

**Stellungnahme des  
AOK-Bundesverbandes zur Anhörung  
des Gesundheitsausschusses  
am 12. April 2021**

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

**Bundestags-Drucksache 19/26822**

Stand 31.03.2021

AOK-Bundesverband  
Rosenthaler Straße 31  
10178 Berlin

Tel. 030/ 3 46 46 - 2299



## Inhaltsverzeichnis:

<b>I. Zusammenfassung .....</b>	<b>- 8 -</b>
<b>II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Gesetzentwurfs .....</b>	<b>- 12 -</b>
<b>Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....</b>	<b>- 12 -</b>
Art. 1 Nr. 2 § 13 „Kostenerstattung“ .....	- 12 -
Art. 1 Nr. 3 § 17 „Leistungen bei Beschäftigung im Ausland“ .....	- 13 -
Art. 1 Nr. 4 § 22a „Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen“ .....	- 14 -
Art. 1 Nr. 5 § 23 „Medizinische Vorsorgeleistung“ .....	- 15 -
Art. 1 Nr. 6, § 24c „Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft“ .....	- 16 -
Art. 1 Nr. 7 § 24h „Haushaltshilfe“ .....	- 17 -
Art. 1 Nr. 8 § 27b „Zweitmeinung“ .....	- 18 -
Art. 1 Nr. 9 § 31 Absatz 1a „Verbandmittel“ .....	- 19 -
Art. 1 Nr. 9 § 31 Absatz 5 „Bilanzierte Diäten“ .....	- 20 -
Art. 1 Nr.10 § 33 „Hilfsmittel“ .....	- 21 -
Art. 1 Nr. 11 § 35a Absatz 7 „Nutzenbewertung Arzneimittel“ .....	- 22 -
Art. 1 Nr. 12 § 39a Absatz 2 Satz 9 „Stationäre und ambulante Hospizleistungen“ .....	- 23 -
Art. 1 Nr. 13 § 39d V „Stationäre und ambulante Hospizleistungen“ .....	- 24 -
Art. 1 Nr. 14 § 55 „Leistungsanspruch“ .....	- 27 -
Art. 1 Nr. 15 § 56 Absatz 4 „Festsetzung der Regelversorgungen“ .....	- 28 -
Art. 1 Nr. 16 § 57 Absatz 1 „Beziehungen zu Zahnärzten und Zahntechnikern“ .....	- 29 -
Art. 1 Nr. 17 § 62 „Belastungsgrenze“ .....	- 30 -
Art. 1 Nr. 18 § 63 Absatz 3 Satz 4 „Grundsätze Modellvorhaben“ .....	- 31 -
Art. 1 Nr. 19 § 65d „Förderung besonderer Therapieeinrichtungen“ .....	- 32 -
Art. 1 Nr. 20 § 65e „Ambulante Krebsberatungsstellen“ .....	- 34 -
Art. 1 Nr. 21 § 65f „redaktionelle Klarstellung“ .....	- 36 -
Art. 1 Nr. 22 § 75 „Inhalt und Umfang der Sicherstellung“ .....	- 37 -
Art. 1 Nr. 23 § 81 „Entschädigungsregelung“ .....	- 38 -
Art. 1 Nr. 24 § 85 „Gesamtvergütung“ .....	- 39 -
Art. 1 Nr. 25 § 87 „Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte“ .....	- 40 -
Art. 1 Nr. 26 § 87a Absatz 3 „Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten“ .....	- 42 -
Art. 1 Nr. 27 § 91 Absatz 2 „Antragsrecht des Vorsitzenden“ .....	- 48 -

Art. 1 Nr. 28 § 95e „Berufshaftpflicht“ .....	- 49 -
Art. 1 Nr. 29 § 98 „Zulassungsverordnungen“ .....	- 54 -
Art. 1 Nr. 30 § 106b „Grippeimpfstoff 2021/2022“ .....	- 55 -
Art. 1 Nr. 31 § 110a SGB V „Qualitätsverträge“ .....	- 56 -
Art. 1 Nr. 32 § 118 „Psychiatrische Institutsambulanzen“ .....	- 59 -
Art. 1 Nr. 33 § 120 „Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen“ .....	- 60 -
Art. 1 Nr. 35 § 130a „redaktionelle Klarstellung“ .....	- 62 -
Art. 1 Nr. 36 § 130b „Erstattungsbeträge“ .....	- 63 -
Art. 1 Nr. 37 § 131 „Rahmenvertrag zur Datenübermittlung“ .....	- 64 -
Art. 1 Nr. 38 § 132a Absatz 4 Satz 6 „Häusliche Krankenpflege“ .....	- 65 -
Art. 1 Nr.39 § 132e SGB V „Grippeschutzimpfung 2021/2022“ .....	- 66 -
Art. 1 Nr. 40 § 136a „Richtlinien des Gemeinsamen Bundesaus- schusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen“ .....	- 67 -
Art. 1 Nr. 41 § 136b „Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus“ .....	- 68 -
Art. 1 Nr. 42 § 137 Abs. 2 „Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses“ .....	- 74 -
Art. 1 Nr. 43 § 137a „Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen“ .....	- 75 -
Art. 1 Nr. 44 § 137b „Aufträge des Gemeinsamen Bundesausschusses an das Institut nach § 137a“ .....	- 76 -
Art. 1 Nr. 45 § 137 d „Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation“ .....	- 77 -
Art.1 Nr. 46 § 137e Absatz 4 „Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ .....	- 78 -
Art. 1 Nr. 48 § 137i Abs. 1 Satz 6 „Pflegepersonaluntergrenzen“ .....	- 81 -
Art. 1 Nr. 49 § 137j „Pflegepersonalquotienten“ .....	- 82 -
Art. 1 Nr. 51 § 199a „Informationspflichten bei krankenversicherten Studenten“ .....	- 86 -
Artikel 1 Nr. 52 § 219a Abs. 1 „Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland“ .....	- 87 -
Art. 1 Nr. 53 § 226 Absatz 2 „Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtig Beschäftigter“ .....	- 90 -
Art. 1 Nr. 54 § 231 Absatz 1 „Erstattung von Beiträgen“ .....	- 91 -
Art. 1 Nr. 55 § 240 Absatz 5 „Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder“ ...	- 92 -
Art. 1 Nr. 56 § 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte .....	- 93 -
Art. 1 Nr. 57 § 266 „Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich), Verordnungsermächtigung“ .....	- 94 -

Art. 1 Nr. 58 § 267 SGB „Datenverarbeitung für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs“ ..... - 95 -

Art. 1 Nr. 59 § 269 „Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte“ ... - 96 -

Art. 1 Nr. 60 § 270a „Einkommensausgleich“ ..... - 99 -

Art. 1 Nr. 61 § 271 „Gesundheitsfonds“ ..... - 100 -

Art. 1 Nr. 62 § 273 „Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich“ ..... - 102 -

Art. 1 Nr. 63, § 275 Abs. 6 SGB V - Formerfordernis Gutachten ..... - 103 -

Art. 1 Nr. 63, § 275 Abs. 6 SGB V „Formerfordernis Gutachten“ ..... - 103 -

Art. 1 Nr. 64 § 275b Absatz 4 und 5 „Abstimmung der Prüfungen mit Heimaufsicht“ - 104 -

Art. 1 Nr. 65 § 276 Absatz 2 Satz 2 „Transparenz für Leistungserbringer bei Anforderung von Daten für Begutachtungen des MD“ ..... - 105 -

Art. 1 Nr. 66 § 277 „Mitteilungspflichten“ ..... - 106 -

Art. 1 Nr. 67 § 279 Absatz 5 Satz 7 „Aufhebung des Verbotes der Drittfinanzierung für Vertreter der Berufsgruppen im Verwaltungsrat der Medizinischen Dienste“ ..... - 108 -

Art. 1 Nr. 68 § 295 „Übermittlungspflichten und Abrechnung bei ärztlichen Leistungen“ ..... - 109 -

Art. 1 Nr. 70 § 301 „Übermittlungsbefugnis der Reha-Einrichtungen“ ..... - 110 -

Art. 1 Nr. 71 § 302 „redaktionelle Anpassung“ ..... - 111 -

Art. 1 Nr. 72 § 403 „Übergangsregelung zur enteralen Ernährung“ ..... - 112 -

**Artikel 2 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch..... - 113 -**

Art. 2 Nr. 1 § 25 Familienversicherung ..... - 113 -

Art. 2, Nr. 2 § 57 Abs. 1 Satz 1 „Beitragspflichtige Einnahmen“ ..... - 114 -

Art. 2, Nr. 3 § 61 Abs. 1 „Beitragszuschüsse für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und Privatversicherte“ ..... - 115 -

**Artikel 3 Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte ..... - 116 -**

Art. 3 § 39 Abs. 2 „Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989) Beitragsberechnung für versicherungspflichtige landwirtschaftliche Unternehmer“ ..... - 116 -

**Artikel 4 Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes ..... - 117 -**

Art. 4 Nr. 1 und 2 § 192 Abs. 7 „Vertragstypische Leistungen des Versicherers“ ..... - 117 -

**Artikel 5 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes..... - 118 -**

Art. 5 Nr. 1 § 8 Voraussetzung der Förderung ..... - 118 -

Art 5 Nr. 2 § 17b „Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung“ ..... - 119 -

Art. 5 Nr. 3 § 17d Abs. 9 „Einführung PEPP-System“ ..... - 120 -

<b>Artikel 6 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes .....</b>	<b>- 122 -</b>
Art. 6 Nr. 1 § 4 Abs. 8a „Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf“ .....	- 122 -
Art. 6 Nr. 2a und 4b § 5 „Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen und § 9 Abs. 1a Vereinbarung auf Bundesebene“ .....	- 123 -
Art. 6, Nr. 4 § 18 Abs. 4 „Pflegesatzverfahren“ .....	- 124 -
Art. 6 Nr. 1 § 4 Abs. 8a „Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf“ .....	- 125 -
Art. 6 Nr. 1 § 4 Abs. 9 „Hygieneförderprogramm“ .....	- 126 -
Art. 6, Nr. 2b sowie 4a, § 5 Abs. 3b „Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen“ sowie § 9 Abs. 1a „Vereinbarung auf Bundesebene“ .....	- 127 -
Art. 6, Nr. 3 und 5 bb § 8 „Berechnung der Entgelte“ und § 10 „Vereinbarung auf Landesebene“ .....	- 129 -
Art. 6 Nr. 6 § 11 Abs. 1 und Abs. 3 „Vereinbarungen auf Einzelhausebene“ .....	- 130 -
Art. 6 Nr. 7 § 15 Abs. 3 „Laufzeit“ .....	- 131 -
<b>Artikel 10 Änderung des Gesetzes zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende .....</b>	<b>- 132 -</b>
Art. 10 Nr. 1 bis 5 „Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende“ .....	- 132 -
<b>Artikel 11 Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung .....</b>	<b>- 133 -</b>
Art. 11 Nr. 1 § 2 Risikogruppen .....	- 133 -
Art. 11 Nr. 2 § 7 Verarbeitung von Daten für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs .....	- 134 -
Art. 11 Nr. 3 § 8 Auswahl und Anpassung des Versichertenklassifikationsmodells ...	- 135 -
Art. 11 Nr. 4 § 9 Datenmeldungen für den monatlichen Ausgleich .....	- 136 -
Art. 11 Nr. 5 § 10 Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates zu Zuweisungen für das Krankengeld .....	- 137 -
Art. 11 Nr. 6 § 11 Zuweisungen für das Krankengeld .....	- 138 -
Art. 11 Nr. 7 § 18 Jahresausgleich .....	- 139 -
Art. 11 Nr. 8 § 19 Ausschluss auffälliger Risikogruppen .....	- 141 -
Art. 11 Nr. 9 § 20 Prüfung der Datenmeldungen .....	- 142 -
Art. 11 Nr. 10 § 27 Übergangsregelung .....	- 143 -
<b>Artikel 12 Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte .....</b>	<b>- 144 -</b>
Art. 12 Nr. 1 § 18 „Voraussetzungen für die Zulassung“ .....	- 144 -
Art. 12 Nr. 2 § 26 „Ruhens, Entziehung und Ende der Zulassung“ .....	- 145 -
Art. 12 Nr. 3 § 27 „Ruhens, Entziehung und Ende der Zulassung“ .....	- 146 -
Art. 12 Nr. 4 § 31 „Ermächtigung“ .....	- 147 -
Art. 12 Nr. 5 § 46 „Gebühren“ .....	- 148 -

<b>Artikel 13 Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte</b> .....	<b>- 149 -</b>
Art. 13 Nr. 1 § 18 „Voraussetzungen für die Zulassung“ .....	- 149 -
Art. 13 Nr. 2 § 26 „Ruhe, Entziehung und Ende der Zulassung“ .....	- 150 -
Art. 13 Nr. 3 § 27 „Ruhe, Entziehung und Ende der Zulassung“ .....	- 151 -
Art. 13 Nr. 4 § 31 „Ermächtigung“ .....	- 152 -
Art. 13 Nr. 5 § 46 „Gebühren“ .....	- 153 -
<b>Artikel 14 Änderungen der Bundespflegesatzverordnung</b> .....	<b>- 154 -</b>
Art. 14, Nr. 1, 3 und 5, §§ 3, 8 und 11 „elektronischen Vereinbarung zur Verwaltungsvereinfachung“ .....	- 154 -
Art. 14 Nr. 2 § 5 „Vereinbarungen von Zu- und Abschlägen“ .....	- 155 -
Art. 14 Nr. 4 § 9 „Vereinbarung auf Bundesebene“ .....	- 156 -
Art. 14 Nr. 6, § 15 Abs. 2 „Laufzeit“ .....	- 157 -
<b>III. Weiterer Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes</b> .....	<b>- 158 -</b>
<b>Zulassungsverordnungen für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte</b> .....	<b>- 158 -</b>
Änderungen der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte .....	- 158 -
Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte .....	- 161 -
<b>Änderung der Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung – WiPrüfVO</b> .....	<b>- 164 -</b>
<b>Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</b> .....	<b>- 165 -</b>
§ 37 SGB V „Häusliche Krankenpflege“ .....	- 165 -
§ 63 SGB V „Verordnungskompetenz im Rahmen HKP“ .....	- 166 -
§ 64d SGB V „Modellvorhaben neuen Typs“ .....	- 167 -
§ 73 SGB V „Verordnungskompetenz im Rahmen HKP“ .....	- 168 -
§ 120 Abs. 2 und 3 SGB V „Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen“ .....	- 169 -
§ 132a Abs.1 SGB V „Verordnungskompetenz im Rahmen HKP“ .....	- 170 -
§ 132a Abs. 4 und 132j Abs. 5 SGB V i.V.m. § 72 SGB XI: „Nachweis der Leistungserbringer über Geschäftsräume im Zuständigkeitsbereich der vertragsschließenden Kranken- bzw. Pflegekasse“ .....	- 171 -
§ 132i SGB V „Versorgungsverträge mit Hämophiliezentren“ .....	- 173 -
§137d SGB V „Qualitätssicherungsverfahren“ .....	- 174 -
§ 167 SGB V „Verteilung der Haftungssumme auf die Krankenkassen“ .....	- 175 -
§ 197a Abs. 3b SGB V „Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ .....	- 177 -
§ 275 Abs. 4b SGB V „Pflegeeinrichtungen von der Kostenerstattungspflicht für überlassenes MD-Personal ausnehmen; Verlängerung von Fristen für die Kranken- und Pflegekassen, wenn diese aufgrund Einsatz von MD-Personal überschritten werden“ .....	- 180 -
§ 283 SGB V „Verordnungskompetenz im Rahmen HKP“ .....	- 182 -

§ 291b Abs. 5 Satz 4 SGB V „Verfahren zur Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis“ ..... - 183 -

§ 301 SGB V „Übermittlung des Antrags auf Anschlussrehabilitation (einschließlich des ärztlichen Befundberichtes) im Wege des elektronischen Datenaustauschs“ ..... - 185 -

§ 301 Abs. 4 Nr. 3 SGB V „Übermittlung der Therapieeinheiten“ ..... - 186 -

Verpflichtende Meldung von beatmeten Patienten nach 10 Tagen durch die Krankenhäuser an ein unabhängiges Expertengremium, Etablierung eines Beatmungsregisters..... - 188 -

**Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch ..... - 192 -**

§ 7 SGB XI „Aufklärung & Auskunft“ ..... - 192 -

§ 36 SGB XI „Pflegesachleistung“ ..... - 193 -

§ 72a SGB XI „Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag - Transparenz zu neuen Wohnformen“ ..... - 194 -

§ 75 SGB XI „Rahmenverträge“ ..... - 195 -

§ 89 SGB XI „Grundsätze der Vergütungsregelung“ ..... - 196 -

§ 105 SGB XI „Abrechnung pflegerischer Leistungen und § 302 SGB V Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer“ ..... - 197 -

§ 120 SGB XI „Pflegevertrag bei häuslicher Pflege“ ..... - 198 -

**Änderung des Gesetzes über den Verkehr mit Arzneimitteln..... - 199 -**

§ 84 AMG „Haftung für Arzneimittelschäden, Gefährdungshaftung“ ..... - 199 -

**Änderung des Einkommenssteuergesetzes ..... - 201 -**

§ 10 Abs. 1 Nr. 3 Satz 1 Buchst. a Satz 2 EStG ..... - 201 -

## I. Zusammenfassung

Mit dem Gesetzentwurf für ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) soll die Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zukunftsfähig ausgebaut und die Patientenversorgung zielgerichtet weiterentwickelt werden. Hierzu werden vielfältige Einzelregelungen vorgelegt, die das Ziel eint, die Leistungen, die Qualität sowie die Transparenz zu verbessern. Darüber hinaus sollen Netzwerke gestärkt und strukturelle Verwerfungen beseitigt werden.

Vorgaben, wie zum Beispiel zur Weiterführung der ursprünglich mit dem Krankenhausstrukturgesetz begonnenen Qualitätsagenda in den Krankenhäusern sind ebenso zu begrüßen wie die beabsichtigten Veränderungen für die Vorgaben zu den Mindestmengen, für deren Stärkung sich die AOK-Gemeinschaft sehr aktiv einsetzt, um die Patientensicherheit sowie die Behandlungsqualität zu erhöhen bzw. für diese einfacher nachvollziehbar zu gestalten. Die Vorgaben zu den Personalquotienten im Krankenhausbereich führen zum einen zu einer besseren Transparenz über die Arbeitsbelastung der Mitarbeitenden im Krankenhaus und können so mit dazu beitragen, sowohl die Berufszufriedenheit als auch den Verbleib in der Berufstätigkeit zu steigern. Sie dienen aber vor allem der Patientensicherheit und Qualitätssicherung, denn ausreichend viel Personal bei der Patientenversorgung ist hierfür ein wesentlicher Erfolgsfaktor. Die Regelungsvorgaben zur Lösung des Problems der Doppelfinanzierung vertragsärztlicher Leistungen gehen zwar in die richtige Richtung, lösen das Problem der Überzahlung und daher der Mehrbelastung der Beitragszahlenden nicht.

Kritisch bewertet die AOK-Gemeinschaft neben den Vorgaben zur Notfallversorgung auch die zu Qualitätsvorgaben, zur Erstattung der Kosten des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für Persönliche Schutzausrüstung, und die fehlende Umsetzung der Gutachten zum Krankengeld im m-RSA sowie den unzureichenden Ausgleich der Mehraufwendungen beim coronavirus-bedingten Kinderkrankengeld.

### **Fortsetzung der Qualitätsagenda im Krankenhaus ist richtig**

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



### **Mehr Transparenz für Patienten über Pflegepersonalausstattung wird begrüßt**

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

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

Die Streichung, der mit dem KHSG eingeführten Qualitätszu- und -abschläge, die sich als nicht rechtssicher erwiesen hat, ist eine konsequente Maßnahme, um die Qualitätsagenda weiter zu verbessern. Demgegenüber lehnt die AOK-Gemeinschaft die vorgesehene Ausgabenverpflichtung für die Qualitätsverträge als nicht zielführend ab. Die Basis für erfolgreiche, die Qualität der Patientenversorgung verbessernde Verträge ist der freiwillige Vertragsabschluss zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen. Dafür ist es u. a. auch erforderlich, den Vertragsabschluss zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen zu vereinfachen und bestehende Bürokratiehürden, wie z. B. Vorgaben zur Evaluation oder zur Einwilligung der Patienten, zu reduzieren.

### **Notfallversorgung weiterentwickeln statt Vergütungsfragen einseitig zu bestimmen**

Einzelregelungen zu Vergütungsfragen der Notfallversorgung vor der aufgeschobenen Notfallreform zu regeln, führen nicht zu einer effizienteren und qualitativ besseren Versorgung. Vor dem Hintergrund, dass der zurückgezogene Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung eine wesentlich umfänglichere Prozessverantwortung aller an der Notfallversorgung Beteiligten vorsah, erscheint die vorgesehene Regelung zur Klärung von Vergütungsfragen nicht versorgungsverbessernd und sollte daher erst im Kontext einer umfassenden Regelung der ambulanten Notfallversorgung gesetzlich umgesetzt werden.

