaluation erschweren würde. Er spricht sich daher dafür aus, dass der G-BA die zwei neuen Leistungsbereiche zeitgleich festlegen sollte.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die ergänzende Evaluationsverpflichtung des G-BA im Grundsatz. Bei der geplanten Streichung der vorgegebenen Anzahl von zu evaluierenden Leistungen oder Leistungsbereichen handelt es sich um eine Folgeänderung zum beabsichtigten erweiterten Auftrag an den G-BA aus § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4, vier weitere Leistungen oder Leistungsbereiche festzulegen. Dies ist als sinnvoll einzustufen, da somit sichergestellt wird, dass alle festgelegten Leistungen oder Leistungsbereiche auch Teil der Evaluationsverpflichtung des G-BA sind. Der Verzicht auf die konkrete Benennung einer vorgegebenen Anzahl ist sachgerecht, da bei einer Änderung in § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 nicht automatisch auch diese Bezüge geändert werden müssen. Ebenfalls sachgerecht ist die Änderung, dass das IQTIG schon während und nicht erst nach Abschluss des Erprobungszeitraums mit der Evaluation beauftragt werden soll. Somit wird für entsprechende Aufträge an das IQTIG vor Ablauf des Erprobungszeitraumes eine klare Rechtsgrundlage geschaffen, was zu begrüßen ist. So hat der G-BA mit Beschluss vom 21.06.2018 das IQTIG in einem gestuften Verfahren beauftragt, die verfahrenstechnischen Voraussetzungen für die Umsetzung des vorgeschlagenen Evaluationskonzepts zu schaffen und die Entwicklung der Versorgungsqualität bei den beschlossenen vier Leistungen oder Leistungsbereichen zu untersuchen.

Mit den neuen Sätzen 3 und 4 werden die zeitlichen und inhaltlichen Anforderungen an die Evaluationsverpflichtung des G-BA konkretisiert. In seinem Beschluss vom 21.06.2018 hat der G-BA geregelt, dass die Termine für die Umsetzung der Gesamtevaluation gemäß Plan nach Abschluss der Erprobungsphase und die Erstellung eines Abschlussberichts bis zum 05.01. festzulegen sind. Mit der geplanten gesetzlichen Fristsetzung für die Untersuchungsergebnisse der Evaluation, die bis zum 30.06.2028 vorzuliegen haben, entfällt das Regelungserfordernis durch den G-BA. Der GKV-Spitzenverband begrüßt die vorgesehene gesetzliche Klarstellung ausdrücklich, da sie einen klaren und realistischen zeitlichen Rahmen definiert. Ebenso wird begrüßt, dass der G-BA die Evaluationsergebnisse bewerten und Empfehlungen hierzu abgeben soll. Die konkreten inhaltlichen Vorgaben für diese Empfehlungen sind nachvollziehbar und sachgerecht, allerdings ist der Zeitrahmen innerhalb von sechs Monaten nach Vorlage der Evaluationsergebnisse durch das IQTIG zu knapp bemessen. So soll der G-BA eine differenzierte Bewertung zum Instrument der Qualitätsverträge insgesamt als auch zu einzelnen Leistungsbereichen vornehmen und eine Empfehlung abgeben, ob und unter welchen Rahmenbedingungen das Instrument fortgeführt werden soll und ob ggf. einzelne Maßnahmen in die Regelversorgung überführt werden sollten. Eine derartig differenzierte Bewertung kann unter Beachtung der üblichen Beratungsgänge in den Gremien im G-BA nicht innerhalb von sechs Monaten erfolgen. Der GKV-Spitzenverband spricht sich daher dafür aus, dass der G-BA die Empfehlungen nicht bis zum 31.12.2028, sondern bis zum 31.03.2029 vorzulegen habe. In der Folge verlängert sich auch die vorgesehene neue Möglichkeit für eine verlängerte Vertragslaufzeit gemäß § 110a Absatz 1 Satz 3 SGB V.

Mit den neuen Sätzen 5 und 6 soll zudem die Verpflichtung des G-BA ergänzt werden, ab dem Jahr 2021 auf Basis von vom IQTIG zu übermittelnden Informationen jährlich eine aktuelle Übersicht über abgeschlossene Qualitätsverträge nach § 110a SGB V zu veröffentlichen. Die Veröffentlichung von Informationen zu den Vertragspartnern, den Leistungsbereichen und den Laufzeiten der abgeschlossenen Qualitätsverträge sollte regelmäßig erfolgen und ist eine sinnvolle Maßnahme, um mehr Transparenz zu schaffen und die Bekanntheit der Qualitätsverträge sowohl bei potenziellen Vertragspartnern als auch bei Patientinnen und Patienten zu erhöhen. Gemäß den bisherigen Regelungen in der Rahmenvereinbarung werden die Informationen gemäß § 6 Absatz 4 lediglich im geschützten Bereich auf den Internetseiten des IQTIG eingestellt, auf die während der Erprobungs- und Evaluationszeit nur der G-BA, die DKG, der GKV-Spitzenverband und die jeweiligen Vertragspartner Zugriff haben. Der GKV-Spitzenverband begrüßt ausdrücklich, dass der Gesetzgeber hiermit eine klare Rechtsgrundlage für die Veröffentlichung dieser Informationen schaffen möchte. Der GKV-Spitzenverband

hat sich bereits im Zuge der bisherigen Beratungen stets für eine Veröffentlichung ausgesprochen, die aber aufgrund der bisher fehlenden eindeutigen Rechtsgrundlage noch nicht realisiert werden konnte.

C) Änderungsvorschlag

§ 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 wird wie folgt geändert:

Die Wörter „vier Leistungen oder Leistungsbereiche“ werden durch die Wörter „bis zum 31. Dezember 2023 weitere **zwei** Leistungen oder Leistungsbereiche **inklusive der zugehörigen Evaluationskennziffern**“ ersetzt und das Komma am Ende durch einen Punkt ersetzt.

§ 136b Absatz 8 Satz 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Auf der Grundlage der Untersuchungsergebnisse nach Satz 1, die bis zum 30. Juni 2028 vorliegen, beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum **31. März 2029** Empfehlungen zum Nutzen der Qualitätsverträge bei den einzelnen Leistungen und Leistungsbereichen sowie zu der Frage, ob und unter welchen Rahmenbedingungen Qualitätsverträge als Instrument der Qualitätsentwicklung weiter zur Verfügung stehen sollten. In dem Beschluss über die Empfehlungen nach Satz 3 hat der Gemeinsame Bundesausschuss darzustellen, inwieweit auf der Grundlage der Evaluationsergebnisse erfolgreiche Maßnahmen aus den Qualitätsverträgen in Qualitätsanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 überführt werden sollen. Ab dem Jahr 2021 veröffentlicht der Gemeinsame Bundesausschuss **regelmäßig** eine aktuelle Übersicht der Krankenkassen und Zusammenschlüsse von Krankenkassen, die Qualitätsverträge nach § 110a geschlossen haben einschließlich der Angaben, mit welchen Krankenhäusern und zu welchen Leistungen oder Leistungsbereichen sowie über welche Zeiträume die Qualitätsverträge geschlossen wurden. Das Institut nach § 137a übermittelt dem Gemeinsamen Bundesausschuss die hierfür erforderlichen Informationen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nrn. 35a) cc) und 35h)

§ 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 – Beschlüsse des G-BA zur Qualitätssicherung im Krankenhaus – Qualitätszu- und -abschläge

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Auftrag an den G-BA in Absatz 1 Satz 1 Nummer 5, für zugelassene Krankenhäuser einen Katalog von Leistungen oder Leistungsbereichen, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung mit Zu- und Abschlägen eignen, sowie Qualitätsziele und -indikatoren zu beschließen, soll gestrichen werden. In Folge dessen soll auch der Auftrag an den G-BA in Absatz 9 entfallen, Festlegungen zu diesen Leistungen oder Leistungsbereichen zu treffen sowie ein Verfahren zur Umsetzung der Qualitätszu- und -abschläge zu entwickeln.

Hintergrund der Streichung ist, dass der Einführung der Qualitätszu- und -abschläge unerwartete Umsetzungshindernisse entgegenstehen. In der Gesetzesbegründung wird darauf verwiesen, dass das IQTIG im Rahmen der Entwicklungsaufträge des G-BA kein überzeugendes Konzept für eine mittelfristige Umsetzung vorgelegt habe, sodass noch ein erheblicher Entwicklungsaufwand erforderlich wäre. Die Positionierung der gemeinsamen Selbstverwaltung, dass unter den gegebenen Rahmenbedingungen auf absehbare Zeit keine rechtssichere Umsetzung möglich sei, habe Berücksichtigung gefunden. Auch die beteiligten Fachexperten hätten erhebliche Zweifel an der Umsetzbarkeit unter den gegebenen Rahmenbedingungen geäußert. Aufgrund des hohen Konfliktpotenzials und der ungewissen Effekte sollen Elemente der qualitätsorientierten Vergütung stattdessen im Rahmen der Qualitätsverträge nach § 110a SGB V weiter erprobt werden.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Streichung des Auftrags an den G-BA und damit der Verzicht auf die flächendeckende Umsetzung einer qualitätsorientierten Vergütung wird begrüßt. Aufgrund der oben geschilderten Problematik ist eine Umsetzung unter den gegebenen Rahmenbedingungen auf absehbare Zeit nicht möglich. Die Erarbeitung eines tragfähigen Konzeptes würde andere Rahmenbedingungen erfordern und wäre mit einem erheblichen Entwicklungsaufwand mit sehr hohem methodischen Anspruch und unklarem Kosten-Nutzen-Verhältnis verbunden. Aus diesem Grunde begrüßt der GKV-Spitzenverband die in der Gesetzesbegründung

geäußerte Absicht ausdrücklich, Elemente der qualitätsorientierten Vergütung künftig experimentell und modellhaft im Rahmen der Qualitätsverträge nach § 110a SGB V zu erproben und im Zuge der dort vorgesehenen Evaluation zu bewerten.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 35f)

§ 136b Absatz 6 Satz 5 – Beschlüsse des G-BA zur Qualitätssicherung im Krankenhaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Zusammenhang mit den Regelungen zu Inhalt, Umfang und Datenformat des strukturierten Qualitätsberichts wird die Formulierung in Satz 5 im Absatz 6 von „In einem speziellen Berichtsteil sind die besonders patientenrelevanten Informationen in übersichtlicher Form und in allgemein verständlicher Sprache zusammenzufassen.“ in „In dem Bericht sind die besonders patientenrelevanten Informationen darzustellen.“ geändert.

B) Stellungnahme

Mit der Umformulierung wird klargestellt, dass kein zusätzliches Kapitel für besonders patientenrelevante Inhalte im strukturierten Qualitätsbericht erwartet wird. Es geht vielmehr um die adressatengerechte Darstellung und Veröffentlichung von Informationen zur Patientensicherheit (z. B. Risiko- und Fehlermanagement, Arzneimitteltherapiesicherheit oder Hygienestandards), die inzwischen zum verbindlichen Berichtsumfang gehören. Hierzu wurde das IQTIG bereits im Januar 2019 mit der Erstellung eines umfassenden Konzepts beauftragt, das bis zum 31.12.2021 vorliegen soll.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 36

§ 137 Abs. 2 – Maßnahmen bei Unterschreiten der 100-%-Dokumentationsrate

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der G-BA hat für die datenbasierte Qualitätssicherung eine vollständige Dokumentation von 100 % (Dokumentationsrate) festzulegen. Diese galt bisher nur für Krankenhäuser, obwohl seit dem Jahr 2016 im Rahmen der Umsetzung sektorenübergreifender Qualitätssicherung auch Vertragsärzte sowie zukünftig auch Zahnärzte zur Datenübermittlung verpflichtet sind. Die neue Regelung stellt sicher, dass für alle an der datenbasierten Qualitätssicherung beteiligten Leistungserbringer (Krankenhäuser, Vertragsärzte und Zahnärzte) gleiche Dokumentations- und Sanktionsregeln gelten.

B) Stellungnahme

Die Änderung wird begrüßt. Bei der datenbasierten Qualitätssicherung müssen die Regelungen zur Datenerhebung, Auswertung und auch Sanktionierung im Falle der Nichtübermittlung von Daten für alle Leistungserbringer gleich sein.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 37

§ 137a Abs. 3 Beauftragungen des IQTIG

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird einerseits klargestellt, dass die vom IQTIG zu entwickelnden Patientenbefragungen auch in digitaler Form konzipiert werden können und andererseits bereits existierende, national oder international anerkannte Befragungsinstrumente berücksichtigt werden sollen.

B) Stellungnahme

Die Änderung wird begrüßt. Die Klarstellungen ermöglichen den zukunftsorientierten Einsatz digitaler Patientenbefragungen sowie die Nutzung ggf. verfügbarer bereits existierender Befragungsinstrumente. Allerdings ist zu beachten, dass die überwiegende Zahl an existierenden Befragungsinstrumenten nicht frei verfügbar ist, sondern Rechten Dritter unterliegt, was einer Nutzung für die Qualitätssicherung durch den G-BA im Wege steht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 38

§ 137d – Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation

A) Beabsichtigte Neuregelung

An den § 137d Abs. 1 Satz 1 sollen 5 weitere Sätze angefügt werden. Danach soll die mit der Auswertung der Qualitätsdaten aus dem QS-Reha[®]-Verfahren beauftragte unabhängige Auswertungsstelle die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen an den GKV-Spitzenverband übermitteln. Dieser soll verpflichtet werden, die Ergebnisse einrichtungsbezogen, in übersichtlicher Form und in allgemein verständlicher Sprache im Internet zu veröffentlichen. Der GKV-Spitzenverband soll die Versicherten auf der Basis der Ergebnisse auch vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Rehabilitationseinrichtungen informieren und über die Umsetzung der Barrierefreiheit berichten. Er soll Empfehlungen aussprechen können. Den Verbänden der Leistungserbringer für die ambulante und stationäre Rehabilitation ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind bei der Ausgestaltung der Veröffentlichungen einzubeziehen.

B) Stellungnahme

Das auf einer Vereinbarung nach § 137d SGB V basierende externe Qualitätssicherungsverfahren für stationäre Vorsorgeeinrichtungen sowie ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen ist das QS-Reha[®]-Verfahren. Die in diesem Verfahren von den beteiligten Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen bzw. deren Patientinnen und Patienten erhobenen Daten werden an eine von den Vereinbarungspartnern gemeinsam bestimmte unabhängige Auswertungsstelle übermittelt (vgl. § 299 Abs. 3 SGB V). Die Auswertungsstelle erstellt einrichtungsbezogene Qualitätsberichte und stellt jeder teilnehmenden Einrichtung ihre Qualitätsberichte zur Verfügung; die Einrichtungen können daraus ihr Qualitätsniveau auch im Vergleich zu anderen Einrichtungen ableiten. Dem GKV-Spitzenverband liegen die Qualitätsberichte nicht vor. Die Krankenkassen erhalten für Zwecke der Einrichtungsauswahl und der Vertragsverhandlungen die Berichte aller teilnehmenden Einrichtungen. Für eine Veröffentlichung der Qualitätsberichte besteht derzeit keine Rechtsgrundlage. Vor diesem Hintergrund ist die Darstellung der Berichte ausschließlich auf den Adressatenkreis der teilnehmenden Einrichtungen und der Krankenkassen ausgerichtet. Hingegen soll die mit dem Referentenentwurf vorgesehene Veröffentlichung der Qualitätsdaten den Versicherten ermöglichen, ihr Wunsch- und Wahlrecht effektiver auszuüben. Sie sollen deshalb in übersichtlicher und allgemein verständlicher Sprache im Internet veröffentlicht werden. Angehörigen, Ärztinnen und

Ärzten soll die Veröffentlichung ausweislich der Darstellung in der Begründung zum Referentenentwurf eine Transparenz über das Versorgungsgeschehen ermöglichen.

Der GKV-Spitzenverband unterstützt die Zielsetzung der vorgesehenen Veröffentlichung der Daten des QS-Reha[®]-Verfahrens im Internet und begrüßt die vorgesehene Regelung. Wie dargestellt sind die Ergebnisberichte des QS-Reha[®]-Verfahrens heute als vergleichende Qualitätsdarstellungen der jeweils bewerteten Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung mit anderen Einrichtungen der gleichen Fachrichtung konzipiert und richten sich primär an Fachleute, die für die Qualitätsentwicklung verantwortlich sind. Daher erfordert die gesetzliche Anforderung, die Ergebnisse in übersichtlicher Form und in allgemein verständlicher Sprache im Internet zu veröffentlichen, Prüfungen und Bewertungen, insbesondere

- in welchem Umfang und in welcher Art und Weise die heute erhobenen Qualitätsdaten sowie deren Aufbereitung durch die Auswertungsstelle für die erweiterte Zweckbestimmung nutzbar gemacht werden können und
- ob ggf. weitere Daten (z.B. in Bezug auf Umsetzung der Barrierefreiheit) erhoben werden müssen, um dem Veröffentlichungszweck weitergehend Rechnung zu tragen.

Vor diesem Hintergrund ist eine angemessene Vorlaufzeit für das Inkrafttreten dieser Regelung vorzusehen (siehe Stellungnahme zu Artikel 16, Inkrafttreten) .

Zu berücksichtigen ist ferner, dass nicht alle Einrichtungen, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der Krankenkassen erbringen, an dem QS-Reha[®]-Verfahren der GKV teilnehmen. Einrichtungen, die durch die Deutsche Rentenversicherung hauptbelegt werden, nehmen in der Regel ausschließlich am Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung teil. Die Qualitätsdaten dieser Einrichtungen, die für die Versicherten im Hinblick auf die Ausübung des Wunsch- und Wahlrechtes auch von Bedeutung sein können, würden nicht in die Veröffentlichung des GKV-Spitzenverbandes einfließen. Sofern auch eine Veröffentlichung dieser Daten durch den GKV-Spitzenverband beabsichtigt wäre, würde dies einer gesetzlichen Grundlage auch für die Datenbereitstellung bedürfen.

In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass nach dem vorliegenden Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Transparenz in der Alterssicherung und der Rehabilitation sowie zur Modernisierung der Sozialversicherungswahlen (Gesetz Digitale Rentenübersicht, Drucksache 19/23550) zukünftig auch im Bereich der Deutschen Rentenversicherung Daten der externen Qualitätssicherung veröffentlicht werden sollen. Die Deutsche Rentenversicherung Bund soll das Nähere zum Inhalt und Umfang der Daten und deren Veröffentlichung bis zum 30.06.2023 festlegen.

Als „Soll-Vorschrift“ soll geregelt werden, dass der GKV-Spitzenverband die Versicherten auf Basis der Ergebnisse auch vergleichend über Qualitätsmerkmale informieren soll; zusätzlich könne er auch Empfehlungen aussprechen. Diese Formulierungen lassen die Interpretation zu, dass Versicherte einen individuellen Informationsanspruch gegenüber dem GKV-Spitzenverband haben; dieser Eindruck wird durch die Berechtigung, Empfehlungen auszusprechen, verstärkt. Aus der Begründung des Referentenentwurfs ist erkennbar, dass dies offensichtlich nicht beabsichtigt ist. Vielmehr soll mit diesen Regelungen eine Grundlage z.B. für die Aufbereitung in einer suchfähigen Datenbank oder in einem suchmaschinenfähigen Datenformat geschaffen werden. Zur Vermeidung von Missverständnissen sollte dies im Gesetzeswortlaut klargestellt werden.

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass auch stationäre Vorsorgeeinrichtungen in das QS-Reha[®]-Verfahren einbezogen sind. Sofern sich die Veröffentlichungsverpflichtung auch auf die Qualitätsdaten dieser Einrichtungen beziehen soll, wäre eine entsprechende gesetzliche Regelung in § 137d Abs. 2 SGB V erforderlich.

C) Änderungsvorschläge

In Artikel 1 Nr. 38 wird der neu eingefügte Satz 4 des § 137 wie folgt gefasst (Änderungen kenntlich gemacht):

„Zum Zwecke der Erhöhung von Transparenz und Qualität der Versorgung sollen ~~der Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Versicherten auf Basis der~~ die Ergebnisse nach Satz 3 auch vergleichend ~~über die Qualitätsmerkmale der Rehabilitationseinrichtungen informieren dargestellt werden~~ und über Informationen über die Umsetzung der Barrierefreiheit umfassen berichten; ~~er kann auch Empfehlungen aussprechen.~~“

Sofern die Veröffentlichungspflicht auch Qualitätsdaten der Einrichtungen umfassen soll, die nicht am QS-Reha[®]-Verfahren teilnehmen, sind folgende Ergänzungen erforderlich:

In Artikel 1 Nr. 38 werden an die Regelung zur Ergänzung des § 137d folgende Sätze angefügt:

„Die Pflicht zur Veröffentlichung nach Satz 2 umfasst auch die Ergebnisse vergleichbarer Qualitätssicherungsverfahren anderer Rehabilitationsträger, sofern es sich um Rehabilitationseinrichtungen handelt, mit denen ein Vertrag nach §§ 111, 111a oder 111c besteht, und die Rehabilitationseinrichtungen nicht am Verfahren auf der Grundlage der Vereinbarung nach Satz 1 teilnehmen. Zu diesem Zweck sind der Spitzenverband Bund der Krankenkassen

und die Rehabilitationsträger, die vergleichbare Qualitätssicherungsverfahren in der medizinischen Rehabilitation durchführen, verpflichtet, sich die Qualitätsdaten aus ihren Qualitätssicherungsverfahren wechselseitig in elektronischer Form zur Verfügung zu stellen.“

Zur Inkrafttretensregelung siehe Stellungnahme zu Artikel 16.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 39

§ 137f –Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Um die Versorgung der Versicherten mit krankhaftem Übergewicht zu verbessern, wird der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, ein neues strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP Adipositas) zu entwickeln. Die im bisherigen Satz 3 in § 137f Abs. 1 enthaltenen Vorgaben an den G-BA zur Entwicklung weiterer DMP, insbesondere für die Behandlung von Rückenleiden und Depressionen, sollen entfallen, da der G-BA ihnen zwischenzeitlich nachgekommen ist.

B) Stellungnahme

Gemäß § 137f Abs. 1 Satz 1 SGB V legt der G-BA 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 Gemeinsame Bundesausschuss 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 auf der Grundlage der gesetzlich vorgegebenen Kriterien vom G-BA auf ihre DMP-Eignung geprüft worden. Trotz der Verfügbarkeit evidenzbasierter Leitlinien hielt der G-BA die Umsetzung der Indikation Adipositas im Rahmen eines DMP-Settings in der Gesamtbewertung für nicht geeignet, da er wesentliche relevante Kriterien (Umsetzbarkeit, sektorenübergreifender Behandlungsbedarf, Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgungsqualität, 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 G-BA 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 G-BA mit der Entwicklung eines neuen

strukturierten Behandlungsprogramms zur Indikation Adipositas beauftragt, erscheint insbesondere vor einer neuerlichen Prüfung, ob sich die Voraussetzungen verbessert haben, nicht zielführend. Diese Überprüfung erfolgt durch den G-BA im Rahmen seiner Prüfung nach § 137f Abs. 1.

Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass die genannten Fristen zur Umsetzung eines DMP Adipositas in eine Richtlinie aufgrund der vom G-BA einzuhaltenden Verfahrensschritte nicht ausreichend wären.

