



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

Stand: 12.11.2020

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeiner Teil	4
2. Kommentierung des Gesetzes	7
• Zu Artikel 1 Nr. 8 § 31 Absatz 5 SGB V (Arznei- und Verbandmittel, Verordnungsermächtigung)	7
• Zu Artikel 1 Nr. 12 § 39d SGB V (Förderung der Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken)	8
• Zu Artikel 1 Nr. 20 § 75 SGB V (Inhalt und Umfang der Sicherstellung).....	10
• Zu Artikel 1 Nr. 24 § 87a SGB V (Regionale Euro- Gebührenordnung, Morbiditätsorientierte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten)	12
• Zu Artikel 1 Nr. 28 c) § 110a SGB V (Qualitätsverträge).....	16
• Zu Artikel 1 Nr. 30 b) § 120 SGB V (Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen)	18
• Zu Artikel 1 Nr. 35 § 136b SGB V (Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus)	20
• Zu Artikel 1 Nr. 36 § 137 Absatz 2 SGB V (Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses).....	26
• Zu Artikel 1 Nr. 38 § 137d Absatz 1 SGB V (Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation).....	28
• Zu Artikel 1 Nr. 39 § 137f Absatz 1 Satz 3 SGB V (Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten).....	29
• Zu Artikel 1 Nr. 42 § 176 SGB V (Solidargemeinschaften).....	30
• Zu Artikel 1 Nr. 44 § 206a SGB V (Elektronisches Abrufverfahren zur Beitragsbemessung bei freiwillig Versicherten und Versicherungspflichtigen nach §5 Absatz 1 Nummer 13).....	32
• Zu Artikel 1 Nr. 52 § 269 SGB V (Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte)	34
• Zu Artikel 1 Nr. 55 § 275b SGB V (Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege und außerklinischen Intensivpflege durch den Medizinischen Dienst und Verordnungsermächtigung).....	37
• Zu Artikel 1 Nr. 57 § 277 SGB V (Mitteilungspflichten)	39
• Zu Artikel 1 Nr. 60 b) § 301 SGB V (Krankenhäuser).....	41
• Zu Artikel 6 Nr. 4 § 9 Absatz 1a KHEntgG (Vereinbarungen auf Bundesebene).....	43

- Zu Artikel 6 Nr. 7 § 15 Absatz 3 KHEntgG (Laufzeit)44
- Zu Artikel 11 Nr. 4 § 8 RSAV (Auswahl und Anpassung des
Versichertenklassifikationsmodells).....45
- Zu Artikel 11 Nr. 10 § 27 RSAV (Übergangsregelung)46
- Zu Artikel 14 Nr. 6 § 15 Absatz 2 BPflV (Laufzeit)47

3. Weiterer ergänzender Änderungsbedarf 48

- § 275 SGB V (Begutachtung und Beratung)48

1. Allgemeiner Teil

Der Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung adressiert eine umfangreiche Bandbreite an Regelungsinhalten. Insgesamt sind in 16 Artikeln 120 Rechtsänderungen in unterschiedlichsten Gesetzen geplant, mit einem deutlichen Schwerpunkt auf das SGB V.

Entwurf greift vdek-Forderungen auf

An vielen Stellen greift der Gesetzentwurf Forderungen auf, die vonseiten der Ersatzkassen seit langer Zeit erhoben wurden. Etwa beim Ist-Kosten-Ausgleich des Kinderkrankengeldes im Risikostrukturausgleich und der RSA-Zuweisung für Auslandsversicherte. Die Ist-Kosten für das Kinderkrankengeld werden im RSA ab 2023 vollständig ausgeglichen. Für die RSA-Zuweisungen für Auslandsversicherten sollen ab 2023 die landesspezifischen Kosten ermittelt werden. Zudem wird der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des RSA beim BAS beauftragt, neue Zuweisungsverfahren beim regulären Krankengeld zu entwickeln. Diese Regelungen werden von der Ersatzkassen ausdrücklich begrüßt. Sie bilden einen konsequenten Abschluss der Reformen und Fortentwicklungen des RSA, so wie sie vom wissenschaftlichen Beirat empfohlen und von den Ersatzkassen gefordert wurden. Dennoch wäre grundsätzlich eine Einführung der Neuregelung für die Zuweisungen für Auslandsversicherte und Krankengeld auch bereits ab dem Ausgleichsjahr 2022 umsetzbar. Die technischen Voraussetzungen hierfür sind gegeben bzw. wären herstellbar. Der vdek wird dazu einen Regelungsvorschlag unterbreiten.

Qualität im Fokus

Ein weiterer großer, insgesamt begrüßenswerter, Aspekt des Referentenentwurfes ist der starke Fokus auf das Thema Qualität in der stationären Versorgung. Es soll die Festlegung weiterer Mindestmengen für die stationäre Versorgung gefördert werden. Zudem werden bestehende Ausnahmeregelungen abgeschafft. Das begrüßt der vdek außerordentlich, schlägt jedoch kleinere redaktionelle Änderungen und Klarstellungen vor. Für Qualitätsverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern soll ein fixes Ausgabenvolumen i.H.v. 30 Cent pro Versicherten ab 2022 (inklusive einer Dynamisierungsklausel) bis einschließlich 2028 vorgesehen werden. Die Intention des BMG, Qualitätsverträgen mehr Bedeutung zu verleihen, kann nachvollzogen werden. Aus der Erfahrung des vdek fehlt es in der Praxis jedoch oft an Ideen der Krankenhäuser für gute Konzepte, wie die Qualität verbessert werden kann. Oftmals beschränken sich die Vorschläge auf Zuschläge für Dinge, die bereits regelhaft durch die Kassen

finanziert werden. Darüber hinaus war oft der befürchtete Zusatzaufwand für die Administration von Verträgen ein Hinderungsgrund. Die nun angedachten Änderungen bedeuten für Krankenkassen einen faktischen Kontrahierungszwang. Dieser birgt den Fehlanreiz, dass Verträge nur der Verträge willen und nicht ihres Inhalts willen geschlossen werden. Aus diesem Grund fordert der vdek die Streichung der Regelung.

Bis 2024 soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) daneben vier weitere Leistungsbereiche bestimmen, zu denen Qualitätsverträge erprobt werden sollen. Der G-BA soll ferner den Nutzen der Qualitätsverträge überprüfen und evaluieren, ob diese weiterhin als Instrument der Qualitätsentwicklung geeignet sind. Die Qualitätszu- und -abschläge hingegen werden abgeschafft. Die Streichung wird begrüßt, da alle Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung Qualitätszu- und Abschläge abgelehnt haben.

Erneut Eingriffe in die Gemeinsame Selbstverwaltung

Der G-BA soll darüber hinaus innerhalb von zwei Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes Anforderungen an ein DMP Adipositas erarbeiten. Diese Regelung wird vom vdek abgelehnt. Der gesetzliche Auftrag zur Entwicklung eines DMP Adipositas ist ein Eingriff in die gesetzliche normierte Regelungskompetenz des G-BA und damit in ein funktionierendes System der Selbstverwaltung. Darüber entfällt mit der einseitigen Festlegung des Gesetzgebers die dem G-BA vorbehaltene inhaltliche Prüfung, ob Adipositas überhaupt eine geeignete Indikation für ein strukturiertes Behandlungsprogramm darstellt. Nur der G-BA kann dies aber seriös prüfen und bewerten und berücksichtigt zudem auch Aspekte der Realisierbarkeit und Umsetzbarkeit von strukturierten Behandlungsprogrammen. Denn nur dann, wenn diese auch sinnvoll angeboten werden können, besteht die Möglichkeit einer gewünschten Versorgungsverbesserung. Ein DMP Adipositas ohne inhaltliche Prüfung als Weg für eine Verbesserung der Versorgung vorzugeben ist nicht zielführend.

Vorschlag zur MGV-Bereinigung verbesserungswürdig

Der Entwurf sieht vor, dass ab dem vierten Quartal 2021 ein Korrekturverfahren zur Bereinigung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung etabliert wird. Im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) waren neue extrabudgetär zu vergütende Leistungen im vertragsärztlichen Bereich eingeführt worden. Diese wurden, u.a. pandemiebedingt, seltener als erwartet dokumentiert. Damit es in

den Folgejahren zu keiner Doppelvergütung kommt, müssen aber angemessene Volumina aus der MGV bereinigt werden. Durch das neue Korrekturverfahren soll die GKV laut Entwurf insgesamt eine Milliarde Euro einsparen.

Es ist positiv zu bewerten, dass der Gesetzgeber die Problematik der TSVG-Unterbereinigung, auf die die Ersatzkassen bereits seit längerem hingewiesen haben, aufnimmt. Die bloße Festlegung eines Korrekturverfahrens ist jedoch nicht ausreichend, da z.B. erwartbare Leistungsmengen nur schwer abgeschätzt werden können und damit die Vereinbarung eines sachgerechten Korrekturbetrages nicht realistisch erscheint. Aus Sicht der Ersatzkassen sollte stattdessen der Bereinigungszeitraum so verlängert werden, dass u.a. die pandemiebedingten Sondereffekte nachweislich ausgeschlossen und alle TSVG-Leistungen auf KV-Ebene gekennzeichnet werden. Der vdek unterbreitet dazu einen detaillierten Änderungsvorschlag, um das Verfahren zu präzisieren.

2. Kommentierung des Gesetzes

Zu Artikel 1 Nr. 8

§ 31 Absatz 5 SGB V (Arznei- und Verbandmittel, Verordnungsermächtigung)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Grundlage des Leistungsanspruchs soll auf die 2005 erlassene Ersatzvor-
nahme des BMG zurückgeführt werden, die seinerzeit erfolgreich gerichtlich
angefochten wurde (Im besonderen Teil bzw. der Gesetzesbegründung wird auf
die geltende Rechtslage seit 2009 verwiesen, evtl. handelt es sich um ein Ver-
sehen). Gleichzeitig erhält der G-BA den Auftrag, das Leistungsgeschehen zu
evaluieren und dem BMG zu berichten. Evtl. dadurch erkennbare Defizite oder
Anpassungsnotwendigkeiten der Vorgaben der Richtlinie sind durch Änderun-
gen aufzugreifen. Einzubeziehen bei der Evaluation/Anpassung sind die Her-
steller der Produkte und die dazugehörigen Fachgesellschaften.