### **Doppelfinanzierung vertragsärztlicher Leistungen beenden**

Die Notwendigkeit einer Korrektur und Verlängerung der Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) infolge der extrabudgetären Vergütungsregelungen nach dem Terminservicegesetz (TSVG) hat die AOK-Gemeinschaft in ihrer Stellungnahme zur Bundestagsanhörung im Rahmen des Gesetzes zur Gesundheitsversorgung und Pflege (GPVG) am 16.11.2020 betont. Daher ist zu begrüßen, dass das Problem der basiswirksamen MGV-Unterbereinigung und daraus resultierenden jährlichen Doppelfinanzierung vertragsärztlicher Leistungen einer Lösung zugeführt werden soll. Allerdings greifen die gesetzlichen Korrekturvorgaben bisher zu kurz, um die Doppelfinanzierung kurzfristig genug und im vollem Umfang zu beseitigen: bis zum Greifen der Korrektur im vierten Quartal 2021 werden bereits für die 13 Monate davor Doppelfinanzierungen in Höhe von zwei Milliarden Euro ausgeschüttet worden sein; nach dem für drei Quartalen vorgesehenen Korrekturzeitraum verbleiben ungerechtfertigte finanzielle Mehrbelastungen für die Mitglieder sowie Arbeitgeber von rund einer Milliarde Euro pro Jahr.

### **Keine Beitragsmittel zur weiteren Entlastung des Bundeshaushaltes**

In diesem Zusammenhang ist es nicht nachvollziehbar, dass der Liquiditätsreserve 190 Millionen Euro entnommen werden sollen, um dem BMG Ausgaben für die Beschaffung Persönlicher Schutzausrüstung (PSA) zur Verwendung in den ärztlichen und zahnärztlichen Praxen zu erstatten, ohne dass eine ordentliche Rechnungslegung gegenüber der GKV erfolgt. Die zentrale Beschaffung der PSA zu Beginn der Pandemie war eine gesamtgesellschaftliche Ausgabe zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung. Diese ist allen privat wie gesetzlich versicherten gleichermaßen zu Gute gekommen und ist daher ausschließlich aus Steuermitteln zu finanzieren. Zahlungen, die die privaten Krankenversicherungen in Form von Hygienezuschlägen für privatärztliche Behandlungen getätigt haben, sind als zusätzliche Honorare für Ärzte zu werten und stellen keine Erstattung für deren Anteil an den Auslagen des BMG für PSA dar. Ein Rückgriff in die Liquiditätsreserve der gesetzlichen Krankenversicherung ohne entsprechenden Bundeszuschuss lehnt die AOK-Gemeinschaft ab.

### **Die Gutachterempfehlungen zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich müssen umgesetzt werden**

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

Bereits mit dem Streichen des Risikomerkmals „Erwerbsminderung“ hat sich der Gesetzgeber eindeutig gegen die Empfehlungen der Gutachter gestellt und mit der Einführung der sogenannten Manipulationsbremse die Funktionsfähigkeit des RSA - insbesondere hinsichtlich der Reduzierung von Anreizen zur Risikoselektion - massiv beschädigt. In der kommenden Gesetzgebung nach der Bundestagswahl müssen die in dieser Legislaturperiode getroffenen Fehlentscheidungen bei der Weiterentwicklung des RSA, die sich besonders eklatant in der Einführung der Manipulationsbremse und der Benachteiligung von Erwerbsminderungsrentnern manifestieren, zeitnah korrigiert werden.

Die Entscheidung, die Bezugsdauer des Kinderkrankengeldes für Eltern coronavirus-bedingt zu verlängern, entlastet die betroffenen Eltern. Auch die Ausweitung des Anspruchs auf Fälle, in denen das Kind nicht erkrankt ist, jedoch aufgrund von Kita- oder Schulschließungen zu Hause betreut werden muss, trägt dieser besonderen Situation Rechnung. Zur Refinanzierung der resultierenden Mehrausgaben der GKV wird zwar ein zusätzlicher Bundeszuschuss i. H. v. 300

Millionen Euro an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gezahlt. Zur Absicherung der unmittelbaren Mehrausgaben der Krankenkassen ist die alleinige Zahlung an den Gesundheitsfonds allerdings nicht zielführend. Daher müssen diese Mittel zuweisungserhöhend an die Krankenkassen gehen und dürfen nicht in der Liquiditätsreserve verbleiben. Eine entsprechende Regelung ist erforderlich.

### **Mehrbelastung der GKV durch Änderungen bei der DVKA werden abgelehnt**

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

### **Zusätzlicher Regelungsbedarf aus Sicht der AOK-Gemeinschaft**

Die AOK-Gemeinschaft sieht im Zusammenhang mit den gesetzlichen Initiativen des GVWG einen weitergehenden Änderungsbedarf. Die Vorschläge zur Weiterentwicklung der Versorgung bzw. zur besseren Zusammenarbeit sind ab Seite 159 aufgeführt. Sie betreffen beispielsweise Fragen zur coronavirus-bedingten Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte sowie bei den Medizinischen Diensten. Neben weiteren Bereichen des SGB V, etwa zu den Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen, zur auszuweisenden Vermögenssituation der Krankenkassen und zur Häuslichen Krankenpflege werden zahlreiche Aspekte zur pflegerischen Versorgung im SGB XI aufgegriffen und zudem Änderungen zum AMG und zum ESTG.

## II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Gesetzentwurfs

### Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

#### Art. 1 Nr. 2 § 13 „Kostenerstattung“

##### A Beabsichtigte Neuregelung

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

##### B Stellungnahme

Die vorgesehene redaktionelle Änderung ist folgerichtig.

##### C Änderungsvorschlag

Keiner.

## **Art. 1 Nr. 3 § 17 „Leistungen bei Beschäftigung im Ausland“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Durch die Änderung des § 17 werden pflicht- und freiwillig versicherte Familienangehörige, die die Voraussetzungen für eine Familienversicherung dem Grunde nach erfüllen und ein im Ausland beschäftigtes Mitglied während der Elternzeit begleiten oder besuchen, familienversicherten Angehörigen gleichgestellt und erhalten die ihnen nach diesem Kapitel zustehenden Leistungen von dem Arbeitgeber des im Ausland tätigen Mitglieds. Für die Krankenkassen entsteht durch die Kostenerstattungsverfahren an die Arbeitgeber ein geringfügiger (Verwaltungs-) Mehraufwand, jedoch keine Leistungsausweitung.

### **B Stellungnahme**

Zustimmung.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Art. 1 Nr. 4 § 22a „Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

### **B Stellungnahme**

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Art. 1 Nr. 5 § 23 „Medizinische Vorsorgeleistung“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

### **B Stellungnahme**

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

### **C Änderungsvorschlag**

Streichung der Neuregelung.

## **Art. 1 Nr. 6, § 24c „Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

### **B Stellungnahme**

Zustimmung.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.



**Art. 1 Nr. 7 § 24h „Haushaltshilfe“****A Beabsichtigte Neuregelung**

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

**B Stellungnahme**

Bereinigung eines grammatikalischen Fehlers.

**C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## Art. 1 Nr. 8 § 27b „Zweitmeinung“

### A Beabsichtigte Neuregelung

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

### B Stellungnahme

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

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

### C Änderungsvorschlag

Die Ergänzung wird gestrichen.

## **Art. 1 Nr. 9 § 31 Absatz 1a „Verbandmittel“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Aus der Arzneimittel-Richtlinie: Abschnitt P und Anlage Va – Verbandmittel und sonstige Produkte zur Wundbehandlung ergibt sich für die Hersteller von Verbandmitteln aus dem Bestandsmarkt die Aufgabe, die medizinische Notwendigkeit ihrer Produkte nachzuweisen. Die dafür eingeräumte Übergangsfrist wird von zwölf auf vierundzwanzig Monate verlängert.

Zudem wird der Stichtag, der die Zugehörigkeit eines Produktes zum Bestandsmarkt festlegt, vom Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (11. April 2017) auf den Zeitpunkt des Wirksamwerdens der zugehörigen Arzneimittel-Richtlinie (02. Dezember 2020) angepasst.

### **B Stellungnahme**

Der Regelungsvorschlag ist sachgerecht, da die aufgrund der langen Umsetzungsphase seit Inkrafttreten des HHVG am 11. April 2017 Unklarheiten in der Versorgung für Produkte zur Wundversorgung, die nach dem genannten Stichtag auf den Markt gekommen sind, reduziert werden. Medizinprodukte-Hersteller von Produkten, die nach dem 2. Dezember 2020 auf den Markt kommen, können sich hinsichtlich der Einstufung an der AM-RL und dem neuen Abschnitt P und der Anlage Va orientieren.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.

**Art. 1 Nr. 9 § 31 Absatz 5 „Bilanzierte Diäten“****A Beabsichtigte Neuregelung**

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

**B Stellungnahme**

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

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

**C Änderungsvorschlag**

Keiner.

**Art. 1 Nr.10 § 33 „Hilfsmittel“****A Beabsichtigte Neuregelung**

Aufgrund des mit der Änderung des Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vom 06. Mai 2019 in § 33 Absatz 1 neu eingefügten Abschnitts sieht der Gesetzgeber die Notwendigkeit einer bisher unterbliebenen redaktionellen Anpassung in § 33 Absatz 9.

**B Stellungnahme**

Die vorgesehenen redaktionellen Änderungen sind nachvollziehbar.

**C Änderungsvorschlag**

Keiner.

**Art. 1 Nr. 11 § 35a Absatz 7 „Nutzenbewertung Arzneimittel“****A Beabsichtigte Neuregelung**

Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält die Möglichkeit generalisierte Informationen zu vorzulegenden Unterlagen und Studien sowie zur Vergleichstherapie auf seiner Internetseite zur Verfügung zu stellen. Ziel ist es den Umfang und die Zahl der Beratungsanfragen zu reduzieren.

**B Stellungnahme**

Der AOK-Bundesverband begrüßt diese Regelung, da sie den Gemeinsamen Bundesausschuss entlastet und der stetig gestiegenen quantitativen und qualitativen Nachfrage nach Beratungen entgegenwirkt.

**C Änderungsvorschlag**

Keiner.

**Art. 1 Nr. 12 § 39a Absatz 2 Satz 9 „Stationäre und ambulante Hospizleistungen“****A Beabsichtigte Neuregelung**

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

**B Stellungnahme**

Bis heute gibt es keine eigenständige Rahmenvereinbarung für ambulante Kinderhospizdienste, sondern nur eine Vereinbarung für Erwachsenen hospizdienste, die einige Vorgaben speziell für Kinderhospizdienste enthält. Der AOK-Bundesverband befürwortet demnach die Neuregelung, künftig eine eigenständige Rahmenvereinbarung zur Förderung ambulanter Kinderhospizdienste zu schließen und gleichwohl Fallgestaltungen der über 18-jährigen zu berücksichtigen, in denen ein typisches Krankheitsbild des Kinder- und Jugendalters weiterbesteht oder neu auftritt oder ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vorliegt. Damit werden den unterschiedlichen Bedarfen in den Lebensphasen und dem jeweiligen psychomotorischen Entwicklungsstand besser Rechnung getragen, um gleichwohl besondere Fallgestaltungen besser berücksichtigen zu können und die pflegerische und medizinische Versorgung schwerstkranker oder sterbender Kinder entsprechend den unterschiedlichen Lebensphasen und Bedürfnissen auszurichten. Insbesondere gibt es bereits in der stationären Hospizversorgung positive Erfahrungen mit einer eigenen Rahmenvereinbarung. Dabei wird ersichtlich, dass man mit speziellen Regelungen, z.B. hinsichtlich psychosozialer sowie sozialrechtlicher Unterstützung der Familie, zielgenauer auf die Bedürfnisse schwerstkranker oder sterbender Kinder, gleichwohl auch auf deren betroffene Familien eingehen, kann.

**C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Art. 1 Nr. 13 § 39d V „Stationäre und ambulante Hospizleistungen“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

### **B Stellungnahme**

Wesentliche Impulse zur Förderung von Hospiz- und Palliativnetzwerken bzw. Vernetzung regionaler Akteure wurden bereits mit dem gesetzlichen Anspruch auf eine Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (2007) und durch das Hospiz- und Palliativgesetz (2015) gegeben.

Die bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung ist dem AOK-Bundesverband ein äußerst wichtiges Anliegen. Die angemessene Versorgung und Begleitung von Palliativpatientinnen und -patienten erfordert in besonderem Maße die Zusammenarbeit unterschiedlicher palliativmedizinischer und -pflegerischer Leistungserbringer durch Einbezug von Ehrenamtsstrukturen. Die ist eine bedeutende Aufgabe in der hospizlichen und palliativen Beratung, Begleitung und Versorgung. Insbesondere wird dazu beigetragen, eine Transparenz und Orientierung für Betroffene sowie für weitere Akteure zu schaffen. Des Weiteren auch eine an den Bedürfnissen und Bedarfen der Betroffenen ausgerichtete Beratung, Begleitung und Versorgung zu etablieren, auszubauen und zu fördern. Für die betroffenen Familien ist es entscheidend, dass die Angebote rund um die Familie klar koordiniert und abgestimmt sind.

Der AOK-Bundesverband unterstützt Ansätze, die zur Erreichung dieses Ziels beitragen. Allerdings wird nicht nur hinterfragt, welchen „echten“ Mehrwert für die regionalen Akteure durch die Schaffung flächendeckender Koordinierungsstellen geschaffen werden, sondern damit wird auch die Befürchtung zum Ausdruck gebracht, bereits etablierte Strukturen infrage zu stellen:

Die Notwendigkeit von zusätzlicher flächendeckender Förderung von Netzwerkkoordinatoren über die bereits vorhandenen Strukturen in Form von Landesarbeitsgemeinschaften Hospiz, Palliativnetzwerken, Pflegestützpunkten, Demenznetzwerken, Runder Tische etc. hinaus wird für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Hospiz- und Palliativversorgung auch derzeit nicht gesehen. Insbesondere übernehmen diese bereits wesentlichen Aufgaben, die im § 39d Abs. 2 beschrieben werden. Zudem werden die Palliativ Care-Teams mit ihren Qualitätszirkeln und Arbeitskreisen gemeinsam mit den Hospizdiensten, stationären Hospizen sowie Beratungsstellen in ihrer Netzwerkarbeit in den einzelnen Ländern als bereits gut etabliert und sehr aktiv wahrgenommen. Zahlreiche Akteure der Palliativ- und Hospizversorgung – auch unter enger Einbindung der Krankenkassen/-verbände - stehen kontinuierlich auf regionaler Ebene im Austausch.



Auf der Bundesebene existiert bereits eine Koordinierungsstelle für Hospiz- und Palliativversorgung, die für die Sicherstellung der hospizlichen und palliativen Versorgung sowie deren Wahrnehmung in der Öffentlichkeit agiert.

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

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

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

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

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

## **C      Änderungsvorschlag**

Streichung der Regelung.

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

„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können gemeinsam und einheitlich in jedem Kreis und jeder kreisfreien Stadt die Koordination in einem regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerk durch einen Netzwerkkoordinator fördern, sofern ein Bedarf besteht. Bedarfsgerecht kann insbesondere in Ballungsräumen auf Grundlage von in den Förderrichtlinien nach

Absatz 3 festzulegenden Kriterien die Koordination eines Netzwerkes durch einen Netzwerkkoordinator in mehreren regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerken für verschiedene Teile des Kreises oder der kreisfreien Stadt gefördert werden. Die Förderung setzt voraus, dass der Kreis oder die kreisfreie Stadt an der Finanzierung der Netzwerkkoordination in jeweils gleicher Höhe wie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen beteiligt ist. Die Fördersumme für die entsprechende Teilfinanzierung der Netzwerkkoordination nach Satz 1 beträgt maximal 15.000 Euro je Kalenderjahr und Netzwerk für Personal- und Sachkosten des Netzwerkkoordinators. Die Fördermittel werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen durch Umlage nach dem Anteil ihrer eigenen Mitglieder an der Gesamtzahl der Mitglieder aller Krankenkassen im jeweiligen Bundesland erhoben und im Benehmen mit den für Gesundheit und Pflege jeweils zuständigen obersten Landesbehörden gemeinsam verausgabt. Die privaten Krankenversicherungen beteiligen sich an dieser Förderung mit insgesamt 10 Prozent des Fördervolumens.“

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

## **Art. 1 Nr. 14 § 55 „Leistungsanspruch“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

### **B Stellungnahme**

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

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.

**Art. 1 Nr. 15 § 56 Absatz 4 „Festsetzung der Regelversorgungen“****A Beabsichtigte Neuregelung**

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

**B Stellungnahme**

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

**C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Art. 1 Nr. 16 § 57 Absatz 1 „Beziehungen zu Zahnärzten und Zahntechnikern“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

### **B Stellungnahme**

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

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

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.

**Art. 1 Nr. 17 § 62 „Belastungsgrenze“****A Beabsichtigte Neuregelung**

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

**B Stellungnahme**

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

**C Änderungsvorschlag**

Keiner.

**Art. 1 Nr. 18 § 63 Absatz 3 Satz 4 „Grundsätze Modellvorhaben“****A Sachverhalt**

Mit dem Zweiten Datenschutz-Anpassungs- und Umsetzungsgesetz EU – 2. DSAnpUG-EU wurde § 284 Absatz 1 Satz 4 aufgehoben und der ursprüngliche Satz 5 (auf den in § 63 Absatz 3 Satz 4 verwiesen wird) wurde zu Satz 4. Der aktuelle Verweis in § 63 Absatz 3 Satz 4 läuft deshalb ins Leere. Um die ursprüngliche Intention des Verweises wiederherzustellen, soll der Verweis korrigiert werden.

Damit sollte sichergestellt werden, dass trotz der Möglichkeit, im Rahmen von Modellvorhaben von den Vorschriften des 4. und 10. Kapitels abzuweichen, für die Erhebung und Speicherung von Sozialdaten die Vorschriften des SGB I und SGB X gelten.

**B Stellungnahme**

Es handelt sich um die Korrektur eines Verweisfehlers.

**C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## Art. 1 Nr. 19 § 65d „Förderung besonderer Therapieeinrichtungen“

### A Beabsichtigte Neuregelung

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

### B Stellungnahme

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

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

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

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



**C      Änderungsvorschlag**

Streichung der vorgesehenen Änderungen.

## **Art. 1 Nr. 20 § 65e „Ambulante Krebsberatungsstellen“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

a)

aa) Ambulante Krebsberatungsstellen werden mit Wirkung vom 1. Januar 2021 mit einer deutlich höheren Summe von 42 Millionen € durch die Krankenversicherung gefördert.

bb) Die Zeitvorgabe zur Bestimmung des Näheren zur Förderung ist abgelaufen und wird daher gestrichen.

b)

aa) Gefördert werden Beratungsstellen, deren Beratungskonzept klar auf psychosozialen statt wie bisher auf psychoonkologischen Schwerpunkten beruht.

bb) Die Zeitvorgabe zur Bestimmung von Förderkriterien ist abgelaufen und wird daher gestrichen.

cc) In den Fördergrundsätzen ist bis zum 1. Juli 2021 das Nähere zur Berücksichtigung von Finanzierungsbeiträgen von Ländern und Kommunen zu regeln.

c) Die Förderung der jeweiligen Krebsberatungsstelle darf höchstens 80 Prozent der nach den Fördergrundsätzen zuwendungsfähigen Ausgaben betragen. Bereits mit Wirkung vom 1. Januar 2020 geförderte Krebsberatungsstellen können rückwirkend zum 1. Januar 2021 eine Erhöhung ihrer Förderung beantragen.

### **B Stellungnahme**

Die vom Gesetzgeber vorgesehene Sicherstellung einer nachhaltigen Finanzierung und eines dauerhaften Betriebs ambulanter Krebsberatungsstellen ist grundsätzlich zu begrüßen. Weiterhin ist die Förderung von Beratungsstellen, deren Konzepte auf psychosozialen statt wie bisher auf psychoonkologischen Schwerpunkten beruhen, als sinnvoll zu erachten, da es sich hierbei um einen leitlinienorientierten und umfassenden Förderansatz handelt. Jedoch gehört insbesondere die soziale Zielsetzung des Beratungsangebots nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. Zudem sind psychosoziale Beratungsangebote bereits heute in anderen Leistungsbereichen etabliert und finanziert (z.B. Krankenhaus, Öffentlicher Gesundheitsdienst). Einer Erhöhung des Fördervolumens zu Lasten der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kann demnach nicht zugestimmt werden. Vielmehr sind Länder und Kommunen im Zusammenhang mit ihren Aufgaben im Bereich der Daseinsvorsorge stärker an der Finanzierung ambulanter Krebsberatungsstellen zu beteiligen. Der in der Gesetzesbegründung genannte Finanzierungsanteil für Länder und Kommunen in Höhe von 15 Prozent wird angesichts der inhaltlichen Ausweitung des Beratungsansatzes als unzureichend bewertet. Stattdessen ist die Finanzierung wie folgt aufzuteilen: Gesetzliche und private Krankenversicherung 40

Prozent (entsprechend der aktuellen Gesamtfördersumme in Höhe von 21 Millionen Euro), Länder und Kommunen 55 Prozent (entspricht einer Gesamtfördersumme von rund 29 Millionen Euro) und sonstige Finanzierungsquellen 5 Prozent (entspricht rund 2,5 Millionen Euro). Darüber hinaus wird für eine Verschärfung der Fördergrundsätze plädiert, um bei Leistungsüberschneidungen eine Doppelfinanzierung auszuschließen.