Die Streichung der im bisherigen Satz 3 in § 137f Abs. 1 enthaltenen Vorgaben an den G-BA zur Entwicklung weiterer DMP, insbesondere für die Behandlung von Rückenleiden und Depressionen, erscheint sachgerecht, da vom G-BA zwischenzeitlich sowohl ein DMP zu Depressionen als auch zu chronischen Rückenschmerzen beschlossen wurde.

C) Änderungsvorschläge

§ 137f Abs. 1 Satz 3 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 40

§ 137i Absatz 1 Satz 6 – Pflegepersonaluntergrenzen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neu eingeführten Verweis in § 137i Absatz 1 Satz 6 SGB V wird klargestellt, dass Pflegepersonaluntergrenzen gemäß § 137i SGB V nicht gelten, sofern der G-BA insgesamt Mindestanforderungen an das Pflegepersonal gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V normiert. Die Neuregelung ergänzt die bereits geltende Abgrenzung von Pflegepersonaluntergrenzen gegenüber Mindestvorgaben des G-BA gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V, wonach Pflegepersonaluntergrenzen nicht für die stationären Einrichtungen der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung gelten.

B) Stellungnahme

Mit der Abgrenzung der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V gegenüber Personalvorgaben des G-BA gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V wird bei inhaltlichen Überschneidungen von Regelungsbereichen Klarheit geschaffen. Dadurch wird auch verdeutlicht, dass die Befugnis des G-BA gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V nicht durch die Aufgabenzuweisung in § 137i SGB V beschränkt wird. Diese Klarstellungen sind erforderlich und werden durch den GKV-Spitzenverband begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 41

§ 137j – Pflegepersonalquotient

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung des § 137j Absatz 1 SGB V wird geregelt, dass das Institut für das Entgelt-system im Krankenhaus (InEK) eine vergleichende Zusammenstellung der Pflegepersonalquotienten für jeden Krankenhausstandort jährlich bis zum 31. August eines Jahres, erstmalig zum 31. August 2021 auf seiner Internetseite veröffentlicht. In der Zusammenstellung wird auch die prozentuale Zusammensetzung des Pflegepersonals nach Berufsbezeichnungen abgebildet. Weiterhin wird die Anrechnung von Pflegepersonal geregelt, welches nicht über eine Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Absatz 1, § 58 Absatz 1 oder Absatz 2 oder § 64 Pflegeberufegesetz (PflBG) verfügt. Dieses ist entsprechend dem Verfahren zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V anteilig einzubeziehen.

Darüber hinaus werden in § 137j Absatz 2 SGB V die Inhalte der Rechtsverordnung des BMG festgelegt. Diese soll – neben der Festlegung einer Untergrenze, die durch den Pflegepersonalquotienten eines Krankenhauses nicht unterschritten werden darf – auch den Zeitpunkt der erstmaligen Sanktionierung im Falle des Unterschreitens enthalten. Die erstmalige Sanktionierung für das Budgetjahr 2020 in Form von Vergütungsabschlägen oder einer Fallzahlverringerung wurde in § 137j Absatz 2a Satz 1 SGB V dementsprechend aufgehoben.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Änderung des § 137j SGB V für die Förderung der Transparenz über den Pflegepersonaleinsatz in den Krankenhäusern wird begrüßt. Mit der Veröffentlichung der vergleichenden Darstellung der Pflegepersonalquotienten und der Zusammensetzung der Pflegekräftepools der Krankenhausstandorte soll es Patientinnen und Patienten im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung ermöglicht werden, die Höhe und die Zusammensetzung von Pflegepersonal gemessen am jeweiligen Pflegeaufwand einzusehen. Zudem werden diese Informationen wichtige neue Erkenntnisse über den Pflegepersonaleinsatz in Krankenhäusern liefern, die zukünftig als Grundlage für Forschungsvorhaben öffentlich zur Verfügung stehen. Durch das Benchmarking wird voraussichtlich ein Anreiz für die vergleichsweise schlecht ausgestatteten Krankenhäuser geschaffen, die Pflegepersonalausstattung im Verhältnis zum Patientenaufkommen zu verbessern. Aus Sicht des GKV–Spitzenverbandes dient die Regelung,

die Pflegepersonalquotienten der Krankenhäuser vergleichend zu veröffentlichen, einer verbesserten Patienteninformation. Zudem setzt sie einen Impuls in Richtung Patientensicherheit und Qualität der pflegerischen Versorgung im Krankenhaus.

Die ursprünglich vorgesehene Einführung des Pflegepersonalquotienten für das Jahr 2020 wird nun mit Änderung des § 137j Absatz 1 SGB V erstmalig für den 31.08.2021 angestrebt. Diese verzögerte Einführung des Pflegepersonalquotienten ist aufgrund der Corona-Virus-Pandemie in 2020 nachvollziehbar und die damit verbundenen Neuregelungen zur Bestimmung des Zeitpunktes der Sanktionierung im Falle einer Unterschreitung der Untergrenze sachgerecht.

Weiterhin wurde klargestellt, wie Pflegepersonen ohne eine Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Absatz 1, § 58 Absatz 1 oder Absatz 2 oder § 64 PfIBG bei den zu berücksichtigenden Vollzeitkräften des Pflegepersonalquotienten anzurechnen sind. Der GKV-Spitzenverband befürwortet, dass diese Pflegekräfte – angelehnt an das Verfahren zur Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen gemäß § 137i SGB V – anteilig angerechnet werden sollen. Demnach ist Pflegefachpersonal, welches über eine Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Absatz 1, § 58 Absatz 1 oder Absatz 2 oder § 64 PfIBG verfügt in voller Höhe anzurechnen und Pflegehilfspersonal und sonstiges für die Pflege am Bett eingesetztes Personal bei den anzurechnenden Vollzeitkräften nur bis zu einer bestimmten Höhe zu berücksichtigen. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes wird durch dieses Vorgehen die Interpretationsmöglichkeit von Pflegepersonaluntergrenzen und Pflegepersonalquotienten gestärkt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 42

§ 176 (neu) – Solidargemeinschaften

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neu eingeführten § 176 SGB V greift der Gesetzgeber die seit dem 01.04.2007 wiederholt diskutierte Frage auf, ob die sogenannten Solidargemeinschaften im Gesundheitswesen unter bestimmten Voraussetzungen als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall anzuerkennen sind. Künftig sollen jedenfalls solche Solidargemeinschaften eine entsprechende Anerkennung erfahren, die bei Einführung der sogenannten Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V bestanden haben und seitdem ununterbrochen fortgeführt wurden.

Voraussetzung für die Anerkennung ist ein Rechtsanspruch ihrer Mitglieder auf Leistungen, die der Art nach denen der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen; dieser Rechtsanspruch wird – unabhängig von den Regelungen in der Satzung oder in anderen Statuten der jeweiligen Einrichtung – im Gesetz verankert. Die Anerkennung setzt außerdem eine dauerhafte Leistungsfähigkeit der Solidargemeinschaft voraus. Diese ist gegenüber dem Bundesamt für Soziale Sicherung alle fünf Jahre durch ein versicherungsmathematisches Gutachten nachzuweisen, das von einem unabhängigen Gutachter zu erstellen ist. Die Anerkennung erfolgt nach denselben Grundsätzen sowohl im Recht der gesetzlichen als auch der privaten Krankenversicherung.

Die Zuständigkeit für die Anerkennung jeder einzelnen Mitgliedschaft als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall wird auf das Bundesamt für Soziale Sicherung übertragen. Die entsprechenden Feststellungsbescheide des Bundesamtes sind für die Krankenkassen (und für die privaten Versicherer) bindend. Die jeweilige Anerkennung der Mitgliedschaft erfolgt für die Zukunft, beginnt mit Wirksamwerden des Bescheides und hat somit keine Rückwirkung. Die versicherungsrechtliche Beurteilung derartiger Mitgliedschaften in den vor dem geplanten Inkrafttreten der Neuregelung liegenden Zeiträumen richtet sich nach dem bislang geltenden Regelungsrahmen.

Die Möglichkeit zur Absicherung im Krankheitsfall durch eine Mitgliedschaft in einer Solidargemeinschaft steht nur den freiwilligen Mitgliedern der GKV, den nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V Versicherungspflichtigen, den von der Krankenversicherungspflicht befreiten Personen sowie den privat Krankenversicherten zu. Das Rückkehrrecht zur GKV nach dem Ausscheiden aus der Solidargemeinschaft besteht nach Maßgabe der allgemein gültigen Voraussetzungen. Eine erneute Anerkennung einer Mitgliedschaft bei einer Solidargemeinschaft als

anderweitige Absicherung im Krankheitsfall ist nach einer zwischenzeitlichen Zugehörigkeit zur GKV ausgeschlossen.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird unter ordnungspolitischen Gesichtspunkten kritisch beurteilt. Mit der Anerkennung würde letztlich eine weitere Form der Absicherung gegen Krankheit neben dem System der GKV sowie der privaten Krankenversicherung etabliert, ohne dass hierfür eine Notwendigkeit besteht. Die Herauslösung von einzelnen Mitgliedern, denen eine derartige Form der Absicherung auch aus finanziellen Gründen hinreichend attraktiv erscheint, führt tendenziell zu einer Schwächung der bestehenden Versichertengemeinschaften und steht damit im Widerspruch zum bestehenden Solidaritätsprinzip der GKV.

Ungeachtet der vorgesehenen Mindestanforderungen an eine dauerhafte Zahlungsfähigkeit der Solidargemeinschaften besteht ein Haftungsrisiko, u. a. für die Versichertengemeinschaft der GKV für den Fall der Zahlungsunfähigkeit einer Solidargemeinschaft. Das Solidaritätsprinzip wird darüber hinaus bereits dadurch verletzt, dass Mitglieder der Solidargemeinschaften sich zumindest einmalig erneut für die GKV entscheiden können. Eine Rückkehr in die GKV dürfte regelmäßig dann eine Option für diesen Personenkreis darstellen, wenn die konkrete Leistungsanspruchnahme im Zuge einer GKV-Mitgliedschaft attraktiver erscheint.

Auch vor dem Hintergrund, dass zwar zunächst ausschließlich die zum Stichtag 01.04.2007 bestehenden Solidargemeinschaften eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall darstellen und in der Folge anerkannt werden sollen, ist eine Ausweitung auf weitere Solidargemeinschaften nicht grundsätzlich auszuschließen. Jedenfalls kann davon ausgegangen werden, dass auch andere Solidargemeinschaften für sich in Anspruch nehmen, als anderweitige Absicherung gegen Krankheit anerkannt zu werden, sofern sie die hierzu erforderlichen Voraussetzungen erfüllen.

Nach dem Wortlaut des Gesetzentwurfes ist die Anerkennung der Solidargemeinschaften als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung nur auf den Anwendungsbereich der Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V beschränkt. Es bestehen jedoch einige weitere Rechtsvorschriften, in denen für den Eintritt einer bestimmten Rechtsfolge die Notwendigkeit einer anderweitigen Absicherung relevant respektive dessen Bestehen erforderlich ist. Dies betrifft das Recht der freiwilligen Krankenversicherung sowie das Recht zur Befreiung von der Krankenversicherungspflicht. Zwar wird in der Gesetzesbegründung auf eine einheitliche Rechtsanwendung bei allen betroffenen Rechtsvorschriften hingewiesen, dennoch sollte die bekundete Regelungsabsicht aus Gründen der Rechtsicherheit auch unmittelbar im Gesetz verankert werden.

Das Rückkehrrecht zur GKV nach dem Ausscheiden aus der Solidargemeinschaft besteht nach Maßgabe der allgemein gültigen Voraussetzungen – dies schließt eine Anwendung von § 6 Absatz 3a SGB V (Versicherungsfreiheit nach Vollendung des 55. Lebensjahres) ein. Vor diesem Hintergrund sollte der Hinweis in der Begründung, nach dem ehemalige Mitglieder der Solidargemeinschaften „unabhängig von ihrem Lebensalter“ in der gesetzlichen Krankenversicherung nach den bestehenden gesetzlichen Regelungen zu versichern sind, gestrichen werden.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 42 wird gestrichen.

Wird an der vorgesehenen Regelung grundsätzlich festgehalten, wird § 176 Absatz 1 Satz 1 wie folgt gefasst:

„Die Mitgliedschaft in einer am 1. April 2007 bereits bestandenen und seitdem ununterbrochen fortgeführten Solidargemeinschaft wird auf Antrag des Mitglieds unter der Voraussetzung, dass die Solidargemeinschaft den Nachweis der dauerhaften Leistungsfähigkeit nach Absatz 4 erbringt, als eine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall **im Sinne der §§ 5 Absatz 1 Nummer 13, 8 Absatz 2 Satz 4, 175 Absatz 4 Satz 5 (zurzeit noch Satz 4, ab 01.01.2021 Satz 5) und 188 Absatz 4 Satz 2** sowie ein mit dem Anspruch auf freie Heilfürsorge oder Beihilfeberechtigung vergleichbarer Anspruch im Sinne des § 193 Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 des Versicherungsvertragsgesetzes anerkannt.“

In der Begründung wird der Hinweis, nach dem ehemalige Mitglieder der Solidargemeinschaften „unabhängig von ihrem Lebensalter“ in der gesetzlichen Krankenversicherung nach den bestehenden gesetzlichen Regelungen zu versichern sind, gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 44

§ 206a (neu) – Elektronisches Abrufverfahren zur Beitragsbemessung bei freiwillig Versicherten und Versicherungspflichtigen nach § 5 Absatz 1 Nummer 13

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit Wirkung ab 01.01.2023 soll ein elektronischer Datenaustausch zwischen der Finanzverwaltung und den Krankenkassen als Nachweisführung der beitragspflichtigen Einnahmen im Anwendungsbereich des § 240 SGB V eingeführt werden. Das Meldeverfahren ist in Gestalt eines Datenabrufverfahrens durch die Krankenkassen konzipiert. Das Mitglied kann wählen, ob es seine bereits zurzeit nach § 206 SGB V bestehenden Nachweispflichten selbst gegenüber der zuständigen Krankenkasse erfüllt oder der Datenübermittlung durch die Finanzverwaltung zustimmt. Die hierfür angedachte Widerspruchslösung stellt einen verwaltungswarmen und versichertenfreundlichen Verfahrensablauf sicher.

In das Meldeverfahren sind freiwillige Mitglieder und die nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V versicherungspflichtigen Personen einbezogen. Im Fokus der Übermittlung stehen die Angaben zur Höhe der festgestellten Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts für das Mitglied und ggf. seines Ehegattens. Darüber hinaus werden einige ergänzende, für die Beitragsbemessung relevante, Angaben übermittelt.

Die Datenübermittlung ist durch den Grundsatz der Erforderlichkeit eingeschränkt. Vor diesem Hintergrund werden zum Beispiel solche Mitglieder, deren erklärte beitragspflichtige Einnahmen die Beitragsbemessungsgrenze überschreiten, nicht in das Datenabrufverfahren einbezogen. Die Einkünfte des Mitglieds aus der gesetzlichen Rente und aus Versorgungsbezügen sind vom Abrufverfahren ausgeschlossen, da sie der Krankenkasse bereits aufgrund von Meldeverfahren nach den §§ 201 und 202 SGB V bekannt sind.

Die nähere Ausgestaltung des Datenaustauschs wird auf den GKV-Spitzenverband übertragen. Er wird ermächtigt, das Nähere zu Datensätzen, dem Verfahren und den zu übermittelnden Daten in Grundsätzen festzulegen. Die Grundsätze unterliegen der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen.

B) Stellungnahme

Die geplante Neuregelung wird begrüßt. Sie entspricht im Wesentlichen den Anregungen des GKV-Spitzenverbandes, die bereits im Rahmen der Vorbereitung eines 8. SGB IV-Änderungsgesetzes vorgeschlagen wurden. Die neue Rechtsnorm unterstützt die Realisierung einer digitalen Kommunikation der Krankenkassen mit ihren Mitgliedern, dient der Verwaltungvereinfachung auf Seiten der Krankenkassen und befreit die Mitglieder von der Notwendigkeit, regelmäßig, mindestens jährlich ihre Einkommensteuerbescheide an die zuständige Krankenkasse zu übermitteln.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 45

§ 219a Absatz 1 Satz 4 und 5 –Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber beabsichtigt, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) Befugnisse zu übertragen, die für die Erfüllung seiner Aufgabe im Bereich der Kostenabrechnungen mit in- und ausländischen Stellen erforderlich sind. Ihm wird konkret die Möglichkeit eröffnet, auf die Einreichung von Beanstandungen von Forderungen ausländischer Krankenversicherungsträger für Behandlungen in anderen EU- oder Abkommensstaaten zu verzichten und damit einhergehend Zahlungsverpflichtungen der Krankenkassen zu begründen. Zudem soll die DVKA im Rahmen des Abschlusses der Rechnungsführung mit in- und ausländischen Stellen ganz oder teilweise auf Forderungen deutscher Krankenkassen für Behandlungen von Personen aus anderen EU- oder Abkommensstaaten verzichten und im Sinne eines Vergleichs eine ganze oder teilweise Verpflichtung der Krankenkassen zur Zahlung von ausländischen Forderungen begründen können. Beide Maßnahmen sind an die Voraussetzung geknüpft, dass sie wirtschaftlich und zweckmäßig sind. Die Einzelheiten sind vom Spitzenverband Bund in einer Richtlinie festzulegen.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung des § 219a wird befürwortet. § 219a Absatz 1 Satz 3 Nr. 2 weist der DVKA die Aufgabe zu, als Verbindungsstelle die Kostenabrechnung mit in- und ausländischen Stellen durchzuführen. Die vorgesehenen Neuregelungen in Satz 4 und 5 sollen einer zweckmäßigen und wirtschaftlichen Aufgabenerfüllung dienen. Sie ermöglichen es, unwirtschaftliche Prozesse, wie die Zurückweisung von Forderungen ausländischer Krankenversicherungsträger (sogenannte Beanstandungen) zu vermeiden, die lediglich eine geringe Forderungshöhe aufweisen und die zudem kaum Aussicht auf Erfolg haben. Die Ausführungen zu den Verwaltungskosten für einen abgeschlossenen Beanstandungsvorgang in der Begründung zu Nr. 45 erläutern dies sachgerecht.

Die Ergänzung der Vorschrift um Satz 4 Nr. 1 macht das bisher für alle Beteiligten ressourcenaufwändige Vorgehen entbehrlich.

Da der Verzicht auf die Einreichung von Beanstandungen nicht nur eine, sondern mehrere Zahlungsverpflichtungen der Krankenkassen begründet, sollte dies im Wortlaut entsprechend angepasst werden.

Nr. 2 der vorgeschlagenen Regelung ermöglicht der DVKA in sachgerechter Weise, den Abschluss der Rechnungsführung mit in- und ausländischen Stellen effizient im Sinne eines Vergleichs unter Beachtung des Gebots der vertrauensvollen Zusammenarbeit durchzuführen. Unter Abschluss der Rechnungsführung ist zu verstehen, dass sich die beteiligten Stellen auf das Bestehen oder Nichtbestehen von Forderungen verständigen, über die bisher im üblichen Verfahren aufgrund unterschiedlicher Rechtsauffassungen kein Einvernehmen erzielt werden konnte. Im Rahmen dieses Prozesses muss die DVKA ganz oder teilweise auf Forderungen der deutschen Krankenkassen verzichten und andererseits, sich auf das Bestehen einer oder mehrerer ausländischer Forderungen gegenüber einer deutschen Krankenkasse mit einer ausländischen Stelle verständigen. Die Regelung sieht vor, dass die DVKA hierbei nicht mehr vorher im Einzelfall die deutsche Krankenkasse konsultieren muss. Dies steigert die effiziente Durchführung dieser Aufgabe. Die beschriebenen Maßnahmen werden üblicherweise in Form von Vereinbarungen mit ausländischen Verbindungsstellen getroffen. Im Vergleich zu einer abschließenden Prüfung jedes Einzelfalls können diese auch durchaus vorteilhaft für die deutschen Krankenkassen sein.

Die Neuregelung stellt hinreichend klar, dass der DVKA die Erklärung eines Verzichts oder die Verpflichtung zu einer Zahlung der Krankenkassen lediglich aufgrund Wirtschaftlichkeits- und Zweckmäßigkeitserwägungen möglich ist. Der Entscheidung ist damit eine Gesamtbeurteilung zugrunde zu legen. Die Festlegung der Einzelheiten für beide Alternativen (Nr. 1 und 2) in einer Richtlinie erscheint sachgerecht, da so die Interessen der Krankenkassen Berücksichtigung finden und gewahrt bleiben.

C) Änderungsvorschlag

In § 219a Absatz 1 werden nach Satz 3 die folgenden Sätze eingefügt:

„Im Rahmen der Erfüllung seiner Aufgabe nach Satz 3 Nummer 2 kann der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland

1. auf die Einreichung von Beanstandungen verzichten und damit einhergehend Zahlungsverpflichtungen~~n~~ der Krankenkassen begründen,

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 46

§ 226 – Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtig Beschäftigter

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Verfahren der Bemessung von Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung aus Arbeitseinkommen aus nebenberuflicher selbstständiger Tätigkeit von Pflichtversicherten ist bislang nicht ausreichend geregelt. Die vorgesehene Regelung zielt daher darauf ab, dass Verfahren der zunächst vorläufigen und nachträglichen endgültigen Festsetzung von Beiträgen aus dem Arbeitseinkommen von freiwillig Versicherten nach § 240 Abs. 4a SGB V entsprechend anzuwenden und somit die bislang bereits praktizierte Verfahrensweise auf eine gesetzliche Grundlage zu stellen. Durch den gleichermaßen vorgesehenen Verweis auf § 240 Abs. 1 Satz 1 SGB V wird darüber hinaus eine entsprechende Anwendung der in den Beitragsverfahrensgrundsätzen Selbstzahler des GKV-Spitzenverbandes verankerten Regelung für eine vorläufige Beitragsminderung bei einer unverhältnismäßigen Belastung des Mitglieds erreicht.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht. Im Ergebnis wird eine Gleichbehandlung von versicherungspflichtigen und freiwillig versicherten Mitgliedern in Bezug auf das Verfahren der Festsetzung von Beiträgen aus Arbeitseinkommen erreicht. Die Regelung wird auch vor dem Hintergrund vereinzelt ergangener Rechtsprechung, die die bisherige Verfahrensweise der Krankenkassen infrage stellte, ausdrücklich begrüßt. Durch die Verankerung der Neuregelung in § 226 Abs. 2 SGB V wird zudem erreicht, dass die Regelung auch für die anderen versicherungspflichtigen Personengruppen gilt (insbesondere für Rentnerinnen und Rentner), für die diese Vorschrift für anwendbar erklärt wird.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 47

§ 231 – Erstattung von Beiträgen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen werden dem Mitglied erstattet, soweit sie auf Beträge entfallen, um die die Versorgungsbezüge und das Arbeitseinkommen zusammen mit dem Arbeitsentgelt die Beitragsbemessungsgrenze überschritten haben; Gleiches gilt hinsichtlich der aus der Rente gezahlten Beiträge. Die Beiträge werden allerdings nur auf Antrag des Mitglieds erstattet, für das jedoch die Feststellung einer Beitragsentrichtung oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze regelmäßig nur mit größerem Aufwand möglich ist.