Bewertung

Die Rückführung des Leistungsanspruchs auf die alte Rechtslage ist nicht
nachvollziehbar, da in der Verwaltungspraxis keine Defizite erkennbar sind.
Die Funktion des BMG als Rechtsaufsicht über die Entscheidungen des G-BA
wird erweitert. Die explizite Benennung der Stellungnahmeberechtigten im Ver-
fahren ist unnötig, da sich daraus keine anderen Rechte für die Beteiligten als
die bereits bestehenden ergeben.

Änderungsvorschlag

Streichung.

Zu Artikel 1 Nr. 12

§ 39d SGB V (Förderung der Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken)

Beabsichtigte Neuregelung

Zur Förderung der Koordination in Netzwerken sollen Krankenkassen künftig unter bestimmten Voraussetzungen Zuschüsse zahlen. Die Förderung erfolgt im Wesentlichen für Personal- und Sachkosten, wenn der sog. Netzwerkkoordinator bestimmte Anforderungen erfüllt. Damit beteiligen sich die Krankenkassen künftig gemeinsam mit kommunalen Trägern der Daseinsvorsorge an dem Aufbau und der Förderung von bedarfsgerechten, regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerken. Hierfür sollen in jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt Netzwerkkoordinatoren gefördert werden, die unter Beibehaltung der bestehenden Versorgungsstrukturen übergreifende Koordinierungs- und Kooperationsstätigkeiten ausführen.

Die privaten Krankenversicherungen können sich an der Förderung beteiligen. Bei einer Beteiligung erhöht sich das Fördervolumen um den entsprechenden Betrag.

Der GKV-SV hat unter Beteiligung der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung und der Verband der privaten Krankenversicherung Förderrichtlinien zu erstellen. Des Weiteren hat er eine dreijährige Berichtspflicht gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit.

Bewertung

Mit der Regelung wird die Hospiz und Palliativversorgung, die bisher in der alleinigen Verantwortung und Finanzierung der Krankenkassen liegt, erweitert. Auch Städte und Gemeinden sollen zukünftig im Rahmen der allgemeinen Daseinsvorsorge diese Aufgabe und deren (Mit-)Finanzierung übernehmen.

Die Regelung wird begrüßt, da die Kommunen mit in die Verantwortung dieser wichtigen gesamtgesellschaftlichen Aufgabe genommen werden und sich folgerichtig auch an der Finanzierung beteiligen sollen.

Da es sich hier um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt, sollte sich die private Krankenversicherung analog den Regelungen bei den Qualitätsprüfungen nach § 114a Abs. 5 verbindlich an der Finanzierung beteiligen.

Die Vorgaben zur Förderung orientieren sich an den bewährten Finanzierungsregelungen der ambulanten Hospizförderung und werden als sachgerecht eingeschätzt.

Änderungsvorschlag:

§ 39d Absatz 1 ist wie folgt zu fassen:

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

Zu Artikel 1 Nr. 20

§ 75 SGB V (Inhalt und Umfang der Sicherstellung)

Beabsichtigte Neuregelung

Zu a) Buchstabe aa)

Mit dem TSVG wurde den Terminservicestellen die Aufgabe zugewiesen, den Versicherten durch entsprechend qualifiziertes Personal rund um die Uhr auf der Grundlage eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens in Akutfällen eine unmittelbare ärztliche Behandlung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene zu vermitteln. Diese Regelung wird nunmehr dahingehend erweitert, dass in diesem Kontext auch eine telefonische ärztliche Konsultation zu vermitteln ist.

Zu a) Buchstabe bb)

Für die Vermittlung von Behandlungsterminen bei einem Facharzt durch die Terminservicestellen muss grundsätzlich eine Überweisung vorliegen. Mit Ziffer 2 wird, ergänzend zu den in Ziffer 1 und 3 genannten, bereits heute bestehenden Ausnahmetatbeständen, auch für den Fall der Terminvermittlung nach bereits erfolgter Vorstellung in der Notfallambulanz auf das Überweisungserfordernis verzichtet.

Bewertung

Zu a) Buchstabe aa)

Ausweislich der Gesetzesbegründung soll die bestehende gesetzliche Regelung dahingehend konkretisiert werden, dass im Bedarfsfall zum Zwecke der Beratung der Versicherten oder zur besseren Einschätzung der Dringlichkeit der Behandlungsnotwendigkeit auch ein kurzfristiger telefonischer Arztkontakt ermöglicht wird. Dies erscheint sinnvoll. Der Gesetzestext enthält diese Einschränkung jedoch nicht. Um Missverständnissen vorzubeugen und klarzustellen, dass die telefonische ärztliche Konsultation nicht in jedem Fall standardmäßig erfolgen muss, sollte die gesetzliche Regelung entsprechend ergänzt werden.

Zu a) Buchstabe bb)

Die Regelung wird begrüßt. Sie bewirkt einen erleichterten Zugang zur ambulanten vertragsärztlichen Behandlung für Patientinnen und Patienten, bei denen sich im Rahmen des Ersteinschätzungsverfahrens im Krankenhaus herausgestellt hat, dass zwar ein ambulanter medizinischer Behandlungsbedarf besteht,

nicht aber ein Notfall im Sinne von § 76 Absatz 1 Satz 2 vorliegt, der eine sofortige Behandlung erfordert. Die Regelung trägt zudem dazu bei, die Anzahl unnötiger Arztkontakte zu reduzieren.

Änderungsvorschlag

Zu a) Buchstabe aa)

Absatz 1a wird wie folgt geändert: „In Satz 3 Nummer 3 werden nach dem Wort „Versorgungsebene“ die Wörter „**im Bedarfsfall** einschließlich einer telefonischen ärztlichen Konsultation“ eingefügt.

Zu a) Buchstabe bb)

Keiner.

Zu Artikel 1 Nr. 24

§ 87a SGB V (Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsorientierte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten)

Beabsichtigte Neuregelung

Es soll ein Korrekturverfahren etabliert werden, um die Leistungen, die zwar gemäß TSVG extrabudgetär vergütet werden, aber nicht aus der MGV bereinigt wurden, nachträglich zu berücksichtigen und auf diese Weise eine Doppelfinanzierung durch die GKV zu vermeiden.

Bewertung

Es ist positiv zu bewerten, dass der Gesetzgeber die Problematik der TSVG-Unterbereinigung, auf die die Ersatzkassen bereits seit längerem hingewiesen haben, aufnimmt. Die bloße Festlegung eines Korrekturverfahrens ist jedoch nicht ausreichend, da z.B. erwartbare Leistungsmengen nur schwer abgeschätzt werden können und damit die Vereinbarung eines sachgerechten Korrekturbetrages nicht realistisch erscheint. Außerdem würde die Doppelfinanzierung nur abgemildert, da das Korrekturverfahren erst ab dem 4. Quartal 2021 Wirkung entfalten würde. Außerdem ist nicht nachvollziehbar, warum der Korrekturzeitraum auf drei Quartale beschränkt sein soll. Hier wäre zumindest eine Erweiterung auf vier Quartale sachgerecht.

Aus Sicht der Ersatzkassen sollte stattdessen der Bereinigungszeitraum so verlängert werden, dass u.a. die pandemiebedingten Sondereffekte nachweislich ausgeschlossen und gleichzeitig eine genaue Quantifizierung erreicht werden.

Die Problematik stellt sich dabei wie folgt dar:

In den Sätzen 7 und 8 des § 87a Absatz 3 werden die regionalen Vertragspartner verpflichtet, in den Vereinbarungen nach § 87a Absatz 3 Satz 1 die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung um die extrabudgetär vergüteten Leistungen nach § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 3 bis 6 unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des Vorjahresquartals zu bereinigen. Der Bereinigungszeitraum ist auf ein Jahr ab Inkrafttreten der Vergütungsregelungen begrenzt.

Insbesondere die Begrenzung der Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) auf das erste Jahr des Inkrafttretens ist problematisch, weil dies zu einer massiven Unterbereinigung der MGK führt.

Grundsätzlich entwickelt sich nach Inkrafttreten von neuen Vergütungs- und Verfahrensregelungen die damit verbundene Leistungserbringung erst langsam und ist naturgemäß zunächst weit von einem „Sättigungsgrad“ entfernt. Dies ist bspw. auch bei Einführung von neuen Leistungen in den EBM so. Dabei ist i.d.R. von einem Anwachsen des Leistungsbedarfs für einen Zeitraum von mehreren Jahren auszugehen. Die Ärzte und Kassenärztlichen Vereinigungen mussten sich auf die neuen Regelungen und damit zusammenhängend auch neuen Verfahren vorbereiten und auch die Nutzung der Terminvermittlung durch die Versicherten musste sich erst etablieren.