Neben Fragen der Finanzierung ist auch einer gleichmäßigen Verteilung von Fördermitteln Rechnung zu tragen. Die Verteilung der Fördermittel sollte daher nach einer bevölkerungsbezogenen sowie regionalbezogenen Systematik erfolgen. Nur so kann auch eine gleichmäßige Verteilung der Krebsberatungsstellen und dessen Beratungsleistungen sichergestellt werden.

Schließlich ist die Einführung einer regelhaften Veröffentlichung geförderter Beratungsstellen erforderlich, um mehr Transparenz und Steuerungsmöglichkeiten im Umsetzungsprozess zu erhalten und eine entsprechende Beratung gegenüber den Versicherten anzubieten.

### **C      Änderungsvorschlag**

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 bleibt unverändert: „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fördert ab dem 1. Juli 2020 mit Wirkung vom 1. Januar 2020 ambulante Krebsberatungsstellen mit einem Gesamtbetrag von jährlich bis zu 21 Millionen Euro.“

Es wird ein neuer Satz drei eingefügt: „Zudem fördern Länder und Kommunen ab dem 1. Juli 2021 mit Wirkung vom 1. Januar 2021 ambulante Krebsberatungsstellen mit einem Gesamtbetrag von jährlich bis zu 29 Millionen Euro.“

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

bbb) Satz 4 Nr. 4: „das Nähere zu einer bevölkerungs- und bundeslandbezogenen Verteilung und Auszahlung der Fördermittel sowie der Umgang mit nicht abgerufenen und zurückgezahlten Fördermitteln und“

ccc) Satz 4 Nr. 5: „bis zum 1. Juli 2021 und unter Beteiligung der in den Ländern zuständigen Behörden das Nähere zur Berücksichtigung von Finanzierungsbeiträgen nach Absatz 1 Satz 3 von Ländern und Kommunen.“

c) Keiner.

## **Art. 1 Nr. 21 § 65f „redaktionelle Klarstellung“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

### **B Stellungnahme**

Der Neuregelung wird zugestimmt.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## Art. 1 Nr. 22 § 75 „Inhalt und Umfang der Sicherstellung“

### A Beabsichtigte Neuregelung

a) Die Regelung, wonach die Terminservicestellen in Akutfällen eine unmittelbare ärztliche Behandlung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene zu vermitteln haben, wird dahingehend konkretisiert, dass in geeigneten Fällen auch ein telefonischer Arztkontakt ermöglicht werden kann. Entsprechend der Begründung kann dies der Fall sein, wenn ein Behandlungsbedarf allein im Rahmen eines Telefonkontaktes gedeckt werden kann. Dadurch sollen Krankenhäuser und Rettungsdienste entlastet werden.

b) Vermittelt die Terminservicestelle einen Behandlungstermin bei einem Facharzt, muss mit Ausnahme der in Absatz 4 Satz 1 genannten Fälle eine Überweisung vorliegen. Die bereits bestehende Aufzählung an Ausnahmen wird nun um die Fälle erweitert, in denen bei einer zuvor erfolgten Inanspruchnahme eines Krankenhauses zur ambulanten Notfallbehandlung das Ersteinschätzungsverfahren keinen sofortigen, wohl aber einen ambulanten Behandlungsbedarf ergeben hat. Mit dieser Regelung sollen unnötige Arztkontakte vermieden werden.

### B Stellungnahme

a) Werden Ärztinnen und Ärzte nur in begründeten Einzelfällen telefonisch hinzugezogen und können damit unnötige Kontakte mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst oder Einsätze des Rettungsdienstes reduziert werden, kann die Regelung unterstützt werden. Festzulegen ist, dass es sich bei den konsultierten Ärztinnen und Ärzten um zugelassene Vertragsärztinnen und -ärzte handeln muss. Außerhalb der Sprechstundenzeiten sind Kooperationen mit dem Bereitschaftsdienst denkbar.

b) Grundsätzlich ist die Bestrebung des Gesetzgebers, unnötige Arztkontakte zu vermeiden, zu begrüßen. Gleichwohl birgt die Regelung, über das Aufsuchen einer Notfallambulanz den Bedarf einer Überweisung zum Facharzt zu umgehen, ebenso Fehlanreize. Finanziell bedeutet dies eine Ausweitung der Behandlungsmöglichkeiten aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestellen, was gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 3 SGB V i.d.F. des TSVG extrabudgetär und mit zusätzlichen Zuschlagszahlungen gefördert wird, ohne dass die morbiditätsbedingten Gesamtvergütung um bereits in der Vergangenheit entsprechend erfolgte Facharztbesuche bereinigt wird; damit gehen zum niedergelassenen Facharzt über die Terminservicestellen vermittelte Abweisungen durch eine Notfallambulanz mit Vergütungssteigerungen und einem nicht quantifizierbaren Ausmaß an Doppelvergütung einher. Wägt man beide Probleme gegeneinander ab, kann der Regelung dennoch gefolgt werden.

### C Änderungsvorschlag

Keiner.

## **Art. 1 Nr. 23 § 81 „Entschädigungsregelung“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

### **B Stellungnahme**

Die vorgeschlagenen Änderungen sind nachvollziehbar.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Art. 1 Nr. 24 § 85 „Gesamtvergütung“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

### **B Stellungnahme**

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

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Art. 1 Nr. 25 § 87 „Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

b) Im Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende (OrgSpEG) vom 16.03.2020 mit Geltung ab 01.03.2022 wurde festgelegt, dass der Bewertungsausschuss bis spätestens 30.06.2021 den einheitlichen Bewertungsmaßstab anzupassen hat, um die die regelmäßigen, zeitgebundenen (haus-)ärztlichen Beratungen gem. Transplantationsgesetz über die Organ- und Gewebespenden sowie über die Möglichkeit des Patienten, eine Erklärung zur Organ und Gewesene abgeben, ändern und widerrufen zu können, zu vergüten. Um dem Bewertungsausschuss die Möglichkeit zu verschaffen, rechtzeitig diese Anpassungen vorzunehmen, tritt die Regelung mit dem GVWG in Kraft, wobei dem Bewertungsausschuss nun eine Frist für die Anpassung bis zum 31.12.2021 statt bis zum 30.06.2021 gegeben wird.

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

### **B Stellungnahme**

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

b) Insgesamt erscheint die Änderung sachgerecht.

Der mit dem bereits im Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende geäußerten Wille des Gesetzgebers, die mit dem Transplantationsgesetz verbundenen Bera-



tungspflichten der Hausärztinnen und Hausärzte zu vergüten, wird nun im GVWG aufgenommen. Damit wird dem Bewertungsausschuss der Raum eingeräumt, früher als bisher mit den Beratungen für die notwendigen EBM Anpassungen zu beginnen, um rechtzeitig vor In-Kraft-Treten des OrgSpEG zum 01.03.2022 seine Beratungen abgeschlossen zu haben. Ansonsten wäre der gesetzliche Auftrag ebenfalls erst zum 01.03.2022 erfolgt. Dies widerspricht aber dem bisher gesetzten Termin zum 30.06.2021. Mit der nun erfolgten Neuformulierung des §87a Absatz 2b wird zudem eine längere Beratungsfrist bis zum 31.12.2021 eingeräumt.

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

### **C      Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Art. 1 Nr. 26 § 87a Absatz 3 „Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

Die Korrektur soll im 4. Quartal 2021 einsetzen und über drei Quartale – d.h. bis einschließlich des 2. Quartals 2022 – umgesetzt werden. Dabei ist die MGV eines jeden KV-Bezirks in den betreffenden Abrechnungsquartalen 2021/4 bis 2022/2 um ein vom Bewertungsausschuss festgelegtes zusätzliches Leistungsvolumen (absolutes Punktzahlvolumen) basiswirksam zu bereinigen. Gemäß dem Normtext und der Begründung ermittelt sich das zusätzliche Bereinigungsvolumen KV-bezogen auf Basis der Differenz zwischen

- dem Verhältnis aus dem tatsächlich abgerechneten TSVG-Leistungsbedarf im bereits abgeschlossenen Bereinigungszeitraum zu dem im gleichen Zeitraum abgerechneten Gesamtleistungsbedarf einerseits; und
- dem Verhältnis aus dem vom Bewertungsausschuss ermittelten potentiellen (= erwarteten) TSVG-Leistungsbedarf in der Zeit vor In-Kraft-Treten des TSVG zu dem im gleichen Zeitraum abgerechneten Gesamtleistungsbedarf.

Neben dem je KV-Bezirk festzulegenden MGV-Differenzbereinigungsvolumen hat der Bewertungsausschuss Ärzte auch über die konkrete Ausgestaltung des Korrekturverfahrens nach den im Normtext und Begründung skizzierten Vorgaben des Gesetzgebers zu beschließen.

### **B Stellungnahme**

#### ***Hintergrund***

Bei voller Wirksamkeit der TSVG-Vergütungsregelungen und -Bereinigung ab Inkrafttreten der gesetzlichen Vorgaben hätten die Krankenkassen jährlich rund 500 Mio. Euro (5 Mrd. Euro extrabudgetäre TSVG-Vergütung, der eine dauerhafte MGV-Absenkung um 4,5 Mrd. Euro gegenübersteht) zusätzlich für auch schon bislang erbrachte, nur über Budget quotiert bezahlte Leistungsvolumina aufbringen müssen. Ab Ablauf des jeweiligen Bereinigungszeitraums wären dann „nur“ sämtliche Mengensteigerungen bei TSVG-Leistungen über die bereinigten Leistungsvolumina hinaus von den Krankenkassen zu 100% extrabudgetär zusätzlich zur dauerhaft abgesenkten MGV zu finanzieren gewesen.

Voraussetzung dafür, dass auch das gesamte vor Inkrafttreten des Gesetzes vorhandene Potential an MGV-Leistungen, das als TSVG-Leistungen extrabudgetär abrechenbar war, aus der MGV bereinigt wurde und die Mehrausgaben der Krankenkassen tatsächlich auch nicht mehr als

„jährlich einen mittleren dreistelligen Millionenbetrag betragen“, wie noch in Beschlussempfehlung und Bericht des 14. Ausschusses für Gesundheit (Drucksache 19/8351, ist die volle S. 7) ausgewiesen, war die volle Wirksamkeit der TSVG-Vergütungsregelungen im Bereinigungszeitraum. Tatsächlich kann seit Ablauf des ersten Jahres des Inkrafttretens des TSVGs in allen seinen Konstellationen auch empirisch gestützt nicht länger von einer vollen Wirksamkeit der entsprechenden Vergütungsregelungen wie auch der MGV-Bereinigung im Bereinigungszeitraum ausgegangen werden. Vielmehr ist es zu einer erheblichen Unterbereinigung der MGV gekommen, dies insbesondere

- weil die Umsetzung der TSVG-Förderung strategieanfällig ist: so fällt eine bewusste Nicht- bzw. Minderkennzeichnung und -abrechnung von TSVG-Leistungen in vielen KV-Bezirken im einjährigen Bereinigungszeitraum auf mit mehr oder minder expliziten Empfehlungen der KVen zu einer zurückhaltenden Kennzeichnung und Abrechnung von TSVG-Leistungen im Bereinigungsjahr und anschließendem zügigen Hochfahren
- wegen der noch anhaltenden Coronavirus-Pandemie:
  - i. Die Pandemie geht mit einem Fallzahlrückgang einher, der unmittelbar auch die TSVG-Leistungserbringung betrifft. Nicht nur während eines Teils des Bereinigungszeitraums, sondern bis weit ins Jahr 2021 hinein und ggf. darüber hinaus wurden und werden z.T. erheblich weniger Leistungen erbracht als in regulären, also unter Normalbedingungen verlaufenden Vergleichszeiträumen.
  - ii. Während der Pandemie greift § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V, wonach bei einem nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs (sog. NiVA oder NVA) MGV-Leistungen mit vollen Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten sind. Diese Vergütungsregelung konkurriert mit den TSVG-Vergütungsregelungen als beides, „NiVA“ und „TSVG“, können Leistungen nicht abgerechnet werden.

Insgesamt hat die unvollständige Kennzeichnung und Abrechnung von TSVG-Leistungen im Bereinigungszeitraum zu einer erheblichen Unterbereinigung der MGV geführt. Den Abrechnungsdaten ist zu entnehmen, dass der Anteil der als TSVG gekennzeichneten Leistungen an der abgerechneten Gesamtleistungsmenge in den zehn Monaten von September 2019 bis Juni 2020 in den einzelnen KV-Bezirken zwischen 0,3 und ca. 10 Prozent beträgt und damit eine erhebliche Spreizung aufweist; im 2. Quartal 2020 treten die Pandemieeffekte im Abrechnungsverhalten mit einem im Vergleich zum Vorquartal geringeren TSVG-Leistungsanteil an der Gesamtleistungsmenge zu Tage. Weitere Analysen der Abrechnungsdaten zeigen, dass tatsächlich nur für etwa jede zweite förderfähige Leistung auch eine extrabudgetäre TSVG-Förderung in Anspruch genommen wurde.

Insbesondere in der TSVG-Konstellation Neupatient, aber auch in der offenen Sprechstunde ist damit zu rechnen, dass nach Ablauf des Bereinigungszeitraums – d.h. in der Hauptsache bereits seit dem 1. September 2020 – die TSVG-Kennzeichnung und -Abrechnung – auch mit entsprechender IT-Unterstützung durch die jeweilige KV und automatischer Kennzeichensetzung – merklich gesteigert und die extrabudgetäre Förderung in vollem Umfang ausgeschöpft wird. Je nach Ausmaß der realisierten TSVG-Bereinigung wird dabei auch eine starke Divergenz der vertragsärztlichen Honorare in den verschiedenen Regionen ausgelöst, indem die Krankenkassen in

KV-Bezirken mit geringerer TSVG-Bereinigung entsprechend künstlich aufgeblähte MGV-Versichertenpauschalen zu zahlen haben. Insgesamt ergibt sich daraus eine Doppelfinanzierung von über 2 Mrd. Euro jährlich. Dies stellt eine erhebliche zusätzliche und zusatzbeitragsrelevante Belastung der angespannten Krankenkassenhaushalte dar.

### ***Korrektur laut Regierungsentwurf***

Es wird ausdrücklich begrüßt, dass die Notwendigkeit einer Erweiterung der bislang auf ein Jahr begrenzten Bereinigungsregelung anerkannt wird, um der strategie- und pandemiebedingten Unterbereinigung im bisherigen gesetzlichen Bereinigungszeitraum zu korrigieren. Das im Regierungsentwurf vorgesehene Korrekturverfahren zur Reduzierung der Doppelfinanzierung ist zwar ein Schritt in die richtige Richtung; allerdings greift es zu spät und mildert in der vorgegebenen Ausgestaltung die Doppelfinanzierung lediglich ab anstatt sie in vollem Umfang zu beseitigen:

- (1) Die Korrektur soll erst im 4. Quartal 2021 beginnen:

Die Bereinigungszeiträume für das Gros an TSVG-Leistungen, d.h. insbesondere die der beiden bedeutsamen Konstellationen Neupatient und offene Sprechstunde, sind bereits Ende August 2020 ausgelaufen. Die vorgesehene Korrektur 13 Monate nach Ablauf des jeweiligen Bereinigungszeitraums ist zu vermeiden, da bis zur Korrektur selbst bereits eine Doppelfinanzierung erfolgt: für den Zeitraum September 2020 bis September 2021 beliefen sich diese auf einmalig über 2 Mrd. Euro bei voller Wirksamkeit der TSVG-Vergütungsregelungen bzw. auf mehr als 1,5 Mrd. Euro, werden die Auswirkungen der Pandemie mit einkalkuliert (bei einem angenommenen Fallzahl- und Leistungsmengentrückgang von durchschnittlich 10% im gesamten Zeitraum liegen die Doppelzahlungen bei rd. 1,8 Mrd. Euro). Um eine sachlich nicht gerechtfertigte Überzahlung zu verhindern, wäre eine sich unmittelbar an den einjährigen Bereinigungszeitraum anschließende Korrektur erforderlich, die spätestens bei der kassenseitigen Rechnungslegung für das 3. Quartal 2020 im Februar/März 2021 ein erstes Mal erfolgt.

- (2) Das Korrekturverfahren soll lediglich in drei Abrechnungsquartalen zur Anwendung kommen:

Warum das Verfahren nicht auch im 3. Quartal 2022 umgesetzt wird und damit ein volles Kalendervierteljahr von der Korrektur der MGV-Bereinigung ausgespart bleibt, erschließt sich nicht. In der bestehenden quartalsbezogenen Gesamtvergütungssystematik, die auf dem jeweiligen Vorjahresquartal aufsetzt, käme es damit aufgrund der nicht-korrigierten und dauerhaft fortbestehenden Unterbereinigung in diesem einen 3. Quartal zukünftig jährlich zu einem erheblichen Vergütungssprung gegenüber dem 1., 2. und 4. Quartal. Ein solcher Zyklus wäre äußerst unlogisch. Um eine dauerhafte Überzahlung immer im 3. Quartal eines Jahres zu verhindern, wäre zumindest die Dauer der Durchführung des Korrekturverfahrens um ein Kalendervierteljahr, d.h. um die Monate Juli bis September zu verlängern. Die Nichtkorrektur der Unterbereinigung der MGV im 3. Quartal eines Jahres würde ansonsten weiterhin zu einer unsachgemäß erhöhten MGV mit regional unterschiedlich ausgeprägter Leistungsdoppelfinanzierung in diesem einen Quartal führen.

- (3) Das Korrekturverfahren setzt auf Leistungs- und Bereinigungszeiträumen auf, die für das „normale“ Versorgungs- und Abrechnungsgeschehen wegen der Verwerfungen der Corona-Pandemie nicht repräsentativ sind:

Grundgedanke des in Norm und Begründung festgelegten Korrekturverfahrens ist, auf Basis von Daten aus Zeiträumen, die noch nicht „TSVG-korrupt“ sind, je KV-Bezirk

- i. das vor Inkrafttreten des TSVG vorhandene Potential an MGV-Leistungen, die als TSVG-Leistungen extrabudgetär abrechenbar wären, festzustellen (das müssten die MGV-Leistungen des unmittelbar vor Inkrafttreten des TSVG liegenden vollen Kalenderjahrs 2018 sein; die in der Gesetzesbegründung vorgegebenen Jahre 2016 und 2017 wären dann ausschließlich zur Ermittlung der potentiellen Neupatienten im Jahr 2018 heranzuziehen;
- ii. diese Menge an erwarteten TSVG-Leistungen ins Verhältnis zur Gesamtleistungsmenge in 2018 zu stellen;
- iii. die in den jeweiligen Bereinigungszeiträumen 2019/2020 tatsächlich abgerechneten TSVG-Leistungsmengen gleichermaßen als Anteile der dann abgerechneten Gesamtleistungsmenge zu ermitteln;
- iv. auf Basis der Differenz zwischen erwartetem TSVG-Anteil (nach Punkt ii.) zu tatsächlich abgerechnetem TSVG-Anteil (nach Punkt iii.) sowie der Gesamtleistungsmengen im jeweiligen Bereinigungszeitraum die absoluten Leistungsmengen zu ermitteln, um die die MGVen zur Korrektur der ursprünglichen Bereinigung zusätzlich abzusenken sind.

Eine solche Vorgehensweise mag schön und gut sein, solange die Gesamleistungsbedarfe, auf denen Anteile gebildet bzw. auf welche Anteile bezogen werden, das Versorgungs- und Abrechnungsgeschehen in „normalen Zeiten“ widerspiegeln. Allerdings ist allein bei den beiden bedeutsamen TSVG-Konstellationen Neupatient und offene Sprechstunde die Hälfte des Bereinigungszeitraums durch die Corona-Pandemie (Fallzahlrückgang, NiVA-Kennzeichnung und -Abrechnung) verzerrt; entsprechend ist auch der nach Punkt iii. gebildete Anteil verzerrt. Zusätzlich dürfte das nach Satz 10 zu bestimmende Verhältnis von erwartetem Leistungsbedarf zu Gesamtleistungsbedarf 2018 (i.e. Punkt ii.) bezogen auf den Gesamtleistungsbedarf im Bereinigungszeitraum 2020 in einem zu geringen absoluten Korrekturbetrag resultieren. Ein derart ausgestaltetes Korrekturverfahren bliebe damit hinter den Möglichkeiten und Erfordernissen zurück, die Unterbereinigung vollständig zu beseitigen.

Die angedachte Nichtkorrektur der TSVG-Bereinigung des 3. Quartals 2020 im 3. Quartal 2022 würde weiterhin zu unsachgemäß überhöhten MGVen und entsprechenden Doppelfinanzierungen von rd. 500 Mio. Euro jährlich ab 2022 führen. Wird mitberücksichtigt, dass die Daten, auf denen zur Korrektur aufgesetzt wird, die Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie mit abbilden, ist mit zukünftigen Doppelfinanzierungen von über 1 Mrd. Euro pro Jahr ab 2022 zu rechnen.