Die Regelung sieht deshalb vor, dass künftig die Krankenkassen angesichts der ihnen zur Verfügung stehenden Prüfmöglichkeiten die Mitglieder zu informieren haben, sofern Beiträge aus beitragspflichtigen Einnahmen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze entrichtet wurden.

B) Stellungnahme

Die mit der Änderung verbundene Absicht, dass die Krankenkassen von sich aus die betroffenen Mitglieder informieren, wenn nach den gemeldeten relevanten Einnahmen damit zu rechnen ist, dass Beiträge erstattet werden können, begegnet keinen grundsätzlichen Bedenken, wengleich vor dem Hintergrund der bisherigen Erfahrungen in der praktischen Umsetzung festzustellen ist, dass das bislang vorgehaltene Verfahren sich friktionsfrei und unproblematisch gestaltet und insofern auch kein zwingender Handlungs- respektive Regelungsbedarf besteht. Dem mit der neuen Informationspflicht verbundenen höheren Verwaltungsaufwand der Krankenkassen steht gleichwohl in der Tendenz ein Zugewinn an Beitragsgerechtigkeit und Akzeptanz des Beitragsverfahrens gegenüber.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 48

§ 240 – Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung befasst sich mit Fallkonstellationen, in denen für die Beitragsbemessung eines freiwilligen Mitglieds in einem bestimmten Umfang (nach Maßgabe der Beitragsverfahrensgrundsätze Selbstzahler des GKV-Spitzenverbandes) das Einkommen seines nicht gesetzlich versicherten Ehegatten bzw. Lebenspartners berücksichtigt wird. Für diese Fälle definiert die zurzeit geltende Regelung in § 240 Absatz 5 SGB V, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang sich der Unterhaltsaufwand für Kinder beitragsmindernd auf die Anrechnung des Familieneinkommens auswirkt. Hierbei werden nach dem Wortlaut dieser Vorschrift lediglich die Unterhaltspflichten gegenüber den gemeinsamen Kindern des Mitglieds und seines Ehegatten berücksichtigt. Aus der zwischenzeitlich ergangenen, zum Teil widersprüchlichen, höchstrichterlichen Rechtsprechung ist eine gewisse Rechtsunsicherheit bzw. Ungleichbehandlung in Bezug auf die beitragsrechtliche Berücksichtigung von nicht gemeinsamen Kindern in sogenannten Patchworkfamilien entstanden. Diese wird mit vorliegendem Regelungsvorschlag aufgegriffen.

Nach der Neukonzeption findet eine einkommensmindernde Berücksichtigung des Aufwands für den Unterhalt von unterhaltsberechtigten Kindern grundsätzlich unabhängig davon statt, ob es sich um die gemeinsamen Kinder beider Ehegatten oder um die Stiefkinder des Mitglieds handelt. Der Unterhaltsaufwand soll in einer pauschalierten Form in Gestalt eines Absetzungsbetrages auf das Ehegatteneinkommen angerechnet werden. Bei der Bestimmung der Höhe des Absetzungsbetrages wird zwischen vier Fallgruppen differenziert.

Für gemeinsame unterhaltsberechtigte Kinder des Mitglieds und seinen Ehegatten, die familienversichert sind, gilt ein Absetzungsbetrag in Höhe von einem Fünftel der monatlichen Bezugsgröße. Sind die gemeinsamen Kinder nicht familienversichert, kommt ein Absetzungsbetrag in Höhe von einem Drittel der monatlichen Bezugsgröße zum Tragen.

Die pauschalen Absetzungsbeträge für unterhaltsberechtigte Kinder des Ehegatten, die keine Kinder des freiwilligen Mitglieds sind, werden entsprechend halbiert. Dadurch wird typisierend berücksichtigt, dass der andere verwandte Elternteil auch unterhaltspflichtig ist und dadurch das Familieneinkommen entlastet wird. Für den Fall, dass der andere Elternteil seinen Unterhaltspflichten nicht nachkommt, sind für die Stiefkinder des Mitglieds die gleichen Pauschalbeträge wie für gemeinsame Kinder anzusetzen.

Für (gemeinsame und nichtgemeinsame) Kinder, die die Voraussetzungen der Familienversicherung nach § 10 SGB V zwar erfüllen, jedoch diesen gesetzlichen Anspruch tatsächlich nicht realisieren, kommt der jeweils für familienversicherte Kinder anzuwendende Absetzbetrag zum Tragen.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung beseitigt die durch die Rechtsprechung verursachten Friktionen in der geltenden Rechtslage und wird daher begrüßt. Die grundsätzliche Gleichbehandlung der Familien mit gemeinsamen Kindern und der Patchworkfamilien spiegelt die veränderten gesellschaftlichen Verhältnisse wider. Wengleich die vorangegangene Rechtsprechung eine jeweils individuelle Ermittlung von Unterhaltszahlungen innerhalb von Patchworkfamilien gefordert hat, ist der mit dem Referentenentwurf vorgeschlagene Lösungsansatz einer Typisierung sachgerecht. Zum einen orientiert sich die pauschale Halbierung der Absetzungsbeträge für Kinder in Patchworkfamilien an dem nachvollziehbar typisierenden Fall der Teilung von Unterhaltungspflichten, zum anderen sind Mechanismen für die Minimierung von besonderen Härten vorgesehen.

Die gesetzestechnische Umsetzung ist in sich schlüssig und ausgewogen. Allerdings bedarf es einer Anpassung des Inkrafttretens dieser Regelung im Sinne einer verwaltungsökonomischen Umsetzung. Das Inkrafttreten im Laufe eines Kalendermonats – und die damit einhergehende untermonatliche Anpassung der Beitragsbescheide der Krankenkassen – ist auszuschließen und auf den ersten Tag des auf die Verkündung des Gesetzes folgenden Monats zu verschieben.

Darüber hinaus sollte die Formulierung des Satzes 3 zur Vermeidung einer Unschärfe redaktionell nachjustiert werden.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nummer 48 wird § 240 Absatz 5 Satz 3 wie folgt formuliert:

„Für nach § 10 versicherungsberechtigte Kinder, für die eine Familienversicherung nicht durchgeführt wurde, gelten die Abzugsbeträge für familienversicherte Kinder nach Satz 1 oder 2 entsprechend“.

Dem Artikel 16 wird ein neuer Absatz 4 angefügt:

„(4) Artikel 1 Nummer 48 tritt am ersten Tag des auf die Verkündung folgenden Monats in Kraft“.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 49

§ 257 Abs. 1 – Beitragszuschuss für Freiwilligendienstleistende

A) Beabsichtigte Neuregelung

Personen, die einen Freiwilligendienst nach dem JFDG oder dem BFD leisten und freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, erhalten zukünftig von ihrem Arbeitgeber (Träger/Einsatzstellen im JFDG bzw. BFD) einen Zuschuss zu den Beiträgen zur Krankenversicherung (und zur Pflegeversicherung). Der Zuschuss bemisst sich nach dem Betrag, der als Arbeitgeberbeitragsanteil im Falle einer Versicherungspflicht aufzubringen wäre.

B) Stellungnahme

Freiwilligendienstleistende, die im Ausnahmefall wegen vorrangig zu beachtender Ausschluss- oder Versicherungsfreiheitsregelungen nicht in die im Regelfall eintretende Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen werden, unterscheiden sich systematisch nicht von denjenigen Beamten, Ruhestandsbeamten oder hauptberuflich Selbstständigen, die daneben eine mehr als geringfügige Beschäftigung ausüben und ebenfalls keine Beitragsbeteiligung bzw. einen Beitragszuschuss beanspruchen können. Insofern wird für die beabsichtigte Regelung aus rechtssystematischen Gründen keine Notwendigkeit gesehen.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 49 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 50

§ 266 – Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich), Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die vorgesehene Änderung wird künftig das Risikomerkmal „Anspruch der Mitglieder auf Krankengeld“ im Risikostrukturausgleich auf das Krankengeld nach § 44 beschränkt. Damit wird das Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes nach § 45 nicht mehr in diesem Risikomerkmal berücksichtigt.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung steht in Zusammenhang mit Artikel 1 Nr. 52 des vorliegenden Gesetzesentwurfes.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 51

§ 267 – Datenverarbeitung für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zukünftig übermitteln die Krankenkassen im Rahmen der Datenverarbeitung für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs nach § 267 versichertenbezogen das Länderkennzeichen des Wohnortes der Versicherten mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland.

B) Stellungnahme

Zur Umsetzung der Vorgabe des neuen § 269 Absatz 3 Satz 2 ist die Meldung des Länderkennzeichens durch die Krankenkassen erforderlich. Die vorgesehene Datenmeldung weicht hinsichtlich der Vorgabe, den letzten Wohnortstaat zu melden, von der bereits im Rahmen der Sondererhebung zu Versicherten mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland nach dem derzeit gültigen § 269 Absatz 3c durchgeführten Datenmeldung ab. Die edv-technische Implementierung dieser Datenerhebung ab dem Berichtsjahr 2020, wie in der Begründung zu diesem Änderungsbefehl ausgeführt, ist auf Seiten der Krankenkassen möglich. Vor dem Hintergrund der im Jahre 2022 durch das BAS durchzuführenden Festlegungen nach § 8 Absatz 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2023 ist grundsätzlich lediglich die Kenntnis der im Rahmen des Risikostrukturausgleichs zu berücksichtigenden Länderschlüssel erforderlich. Hierzu ist die im August 2022 stattfindende Korrekturmeldung der Daten des Berichtsjahres 2020 ausreichend. Eine eventuell erforderliche Anwendung des neuen § 8 Absatz 6 RSAV zur Bildung länderübergreifender Zuweisungsgruppen für Auslandsversicherte kann bereits verfahrenstechnisch in den Festlegungen nach § 8 Absatz 4 RSAV, die bis zum 30. September 2022 zu erfolgen haben, vorgesehen und auf Basis der Datenmeldungen des Berichtsjahres 2021, die im Grundlagenbescheid I für das Ausgleichsjahr 2023 Verwendung finden, umgesetzt werden. Wir halten es vor dem Hintergrund des beabsichtigten Inkrafttretens der Neuregelung für erforderlich, den Zeitpunkt, ab dem die neue Datenmeldung zu erfolgen hat, im Gesetzestext zu präzisieren. Erfolgt dies nicht, so sind von der beabsichtigten Neuregelung auch Datenmeldungen vor dem Berichtsjahr 2020 betroffen, für die eine Meldung des Wohnstaates technisch nicht umsetzbar ist.

C) Änderungsvorschlag

In § 267 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b werden nach dem Komma die Wörter „ ab dem Berichtsjahr 2020 einschließlich des Länderkennzeichens,“ eingefügt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 52

§ 269 – Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung in Absatz 1 konkretisiert mit der expliziten Nennung des § 44 die Zuordnung der Versicherten zu der Risikogruppe Krankengeld auf Basis des Krankengeldanspruches nach § 44.

Mit Absatz 2 wird vorgegeben, dass ab dem Ausgleichsjahr 2023 ein vollständiger Ausgleich der Leistungsausgaben für das Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes nach § 45 über den Gesundheitsfonds erfolgt. Eine Übermittlung der entsprechenden Leistungsausgaben der Krankenkassen hat ab dem Berichtsjahr 2023 über den GKV-Spitzenverband an das BAS zu erfolgen.

Gemäß der Neufassung des Absatzes 3 erfolgt ab dem Ausgleichsjahr 2023 eine Zuordnung von Versicherten mit Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland zu gesonderten, landesspezifischen Risikogruppen, deren Risikozuschläge auf Basis der durchschnittlichen Ausgaben für Auslandsversicherte im In- und Ausland berechnet werden.

Die Absätze 3c bis 3d werden gestrichen.

Nach der beabsichtigten Neufassung des Absatz 4 soll der GKV-Spitzenverband, DVKA (DVKA) ab dem Berichtsjahr 2020 die Summe der in einem Jahr mit den Krankenkassen für Auslandsversicherte abgerechneten Rechnungsbeträge differenziert nach dem Wohnstaat an das BAS übermitteln. Die Details zur Datenübermittlung bestimmt der GKV-Spitzenverband im Einvernehmen mit dem BMAS.

Gemäß Absatz 5 ist vorgesehen, dass die Krankenkassen ab dem Berichtsjahr 2022 als Teil der Übermittlung nach § 267 Absatz 1 Satz 1 die folgenden Daten erheben:

- die beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten aus nichtselbständiger bzw.
- die beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten aus selbständiger Tätigkeit bzw.
- die beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten aus dem Bezug von Arbeitslosengeld,
- die Zeiträume bzw. Tage, an denen diese Einkommen jeweils erzielt wurden,
- die Leistungsausgaben für Krankengeld nach § 44,

- Beginn und Ende des Krankengeldbezugs.

Die Vorgaben des neuen Absatzes 6 geben für die Ausgleichsjahre 2020 bis 2022 die Anwendung der Regelungen der Absätze 1 und 2 in der derzeit gültigen Fassung vor, die eine Zuordnung der Versicherten zu den Krankengeld-Risikogruppen aufgrund des Anspruches auf Krankengeld nach den §§ 44 und 45 vorsehen.

In Absatz 7 wird das BMG ermächtigt, Näheres zur Umsetzung der Vorgaben der Absätze 1 bis 6 in der Verordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1 (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung) zu bestimmen.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigten Neuregelungen für den Bereich des Krankengeldes bei Erkrankung eines Kindes nach § 45 entsprechen den Empfehlungen der Folgegutachten zur Weiterentwicklung der Zuweisungssystematik für den Bereich Krankengeld. Vor diesem Hintergrund sind die entsprechenden Änderungen der Absätze 1 und 2 nachvollziehbar. In diesem Zusammenhang dient die Erhebung der Daten nach Absatz 5 der Vorbereitung des nach Artikel 11 Nr. 5 durch den Wissenschaftlichen Beirat beim BAS zu erstellenden Gutachtens. Die zu erhebenden Daten wurden bereits im Rahmen der Sondererhebung zum Krankengeldbezug und der beitragspflichtigen Einnahmen nach dem derzeit gültigen § 269 Absatz 3b erhoben. Dementsprechend ist die edv-technische Umsetzung dieser Datenmeldung durch die Krankenkassen und über den GKV-Spitzenverband im vorgesehenen Zeitrahmen möglich.

Die Streichung der derzeit gültigen Absätze 3 Nr. 2, 3a, 3b, 3c und 3d ist sachgerecht. Die in diesen Absätzen enthaltenen Regelungen zur Erstellung von Gutachten zur Weiterentwicklung der Zuweisungssystematik für die Bereiche Krankengeld und Auslandsversicherte sowie die diesbezüglichen Datenerhebungen haben sich im Zeitverlauf erledigt.

Die vorgeschlagene Regelung des neuen Absatzes 4 wird grundsätzlich befürwortet. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass die Möglichkeiten zur Differenzierung von Abrechnungsdaten teilweise begrenzt sind. Nur im Falle von in elektronischer Form eingereichten Kostenrechnungen bzw. nach pauschalem Aufwand abgerechneten Forderungen können Wohnstaatsfälle als solche identifiziert werden. Im Falle von in Papierform eingereichten Forderungen wird das Differenzierungsmerkmal „Wohnstaat“ nicht im System erfasst. Hier können bisher insofern nur Gesamtbeträge ausgewertet werden. Es wird zwar mittelfristig eine ausschließlich elektronische Einreichung angestrebt. Dies ist jedoch von den Bemühungen der ausländischen Stellen abhängig, mit denen die DVKA die Kostenabrechnung durchführt. Im Falle von Vorschüssen, die teilweise für Forderungen nach pauschalem Aufwand an Abkommensstaaten gezahlt werden, erfolgt zum Zeitpunkt der Zahlung zunächst keine Datensatzerfassung im

Abrechnungssystem der DVKA. Diese erfolgt erst im Zuge der zeitlich nachgelagerten Endabrechnung. Zuvor gezahlte Vorschüsse werden dabei im Abrechnungssystem der DVKA gemeinsam mit dem Restzahlungsbetrag dem Jahr der Endabrechnung zugerechnet und nicht dem Jahr des Zahlungsausgleichs.

Um diese eingeschränkte Differenzierbarkeit in bestimmten Fällen abzubilden, regt der GKV-Spitzenverband an, die Vorschrift dahingehend zu konkretisieren, dass eine Übermittlung der für die Auslandsversicherten beglichene(n) Rechnungsbeträge differenziert erfolgt, sofern Art und Form der Kostenabrechnung dies zulassen.

Aus der Begründung ergibt sich, dass sich die Datenauswertung konkret auf die innerhalb des Berichtsjahres beglichene(n) Rechnungsbeträge beziehen soll. Aus unserer Sicht sollte sich dies auch im Gesetzestext widerspiegeln und entsprechend konkretisiert werden. Die Datenauswertung bezieht sich auf beglichene und nicht lediglich eingereichte (=abgerechnete) Rechnungsbeträge.

Der neue Absatz 6 regelt die zeitliche Umsetzung des Absatzes 1 und 2. Die enthaltenen Regelungen sind u. E. sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland -, übermittelt ab dem Berichtsjahr 2020 für jedes Jahr bis zum 15. August des jeweiligen Folgejahres die Summe der mit den **durch die** Krankenkassen für die Auslandsversicherten abgerechneten **beglichene(n)** Rechnungsbeträge differenziert nach dem Wohnstaat an das Bundesamt für Soziale Sicherung. **Ist für einen Wohnstaat aufgrund Art und Form der Kostenabrechnung keine separate Übermittlung der für die Auslandsversicherten beglichene(n) Rechnungsbeträge möglich, erfolgt eine von Satz 1 abweichende Übermittlung der beglichene(n) Rechnungsbeträge für diesen Wohnstaat an das Bundesamt für Soziale Sicherung. Dies gilt auch für Vorschusszahlungen in Bezug auf Forderungen nach pauschalem Aufwand. § 267 Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend.**

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 53

§ 273 – Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 273 Absatz 3 Satz 2 wird der Verweis auf den Gültigkeitsstand des § 18 Absatz 1 Satz 4 RSAV gestrichen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Korrektur.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 54

§ 275 Abs. 6 neu – Begutachtung und Beratung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass fallabschließende gutachtliche Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes schriftlich oder elektronisch zu verfassen sind. Sie müssen zumindest eine kurze Darlegung der Fragestellung und des Sachverhalts, das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe hierfür enthalten.

B) Stellungnahme

Regelungen, die beabsichtigen die Qualität und Transparenz zu erhöhen, sind in den meisten Fällen nachvollziehbar und sachgerecht. Zu bedenken ist, ob die hier geplanten Regelungen mit formalen und organisatorischen Änderungen bei den Medizinischen Diensten verbunden sein können, die bei steigendem Aufwand gegebenenfalls zu einem relevanten personellen Mehrbedarf führen können.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 55

§ 275b – Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege und außerklinischen Intensivpflege durch den Medizinischen Dienst und Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 275b SGB V sollen zwei neue Absätze eingefügt werden. Darin soll geregelt werden, dass sich die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie der Medizinische Dienst (MD) bei Regel- und Anlassprüfungen mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden abstimmen. Außerdem soll geregelt werden, dass sich die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie der MD bei Prüfungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe, die auch Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen nach § 128 SGB IX unterzogen werden können, mit den Trägern der Eingliederungshilfe zur Vermeidung von Doppelprüfungen abstimmen.

B) Stellungnahme

Die Regelungen zur Abstimmung von Qualitätsprüfungen nach § 275b SGB V zwischen den Krankenkassen, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie dem MD mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden und den Trägern der Eingliederungshilfe insbesondere zur gegenseitigen Information und Beratung sowie über Terminabsprachen für gemeinsame oder arbeitsteilige Prüfungen und zur Verständigung über die im Einzelfall notwendigen Maßnahmen, können nachvollzogen werden. Die beabsichtigten Regelungen bilden die Inhalte des § 117 SGB XI im Wesentlichen nach. Da es sich im Vergleich zu den Regelungen nach § 117 SGB XI jedoch nicht ausschließlich um Prüfungen in Pflegeeinrichtungen, sondern auch bei Leistungserbringern nach § 132l Abs. 5 SGB V, handelt, sollte im Gesetzeswortlaut anstelle des Begriffs „Pflegeeinrichtungen“ jeweils der Begriff „Leistungserbringer“ verwendet werden. In der Begründung zu Buchstabe a ist in Satz 2 zudem in der Klammer die Nennung des § 42 SGB XI zu streichen, da § 37c Abs. 2 Nr. 1 SGB V nur vollstationäre Pflegeeinrichtung nach § 43 SGB XI erfasst.

Die Kostenregelung in Abs. 5 ist den Regelungen des § 117 Abs. 5 SGB XI nachgebildet und nachvollziehbar.

Die Regelungen zu den Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b SGB V sind den Regelungen nach § 114ff. SGB XI nachgebildet. Wenn nun der § 275b SGB V Anpassungen erfährt, um die Regelungen aus dem SGB XI zu übertragen, sollte dies auch auf andere Regelungen zur rechtssicheren Umsetzung bezogen werden, die bisher im § 275b SGB V nicht enthalten sind. Sofern bei den Qualitätsprüfungen nach § 275b SGB V Mängel durch den MD festgestellt werden, fehlt es derzeit an einer eindeutigen gesetzlichen Grundlage zur Erstellung von entsprechenden Maßnahmenbescheiden durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen bzw. bei Anlassprüfungen auch durch die Krankenkassen. Im Bereich der Qualitätsprüfungen nach dem SGB XI sind entsprechende Regelungen in § 115 Abs. 2 SGB XI getroffen.

Des Weiteren 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. Deshalb sollten analog der vorgenannten Regelungen im SGB XI auch im § 275b SGB V entsprechende Regelungen aufgenommen werden. Da es sich bei einem Maßnahmenbescheid um einen Verwaltungsakt gemäß § 31 SGB X handelt, trägt die vorgeschlagene Ergänzung zur Rechtssicherheit bei.

C) Änderungsvorschläge

In Artikel 1 Nr. 55 werden in dem vorgesehenen neuen Absatz 4 Satz 4 des § 275b die Wörter „Pflegeeinrichtungen“ jeweils durch das Wort „Leistungserbringer“ ersetzt.

In der Begründung zu Artikel 1 Nr. 55 wird in den Ausführungen zu Buchstabe a in Satz 2 in der Klammer nach der Angabe „§ 37c Absatz 2 Nummer 1 und 2“ die Angabe „§ 42 und“ gestrichen.

Ergänzende Änderungsbedarfe:

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

„Soweit bei einer Prüfung nach den Sätzen 1 bis 3 Qualitätsmängel festgestellt werden, entscheiden die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen oder die Krankenkasse nach Anhörung des Trägers des Leistungserbringers und der beteiligten Trägervereinigung, welche Maßnahmen zu treffen sind, erteilen dem Träger des Leistungserbringers hierüber einen Bescheid und setzen ihm darin zugleich eine angemessene Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel. Im Zusammenhang mit einer zuvor durchgeführten Regel- oder Anlassprüfung können von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich oder bei einer von einer Krankenkasse beauftragten Anlassprüfung von dieser Krankenkasse eine Wiederholungsprüfung veranlasst werden, um zu überprüfen,

ob die festgestellten Qualitätsmängel durch die nach Satz 6 angeordneten Maßnahmen beseitigt worden sind.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 56

§ 276 Abs. 2 Satz 2 – Zusammenarbeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass die Krankenkassen oder die Medizinischen Dienste bei der Abforderung versichertenbezogener Daten für gutachtliche Stellungnahmen oder für bestimmte Prüfungen den Leistungserbringern den Zweck der Begutachtung mitteilen müssen.