Aufgrund des TSVG sind vertragsärztliche Leistungen bei Terminvermittlungen, bei offenen Sprechstunden und bei Neupatienten extrabudgetär zu vergüten. Dies umfasst einerseits neu eingeführte Zuschläge für vorgenommene Terminvermittlungen und andererseits die Förderung bestehender Leistungen durch Verlagerung aus der MGV in die extrabudgetär vergütete Gesamtvergütung, aus der die Leistungen unquotiert gegenüber dem Leistungserbringer vergütet werden. Innerhalb der bisherigen MGV-Leistungen betrifft dies schätzungsweise ein Vergütungsvolumen von 5 Mrd. Euro. Diese aus der MGV finanzierten Leistungen sind zu bereinigen, um eine Doppelvergütung zu verhindern. Das Gesetz sieht vor, diese Leistungen aus der MGV befristet auf ein Jahr um die bisherige Auszahlungsquote gekürzt zu bereinigen. Bei einer vollständigen Bereinigung würden sich Mehrkosten lediglich aus zukünftigen Mengensteigerungen, Auszahlungsquotenanhebungen und neuen Vermittlungszuschlägen ergeben. Wenn die Erbringung oder Kennzeichnung von TSVG-Leistungen im ersten Jahr nach Inkrafttreten jedoch unvollständig ist, kommt es zusätzlich aufgrund der Unterbereinigung ab dem zweiten Jahr zu einer Doppelvergütung.

Tatsächlich zeigt sich bereits im Jahr 2019 eine unvollständige Kennzeichnung von TSVG-Leistungen in einer Reihe von KV-Regionen, insbesondere bei den Neupatienten. Hinzu kommt eine ungerechtfertigte Doppelvergütung, die aus dem pandemiebedingten Leistungs- und Fallzahlrückgang im 2. Quartal 2020 und der vorrangigen Kennzeichnung von Corona-Leistungen als nicht vorhersehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfs resultiert. Angesichts der aktuell steigenden Infektionszahlen ist zu erwarten, dass weit in das Jahr 2021 oder darüber hinaus eine unvollständige Kennzeichnung vorliegen wird. Aufgrund der genannten Effekte ist derzeit von einer jährlichen Doppelfinanzierung in Höhe von mehr als zwei Mrd. Euro auszugehen.

Angesichts dieser Situation ist der bisher vorgesehene, mittlerweile abgelaufene Bereinigungszeitraum von nur einem Jahr nicht ausreichend, um eine sachgerechte Bereinigung sicherzustellen. Stattdessen ist es zwingend geboten, den Bereinigungszeitraum so zu verlängern, dass das basiswirksam werdende Bereinigungsvolumen nicht von pandemiebedingten Sondereffekten verfälscht 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 im Rahmen der Coronavirus-Pandemie fortgeführt wird. Das heißt auch, dass für das bereits abgelaufene dritte und laufende vierte Quartal 2020 im Rahmen der Rechnungslegung eine vollständige Bereinigung vorgenommen werden muss.

Angesichts der bereits 2019 erkennbaren unvollständigen Kennzeichnung der TSVG-Leistungen ist die gesetzliche Regelung auch in diesem Punkt anzupassen und eine verpflichtende Kennzeichnung von TSVG-Leistungen vorzusehen. Die durch das TSVG bewirkten Mehrbelastungen für die Krankenkassen und die Versicherten wären erheblich höher als zunächst angenommen, wenn es aufgrund einer unveränderten Gesetzeslage bei einer unvollständigen Erbringung und Kennzeichnung von TSVG-Leistungen im bereinigungsfähigen Zeitraum bleibt. Soweit diese Kennzeichnung nicht durch den jeweiligen Vertragsarzt erfolgt, ist die zuständige Kassenärztliche Vereinigung dazu zu verpflichten, sie entsprechend denen ihr vorliegenden Daten vorzunehmen. Dies findet in einzelnen Regionen bereits statt, sollte jedoch bundesweit verbindlich und einheitlich geregelt werden.

Änderungsvorschlag

In § 87a Absatz 3 werden die Sätze 7 bis 11 folgendermaßen gefasst:

"Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragspartner haben die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in den Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 1 um die in Satz 5 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 Absatz 3 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 Absatz 3 Satz 5 Nummer 3 bis 6 erfüllen, sind spätestens mit Wirkung zum ersten Abrechnungsquartal 2021 verpflichtend einheitlich durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen und medizinischen Versorgungszentren zu kennzeichnen und in der Abrechnung gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung sowie in den Abrechnungsunterlagen gemäß § 295 Absatz 1 und 2 zu übermitteln; der Bewertungsausschuss beschließt Vorgaben für eine einheitliche Kennzeichnung. Die zuständige Kassenärztliche Vereinigung prüft die Abrechnungsdaten auf das Vorliegen von Leistungen gemäß Satz 5 Nummer 3 bis 6 und ergänzt, soweit erforderlich, fehlende Kennzeichnungen.“

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 Ärzte, Einrichtungen und medizinischen Versorgungszentren zu kennzeichnen und in den Abrechnungsunterlagen gemäß § 295 Absatz 1 und 2 zu übermitteln; der Bewertungsausschuss beschließt Vorgaben für eine einheitliche Kennzeichnung. Die zuständige Kassenärztliche Vereinigung prüft die Abrechnungsdaten auf das Vorliegen von Leistungen gemäß Satz 5 Nummer 3 bis 6 und ergänzt, soweit erforderlich, fehlende Kennzeichnungen.“

Zu Artikel 1 Nr. 28 c)
§ 110a SGB V (Qualitätsverträge)

Beabsichtigte Neuregelung

Zu c)

Die Krankenkassen sollen jährlich 0,30 Euro pro Versicherten pro Jahr für Qualitätsverträge ausgeben. Unterschreitet eine Kasse diese Ausgaben, muss sie die nicht verausgabten Mittel an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds abführen. Der GKV-SV erhält die Aufgabe, die Ausgaben zu prüfen und Zahlen an den Gesundheitsfonds per Bescheid gegenüber der Krankenkasse geltend zu machen.

Bewertung

Zu c)

Die Intention des BMG, Qualitätsverträgen mehr Bedeutung zu verleihen, kann nachvollzogen werden. Derzeit sind etwa 23 Verträge geschlossen, wobei viele davon auf einen Mustervertrag einer Krankenkasse zurückgehen. Das ist nicht viel. Die Hinderungsgründe dafür sind vielfältig. Aus der Erfahrung des vdek fehlt es oft an Ideen der Krankenhäuser für gute Konzepte, wie die Qualität verbessert werden kann. Oftmals beschränken sich die Vorschläge auf Zuschläge für Dinge, die bereits durch die Kassen finanziert werden. Darüber hinaus war oft der befürchtete Zusatzaufwand für die Administration von Verträgen ein Hinderungsgrund. Die nun angedachten Änderungen bedeuten für Krankenkassen einen faktischen Kontrahierungszwang. Dieser birgt den Fehlreiz, dass Verträge nur der Verträge willen und nicht ihres Inhalts willen geschlossen werden. Damit kann die gute Intention des Gesetzgebers in das Gegenteil verkehrt werden und es kann zu Verträgen kommen, die nicht zu einer Qualitätssteigerung, sondern zu Qualitätseinbußen führt, etwa durch nicht medizinisch indizierte Behandlungen. Darüber hinaus ist der Mechanismus zur Bemessung abzulehnen. Die Ausgaben einer Krankenkasse für Qualitätsverträge jahresweise zu betrachten ist nicht sachgerecht. Es kann Verträge geben, die eine Ausschüttung von Zuschlägen erst dann vorsehen, wenn etwa bestimmte Qualitätsergebnisse vorliegen. Dies ist eigentlich nie zum Zeitpunkt der Leistungserbringung der Fall, selten bereits im Jahr nach der Leistungserbringung. Außerdem kann es Verträge geben, die tatsächlich erreichte Ergebnisqualität zur Bedingung für die Auszahlung von Zuschlägen haben. Krankenkassen, die Krankenhäuser belohnen, wenn Patienten messbar von der Qualitätsverbesserung profitiert haben werden schlechter gestellt als Krankenkassen, die über

den Vertrag zusätzliche Prozessschritte finanzieren, von denen aber nicht sichergestellt ist, dass sie auch zu einer besseren Ergebnisqualität führen. Das ist abzulehnen.

Änderungsvorschlag

Zu c)

Streichung der Regelung.

Zu Artikel 1 Nr. 30 b)

§ 120 SGB V (Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen)

Beabsichtigte Neuregelung

Zu b)

Die KBV soll bundesweit einheitliche Vorgaben und Qualitätsanforderungen zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des ambulanten medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden in Notfallambulanzen im Benehmen mit DKG und GKV-SV machen. Diese haben Vorgaben zum Nachweis der Durchführung der Ersteinschätzung zur Abrechnung sowie zur Form und zum Inhalt der Abrechnungsunterlagen und zum Nachweis gegenüber der TSS zu enthalten.

Bewertung

Zu b)

Da sich das BMG aufgrund der aktuellen Pandemiesituation mit der Strukturform der Notfallversorgung mehr Zeit lassen möchte, wurde entschieden, zumindest eine qualifizierte und standardisierte Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfes zu implementieren.

Eine einheitliche Ersteinschätzung mit Steuerungsfunktion entspricht auch den Forderungen der Ersatzkassen.

Die nun gewählte Umsetzung soll Vorgaben enthalten, die die Dringlichkeit der Behandlungsnotwendigkeit und damit einen Nachweis der Ersteinschätzung dokumentieren. Dies ist ein erster Ansatz, um für Kassen und KVen ein wenig mehr Licht in die „BlackBox“ Notfallambulanz zu bringen.

Zudem soll es sich über die Dringlichkeit der Behandlungsnotwendigkeit als Steuerungsoption für die Patienten etablieren und diese dann in die für sie richtige Versorgungsebene steuern.

Hinsichtlich der Benehmensherstellung mit der DKG und dem GKV-SV sollte hier aus Sicht der Ersatzkassen zumindest das Einvernehmen mit dem GKV-SV hergestellt werden, sodass das Ersteinschätzungsverfahren von beiden Seiten akzeptiert und unterstützt wird. Gerade in der praktischen Umsetzung ist es wichtig, dass das Ersteinschätzungsverfahren sowohl in einem telefonischen Setting – wie der Rufnummer 116117 – als auch in einem persönlichen Setting

– in der Krankenhausambulanz – funktioniert und vergleichbare Ergebnisse liefert.