Es ist nicht nachvollziehbar, warum der Gesetzgeber im Wissen um die ungerechtfertigte Unterbereinigung und Doppelfinanzierung über ein Jahr zu spät korrigierend eingreift und dann mit seiner Regelung zu kurz greift. Unter Nr. 3 „Haushaltsangaben ohne Erfüllungsaufwand“ wird nur ausgeführt, dass mit der Regelung eines Korrekturverfahrens (mögliche) zusätzliche unge-

plante Ausgaben für die GKV in Höhe von rund einer Milliarde Euro „vermieden“ bzw., an anderer Stelle, „erspart“ werden können. Zu der anderen Milliarde an „zusätzlicher ungeplanter“ Doppelfinanzierung dagegen findet sich kein Wort. Sollte eine Doppelfinanzierung in diesem Umfang (gesundheits-)politisch gewollt sein, sollte dies auch explizit dargelegt, geregelt und begründet werden. Nur so ließe sich legitimieren, dass die GKV über die MGV insgesamt bald mehr Geld pauschal mit befreiender Wirkung zur Verfügung stellt, als für MGV-Leistungen zu vollen Preisen der Euro-Gebührenordnung, d.h. brutto, überhaupt zu vergüten wäre; in manchen KV-Bezirken und bei manchen Arztgruppen ist dies bereits jetzt der Fall.

### ***Doppelfinanzierungen reduzierende Korrektur***

Die seit September 2020 zu erwartenden Doppelfinanzierungen der GKV belaufen sich bis zum Ende des 3. Quartals 2021 auf rd. 2 Mrd. Euro ohne und auf mind. 1,5 Mrd. Euro bei Berücksichtigung der Auswirkungen der Corona-Pandemie auf das Versorgungsgeschehen. Wird die Bereinigungskorrektur aus dem Regierungsentwurf wie vorgegeben umgesetzt, halbiert sich in etwa die Doppelfinanzierungsbelastung der GKV ab 2022 auf 500 Mio. Euro bis rd. 1 Mrd. Euro pro Jahr.

Eine Fortführung der TSVG-Bereinigung bis mindestens zum Ende des zwölften Monats nach Aufhebung der Kennzeichnung und Abrechnung von Leistungen als Coronavirus-NiVA gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V scheint der Gesetzgeber ausschließen zu wollen. Um den Schaden für die Beitragszahler dennoch weiter zu begrenzen, sollte die im Regierungsentwurf vorgegebene, aber zu kurz greifende Korrektur

- früher als im 4. Quartal 2021 beginnen:

Die Korrektur sollte ab Inkrafttreten des Gesetzes rückwirkend auch für diejenigen Abrechnungsquartale durchgeführt werden, für welche die kassenseitige Rechnungslegung – die immer erst fünf Monate nach Ende des jeweiligen Abrechnungsquartals erfolgt – noch nicht stattgefunden hat. Wenn das Gesetz Mitte des Jahres 2021 in Kraft treten sollte, könnte die Korrektur erstmals mit der Rechnungslegung für das 2. Quartal 2021 im Dezember 2021 wirksam werden. Ein Korrekturbeginn frühestens zum 4. Quartal 2021 würde erst ab Mai 2022 finanzwirksam werden. Für in Quartalen zwischen dem Ende des jeweiligen Bereinigungszeitraums und dem Beginn des Zeitraums, für den das Korrekturverfahren greift, geleistete Doppelfinanzierungen sollte in jedem Fall eine einmalige Rückzahlung vorgesehen werden.

- um ein Quartal auf vier Kalendervierteljahre verlängert werden:

Ein vierteljährlich anzuwendendes Korrekturverfahren sollte auch über vier Kalendervierteljahre angewandt werden. Bzw. müssten triftige Gründe dafür angeführt werden, warum das eine oder andere Quartal gestrichen oder übersprungen werden soll und quartalsbezogene Vergütungssprünge in einem Abrechnungsjahr sinnvoll erscheinen.

- die Auswirkungen der Corona-Pandemie sachgemäß berücksichtigt und die Ermittlung des Erwartungswerts für den insgesamt zu bereinigenden Leistungsumfang um die Anwendung von Schätzverfahren ergänzt werden:

Um den Pandemie-Effekten in den Abrechnungsdaten sachgemäß Rechnung tragen zu können, sollte dem Bewertungsausschuss volle Flexibilität in seiner Vorgabenkompetenz nach Satz 9 gelassen werden. In der Begründung sollte diese Vorgabenkompetenz nicht dadurch eingeschränkt werden, dass den Verhandlungspartnern im Bewertungsausschuss minutiöse, aber nicht alles bedacht habende Verfahrensweisen als Richtschnur vorgegeben werden.

Zudem soll der Erwartungswert des insgesamt zu bereinigenden Leistungsumfangs auf der Grundlage der Abrechnungsdaten der Jahre 2016 bis 2018 bestimmt werden, obwohl in diesem Zeitraum von den verschiedenen TSVG-Konstellationen nur der erwartete Leistungsumfang der Neupatienten unmittelbar bestimmt werden kann. Es sollte daher ausdrücklich ergänzt werden, dass zur Ermittlung des erwarteten Leistungsumfangs von Terminvermittlungen und offener Sprechstunde vom Bewertungsausschuss zusätzliche Schätzverfahren angewandt werden können.

### C Änderungsvorschlag

§ 87a Absatz 3 Satz 8 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Zudem haben sie unter Berücksichtigung der vom Bewertungsausschuss zu beschließenden Vorgaben nach Satz 9 ab dem ~~1. Oktober~~ April 2021 bis zum ~~30. Juni 2022~~ 31. März 2022 vierteljährlich ein Verfahren zur Korrektur der Bereinigung nach Satz 7 bei der Rechnungslegung des zweiten Quartals 2021 bis zum ersten Quartal 2022 durchzuführen und eine einmalige Rückzahlung der zwischen dem Bereinigungszeitraum und dem Korrekturzeitraum in Folge der Unterbereinigung geleisteten Überzahlungen vorzunehmen. Der Bewertungsausschuss beschließt Vorgaben zum Korrekturverfahren einschließlich des Leistungsbedarfs, um den die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung für jede Kassenärztliche Vereinigung zusätzlich zu bereinigen ist. Der Leistungsbedarf nach Satz 9 soll aus dem auf Grundlage der in den Abrechnungsdaten der Jahre 2016, 2017 sowie 2018 zu bestimmenden Verhältnis von erwartetem Leistungsbedarf der in Satz 5 Nummer 3 bis 6 genannten Leistungen zum Gesamtleistungsbedarf der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung ermittelt werden-; die Auswirkungen von Empfehlungen nach Satz 4 auf den abgerechneten Leistungsbedarf sowie Leistungsbedarfsminderungen in Folge einer Pandemie, Epidemie, Endemie, Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensereignisses sind bei der Ermittlung angemessen zu berücksichtigen. Insbesondere zur Bestimmung des erwarteten Leistungsbedarfs nach Satz 10 der in Satz 5 Nummer 3, 4 und 6 genannten Leistungen können zusätzliche Schätzverfahren angewandt werden.“

**Art. 1 Nr. 27 § 91 Absatz 2 „Antragsrecht des Vorsitzenden“****A Beabsichtigte Neuregelung**

Der unparteiische Vorsitzende des G-BA erhält ein eigenes generelles Antragsrecht an das G-BA-Plenum. Eine redaktionelle Änderung betrifft die Beteiligung von u.a. Bundesärztekammer, Bundespsychotherapeutenkammer und Verband der privaten Krankenversicherungen bei Richtlinien zur Qualitätssicherung. In die Berichterstattung des G-BA gegenüber dem Gesundheitsausschuss des Bundestages werden auch die Regelungen zur Vermeidung unbilliger Härten bei Einführung von Mindestmengen aufgenommen.

**B Stellungnahme**

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

**C Änderungsvorschlag**

Keiner.



## **Art. 1 Nr. 28 § 95e „Berufshaftpflicht“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Zu Abs. 1

Vertragsärzte werden verpflichtet, sich ausreichend gegen die sich aus seiner Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren zu versichern. Der Schutz ist dann ausreichend, wenn das individuelle Haftungsrisiko des Vertragsarztes versichert ist. Die Mindestversicherungssumme nach Absatz 2 darf nicht unterschritten werden.

Zu Abs. 2

Die Mindestversicherungssumme beträgt 3 Millionen Euro für Personen- und Sachschäden pro Versicherungsfall. Die Leistungen für den Versicherer für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den zweifachen Betrag der Mindestversicherungssumme pro Jahr begrenzt werden. Der GKV-Spitzenverband kann mit den Verbänden der Leistungserbringer höhere Mindestversicherungssummen vereinbaren, dies ist nur in den ersten sechs Monaten nach Inkrafttreten möglich.

Zu Abs. 3

Der Vertragsarzt hat bei Stellung eines Antrages auf Zulassung, auf Ermächtigung und auf Genehmigung einer Anstellung sowie auf Verlangen des Zulassungsausschusses diesem gegenüber dem Bestehen einer solchen Versicherung mit einer Versicherungsbescheinigung nach dem Versicherungsvertragsgesetz nachzuweisen. Das Nichtbestehen, die Beendigung oder Änderungen des Versicherungsverhältnisses, die den Versicherungsschutz im Verhältnis zu Dritten beeinträchtigen können, sind dem Zulassungsausschuss unverzüglich anzuzeigen. Die Zulassungsausschüsse sind im Sinne des Versicherungsvertragsgesetzes zuständige Stellen.

Zu Abs. 4

Erlangt der Zulassungsausschuss Kenntnis von nicht ausreichendem, nicht vorhandenem oder endenden Berufshaftpflichtversicherungsschutz, fordert er den Vertragsarzt unverzüglich zur Vorlage einer Versicherungsbescheinigung auf. Kommt der Vertragsarzt dem nicht unverzüglich nach, hat der Zulassungsausschuss das Ruhen der Zulassung zu beschließen. Wenn ein ausreichender Versicherungsschutz nachgewiesen wird, stellt der Zulassungsausschuss das Ende des Ruhens der Zulassung durch Bescheid fest. Das Ruhen endet mit dem Tag des Zugangs dieses Bescheides beim Vertragsarzt. Endet das Ruhen nicht innerhalb von zwei Jahren, hat der Zulassungsausschuss das Entziehen der Zulassung zu beschließen.

Zu Abs. 5

Absatz 5 regelt die Gültigkeit der Absätze 1 - 4 für ermächtigte Ärzte. Anstelle eines Ruhens der Zulassung gemäß Absatz 4 wird die Ermächtigung widerrufen. Für medizinische Versorgungszentren, Vertragsärzte und Berufsausübungsgemeinschaften mit angestellten Ärzten gelten die Absätze 1, 3 und 4. Der Haftpflichtversicherungsschutz muss für die gesamte ärztliche Tätigkeit des Leistungserbringers bestehen. Absatz 2 gilt mit der Maßgabe, dass die Mindestversicherungssumme 5 Millionen Euro für Personen- und Sachschäden pro Versicherungsfall betragen muss.

Die Leistungen des Versicherers dürfen jährlich auf maximal das dreifache der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

Zu Abs. 6

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

Zu Abs. 7

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

## **B Stellungnahme**

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

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

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

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

Über den in § 95e neu geregelten Tatbestand einer verpflichtenden Haftpflichtversicherung für die Vertragsärzte hinaus, sehen wir die Notwendigkeit einer Erweiterung der Verpflichtung zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung auf alle Behandler im Gesundheitswesen. Nicht nur ärztliche und psychotherapeutische Leistungserbringer, sondern auch weitere in die Gesundheitsversorgung einbezogenen Berufsgruppen wie Pflege, Osteopathen und andere müssen bei Behandlungsfehlern entsprechend versichert sein. Wir empfehlen daher in einem nächsten Schritt,

ein eigenständiges Pflichtversicherungsgesetz für alle Behandler im Gesundheitswesen zu implementieren. Bestandteil sollte hier auch eine zentrale Auskunftsstelle zur Ermittlung der Versicherung sein sowie auch die direkte Geltendmachung der Ansprüche bei der Versicherung.

#### Zu Absatz 1

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

#### Zu Absatz 2

Die AOK hält es für dringend geboten, die Mindestversicherungssumme auf mindestens 7 Millionen Euro zu erhöhen. Umfangreiche und langjährige Erfahrungen zeigen, dass insbesondere in Großschadensfällen die bisher vorgesehene Mindestversicherungssumme von 3 Millionen Euro nicht ausreichend ist. Eine Orientierung der Mindestversicherungssumme kann die KFZ-Haftpflichtversicherung geben.

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

#### Zu Absatz 3

Die Regelung zum Nachweis eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes entsprechenden Patienteninteressen.

#### Zu Absatz 4

Es ist zu begrüßen, dass nach Ablauf von zwei Jahren nach Beschluss des Ruhens der Zulassung die Zulassung zu entziehen ist. Damit kann der Arztsitz anschließend neu besetzt werden und steht der Versorgung damit wieder zur Verfügung.

#### Zu Absatz 5

Bezüglich der kooperativen Formen der ärztlichen Berufsausübung (z. B. im MVZ) ist darauf zu achten, dass die Versicherungssumme im Vergleich zur Anzahl der Beschäftigten angemessen ist und pro Behandler mindestens 7 Millionen Euro betragen sollte.

#### Zu Absatz 6

Für die erstmalige Aufforderung seitens der Zulassungsausschüsse an die bei ihnen zugelassenen Vertragsärzte, medizinischen Versorgungszentren, Berufsausübungsgemeinschaften und ermächtigten Ärzte, das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes

durch eine Versicherungsbescheinigung nachzuweisen, ist die noch im Referentenentwurf vorgesehene Frist von 9 Monaten nach Inkrafttreten beizubehalten, um für Patientinnen und Patienten zeitnäher einen entsprechenden Schutz sicherzustellen.

Zu Absatz 7

Die Verpflichtung zur Meldung der Verstöße gegen die Versicherungspflicht an die zuständige Kammer ist folgerichtig und sachgerecht.

## **C      Änderungsvorschläge**

Zu Absatz 1

Keiner.

Zu Absatz 2

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

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

Zu Absatz 3

Keiner.

Zu Absatz 4

Keiner.

Zu Absatz 5

In Satz 3 werden im 1. Halbsatz die Wörter „5 Millionen“ durch die Wörter „mindestens 7 Millionen Euro pro Behandler“ ersetzt.

Zu Absatz 6

In Satz 1 werden die Wörter „[einsetzen: zwei Jahre nach Inkrafttreten gemäß Artikel 16 Absatz 1]“ durch die Wörter „einsetzen: neun Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 16 Absatz 1]“ ersetzt.

Zu Absatz 7

Keiner.

## Weiterer Änderungsbedarf

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

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

Darüber hinaus wäre es auch im Hinblick auf die fortschreitende Digitalisierung in der Medizin und Verwaltung für die Zukunft sinnvoll, die Leistungserbringer von den Meldepflichten zur Berufshaftpflichtversicherung zu entlasten und die Haftpflichtversicherer im Versicherungsvertrag gesetzlich zu verpflichten, den zuständigen Stellen den Beginn und die Beendigung oder Kündigung des Versicherungsvertrages sowie jede Änderung des Versicherungsvertrages, die den vorgeschriebenen Versicherungsschutz beeinträchtigt, unverzüglich mitzuteilen.

## **Art. 1 Nr. 29 § 98 „Zulassungsverordnungen“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

### **B Stellungnahme**

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

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.

**Art. 1 Nr. 30 § 106b „Grippeimpfstoff 2021/2022“****A Beabsichtigte Neuregelung**

Eine Bevorratung mit saisonalen Grippeimpfstoffen von bis zu 30 % mehr als den tatsächlich verimpften Dosen gilt nicht als unwirtschaftlich.

**B Stellungnahme**

Angesichts des zu erwartenden Mehrbedarfs an Influenza-Impfstoffen in der kommenden Saison im Zuge der gewachsenen Sensibilität der Bevölkerung zur Notwendigkeit von Impfungen aufgrund der Corona-Pandemie und der damit verbundenen Schwierigkeit zur passgenauen Abschätzung ist die Regelung nachvollziehbar.

Es bleibt jedoch weiterhin fraglich, ob die Änderungen des TSVG mit der Verlagerung des Monitorings der Vorbestellungen an die KVen sowie das PEI sachgerecht sind und zu einer sicheren und wirtschaftlichen Beschaffung führen. Tatsächlich steht zu befürchten, dass zahlreiche Impfdosen in einzelnen Apotheken oder gar Arztpraxen nicht zur Anwendung kommen, während diese an anderer Stelle fehlen.

**C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Art. 1 Nr. 31 § 110a SGB V „Qualitätsverträge“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

Zu a)

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

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

Zu b)

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

Zu c)

Absatz 3 neu

Die Krankenkassen müssen ab 2022 einen Betrag von mindestens 0,30 € je Versicherten für Qualitätsverträge pro Jahr ausgeben. In den Folgejahren von 2023 bis einschließlich 2028 werden entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches Anpassungen vorgegeben. Berücksichtigt werden sollen hierbei, entgegen dem Referentenentwurf, auch angemessene Pauschalen für die Vertragsvorbereitung und sämtliche Ausgaben der Krankenkassen zur Durchführung der Qualitätsverträge nach Vertragsabschluss. Wird der Betrag nicht für Qualitätsverträge ausgegeben, ist der Differenzbetrag an den Gesundheitsfonds abzuführen. Eine Prüfung der Ausgaben soll durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen erfolgen. In Ausnahmen kann dieser bei Abschluss von Qualitätsverträgen mit erfolgsabhängiger Vergütung mit Kassen einen verlängerten Abrechnungszeitraum von bis zu drei Jahren vereinbaren. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt das Nähere zu dem Verfahren für eine solche Verlängerung des Abrechnungszeitraums und legt die angemessenen Pauschalen fest. Die Regelungen sind bis zum 31. Oktober 2021 zu beschließen und dem Bundesministerium für Gesundheit zur Zustimmung vorzulegen.

Durch diese Regelung soll vermieden werden, dass die vermeintliche Untätigkeit der Krankenkassen zu einem finanziellen Vorteil führt.



## B Stellungnahme

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

Der im Gesetzentwurf vorgesehene Weg ist jedoch nicht zielführend. Eine Verpflichtung zum Vertragsabschluss sowie ein festgeschriebenes Ausgabenvolumen mit Sanktionen gegen die Krankenkassen wird abgelehnt. Freiwilligkeit muss weiterhin das oberste Gebot sein, da ansonsten auch die Gefahr besteht, dass die Krankenkassen zum Abschluss von ungeeigneten Qualitätsverträgen gedrängt werden, die lediglich eine Bonifizierung von Krankenhäusern mit sich bringen und das eigentliche Ziel einer Qualitätsverbesserung vernachlässigt wird oder nicht erreicht werden kann.

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

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

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

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

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

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

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

Insbesondere zum jetzigen Zeitpunkt erkennt der Gesetzgeber in keiner Weise an, dass Krankenhäuser und Krankenkassen im Moment vor enormen Herausforderungen stehen: Pandemie, Umsetzung Gesetzesänderungen (Pflegebudget, MDK-Reform), etc. Es ist unverständlich, warum statt Erleichterungen zum Vertragsabschluss bei grundsätzlich befürworteten freiwilligen Qualitätsverträgen nun feste Ausgabenvolumen, vorgegebene Fristen und Sanktionen eingeführt werden sollen, ohne damit die oben genannten Hindernisse aus dem Wege zu räumen.

### **C      Änderungsvorschlag**

zu a) Absatz 1 Buchstaben aa

Die Änderung wird abgelehnt und ist zu streichen.

zu a) Absatz 1 Buchstaben bb

Keine.

zu b) Absatz 2

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

zu c) Absatz 3 neu

Die Änderung wird abgelehnt und ist zu streichen.

## Art. 1 Nr. 32 § 118 „Psychiatrische Institutsambulanzen“

### A Beabsichtigte Neuregelung

- a) Die Zulassungsausschüsse erhalten einen Überprüfungsauftrag zur Anpassung der Ermächtigungen, um den psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 Abs. 1 sowie nach Abs. 4 SGB V eine Teilnahme an der Versorgung nach § 92 Abs. 6b SGB V zu ermöglichen.
- b) Die Vertragspartner erhalten einen Überprüfungsauftrag, den Vertrag nach § 118 Abs. 2 Satz 2 SGB V dahingehend anzupassen, dass den psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 Abs. 2 Satz 1 SGB V sowie den psychosomatischen Institutsambulanzen nach § 118 Abs. 3 SGB V eine Teilnahme an der Versorgung nach § 92 Abs. 6b SGB V ermöglicht wird.

### B Stellungnahme

- a) Die Zulassungsausschüsse erhalten mit der Neuregelung, bei Bedarf, die nötigen Handlungsbefugnisse, um den psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 Abs. 1 und Abs. 4 eine sachgerechte Teilnahme an der Versorgung nach § 92 Abs. 6b SGB V zu ermöglichen, weswegen die Neuregelung begrüßt wird.
- b) Die Vertragspartner nach § 118 Abs. 2 erhalten mit der Neuregelung die nötigen Handlungsbefugnisse, um den psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen eine sachgerechte Teilnahme an der Versorgung nach § 92 Abs. 6b SGB V zu gewährleisten. Auch diese Neuregelung ist grundsätzlich sinnvoll. Allerdings wird der Einbezug psychosomatischer Institutsambulanzen nach § 118 Abs. 3 SGB V kritisch bewertet, weil die Versorgung nach § 92 Abs. 6b SGB V „insbesondere schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf“ adressiert. Mit der Einbeziehung psychosomatischer Institutsambulanzen besteht die Gefahr einer Ausweitung der Patientengruppe mit psychosomatischen Versorgungserfordernissen, was sich negativ auf einen effizienten Ressourceneinsatz und die Versorgungswirksamkeit auswirken kann. Vor diesem Hintergrund ist die Gesetzesbegründung dahingehend anzupassen, dass Einrichtungen nach § 118 Abs. 3 SGB V von einer Teilnahme an der Versorgung nach § 92 Abs. 6b SGB V ausgeschlossen sind. Es wird als ausreichend bewertet, wenn psychosomatische Institutsambulanzen bei Bedarf über eine Überweisung hinzugezogen werden.