B) Stellungnahme

Die Regelung soll der Klarstellung dienen, dass bei Anforderungen von Unterlagen zur sozialmedizinischen Begutachtung der Zweck der Anforderung anzugeben ist. Dies ist nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschläge

keiner

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 57

§ 277 Abs. 1 Satz 1 bis 3 – Mitteilungspflichten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht eine Änderung der Mitteilungspflichten des Medizinischen Dienstes an die Krankenkassen und Leistungserbringer vor. Weicht das Begutachtungsergebnis des Medizinischen Dienstes von der Verordnung, der leistungsrechtlichen Einordnung oder der Abrechnung der Leistung mit der Krankenkasse durch den Leistungserbringer ab, sind die Medizinischen Dienste verpflichtet, diesem Leistungserbringer das Ergebnis seiner Begutachtung mitzuteilen. Auch auf Anforderung der Leistungserbringer und bei Vorliegen der Einwilligung der Versicherten sind die Medizinischen Dienste zur Übermittlung der Ergebnisse ihrer Begutachtung und der wesentlichen Gründe für das Ergebnis der Begutachtung verpflichtet.

B) Stellungnahme

Unseres Erachtens sind die bereits bestehenden gesetzlichen Vorschriften sachgerecht, wonach

- mit Blick darauf, dass der Medizinische Dienst in der Regel keinen eigenen Befund erhebt, die Mitteilungspflicht an die Krankenkasse der aktuellen Praxis entsprechend die „wesentlichen Gründe für das Ergebnis“ umfasst,
- Mitteilungen an Leistungserbringer in Fällen der Prüfung nach § 275 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V nur mit Einwilligung des Versicherten erfolgen dürfen,
- Mitteilungen an Leistungserbringer über die wesentlichen Gründe für das Ergebnis der Begutachtung nur mit Einwilligung des Versicherten erfolgen dürfen und
- Den Versicherten Gutachten nach § 275 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V in vollständiger Form zu übermitteln sind.

In der Begründung zum Referentenentwurf wird zutreffend darauf hingewiesen, dass die sozialmedizinische Begutachtung des Medizinischen Dienstes als Grundlage der Entscheidung der Krankenkasse dient. Die Krankenkasse hat demnach das Ergebnis der Begutachtung in ihren Verwaltungsprozess und ihre Entscheidung einzubeziehen. Das Ergebnis der Begutachtung des Medizinischen Dienstes ist damit eine Entscheidungsgrundlage der Krankenkasse; die Krankenkasse kann jedoch unter Berücksichtigung aller vorliegenden Entscheidungsgrundlagen auch eine von dem Begutachtungsergebnis abweichende Entscheidung treffen.

Vor diesem Hintergrund ist eine Verpflichtung des Medizinischen Dienstes, in Fällen der von der „Bewertung“ des Leistungserbringers abweichenden Beurteilung durch den Medizinischen Dienst, dem Leistungserbringer das Ergebnis der Begutachtung mitzuteilen, nicht sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

In Nr. 57 wird Satz 2 1. Halbsatz wie folgt formuliert:

„Der Medizinische Dienst ist befugt, dem Leistungserbringer, über dessen Leistung er eine gutachtliche Stellungnahme abgegeben hat, das Ergebnis seiner Begutachtung mitzuteilen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 59

§ 299 Abs. 4 – Datenverarbeitung für Zwecke der Qualitätssicherung – hier Patientenbefragungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Löschfrist der Versendestelle für die für die Durchführung der Patientenbefragung notwendigen Daten wird von sechs Monaten auf 24 Monate verlängert.

B) Stellungnahme

Die Änderung wird begrüßt. Insbesondere für Patientenbefragungen von chronisch erkrankten Patienten (z. B. Dialyse bei Niereninsuffizienz) oder sehr lange andauernde Behandlungen (z. B. Psychiatrie und Psychotherapie), sollte ausgeschlossen werden können, dass in den regelmäßig zu ziehenden Stichproben bereits befragte Patienten nochmals für eine Erstbefragung ausgewählt werden. Dies wird bei begründetem Bedarf nun möglich sein.

Ein weiteres Problem bei der Umsetzung von Patientenbefragungen durch den G-BA sollte jedoch ebenfalls gelöst werden, da die Findung und Beauftragung der Versendestelle wegen der Vorgaben des § 299 Abs. Satz 5 SGB V bislang nicht erfolgen konnte. Anders als bei den anderen Vorgaben in § 299 SGB V wie zur Vertrauensstelle für die Pseudonymisierung wird für die Versendestelle zusätzlich vorgegeben, dass neben der Datenverarbeitung durch die Versendestelle von dem Beauftragten Unternehmen grundsätzlich keine weiteren Behandlungs-, Leistungs- oder Sozialdaten von Versicherten verarbeitet werden dürfen. Gerade die Kompetenz, solche Daten verarbeiten zu können, zeichnet aber die potentiellen Unternehmen aus, die diese Aufgabe übernehmen könnten. In der Folge konnte bisher vom G-BA keine Versendestelle beauftragt werden. Ohne eine Versendestelle wird es jedoch keine Patientenbefragungen geben können.

C) Änderungsvorschlag

Satz 5 des § 299 Abs. 4 sollte wie folgt geändert werden:

Die Versendestelle muss von den Krankenkassen und ihren Verbänden, den Kassenärztlichen Vereinigungen und ihren Verbänden, der Vertrauensstelle nach Abs. 2 Satz 5, dem Institut nach § 137a und sonstigen nach Abs. 1 Satz 2 festgelegten Datenempfängern räumlich, organisatorisch und personell getrennt sein. ~~und darf über die Daten nach Satz 2 hinaus keine Behandlungs-, Leistungs- oder Sozialdaten von Versicherten verarbeiten.~~

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 60

§ 301 – Krankenhäuser

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Überschrift des Paragraphen soll um die Wörter „...und Rehabilitationseinrichtungen“ ergänzt werden.

Ferner soll die Vorschrift um einen neuen Absatz 4a ergänzt werden. Danach sollen Rehabilitationseinrichtungen, die Leistungen für die Deutsche Rentenversicherung oder für die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung erbringen, den Krankenkassen für erwerbstätige Versicherte mit einem Anspruch auf Krankengeld die für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlichen Daten im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermitteln. Zu den insoweit relevanten gesetzlichen Aufgaben gehören die Bestimmung über die Dauer des Krankengeldanspruches, die Mitteilung an den Arbeitgeber über die auf den Entgeltfortzahlungsanspruch des Versicherten anrechenbaren Zeiten sowie zur Zuständigkeitsabgrenzung bei stufenweiser Wiedereingliederung in das Erwerbsleben.

Die Rehabilitationseinrichtungen sollen den Krankenkassen folgende Daten übermitteln:

- den Familiennamen und den Vornamen des Versicherten,
- das Geburtsdatum des Versicherten,
- das Geschlecht des Versicherten,
- die Anschrift des Versicherten,
- die Krankenversicherungsnummer des Versicherten,
- ihr Institutionskennzeichen,
- den Tag der Aufnahme, den Tag und den Grund der Entlassung oder der externen Verlegung sowie die Entlassungs- und Verlegungsdiagnose,
- Aussagen zur Arbeitsfähigkeit,
- die zur Zuständigkeitsabgrenzung bei stufenweiser Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nach §§ 44, 71 Abs. 5 SGB IX erforderlichen Angaben.

Das Nähere über Form und Inhalt der erforderlichen Vordrucke, die Zeitabstände für die Übermittlung der Angaben und das Verfahren der Übermittlung im Wege elektronischer Datenübermittlung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern sind vom GKV-Spitzenverband mit den Leistungserbringerverbänden auf Bundesebene zu vereinbaren.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung der Überschrift ist sachgerecht, weil der § 301 SGB V den Datenaustausch sowohl der Krankenhäuser als auch der Rehabilitationseinrichtungen regelt.

Die in dem neu einzufügenden Absatz 4a an die Krankenkassen zu übermittelnden Daten sind für deren Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben notwendig. Die Übermittlung dieser Daten von den Rehabilitationseinrichtungen an die Krankenkassen ist wegen einer fehlenden expliziten Datenübermittlungsbefugnis bisher als datenschutzrechtlich unzulässig bewertet worden, weil die die Regelung des § 301 Abs. 4 SGB V nur eine Befugnis zur Datenübermittlung vorsieht, wenn die Krankenkasse der zuständige Rehabilitationsträger ist. Mit der beabsichtigten Einfügung des Absatzes 4a wird diese Befugnis und die Verpflichtung zur Datenübermittlung der Rehabilitationseinrichtungen an die Krankenkassen auf eine gesetzliche Grundlage gestellt. Dies ist zu begrüßen.

Als gesetzliche Aufgaben der Krankenkassen für deren Erfüllung die Datenübermittlung als erforderlich angesehen wird, wird neben der Bestimmung der Dauer des Krankengeldanspruchs und der Mitteilung an den Arbeitgeber über die auf den Entgeltfortzahlungsanspruch des Versicherten anrechenbaren Zeiten auch die Zuständigkeitsabgrenzung bei stufenweiser Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nach den §§ 44, 71 Absatz 5 des Neunten Buches angeführt. Die Krankenkassen erbringen Leistungen im Zusammenhang mit stufenweisen Wiedereingliederungen jedoch auf Basis des § 74 SGB V, welcher daher entsprechend in dem Gesetzeswortlaut ergänzt werden sollte.

Bei der Aufzählung der an die Krankenkassen zu übermittelnden Daten wird auf die Angaben auf der elektronischen Gesundheitskarte nach § 291 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 bis 6 SGB V verwiesen. Mit dem Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendaten-Schutz-Gesetz – PDSG) wurden diese Angaben gesetzlich in § 291a Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 bis 6 SGB V neu verortet. Dort sind nunmehr die Stammdaten der Versicherten (Familiename, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht und Anschrift) aufgeführt. Der Verweis muss daher entsprechend geändert werden.

Als Formen der Datenübermittlung sind die elektronische Datenübertragung oder alternativ die Übermittlung auf maschinell verwertbaren Datenträgern vorgesehen. Die Übermittlung auf

maschinell verwertbaren Datenträgern ist technisch nicht mehr zeitgemäß. Deswegen sollte eine elektronische Datenübertragung verpflichtend vorgesehen werden.

Eine Vereinbarung des Näheren über Form und Inhalt der erforderlichen Vordrucke, der Zeitabstände für die Übermittlung der Angaben und das Verfahren zur Übermittlung im Wege elektronischer Datenübermittlung zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Leistungserbringerverbänden auf Bundesebene wird als sachgerecht betrachtet. Möglicherweise bietet sich hier eine Ergänzung der Datenübermittlungs-Rahmenvereinbarung nach § 301 Abs. 4 SGB V an.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 1 Nr. 60 Buchstabe b) wird Absatz 4a wie folgt geändert:

In Satz 1

- werden nach dem Wort „Erwerbsleben“ die Angaben „nach § 74 sowie“ eingefügt,
- die Wörter „oder maschinell verwertbar auf Datenträgern“ gestrichen und
- in Nr. 1 die Angabe „§ 291 Absatz 2 Satz 1“ durch die Angabe „§ 291a Absatz 2“ ersetzt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 62

**§ 316 – Finanzierung der Gesellschaft für Telematik; Verordnungsermächtigung
bzw. § 403 – Übergangsregelung zur enteralen Ernährung**

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Zusammenhang mit den in § 31 vorgesehenen Änderungen zur enteralen Ernährung (Artikel 1 Nr. 8) soll die Übergangsregelung zur enteralen Ernährung im SGB V aufgehoben werden.

B) Stellungnahme

Die Aufhebung der Übergangsvorschrift zur parenteralen Ernährung lässt sich vor dem Hintergrund der Änderungen in § 31 nachvollziehen. Die Übergangsregelung wurde allerdings durch das Patientendatenschutzgesetz in § 403 verschoben. Entsprechend betrifft die vorgesehene Änderung nicht § 316 sondern § 403.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1, Änderungsnummer 62 wird wie folgt gefasst:

„§ 403 wird aufgehoben“.

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 21 – Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung für sonstige Personen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung steht im Zusammenhang mit der Anerkennung von Mitgliedschaften in bestimmten Solidargemeinschaften als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Recht der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung (vgl. Artikel 1 Nummer 42). Da die Solidargemeinschaften eine Absicherung im Krankheitsfall, nicht aber im Pflegefall leisten, werden für die nach § 176 SGB V anerkannten Mitglieder von Solidargemeinschaften zwei neue Versicherungspflichttatbestände in der Pflegeversicherung eingeführt. Hierbei wird die Versicherungspflicht für Mitglieder von Solidargemeinschaften in der sozialen Pflegeversicherung durch die Anpassung des § 21 SGB XI und in der privaten Pflegepflichtversicherung durch die Änderung des § 23 SGB XI nachvollzogen.

Die neue Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung ist als „Auffangregelung“ konzipiert und ist gegenüber der freiwilligen Versicherung in der sozialen Pflegeversicherung (insbesondere auf Grundlage des § 26 Absatz 1 oder § 26a Absatz 3 SGB XI) nachrangig. Darüber hinaus ist sie nachrangig gegenüber der privaten Pflege-Pflichtversicherung nach § 23 SGB XI.

Die Solidargemeinschaften werden zur Kontrolle einer bestehenden Pflegeversicherung ihrer Mitglieder verpflichtet. Für den Fall, dass ein Mitglied der Pflicht zur Absicherung in der sozialen Pflegeversicherung nicht nachgekommen ist, erfolgt eine entsprechende Mitteilung der Solidargemeinschaft an die zuständige Pflegekasse (vgl. Artikel 2, Nummer 4).

Die Absicherung der Betroffenen in der Pflegeversicherung auf Grundlage der neuen Versicherungspflichttatbestände ist nur zukunftsbezogen nach dem Inkrafttreten der Neuregelung, frühestens jeweils mit Wirksamwerden des Bescheides des Bundesamtes für Soziale Sicherung über die Anerkennung der Mitgliedschaft in der Solidargemeinschaft als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall, möglich. Die versicherungsrechtliche Beurteilung in den vor dem Inkrafttreten der Neuregelung liegenden Zeiträumen richtet sich nach dem bislang geltenden Regelungsrahmen.

B) Stellungnahme

Die Einführung der neuen Versicherungspflichttatbestände ist unter Berücksichtigung der politischen Zielsetzung grundsätzlich sachgerecht. Allerdings ist die Zuständigkeitsabgrenzung

für die Pflegeversicherungspflicht zwischen der sozialen und privaten Pflegeversicherung nicht uneingeschränkt eindeutig geregelt und sollte redaktionell nachjustiert bzw. ergänzt werden.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 2 Nummer 1 ist nach dem neu angefügten Satz 1 folgender Satz einzufügen:

„Satz 1 gilt nur für Personen, für die ohne die Zugehörigkeit zu einer Solidargemeinschaft eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung bestehen würde“.

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 48 – Zuständigkeit für Versicherte einer Krankenkasse und sonstige Versicherte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung eines neuen Versicherungspflichttatbestandes nach § 21 SGB XI in der sozialen Pflegeversicherung für die nach § 176 SGB V anerkannten Mitglieder von Solidargemeinschaften.

Die Regelungen über die Wahl der zuständigen Pflegekasse entsprechen denjenigen, die für alle anderen Mitglieder gelten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht versichert sind.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist unter Berücksichtigung der mit der Einführung des neuen Versicherungspflichttatbestandes verfolgten politischen Zielsetzung grundsätzlich sachgerecht

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 50 – Melde- und Auskunftspflichten bei Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung eines neuen Versicherungspflichttatbestandes nach § 21 SGB XI in der sozialen Pflegeversicherung für die nach § 176 SGB V anerkannten Mitglieder von Solidargemeinschaften.

Zur Durchsetzung der Versicherungspflicht durch die Pflegekassen werden die Solidargemeinschaften verpflichtet, ihre anerkannten Mitglieder bei der zuständigen Pflegekasse zu melden, soweit die Mitglieder das Bestehen eines Pflegeversicherungsschutzes nicht nachgewiesen haben.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist unter Berücksichtigung der mit der Einführung des neuen Versicherungspflichttatbestandes verfolgten politischen Zielsetzung grundsätzlich sachgerecht. Es bedarf allerdings weitergehender Regelungen für zwei unterschiedliche Fallkonstellationen. Zum einen müssen die Solidargemeinschaften – so wie alle anderen für die nach § 21 SGB XI versicherungspflichtigen Personen zuständigen Meldestellen – eine Meldung an die Pflegekasse erstatten, die vom Mitglied selbst für die Durchführung der sozialen Pflegeversicherung gewählt wurde. Zum anderen bedarf es zur Durchsetzung der Pflegeversicherungspflicht bei Personen, die das Bestehen des Pflegeversicherungsschutzes nicht nachgewiesen haben und der sozialen Pflegeversicherung zuzuordnen sind, einer Auffangregelung über die Bestimmung der zuständigen Pflegekasse.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 2 Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

„4. In § 50 Absatz 2 werden nach Satz 1 folgende Sätze eingefügt:

„Für die nach § 21 Satz 2 versicherungspflichtigen Mitglieder haben die Solidargemeinschaften eine Meldung an die Pflegekasse zu erstatten, die vom Mitglied nach § 48 Absatz 3 gewählt wurde. Hat ein nach § 21 Satz 2 versicherungspflichtiges Mitglied das Bestehen eines Pflegeversicherungsschutzes nicht nachgewiesen, erstattet die Solidargemeinschaft eine Meldung an die Pflegekasse, die bei der Krankenkasse errichtet ist, der das Mitglied angehört

würde, wenn es in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig wäre. Lässt sich die Pflegekasse nach 3 nicht bestimmen, hat die Solidargemeinschaft den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei einer nach § 48 wählbaren Pflegekasse anzumelden und den Versicherungspflichtigen unverzüglich über die gewählte Pflegekasse zu unterrichten“.

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 59 – Beitragstragung bei anderen Mitgliedern

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung eines neuen Versicherungspflichttatbestandes nach § 21 SGB XI in der sozialen Pflegeversicherung für die nach § 176 SGB V anerkannten Mitglieder von Solidargemeinschaften.

In Absatz 4 Satz 1 wird klargestellt, dass Mitglieder von Solidargemeinschaften, deren Mitgliedschaft nach § 176 SGB V anerkannt ist, ihre Beiträge allein zu tragen haben.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist unter Berücksichtigung der mit der Einführung des neuen Versicherungspflichttatbestandes verfolgten politischen Zielsetzung grundsätzlich sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 121 – Bußgeldvorschrift

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Einführung eines neuen Versicherungspflichttatbestandes nach § 21 SGB XI in der sozialen Pflegeversicherung für die nach § 176 SGB V anerkannten Mitglieder von Solidargemeinschaften.

Die Solidargemeinschaften, die gegen die neu eingeführte Meldepflicht nach § 50 SGB XI verstoßen, erfüllen künftig einen Tatbestand der Ordnungswidrigkeit, der mit einer üblichen Geldbuße geahndet werden kann.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist unter Berücksichtigung der mit der Einführung des neuen Versicherungspflichttatbestandes verfolgten politischen Zielsetzung grundsätzlich sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Sofern der Änderungsvorschlag des GKV-SV zu Artikel 2 Nummer 4 aufgegriffen wird, bedarf es einer entsprechenden Anpassung der Textierung zu § 121 SGB XI.

Artikel 5 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 1

§ 8 Absatz 1b – Voraussetzungen der Förderung – Plankrankenhäuser

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Streichung des § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V in Verbindung mit § 5 Absatz 3a KHEntgG. Die krankenhauserplanerischen Konsequenzen, insofern in höchstens drei aufeinanderfolgenden Jahren Qualitätsabschläge nach § 5 Absatz 3a KHEntgG erhoben wurden, entfallen in der Folge ebenfalls.

B) Stellungnahme

Die Folgeänderung wird unter Verweis auf die Ausführungen zu § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V begrüßt (vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 35a cc)).

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nrn. 2a und 2b

§ 17b – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nr. 2a)

Der Antrag auf die Anerkennung als besondere Einrichtung konnte bisher nur in schriftlicher Form erfolgen, diese Regelung wird um eine elektronische Alternative ergänzt.

Nr. 2b)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Aufhebung des Auftrags an den G-BA, Festlegungen für die Umsetzung von qualitätsabhängigen Zu- und Abschlägen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 SGB V zu treffen.

B) Stellungnahme

Nr. 2a)

Die Möglichkeit, Anträge auch in elektronischer Form zu stellen, wird begrüßt.

Nr. 2b)

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 35a) cc).

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 5 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 3

§ 17d Absatz 9 – Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Anpassung der Vorgaben zur Übermittlung von Angaben zur Weiterentwicklung des Entgeltsystems von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen. Die bisher vorgesehene Übermittlung der Einstufung nach der Psych-PV entfällt nach deren Aufhebung zum 31.12.2019. Zukünftig ist nun die Zahl des insgesamt beschäftigten Pflegepersonals und die Zahl des insgesamt in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten Pflegepersonals zu übermitteln.

B) Stellungnahme

Eine Anpassung der Vorgaben ist durch die Aufhebung der Psych-PV notwendig. Die ersatzweise Übermittlung des beschäftigten Pflegepersonals ist jedoch nicht zweckmäßig, da im pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen im Gegensatz zum aG-DRG-Bereich keine Ausgliederung des Pflegepersonals vorgesehen ist. Ersatzweise sollte eine Übermittlung der Behandlungsbereiche entsprechend der ab 01.01.2020 in Kraft getretenen Personalvorgaben des G-BA gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V (Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie – PPP-RL) erfolgen.

C) Änderungsvorschlag

In § 17d Absatz 9 wird Satz 2 wie folgt geändert:

„Zusätzlich ist von Einrichtungen, ~~die die Psych-PV anwenden,~~ **im Geltungsbereich der Richtlinie gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V** für jeden ~~voll- und teilstationären~~ Behandlungsfall die tagesbezogene Einstufung der Patientin oder des Patienten in die ~~Behandlungsbereiche nach den Anlagen 1 und 2 der Psych-PV~~ **in der Richtlinie festgelegten Behandlungsbereiche** zu übermitteln; für die zugrunde liegende Dokumentation reicht eine Einstufung zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel des Behandlungsbereichs aus.“

Artikel 5 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Nr. 4

§ 18 Absatz 4 Satz 1 – Pflegesatzverhandlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit den Änderungen wird das bisherige geltende Erfordernis einer schriftlichen Aufforderung in Papierform um eine elektronische Alternative ergänzt.

B) Stellungnahme

Kein Stellungnahmebedarf.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 1a)

§ 4 Absatz 8a Satz 4 – Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung wird der § 4 Absatz 8a Satz 4 KHEntgG dahingehend ergänzt, dass der vom Krankenhaus gegenüber den Krankenkassen bislang ausschließlich schriftlich zu erbringende Nachweis über eine Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung künftig auch in elektronischer Form möglich ist.