Änderungsvorschlag

In § 120 SGB V wird der neue Absatz 3b wie folgt gefasst:

„(3b) Zur Abklärung und Bewertung der Dringlichkeit der Behandlungsnotwendigkeit sowie als Abrechnungsvoraussetzung der Leistungen von Notfallambulanzen der Krankenhäuser hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung bundesweit einheitliche Vorgaben und Qualitätsanforderungen zur Durchführung einer qualifizierten und standardisierten Ersteinschätzung des ambulanten medizinischen Versorgungsbedarfs von Hilfesuchenden, die sich an Notfallambulanzen der Krankenhäuser wenden, im **Benehmen** mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und im **Einvernehmen** mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen aufzustellen. Die Vorgaben nach Satz 1 haben auch das Nähere

1. zum Nachweis der Durchführung der Ersteinschätzung zum Zwecke der Abrechnung sowie zur Form und zum Inhalt der Abrechnungsunterlagen und

2. zum Nachweis gegenüber der Terminservicestelle, dass ein Fall des § 75 Absatz 1a Satz 4 vorliegt,

zu enthalten.“

Zu Artikel 1 Nr. 35

§ 136b SGB V (Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus)

Beabsichtigte Neuregelung

a)

aa) Die Befugnis des G-BA wird gestrichen, Ausnahmetatbestände für Krankenhäuser beim Nichterreichen der Mindestmenge festzulegen.

bb) Der G-BA wird verpflichtet, bis zum 31.12.2023 vier weitere Leistungsbereiche für Qualitätsverträge zu bestimmen.

cc) Die Pflicht des G-BA wird aufgehoben, Leistungsbereiche für Qualitätszu- und Abschläge auszuwählen.

b) Der G-BA wird verpflichtet, kontinuierlich die Evidenz bestehender und neuer Mindestmengen zu prüfen. Die Beratungszeit wird auf zwei Jahre festgelegt. Der G-BA darf zukünftig auch Mindestmengen miteinander kombinieren und in Ergänzung zu einer Mindestmenge noch Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität festlegen. Dem BMG wird ein Antragsrecht für neue Mindestmengen eingeräumt.

c) Die Regelung beinhaltet verfahrensrechtliche Vorgaben an den G-BA bei der Festlegung von Mindestmengen.

d)

aa) Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung.

bb) Es wird klargestellt, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen Mindestmengenprognosen der Krankenhäuser widerlegen müssen, sofern begründete erhebliche Zweifel an deren Richtigkeit bestehen und dass insoweit kein Ermessensspielraum besteht. Darüber hinaus wird der G-BA beauftragt, Regelbeispiele für begründete erhebliche Zweifel festzulegen.

cc) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen werden verpflichtet, die Ergebnisse der Prognoseprüfung an den G-BA und die Krankenhausplanungsbehörden zu übermitteln.

dd) Es wird festgelegt, dass eine Klage eines Krankenhausträgers gegen eine Widerlegung keine aufschiebende Wirkung hat.

e) Die Möglichkeit der Bundesländer wird gestrichen, für Krankenhäuser Ausnahmegenehmigungen zu erteilen, obwohl die Mindestmenge nicht erfüllt ist.

f) Es erfolgt eine Bereinigung zu dem Kapitel im Qualitätsbericht mit besonders patientenrelevanten Informationen.

g)

aa) Der G-BA wird verpflichtet, das IQTIG bereits während der Erprobung von Qualitätsverträgen mit der Evaluation zu beauftragen.

bb) Der G-BA wird verpflichtet, nach Erprobung Mitte 2028 Empfehlungen zum Nutzen von Qualitätsverträgen zu beschließen und ob Aspekte aus den Qualitätsverträgen in verbindliche Qualitätsanforderungen überführt werden sollen. Der G-BA wird verpflichtet, eine Übersicht über die geschlossenen Verträge im Internet zu veröffentlichen.

h) Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund des Wegfalls des gesetzlichen Auftrags zu Qualitätszu- und Abschlägen.

Bewertung

a)

aa) Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt, da Ausnahmeregelungen bei Mindestmengen dem jeweiligen Leistungserbringer einen Vorteil verschafft haben, aber zu Lasten der Sicherheit der Versorgung von Patienten gingen.

bb) Die Regelung kann insofern nachvollzogen werden, als dass mit vier weiteren Bereichen ein breites Spektrum an Erkrankungen/Behandlungen und damit ein breiterer Kreis an Versicherten angesprochen wird.

cc) Die Streichung wird begrüßt, da alle Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung Qualitätszu- und Abschläge abgelehnt haben.

b) Die Regelungen werden ausdrücklich begrüßt. Sowohl die Verkürzung der Beratungszeit und des Antragsrechts des BMG sind geeignet, schneller zu neuen Mindestmengen zu kommen. Auch das Recht, Mindestmengen untereinander zu kombinieren oder um Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität zu ergänzen wird ausdrücklich begrüßt. Diese Regelung bietet eine Basis, die qualitätsorientierte Zentralisierung der Krankenhauslandschaft in viel stärkerem Maße als bislang voranzutreiben. Nicht ersichtlich ist, warum der Entwurf nur von Mindestanforderungen für Struktur- und Prozessqualität spricht und nicht von Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität. So lautet die Formulierung des § 136 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V, auf den hier auch Bezug genommen wird. Das mutmaßliche Versehen sollte mit einer Ergänzung geheilt werden.

c) Die Regelungen erscheinen sachgerecht.

d)

aa) Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung.

bb) Die Regelung wird begrüßt. Es 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 und wird dadurch zu mehr Widerlegungen auf Landesebene führen. Der in Klammern gesetzte Zusatz „Entscheidung“ ist sprachlich allerdings unglücklich und sollte korrigiert werden (siehe Änderungsvorschläge). Die vom G-BA festzulegenden Regelbeispiele können zu einer einheitlicheren und stringenteren Umsetzung der Entscheidungen auf Landesebene beitragen. Ergänzend sollte aufgenommen werden, dass bei Erfüllung eines gesetzlichen Regelbeispiels die Prognose des Krankenhausträgers als widerlegt gilt. Hierdurch wird dem Umstand Rechnung getragen, dass es ansonsten kaum möglich ist, aufgrund des besonderen Charakters einer bloßen Prognose diese rechtssicher zu widerlegen (siehe Änderungsvorschläge).

cc) Es handelt sich um eine Klarstellung, die begrüßt wird. Auch bisher waren die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen bereits verpflichtet, die Ergebnisse der Prognoseprüfung an den G-BA und die Krankenhausplanungsbehörden zu übermitteln, weil dies in der G-BA-Regelung so vorgesehen ist.

dd) Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt, da sie sicherstellt, dass ein Krankenhaus erst nach erfolgreicher Klage wieder Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbringen darf. Dem Schutz des Patienten wird somit endlich der Vorrang vor den Berufsausübungsinteressen des Krankenhauses eingeräumt. Ergänzend sollte geregelt werden, dass Leistungen, die ohne Erfüllung der Mindestmenge und dementsprechend ohne Vergütung durch die gesetzlichen Krankenkassen erbracht wurden, bei der Prognose zur Erfüllung der Mindestmenge unberücksichtigt bleiben. Diese Ergänzung ist im Interesse des Patientenschutzes erforderlich, um keine weiteren Anreize für eine Leistungserbringung ohne eine hinreichende Qualität zu schaffen (siehe Änderungsvorschläge).

e) Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt, da sie für eine stringente Umsetzung der Mindestmenge führt. Bislang war es so, dass die Landesbehörden viel zu häufig und zu lange Ausnahmegenehmigungen ausgesprochen hatten, die sachlich nicht erforderlich waren, weil die Versorgung der Bevölkerung gar nicht gefährdet war.

f) Die Regelung erscheint sachgerecht.

g)

aa) Die Regelung erscheint sachgerecht.

bb) Die Regelung wird begrüßt, da sie etwas mehr Verbindlichkeit für die Überführung von Aspekten aus den Qualitätsverträgen in die Regelversorgung beinhaltet. Gerade vor dem Hintergrund der auf die Ersatzkassen zukommenden erheblichen Ausgaben für die Erprobung ist darüber etwas mehr sichergestellt, dass gute Aspekte der Qualitätsverträge den Versicherten auch langfristig zur Verfügung stehen.

h) Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund des Wegfalls des gesetzlichen Auftrags zu Qualitätszu- und Abschlägen.

Änderungsvorschlag

b) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt geändert: *„Dabei kann der Gemeinsame Bundesausschuss vorsehen, dass als Voraussetzung zur Leistungsberechtigung Mindestmengen weiterer Leistungen gleichzeitig erfüllt sein müssen sowie im Zusammenhang mit der Mindestmenge nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festlegen.“*

d)

aa) (neu) – die weiteren Buchstaben verschieben sich entsprechend
In Satz 1 werden vor dem Wort „bewirkt“ die Worte „zu Lasten der Krankenkassen“ eingefügt. Satz 2 wird gestrichen.