### C Änderungsvorschlag

- a) Keiner.
- b) Es wird folgender Halbsatz hinzugefügt: „dies gilt nicht für Einrichtungen nach Absatz 3.“

## Art. 1 Nr. 33 § 120 „Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen“

### A Beabsichtigte Neuregelung

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

b) Abweichend von den Vergütungsvereinbarungen, die auf Landesebene mit den Vertragspartnern geschlossen werden, soll die Vergütung der Leistungen, die die psychiatrischen Institutsambulanzen im Rahmen der Versorgung nach § 92 Abs. 6b SGB V erbringen, nach den Bestimmungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen erfolgen.

### B Stellungnahme

a) und c) Mit der hier vorliegenden Regelung wird auf bestehende Leistungen der Notfallversorgung, die bereits heute entsprechend vergütet werden, zurückgegriffen. Ergänzend wird der Leistung ein standardisierter Prozess zur Ersteinschätzung als Abrechnungsvoraussetzung durch das Gesetz hinzugefügt. Vor dem Hintergrund, dass der Gesetzgeber mit dem ersten Entwurf für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung vom 8. Januar 2020 einen Vorschlag für die Notfallversorgung vorgelegt hat, der ein Ersteinschätzungsverfahren unter Einbeziehung der beteiligten Akteure an der Notfallversorgung vorsah, überrascht der Entwurf insofern, als er nun lediglich einen Baustein aus dem Gesetz zur Umsetzung vorbereitet. Er lässt jedoch (im Unterschied zur ersten Fassung des Referentenentwurfs dieses Gesetzes) erfreulicherweise offen, wie die Leistungserbringer vor Ort die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten für den Prozess der Ersteinschätzung sowie den weiteren Behandlungsablauf organisieren. Auch der Rettungsdienst, der kommunikationstechnisch angebunden sein sollte, wird im Gesetz nicht erwähnt.

Grundsätzlich ist die Anwendung standardisierter Verfahren zur Ersteinschätzung notwendig und wird von der AOK-Gemeinschaft ausdrücklich gefordert. Es ist daher zu begrüßen, dass zunächst der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hierzu Vorgaben entwickeln soll. Somit werden nicht nur die Kassenärztliche Bundesvereinigung, sondern auch Vertretungen der Krankenhäuser und der Gesetzlichen Krankenkassen aktiv beteiligt. Die gemeinsame Entwicklung verbindlicher Ersteinschätzungsverfahren ist insofern von erheblicher Bedeutung, als die Notfallversorgung mehrere Sektoren einbeziehen muss. Die Vorgaben des GBA sollen laut der aktuellen Fassung des Gesetzesentwurfs auch die Qualifikation des medizinischen Personals bestimmen, womit nicht zwingend eine Entscheidung bezüglich der Prozessverantwortung im Rahmen einer Richtlinie getroffen werden muss. Vor dem Hintergrund, dass der Gesetzesentwurf zur Reform der Notfallversorgung eine wesentlich umfänglichere Prozessverantwortung aller an der Notfallversorgung Beteiligten vorsah, erscheint diese Regelung nunmehr im Unterschied zur Fassung des

Referentenentwurfs als Einstieg vertretbar. Insofern erscheint auch eine Begründung wie sich die Regelung in den Prozess einfügt, der mit den Eckpunkten zur Notfallversorgung bzw. dem Entwurf für ein Gesetz zur Reform der Notfallversorgung skizziert wurde, zu diesem Zeitpunkt noch verzichtbar. Diese beträfe insbesondere das Zusammenspiel von Leistungserbringern der Krankenhäuser und der Kassenärztlichen Vereinigungen im Krankenhaus als auch die Einbindung der Rettungsdienste. Darüber hinaus betrifft dieses weitere vom Rettungsdienst und von Krankenhäusern genutzte Ersteinschätzungsverfahren. Zumindest für die kommende Legislaturperiode sollte die Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Prozesse und Strukturen in dieser Hinsicht im Blick behalten werden.

b) Grundsätzlich ist die Klargestellung zu begrüßen, dass sich die Vergütung von Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen nur dann nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab richten sollen, wenn diese im Rahmen der Versorgung nach § 92 Abs. 6b SGB V erbracht werden. Ebenso sinnvoll ist die Regelung, dass die Vergütung für diese Leistungen weiterhin unmittelbar durch die Krankenkassen erfolgt. Allerdings besteht mit der Neuregelung die Gefahr von Doppelvergütungen bei Überschneidung bisheriger Leistungen psychiatrischer Institutsambulanzen und Leistungen nach § 92 Abs. 6b SGB V. In beiden Versorgungsbereichen werden insbesondere Personen mit schweren psychischen Krankheitsbildern adressiert. Bereits heute findet in psychiatrischen Institutsambulanzen eine berufsübergreifende Versorgung anhand multiprofessioneller Teams statt, mit den Zielen, unter anderem die Behandlungsabläufe zu optimieren und Behandlungskontinuität zu gewährleisten. Dies überschneidet sich mit den Anforderungen an eine berufsübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung nach § 92 Abs. 6b SGB V. Um hier ökonomische Fehlanreize zu vermeiden und eine Doppelvergütung auszuschließen, sind die auf Landesebene von den Vertragspartnern getroffenen Vergütungsvereinbarungen nach § 120 Abs. 2 SGB V um die Leistungen nach § 92 Abs. 6b SGB V anzupassen.

### **C Änderungsvorschlag**

a) und c) Keiner.

b) Absatz 2 Satz 7 wird wie folgt angepasst:

„Abweichend von den Sätzen 2 und 3 soll die Vergütung der Leistungen, die die psychiatrischen Institutsambulanzen im Rahmen der Versorgung nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 6b erbringen, nach entsprechenden Bestimmungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen mit dem Preis der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung erfolgen; in den Vereinbarungen nach Satz 2 sind geeignete Regelungen zu treffen, die eine Vergütung von Leistungen sowohl nach dieser Vereinbarung als auch der Euro-Gebührenordnung ausschließt.“

**Art. 1 Nr. 35 § 130a „redaktionelle Klarstellung“****A Beabsichtigte Neuregelung**

Es handelt sich um eine Folgeregelung, die durch die Änderung des § 131 SGB V verursacht wird.

**B Stellungnahme**

Die Anpassung des Verweises ist sachgerecht.

**C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Art. 1 Nr. 36 § 130b „Erstattungsbeträge“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

### **B Stellungnahme**

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

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## Art. 1 Nr. 37 § 131 „Rahmenvertrag zur Datenübermittlung“

### A Beabsichtigte Neuregelung

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

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

### B Stellungnahme

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

Daneben sollten aber im Sinne der Rechtsbereinigung und Klarstellung das Kennzeichen zur Verordnungsfähigkeit von Verbandmitteln gestrichen. Dies ist im tatsächlich umgesetzten Normensetzungsverfahren des G-BA nach § 31 Absatz 1a SGB V nicht zielführend, weil der G-BA keine konkreten Produkte bewertet, sondern lediglich generell-abstrakte Produktgruppen bildet.

### C Änderungsvorschlag

Ergänzender Änderungsbedarf:

§ 131 Absatz 4 Satz 3 Ziffer 5 wird wie folgt gefasst:

für Produkte nach § 31 Absatz 1 Satz 2 ein Kennzeichen zur Verordnungsfähigkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung.



**Art. 1 Nr. 38 § 132a Absatz 4 Satz 6 „Häusliche Krankenpflege“****A Beabsichtigte Neuregelung**

Verträge gem. § 132a Absatz 4 Satz 6 SGB V im Bereich der häuslichen Krankenpflege sollen künftig nur mit Leistungserbringern geschlossen werden dürfen, die die notwendige Zuverlässigkeit aufweisen.

**B Stellungnahme**

Die beabsichtigte Regelung ist sachgerecht. Es ist erforderlich, die Zuverlässigkeit als Anforderung gesetzlich vorzusehen, da diese einen 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.

**C Änderungsvorschlag**

Keiner.

**Art. 1 Nr.39 § 132e SGB V „Grippeschutzimpfung 2021/2022“****A Beabsichtigte Neuregelung**

Eine Bevorratung mit saisonalen Grippeimpfstoffen von bis zu 30 % mehr als den tatsächlich verimpften Dosen gilt nicht als unwirtschaftlich.

**B Stellungnahme**

Angesichts des zu erwartenden Mehrbedarfs an Influenza-Impfstoffen in der kommenden Saison im Zuge der gewachsenen Sensibilität der Bevölkerung zur Notwendigkeit von Impfungen aufgrund der Corona-Pandemie und der damit verbundenen Schwierigkeit zur passgenauen Abschätzung ist die Regelung nachvollziehbar.

Es bleibt jedoch weiterhin fraglich, ob die Änderungen des TSVG mit der Verlagerung des Monitorings der Vorbestellungen an die KVen sowie dass PEI sachgerecht sind und zu einer sicheren und wirtschaftlichen Beschaffung führen. Tatsächlich steht zu befürchten, dass zahlreiche Impfdosen in einzelnen Apotheken oder gar Arztpraxen nicht zur Anwendung kommen, während diese an anderer Stelle fehlen.

**C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Art. 1 Nr. 40 § 136a „Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Ein weiterer Absatz wird an die bestehenden Regelungen angefügt. Der G-BA wird aufgefordert eine Richtlinie zu beschließen, die einheitliche Anforderungen definiert, um die Öffentlichkeit mit allgemeinverständlichen Informationen bezogen auf die Qualität in der Versorgung zu versorgen. Insbesondere sollen einrichtungsbezogene, vergleichende und risikoadjustierte Übersichten festgelegt werden. Diese neue Richtlinie ist bis zum 31.12.2022 zu erarbeiten und erfasst für die einheitlichen Anforderungen für die Information der Öffentlichkeit, neben den zugelassenen Krankenhäusern auch die Vertragsärzte, die medizinischen Versorgungszentren und die ermächtigten Ärzte. Ausdrücklich erlaubt ist auch die Nutzung der Daten gem. § 299, die bereits zum Zwecke der Qualitätssicherung erhoben wurden. Ebenso werden Datenquellen nutzbar gemacht, die z.B. beim IQTIG vorliegen.

### **B Stellungnahme**

Die geplante Verzahnung aller zum Zwecke der Qualitätssicherung erhobenen Daten aus den bereits etablierten Richtlinien und Beschlüssen im Bereich der Qualitätssicherung nach Maßgabe § 299 SBG V mit dem Ziel, mehr Transparenz und weitere Qualitätsverbesserungen in der medizinischen Versorgung zu erzielen, wird ausdrücklich begrüßt. Insbesondere der Einrichtungsbezug ermöglicht auch eine Darstellung von im Zeitablauf festgestellten Veränderungen. Die jährlich veröffentlichten Qualitätsberichte werden sinnvoll ergänzt. Notwendige Verknüpfungen von vorhandenen Datenquellen und deren Auswertungen können jetzt herangezogen werden, um eine bessere im Sinne von einer umfassenden Darstellung der Qualität der Versorgung durchzuführen ohne weitere oder andere Daten erheben zu müssen. Durch die Nutzung bereits erhobener Daten und die Definierung einheitlicher Anforderungen entsteht kein Mehraufwand für Leistungserbringer und ein transparenter und zweckgebundener Umgang mit Qualitätssicherungsdaten wird gewährleistet.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## Art. 1 Nr. 41 § 136b „Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus“

### A Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigten Neuregelungen betreffen die Bereiche:

#### a) Förderung von Qualitätsverträgen

##### a. (41a Doppelbuchstabe bb)

Weitere vier Leistungen oder Leistungsbereiche bis 31.12.2023 sind durch den G-BA festzulegen

##### b. (41f Doppelbuchstabe bb)

Erarbeitung von Empfehlungen durch den G-BA bis 31.10.2029 zum Nutzen der Qualitätsverträge als Instrument der Qualitätsentwicklung

##### c. (41f Doppelbuchstabe bb)

Veröffentlichung der Qualitätsverträge inklusive Rahmendaten (Vertragspartner, Leistungen oder Leistungsbereiche und die Laufzeit) beim G-BA ab 2021; Daten werden vom IQTIG geliefert

#### b) Konkretisierung bezüglich Mindestmengen

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

##### 1. (41a Doppelbuchstabe aa)

Ausnahmetatbestände werden gestrichen.

##### 2. (41b)

Verpflichtung des G-BA kontinuierlich bereits festgelegte und weitere Mindestmengen zu prüfen.

##### 3. (41b)

Maximal zwei Jahre Beratungszeit für neue Leistungen oder zur Anpassung oder Bestätigung von bereits bestehenden Mindestmengen werden festgelegt.

##### 4. (41b)

Kombination mehrerer Mindestmengeneingriffe als Voraussetzung zur Leistungsberechtigung (Fehlanreizminimierung) möglich.

5. (41 b)

gleichzeitige Mindestanforderungen an Struktur- und Prozessqualität können aufgenommen werden.

6. (41b)

BMG erhält Antragsrecht auf Prüfung zu Beratungen zur Festlegung einer Mindestmenge.

7. (41b)

Übergangsregelung wird eingefügt, um bestehende Beratungsverfahren nicht zu tangieren.

8. (41b Absatz 4)

Verfahrensordnung wird erweitert durch:

- a. Regelungen zur Auswahl planbarer Leistungen sowie zur Festlegung der Höhe einer Mindestmenge.
- b. Festlegung zur Operationalisierung.
- c. Einbeziehung von Fachexperten und Fachgesellschaften.
- d. Umsetzung Prüfauftrag zur Einhaltung der Fristvorgabe.
- e. Voraussetzungen zur Festlegung von gleichzeitig zu erfüllenden Mindestanforderungen an Struktur- und Prozessqualität.

9. (41c Doppelbuchstabe bb und cc)

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen müssen Prognosen widerlegen, wenn begründete erhebliche Zweifel bestehen. Regelbeispiele, wann erhebliche Zweifel bestehen, werden durch den G-BA bis zum 01.01.2022 festgelegt. Die Ergebnisse und Entscheidungsgründe der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen sind nur noch dem G-BA zu übermitteln. Der G-BA informiert die zuständigen Landesbehörden.

10. (41c Doppelbuchstabe dd)

Klagen haben keine aufschiebende Wirkung mehr; Gültigkeit ab der Prognose für das Jahr 2023.

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

(41g) Der Auftrag an den G-BA Festlegungen bezüglich qualitätsabhängigen Zu- oder Abschlägen zu treffen, wird aufgehoben.

## **B Stellungnahme**

### **Zu a) Qualitätsverträgen**

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

### **Zu b) Mindestmengen**

Die vorgeschlagenen Änderungen können wesentlich dazu beitragen, die derzeit schwierigen Erarbeitungen im G-BA voranzubringen. Ein fester Zeitplan, dessen Einhaltung zukünftig dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages berichtet werden muss und konkrete Vorgaben für die Änderung der Verfahrensordnung tragen allein durch die organisatorischen Vorgaben des Gesetzes dazu bei. Inhaltlich kann durch eine Kombination aus Mindestmenge sowie Struktur- und Prozessqualität ein größerer Fokus zur Verbesserung der Versorgungsqualität erreicht werden. Dies und die mögliche Kombination mehrerer Regelungen führt zur Minimierung von Fehlanreizen. Die Stärkung der Einbeziehung von Fachexperten und Fachgesellschaften trägt zur Akzeptanz und zusätzlicher Qualitätssicherung bei. Eine Aufnahme in die Verfahrensordnung ist zur Sicherung der Einbindung von Expertenwissen zielführend.

Die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen haben die Prüfung der Prognosen in der Vergangenheit auf Grundlage der vorgelegten Unterlagen und ggf. weiterer Unterlagen hochprofessionell durchgeführt. Die Aussagen in der Gesetzesbegründung „Dies ist erforderlich, weil der Eindruck besteht, dass Krankenkassen teilweise im Hinblick auf etwaige aufwendige Rechtsstreitigkeiten von der Widerlegung der Prognose Abstand genommen haben“ wird zurückgewiesen, da sie sachlich und inhaltlich falsch sind. Weder sind es die Krankenkassen, die hier handeln, noch ist diese Behauptung in irgendeiner Weise belegt. Vielmehr ist die Widerlegung ein aufwendiger Prozess, da die Informationsbasis asymmetrisch ist. Für Krankenhausstandorte, die nicht die Mindestmenge erfüllen und dennoch eine positive Prognose für das nächste Jahr vorlegen, sollte deshalb den Krankenhausträgern auferlegt werden, dies ausführlich zu begründen. Zum Beispiel dadurch, dass alle Leistungsfälle mit Datum/je Monat vorgelegt werden müssen, um ein detailliertes Bild des Leistungsgeschehens vorzulegen. Dies und

weitere mögliche Mindestinformationsangaben sollten ebenso beschrieben werden wie Ablehnungsgründe der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen. Eine verbesserte Informationsbasis ist zwingend erforderlich, um die einheitlichen Widerlegungsmöglichkeiten der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen zu stärken. Ein entsprechender Einschub im neuen Absatz 5 ist aufzunehmen. Der Einschub, dass Klageverfahren keine aufschiebende Wirkung mehr haben, wird ausdrücklich begrüßt. Allerdings ist dies auch auf die erstmalige oder erneute Leistungserbringung in Anwendung zu bringen. Für diese Leistungsberechtigung erfolgt laut Mindestmengenregelung keine Entscheidung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen. Für die erstmalige und erneute Leistungserbringung besteht lediglich eine Anzeigepflicht.

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

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

Ein weiterer Punkt, der die einheitlichen Widerlegungsmöglichkeiten der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen stärkt, ist die verbindliche Aufnahme eines zweiten Zwölfmonatszeitraums in der gesetzlichen Regelung, der unstreitig eine Entscheidung auf aktuellsten Daten ermöglichen würde. Die Vorgabe in der Verfahrensordnung ist nicht ausreichend.

Es sollte die Möglichkeit der zuständigen Landesbehörde, zusätzliche Leistungsberechtigungen auszusprechen, gestrichen werden. Durch die Durchführung und Bewertung einer Folgeabschätzung je Mindestmenge ist dies nicht mehr notwendig zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung. Nicht vom Krankenhaus zu vertretende Umstände bleiben weiterhin erhalten und Notfälle sind ebenfalls vollständig abgedeckt.

### **Zu c) Qualitätszu- und Abschläge**

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

## C Änderungsvorschlag

Keiner zu a)

Änderungsvorschlag zu b)

### I. Zusatz (41c Doppelbuchstabe bb)

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

### II. Zusatz (41c Doppelbuchstabe aa)

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

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

### III. Zusatz (41c Doppelbuchstabe dd)

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

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

### IV. Zusatz (41f neu)

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

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



V. Zusatz in § 136b Absatz 4 Satz 4:

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

VI. Streichung § 136b SGB V Absatz 5

Keiner zu c)

## **Art. 1 Nr. 42 § 137 Abs. 2 „Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

### **B Stellungnahme**

Mit der Regelung wird eine unabdingbare Voraussetzung zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung geschaffen. Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt. Keine Veränderung im Vergleich zum Referentenentwurf, daher weiterhin kein Änderungsbedarf.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Art. 1 Nr. 43 § 137a „Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

### **B Stellungnahme**

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

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

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Art. 1 Nr. 44 § 137b „Aufträge des Gemeinsamen Bundesausschusses an das Institut nach § 137a“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Bei Aufträgen zur Entwicklung von Patientenbefragungen nach § 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 soll der Gemeinsame Bundesausschuss ab dem 1. Januar 2022 eine barrierefreie Durchführung vorsehen; für bereits erarbeitete Patientenbefragungen soll er die Entwicklung der barrierefreien Durchführung bis zum 31. Dezember 2025 nachträglich beauftragen.

### **B Stellungnahme**

Die Durchführung von Patientenbefragungen nach § 137a Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 barrierefrei zu gestalten, ist konsequent, insbesondere in Hinblick auf die Ergänzung zur Durchführung von Patientenbefragungen auch in digitaler Form. Es sollte allerdings geprüft werden, ob die gesetzten Fristen mit den Ressourcen des IQTIG vereinbar sind und insbesondere bei bestehenden Befragungen fehlende technische Umsetzungsmöglichkeiten einen Einbruch bei den Rücklaufzahlen zur Folge hätten.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Art. 1 Nr. 45 § 137 d „Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

### **B Stellungnahme**

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

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Art.1 Nr. 46 § 137e Absatz 4 „Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“**

### **A Sachverhalt**

In § 137e Abs. 4 ist geregelt, dass die von den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern und nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern im Rahmen der Erprobung erbrachten und verordneten Leistungen unmittelbar von den Krankenkassen vergütet werden. In der Regelung fand sich bisher keine weitere Angabe zu dem konkreten Abrechnungsverfahren. Mit dem jetzigen Vorschlag soll für die Abrechnung der entsprechenden Leistungen der Erprobungsverfahren § 295 Abs. 1b Satz 1 entsprechend gelten. Der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Vereinigungen haben sich über das Nähere zur Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens zu einigen. Dies schließt auch die erforderlichen Vordrucke für die Abrechnung und die Verordnung von Leistungen sowie deren Kennzeichnung ein. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorübergreifende Schiedsgremium nach § 89a.