B) Stellungnahme

Die geplante Ergänzung der Nachweisführung zur bislang ausschließlich in Papierform beizubringenden Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung um eine elektronische Alternative ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 1 b) aa)

§ 4 Absatz 9 Satz 4 – Hygieneförderprogramm

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung wird der § 4 Absatz 9 Satz 4 dahingehend ergänzt, dass die vom Krankenhaus gegenüber den Krankenkassen bislang ausschließlich schriftlich zu erbringenden Nachweise über die Erfüllung der Fördervoraussetzungen künftig auch in elektronischer Form möglich sind.

B) Stellungnahme

Die geplante Ergänzung der Nachweisführung zu den bislang ausschließlich in Papierform beizubringenden Nachweisen über die Erfüllung der Fördervoraussetzungen um eine elektronische Alternative ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 1b) bb)

§ 4 Absatz 9 Satz 8 – Hygieneförderprogramm

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es ist beabsichtigt, den Querverweis auf die Bestimmungen des Pflegestellen-Förderprogrammes im § 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG mit einer Angabe zur Fassung vom 31.12.2020 zu versehen.

B) Stellungnahme

Die Änderung erfolgt, da durch den Wegfall des Pflegestellen-Förderprogrammes der § 4 Absatz 8 KHEntgG, auf den im Kontext des Hygieneförderprogrammes über einen Querverweis referenziert wird, ab dem 01.01.2021 entfällt. Die geplante Formulierung ist folgerichtig, damit auch künftig der Querverweis im noch geltenden § 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG sichergestellt ist.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2a)

§ 5 Absatz 3a – Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen – Qualitätszu- und -abschläge

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Streichung des § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V. Die Vereinbarungen der Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG zu den Qualitätszu- und -abschlägen entfallen in der Folge ebenfalls.

B) Stellungnahme

Die Folgeänderung wird unter Verweis auf die Ausführungen zu § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2b)

§ 5 Absatz 3b Satz 2 (neu) – Kosten für klinische Sektionen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es ist geplant die Höhe des Zuschlags auf die vom InEK kalkulierten Werte festzusetzen.

B) Stellungnahme

Obduktionen sind ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung. Sie dienen außerdem der Verbesserung der Todesursachenstatistik. Deswegen sind sie außerhalb Deutschlands oftmals Teil des staatlichen Gesundheitssystems (z.B. Coroner in Großbritannien) und nicht Teil einer Versicherung gegen Krankheit.

Derzeit werden in Deutschland klinische Sektionen zur Qualitätssicherung im Krankenhaus mit 750 Euro pro Obduktion vergütet. Dieser Betrag wurde vom GKV-Spitzenverband mit der DKG im Juli 2017 als Teil der Vereinbarung zu klinischen Sektionen gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 3 KHEntgG geeint¹.

Der Gesetzgeber möchte laut Gesetzesbegründung eine „angemessene Refinanzierung“ der klinischen Sektion erreichen, schreibt nunmehr aber den Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG vor, die Kalkulationsergebnisse des InEK in voller Höhe zu übernehmen.

Das InEK hat die Kosten der klinischen Sektionen seit 2017 viermal kalkuliert. Grundlage dieser Kalkulation sind die Kosten von neun Krankenhäusern: „Unter den Kalkulationshäusern befinden sich sechs Universitätskliniken die zusammen 819 der insgesamt 1.030 Fälle übermitteln. Damit ist die Stichprobe weiter deutlich durch universitäre Kostenstrukturen geprägt.“² Das bedeutet, dass die derzeit ermittelten Durchschnittskosten von 1.210 Euro die Durchschnittskosten einer klinischen Sektion an einer Uniklinik abbilden und nicht die Kosten, die in einem nicht-universitären Haus entstehen. Nur 47 % aller Obduktion werden aber an Universitätskliniken vorgenommen.³ Es ist davon auszugehen, dass die Kosten in einem Haus der Regelversorgung deutlich niedriger sind, weil Vorhaltekosten, Gehälter, Forschungskosten, Kosten für feingewebliche Untersuchungen aus wissenschaftlichem Interesse

¹ https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/abrechnung/zu___ab-schlaege/2017_07_19_KH_Obduktionsvereinbarung.pdf.

² Abschlussbericht Kalkulation der Durchschnittskosten von klinischen Sektionen für das Jahr 2020; InEK, Siegburg 16.10.2020.

³ Pathologie 2017 38:422–429.

sowie Kosten für klinische Demonstrationen vor Studenten niedriger oder nicht vorhanden sind.

Die Gründe für die niedrige Obduktionsfrequenz liegen vor allem in der mangelnden Akzeptanz der Bevölkerung und weniger in der wegrationalisierten Infrastruktur von Pathologieabteilungen und Sektionssälen an nicht-universitären Häusern. Diese Entwicklung findet sich in vielen europäischen Ländern.⁴ Die vorgeschlagene Streichung der Indikationsliste und einer Mindestzahl von Obduktionen (gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 3 KHEntgG) verbunden mit einer 60 %igen Steigerung der Vergütung wird bestenfalls wirkungslos sein und wird zu Mitnahmeeffekten führen.

Schlimmstenfalls kommt es aufgrund der lukrativen Vergütung gemäß § 5 Absatz 3b Satz 2 (neu) nun zu intensiveren Versuchen, die Angehörigen eines Verstorbenen zur Einwilligung in eine Obduktion zu bewegen. Dies würde zu einer weiteren Verunsicherung der Öffentlichkeit führen und die Obduktionsbereitschaft in der Bevölkerung noch weiter senken.

C) Änderungsvorschlag

§ 5 Absatz 3b Satz 2 (neu) wird wie folgt gefasst:

„Bei der Ermittlung des durch den Zuschlag zu finanzierenden Betrages sind **als Basis** jeweils die für den maßgeblichen Zeitraum vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus kalkulierten Kosten einer klinischen Sektion ~~in voller Höhe~~ **unter Berücksichtigung der für die Qualitätssicherung relevanten Bestandteile einer Obduktion** zugrunde zu legen.“

⁴ Pathologe 2017 38:422–429.

Artikel 6 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2c)

§ 5 Absatz 3e Satz 1 – Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Änderung wird die Berechnungsmethodik des TI-Abschlages klargestellt. Zu- und Abschläge für jeden voll- und teilstationären Fall werden bei der Bestimmung der Abschlags-
höhe nicht berücksichtigt.

B) Stellungnahme

Die Klarstellung wird begrüßt. Bislang war unklar, wie Zu- und Abschläge zu berücksichtigen sind, deren Basis ebenfalls die Rechnungshöhe ist. Je nach Berechnungsreihenfolge ergaben sich unterschiedliche Ergebnisse, was zu Konflikten zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern führen konnte.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 3a)

§ 8 Absatz 4 Satz 2 – Berechnung der Entgelte; hier Mindestmengen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine Klarstellung im Hinblick auf die Berechnung der Entgelte im Bezug zu der Erfüllung der vom G-BA festgelegten Mindestmengen. Entgelte dürfen für eine Leistung dann nicht berechnet werden, wenn ein Krankenhaus die Vorgaben für Mindestmengen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V nicht erfüllt.

B) Stellungnahme

Die Klarstellung wird begrüßt, da nun eine eindeutige und explizite Verbindung zwischen den Anforderungen aus der Mindestmengenregelung aus dem SGB V mit dem für die Berechnung von Entgelten im KHEntgG hergestellt worden ist. Dies verhindert Streitigkeiten zwischen den Vertragspartnern. Eine Klarstellung wird analog auch für die vom G-BA festgelegten Mindestanforderungen nach § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V für erforderlich gehalten. Es muss zusätzlich abgestellt werden auf das Ergebnis der Entscheidung und nicht nur auf einen noch nicht bewerteten Nachweis bezogen auf die berechnete mengenmäßige Erwartung. Ohne positive Prognose ist der Krankenhausstandort nicht zur Entgeltabrechnung berechtigt.

C) Änderungsvorschlag

§ 8 Absatz 4 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Entgelte dürfen für eine Leistung nicht berechnet werden, wenn die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen die Prognose widerlegt haben z. B. weil ein Krankenhaus die Vorgaben für Mindestmengen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht erfüllt, soweit keine berechnete mengenmäßige Erwartung nach § 136b Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nachgewiesen wird- **oder wenn ein Krankenhaus die Mindestanforderungen nach § 136 Absatz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht erfüllt.**“

Artikel 6 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 3b)

§ 8 Absatz 8 Satz 1 – Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung wird die Option einer Bekanntmachung in Textform durch eine elektronische Alternative ersetzt.

B) Stellungnahme

Kein Stellungnahmebedarf.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 4a)

§ 9 Absatz 1a Nummer 3 – Zuschlag für klinische Sektionen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß der Änderung des § 9 Absatz 1a werden die für die Erlangung eines Zuschlages bisher erforderliche Sektionsrate und die Kriterien für die Auswahl der zu obduzierenden Todesfälle gestrichen.

B) Stellungnahme

Die Finanzierung der klinischen Sektionen über einen Zuschlag durch die Krankenversicherung wurde durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) eingeführt. Klinische Sektionen sollten als Instrument der Qualitätssicherung gefördert werden: „Ziel ist es, die deutlich zu niedrige Sektionsrate zu erhöhen, damit Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus aus den Erkenntnissen, die aus Sektionen gewonnen werden, wieder kontinuierlich lernen können.“ (Drucksache 18/5372 S. 36).

Im vorliegenden Gesetzesentwurf wird nun die Klausel gestrichen, die sicherstellte, dass nur Obduktionen, die der Qualitätssicherung dienen, von der Krankenversicherung vergütet werden. Damit wird jede Obduktion im Krankenhaus, nicht nur die zur Qualitätssicherung, finanziert. Durch die Streichung einer Mindestobduktionsrate verschwindet jeder Anreiz, die Obduktionsrate in einem Krankenhaus zu steigern, weil die Vergütung ab der ersten Sektion beginnt.

In einer zu Zwecken der Qualitätssicherung geschaffenen Regelung sollen nun die qualitätssichernden Vorgaben selbst gestrichen werden.

C) Änderungsvorschlag

Die vorgeschlagenen Änderungen werden abgelehnt.

Artikel 6 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 4b)

§ 9 Absatz 1a Nummer 4 – Vereinbarung auf Bundesebene – Qualitätszu- und -abschläge

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Streichung des § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V. Die Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene zu den Qualitätszu- und -abschlägen entfallen in der Folge ebenfalls.

B) Stellungnahme

Die Folgeänderung wird unter Verweis auf die Ausführungen zu § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V begrüßt (vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 35a cc)).

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 5a) aa)

§ 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 – Vereinbarungen auf Landesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um die Korrektur eines fehlerhaften Verweises.

B) Stellungnahme

Kein Stellungnahmebedarf.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 5a) bb)

§ 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 – Vereinbarungen auf Landesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Aufhebung des Auftrages an den G-BA, Festlegungen für die Umsetzung von Qualitätszu- und -abschlägen zu treffen.

B) Stellungnahme

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nrn. 35a) cc) und 35h).

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nrn. 5b) aa) und 6b)

§§ 10 Absatz 10 Satz 2 und 11 Absatz 3 Satz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit den Änderungen wird das bisherige geltende Erfordernis einer schriftlichen Aufforderung in Papierform um eine elektronische Alternative ergänzt.

B) Stellungnahme

Kein Stellungnahmebedarf.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nrn. 5b) bb) und 6a)

§§ 10 Absatz 10 Satz 3 und 11 Absatz 3 Satz 1

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit den Änderungen wird das bisherige geltende Erfordernis einer schriftlichen Vereinbarung in Papierform um eine elektronische Alternative ergänzt.

B) Stellungnahme

Kein Stellungnahmebedarf.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 6 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 7

§ 15 Absatz 3 Satz 3 (neu) – Ausgleich von Mehr- oder Mindererlösen bei NUB-Entgelten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) können nach § 6 Absatz 2 Satz 6 KHEntgG vereinbart werden. Um eine frühzeitige Abrechnung der neuen NUBs zu ermöglichen, wird mit den meisten Krankenhäusern die NUB-Vereinbarung getrennt von der Budgetvereinbarung geschlossen. Dadurch wird auch sichergestellt, dass die NUB möglichst frühzeitig in der Praxis angewendet werden und der Patientin sowie dem Patienten für seine Behandlung zur Verfügung stehen.

Krankenhäuser erbringen NUB, die erstmalig vereinbart werden, bereits ab Beginn des Kalenderjahres und damit vor der Preisvereinbarung. Bisher konnten nur Leistungen, die nach der Genehmigung erbracht wurden, in Rechnung gestellt werden. Mit der vom Gesetzgeber vorgesehenen Ergänzung in § 15 Absatz 3 KHEntgG wird für NUB-Leistungen, die vor der Preisvereinbarung erbracht werden, ein Verfahren zum Ausgleich der entstandenen Zahlbeträge geschaffen. Die Ergänzung basiert dabei auf dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 05.12.2019 (Az 3 C 28.17), welches festgestellt hatte, dass Krankenhäusern bei verspäteter, d. h. unterjähriger, erstmaliger Vereinbarung von NUB ein Zahlbetragsausgleich nach § 15 Absatz 3 KHEntgG zusteht. Der Ausgleichsbetrag ist gemäß § 15 Absatz 3 Satz 2 KHEntgG über den Zu- oder Abschlag nach § 5 Absatz 4 KHEntgG abzurechnen.

B) Stellungnahme

Grundsätzlich sind die Aktivitäten des Gesetzgebers zu begrüßen, da aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes Regelungsbedarf hinsichtlich des Ausgleichs von NUB-Entgelten besteht.

Ein Verfahren zum Ausgleich des Zahlbetrages für erstmalig vereinbarte NUB nach § 15 Absatz 3 Satz 2 KHEntgG über den Zu- oder Abschlag nach § 5 Absatz 4 KHEntgG erscheint jedoch nicht sachgerecht. Ausschlaggebend für diese Einschätzung ist insbesondere, dass das gewählte Verfahren eine Vermengung der NUB-Ausgleiche mit Ausgleichen für Mengenabweichungen zur Folge hätte. Eine Kostenzuordnung einzelner Leistungen nach dem Verursacherprinzip, d. h. zu der zuständigen Krankenkasse, wäre dann für die NUB-Leistungen nicht mehr möglich. Die verursachungsgerechte Zuordnung gewinnt jedoch insbesondere aufgrund der sehr hohen Preise für neuartige Therapien (z. B. ATMP) im Arzneimittelbereich zunehmend an Bedeutung. So werden für NUB-Verfahren inzwischen teilweise Preise in Höhe von

mehreren Hunderttausend Euro pro Leistung vereinbart. Es ist davon auszugehen, dass die Zahl dieser hochpreisigen Leistungen in Zukunft steigen wird. Wenn diese nun wie vorgesehen über allgemeine Zu- und Abschläge ausgeglichen werden, würden einzelne Kostenträger und vor allem Selbstzahler unzumutbar belastet.

Ebenfalls ist zu beachten, dass eine Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit einer Leistung und der tatsächlichen Leistungserbringung der NUB-Entgelte nicht erfolgen kann, wenn der Ausgleich über die Zu- und Abschläge gemäß § 15 Absatz 3 KHEntgG erfolgt. Eine nachgelagerte Finanzierung dieser Leistungen ohne die Möglichkeit der Prüfung auf medizinische Notwendigkeit ist grundsätzlich abzulehnen.

C) Änderungsvorschlag

Erstmalig vereinbarte NUB-Entgelte sollten von der Ausgleichsregelung nach § 15 Absatz 3 KHEntgG ausgenommen werden. Stattdessen könnten Krankenhäuser die angefallenen Entgelte dem zuständigen Kostenträger in Rechnung stellen, sofern eine Kostenübernahmeerklärung eingeholt und eine krankenhausespezifische Vereinbarung für dieses Entgelt geschlossen wurde. Konkret erfordert dies eine nachträgliche Rechnungsstellung an den jeweiligen Kostenträger, sobald die NUB-Vereinbarung geschlossen und genehmigt wurde.

Der nachträglichen Abrechnung durch ein Krankenhaus muss eine Kostenübernahmeerklärung und eine Vereinbarung der Leistung als NUB-Entgelt gemäß § 6 Absatz 2 KHEntgG im Rahmen der Vereinbarung nach § 11 KHEntgG vorausgehen. Dies stellt sicher, dass nur Leistungen bewirkt und vergütet werden, die vom InEK aus entgeltsystematischer Sicht mit dem Status 1 bewertet und zwischen den Partnern vor Ort vereinbart wurden. Dies ist wichtig, da die Erbringung bestimmter NUB-Leistungen das Vorliegen besonderer (z. B. personeller oder technischer) Mindestanforderungen beim Leistungserbringer voraussetzt, deren Nachweis ggf. in den Verhandlungen erbracht werden muss.

§ 15 Absatz 3 KHEntgG sollte wie folgt ergänzt werden:

„Satz 1 gilt nicht für Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Absatz 2, die im Vereinbarungszeitraum erstmalig vereinbart werden. Sofern im Vereinbarungsjahr erstmalig vereinbarte neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Absatz 2 vor Genehmigung der Vereinbarung nach § 14 erbracht wurden, erfolgt die Abrechnung dieser Leistungen nachträglich gegenüber dem jeweiligen Kostenträger. Dies setzt zusätzlich eine Kostenübernahmeerklärung des jeweiligen Kostenträgers voraus.“

**Artikel 10 (Änderung des Gesetzes zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organ-
spende)**

Nr. 1

Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb – Änderung des Transplantationsgesetzes

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um die Korrektur fehlerhafter Verweise.

B) Stellungnahme

Kein Stellungnahmebedarf.

C) Änderungsvorschlag

keiner

**Artikel 10 (Änderung des Gesetzes zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organ-
spende)**

Nr. 2a)

Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe c – Änderung des Transplantationsgesetzes

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bestehende Terminologie des Gesetzes wird an die Terminologie des Transplantationsgesetzes (Organ- und Gewebeentnahme anstatt Organ- und Gewebespende) angepasst.

B) Stellungnahme

Kein Stellungnahmebedarf.

C) Änderungsvorschlag

keiner

**Artikel 10 (Änderung des Gesetzes zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organ-
spende)**

Nr. 2b)

Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe c – Änderung des Transplantationsgesetzes

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Satz 3 Nummer 2 wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt.

B) Stellungnahme

Kein Stellungnahmebedarf.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 10 (Änderung des Gesetzes zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organ- spende)

Nr. 3

Artikel 1 Nummer 3 – Änderung des Transplantationsgesetzes

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nr. 3a)

Die bestehende Terminologie des Gesetzes wird an die Terminologie des Transplantationsgesetzes (Organ- und Gewebeentnahme anstatt Organ- und Gewebespende) angepasst.

Nrn. 3b) und 3c)

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) wird mit dem Gesetzes zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende beauftragt, ein Organspenderregister aufzubauen. Die bisher zu erhebenden personenbezogenen Daten der potenziellen Spender werden um ein Pseudonym der Krankenversicherungsnummer erweitert, um fehlerhafte Datenabfragen auszuschließen. Weiterhin wird der Kreis der abfrageberechtigten Personen um pflegerische Transplantationsbeauftragte erweitert. Um Doppelungen zu vermeiden, wird von den abfrageberechtigten Personen auch der Geburtsort gespeichert. Zudem wird sichergestellt, dass das Pseudonym der Krankenversicherungsnummer ausschließlich zum Zweck der Vermeidung möglicher Fehlzuordnungen bei Doppelungen persönlicher Daten bei unterschiedlichen Personen im Abfragefall verarbeitet werden darf.

B) Stellungnahme

Nr. 3a)

Kein Stellungnahmebedarf.

Nrn. 3b) und 3c)

Die Erweiterung der im Organspenderregister gespeicherten Daten wird begrüßt. Hierdurch wird sichergestellt, dass Fehlzuordnungen bei Abfragen vermieden werden. Die Erweiterung der abfrageberechtigten Personen auf pflegerische Transplantationsbeauftragte ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

**Artikel 10 (Änderung des Gesetzes zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organ-
spende)**

Nr. 4

Artikel 1 Nummer 3 – Änderung des Transplantationsgesetzes

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das BfArM wird beauftragt eine jährliche Auswertung der im Register dokumentierten Erklärungen zur Organ- und Gewebespende, ihrer Änderung und ihres Widerrufs in anonymisierter Form zu veröffentlichen.

B) Stellungnahme

Die neu aufgenommene Berichtspflicht des BfArM wird begrüßt. Durch den Bericht erhält die Öffentlichkeit verlässliche Informationen über den Akzeptanzgrad des Organspenderregisters in der Bevölkerung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

**Artikel 10 (Änderung des Gesetzes zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organ-
spende)**

Nr. 5

Artikel 1 Nummer 3 – Änderung des Transplantationsgesetzes

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Änderung infolge des neuen Absatzes 6 (Verschiebung der Nummerierung; vgl. Stellungnahme zu Artikel 10 Nr. 4).

B) Stellungnahme

Kein Stellungnahmebedarf.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 11 Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Nr. 1

§ 2 – Risikogruppen

A) Beabsichtigte Neuregelung

a) Nach dem neuen § 269 Absatz 3 Satz 1 SGB V werden Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten (Auslandsversicherte), gesonderten Risikogruppen zugeordnet. Dementsprechend wird der Verweis auf den neuen § 269 Absatz 3 Satz 1 SGB V ergänzt.

b)

Doppelbuchstabe aa)

Als Folgeänderung zum neuen § 269 Absatz 2 SGB V wird die Angabe des § 45 SGB V in der Aufzählung der im RSA zu berücksichtigenden Risikomerkmale in § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 gestrichen.

Doppelbuchstabe bb)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zum Änderungsbefehl in Doppelbuchstabe cc.

Doppelbuchstabe cc)

Das Risikmerkmal Auslandsversicherte wird in der Aufzählung des § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 ergänzt.

c) Satz 3, der dem BAS bisher eine abweichende Abgrenzung der Risikogruppen zum Risikmerkmal Krankengeldbezug ermöglichte, wird gestrichen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich bei den beabsichtigten Neuregelungen zu Buchstabe a und b um Folgeänderungen zu Artikel 1 Nr. 52, in dem die Sonderregelungen für das Krankengeld und Auslandsversicherte neu gefasst wurden. Diese Folgeänderungen sind dementsprechend nachvollziehbar.

Die Streichung des § 2 Satz 3 ist gleichermaßen nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 11 Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Nr. 2

§ 4 – Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben

A) Beabsichtigte Neuregelung

In der Aufzählung zu § 4 Satz 1 Nummer 3 wird als Folgeänderung zum neuen § 269 Absatz 2 SGB V die Angabe des § 45 SGB V gestrichen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zum neuen § 269 Absatz 2 SGB V.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 11 Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Nr. 3

§ 7 – Verarbeitung von Daten für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostruktur-ausgleichs

A) Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund der beabsichtigten Neuregelung in § 269 SGB V zu den Datenerhebungen für das Krankengeld und Auslandsversicherte werden in § 7 Absatz 1 entsprechende Folgeänderungen durchgeführt:

a) Doppelbuchstabe aa)

aaa) In Satz 1 wird der Verweis auf § 269 Absatz 5 Satz 1 SGB V ergänzt, der die neuen Datenerhebungen für das Krankengeld vorgibt.

bbb) Als Folgeänderung zur Neufassung des § 267 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b SGB V wird in Satz 1 Nummer 8 die Meldung des Länderkennzeichens ergänzt.

ccc) Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Änderungsbefehl ddd.

ddd) Die Nummern 12 bis 15 werden als Folgeänderung zu der Neuregelung der Datenmeldungen für das Krankengeld in § 269 Absatz 5 Satz 1 SGB V angefügt.

bb) Mit dem neu angefügten Satz 2 wird konkretisiert, dass bei der Meldung des Länderkennzeichens das Kennzeichen des Landes des letzten Tages des für die Meldung der Versicherungentage nach Satz 1 Nummer 8 zugrundeliegenden Zeitraumes zu verwenden ist.

b) In Absatz 2 Satz 3 Nummer 1 wird als Folgeänderung ein Verweis auf § 269 Absatz 5 Satz 1 SGB V eingefügt.