Der bisherige Wortlaut ist insoweit widersprüchlich, als Satz 2 Regelungen für den Fall trifft, dass die Leistungen trotz eines Verbotes erbracht werden. Dadurch wird in Frage gestellt, ob durch Satz 1 tatsächlich ein Leistungsverbot ausgesprochen werden soll. Die Neuregelung stellt klar, dass Leistungen, für die Mindestmengen festgelegt sind, zwar erbracht werden dürfen. Die Krankenkassen dürfen solche Leistungen jedoch nicht vergüten, wenn die Mindestmenge nicht erreicht ist. Durch die Änderung würde im Übrigen eine Angleichung an die bestehende Gesetzessystematik erfolgen, die in ähnlichen Fällen (z.B. neue Behandlungsmethoden) nur den Vergütungsanspruch ausschließt, nicht aber ein Leistungsverbot ausspricht (vgl. § 137c Abs. 1 Satz 2 SGB V). Überdies ist die Gesetzgebungskompetenz für ein generelles Leistungsverbot z.B. auch gegenüber privat Versicherten oder Selbstzahlern unter dem Titel des Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG (Recht der Sozialversicherung) fraglich.

bb) (neu) = aa) (alt))

In Satz 2 werden die Wörter „der Ersatzkassen“ durch die Wörter „den Ersatzkassen“ ersetzt.

cc) (neu)

nach Satz 4 (alt) bzw. Satz 3 (neu) wird folgender Satz eingefügt:

„⁴Bei der Aufstellung der Prognose bleiben Leistungen unberücksichtigt, die gemäß Satz 1 nicht zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden durften.“

Diese Ergänzung ist im Interesse des Patientenschutzes erforderlich, um keine weiteren Anreize für eine Leistungserbringung ohne eine hinreichende Qualität zu schaffen. Dem Interesse eines Krankenhauses, das erstmalig oder erneut eine Leistung, für die eine Mindestmenge festgelegt ist, zu Lasten der Krankenkassen erbringen will, wird durch die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zu beschließenden Regelungen für die erstmalige oder erneut erbringende Leistung Rechnung getragen.

dd) (neu) = bb) (alt)

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.

Durch den Zusatz „durch einen als belastenden Verwaltungsakt ausgestalteten förmlichen Bescheid“ wird klargestellt, dass es sich bei der Entscheidung über die Widerlegung einer Prognose um einen Verwaltungsakt handelt. Außerdem wird klargestellt, dass es sich bei diesem Bescheid um einen belastenden Verwaltungsakt handelt. Dies ist deshalb erforderlich, weil es zur Frage der Rechtsnatur der Entscheidung divergierende Rechtsprechung gibt. Während die h.M. von einem belastenden Verwaltungsakt ausgeht, wird in der Rechtsprechung teilweise vertreten, dass es sich um einen feststellenden Verwaltungsakt handle.

ee) (neu) = cc) (alt)

Nach Satz 6 werden folgende Sätze eingefügt:

„⁷Der Gemeinsame Bundesausschuss legt im Beschluss nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 mit Wirkung zum 1. Januar 2022 Regelbeispiele für begründete erhebliche Zweifel fest. ⁸Stellen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in dem Bescheid nach Satz 6 die Erfüllung eines der Regelbei-

spiele fest, wird widerlegbar vermutet, dass die Prognose des Krankenhausträgers widerlegt ist. ⁹Die 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. ¹⁰Bei den Entscheidungen nach Satz 6 und den Übermittlungen nach Satz 9 handeln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich.“

Durch den neuen Satz 8 wird dem Umstand Rechnung getragen, dass es ansonsten kaum möglich ist, aufgrund des besonderen Charakters einer bloßen Prognose diese rechtssicher zu widerlegen. Die Regelung führt zu keiner unangemessenen Belastung des Krankenhausträgers, da es für eine Berechtigung zur Leistungserbringung zulasten der Krankenkassen weiterhin genügt, wenn eine schlüssige Prognose gestellt wird. Die materielle Beweislast für die Unschlüssigkeit tragen im Grundsatz weiterhin die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen. Nur in den ausdrücklich und gesetzlich festgelegten Regelbeispielen dreht sich die materielle Beweislast zu Lasten der Krankenhausträger. Den Krankenhausträgern bleibt es in diesen Fällen unbenommen die Schlüssigkeit der aufgestellten Prognose darzulegen. Diese Darlegung verlagert sich dann allerdings in die gerichtliche Überprüfung der Widerlegung der Prognose, was gegebenenfalls bereits in einem Eilverfahren erfolgen kann.

ff) (neu) = dd) (alt)

Im neuen Satz 12 wird nach dem Wort „statt“ ein Semikolon und folgender Halbsatz eingefügt:

„¹²Klagen gegen die Entscheidungen nach Satz 6 haben ab der Prognose für das Jahr 2023 keine aufschiebende Wirkung.“

Zu Artikel 1 Nr. 36

§ 137 Absatz 2 SGB V (Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses)

Beabsichtigte Neuregelung

a) Neben den Krankenhäusern werden mit dieser Regelung auch die Vertragsärzte verpflichtet, 100 Prozent ihrer dokumentationspflichtigen Leistungen für die Qualitätssicherung zu dokumentieren.

b) Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Erweiterung in a)

Bewertung

a) Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt, da nur eine Pflicht zur vollzähligen Dokumentation sicherstellt, dass valide Qualitätsergebnisse erzeugt werden.

b) Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Erweiterung in a)

Die im §137 Absatz 2 avisierten Änderungen sind insofern sachgerecht. Es ergibt sich darüber hinaus aber Änderungsbedarf in §137 Absatz 3. Dieser wird im dritten Teil über weiteren ergänzenden Änderungsbedarf weiter ausgeführt.

Absatz 3 sieht vor, dass der G-BA in einer Richtlinie Näheres zu den Qualitätskontrollen durch den MD regelt. Das BMG hat hierzu einen Beschluss des G-BA beanstandet, der eine gemeinsame und einheitliche Beauftragung der Kontrollen durch die Krankenkassen bundeslandbezogen vorsah. Das BMG begründete die Beanstandung mit einer fehlenden Rechtsgrundlage. Nur eine einzelne Krankenkasse sei befugt, Kontrollen zu beauftragen. Der derzeitige Absatz 3 Satz 6 verpflichtet den G-BA ohnehin, eine möglichst aufwandsarme Durchführung der Kontrollen zu unterstützen. Dies kann der G-BA aber nur, wenn er die Beauftragung durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen an sachlich geeigneten Stellen der Richtlinie vorsehen darf. Ein abgestimmtes Vorgehen der Kassen auf Landesebene stellt sicher, dass auf Seiten der Krankenhäuser, Krankenkassen und des MD Ressourcen geschont werden. Da ein gemeinsames und einheitliches Vorgehen der Kassen auf Landesebene aus fachlichen wie auch Ressourcengründen aber absolut geboten ist, sollte die entsprechende gesetzliche Legitimation geschaffen werden.

Änderungsvorschlag

Absatz 3 Satz 6 wird wie folgt geändert:

Der Punkt wird durch ein Semikolon ersetzt und erweitert um die Worte *„er kann hierzu vorsehen, dass die Beauftragung durch die Landverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich erfolgt.“*

Zu Artikel 1 Nr. 38

§ 137d Absatz 1 SGB V (Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären
Vorsorge oder Rehabilitation)

Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-SV erhält den Auftrag die Ergebnisse des QS-Reha-Verfahrens einrichtungsbezogen im Internet zu veröffentlichen.

Bewertung

Die Information der Öffentlichkeit über die Qualität von Rehabilitationseinrichtungen ist ein nachvollziehbares politisches Ziel.

Eine vergleichbare und einheitliche Darstellung von Qualitätsergebnissen für alle Reha-Einrichtungen in Deutschland, kann jedoch nur gelingen, wenn auch die Qualitätsberichte der durch die Rentenversicherung hauptbelegten und durch diese qualitätsgeprüften Einrichtungen einbezogen werden. Es fehlt eine Verpflichtung bzw. eine Rechtsgrundlage für die DRV zur Übermittlung der Qualitätsberichte für gemeinsam belegte Einrichtungen an den GKV-SV und sowie eine Ermächtigung des GKV-SV diese zu veröffentlichen.

Änderungsvorschlag

Es sollte eine Rechtsgrundlage geschaffen werden, nachdem auch die Qualitätsberichte der DRV für gemeinsam belegter Rehabilitationseinrichtungen durch GKV-SV veröffentlicht werden können.

Zu Artikel 1 Nr. 39

§ 137f Absatz 1 Satz 3 SGB V (Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten)

Beabsichtigte Neuregelung

Der G-BA soll innerhalb von zwei Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes Anforderungen an ein DMP Adipositas erarbeiten.

Bewertung

Die Regelung wird abgelehnt. Gemäß § 137f Abs. 1 Satz 1 SGB V obliegt allein dem G-BA die Regelungskompetenz, für welche Indikationen strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden sollen. Nach § 137f Abs. 1 Satz 2 SGB V sind bei dieser Festlegung bestimmte Kriterien zu berücksichtigen wie beispielsweise die Prävalenz, Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgung und ein sektorenübergreifender Behandlungsbedarf. Der gesetzliche Auftrag zur Entwicklung eines DMP Adipositas ist ein Eingriff in die gesetzliche normierte Regelungskompetenz des G-BA und damit in ein funktionierendes System der Selbstverwaltung. Darüber entfällt mit der einseitigen Festlegung des Gesetzgebers die dem G-BA vorbehaltene inhaltliche Prüfung, ob Adipositas überhaupt eine geeignete Indikation für ein strukturiertes Behandlungsprogramm darstellt. Nur der G-BA kann dies aber seriös prüfen und bewerten und berücksichtigt zudem auch Aspekte der Realisierbarkeit und Umsetzbarkeit von strukturierten Behandlungsprogrammen. Denn nur dann, wenn diese auch sinnvoll angeboten werden können, besteht die gewünschte Möglichkeit einer Versorgungsverbesserung. Ein DMP Adipositas ohne inhaltliche Prüfung als Weg für eine Verbesserung der Versorgung vorzugeben ist hier nicht zielführend.

Änderungsvorschlag

Streichung.

Zu Artikel 1 Nr. 42

§ 176 SGB V (Solidargemeinschaften)

Beabsichtigte Neuregelung

Solidargemeinschaften sind nach eigener Aussage, „neben den gesetzlichen und privaten Kassen, ein weiterer Weg der Krankenabsicherung im deutschen Gesundheitswesen. Es gibt diese Form der eigenverantwortlichen Solidarität schon seit Jahrzehnten. Dabei sichern sich die Mitglieder gegenseitig zu, sich im Krankheitsfall finanziell und menschlich beizustehen. Alle Mitglieder haben einen Rechtsanspruch auf eine umfassende Krankenversorgung“.