### **B Stellungnahme**

Zu begrüßen ist, dass der Gesetzgeber Vorgaben für das Abrechnungsverfahren und die Verwendung von Vordrucken bei Erprobungsregelungen treffen will.

Die analoge Verwendung des § 295 1b Satz 1 ist jedoch nicht sachgerecht, weil diese Regelung explizit getroffen wurde, wenn keine Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen an den dort aufgeführten Vertragsformen existiert.

Richtiger und weniger aufwändig ist es, die gleichfalls bereits existierenden Abrechnungswege zu nutzen, so dass auch im Rahmen von Erprobungsregelungen die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer über die Kassenärztlichen Vereinigungen gem. § 295 Abs. 1 und die nach §108 zugelassenen Krankenhäuser gem. § 301 mit den Krankenkassen abrechnen können. Diese stellen für Vertragsärzte wie für zugelassene Krankenhäuser das gängigere Abrechnungsverfahren dar.

### **C Änderungsvorschlag**

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

Nach Satz 1 werden folgende Sätze angefügt: „Für die Abrechnung der nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser gilt § 301 entsprechend. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren das Nähere zu den im Rahmen der Erprobung erforderlichen Vordrucke für die Verordnung von Leistungen einschließlich Kennzeichnung dieser Vordrucke“

## **Art. 1 Nr. 47 § 137f Abs. 1 Satz 3 „Einführung eines DMP Adipositas“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

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

### **B Stellungnahme**

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

Gemäß § 137f Abs. 1 Satz 1 SGB V legt der 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 vorgenommen.

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

Mit der gesetzlichen Festlegung eines DMP Adipositas greift der Gesetzgeber in den dem 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 Absatz 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 adäquate DMP zu Depression sowie zu chronischen Rückenschmerzen beschlossen wurde.

### **C      Änderungsvorschlag**

§ 137f Absatz 1 Satz 3 wird gestrichen.



## **Art. 1 Nr. 48 § 137i Abs. 1 Satz 6 „Pflegepersonaluntergrenzen“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Bereits bisher galten Pflegepersonaluntergrenzen nach Satz 6 nicht für die stationären Einrichtungen der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung, da für diese der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) einschlägige Mindestvorgaben gem. § 136a Absatz 2 Satz 1 festgelegt hat. Die Regelung wird nun durch Einfügung der § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und § 136a Absatz 5 insofern erweitert, als dass die Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i auch dann nicht gelten, soweit der G-BA im Rahmen der Festlegung von Mindestanforderungen strengere Vorgaben für die Ausstattung mit erforderlichem Pflegepersonal normiert. Adressiert werden soll durch diese Einfügung insbesondere die Festlegung von konkreten Vorgaben für das Verhältnis von Patientin bzw. Patient zur Pflegekraft im Sinne eines Pflegeschlüssels durch den G-BA. Mit der Ergänzung wird auch klargestellt, dass die Aufgabenzuweisung in § 137i SGB V die Befugnis des G-BA gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V nicht beschränkt.

### **B Stellungnahme**

Bei der Regelung handelt es sich um eine Klarstellung hinsichtlich der Zuständigkeiten bei der Festlegung von Personalvorgaben. Sowohl das BMG kann auf Grundlage des § 137i SGB V, wie auch der G-BA auf Grundlage des § 136a Abs. 2 Satz 1 und § 136a Absatz 5 SGB V Mindestanforderungen an Pflegepersonal normieren. Mit dem vorgesehenen Einschub im § 137i SGB V wird klargestellt, dass von den Personalvorgaben des BMG die Vorgaben des G-BA unberührt bleiben. Zu nennen ist hier beispielsweise die Richtlinie zur Kinderherzchirurgie, die für den Regelfall ein Verhältnis von einer Pflegekraft zu je zwei Patientinnen oder Patienten auf der fachgebundenen kinder-kardiologischen Intensiveinheit vorgibt. Auch weitere Richtlinien des G-BA – wie etwa die Richtlinie zur Kinderonkologie, die Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen oder die Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchorten-aneurysma – enthalten eine Vielzahl von Vorgaben für das vorzuhaltende Pflegepersonal. Insofern ist die Regelung folgerichtig. Es ist jedoch auf die Überschneidungsfreiheit der Regelungsinhalte zu achten.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## Art. 1 Nr. 49 § 137j „Pflegepersonalquotienten“

### A Beabsichtigte Neuregelung

#### Buchstabe a)

Bei der Ermittlung des Pflegepersonalquotienten sind für die Zahl der zu berücksichtigenden Vollzeitkräfte die dem InEK nach § 21 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe e des Krankenhausentgeltgesetzes übermittelten Daten zu Grunde zu legen. Die Änderung stellt klar, dass das Pflegehilfspersonal und sonstiges für die Pflege am Bett eingesetztes Personal bei der Zahl der anzurechnenden Vollzeitkräfte nur bis zu einer bestimmten Höhe berücksichtigt wird, um dem unterschiedlichen Qualifikationsniveau des in der Pflege eingesetzten Personals Rechnung zu tragen. Demgegenüber ist das Pflegefachpersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen in voller Höhe einzubeziehen. Als Pflegefachpersonal ist das Pflegepersonal zu bezeichnen, das über eine Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 1 Absatz 1, § 58 Absatz 1 oder Absatz 2 oder § 64 des Pflegeberufgesetzes verfügt. Durch die unterschiedliche Berücksichtigung der Pflegekräfte wird die hervorgehobene Rolle des Pflegefachpersonals für die Sicherung der pflegerischen Versorgungsqualität bekräftigt und die Aussagekraft des Pflegepersonalquotienten insgesamt gestärkt. Die Höhe des berücksichtigungsfähigen, nicht examinierten Pflegepersonals orientiert sich an dem Verfahren zur Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 137i SGB V. Bei diesem Verfahren wurden die Verhältniszahlen auf Basis eines empirisch abgeleiteten sogenannten „Perzentil- bzw. Quartilansatzes“ ermittelt. In Anlehnung an dieses Verfahren erfolgt die Anrechnung des nicht examinierten Pflegepersonals bis zur Höhe der jeweils obersten Quartilgrenze der Anteile an Pflegehilfskräften bzw. sonstigem Pflegepersonal. Der über diese Quartilgrenze hinausgehende Einsatz von Pflegehilfskräften und sonstigem Pflegepersonal bleibt bei der Ermittlung der Anzahl der Pflegekräfte somit unberücksichtigt.

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

auf Pflegehilfspersonal bzw. sonstiges Personal zur Erfüllung pflegerischer Aufgaben zurückgreift.

Buchstabe b)

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

Buchstabe c)

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

## **B Stellungnahme**

Buchstabe a)

Die Harmonisierung der Regelungen zum Einbezug von Pflegehilfspersonal in den §§ 137i und 137j SGB V wird begrüßt. So wird sichergestellt, dass nicht in unbegrenztem Umfang Pflegefachpersonal durch anderes Pflegepersonal ersetzt wird. Jedoch ist die Formulierung nicht eindeutig und eine Berechnung nicht durchführbar. Es ist nicht nachvollziehbar, warum an dieser Stelle auf die oberste Quartilsgrenze abgestellt wird. Danach wird eine besonders hohe Quote an Hilfspersonal akzeptiert. Außerdem ist die Berechnungsgrundlage für dieses oberste Quartilsgrenze nicht eindeutig definiert. Nachteilig ist auch, dass der Bezug zu den Pflegepersonaluntergrenzen lediglich in der Gesetzesbegründung aufgeführt ist. Hier wird allerdings Bezug auf die Berechnungsgrundlage der Pflegepersonaluntergrenzen genommen. Diese sind nicht bekannt. In der PpUGV selbst ist lediglich für die einzelnen Untergrenzen der maximal mögliche Anteil des einsetzbaren Hilfspersonals vorgegeben. Dieser variiert zwischen 5 und 20 Prozent. Eine ähnlich eindeutige Regelung ist auch für den Pflegepersonalquotienten wünschenswert. Zumal hier auch die Differenzierung der pflegesensitiven Bereiche abgebildet wird, die sich in der Realität als sinnvoll erwiesen hat. Denkbar ist hilfsweise auch eine eindeutige Quotierung des Hilfspersonals wie sie in der Richtlinie nach § 136a Abs. 2 SGB V vorgenommen worden ist.

Nach derzeitigem Wissensstand wird der Pflegepersonalquotient lediglich als eine einzelne Zahl je Standort ausgewiesen, die nicht weiter aufgegliedert wird. Zur Vergleichbarkeit der Personalausstattung und deren Qualität, die sich sicherlich auch in der Qualifikation des eingesetzten Personals widerspiegelt, ist es erforderlich, dass der je Standort eingeflossene Anteil an Hilfspersonal ausgewiesen wird. Der Pflegepersonalquotient soll schließlich auch dem Patienten Auskunft über die pflegerische Versorgung im betreffenden Krankenhausstandort geben. Nur so wird

ein wesentlicher Beitrag zur Patientensicherheit geleistet. Gerade bei der Umsetzung des Pflegebudgets im DRG-Bereich ist eine große Kreativität mancher Krankenhausträger bei der Deklaration von Pflegepersonal zu beobachten, wo sogar Tischler dem Pflegepersonal zugeordnet werden. Derartige Auswüchse sind im Sinne der Patientensicherheit unbedingt zu vermeiden.

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

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

#### Buchstabe b)

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

#### Buchstabe c)

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

## C Änderungsvorschlag

Zu Buchstabe a

Streichung des Begriffs "oberste Quartilsgrenze". Harmonisierung dieser Regelung mit Anrechnungsquoten in der PpUGV oder hilfsweise mit der Höchstgrenze von 10 Prozent für Hilfspersonal analog der Regelung in der Richtlinie nach § 136a Abs. 2 SGB V.

Zu den Buchstaben b und c)

Keiner.

Ergänzender Änderungsbedarf in Abs. 2:

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

## **Art. 1 Nr. 51 § 199a „Informationspflichten bei krankenversicherten Studenten“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

### **B Stellungnahme**

Folgerichtige Änderung redaktioneller Art.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## Artikel 1 Nr. 52 § 219a Abs. 1 „Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland“

### A Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

### B Stellungnahme

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

Die beabsichtigte Neuregelung würde insbesondere folgende Probleme aufwerfen:

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

Angesichts der Verantwortung der Krankenkassen für die eigene Haushaltsführung (§§ 29 Abs. 3 und 76 Abs. 1 SGB IV, Vorstandshaftung) und vor dem Hintergrund der Insolvenzfähigkeit der Krankenkassen, darf die DVKA keine einseitigen Entscheidungen zum Verzicht auf sachgerechte und rechtmäßige Forderungen der deutschen Kassen bzw. zur Begründung nicht sachgerechter/unrechtmäßiger Zahlungsverpflichtungen zu Lasten der betroffenen deutschen Kassen treffen.

Die Krankenkassen können bereits heute prüfen, ob die Beanstandung fehlerhafter ausländischer Forderungen wirtschaftlich ist, und ggf. auf die Beanstandung verzichten (§§ 29 Abs. 3 und § 76 Abs. 2 SGB IV). Von dieser Möglichkeit machen sie im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben auch Gebrauch. Aufgrund ihrer größeren Sachnähe können die Krankenkassen eine Entscheidung zum Verzicht auf Beanstandungen qualifizierter treffen als die DVKA.

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

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

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

- a. Es gibt bereits Beispiele aus der Praxis, die deutlich höhere finanzielle Risiken belegen (z.B. die von einem anderen EU-Staat – auch politisch - vehement eingeforderte Bezahlung eines nicht fristgerecht eingereichten Forderungspakets in zweistelliger Millionenhöhe zu Lasten einer deutschen Krankenkasse).
- b. Die finanziellen Auswirkungen von durch die DVKA einseitig begründeten Forderungsverzichte oder Zahlungsverpflichtungen gegenüber dem Ausland können die Einzelkassen unterschiedlich stark belasten.

Forderungsverzichte gehen insbesondere zu Lasten derjenigen Krankenkassen, die den Großteil der Sachleistungsaushilfe für im Ausland versicherte Personen in Deutschland erbringen und abwickeln. Dies sind vor allem die AOKs. Das heißt: Während evtl. Verwaltungskosteneinsparungen der DVKA allen gesetzlichen Kassen gemäß ihrem jeweiligen Mitgliederanteil zu Gute kommen, werden die Forderungsausfälle- sowohl mengenmäßig als auch in ihrer Höhe – überproportional vor allem die AOKs treffen (ca. 65% der deutschen Forderungen bei einem Marktanteil (Versichertenzahlen) aller betroffenen Krankenkassen von ca. 32% in 2018). Dies würde zu einem Wettbewerbsvorteil für die Kassen führen, die gar nicht oder kaum Sachleistungsaushilfe in Deutschland durchführen (erfahrungsgemäß liegen die Aushilfekosten von ca. 94 der 105 deutschen Krankenkassen unterhalb des diesbezüglichen GKV-Durchschnitts).

- c. Eine Fokussierung auf die wirtschaftliche Durchführung der Kostenabrechnung durch die DVKA ist nicht zielführend bzw. kann die vorgenannten finanziellen Belastungen der betroffenen Krankenkassen nicht „überkompensieren“. Zudem ist die Berechnung und die Höhe der in der Begründung genannten durchschnittlichen Verwaltungskosten für den Abschluss eines Beanstandungsvorgangs nicht auf der Basis dafür geeigneter reprä-



sentativer durchschnittlicher Verwaltungskosten erstellt. Sie beruhen allein auf den Angaben einer einzelnen Kasse und der DVKA. Vielmehr führt die Umsetzung eines GKV-weiten Verzichts auf Beanstandungen zu einem höheren Verwaltungsaufwand gerade auf Seiten der wenigen Krankenkassen (insbes. der AOKs), die bereits seit Jahren sehr wirtschaftlich elektronisch mit der DVKA abrechnen. Diese Kassen müssen für jeden Mindestbetragsfall aufwendig manuell in die elektronischen Abrechnungen eingreifen, da eine IT-gestützte Umsetzung mindestens für die nächsten zwei Jahre noch nicht möglich ist, weil die knappen IT-Ressourcen vereinbarungsgemäß auf die fristgerechte Umsetzung des EU-weiten grenzüberschreitenden elektronischen Datenaustauschs (EESSI) konzentriert sind. Die Abrechnungssoftware muss für den Beanstandungsverzicht kostenaufwendig und mit IT-ressourcenbedingtem langem zeitlichen Vorlauf geändert werden.

### 3. Schaffung von Fehlanreizen bei der Durchführung der Kostenabrechnung

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

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

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

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

## C Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Neuregelung wird gestrichen.

## **Art. 1 Nr. 53 § 226 Absatz 2 „Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtig Beschäftigter“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

### **B Stellungnahme**

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

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

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Art. 1 Nr. 54 § 231 Absatz 1 „Erstattung von Beiträgen“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

### **B Stellungnahme**

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

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

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

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

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## **Art. 1 Nr. 55 § 240 Absatz 5 „Beitragspflichtige Einnahmen freiwilliger Mitglieder“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

### **B Stellungnahme**

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

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Art. 1 Nr. 56 § 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

### **B Stellungnahme**

Die Regelung schert aus dem bisherigen Grundsatz aus, wonach hauptberuflich selbstständige oder andere generell versicherungsfreie Personen wie Beamte kein Beitragszuschuss für eine nebenbei ausgeübte - dem Grunde nach – versicherungspflichtige Beschäftigung zusteht. Da sich die Regelung weder auf die Finanzen der GKV noch auf den Verwaltungsaufwand der Krankenkassen auswirkt, kann sie mitgetragen werden.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## Art. 1 Nr. 57 § 266 „Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich), Verordnungsermächtigung“

### A Beabsichtigte Neuregelung

Infolge der Neuregelung des Krankengeldes werden nur noch die Versicherten mit Krankengeldbezug nach § 44 SGB V Risikogruppen zugeordnet, während das Kinderkrankengeld als Ist-Kostenausgleich zugewiesen wird. Bis einschließlich Ausgleichsjahr 2022 gilt dagegen die bisherige Regelung weiter.

### B Stellungnahme

Mit dem GWB-Digitalisierungsgesetz wurde für das Jahr 2021 der maximale Zeitraum für den Anspruch auf das Kinderkrankengeld erhöht und ein neuer Anspruchsgrund für fehlende Kinderbetreuung geschaffen. Zur Refinanzierung der resultierenden Mehrausgaben der GKV ist zwar ebenda ein zusätzlicher Bundeszuschuss an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds geregelt. Es fehlt darin allerdings eine Regelung, dass diese zusätzlichen Mittel auch zuweisungserhöhend an die Krankenkassen fließen und nicht in der Liquiditätsreserve verbleiben - eine Refinanzierung der Mehrkosten in der GKV erfolgt daher de facto nicht. Nach Ansicht der AOK-Gemeinschaft ist dieser Bundeszuschuss für das Jahr 2021 zuweisungserhöhend an die Krankenkassen zu berücksichtigen. Die geplante Neuregelung zum Ausgleich des Kinderkrankengeldes ist in diesem Zuge auf das Ausgleichsjahr 2021 vorzuziehen (siehe hierzu unsere Stellungnahme zu Artikel 1 Nummern 59 und 61).

### C Änderungsvorschlag

In Kombination mit dem Änderungsvorschlag zu Art. 1 Nr. 61 wird Art. 1 Nr. 57 Buchstabe b) wie folgt gefasst:

„Die Zuordnung der Versicherten zu Risikogruppen, die nach dem Anspruch der Mitglieder auf Krankengeld zu bilden sind, erfolgt für das Ausgleichsjahr 2020 danach, ob die Mitglieder Anspruch auf Krankengeld nach den §§ 44 und 45 haben.“

## **Art. 1 Nr. 58 § 267 SGB „Datenverarbeitung für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

### **B Stellungnahme**

Die Änderung ist sachgerecht im Sinne der Folgegutachterempfehlung.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Art. 1 Nr. 59 § 269 „Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

### **B Stellungnahme**

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



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

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

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

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

Zu Absatz 6: Die Regelung ist in Bezug auf die Absätze 1 und 3 sachgerecht. Eine Umsetzung der Gutachtervorschläge für das Krankengeld nach § 44 SGB V und Auslandsversicherte vor

2023 ist aufgrund der Anforderungen des Abschlagsverfahrens und der erforderlichen Analytik für die konkrete Ausgestaltung im Rahmen der Modellfestlegung nicht möglich.

Mit dem GWB-Digitalisierungsgesetz wird ein ergänzender Bundeszuschuss an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gezahlt. Dieser dient zur Finanzierung der resultierenden Mehrausgaben für das Kinderkrankengeld in 2021 aus der zeitlich befristeten und pandemiebedingten Ausweitung des Leistungsanspruchs für Kinderkrankengeld. Der dort ebenfalls geregelte ergänzende Bundeszuschuss für den Ausgleich der resultierenden Mehrausgaben für die GKV wirkt allerdings nicht zuweisungserhöhend für die Krankenkassen, sondern verbleibt nach aktueller Rechtslage in der Liquiditätsreserve. Eine tatsächliche Refinanzierung der Mehrkosten erfolgt daher nicht. Nach Ansicht der AOK-Gemeinschaft ist dieser Bundeszuschuss für das Jahr 2021 zuweisungserhöhend für die Krankenkassen zu berücksichtigen. Die geplante Neuregelung zum Ausgleich des Kinderkrankengeldes ist in diesem Zuge mit dem Ziel einer zielgenauen Zuweisung im RSA-Jahresausgleich auf das Ausgleichsjahr 2021 vorzuziehen (siehe hierzu auch unsere Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 61).

Zu Absatz 7: Die Regelung ist sachgerecht.

Zu Absatz 8: Die Regelung ist sachgerecht.

## C Änderungsvorschlag

In Art. 1 Nr. 59 ist der Absatz 1 zu streichen.

In Kombination mit dem Änderungsvorschlag zu Art. 1 Nr. 61 wird Art. 1 Nr. 59 Absatz 2 wie folgt gefasst:

„(2) Ab dem Ausgleichsjahr 2021 werden die Leistungsausgaben der einzelnen Krankenkassen nach § 45 durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds vollständig ausgeglichen. Die Krankenkassen übermitteln ab dem Berichtsjahr 2021 für jedes Jahr bis zum 15. August des jeweiligen Folgejahres die Summe der Leistungsausgaben nach § 45 je Krankenkasse über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an das Bundesamt für Soziale Sicherung.“

In Kombination mit dem Änderungsvorschlag zu Art. 1 Nr. 61 wird Art. 1 Nr. 59 Absatz 6 wie folgt gefasst:

„(6) Für das Ausgleichsjahr 2020 gelten die Vorgaben des Absatz 1 in der bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung. Für die Ausgleichsjahre 2020 bis 2022 gelten die Vorgaben des Absatz 2 in der bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung.“

**Art. 1 Nr. 60 § 270a „Einkommensausgleich“****A Beabsichtigte Neuregelung**

Es wird eine redaktionelle Änderung in Folge der Änderung des § 271 SGB V durch das GPVG vorgenommen.