B) Stellungnahme

Buchstabe a) Doppelbuchstaben aa) und bb):

Bei den beabsichtigten Neuregelungen handelt es sich um Folgeänderungen zu dem Änderungsbefehl aus Artikel 1 Nr. 52. Diese sind nachvollziehbar. Bezüglich Buchstabe a), Doppelbuchstabe aa, Dreifachbuchstabe bbb) halten wir, als Folgeänderung unseres Änderungsvorschlages zu Artikel 1 Nr. 51 eine Ergänzung des Berichtsjahres, ab dem die Datenmeldung des Länderkennzeichens erfolgen soll, für erforderlich.

Buchstabe a), Doppelbuchstabe cc):

Durch die Konkretisierung der Vorgabe zur Meldung des Länderkennzeichens bei Versicherten mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland wird bei Versicherten, die entsprechende Versichertenzeiten in unterschiedlichen Partnerstaaten aufweisen, bewusst eine Unschärfe bei der Ermittlung der Risikozuschläge in Kauf genommen. Dies ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes vor dem Hintergrund der sich aus den Gutachten zur Weiterentwicklung der Zuweisungssystematik für Auslandsversicherte ergebenden Empfehlungen nachvollziehbar.

Buchstabe b)

Es handelt sich um eine Folgeänderung.

C) Änderungsvorschlag

Buchstabe aa), Doppelbuchstabe bb, Dreifachbuchstabe bbb) wird wie folgt gefaßt:

In Nummer 8 werden nach dem Komma die Wörter „ab dem Berichtsjahr 2020 einschließlich des Länderkennzeichens,“ eingefügt.

Artikel 11 Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Nr. 4

§ 8 – Auswahl und Anpassung des Versichertenklassifikationsmodells

A) Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a), Doppelbuchstabe aa):

In Absatz 4 Satz 4 erfolgt eine redaktionelle Anpassung, um den Verweis auf das Versichertenklassifikationsmodell in § 8 Absatz 4 zu vereinheitlichen.

Buchstabe a), Doppelbuchstabe bb):

In Absatz 4 Satz 5 wird durch den Verweis auf § 267 Absatz 1 Satz 1 SGB V klargestellt, dass als versichertenbezogene Daten zur Bildung der Regionalmerkmale ausschließlich die für die Durchführung des RSA erhobene Daten Verwendung finden.

Buchstabe a), Doppelbuchstabe cc):

In Absatz 4 Satz 11 wird eine redaktionelle Folgeänderung durchgeführt, die einen Verweis auf das im neuen § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 definierte Risikomerkmale Auslandsversicherte enthält.

Buchstabe b), Doppelbuchstabe aa):

Infolge der beabsichtigten Neuregelung in § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5, in dem nunmehr das Risikomerkmale Auslandsversicherte benannt wird, wird Absatz 5 Satz 1 gestrichen.

Buchstabe b), Doppelbuchstabe bb):

In einem neuen Satz 3 in Absatz 5 wird klargestellt, dass bei einer gleichzeitigen Zuordnung einer Risikogruppe nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 und Satz 1, die Risikogruppe nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 für Auslandsversicherte maßgeblich ist.

In einem neuen Absatz 6 wird geregelt, dass das BAS ab dem Ausgleichsjahr 2023 im Versichertenklassifikationsmodell bei den Risikogruppen für Auslandsversicherte nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 länderübergreifende Risikogruppen bilden kann. Zugleich werden als abgerechnete Rechnungsbeträge eines Jahres nach § 269 Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 SGB V die im jeweiligen Berichtsjahr beim GKV-Spitzenverband eingegangenen Rechnungsbeträge definiert.

B) Stellungnahme

Buchstabe a), Doppelbuchstabe aa):

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung.

Buchstabe a), Doppelbuchstabe bb):

Die Klarstellung der zur Bildung der Regionalmerkmale heranzuziehenden versichertenbezogenen Datengrundlage ist sachgerecht und nachvollziehbar.

Buchstabe a), Doppelbuchstabe cc):

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Buchstabe b), Doppelbuchstabe bb):

Die beabsichtigte Neuregelung ist sachgerecht.

Buchstabe c):

Die beabsichtigte Neuregelung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 11 Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Nr. 5

§ 10 – Folgegutachten zu Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und Auslandsversicherte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im neugefassten § 10 wird die Erstellung eines Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirats beim BAS zu den Zuweisungen für das Krankengeld neu geregelt. Die bisherigen Regelungsinhalte dieses Paragraphen betrafen die Folgegutachten zu den Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld und Auslandsversicherten, die sich im Zeitverlauf erledigt haben.

Mit den beabsichtigten Neuregelungen wird der Wissenschaftliche Beirat beim BAS beauftragt, in seiner ersten Untersuchung nach § 266 Absatz 10 Satz 1 SGB V auf Grundlage der Daten nach § 7 Absatz 1 (neu) Modelle zur Ermittlung der Zuweisungen für die Krankengeld-Risikogruppen zu prüfen. Hierbei sollen insbesondere Modelle überprüft werden, die die Zuweisungen für das Krankengeld nach § 44 SGB V auf der Grundlage von standardisierten Krankengeldbezugszeiten und versichertenindividuell geschätzten Krankengeldzahlbeträgen sowie standardisierten Krankengeldleistungsausgaben ermitteln.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Beauftragung des Wissenschaftlichen Beirates zur Erstellung eines Gutachtens zu den Zuweisungen für das Krankengeld nach § 44 SGB V. Aus den Empfehlungen der diesbezüglich bereits vorliegenden Gutachten wurde im Rahmen des aktuellen Gesetzentwurfes bereits die nunmehr vorgesehene Regelung zum Ausgleich der Leistungsausgaben für das Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes nach § 45 SGB V übernommen. Die nunmehr vorgenommene Beauftragung des Wissenschaftlichen Beirates enthält konkrete Vorgaben zu den zu untersuchenden Modellen. Diese Vorgaben basieren ihrerseits auf den Erkenntnissen der bereits vorliegenden Gutachten nach § 10.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 11 Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Nr. 6

§ 11 – Zuweisungen für das Krankengeld

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 11 erfolgt eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Neuregelung des § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 11 Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Nr. 7

§ 18 – Jahresausgleich

A) Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a, Doppelbuchstabe aa):

Absatz 1 Satz 2 wird gestrichen, da diese bisherige Regelung zur Begrenzung der Zuweisungen für Auslandsversicherte durch die beabsichtigten Neuregelungen in diesem Bereich obsolet ist.

Buchstabe a, Doppelbuchstabe bb):

Aufgrund der beabsichtigten, unterschiedlichen Regelungen für die Bereiche Krankengeld nach den §§ 44 und 45 SGB V ergeben sich im neuen Satz 2 redaktionelle Folgeänderungen.

Buchstabe a, Doppelbuchstabe cc)

Es wird in einem neuen Satz der vollständige Ausgleich der Leistungsausgaben der Krankenkassen für das Krankengeld nach § 45 SGB V festgelegt.

Buchstabe b):

Absatz 2 Nummer 3 wird aufgrund der Einführung des vollständigen Ausgleichs für das Krankengeld nach § 45 SGB V neu gefasst, indem als Ausgleichsbetrag zusätzlich die Zuweisungen für das Krankengeld nach § 269 Absatz 2 SGB V aufgeführt werden.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigten Neuregelungen des § 18 sind Folgeänderungen aufgrund der Neuregelungen zum Ausgleich des Krankengeldes nach § 45 SGB V.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 11 Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Nr. 8

§ 19 – Ausschluss auffälliger Risikogruppen

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 19 Absatz 2 erfolgt eine redaktionelle Ergänzung.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 11 Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Nr. 9

§ 20 – Prüfung der Datenmeldungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 20 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 erfolgt eine redaktionelle Korrektur.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 11 Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Nr. 10

§ 27 - Übergangsregelung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In einem neuen Absatz 3 in § 27 wird die Umsetzung der beabsichtigten Neuregelungen für die Bereiche Krankengeld und Auslandsversicherte auf Grundlage der Vorgaben nach § 269 Absatz 6 SGB V zeitlich konkretisiert. Danach umfassen bis zum Ausgleichsjahr 2022 die Risikogruppen, die nach dem Anspruch der Mitglieder auf Krankengeld zu bilden sind, das Krankengeld nach den §§ 44 und 45 SGB V. Das Zuweisungsverfahren für Krankengeld und Auslandsversicherte erfolgt bis zum Ausgleichsjahr 2022 auf der Grundlage des derzeitigen § 269 Absatz 1 und 2 SGB V.

B) Stellungnahme

Die zeitlichen Vorgaben zur Umsetzung der Neuregelungen für das Krankengeld und die Auslandsversicherten sind aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 12 (Änderung der Ärzte-ZV)

Nr. 1 Buchstabe a) und b)

§ 18

A) Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß der in § 95e SGB V neu geregelten Verpflichtung zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung wird § 18 der Ärzte-ZV entsprechend ergänzt. Der Zulassungsantrag muss künftig auch den Nachweis eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes enthalten.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 12 (Änderung der Ärzte-ZV)

Nr. 2 Buchstabe a) und b)

§ 26

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorgaben zum Beschluss eines Ruhens der Zulassung durch den Zulassungsausschuss werden um einen weiteren Tatbestand ergänzt. Künftig ist ein Rufen der Zulassung auch dann zu beschließen, wenn die Vorgaben zur Berufshaftpflichtversicherung gemäß § 95e SGB V nicht erfüllt werden.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt. In Absatz 3 wird jedoch auf den Beschluss nach Satz 1 Nummer 2 und Satz 2 verwiesen. Damit wäre mit der Neuformulierung das vollständige Rufen der Zulassung bei Erfüllung der Voraussetzungen des § 95 Absatz 5 SGB V aus Absatz 3 entfallen und stattdessen der Rufenstatbestand aufgrund eines nicht nachgewiesenen Versicherungsschutzes aufgenommen. Hier scheint ein redaktioneller Fehler unterlaufen zu sein, da diese Änderung andernfalls dem gesetzgeberischen Willen widerspricht. Ausweichlich der Gesetzesbegründung sollte mit dieser Änderung das bislang geltende Recht übernommen werden.

C) Änderungsvorschlag

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

Soll der Zulassungsausschuss gem. § 95e Abs. 4 SGB V das Entziehen der Zulassung nach Ablauf einer Frist beschließen können, ist in § 27 „§ 95 Abs. 6“ durch „§ 95 Abs. 6 oder § 95e Abs. 4“ zu ersetzen.

Artikel 12 (Änderung der Ärzte-ZV)

Nr. 2 Buchstabe a) und b)

§ 31

A) Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß der in § 95e SGB V neu geregelten Verpflichtung zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung wird § 31 der Ärzte-ZV entsprechend ergänzt. Dem Antrag auf Ermächtigung ist künftig auch der Nachweis eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes beizufügen. Ein Verstoß gegen die Berufshaftpflichtversicherungspflicht gemäß § 95e Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 4 SGB V wird als Tatbestand zum Widerruf der Ermächtigung aufgenommen.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 13 (Änderung der Zahnärzte-ZV)

Nr.1 Buchstabe a) und b)

§ 18

A) Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß der in § 95e SGB V neu geregelten Verpflichtung zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung wird § 18 der Zahnärzte-ZV entsprechend ergänzt. Der Zulassungsantrag muss künftig auch den Nachweis eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes enthalten.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 13 (Änderung der Zahnärzte-ZV)

Nr. 2 Buchstabe a) und b)

§ 26

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorgaben zum Beschluss eines Ruhens der Zulassung durch den Zulassungsausschuss werden um einen weiteren Tatbestand ergänzt. Künftig ist ein Ruhen der Zulassung auch dann zu beschließen, wenn die Vorgaben zur Berufshaftpflichtversicherung gemäß § 95e SGB V nicht erfüllt werden.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt. In Absatz 3 wird jedoch 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.

C) Änderungsvorschlag

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

Soll der Zulassungsausschuss gem. § 95e Abs. 4 SGB V das Entziehen der Zulassung nach Ablauf einer Frist beschließen können, ist in § 27 „§ 95 Abs. 6“ durch „§ 95 Abs. 6 oder § 95e Abs. 4“ zu ersetzen.

Artikel 13 (Änderung der Zahnärzte-ZV)

Nr. 3 Buchstabe a) und b)

§ 31

A) Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß der in § 95e SGB V neu geregelten Verpflichtung zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung wird § 31 der Zahnärzte-ZV entsprechend ergänzt. Dem Antrag auf Ermächtigung ist künftig auch der Nachweis eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes beizufügen. Ein Verstoß gegen die Berufshaftpflichtversicherungspflicht gemäß § 95e Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 4 SGB V wird als Tatbestand zum Widerruf der Ermächtigung aufgenommen.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 14 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nrn. 1, 3 und 5

§§ 3 Absatz 1 Satz 3, 8 Absatz 5 Satz 1 und 11

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit den Änderungen wird das bisherige geltende Erfordernis einer schriftlichen Mitteilung in Papierform um eine elektronische Alternative ergänzt.

B) Stellungnahme

Kein Stellungnahmebedarf.

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 14 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 2

§ 5 Absatz 3 – Vereinbarung von Zu- und Abschlägen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Aufhebung des Auftrags an den G-BA, Festlegungen für die Umsetzung von qualitätsabhängigen Zu- und Abschlägen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 SGB V zu treffen.

B) Stellungnahme

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nrn. 35a) cc) und 35h).

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 14 (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)

Nr. 4

§ 9 Absatz 1 Nummer 3 – Vereinbarung von Zu- und Abschlägen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Aufhebung des Auftrags an den G-BA, Festlegungen für die Umsetzung von qualitätsabhängigen Zu- und Abschlägen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 SGB V zu treffen.

B) Stellungnahme

Vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nrn. 35a) cc) und 35h).

C) Änderungsvorschlag

keiner

Artikel 14 (Änderung der Bundespflegesatzvereinbarung)

Nr. 6

§ 15 Absatz 2 – Ausgleich von Mehr- oder Mindererlösen bei NUB-PEPP-Entgelten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der Psychiatrie und Psychosomatik (NUB-PEPP) können nach § 6 Absatz 4 BpflV in Verbindung mit § 6 Absatz 2 Satz 6 KHEntgG vereinbart werden. Um eine frühzeitige Abrechnung der neuen NUB zu ermöglichen, wird mit den meisten Krankenhäusern die NUB-PEPP-Vereinbarung getrennt von der Budgetvereinbarung geschlossen. Dadurch wird auch sichergestellt, dass die NUBs möglichst frühzeitig in der Praxis angewendet werden und der Patientin sowie dem Patienten für seine Behandlung zur Verfügung stehen.

Krankenhäuser erbringen NUB, die erstmalig vereinbart werden, bereits ab Beginn des Kalenderjahres und damit vor der Preisvereinbarung. Bisher konnten nur Leistungen, die nach der Genehmigung erbracht wurden, in Rechnung gestellt werden. Mit der vom Gesetzgeber vorgesehenen Ergänzung in § 15 Absatz 2 BpflV wird für NUB-PEPP-Leistungen, die vor der Preisvereinbarung erbracht werden, ein Verfahren zum Ausgleich entstandenen Zahlbeträge geschaffen.

Die Ergänzung basiert dabei auf dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 05.12.2019 (Az 3 C 28.17), welches festgestellt hatte, dass Krankenhäusern bei verspäteter, d. h. unterjähriger, erstmaliger Vereinbarung von NUB ein Zahlbetragsausgleich nach § 15 Absatz 3 KHEntgG zusteht. Gemäß der im Referentenentwurf formulierten Ergänzung in der BpflV soll für NUB-PEPP-Entgelte, die erstmalig und nach Beginn des Vereinbarungszeitraums vereinbart und genehmigt wurden, ein Ausgleich über Zu- und Abschläge erfolgen.

B) Stellungnahme

Grundsätzlich sind die Bemühungen des Gesetzgebers zu begrüßen, da aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes Regelungsbedarf hinsichtlich des Ausgleichs von erstmalig vereinbarten NUB-PEPP-Entgelten besteht.

Ein Verfahren zum Ausgleich des Zahlbetrages für erstmalig vereinbarte NUB-PEPP über Zu- und Abschläge auf die im restlichen Vereinbarungszeitraum zu erhebenden Entgelte erscheint jedoch nicht sachgerecht. Ausschlaggebend für diese Einschätzung ist insbesondere, dass das gewählte Verfahren eine Vermengung der NUB-Ausgleiche mit Ausgleichen für Mengenabweichungen zur Folge hätte. Eine Kostenzuordnung einzelner Leistungen nach dem

Verursacherprinzip, d. h. zu der zuständigen Krankenkasse, wäre dann für die NUB-PEPP-Leistungen nicht mehr möglich. Die verursachungsgerechte Zuordnung gewinnt jedoch insbesondere aufgrund der sehr hohen Preise für neuartige Therapien (z. B. ATMP) im Arzneimittelbereich zunehmend an Bedeutung. So werden für NUB-Verfahren inzwischen teilweise Preise in Höhe von mehreren Hunderttausend Euro pro Leistung vereinbart. Es ist davon auszugehen, dass die Zahl dieser hochpreisigen Leistungen in Zukunft steigen wird. Wenn diese nun wie vorgesehen über allgemeine Zu- und Abschläge ausgeglichen werden, würden einzelne Kostenträger und vor allem Selbstzahler unzumutbar belastet.

Ebenfalls ist zu beachten, dass eine Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit einer Leistung und der tatsächlichen Leistungserbringung der NUB-PEPP-Entgelte nicht erfolgen kann, wenn der Ausgleich über Zu- und Abschläge auf die im restlichen Vereinbarungszeitraum zu erhebenden Entgelte erfolgt. Eine nachgelagerte Finanzierung dieser Leistungen ohne die Möglichkeit der Prüfung auf medizinische Notwendigkeit ist grundsätzlich abzulehnen.

C) Änderungsvorschlag

Erstmalig vereinbarte NUB-Entgelte sollten von der Ausgleichsregelung nach § 15 Absatz 2 BpflV ausgenommen werden. Stattdessen könnten Krankenhäuser die angefallenen Entgelte dem zuständigen Kostenträger in Rechnung stellen, sofern eine Kostenübernahmeerklärung eingeholt und eine krankenhausespezifische Vereinbarung für dieses Entgelt geschlossen wurde. Konkret erfordert dies eine nachträgliche Rechnungsstellung an den jeweiligen Kostenträger, sobald die NUB-PEPP-Vereinbarung geschlossen und genehmigt wurde.

Der nachträglichen Abrechnung durch ein Krankenhaus muss eine Kostenübernahmeerklärung und eine Vereinbarung der Leistung als NUB-Entgelt gemäß § 6 Absatz 4 BpflV im Rahmen der Vereinbarung nach § 11 BpflV vorausgehen. Dies stellt sicher, dass nur Leistungen bewirkt und vergütet werden, die vom InEK aus entgeltsystematischer Sicht mit dem Status 1 bewertet und zwischen den Partnern vor Ort vereinbart wurden. Dies ist wichtig, da die Erbringung bestimmter NUB-PEPP-Leistungen das Vorliegen besonderer (z. B. personeller oder technischer) Mindestanforderungen beim Leistungserbringer voraussetzt, deren Nachweis ggf. in den Verhandlungen erbracht werden muss.

§ 15 Absatz 2 BpflV sollte daher wie folgt ergänzt werden:

„Die Sätze 1 bis 3 gelten **nicht** für Entgelte ~~nach § 6 Absatz 4 entsprechend~~ **für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Absatz 4, die im Vereinbarungszeitraum erst-**

malig vereinbart werden. Sofern im Vereinbarungsjahr erstmalig vereinbarte neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Absatz 4 BpflV vor Genehmigung der Vereinbarung nach § 14 erbracht wurden, erfolgt die Abrechnung dieser Leistungen nachträglich gegenüber dem jeweiligen Kostenträger. Dies setzt zusätzlich eine Kostenübernahmeerklärung des jeweiligen Kostenträgers voraus.“

Artikel 16 Inkrafttreten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Gesetz tritt grundsätzlich am Tag nach der Verkündung in Kraft.

B) Stellungnahme

In der Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 38 (Veröffentlichung von Qualitätsdaten der medizinischen Rehabilitation) wird darauf hingewiesen, dass eine angemessene Vorlaufzeit für das Inkrafttreten der vorgesehenen Regelungen und eine weitere Klärung des gesetzlich Gewollten erforderlich ist. In Abhängigkeit von dem Ergebnis dieser Klärung ist eine spezifische Inkrafttretensregelung erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

Abweichende Inkrafttretensregelung in Abhängigkeit von der endgültigen Ausgestaltung der gesetzlichen Regelungen.

II. Ergänzender Änderungsbedarf

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 13 Absatz 3a Satz 9 – Kostenerstattung

A) Bisherige Regelung

Die Krankenkasse hat gemäß § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V über einen Leistungsantrag grundsätzlich spätestens innerhalb von drei Wochen, im Falle der Einholung einer gutachtlichen Stellungnahme innerhalb von fünf Wochen und bei Einleitung eines zahnärztlichen Gutachterverfahrens innerhalb von sechs Wochen (Satz 4) zu entscheiden. Kann die Krankenkasse die jeweils maßgebliche Frist aus einem hinreichenden Grund nicht einhalten, hat sie den Leistungsberechtigten vor Fristablauf schriftlich darüber zu informieren und mitzuteilen, welche neue Entscheidungsfrist (anhand der voraussichtlichen, taggenau bestimmten Dauer des Bestehens des hinreichenden Grundes) maßgeblich ist. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes oder wird die neue Entscheidungsfrist nicht eingehalten, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet. Nach § 13 Absatz 3a Satz 9 SGB V werden dagegen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ausschließlich dem Regelungssystem des SGB IX zugewiesen.