Zwischen 7000 und 8000 Bürger sind nach Internetrecherche derzeit Mitglieder dieser Solidargemeinschaft.

Bewertung

Solidargemeinschaften waren bisher nicht als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall im Sinne der Bestimmungen des SGB V anerkannt. Mit dem Vorhaben sollen diese legalisiert und als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall zugelassen werden.

Die Regelungen gelten zwar nur für Solidargemeinschaften, die am 1. April 2007 bereits bestanden haben und diese Solidargemeinschaften seitdem ununterbrochen fortgeführt wurden.

Das bedeutet aber, dass eine aktuelle freiwillige Mitgliedschaft in der GKV zugunsten einer Mitgliedschaft in einer solchen Solidargemeinschaft abgewählt werden kann. Denn für die Anerkennung der anderweitigen Absicherung im Krankheitsfall bei der Solidargemeinschaft kommt es nur darauf an, dass die Solidargemeinschaft selbst seit dem 01.04.2007 ununterbrochen bestand. Es wird nicht die ununterbrochene Mitgliedschaft des Versicherten seit diesem Zeitpunkt gefordert.

Es entsteht ein weiterer Weg zur Absicherung des Krankheitsrisikos. Somit können in Zukunft freiwillig Versicherte einschließlich der Personen, für die eine obligatorische Anschlussversicherung infrage käme, Mitglied einer solchen anerkannten Solidargemeinschaft werden, ebenso Versicherte, die dem Personenkreis nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGBV zuzurechnen sind.

Die Schaffung eines weiteren Weges zur Absicherung des Krankheitsfalls außerhalb von GKV und PKV ist fragwürdig.

Änderungsvorschlag

Unter grundsätzlichen Gesichtspunkten ist dieser Vorschlag abzulehnen, auch wenn seine Bedeutung im Moment faktisch sehr gering erscheint.

Zu Artikel 1 Nr. 44

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

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung wird ein elektronisches Abrufverfahren zwischen den Krankenkassen und den Finanzbehörden eingeführt. Damit sollen die Krankenkassen in die Lage versetzt werden, die für die Beitragsbemessung maßgebenden beitragspflichtigen Einnahmen bei den Finanzbehörden auf elektronischem Wege zu erheben. Dieses Abrufverfahren gilt für die freiwillig Versicherten und die Pflichtversicherten nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V.

Bewertung

Die Regelung ist zu begrüßen. Sie entspricht einer Forderung der Ersatzkassen und soll mit dazu beitragen, die Digitalisierung der Verwaltungsabläufe auch im Beitragsbereich der Krankenkassen voranzutreiben.

Es handelt sich nicht um eine bloße elektronische Übermittlung des Einkommensteuerbescheides, vielmehr ist genau definiert, welche Einkommensarten übermittelt werden dürfen. Zudem hat der Versicherte die Möglichkeit, dem elektronischen Datenaustausch zu widersprechen. Dies entbindet ihn aber nicht davon, den analogen Steuerbescheid für die Beitragsbemessung vorzulegen.

Die Regelung soll zum 01.01.2023 in Kraft treten (vgl. Artikel 16 Abs. 2 des Gesetzentwurfs).

Im Übrigen muss sichergestellt werden, dass die Regelung auch für die Pflegeversicherung gilt.

Änderungsvorschlag

Dem § 48 SGB XI wird ein neuer Absatz 7 angefügt:

„(7) Für die Meldungen der Finanzbehörden an die Pflegekassen gilt § 206a des Fünften Buches entsprechend.“

Alternativ wäre folgende Änderung denkbar:

In § 46 Abs. 2 Satz SGB XI wird der Punkt am Satzende durch ein Komma ersetzt und folgender Teilsatz angefügt: „§ 206a des Fünften Buches gilt entsprechend.“

Beabsichtigte Neuregelung

Die leistungsrechtlichen Regelungen für das Krankengeld nach § 44 unterscheiden sich insbesondere zu Anspruchsvoraussetzung, Anspruchsdauer und Höhe des Krankengeldes maßgeblich von den leistungsrechtlichen Regelungen für das Krankengeld bei Erkrankung des Kindes nach § 45 (Kinderkrankengeld). Zur besseren Abbildung dieser Unterschiede wird daher ab dem Ausgleichsjahr 2023 bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zwischen dem Krankengeld nach § 44 und dem Kinderkrankengeld unterschieden. Mit dem neuen Absatz 2 Satz 1 wird ein vollständiger Ausgleich der tatsächlichen Leistungsausgaben der einzelnen Krankenkassen für das Kinderkrankengeld vorgesehen.

Im RSA-Zuweisungsverfahren werden bereits Versicherte, die die Definition „Auslandsversicherte“ erfüllen, nach dem bisherigen § 8 Absatz 5 Satz 1 RSAV gesonderten Risikogruppen zugeordnet. Mit dem neuen Absatz 3 Satz 1 wird dieses Risikomerkmals bereits in den Regelungen des SGB V zu den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ausdrücklich benannt.

Dabei ergeben sich die Risikozuschläge derzeit aus den durchschnittlichen Gesamtzuweisungen der inländischen Versicherten des entsprechenden Alters und Geschlechts. Das bisherige Verfahren wird auf der Grundlage der beiden Gutachten zu den Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Auslandsversicherte von Januar 2016 und von November 2019 durch die Vorgabe des neuen Absatz 3 Satz 2 abgelöst: Für Auslandsversicherte werden ab dem Ausgleichsjahr 2023 nach dem Wohnstaat differenzierte, landesspezifische Risikogruppen gebildet. Die Risikozuschläge für die landesspezifischen Risikogruppen werden auf Basis der durchschnittlichen Ausgaben für Auslandsversicherte im In- und Ausland berechnet.

Die beiden Gutachten zu den Zuweisungen für Auslandsversicherte haben festgestellt, dass es im derzeitigen Zuweisungsverfahren für Auslandsversicherte noch immer zu deutlichen Über- und Unterdeckungen kommt. Als Grund wurde benannt, dass sich die Niveaus der Leistungsausgaben zwischen den Ländern deutlich unterscheiden, ohne dass dies im Zuweisungsverfahren berücksichtigt wird. Bei Auslandsversicherten in Ländern mit einem im Vergleich niedrigen Ausgabenniveau kommt es daher zu deutlichen Überdeckungen, bei

Auslandsversicherten in Ländern mit höheren Ausgabenniveaus zu Unterdeckungen. Bei ungleicher Verteilung der Auslandsversicherten aus verschiedenen Ländern auf die Krankenkassen kommt es daher zu Wettbewerbsverzerrungen. Um die bestehenden Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen zu reduzieren und die Zielgenauigkeit der Zuweisungen für Auslandsversicherte im RSA zu verbessern, empfehlen die Gutachter das mit dem neuen Absatz 3 Satz 2 umgesetzte Modell.

Zur Umsetzung der Vorgabe des neuen Absatz 3 Satz 2 übermittelt die 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.

Mit dem neuen Absatz 5 wird die Datenmeldung nach dem bisherigen § 269 Absatz 3b Satz 2, die für den Zweck des Follegutachtens zu den Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld aus Dezember 2019 erfolgte, für den Zweck der Untersuchungen des Wissenschaftlichen Beirats nach § 266 Absatz 10 Satz 1 erneut geregelt. Der Wissenschaftliche Beirat erhält hierdurch die erforderliche Datengrundlage, um im Rahmen seiner ersten Untersuchung auf Grundlage des § 266 Absatz 10 Satz 1 Modelle zur Ermittlung der Zuweisungen für das Krankengeld nach § 44 überprüfen zu können. Die nicht benötigten Datenmeldungen nach dem bisherigen § 269 Absatz 3b Satz 2 Nummer 4 und 6 bis 8 werden dabei nicht übernommen.

Bewertung

Die vorgeschlagenen Neuregelungen zu den Zuweisungen für Auslandsversicherte und Krankengeld sind insgesamt sachgerecht. Es ist sehr zu begrüßen, dass das vorgeschlagene Modell der Gutachter für den Bereich Auslandsversicherte umgesetzt werden soll. Die nötigen Datengrundlagen können schnell geschaffen werden. Daher wäre auch eine Umsetzung bereits zum Ausgleichsjahr 2022 denkbar.

Ebenso ist es aufgrund der erheblichen methodischen Defizite des vorliegenden Gutachtens zu den Zuweisungen für Krankengeld folgerichtig die bisherige Sonderregelung für das Krankengeld nach § 44 beizubehalten und einen Ist-Kosten-Ausgleich für Krankengeld nach § 45 vorzusehen.

Die reduzierte Datengrundlage für eine neuerliche Untersuchung durch den Wissenschaftlichen Beirat ist sachgerecht und beschränkt sich auf die relevanten Daten.

Änderungsvorschlag

Die Neuregelungen in Absatz 2 und 3 sollten bereits ab dem Ausgleichsjahr 2022 in Kraft treten. Die notwendigen technischen Voraussetzungen sind hierfür gegeben bzw. herstellbar.

Das im Gesetzestext genannte Jahr „2023“ ist in diesen beiden Absätzen jeweils durch „2022“ zu ersetzen.

Zu Artikel 1 Nr. 55

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

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung werden die Krankenkassen, ihrer Verbände und der Medizinischen Dienste verpflichtet, sich bei den bei Regel- und Anlassprüfungen nach § 275b SGB V mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden und den Trägern der Eingliederungshilfe abzustimmen (§ 275b Abs. 4), wie dies bereits für die Prüfungen nach § 114 SGB XI gemäß § 117 SGB XI vorgegeben ist. Damit sollen Doppelprüfungen der verschiedenen Prüfinstitutionen vermeiden werden.