B) Stellungnahme

Mit Urteilen vom 15.03.2018 (B 3 KR 4/16 R, B 3 KR 12/17 R und – B 3 KR 18/17 R) hat das Bundessozialgericht (BSG) entschieden, dass bei Anträgen auf Versorgung mit Hilfsmitteln zur Vorbeugung von Behinderung und zum Behinderungsausgleich wegen der Regelung des § 13 Absatz 3a Satz 9 SGB V die Genehmigungsfiktion des § 13 Absatz 3a SGB V nicht greift, sondern für die Bemessung der Fristen und die Erstattung selbst beschaffter Leistungen § 18 SGB IX Anwendung findet. Ausschließlich im Hinblick auf die Zuordnung in das Regelungssystem des SGB IX hat das BSG Hilfsmittel, die der Vorbeugung oder dem Ausgleich von Behinderung dienen, als Mittel der medizinischen Rehabilitation angesehen. Die Frage, ob diese Hilfsmittel eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation darstellen, hat das BSG offengelassen. Leistungsrechtlich sind Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich und zur Vorbeugung vor Behinderung somit weiterhin dem § 33 SGB V zugeordnet und nicht als Leistung zur medizi-

nischen Rehabilitation zu werten. Soweit durch § 13 Absatz 3a Satz 9 SGB V der Anwendungsbereich des SGB IX eröffnet wird, gilt dies nach dem aktuellen Wortlaut der Vorschrift allein für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Um eine eindeutige Einbindung von Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich und zur Vorbeugung vor Behinderung in die §§ 14 bis 24 SGB IX zur Koordinierung der Leistungen und zur Erstattung selbst beschaffter Leistungen zu gewährleisten, sollte eine gesetzliche Klarstellung vorgenommen werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 13 Absatz 3a Satz 9 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach §§ 40 und 41 sowie für Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich oder zur Vorbeugung vor Behinderung nach § 33 gelten die §§ 14 bis 24 SGB IX zur Koordinierung der Leistungen und zur Erstattung selbst beschaffter Leistungen.“

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§§ 111, 111a, 111 –Bestandsschutz für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

A) Bisherige Regelung

Die Bestandsschutzregelungen in den §§ 111 Absatz 3, 111a Absatz 2 und 111c Absatz 4 SGB V fingieren einen Vertragsschluss mit Einrichtungen, die vor dem 01.01.1989 entsprechende Leistungen erbracht haben.

B) Stellungnahme

Im Rahmen der bestehenden Bestandsschutzregelungen wurde auf die Schriftform des Versorgungsvertrages entsprechend § 109 Absatz 1 Satz 1 SGB V verzichtet. Fingierte Versorgungsverträge werden als nicht mehr sinnvoll erachtet. Insbesondere auch vor dem Hintergrund der vorgesehenen Vereinbarung von Bundesrahmenempfehlungen auf Bundesebene mit den Verbänden der Leistungserbringer sollten auch im Interesse der notwendigen Gleichbehandlung aller Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen diese Übergangsvorschriften auslaufen. Dazu ist eine gesetzliche Regelung erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

Die §§ 111 Absatz 3, 111a Absatz 2 und 111c Absatz 4 SGB V werden jeweils ergänzt um folgenden Satz:

„Satz 1 gilt längstens bis zum 31.12.2025.“

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 132a Abs. 4 – Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

A) Bisherige Regelung

Nach der geltenden Fassung des § 132a Abs. 4 Satz 6 SGB V dürfen Verträge nur mit Leistungserbringern geschlossen werden, die die Gewähr für eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung bieten.

B) Stellungnahme

In § 132l Abs. 5 Satz 1 SGB V ist geregelt, dass Verträge im Bereich der außerklinischen Intensivpflege nur mit zuverlässigen Leistungserbringern geschlossen werden dürfen. Diese Regelung sollte auch auf den § 132a Abs. 4 SGB V bezüglich der häuslichen Krankenpflege übertragen werden, wonach Verträge auch im Bereich der häuslichen Krankenpflege nur mit Leistungserbringern geschlossen werden dürfen, die die notwendige Zuverlässigkeit aufweisen.

Es ist erforderlich, die Zuverlässigkeit als Anforderung gesetzlich vorzusehen, da die gesetzlichen Regelungen des § 132a Abs. 4 SGB V einen sog. Kontrahierungszwang für den Vertragsschluss vorsehen. Folglich müssen Verträge mit Leistungserbringern geschlossen werden, die insoweit die formalen Voraussetzungen erfüllen. Ohne Regelungen zur Zuverlässigkeit des Leistungserbringers als Anforderungen für den Vertragsabschluss gibt es keinerlei Möglichkeiten der Krankenkassen, den Vertragsabschluss zu verweigern, wenn der Leistungserbringer z.B. unter einem neuen Namen neu firmiert und in der Vergangenheit durch Abrechnungsbetrug oder eine schlechte Versorgungsqualität auffällig geworden ist und somit Zweifel an der Zuverlässigkeit des Leistungserbringers bestehen. Etwas Fehverhalten kann nicht nur bei Pflegediensten vorkommen, die Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erbringen. Daher sollte diese Anforderung auch im Rahmen des Vertragschlusses im Bereich der häuslichen Krankenpflege aufgenommen werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 132a Abs. 4 Satz 6 SGB V wird wie folgt gefasst:

Verträge dürfen nur mit Leistungserbringern abgeschlossen werden, die die Gewähr für eine leistungsrechte und wirtschaftliche Versorgung bieten und die die erforderliche Zuverlässigkeit aufweisen.

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 132d – Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

A) Bisherige Regelung

Nach § 132d Abs. 1 SGB V vereinbart der GKV-Spitzenverband mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung auf Bundesebene unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37b Absatz 3 erstmals bis zum 30. September 2019 einen einheitlichen Rahmenvertrag über die Durchführung der Leistungen nach § 37b SGB V. Den besonderen Belangen von Kindern ist durch einen gesonderten Rahmenvertrag Rechnung zu tragen. Nach § 132d Abs. 1 Satz 3 SGB V sind in den Rahmenverträgen die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und die wesentlichen Elemente der Vergütung festzulegen.

B) Stellungnahme

Die neuen Rahmenverträge lösen die ehemaligen Musterverträge zur SAPV in den jeweiligen Bundesländern sowie die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zur SAPV nach § 132d Abs. 2 ab. Alle wesentlichen Regelungsinhalte sollen in den Rahmenverträgen auf der Bundesebene gefasst werden.

Allerdings ist der gesetzliche Regelungsauftrag, dass insoweit in den Rahmenverträgen die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und die wesentlichen Elemente der Vergütung festzulegen sind, zu eng gefasst. Da es sich um eine abschließende Aufzählung handelt, ist es fraglich, ob die Rahmenvertragspartner selbst im gegenseitigen Einvernehmen weitere Inhalte aufnehmen können.

So sehen die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 132d Abs. 2 SGB V zur SAPV vom 23.06.2008, in der Fassung vom 05.11.2012, beispielsweise unter 3.4 vor, dass in den SAPV-Verträgen Regelungen zu treffen sind, die sicherstellen, dass eine reibungslose Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln auch weiterhin gewährleistet ist. Die in der SAPV tätigen Ärztinnen und Ärzte sind berechtigt, für die SAPV-Patientinnen und -Patienten die zu Lasten der GKV verordnungsfähigen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel auf den für die vertragsärztliche Versorgung vereinbarten Verordnungsvordrucken zu verordnen.

Dadurch ist sichergestellt, dass die im SAPV-Team tätigen Ärztinnen und Ärzte zu Lasten der Krankenkassen notwendige Arznei-, Heil- und Hilfsmittel verordnen dürfen. Die Rahmenvertragspartner beabsichtigen, diese Regelungen in die Rahmenverträge zu übernehmen und

auch Regelungen für labordiagnostische Untersuchungen aufzunehmen. Aufgrund des abschließenden Regelungsauftrages in § 132d Abs. 1 Satz 3 SGB V besteht jedoch Rechtsunsicherheit, ob den Rahmenvertragspartnern eine solche Regelungskompetenz eingeräumt ist. Zur Schaffung von Rechtsklarheit sollte deshalb der gesetzliche Regelungsauftrag als nicht abschließend formuliert werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 132d Abs. 1 Satz 3 wird wie folgt gefasst [Änderungen hervorgehoben]:

„In den Rahmenverträgen sind insbesondere die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und die wesentlichen Elemente der Vergütung festzulegen.“

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 140f – Beteiligung von Interessensvertretungen der Patientinnen und Patienten

A) Bisherige Regelung

Nach § 140f Abs. 4 SGB V wirken die in der Verordnung nach § 140g SGB V genannten Organisationen oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen bei einer Änderung, Neufassung oder Aufhebung der in § 21 Abs. 2, § 111 Absatz 7 Satz 1, § 111c Absatz 5 Satz 1, § 112 Absatz 5, § 115 Abs. 5, § 126 Abs. 1 Satz 3, § 127 Absatz 8 und 9, §§ 132a, 132c Absatz 2, § 132d Abs. 2, § 132l Absatz 1 Satz 1, § 133 Absatz 4 und § 217f Absatz 4a vorgesehenen Rahmenempfehlungen, Empfehlungen und Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 sowie bei der Bestimmung der Festbetragsgruppen nach § 36 Abs. 1 und der Festsetzung der Festbeträge nach § 36 Abs. 2 beratend mit.

B) Stellungnahme

Die Bezugnahme in § 140f Abs. 4 Satz 1 SGB V auf den § 132d Abs. 2 SGB V ist fehlerhaft. Der Verweis betraf bis zum Inkrafttreten des neu strukturierten § 132d SGB V in der Fassung des PpSG die damaligen Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 132d Abs. 2 SGB V. Diesen Regelungsauftrag hat der GKV-Spitzenverband zugunsten einer Vereinbarung von zwei Rahmenverträgen nach § 132d Abs. 1 SGB V verloren. Eine Anpassung des § 140f Abs. 4 SGB V wurde im Rahmen des PpSG augenscheinlich vergessen.

In dem Zusammenhang sollte geprüft werden, auf die Nennung des § 132d SGB V gänzlich zu streichen. Das bisherige Beteiligungsrecht gemäß § 140f Abs. 4 SGB V bezieht sich lediglich auf Rahmenempfehlungen, Empfehlungen und Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes. Ein Beteiligungsrecht für Verträge, die – wie nunmehr in § 132d Abs. 1 SGB V – durch den GKV-Spitzenverband mit Organisationen der Leistungserbringer geschlossen werden, ist bisher auch in anderen Leistungsbereichen nicht vorgesehen.

C) Änderungsvorschlag

§ 140f Abs. 4 Satz 1 wird die Angabe „§ 132d Abs. 2“ gestrichen.

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 275 – Begutachtung und Beratung

A) Bisherige Regelung

§ 275 SGB V regelt die Begutachtung und Beratung durch den Medizinischen Dienst (MD) im Auftrag der Krankenkassen.

B) Stellungnahme

Durch eine Erweiterung des § 275 SGB V sollte gesetzlich klargestellt werden, welche Aufgaben den Krankenkassen im Vorfeld einer möglichen Beauftragung bzw. im Zusammenhang mit der Beauftragung des MD insbesondere bei Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit haben. Hierdurch sollen aktuell bestehende Rechtsunsicherheiten und in der Folge unterschiedliche Rechtsauffassungen zu den Datenerhebungsbefugnissen der Krankenkassen vermieden werden.

Nach den aktuell geltenden gesetzlichen Regelungen in § 275 Absatz 1 SGB V sind die Krankenkassen verpflichtet, eine gutachtliche Stellungnahme des MD einzuholen, wenn dies bei Arbeitsunfähigkeit erforderlich ist, um den Behandlungserfolg zu sichern oder Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit zu beseitigen. Nach der Rechtsauffassung des GKV-Spitzenverbandes hat die Krankenkasse somit die Erforderlichkeit der Beauftragung des MD zu prüfen und ist in diesem Zusammenhang berechtigt, die für diese Prüfung erforderlichen Daten zu erheben (§ 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 SGB V). Dem folgt auch die aktuelle Praxis der Krankenkassen auf Basis der als Richtlinie nach § 282 Absatz 2 Satz 3 SGB V erlassenen Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit. Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit vertritt hingegen die Rechtsauffassung, dass die Krankenkasse nur auf Basis der ihr vorliegenden Informationen über die Beauftragung des MD zu entscheiden hat und insoweit nicht zu einer eigenen Datenerhebung berechtigt ist. Vor diesem Hintergrund bedarf es einer gesetzlichen Klarstellung zu den Aufgaben der Krankenkassen.

Es wird vorgeschlagen, die der Beauftragung des MD vorausgehende Prüfung der Krankenkasse, ob eine sozialmedizinische Beurteilung des MD erforderlich ist, zur Vermeidung von Rechtsunsicherheit explizit als Aufgabe der Krankenkasse in die gesetzliche Vorschrift aufzunehmen. In der Begründung sollte zum Ausdruck gebracht werden, dass die Krankenkassen neben den vorliegenden Daten aus den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auch weitergehende, für die Entscheidung über die Erforderlichkeit relevante Daten bei den Versicherten und den behandelnden Ärzten erheben dürfen, soweit es sich nicht um sensible medizinische

Daten wie z.B. Arztbriefe oder Krankenhausentlassungsberichte handelt. In Frage kommen insoweit z.B. grundlegende Informationen zu bevorstehenden Krankenhausbehandlungen, Facharztbesuchen, Therapien oder Rehabilitationsleistungen, Informationen zu bestehenden Anforderungen an dem Arbeitsplatz, die die weitere Arbeitsunfähigkeit bedingen oder auch Informationen zu einer geplanten Arbeitsaufnahme; diese Informationen werden in der Regel dazu führen, von einer aktuellen MD-Beauftragung abzusehen. Bei der Bewertung dieses Verfahrens unter dem Aspekt des Datenschutzes ist zu berücksichtigen, dass die Krankenkassen entsprechende Informationen regelmäßig auch nach der MD-Begutachtung erhalten, da der MD der Krankenkasse nach § 277 Absatz 1 Satz 1 SGB V in der gutachtlichen Stellungnahme sowohl das Ergebnis seiner Begutachtung als auch die erforderlichen Angaben zum Befund übermittelt, damit die Krankenkasse ihre Entscheidungen zum Leistungsanspruch treffen kann.

Die der aktuellen Praxis entsprechende Erhebung dieser Informationen im Zusammenhang mit der Prüfung der Erforderlichkeit der MD-Beauftragung durch die Krankenkassen führt in der Konsequenz dazu, dass nicht erforderliche Beauftragungen des MD und damit verbundene Bindungen von administrativen sowie nicht sachgerecht eingesetzten Gutachterressourcen vermieden werden. Sofern nach Vorliegen der weitergehenden Informationen eine gutachtliche Stellungnahme des MD erforderlich ist, hat die Prüfung der Krankenkasse im Vorfeld der Begutachtung zur Folge, dass auch der MD seine Empfehlungen auf einer aktuellen Datenbasis geben kann. Müssten hingegen die derzeitigen Verfahren der Rechtsauffassung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit entsprechend umgestellt werden, würde dies zu einer erheblichen Ausweitung der gutachtlichen Stellungnahmen der MD mit der Feststellung führen, dass aktuell keine Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolgs erforderlich sind und gleichzeitig die Verfahrensdauer bei den Begutachtungen erheblich verlängern.

Eine weitere Rechtsunsicherheit besteht derzeit im Zusammenhang mit der Regelung des § 276 Absatz 2 Satz 2 SGB V, wonach die Leistungserbringer verpflichtet sind, versichertenbezogene Daten, die für eine gutachtliche Stellungnahme des MD angefordert werden, unmittelbar an den MD zu übermitteln. In dem aktuellen, durch die als Richtlinie nach § 282 Absatz 2 Satz 3 SGB V erlassene Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit geregelten Verfahren, fordern die Krankenkassen im Vorfeld einer abschließenden Beauftragung des MD die für eine sozialmedizinische Beurteilung erforderlichen medizinischen Unterlagen bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten für den MD an und informieren den MD per Datenmeldung über die Anforderung der Unterlagen. Die Unterlagen werden von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten direkt an den MD übermittelt. Gehen die Unterlagen beim MD ein, erhalten

die Krankenkassen hierüber eine entsprechende Information im sogenannten Mitteilungsmanagement und beauftragen den MD abschließend mit der gutachtlichen Stellungnahme.

Nach Rechtsauffassung des GKV-Spitzenverbandes liegt in diesen Fällen bereits mit der parallel zur Anforderung der Unterlagen bei den Leistungserbringern an den MD gerichteten Datenmeldung eine Vorbeauftragung des MD vor, die nach Zugang der angeforderten Unterlagen beim MD lediglich konkretisiert wird. Mit der Datenmeldung über die bevorstehende Beauftragung habe der MD bereits die Befugnis zur Datenerhebung nach § 276 Absatz 2 SGB V. Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit vertritt hingegen die Rechtsauffassung, dass in dem skizzierten Verfahren erst zum Zeitpunkt der abschließenden Beauftragung des MD nach Vorlage der angeforderten Unterlagen eine Beauftragung des MD im gesetzlichen Sinne vorliegt. Für Unterlagen, die dem MD vor dieser Beauftragung zugehen, könne der MD sich nicht auf die Datenerhebungsbefugnis nach § 276 Absatz 2 Satz 1 SGB V berufen.

Vor diesem Hintergrund sollte gesetzlich klargestellt werden, dass der MD in diesen Fallgestaltungen ab dem Zeitpunkt der Anforderung von versichertenbezogenen Daten bei den Leistungserbringern zur Datenerhebung, -speicherung und -übermittlung berechtigt ist. Dies sollte um eine Regelung zur Datenlöschung ergänzt werden, sofern innerhalb von drei Monaten keine Beauftragung durch die Krankenkasse erfolgt oder mitgeteilt wird, dass keine Beauftragung erfolgen wird (z. B. weil zwischenzeitlich Arbeitsfähigkeit vorliegt).

C) Änderungsvorschläge

§ 275 Absatz 1a Satz 4 SGB V wird gestrichen.

§ 275 Absatz 1b SGB V wird wie folgt gefasst:

„(1b) Die Krankenkasse hat die Erforderlichkeit der Einholung einer gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 Buchstaben a und b zu prüfen und von der Einholung der Stellungnahme abzusehen, wenn sich in den Fällen des Buchstaben a aus den hierfür bei Versicherten oder den Leistungserbringern erhobenen versichertenbezogenen Daten oder Angaben zum Befund eindeutig ergibt, dass zur Sicherung des Behandlungserfolgs aktuell keine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes erforderlich ist, oder sich in den Fällen des Buchstaben b die medizinischen Voraussetzungen der Arbeitsunfähigkeit eindeutig aus den der Krankenkasse vorliegenden ärztlichen Unterlagen ergeben.“

In § 276 Absatz 2 Satz 2 SGB V wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz eingefügt:

„der Medizinische Dienst ist ab dem Zeitpunkt der Datenanforderung bei den Leistungserbringern zur Datenerhebung, Datenspeicherung und Datenübermittlung nach Satz 1 berechtigt.“

In § 276 Absatz 2 Satz 4 SGB V wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz eingefügt:

„die nach Satz 2 zweiter Halbsatz erhobenen Sozialdaten sind spätestens nach 3 Monaten nach Eingang zu löschen, sofern durch die Krankenkasse keine gutachtliche Stellungnahme beauftragt wurde.“

In § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 SGB V werden nach dem Wort „die“ die Worte „Prüfung der Erforderlichkeit der Einholung einer gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes sowie die“ ergänzt.

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 302 – Datenträgeraustausch

A) Bisherige Regelung

Nach der geltenden Fassung des § 302 Abs. 1 SGB V sind in der Abrechnung von Leistungen der Häuslichen Krankenpflege (HKP) insbesondere die erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis zu bezeichnen und der Tag der Leistungserbringung sowie die Arztnummer des verordnenden Arztes und bestimmte Angaben der Verordnung anzugeben. Nach § 302 Abs. 1 Satz 2 SGB V ist bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V zusätzlich die Zeit der Leistungserbringung anzugeben.

B) Stellungnahme

Im Rahmen der Abrechnung der Leistungen reicht lediglich die Angabe des Tages sowie die Dauer der Leistungserbringung ohne die konkrete Zeit, in der die Leistungen der HKP erbracht wurden, nicht als zahlungsbegründende Unterlage aus, die eine Plausibilisierung abgerechneter Leistungen ermöglichen muss. Die Regelung bedarf zur Vermeidung von Rechtsunsicherheit der Konkretisierung, dass die tatsächlichen Anfangs- und Endzeiten in Echtzeit der Leistungserbringung anzugeben sind. Anderenfalls wird es weiterhin unterschiedliche Rechtsinterpretationen geben, bis hin zu der Fehlinterpretation, dass die Zeit der Leistungserbringung mit der Dauer der Leistungserbringung oder der Tageszeit (morgens, mittags, abends) gleichgesetzt wird.

Die Anfangs- und Endzeit in Echtzeit für den jeweiligen Pflegeeinsatz ist insbesondere vor dem Hintergrund der Vermeidung und Aufdeckung von Abrechnungsbetrug und Leistungsmissbrauch von hoher Relevanz. Grundsätzlich werden Leistungen der häuslichen Krankenpflege (insbesondere Leistungen der medizinischen Behandlungspflege) nur durch Pflegefachkräfte erbracht. Der Einsatz von Hilfskräften ist nur bei den sog. einfachsten Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege oder im Rahmen der Grundpflege sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung – abhängig von den vertraglichen Regelungen – möglich. Daneben gibt es bestimmte Leistungen der Behandlungspflege, für die weitere Qualifikationen, die auf die 3-jährige Grundausbildung zum Kranken-/Kinderkranken- oder Altenpfleger aufbauen, notwendig sind. Dazu gehören beispielsweise in der außerklinischen Intensivpflege (s. Nr. 24 und 8 des Leistungsverzeichnisses der HKP-RL) folgende Weiterbildungen/Qualifizierungsmaßnahmen:

- Atmungstherapeut/in (Weiterbildung)

- Fachgesundheits- und Krankenpfleger/-in für Anästhesie- und Intensivpflege (Weiterbildung)
- Pflegefachkraft/Pflegeexperte für außerklinische Beatmung (sonst. Qualifizierungsmaßnahme)

Auch im Bereich der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (s. Nr. 27a des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie) oder zur Versorgung von chronischen und schwer heilenden Wunden (s. die neue Nr. 31a des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie) sind im Rahmen der Leistungserbringung weitere Zusatzqualifikationen der ausführenden Pflegefachkräfte erforderlich, um eine fachgerechte Versorgung sicherzustellen.

Die vertragsgemäße Erbringung und die Abrechnung qualifizierter Leistungen der häuslichen Krankenpflege sowie der außerklinischen Intensivpflege sind daher nur möglich, wenn entsprechend qualifizierte Pflegefachkräfte die Versorgung übernehmen. Werden stattdessen lediglich Hilfskräfte eingesetzt, die nicht über die vertraglich vereinbarte Qualifikation verfügen, dürfen diese nach dem Sozialrecht nicht abgerechnet werden. Insoweit handelt es sich um eine der beiden typischen Fallgruppen des Abrechnungsbetruges in der ambulanten Pflege, vgl. BGH, Beschluss vom 16. Juni 2014 – 4 StR 21/14. Auf dieser Fallgruppe liegt derzeit der Schwerpunkt der Ermittlungspraxis der Strafverfolgungsbehörden.

Demgegenüber lässt sich die zweite anerkannte Fallgruppe des Abrechnungsbetruges in der ambulanten Pflege, die Abrechnung tatsächlich nicht erbrachter Leistungen, selbst durch hochspezialisierte Staatsanwälte in Schwerpunktstaatsanwaltschaften für Vermögensstraf-taten im Gesundheitsweisen derzeit faktisch kaum nachweisen, vgl. Rettke medstra 2019, 262, 263. Deshalb ist der Gesetzgeber gefordert, die insoweit vorherrschenden „tatsächlichen Schwierigkeiten“ bei der effektiven Beweisführung auszuräumen.

Nur die zusätzliche Angabe der Anfangs- und Endzeiten des Einsatzes eines Pflegedienstes ermöglicht es, durch die Zusammenführung der Abrechnungsdaten von mehreren Versicherten verschiedener Krankenkassen festzustellen, ob die abgerechneten Leistungen in der angegebenen Zeit des Einsatzes plausibel erbracht werden können. Fehlerhafte Abrechnungen können schneller und vor allem ressourcenschonender identifiziert werden. Die einsatzbezogene Aufzeichnung der Anfangs- und Endzeiten ist die unabdingbare Grundlage um nachzuvollziehen, in welchem Umfang tatsächlich Leistungen von einer Pflegefachkraft erbracht wurden. Nur wenn auch Beginn und Ende der Leistungserbringung fixiert werden, kann Fehlverhalten wie Leistungsmissbrauch oder Abrechnungsbetrug mittels Erstellung von Tagesprofilen letztlich auch gerichtsfest nachgewiesen werden. Diese Aufzeichnungspflicht ist zudem für die notwendige Sanktionierung von Vertragsverstößen unabdingbar. Ansonsten kann dem Leistungsmissbrauch nicht effektiv nachgegangen und entsprechend verfolgt werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 302 Abs. 1 Satz 2 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 sowie der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c ist zusätzlich zu den Angaben nach Satz 1 die Anfangs- und Endzeit der Leistungserbringung in Echtzeit und nach § 293 Absatz 8 Satz 11 spätestens ab dem 1. Januar 2023 die Beschäftigtennummer der Person, die die Leistung erbracht hat, anzugeben.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 293 Absatz 6a (neu)– Krankenhauskennzeichen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die aktuelle Regelung zum Verzeichnis der Standorte der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen gemäß § 293 Absatz 6 SGB V sieht keine verpflichtende Vergabe eines eindeutigen Kennzeichens für ein Krankenhaus vor. Die das Verzeichnis führende Stelle verwendet derzeit hilfsweise ein Institutionskennzeichen (IK), um die gemeldeten Standorte und Ambulanzen einem Krankenhaus zuzuordnen. Ein IK ist hierzu jedoch nicht geeignet, da es nicht eindeutig ist und das Krankenhaus es jederzeit und ohne Angabe von Gründen ändern bzw. mehrere IK verwenden kann. Das macht die Zuordnung von Standorten zu einem Krankenhaus nicht nur sehr aufwendig und fehleranfällig. Es fehlt darüber hinaus ein unveränderbares Kennzeichen für ein Krankenhaus, das es ermöglicht, seine Identität über die Zeit zu verfolgen, insbesondere dann, wenn Fusionen oder anders motivierte Wechsel des IK auftreten.

Ein solches Kennzeichen und die damit verbundene Möglichkeit der Zuordnung von Standorten zu einem Krankenhaus ist jedoch Grundlage für die Umsetzung von zahlreichen neuen und bestehenden gesetzlichen Aufgaben. Die fehlende Möglichkeit der eindeutigen Zuordnung führt in verschiedenen Anwendungsbereichen zu Ungenauigkeiten.

So benötigt beispielsweise der GKV-Spitzenverband für die Erfüllung seiner Aufgaben nach § 275c Absatz 4 SGB V und § 17c Absatz 6 KHG ein über die Zeit stabiles und eindeutiges Krankenhauskennzeichen, um Fusionen und Wechsel des IK nachvollziehen zu können. Zur sachgerechten Ermittlung der Prüfquoten ist es darüber hinaus essenziell zu wissen, welche Standorte ein gemeinsames Budget aufweisen. Dies kann über die Zuordnung der Standortkennzeichen zu einem Krankenhauskennzeichen nachvollzogen werden.

Auch in anderen Anwendungsbereichen des Verzeichnisses, wie z. B. im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung im G-BA, ist es erforderlich, die Standorte eindeutig einem Krankenhaus zuzuordnen zu können, da diese in der Regel die übergeordnete Verantwortung für die Erfüllung der jeweils standortbezogen zu erfüllenden Struktur- und Qualitätsanforderungen tragen. Dies ist insbesondere im Hinblick auf den geplanten Ausbau der Veröffentlichungspflichten im Rahmen des GVWG von Relevanz.

Die Krankenhäuser sind verpflichtet, über ein eindeutiges Krankenhauskennzeichen zu verfügen, das für die gesamte Dauer der Zulassung gilt. Damit auch mögliche fortwirkende Pflichten einem Krankenhaus zugeordnet werden können, darf das Kennzeichen nicht ein zweites Mal vergeben werden. Die Krankenhäuser übermitteln der das Verzeichnis führenden Stelle auf Anforderung die für den Aufbau und die Durchführung des Verzeichnisses erforderlichen Daten sowie Änderungen dieser Daten auch ohne Anforderung. Diesbezüglich kann auf die Vorschriften zu § 293 Absatz 6 Sätze 4 bis 9 SGB V verwiesen werden.

Der GKV-Spitzenverband und die DKG vereinbaren insbesondere Art und Aufbau eines Krankenhauskennzeichens sowie das Verfahren der Vergabe und seine Verwendung. Da eine parallele Erhebung und Pflege dieser Informationen durch Krankenkassen und GKV-Spitzenverband in einer gesonderten Übersicht neben dem Verzeichnis der Standorte der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen aufwendig und fehleranfällig ist, werden die Krankenhauskennzeichen in dem Verzeichnis nach § 293 Absatz 6 SGB V erfasst. Damit lassen sich auch Konflikte vermeiden, die durch eine nicht eindeutige oder widersprüchliche Abbildung von Krankenhäusern und Standorten in den unterschiedlichen Verzeichnissen bzw. Übersichten entstehen könnten. Dies kann insbesondere dann der Fall sein, wenn beispielsweise im Rahmen der Erstellung der Prüfstatistik nach § 275c Absatz 4 SGB V nicht eindeutig und zu jedem Stichtag festgestellt werden kann, welche Standorte zu einem Krankenhaus gehören und ein gemeinsames Budget vereinbaren. Die das Verzeichnis führende Stelle wird daher mit der Aufnahme des Kennzeichens in den bestehenden Datensatz und der Zuordnung der Standorte zu den Krankenhäusern beauftragt.

B) Gesetzliche Anpassung

Nach § 293 Absatz 6 wird ein Absatz 6a (neu) eingefügt:

„(6a) ¹Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren bis zum *[3 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes]* insbesondere Art und Aufbau eines eindeutigen Krankenhauskennzeichens sowie das Verfahren der Vergabe und die Voraussetzungen für seine Verwendung. ²Sie beauftragen die das Verzeichnis führende Stelle nach § 293 Absatz 6 das Kennzeichen in das Verzeichnis nach § 293 Absatz 6 aufzunehmen und die bereits in diesem Verzeichnis erfassten und zukünftig gemeldeten Standorte und Ambulanzen eindeutig einem Krankenhauskennzeichen zuzuordnen. ³Ein bestimmtes Krankenhauskennzeichen darf nur einmal vergeben werden. ⁴Es ist sicherzustellen, dass alle Standorte eines Krankenhauses dem Krankenhauskennzeichen nach Satz 3 in dem Verzeichnis nach § 293 Absatz 6 zugeordnet werden. ⁵§ 293 Absatz 6 Sätze 4 bis 9 und § 2a Absatz 2 des Krankenhaufinanzierungsgesetzes gelten entsprechend.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 293 Absatz 6 – Krankenhausstandortverzeichnis

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Einfügung des § 293 Absatz 6a SGB V zur Vergabe eines Krankenhauskennzeichens können Anpassungen in der Vereinbarung gemäß § 293 Absatz 6 SGB V über ein bundesweites Verzeichnis der Standorte der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vom 29.08.2017 notwendig werden. Diese betreffen insbesondere die technischen Anlagen.

B) Gesetzliche Anpassung

Nach § 293 Absatz 6 Satz 10 wird folgender Satz 11 (neu) eingefügt:

„11Sie schreiben die zu diesem Zweck zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft getroffene Vereinbarung gemäß § 293 Absatz 6 über ein bundesweites Verzeichnis der Standorte der nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vom 29.08.2017 unter Berücksichtigung der Vorgaben nach § 293 Absatz 6a fort.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 301 Absatz 1 Nummer 2 – Folgeänderung zu § 293 Absatz 6a – Krankenhauskennzeichen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Krankenhauskennzeichen nach § 293 Absatz 6a SGB V ist auch als integraler Bestandteil der Datenübermittlung der Krankenhäuser an die Krankenkassen nach § 301 Absatz 1 SGB V vorzusehen. Damit kann das Standortkennzeichen nach § 293 Absatz 6 SGB V dort unmittelbar mit dem zugehörigen Krankenhaus verknüpft werden.

B) Gesetzliche Anpassung

In § 301 wird in Absatz 1 Nummer 2 folgender Halbsatz eingefügt:

- „2. das Institutionskennzeichen der Krankenkasse und des Krankenhauses sowie ab dem 01.01.2020 dessen Kennzeichen nach § 293 Absatz 6 **und ab dem [01.06.2021] das Kennzeichen nach § 293 Absatz 6a,**“

Artikel 6 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

§ 10 – Landesbasisfallwertverhandlungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird deutlich, dass die aktuellen gesetzlichen Grundlagen der Landesbasisfallwert-Vereinbarungen keine ausreichende Bindung zu den aktuellen gesetzlichen Corona-Maßnahmen haben. Insbesondere gilt dies mit Blick auf die Leistungsmengenentwicklung. Gemäß dem aktuellen § 10 Absatz 4 Satz 3 KHEntgG kann es bei einer Corona-bedingt niedrigeren Summe der effektiven Bewertungsrelationen zu einer entsprechenden starken Erhöhung der Landesbasisfallwerte (LBFW) 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 LBFW führt. Dies schließt auch den Zeitraum mit ein, in dem die Schätzung für den Vereinbarungszeitraum gemäß § 10 Absatz 1 Satz 2 KHEntgG getroffen wird. Bisher 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 Krankenhauszukunftsgesetzes (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 LBFW erforderlich. Bereits für die zeitnah stattfindenden LBFW-Verhandlungen 2021 muss aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes eine entsprechende Anpassung erfolgen.

B) Gesetzliche Anpassung

In § 10 Absatz 4 KHEntgG wird ein neuer Satz 4 eingefügt:

„1Die nach Absatz 3 vereinbarte Veränderung des Basisfallwerts darf die sich bei Anwendung des Veränderungswerts nach § 9 Absatz 1 b 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 Kran-

kenhausleistungen führt. **⁴Satz 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.

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

§ 267 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und § 295 Absatz 2 Satz 1 Nummer 9 SGB V sowie § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 RSAV – Meldung der Vertragsnummer je Diagnose bei Leistungen im Rahmen von Verträgen nach §§ 73b und 140a SGB V

A) Derzeit geltende Regelung

Zur Sicherung der Datengrundlagen des Risikostrukturausgleichs (RSA) wurde durch das GKV-FKG mit § 293a SGB V beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) eine Transparenzstelle für Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung und über eine besondere Versorgung eingeführt. Gleichzeitig wurden die Regelungen zur Datenmeldung von Daten aus der ambulanten Versorgung (§ 295 SGB V) sowie der RSA-Datenmeldung um die Übermittlung des durch die Transparenzstelle vergebenen Vertragskennzeichens ergänzt.

Laut Begründung des GKV-FKG zur Einführung des § 293a SGB V ist es Ziel der Regelungen, dass das BAS durch die zukünftig mögliche Kennzeichnung der aus einem Versorgungsvertrag stammenden Diagnosen mit der Vertragsnummer einen direkten Zusammenhang zwischen statistischen Auffälligkeiten der RSA-Datenmeldungen und konkreten Verträgen der Krankenkassen herstellen und dadurch sowohl die Darlegung einer Krankenkasse plausibilisieren als auch die Folgen eines rechtswidrigen Vertrages genauer bestimmen kann. Zudem kann das BAS gezieltere Einzelfallprüfungen bei bestimmten, gegebenenfalls rechtswidrigen Vertragsgestaltungen vornehmen, ohne auf externe Hinweise angewiesen zu sein.

Um das Ziel zu erreichen, ist es notwendig, dass für jede Diagnose, die im Rahmen einer Versorgung nach §§ 73b sowie 140a SGB V dokumentiert und nach § 295 SGB V abgerechnet wurde, die entsprechende Vertragsnummer in den RSA-Datenmeldungen gemeldet wird. Hierfür wurden die Regelungen der §§ 267 und 295 SGB V sowie § 7 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) entsprechend angepasst.

Demnach melden die Krankenkassen zukünftig gemäß § 267 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V „die Diagnosen nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sowie die Angaben nach § 295 Absatz 1 Satz 4, bei der Abrechnung von Leistungen im Rahmen von Verträgen nach den §§ 73b und 140a einschließlich der Vertragsnummer nach § 293a Absatz 1 Satz 4“.

In § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 RSAV wird ausgeführt, dass

„die Diagnosen nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die Angaben nach § 295 Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, bei der Abrechnung von Leistungen im Rahmen von Verträgen nach den §§ 73b und 140a des Fünften

Buches Sozialgesetzbuch die Vertragsnummer nach § 293a Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,“

zu melden sind.

Grundlage für die RSA-Datenmeldung der Krankenkassen nach § 267 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V ist die Datenmeldung nach § 295 SGB V. Durch das GKV-FKG wurde mit der Ergänzung des § 295 Absatz 2 Satz 1 SGB V um die Nummer 9 die notwendige Voraussetzung geschaffen. Demnach übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen für jedes Quartal für jeden Behandlungsfall

„9. bei der Abrechnung von Leistungen im Rahmen von Verträgen nach den §§ 73b und 140a, an denen eine Kassenärztliche Vereinigung beteiligt ist, die Angabe der jeweiligen Vertragsnummer nach § 293a Absatz 1 Satz 4.“

B) Stellungnahme

Wie oben beschrieben, bildet § 295 Absatz 2 Satz 1 Nummer 9 SGB V die Grundlage für die Datenmeldung nach § 267 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V.

Im Rahmen der technischen Umsetzung der entsprechenden Regelung ist aufgefallen, dass sich § 295 Absatz 2 Satz 1 Nummer 9 SGB V aufgrund des enthaltenen Begriffs „Leistung“ so interpretieren lässt, dass die Angabe der Vertragsnummer je Gebührenordnungsposition (GOP) und nicht je Diagnose zu melden ist. Für den oben beschriebenen Zweck ist die Meldung der Vertragsnummer je Diagnose jedoch zwingende Voraussetzung. In den Daten nach § 295 SGB V lässt sich keine eindeutige Beziehung zwischen GOP und Diagnose herstellen.

Vor diesem Hintergrund halten wir eine Klarstellung dahingehend für zwingend erforderlich, wonach gemäß §§ 267 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und 295 Absatz 2 Satz 1 Nummer 9 SGB V sowie § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 RSAV die Vertragsnummer je Diagnose zu melden ist.

C) Änderungsvorschlag

§ 267 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V wird wie folgt gefasst:

„5. die Diagnosen nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sowie die Angaben nach § 295 Absatz 1 Satz 4, bei der Abrechnung von Leistungen im Rahmen von Verträgen nach den §§ 73b und 140a die Diagnosen einschließlich der Vertragsnummer nach § 293a Absatz 1 Satz 4,“

§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 RSAV wird wie folgt gefasst:

„6. die Diagnosen nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die Angaben nach § 295 Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, bei der Abrechnung von Leistungen im Rahmen von Verträgen nach den §§ 73b und 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Diagnosen einschließlich der Vertragsnummer nach § 293a Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,“

§ 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 9 wird wie folgt gefasst:

„9. bei der Abrechnung von Leistungen im Rahmen von Verträgen nach den §§ 73b und 140a, an denen eine Kassenärztliche Vereinigung beteiligt ist, je Diagnose die Angabe der jeweiligen Vertragsnummer nach § 293a Absatz 1 Satz 4.“

Änderung der Risikostrukturausgleichsverordnung

§ 7 Absatz 3 Satz 1 – Möglichkeit zur Meldung des Abgabedatums und Kennzeichens bei Mehrfachverordnungen

A) Derzeit geltende Regelung

Nach § 7 Abs. 1 Satz 2 erfolgt die zeitliche Zuordnung von Arzneimitteln anhand des Verordnungsdatums.

B) Stellungnahme

Gemäß Absatz 1b in § 31 SGB V können Vertragsärzte für Versicherte, die eine kontinuierliche Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel benötigen, Verordnungen ausstellen, nach denen eine nach der Erstabgabe bis zu dreimal wiederholende Abgabe erlaubt ist. Die Verordnungen sind besonders zu kennzeichnen. Sie dürfen bis zu einem Jahr nach Ausstellungsdatum zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse durch Apotheken beliefert werden (Mehrfachverordnungen).

Die Einführung der Möglichkeit von Mehrfachverordnungen hat auf den RSA folgende Auswirkungen:

1. Datenselektion und -meldung:

Derzeit sieht die RSAV in § 30 Absatz 1 Satz 2 grundsätzlich die zeitliche Zuordnung der Arzneimitteldatenmeldung zu einem Berichtsjahr auf Basis des Verordnungsdatums vor. Bei Mehrfachverordnungen muss jedoch das Abgabedatum für die Zuordnung eines abgegebenen Arzneimittels zu einem Berichtsjahr maßgeblich sein.

2. Klassifikationsverfahren

Im MRSA-Klassifikationsverfahren erfolgt die Zuordnung zu Morbiditätsgruppen z. T. in Abhängigkeit von einer Mindestmenge (Behandlungstage bzw. Anzahl der Verordnung in unterschiedlichen Quartalen) verordneter Arzneimittel. Damit eine Arzneimittelverordnung bei der Bestimmung der Behandlungstage berücksichtigt wird, muss ihr Verordnungsdatum aus dem gleichen Quartal wie die Diagnose stammen. So wird sichergestellt, dass das Arzneimittel zur Behandlung der entsprechenden Krankheit vom Arzt verordnet wurde.

Neben dem zeitlichen Abgleich von Arzneimittelverordnung und Diagnose wird im sog. "Sonderfall 3" im MRSA-Klassifikationsverfahren eine Mindestanzahl von Arzneimittelverordnungen in unterschiedlichen Quartalen gefordert. In diesem Fall ist für Mehrfachverordnungen für den zeitlichen Abgleich mit der Diagnoseinformation das Verordnungsdatum, für die Prüfung der Mindestanzahl von Arzneimittelverordnungen in unterschiedlichen Quartalen jedoch das Abgabedatum relevant.

Demnach sind im RSA-Verfahren für Mehrfachverordnungen zukünftig sowohl das Verordnungsdatum als auch das Abgabedatum relevant und damit die Meldung und Verwendung des Abgabedatums zusätzlich vom Verordnungsdatum unabdingbar.

Die Möglichkeit von Mehrfachverordnungen gemäß § 31 Absatz 1b SGB V besteht seit dem 1. April 2020. Daraus ergeben sich datentechnische Auswirkungen auf die Meldung der Arzneimitteldaten des Berichtsjahres 2020 im RSA-Verfahren. Diese werden erstmals für den GLB I des Ausgleichsjahres 2022 (Erstmeldung) im Jahre 2021 und schließlich für den Jahresausgleich 2021 im Jahre 2022 (Korrekturmeldung) verwendet.

Um die Meldung des Kennzeichens für eine Mehrfachverordnung sowie des Abgabedatums zu ermöglichen, ist § 7 Absatz 3 RSAV entsprechend zu erweitern.

C) Änderungsvorschlag

Damit der GKV-Spitzenverband eine von § 7 Absatz 1 Satz 2 abweichende Regelung treffen kann, wird § 7 Absatz 3 Satz 1 wie folgt ergänzt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung in der Bestimmung nach § 267 Absatz 4 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch das Nähere über die zeitliche Zuordnung nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 11 und Satz 2, für Verordnungen nach § 31 Absatz 1b SGB V und für mehrere Kalenderjahre betreffende Krankenhausfälle auch abweichend von Absatz 1 Satz 2, und, auch im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik, das Verfahren der Pseudonymisierung.“

§ 9 – Übermittlung des Amtlichen Gemeindegemeinschaftsschlüssels im Rahmen der Datenmeldungen nach § 9 RSAV

A) Derzeit geltende Regelung

Zur Zuordnung der Versicherten zu Risikogruppen anhand regionaler Merkmale nach § 266 Absatz 2 SGB V übermitteln die Krankenkassen den amtlichen Gemeindegemeinschaftsschlüssel (AGS) des Wohnorts eines Versicherten gemäß § 267 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V an das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS). Die entsprechenden Konkretisierungen des diesbezüglichen Datenübermittlungsverfahrens und der Fristen hierzu erfolgen nach § 267 Absatz 4 SGB V in der Risikostruktur – Ausgleichsverordnung (RSAV) sowie der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes (RSA-Bestimmung). Eine explizite Meldung des AGS ist nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 11 für die Datenmeldungen bis zum 15. August des dem Berichtsjahr folgenden Jahres bzw. nach § 7 Absatz 4 Nummer 1 als Korrektur bis zum 15. Juni des zweiten auf das Berichtsjahr folgenden Jahres vorgesehen. Weiterhin erfolgt eine Meldung des AGS nach § 7 Absatz 4 Satz 2 Nummer 3 im Rahmen der Korrektur des Jahresausgleiches bis zum 15. April des zweiten und dritten auf das Berichtsjahr folgenden Jahres. Diese Datenmeldungen finden Verwendung bei der versichertenbezogenen Ermittlung der Regionalmerkmale zu Beginn des monatlichen Abschlagsverfahrens sowie im Jahresausgleich bzw. dessen Korrektur.

B) Stellungnahme

Im Ausgleichsjahr auftretende Veränderungen der Versichertenstruktur einer Krankenkasse werden insbesondere durch die Verwendung der Datenmeldungen nach § 9 in den Neuberechnungen der vorläufigen Zuweisungen nach § 16 Absatz 3 Satz 1 berücksichtigt. Neben verfahrenstechnisch notwendigen Statusinformationen zu den einzelnen Versicherten, wie etwa Alter und Geschlecht, werden in diesen Datenmeldungen die von den Krankenkassen gemeldeten Versicherungszeiten aktualisiert. Hierbei ergeben sich Änderungen der Versichertenstruktur insbesondere durch Krankenkassenwechsler und Neuzugänge in die GKV, letzteres in erster Linie in Form von Neugeborenen. Diese Anpassungen haben das Ziel einer Annäherung des monatlichen RSA-Abschlagsverfahrens an den RSA-Jahresausgleich. Um dementsprechend auch hinsichtlich der Regionalmerkmale Veränderungen der Versichertenstruktur der Krankenkassen im Rahmen der Neuberechnungen nach § 16 Absatz 3 und somit im monatlichen Abschlagsverfahren zu berücksichtigen, ist es aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes und seiner Mitgliedskassen erforderlich, den AGS als verfahrenstechnisch notwendige Statusinformation eines Versicherten gleichermaßen im Rahmen der Datenmeldungen nach §

9 zu übermitteln. Zur Klarstellung des Sachverhaltes schlagen wir eine entsprechende Ergänzung des § 9 vor.

C) Änderungsvorschlag

Nach § 9 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen kann im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung in der Bestimmung nach § 267 Absatz 4 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Meldung weiterer, für das Abschlagsverfahren verfahrenstechnisch notwendiger Daten nach § 7 Absatz 1 Satz 1 vorsehen.“