Dies betrifft Einrichtungen die außerklinische Intensivpflege nach § 37c Absatz 2 Nummer 1 und 2 in vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) und vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI) anbieten, sowie Einrichtungen der Eingliederungshilfe im Sinne des § 43a sowie Leistungserbringer, die Wohneinheiten für mindestens zwei Versicherte, die Leistungen nach § 37c erhalten, betreiben (Wohngruppen außerklinische Intensivpflege).

Mit der Regelung wird ein Vorschlag des Bundesrates zum Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz aufgegriffen.

Bewertung

Die Regelung wird begrüßt.

In der außerklinischen Intensivpflege werden schwerstpflegebedürftige Menschen im Kinder- und Erwachsenenalter mit lebensbedrohlicher Erkrankung versorgt. Die Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen wurden bereits für die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen (SGB XI) und der häuslichen Krankenpflege (SGB V) harmonisiert und seit mehreren Jahren erfolgreich umgesetzt. Zukünftig wird darunter auch die außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V gefasst werden. Damit wird die Qualität in den Einrichtungen verbessert und eine hohe Versorgungsqualität sichergestellt.

Mit der neuen Regelung wird nun die Zusammenarbeit der Krankenkassen, der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen sowie des MD mit den heimrechtlichen Aufsichtsbehörden und den Trägern der Eingliederungs-

hilfe bei den Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege und der außerklinischen Intensivpflege generell vorgegeben und inhaltlich näher konkretisiert. Dies ist zu begrüßen, da sie inhaltlich der bewährten Regelung des § 117 Absatz 1 Satz 1 SGB XI entspricht, mit dem die Zusammenarbeit der Pflegekassen und des MD mit den Trägern der Heimaufsicht für die Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 und 114a SGB XI entspricht.

Es ist jedoch nicht nachvollziehbar, warum in jedem Fall die Krankenkassen, Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie der Medizinische Dienst verpflichtet sein sollen, den heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde und den Trägern der Eingliederungshilfe Vergütungen übermitteln zu müssen.

Diese Übermittlungsverpflichtung sollte auf Verträge beschränkt werden, in denen die Sozialhilfeträger selbst Vertragspartner sind. In allen anderen Fällen werden diese Daten von den heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde und den Trägern der Eingliederungshilfe nicht benötigt. Im SGB XI ist der Träger der Eingliederungshilfe Vertragspartner, daher erhält er dort auch die Vergütungen übermittelt.

Änderungsvorschlag

Nach den Worten „und Vergütungen der Pflegeeinrichtungen“ ist Folgendes einzufügen: „sofern die Sozialhilfeträger selbst Vertragspartner sind“.

Beabsichtigte Neuregelung

Den Krankenkassen werden außer dem Ergebnis noch die wesentlichen Gründe für das Ergebnis des Gutachtens mitgeteilt. Das Ergebnis des MD-Gutachtens soll nur noch dann dem Leistungserbringer mitgeteilt werden, wenn es von dessen Verordnung abweicht. Der MD ist verpflichtet dem Leistungserbringer die wesentlichen Gründe für das Ergebnis mitzuteilen, wenn hierzu die Einwilligung des Versicherten vorliegt. Die Ergebnisse von Gutachten über Behandlungsfehler dürfen dem Leistungserbringer nur noch mit Einwilligung des betroffenen Versicherten mitgeteilt werden.

Bewertung

Die Krankenkassen erhalten wie bisher das Ergebnis und statt der erforderlichen nunmehr die wesentlichen Gründe für das Ergebnis mitgeteilt. Die Leistungserbringer erhalten das Ergebnis nur noch, wenn dieses von ihren Verordnungen abweicht. Nur in diesen Fällen dürfte das Gutachtenergebnis für den Leistungserbringer auch relevant sein. Daher ist diese Regelung sinnvoll und zu begrüßen. Die wesentlichen Gründe erhält der Leistungserbringer nur noch, wenn der Versicherte einwilligt. Aktuell hat der Versicherte nur ein Widerspruchsrecht. Im Sinne der Versicherten ist die Neuregelung zu daher begrüßen. Die Weitergabe des Gutachtenergebnisses an den Leistungserbringer bezogen auf Behandlungsfehler (§ 275 Abs. 3 Satz 1 Nummer 4 SGB V) nur mit Einwilligung des Versicherten entspricht den Interessen der Versicherten in diesen speziellen Fällen (ggf. zivilrechtliche Ansprüche) und ist ganz besonders zu begrüßen. Lediglich die vollständige Weitergabe dieser Behandlungsfahlergutachten direkt an die Krankenkasse fehlt in dem Vorschlag. Die Krankenkassen sind verpflichtet, die Versicherten in Fällen vermuteter Behandlungsfehler zu unterstützen. Hierzu werden die MD-Gutachten gemäß § 275 Abs. 3 Satz 1 Nummer 4 SGB V erstellt. Die Versicherten sind mit den direkt vom MD an sie zugeschickten Behandlungsfahlergutachten häufig überfordert, rufen direkt ihre Krankenkasse an, die das Gutachten nicht kennt und oftmals auch noch Nachfragen an den MD stellen muss. Für eine zielgerichtete und gute Unterstützung des Versicherten wäre es daher sinnvoll, wenn die Krankenkasse diese speziellen Gutachten mit Einwilligung der Versicherten direkt erhalten würden, um die Beratung vorzubereiten und nach der Beratung das Gutachten an den Versicherten weiterzugeben.

Änderungsvorschlag

(Anfügung des folgenden Satzes = Satz 5) Der MD übermittelt die nach § 275 Abs. 3 S. 1 Nr. 4 SGB V oder zur Prüfung übergegangener Ersatzansprüche nach § 116 SGB X erstellten Gutachten mit Einwilligung des Versicherten vollständig direkt an die Krankenkassen. In den Fällen nach § 275 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V stellen die Krankenkassen den Versicherten nach der Beratung gemäß § 66 SGB V das vollständige Gutachten zur Verfügung.

Zu Artikel 1 Nr. 60 b)
§ 301 SGB V (Krankenhäuser)

Beabsichtigte Neuregelung

b) Es werden Daten aus dem elektronischen Datenaustausch zwischen Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen mit den gesetzlichen Krankenkassen zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen bestimmt. Werden Rehabilitationsleistungen für Erwerbstätige mit Krankengeldanspruch zu Lasten der Renten- oder Unfallversicherung erbracht, werden die durchführenden Rehabilitationseinrichtungen befugt, Daten im Zusammenhang mit der Bestimmung der Dauer des Krankengeldanspruchs, des Entgeltfortzahlungsanspruch sowie zur Zuständigkeitsabgrenzung bei stufenweiser Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (nach den §§44, 71 Abs. 5 SGB IX) zu übermitteln.

Bewertung

b) Die Gesetzesänderung entspricht grundsätzlich einer Forderung des vdek und wird daher auch begrüßt. Allerdings sollten die Einrichtungen nicht nur die Befugnis erhalten, sondern zur Übermittlung der in Rede stehenden Daten verpflichtet werden.

Zudem wird den Krankenkassen der Zugriff auf bereits elektronisch vorliegende Daten für die Verwendung in dem beschriebenen Anwendungsbereich ermöglicht. Dies unterstützt die Durchführung gesetzlicher Aufgaben der Krankenkassen und ist zu begrüßen. Die in Satz 1 Nummer 3 aufgeführten Entlassungs- und Verlegungsdiagnosen gibt es im Rahmen einer Krankenhausbehandlung nicht sondern nur die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen.

Zudem sind einige redaktionelle Anpassungen bei der Aufzählung der Angaben notwendig.

Änderungsvorschlag

b) Absatz 4a ist wie folgt zu fassen:

Einrichtungen nach § 15 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und nach § 33 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch sind **-verpflichtet**, der zuständigen Krankenkasse bei Erwerbstätigen mit einem Anspruch auf Krankengeld nach § 44 für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen im Zusammen-

hang mit der Bestimmung der Dauer des Krankengeldanspruchs und der Mitteilung an den Arbeitgeber über die auf den Entgeltfortzahlungsanspruch des Versicherten anrechenbaren Zeiten sowie zur Zuständigkeitsabgrenzung bei stufenweiser Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nach den §§ 44, 71 Absatz 5 des Neunten Buches folgende Angaben im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln:

1. die Angaben nach § 291a Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 bis 6,
2. das Institutionskennzeichen der Einrichtung,
3. den Tag der Aufnahme, **die Tage der Unterbrechung**, den Tag und den Grund der Entlassung oder der externen Verlegung **sowie für Rehabilitations-einrichtungen die Entlassungs- oder Verlegungsdiagnose**,
4. Aussagen zur Arbeitsfähigkeit,
5. die zur Zuständigkeitsabgrenzung bei stufenweiser Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nach den §§ 44, 71 Absatz 5 des Neunten Buches erforderlichen Angaben.

Für die Angabe der Diagnosen nach Satz 1 Nummer 3 gilt Absatz **2 Satz 1** entsprechend. Das Nähere über Form und Inhalt der erforderlichen Vordrucke, die Zeitabstände für die Übermittlung der Angaben nach Satz 1 und das Verfahren der Übermittlung im Wege **elektronischer Datenübertragung** vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Rehabilitationseinrichtungen nach diesem Buch maßgeblichen Bundesverbänden gemeinsam.

Zu Artikel 6 Nr. 4

§ 9 Absatz 1 a KHEntgG (Vereinbarungen auf Bundesebene)

Beabsichtigte Neuregelung

a) Beim Zuschlag für klinische Sektionen werden die Festlegung einer erforderlichen Sektionsrate sowie die Vorgabe von indikationsbasierten Auswahlkriterien für die zu obduzierenden Todesfälle aufgehoben. Dafür sind auf Bundesebene Mindestanforderungen zur Qualitätssicherung festzulegen.

b) Es handelt es sich um eine Folgeänderung zur 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.

Bewertung

a) Die Intention des BMG, die Zahl klinischer Sektionen zu steigern, kann nachvollzogen werden. Die bisherige Zuschlags-Regelung hat nicht dazu geführt, dass mehr klinische Sektionen durchgeführt werden. Ob der Verzicht auf indikationsbasierte Auswahlkriterien und eine Untergrenze für Sektionen geeignet ist, ist zu mindestens fraglich. Auch andere Förderprogramme haben gezeigt, dass das reine Ausschütten von Zuschlägen nicht unbedingt dazu führt, dass Krankenhäuser sich wie gewünscht verhalten (z. B. Pflegestellen-Förderprogramm oder Hygiene-Förderprogramm).

b) Siehe Artikel 1 Nr. 35 Buchstabe a cc.

Änderungsvorschlag

a) Streichung der Regelung.

b) Keiner.

Zu Artikel 6 Nr. 7

§ 15 Absatz 3 KHEntgG (Laufzeit)

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass bei unterjähriger Vereinbarung der Ausgleich für Mehr-/Mindererlöse infolge der Weitererhebung bisheriger Entgelte auch für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) gilt.

Bewertung

Die Formulierung ist abzulehnen. Die Klarstellung zur Abrechnung von NUB-Entgelten bei unterjähriger Vereinbarung erfolgt aufgrund des BVerwG-Urteils vom 05.12.2019. Der vdek hatte jedoch einen anderslautenden Gesetzesvorschlag eingebracht. Demnach sollten bei erstmalig vereinbarten NUB-Entgelten im Falle einer unterjährigen Vereinbarung die vor der Genehmigung erbrachten Leistungen rückwirkend abgerechnet werden. Damit würden die Rechnungen dieser Fälle bei der Krankenkasse der jeweiligen Versicherten eingehen. Bei der vorgesehenen Änderung werden diese Fälle jedoch im Rahmen eines Ausgleichs auf alle Krankenkassen verteilt. Dies widerspricht der Kostenzuordnung nach dem Verursacherprinzip. Besonders kritisch ist dies bei hochpreisigen neuartigen Arzneimitteln (ATMP) zu sehen. Auch aus Sicht der Krankenhäuser ist die vorgesehene Regelung ungünstig, da die Fälle nicht zeitnah abgerechnet werden können.

Änderungsvorschlag

§ 15 Absatz 3 wird der folgende neue Satz 3 angefügt:

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

Zu Artikel 11 Nr. 4

§ 8 RSAV (Auswahl und Anpassung des Versichertenklassifikationsmodells)

Beabsichtigte Neuregelung

Folgeänderung aus der Anpassung der Zuweisungen für Auslandsversicherte in § 269.

Bewertung

Die Änderungen sind sachgerecht. Die konsequente Umsetzung des Modells der Gutachter ist zu begrüßen.

Grundsätzlich wäre eine Einführung der Neuregelung für die Zuweisungen für Auslandsversicherte (siehe Absatz 6) auch bereits ab dem Jahresausgleich für das Ausgleichsjahr 2022 umsetzbar. Die technischen Voraussetzungen hierfür sind gegeben bzw. wären herstellbar.

Änderungsvorschlag

Der neue § 8 Absatz 6 ist wie folgt zu fassen:

„(6) Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann ab dem Ausgleichsjahr 2022 im Versichertenklassifikationsmodell bei den Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 länderübergreifende Risikogruppen bilden. Als abgerechnete Rechnungsbeträge eines Jahres nach § 269 Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind die im jeweiligen Berichtsjahr beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland –, eingegangenen Rechnungsbeträge zu berücksichtigen.“

Zu Artikel 11 Nr. 10
§ 27 RSAV (Übergangsregelung)

Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherigen Sonderregelungen für die Zuweisungen für Auslandsversicherte und Krankengeld bei Erkrankung des Kindes gelten noch bis 2022 weiter.

Bewertung

Die Regelung ist an sich sachgerecht. Grundsätzlich wäre eine Einführung der Neuregelung für die Zuweisungen für Auslandsversicherte und Krankengeld nach §45 auch bereits ab dem Ausgleichsjahr 2022 umsetzbar. Die technischen Voraussetzungen hierfür sind gegeben bzw. wären herstellbar.

Änderungsvorschlag

Der neue §27 Absatz 3 ist wie folgt zu fassen:

„(3) Für die Ausgleichsjahre 2020 bis **2021** gelten nach Maßgabe des § 269 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch § 8 Absatz 5 Satz 1, 5 und 6 und § 18 Absatz 1 Satz 2 und 3 in der bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung und wird bei den Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 der Anspruch auf Krankengeld nach den §§ 44 und 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch berücksichtigt.“

Zu Artikel 14 Nr. 6
§ 15 Absatz 2 BPfIV (Laufzeit)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung wird das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 5. Dezember 2019

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

Bewertung

Die Ergänzung ist nicht erforderlich, da Entgelte nach § 6 Absatz 4 BPfIV auch bislang nicht von den Regelungen der Sätze 1 bis 3 ausgeschlossen sind.

Änderungsvorschlag

Streichen.

3. Weiterer ergänzender Änderungsbedarf

§ 275 SGB V (Begutachtung und Beratung)

Sachverhalt

§ 275 SGB V regelt die Begutachtung und Beratung durch den Medizinischen Dienst im Auftrag der Krankenkassen. 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 Medizinischen Dienstes 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 Abs. 1 SGB V sind die Krankenkassen verpflichtet, eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen, wenn dies bei Arbeitsunfähigkeit erforderlich ist, um den Behandlungserfolg zu sichern oder Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit zu beseitigen. Nach der Rechtsauffassung des vdek hat die Krankenkasse somit die Erforderlichkeit der Beauftragung des MDK zu prüfen und ist in diesem Zusammenhang berechtigt, die für diese Prüfung erforderlichen Daten zu erheben (§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 SGB V). Dem folgt auch die aktuelle Praxis der Krankenkassen auf Basis der als Richtlinie nach § 282 Abs. 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 MDK 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 MDK vorausgehende Prüfung der Krankenkasse, ob eine sozialmedizinische Beurteilung des MDK 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 MDK-Beauftragung abzusehen. Bei der Bewertung dieses Verfahrens unter dem Aspekt des Datenschutzes ist zu berücksichtigen, dass die Krankenkassen entsprechende Informationen regelmäßig auch nach der MDK-Begutachtung erhalten, da der MDK der Krankenkasse nach § 277 Abs. 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 MDK-Beauftragung durch die Krankenkassen führt in der Konsequenz dazu, dass nicht erforderliche Beauftragungen des MDK und damit verbundene Bindungen von administrativen sowie nicht sachgerecht eingesetzten Gutachterressourcen vermieden werden. Sofern nach Vorliegen der weitergehenden Informationen eine gutachtliche Stellungnahme des MDK erforderlich ist, hat die Prüfung der Krankenkasse im Vorfeld der Begutachtung zur Folge, dass auch der MDK 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 MDK 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 Abs. 2 Satz 2 SGB V, wonach die Leistungserbringer verpflichtet sind, versichertenbezogene Daten, die für eine gutachtliche Stellungnahme des MDK angefordert werden, unmittelbar an den MDK zu übermitteln. In dem aktuellen, durch die als Richtlinie nach § 282 Abs. 2 Satz 3 SGB V erlassene Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit geregelten Verfahren, fordern die Krankenkassen im Vorfeld einer abschließenden Beauftragung des MDK die

für eine sozialmedizinische Beurteilung erforderlichen medizinischen Unterlagen bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten für den MDK an und informieren den MDK per Datenmeldung über die Anforderung der Unterlagen. Die Unterlagen werden von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten direkt an den MDK übermittelt. Gehen die Unterlagen beim MDK ein, erhalten die Krankenkassen hierüber eine entsprechende Information im sogenannten Mitteilungsmanagement und beauftragen den MDK abschließend mit der gutachtlichen Stellungnahme.

Nach Rechtsauffassung des vdek liegt in diesen Fällen bereits mit der parallel zur Anforderung der Unterlagen bei den Leistungserbringern an den MDK gerichteten Datenmeldung eine Vorbeauftragung des MDK vor, die nach Zugang der angeforderten Unterlagen beim MDK lediglich konkretisiert wird. Mit der Datenmeldung über die bevorstehende Beauftragung habe der MDK bereits die Befugnis zur Datenerhebung nach § 276 Abs. 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 MDK nach Vorlage der angeforderten Unterlagen eine Beauftragung des MDK im gesetzlichen Sinne vorliegt. Für Unterlagen, die dem MDK vor dieser Beauftragung zugehen, könne der MDK sich nicht auf die Datenerhebungsbefugnis nach § 276 Abs. 2 Satz 1 SGB V berufen.

Vor diesem Hintergrund sollte gesetzlich klargestellt werden, dass der MDK 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 Datentilgung ergänzt werden, sofern innerhalb von 3 Monaten keine Beauftragung durch die Krankenkasse erfolgt oder mitgeteilt wird, dass keine Beauftragung erfolgen wird (z.B. weil zwischenzeitlich Arbeitsfähigkeit vorliegt).

Vorschlag

§ 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 dies aus den zu diesem Zweck bei Versicherten oder den

Leistungserbringern erhobenen versichertenbezogenen Daten oder Angaben zum Befund eindeutig ergibt.“

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 Worten „die Beteiligung des Medizinischen Dienstes,“ die Worte „bei Arbeitsunfähigkeit auch zur Vorklärung von Zweifeln vor Einholung einer gutachtlichen Stellungnahme nach § 275 Absatz 1,“ ergänzt.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Askanischer Platz 1
10963 Berlin
Tel.: 030/2 69 31 - 0
Fax: 030/2 69 31 - 2900
Politik@vdek.com