**B Stellungnahme**

Es handelt sich um eine sachgerechte Rechtsbereinigung.

**C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## Art. 1 Nr. 61 § 271 „Gesundheitsfonds“

### A Beabsichtigte Neuregelung

Der Liquiditätsreserve sollen im Jahr 2021 190 Millionen Euro entnommen werden und dem Bundesministerium für Gesundheit als Ersatz für die Beschaffung Persönlicher Schutzausrüstung (PSA) zur Verwendung in den ärztlichen und zahnärztlichen Praxen, hier insbesondere Schutzmasken verschiedener Art (FFP2, FFP3 und Mund-Nasen-Schutz (MNS)), Handschuhe, Schutzanzüge und -kittel, Schutzbrillen sowie Desinfektionsmittel, gezahlt werden.

### B Stellungnahme

Die Änderung wird in der Form abgelehnt. In 2021 werden schon so viele Entnahmen aus der Liquiditätsreserve aufgrund von Gesetzen vorgenommen, dass sogar die gesetzlich vorgeschriebene Mindestreserve unterschritten würde. Die Finanzierung über den Gesundheitsfonds kommt daher nur dann in Betracht, wenn gleichzeitig entsprechende Bundesmittel zur Verfügung gestellt werden.

Die in der Gesetzesbegründung genannten Ausführungen stellen dabei den Sachverhalt in Teilen unzutreffend dar. Die zentral beschaffte Schutzausrüstung ist durch die Arzt- und Zahnarztpraxen für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung wie auch alle weiteren von ihnen behandelten Personengruppen genutzt worden, ohne dass danach weiter differenziert werden kann: Die Schutzausrüstung wurde und wird im normalen Praxisalltag unabhängig davon verwendet, wie Patienten versichert sind. Gleichzeitig fließt der von der PKV gezahlte Hygienezuschlag unmittelbar den niedergelassenen Ärzten zu, stellt also eine Honorierung bzw. Aufwandsersatzung für diese dar, ohne dass eine Verrechnung mit den Beschaffungskosten für die vom BMG zur Verfügung gestellte Schutzausrüstung stattfinden würde – die Kosten des BMG für PSA und Desinfektionsmittel sind damit von den privaten Krankenversicherern und Beihilfeträgern schlicht nicht abgegolten. Dass sich eine Institution pauschal und ohne exakte Rechnungslegung aus der Liquiditätsreserve und damit aus Versichertengeldern bedienen können soll, wird abgelehnt.

Es handelt sich insgesamt bei den Ausgaben für Schutzausrüstung um gesamtgesellschaftliche Ausgaben zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung im Zuge der Corona-Pandemie. Eine Finanzierung aus Bundesmitteln ist sachgerecht; eine Finanzierung ausschließlich durch die gesetzliche Krankenversicherung über den Gesundheitsfonds ist es indes nicht.

Aus Transparenzgründen ist es zudem erforderlich, dass die Krankenkassen auf KV bzw. KZV-Ebene erfahren, für was die Mittel ausgegeben wurden, weil es auch regionale Zukäufe gegeben hat, die die gesetzlichen Krankenkassen finanziert haben. Hierzu bedarf es Kenntnisse über die tatsächlichen Bedarfe auf Landesebene.

Die nach dem GWB-Digitalisierungsgesetz zusätzlich für das erweiterte Kinderkrankengeld an die Liquiditätsreserve gezahlten Bundesmittel in Höhe von 300 Mio. Euro sind zuweisungs-erhöhend im Ausgleichsjahr 2021 an die Krankenkassen auszusahlen. Dies dient der Finanzierung der tatsächlichen Mehrausgaben im Jahr 2021 in Folge einer zeitlich befristeten und pandemiebedingten Ausweitung des Leistungsanspruchs für Kinderkrankengeld. Hierzu ist dieser Betrag bei der Ermittlung der Zuweisungen nach § 266 Absatz 6 SGB V durch das BAS zu berücksichtigen (siehe hierzu auch unsere Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 59). Eine dementsprechende Ergänzung des Absatzes 2 ist erforderlich, damit eine Anpassung der Zuweisungen im monatlichen Abschlagsverfahren nach in Kraft treten dieses Gesetzes im Jahr 2021 erfolgt.

### **C      Änderungsvorschlag**

Die beabsichtigte Regelung ist zu streichen, sofern die Liquiditätsreserve nicht um einen Ausgleich aus Bundesmitteln in gleicher Höhe aufgestockt wird.

Das BMG übermittelt ferner dem GKV-SV bei der Entnahme der Mittel aus dem Liquiditätsfonds eine Übersicht, die die Verteilung der beschafften Schutzausrüstung bezgl. Art, Menge, Kosten und Zeitraum auf KV bzw. KZV-Bezirksebene darstellt.

Zur Sicherstellung der Refinanzierung der Mehrausgaben in der GKV für Kinderkrankengeld im Jahr 2021 wird Art. 1 Nr. 61 wie folgt gefasst:

„Der zusätzliche Bundeszuschuss nach § 221a Absatz 2 Satz 1 ist im Jahr 2021 bei der Ermittlung der Höhe der Zuweisungen nach § 266 Absatz 6 zu berücksichtigen.“

## **Art. 1 Nr. 62 § 273 „Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

### **B Stellungnahme**

Es handelt sich um eine sachgerechte Rechtsbereinigung.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Art. 1 Nr. 63, § 275 Abs. 6 SGB V - Formerfordernis Gutachten**

### **Art. 1 Nr. 63, § 275 Abs. 6 SGB V „Formerfordernis Gutachten“**

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

#### **B Stellungnahme**

Die Änderung ist grundsätzlich sachgerecht.

Allerdings ist die Formulierung einer „fallabschließenden“ gutachterlichen Stellungnahme irreführend, da der Medizinische Dienst lediglich eine medizinisch gutachtliche Bewertung in einem Fall abgibt. Über einen Fallabschluss insbesondere auch unter Berücksichtigung juristischer Belange im Zusammenhang mit der Verfolgung von Schadenersatzansprüchen bei Behandlungsfehlern entscheidet der Medizinische Dienst nicht. Um dem „Abschluss“ der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst gerecht zu werden, sollte klarstellend das Wort „abgeschlossen“ verwendet werden.

#### **C Änderungsvorschlag**

In § 275 Absatz 6 wird das Wort „fallabschließende“ durch das Wort „abgeschlossene“ ersetzt.

## **Art. 1 Nr. 64 § 275b Absatz 4 und 5 „Abstimmung der Prüfungen mit Heimaufsicht“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

### **B Stellungnahme**

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

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

### **C Änderungsvorschlag**

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

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



## **Art. 1 Nr. 65 § 276 Absatz 2 Satz 2 „Transparenz für Leistungserbringer bei Anforderung von Daten für Begutachtungen des MD“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

### **B Stellungnahme**

Die Krankenkassen nutzen einen etablierten Prozess des Mitteilungsmanagements für die Anforderung von Versichertendaten bei einem Leistungserbringer, der diese dem Medizinischen Dienst übermittelt. Die beabsichtigte Änderung, den Zweck der Begutachtung regelhaft mitzuteilen, ist sachgerecht.

Es muss jedoch klargestellt werden, dass Unterstützungsleistungen für die Versicherten durch die Kranken- und Pflegekassen hiervon unberührt bleiben, da eine direkte Übersendung der versichertenbezogenen Daten im Falle der Unterstützung der Versicherten gemäß § 66 SGB V nicht zielführend und nicht sachgerecht wäre. Anhand der Behandlungsunterlagen berät die Kasse ihre Versicherten hinsichtlich potentieller Behandlungsfehler und etwaiger sich daraus ergebender Schadensersatzansprüche und legt die möglichen Handlungsoptionen für den geschädigten Patienten dar. Gemeinsam mit dem betroffenen Versicherten werden die Fragestellungen für den Gutachtenauftrag erarbeitet, die für den Patienten Klarheit im Hinblick auf den Verdacht eines Behandlungs- oder Pflegefehlers bringen soll. Häufig müssen für eine Begutachtung die Behandlungsdokumentationen mehrerer Behandler herangezogen werden, die im Vorfeld sortiert, auf Vollständigkeit geprüft und aufbereitet werden müssen. Dieser Aufwand sollte aufgrund der ohnehin begrenzten Ressourcen nicht an die Medizinischen Dienste übertragen werden, zumal die Unterlagen in der Regel sehr umfangreich sind.

Gleiches gilt für die den Kassen gesetzlich übertragene Aufgabe der Durchführung von Ersatz- und Erstattungsansprüchen (§ 76 Abs. 1 SGB IV), die sich aus Behandlungs- und Pflegefehlern ergeben. Auch für die in diesem Zusammenhang erforderlichen Begutachtungen müssen die Unterlagen vorab in den Kassen aufbereitet und die auf den Einzelfall bezogenen Gutachtenaufträge mit den jeweils individuellen Fragestellungen erarbeitet werden.

### **C Änderungsvorschlag**

§ 276 Absatz 2 Satz 2 wird um folgenden Halbsatz ergänzt:

„; die Durchführung von Erstattungs- und Ersatzansprüchen sowie die Unterstützung der Versicherten bei Behandlungs- und Pflegefehlern (§§ 66 SGB V und 115 Abs. 3 Satz 7 SGB XI) bleiben hiervon unberührt.“

## Art. 1 Nr. 66 § 277 „Mitteilungspflichten“

### A Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

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

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

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

### B Stellungnahme

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

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

**Zu Satz 2, zweiter Halbsatz bis Satz 3:** Die Zulässigkeit der Übermittlung des Gutachtenergebnisses an Leistungserbringer bei Gutachten und Stellungnahmen des MD nach § 275 Abs. 3 Satz 4 SGB V an die Voraussetzung der Einwilligung des Versicherten zu knüpfen, ist sachgerecht.

Dieses Erfordernis entspricht dem legitimen Interesse der Versicherten an Autonomie bei der Durchsetzung möglicher zivilrechtlicher Ansprüche.

**Zu Satz 4:** Die ausnahmslose Übersendung von Gutachten seitens der Medizinischen Dienste an die Versicherten lässt solche Fallkonstellationen außer Acht, in denen die Übersendung im Patienteninteresse gerade nicht angezeigt ist. Beispielhaft seien hier Gutachten für Betreute oder auch psychiatrische Gutachten bei hochgradig suizidgefährdeten Patienten genannt.

Aber auch darüber hinaus ist es nicht im Patienteninteresse und daher nicht sachgerecht, wenn die Gutachten vom Medizinischen Dienst kommentarlos an die Versicherten übermittelt werden würden. Die Rechtsbeziehung im Zusammenhang mit Gutachtauftrag besteht ausschließlich zwischen der Kasse und dem Medizinischen Dienst. Partner im Beratungsprozess des § 66 SGB V sind der Versicherte und seine Kasse. Die Gutachten sind daher an die beauftragende Krankenkasse zu übermitteln, die sie - von begründeten Ausnahmefällen abgesehen - verpflichtend den Versicherten in diesem Beratungsprozess zur Verfügung stellt. Für diesen Übermittlungsweg spricht zum einen, dass sich die Versicherten bereits im Vorfeld des Gutachtens für die Beratung/Unterstützung durch ihre Krankenkassen selbstbestimmt entschieden haben. Zum anderen hat die Praxis gezeigt, dass Versicherte nicht nur bei dem Gutachtauftrag, sondern ebenso beim Erhalt des Gutachtens, ohne begleitende Beratung in der Regel überfordert sind. Als medizinische Laien sind sie regelmäßig nicht in der Lage, die Gutachten auf Schlüssigkeit und Vollständigkeit zu prüfen und die etwaige Notwendigkeit einer weitergehenden Begutachtung zu erkennen. Hier ist eine Unterstützung durch die Kassen unerlässlich, da die meisten Versicherten nicht anwaltlich vertreten sind. Insbesondere Gutachten, die einen Behandlungsfehler nicht bestätigen, müssen den Versicherten für eine Akzeptanz erklärt werden. Dies schont auch Ressourcen der Gerichte. Darüber hinaus würde es eine Ungleichbehandlung in der Unterstützung der Versicherten bedeuten, wenn deren Umfang davon abhängt, wer Auftragnehmer des Gutachtauftrages war.

Daher ist die Übersendung der Gutachten direkt an die Krankenkasse mit grundsätzlich verpflichtender Weitergabe an die Versicherten sachgerecht. Darüber hinaus spricht für diesen Weg, dass die Kranken- und Pflegekassen im Interesse der Versichertengemeinschaft regelmäßig eigene Forderungen prüfen - auch unabhängig von den Versicherten - und ggf. durchsetzen müssen. Die im Wege der Legalzession übergegangenen Ansprüche (§ 116 SGB X) sind von den Kassen grundsätzlich als Einnahmen vollständig zu erheben (§ 76 Abs. 1 SGB IV).

### **C Änderungsvorschlag**

In Nr. 57 wird § 277 Abs. 1 Satz 4 wie folgt formuliert: „Der Medizinische Dienst übermittelt die Gutachten nach § 275 Abs. 3 Satz. 1 Nr. 4 SGB V mit Einwilligung der Versicherten sowie die zur Prüfung übergegangener Ersatzansprüche erstellten Gutachten nach § 116 SGB X in schriftlicher oder elektronischer Form vollständig an die beauftragenden Krankenkassen. Die Krankenkassen haben ihren Versicherten gemäß § 66 SGB V im Beratungsprozess die sie betreffenden vollständigen Gutachten – von begründeten Ausnahmefällen abgesehen - zur Verfügung zu stellen.“

**Art. 1 Nr. 67 § 279 Absatz 5 Satz 7 „Aufhebung des Verbotes der Drittfiananzierung für Vertreter der Berufsgruppen im Verwaltungsrat der Medizinischen Dienste“**

**A Beabsichtigte Neuregelung**

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

**B Stellungnahme**

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

**C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Art. 1 Nr. 68 § 295 „Übermittlungspflichten und Abrechnung bei ärztlichen Leistungen“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Regelung sieht vor, dass bei der Übermittlung der Daten je Vertragsnummer diese um die Diagnose ergänzt wird. Dies gilt für alle Abrechnungsformen der Verträge nach §§ 73b und 140a SGB V (vgl. a) und b)).

### **B Stellungnahme**

Die vorgeschlagene Änderung erscheint im Sinne einer Vollständigkeit von Datenmeldungen nachvollziehbar.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Art. 1 Nr. 70 § 301 „Übermittlungsbefugnis der Reha-Einrichtungen“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Mit dem neuen Absatz 4a ist vorgesehen, dass Reha-Einrichtungen, die Reha-Leistungen durchführen, welche in die Zuständigkeit der Rentenversicherung nach § 15 SGB VI und der Unfallversicherung nach § 33 SGB VII fallen, verpflichtet sind, der zuständigen Krankenkasse bei Erwerbstätigen (z.B. beschäftigte Arbeitnehmer, Arbeitslose mit Bezug von Arbeitslosengeld, Selbständige) mit einem Anspruch auf Krankengeld nach § 44 für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen im Zusammenhang mit der Bestimmung der Dauer des Krankengeldanspruchs und der Mitteilung an den Arbeitgeber über die auf den Entgeltfortzahlungsanspruch des Versicherten anrechenbaren Zeiten sowie zur Zuständigkeitsabgrenzung bei stufenweiser Wiedereingliederung in das Erwerbsleben die Angaben im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Das jetzt bestehende Papierverfahren wird damit abgelöst.

### **B Stellungnahme**

Der Änderungsvorschlag ist sachgerecht und wird aus fachlicher Sicht begrüßt und unterstützt. Bereits in der Vergangenheit gab es intensive Gespräche zwischen der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und den gesetzlichen Krankenkassen, um das bestehende Papierverfahren durch ein elektronisches Verfahren zu ersetzen. Es fehlte jedoch die gesetzliche Legitimation, dass die Reha-Einrichtungen auch in den Fällen die erforderlichen Angaben an die Krankenkasse übermittelt, in denen die DRV oder Unfallversicherung für die erbrachte Reha-Leistung zuständig ist. Mit der nun geplanten Verpflichtung zur Übermittlung der erforderlichen Angaben an die Krankenkasse kann das bestehende Papierverfahren durch ein elektronisches Verfahren ersetzt und gleichzeitig auch die manuellen Bearbeitungsabläufe optimiert werden.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Art. 1 Nr. 71 § 302 „redaktionelle Anpassung“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Aufgrund des mit der Änderung des Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vom 06. Mai 2019 in § 33 Absatz 1 neu eingefügten Abschnitts sieht der Gesetzgeber die Notwendigkeit einer bisher unterbliebenen redaktionellen Anpassung in § 302 Absatz 1 Satz 1.

### **B Stellungnahme**

Die vorgesehene redaktionelle Änderung ist nachvollziehbar.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Art. 1 Nr. 72 § 403 „Übergangsregelung zur enteralen Ernährung“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Der bisher auf einer Übergangsregelung beruhende Leistungsanspruch gesetzlich Versicherter auf die Versorgung mit bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung soll aus Gründen der Rechtssicherheit und Rechtsbereinigung in die Regelleistung überführt werden. Aufgrund dieser in § 31 Absatz 5 SGB V erfolgten Änderungen wird die Übergangsregelung aufgehoben.

### **B Stellungnahme**

Die Aufhebung ist nachvollziehbar, da keine Übergangsregelung mehr benötigt wird.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.



## Artikel 2 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

### Art. 2 Nr. 1 § 25 Familienversicherung

#### A Beabsichtigte Neuregelung

Freiwilligendienste nach dem Jugendfreiwilligendienstegesetzes oder nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz sind eine Beschäftigung im sozialversicherungsrechtlichen Sinn und unterliegen der Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 1. Freiwilligendienstleistende haben insoweit grundsätzlich den gleichen Versicherungsschutz in der GKV wie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Soweit Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 besteht, ist nach § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 die Durchführung einer Familienversicherung ausgeschlossen. Während für Freiwilligendienste nach dem Jugendfreiwilligendienstegesetz noch Anwendungsbereiche der Regelung bestehen, ist dies beim Bundesfreiwilligendienst nicht der Fall. Ein im vertragslosen Ausland, das heißt in einem Staat außerhalb des Geltungsbereichs des europäischen Gemeinschaftsrechts oder ohne Sozialversicherungsabkommen, abgeleiteter Freiwilligendienst nach dem Jugendfreiwilligendienstegesetz unterliegt regelmäßig nicht der Sozialversicherungspflicht. In diesen Fällen ist die Durchführung einer beitragsfreien Familienversicherung grundsätzlich möglich. Der Bundesfreiwilligendienst kann dagegen nur in der Bundesrepublik Deutschland abgeleistet werden. Eine Familienversicherung kommt deshalb für diese versicherungspflichtige Personengruppe nicht in Betracht. Die Regelung ist daher insoweit obsolet.

#### B Stellungnahme

Es handelt sich um eine Rechtsbereinigung.

#### C Änderungsvorschlag

Keiner.

**Art. 2, Nr. 2 § 57 Abs. 1 Satz 1 „Beitragspflichtige Einnahmen“****A Beabsichtigte Neuregelung**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nr. 53. Demnach können die gleichen Maßstäbe zur Beitragsfeststellung wie in der Krankenversicherung herangezogen werden.

**B Stellungnahme**

Folgeänderung zu § 226 Abs. 2 SGB V.

**C Änderungsvorschlag**

Keiner.

**Art. 2, Nr. 3 § 61 Abs. 1 „Beitragszuschüsse für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und Privatversicherte“****A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Regelung folgt der in § 257 SGB V beabsichtigten Einführung eines Beitragszuschusses für Freiwilligendienstleistende, die nicht von der Versicherungspflicht erfasst werden, weil sie beispielsweise noch hauptberuflich selbstständig Erwerbstätig sind oder aufgrund anderer gesetzlicher Regelungen nicht versicherungspflichtig werden. § 61 Abs. 1 Satz 3 SGB XI sieht künftig vor, dass der freiwillig versicherte Freiwilligendienstleistende einen dem pflichtversicherten Freiwilligendienstleistenden äquivalenten Anspruch auf Beitragszuschuss hat.

**B Stellungnahme**

Wie auch schon in der Stellungnahme zu § 257 SGB V passt die Regelung nicht in die sonstige Struktur der Personen, die Anspruch auf einen Beitragszuschuss haben. Da sich die Regelung weder auf die Finanzen der GKV noch auf den Verwaltungsaufwand der Krankenkassen auswirkt, kann sie jedoch mitgetragen werden.

**C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 3 Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte**

### **Art. 3 § 39 Abs. 2 „Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989) Beitragsberechnung für versicherungspflichtige landwirtschaftliche Unternehmer“**

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nr. 53. Demnach können die gleichen Maßstäbe zur Beitragsfeststellung wie im SGB V herangezogen werden. Abweichend ist lediglich, dass hier nicht der Regelungen des GKV-Spitzenverbands, sondern der Satzung SVLFG heranzuziehen sind.

#### **B Stellungnahme**

Es wird die Anwendbarkeit zur Beitragsfestsetzung nach § 240 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 4a SGB V angeordnet. Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 226 Abs. 2 SGB V.

#### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 4 Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes**

### **Art. 4 Nr. 1 und 2 § 192 Abs. 7 „Vertragstypische Leistungen des Versicherten“**

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Regelung betrifft die im Notlagentarif der PKV versicherten Personen. Leistungserbringer sollen künftig die Möglichkeit haben, ihre Leistungen auch direkt beim Versicherer abrechnen zu können, um damit eine höhere Zahlungssicherheit zu erlangen. Zusätzlich wird in Nummer 2 geregelt, dass der Versicherer für Personen im Notlagentarif Leistungserstattungen nicht vorrangig mit Beitragsschulden aufrechnen kann.

#### **B Stellungnahme**

Es handelt sich um Regelungen, die nicht die GKV betreffen. Daher erfolgt keine weitere Stellungnahme.

#### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## Artikel 5 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

### Art. 5 Nr. 1 § 8 Voraussetzung der Förderung

#### A Beabsichtigte Neuregelung

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

#### B Stellungnahme

Streichung wird befürwortet, Folgeänderung § 136b SGB V.

#### C Änderungsvorschlag

Keiner.

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

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Buchstabe a)

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

Buchstabe b)

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

### **B Stellungnahme**

Buchstabe a)

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

Buchstabe b)

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

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Art. 5 Nr. 3 § 17d Abs. 9 „Einführung PEPP-System“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Buchstabe a)

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

Buchstabe b)

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

### **B Stellungnahme**

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

Das InEK wird jedoch weniger Daten erhalten, da die in der Psych-PV enthaltenen Informationen zu den einzelnen Behandlungsbereichen mit der neuen Regelung weder über die Informationen nach § 21 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe a) noch e) KHEntgG abgedeckt sind. Dieser Datenverlust behindert die Weiterentwicklung des PEPP-Systems durch das InEK in einem wesentlichen Umfang. Gerade in dem sensiblen Bereich der Pflege entstehen durch diesen Datenverlust Unschärfen. Außerdem werden hier die psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken von einer Datenlieferung ausgenommen, die von den somatischen Kliniken gegenüber dem InEK zu erbringen ist. Diese Ungleichbehandlung ist inhaltlich nicht zu begründen.



**C      Änderungsvorschlag**

Es ist sicherzustellen, dass die Daten nach § 17d Absatz 9 Satz 2 KHG in der aktuellen Fassung auch zukünftig in geeigneter Form dem InEK übermittelt werden. Dies kann über eine Erweiterung der Datenübermittlung im Rahmen der PPP-Richtlinie nach § 136a Abs. 2 SGB V erfolgen.

## **Artikel 6 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**

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

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

#### **B Stellungnahme**

Änderung ist sachgerecht und wird befürwortet.

#### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.

**Art. 6 Nr. 2a und 4b § 5 „Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen und § 9 Abs. 1a Vereinbarung auf Bundesebene“**

**A Beabsichtigte Neuregelung**

a) § 5 Absatz 3a wird aufgehoben.

b) § 9 Aufhebung der Nummer 4.

**B Stellungnahme**

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

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

**C Änderungsvorschlag**

a) Keiner.

b) Keiner.

**Art. 6, Nr. 4 § 18 Abs. 4 „Pflegesatzverfahren“****A Beabsichtigte Neuregelung**

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

**B Stellungnahme**

Änderung ist sachgerecht und wird befürwortet.

**C Änderungsvorschlag**

Keiner.

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

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

### **B Stellungnahme**

Änderung ist sachgerecht und wird befürwortet.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Art. 6 Nr. 1 § 4 Abs. 9 „Hygieneförderprogramm“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

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

### **B Stellungnahme**

Die Änderungen sind sachgerecht und werden befürwortet.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.

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

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Buchstabe 2b:

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

Buchstabe 4a:

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

Um die klinischen Sektionen als Qualitätssicherungsinstrument zu stärken, soll künftig eine größere Anzahl an Krankenhäusern die klinischen Sektionen, die zum Zweck der Qualitätssicherung durchgeführt wurden, über den Zuschlag nach § 5 Absatz 3b refinanzieren können. Zudem soll Planungssicherheit für die Krankenhäuser dahingehend geschaffen werden, dass jede durchgeführte klinische Sektion, die die für die Qualitätssicherung erforderlichen Mindestanforderungen erfüllt und nicht anderweitig finanziert wird, über den Zuschlag für klinische Sektionen zu refinanzieren ist. Zu diesem Zweck wird die Festlegung einer erforderlichen Sektionsrate sowie

die Vorgabe von indikationsbasierten Auswahlkriterien für die zu obduzierenden Todesfälle aufgehoben. Die bereits bestehende Obduktionsvereinbarung ist von den Vertragsparteien auf Bundesebene entsprechend kurzfristig anzupassen. Dabei sollen die Festlegung von Mindestanforderungen an die Durchführung klinischer Sektionen zur Qualitätssicherung sowie die Vorgaben zur Ermittlung und Berechnung des Zuschlags beibehalten werden.

## **B Stellungnahme**

Buchstabe 2b:

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

Buchstabe 4a:

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

## **C Änderungsvorschlag**

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

Buchstabe 4a: Streichung der Regelung



## **Art. 6, Nr. 3 und 5 bb § 8 „Berechnung der Entgelte“ und § 10 „Vereinbarung auf Landesebene“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

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

### **B Stellungnahme**

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

Nummernstreichung ist Folgeänderung § 136b SGB V.

### **C Änderungsvorschlag**

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

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

oder

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

**Art. 6 Nr. 6 § 11 Abs. 1 und Abs. 3 „Vereinbarungen auf Einzelhausebene“****A Beabsichtigte Neuregelung**

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

**B Stellungnahme**

Änderungen sind sachgerecht und werden befürwortet.

**C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## Art. 6 Nr. 7 § 15 Abs. 3 „Laufzeit“

### A Beabsichtigte Neuregelung

Gesetzlich nachvollzogen wird das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 5. Dezember 2019 (Az. 3 C 28.17). Wenn die Entgelte erst nach Beginn des Vereinbarungszeitraums vereinbart und genehmigt werden, erfolgt damit auch für NUB-Entgelte ein Ausgleich von Mehr- oder Mindererlösen.

### B Stellungnahme

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

### C Änderungsvorschlag

Streichung des neu eingefügten Satz 3.

Ergänzender Änderungsbedarf in Abs. 3:

Es wird ein neuer Satz 3, 4 und 5 eingeführt:

„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 Organspende

### Art. 10 Nr. 1 bis 5 „Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende“

#### A Beabsichtigte Neuregelung

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

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

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

#### B Stellungnahme

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

#### C Änderungsvorschlag

Keiner

## Artikel 11 Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

### Art. 11 Nr. 1 § 2 Risikogruppen

#### A Beabsichtigte Neuregelung

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

#### B Stellungnahme

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

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

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

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

#### C Änderungsvorschlag

Keiner

## **Art. 11 Nr. 2 § 7 Verarbeitung von Daten für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

### **B Stellungnahme**

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

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

Zu a) aa) ccc): Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung.

Zu a) aa) ddd): Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Umsetzung der gemäß § 269 Abs. 5 Satz 1 SGB V vorgesehenen Datenmeldungen zur Weiterentwicklung des Zuweisungsverfahrens für Krankengeld. Insbesondere bei den Daten der Nummern 12 bis 15 verweisen beide Gutachter auf Schwierigkeiten in den Datengrundlagen, welche die Nutzbarkeit der Einkommensinformationen z.T. erheblich einschränken. Auf unsere Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 59 und Artikel 11 Nr. 6 sei verwiesen.

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

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

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## Art. 11 Nr. 3 § 8 Auswahl und Anpassung des Versichertenklassifikationsmodells

### A Beabsichtigte Neuregelung

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

### B Stellungnahme

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

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

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

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

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

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

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

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

### C Änderungsvorschlag

Keiner

## **Art. 11 Nr. 4 § 9 Datenmeldungen für den monatlichen Ausgleich**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Durch die Anpassung des § 9 RSAV erfolgt künftig auch die Meldung des Gemeindeschlüssels mit den Daten für das monatliche Abschlagsverfahren.

### **B Stellungnahme**

Zu a): Es handelt sich um eine sachgerechte Änderung infolge der Aufnahme des amtlichen Gemeindeschlüssels in die Datenmeldung. Die Meldung des amtlichen Gemeindeschlüssels für das Abschlagsverfahren ist aus Sicht der AOK-Gemeinschaft eine sachgerechte Maßnahme zur Verbesserung der Zielgenauigkeit des Abschlagsverfahrens.

Zu b): Es handelt sich um eine sachgerechte Änderung infolge der Aufnahme des amtlichen Gemeindeschlüssels in die Datenmeldung.

Zu c): Es handelt sich um eine sachgerechte Änderung infolge der Aufnahme des amtlichen Gemeindeschlüssels in die Datenmeldung.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner



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

### A Beabsichtigte Neuregelung

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

### B Stellungnahme

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

Die Beauftragung einer neuen Evaluation ist in Anbetracht der unterschiedlichen Ergebnisse des Erst- und Folgegutachtens für das Zuweisungsverfahren Krankengeld grundsätzlich sachgerecht. Eine erneute Begutachtung sollte sich aber nicht auf einen Vergleich der bislang von den Gutachtern empfohlenen Modelltypen beschränken. Es erscheint dringend geboten, Lösungsansätze für die bereits von den Erstgutachtern adressierte Problematik im kalendertäglichen Zahlbetrag<sup>1</sup> und die Unschärfen in den Einkommensdaten zu erarbeiten. Aus den unter Artikel 1 Nr. 59 genannten Gründen spricht sich die AOK-Gemeinschaft nachdrücklich für die Umsetzung des Vorschlags der Folgegutachter auch im Bereich Krankengeld ab dem Ausgleichsjahr 2023 aus.

### C Änderungsvorschlag

Keiner

---

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

## Art. 11 Nr. 6 § 11 Zuweisungen für das Krankengeld

### A Beabsichtigte Neuregelung

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

### B Stellungnahme

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

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

### C Änderungsvorschlag

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

„§ 11 Zuweisungen für das Krankengeld

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

## Art. 11 Nr. 7 § 18 Jahresausgleich

### A Beabsichtigte Neuregelung

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

### B Stellungnahme

Die vorgenommenen Änderungen sind sachgerecht. Darüber hinaus sollte aber auch die Zuweisungssystematik für die Krankengeldausgaben nach § 44 SGB V angepasst werden. Vgl. hierzu unsere Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 59 und Art. 11 Nr. 6.

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

Zu a) bb): Da die Folgegutachter einen umsetzungsreifen Vorschlag vorgelegt haben, der zu einer erheblichen Verbesserung der Modellgüte für den Zuweisungsbereich Krankengeld führt, lehnt die AOK-Gemeinschaft die Beibehaltung des aktuellen Krankengeldstandardisierungsverfahrens für Versicherte mit Krankengeldanspruch nach § 44 SGB V einschließlich der GKV-FQWG-Sonderregelungen ab. Auf unsere Stellungnahme zu Art. 11 Nr. 6 wird verwiesen.

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

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

### C Änderungsvorschlag

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

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

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

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

## **Art. 11 Nr. 8 § 19 Ausschluss auffälliger Risikogruppen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Es wird eine redaktionelle Änderung vorgenommen.

### **B Stellungnahme**

Die Änderung ist sachgerecht.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## Art. 11 Nr. 9 § 20 Prüfung der Datenmeldungen

### A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung entfällt die bisherige Ausnahmeregelung für den Arztgruppenschlüssel, da dieser nicht Bestandteil der Datenmeldung ist.

### B Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht.

### C Änderungsvorschlag

Keiner

## Art. 11 Nr. 10 § 27 Übergangsregelung

### A Beabsichtigte Neuregelung

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

### B Stellungnahme

Die Änderung ist in Bezug auf die Zuweisungen für Auslandsversicherte und das Krankengeld nach § 44 SGB V sachgerecht. Ergänzend ist in Satz 2 darauf hinzuweisen, dass für das Ausgleichsjahr 2020 die Risikogruppen für das Krankengeld auch nach dem Merkmal „Minderung der Erwerbsfähigkeit“ zu differenzieren sind. Anzupassen ist der Verweis auf § 11, da dieser die Umsetzung eines Krankengeld-Versichertenklassifikationsmodells beinhalten sollte, das ebenfalls ab dem Jahr 2023 gültig ist.

Nach Ansicht der AOK-Gemeinschaft ist der mit GWB-Digitalisierungsgesetz geregelte ergänzende Bundeszuschuss für die Mehrausgaben der GKV für das Kinderkrankengeld im Jahr 2021 zuweisungserhöhend für die Krankenkassen zu berücksichtigen. Die geplante Neuregelung zum Ausgleich des Kinderkrankengeldes ist in diesem Zuge mit dem Ziel einer zielgenauen Zuweisung im RSA-Jahresausgleich auf das Ausgleichsjahr 2021 vorzuziehen (siehe hierzu auch unsere Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 61).

### C Änderungsvorschlag

Art. 11 Nr. 10 wird wie folgt geändert:

In Satz 2 wird nach „differenziert nach Alter und Geschlecht“ ergänzt: „sowie für das Ausgleichsjahr 2020 zusätzlich nach Minderung der Erwerbsfähigkeit“.

Für den Fall der Umsetzung des Vorschlags, den Istausgabenausgleich für das Kinderkrankengeld auf das Jahr 2021 vorzuziehen:

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

Dem § 27 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Für die Ausgleichsjahre 2020 bis 2022 gelten nach Maßgabe des § 269 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch § 8 Absatz 5 Satz 1, 5 und 6, § 11 und § 18 Absatz 1 Satz 2 und 3 in der bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung. Der Zuordnung der Versicherten zu Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 ist für das Ausgleichsjahr 2020 das Vorliegen eines Anspruchs auf Krankengeld nach den §§ 44 und 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, differenziert nach Alter, Geschlecht und Minderung der Erwerbsfähigkeit, zu Grunde zu legen.“

## Artikel 12 Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

### Art. 12 Nr. 1 § 18 „Voraussetzungen für die Zulassung“

#### A Beabsichtigte Neuregelung

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

#### B Stellungnahme

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

#### C Änderungsvorschlag

Keiner.



## Art. 12 Nr. 2 § 26 „Ruhe, Entziehung und Ende der Zulassung“

### A Beabsichtigte Neuregelung

- a) Mit der Neuregelung des § 95e SGB V werden Vertragsärzte verpflichtet, sich ausreichend gegen die sich aus ihrer Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren zu versichern und den Versicherungsschutz entsprechend nachzuweisen. In Absatz 4 dieses Paraphen wird geregelt, wann der Zulassungsausschuss bei Nichteinhaltung das Ruhen der Zulassung zu beschließen hat. In § 26 Absatz 1 der Zulassungsverordnung wird dieser Ruhenstatbestand nachvollzogen und der Absatz 1 in der Folge umformuliert.
- b) Redaktionelle Verweisänderung aufgrund der Änderung a)

### B Stellungnahme

- a) Notwendige und sinnvolle Übertragung der Regelung des § 95e SGB V in die Zulassungsverordnung der Vertragsärzte. Die damit einhergehende Umformulierung des Absatzes vereinfacht die Lesbarkeit.
- b) Die redaktionelle Änderung ist nachvollziehbar. Außerdem wäre zu ergänzen, dass der Beschluss in den Fällen eines nicht nachgewiesenen Versicherungsschutzes die zweijährige Fristsetzung zur Erbringung eines Nachweises enthalten soll, nach dessen Ablauf die Zulassung zu entziehen ist.

### C Änderungsvorschlag

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

## **Art. 12 Nr. 3 § 27 „Ruhen, Entziehung und Ende der Zulassung“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Wird das Ruhen einer Zulassung aufgrund nicht ausreichendem oder nicht vorhandenem Berufshaftpflichtversicherungsschutz nicht innerhalb von zwei Jahren beendet, hat der Zulassungsausschuss gemäß § 95e SGB V das Entziehen der Zulassung zu beschließen. In § 27 der Zulassungsverordnung wird dieser Tatbestand nachvollzogen.

### **B Stellungnahme**

Notwendige und sinnvolle Übertragung der Regelung des § 95e SGB V in die Zulassungsverordnung der Vertragsärzte.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## Art. 12 Nr. 4 § 31 „Ermächtigung“

### A Beabsichtigte Neuregelung

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

### B Stellungnahme

Notwendige und sinnvolle Übertragungen der Regelung des § 95e SGB V in die Zulassungsverordnung.

### C Änderungsvorschlag

Keiner.

**Art. 12 Nr. 5 § 46 „Gebühren“****A Beabsichtigte Neuregelung**

- a) Redaktionelle Folgeänderung aufgrund Änderung b)
  
- b) Hat der Zulassungsausschuss aufgrund eines Verstoßes gegen die Berufshaftpflichtversicherungspflicht das Ruhen einer Zulassung zu beschließen, wird für den Aufwand eine Verwaltungsgebühr in Höhe von 400 Euro erhoben.

**B Stellungnahme**

- a) Notwendige redaktionelle Änderung
  
- b) Die Aufnahme einer Gebühr für den hohen Aufwand des Zulassungsausschusses wird ausdrücklich begrüßt.

**C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 13 Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte**

### **Art. 13 Nr. 1 § 18 „Voraussetzungen für die Zulassung“**

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

#### **B Stellungnahme**

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

#### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## Art. 13 Nr. 2 § 26 „Ruhen, Entziehung und Ende der Zulassung“

### A Beabsichtigte Neuregelung

- a) Mit der Neuregelung des § 95e SGB V werden Vertragszahnärzte verpflichtet, sich ausreichend gegen die sich aus ihrer Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren zu versichern und den Versicherungsschutz entsprechend nachzuweisen. In Absatz 4 dieses Paraphen wird geregelt, wann der Zulassungsausschuss bei Nichteinhaltung das Ruhen der Zulassung zu beschließen hat. In § 26 Absatz 1 der Zulassungsverordnung wird dieser Ruhestatbestand nachvollzogen und der Absatz 1 in der Folge umformuliert.
- b) Redaktionelle Verweisänderung aufgrund der Änderung a)

### B Stellungnahme

- a) Notwendige und sinnvolle Übertragung der Regelung des § 95e SGB V in die Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte. Die damit einhergehende Umformulierung des Absatzes vereinfacht die Lesbarkeit.
- b) Die redaktionelle Änderung ist nachvollziehbar. Außerdem wäre zu ergänzen, dass der Beschluss in den Fällen eines nicht nachgewiesenen Versicherungsschutzes die zweijährige Fristsetzung zur Erbringung eines Nachweises enthalten soll, nach dessen Ablauf die Zulassung zu entziehen ist.

### C Änderungsvorschlag

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

## **Art. 13 Nr. 3 § 27 „Ruhen, Entziehung und Ende der Zulassung“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Wird das Ruhen einer Zulassung aufgrund nicht ausreichendem oder nicht vorhandenem Berufshaftpflichtversicherungsschutz nicht innerhalb von zwei Jahren beendet, hat der Zulassungsausschuss gemäß § 95e SGB V das Entziehen der Zulassung zu beschließen. In § 27 der Zulassungsverordnung wird dieser Tatbestand nachvollzogen.

### **B Stellungnahme**

Notwendige und sinnvolle Übertragung der Regelung des § 95e SGB V in die Zulassungsverordnung der Vertragszahnärzte.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## Art. 13 Nr. 4 § 31 „Ermächtigung“

### A Beabsichtigte Neuregelung

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

### B Stellungnahme

Notwendige und sinnvolle Übertragungen der Regelung des § 95e SGB V in die Zulassungsverordnung.

### C Änderungsvorschlag

Keiner.



**Art. 13 Nr. 5 § 46 „Gebühren“****A Beabsichtigte Neuregelung**

- a) Redaktionelle Folgeänderung aufgrund Änderung b)
  
- b) Hat der Zulassungsausschuss aufgrund eines Verstoßes gegen die Berufshaftpflichtversicherungspflicht das Ruhen einer Zulassung zu beschließen, wird für den Aufwand eine Verwaltungsgebühr in Höhe von 400 Euro erhoben.

**B Stellungnahme**

- a) Notwendige redaktionelle Änderung
  
- b) Die Aufnahme einer Gebühr für den hohen Aufwand des Zulassungsausschusses wird ausdrücklich begrüßt.

**C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Artikel 14 Änderungen der Bundespflegesatzverordnung**

### **Art. 14, Nr. 1, 3 und 5, §§ 3, 8 und 11 „elektronischen Vereinbarung zur Verwaltungsvereinfachung“**

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

#### **B Stellungnahme**

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

#### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Art. 14 Nr. 2 § 5 „Vereinbarungen von Zu- und Abschlägen“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Regelungen zu Qualitätszu- und -abschlägen werden aufgehoben.

### **B Stellungnahme**

Aufhebung wird befürwortet, Folgeänderung § 136b SGB V.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner.

**Art. 14 Nr. 4 § 9 „Vereinbarung auf Bundesebene“****A Beabsichtigte Neuregelung**

Redaktionelle Änderung – Streichung Nr. 4.

**B Stellungnahme**

Änderung wird befürwortet, Folgeänderung § 136b SGB V.

**C Änderungsvorschlag**

Keiner.

## **Art. 14 Nr. 6, § 15 Abs. 2 „Laufzeit“**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

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

### **B Stellungnahme**

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

Ansonsten siehe auch die Stellungnahme zu Artikel 6 Nr. 7.

### **C Änderungsvorschlag**

Streichung der Entgelte nach § 6 Abs. 4 BpflV.

Ansonsten siehe auch die Stellungnahme zu Artikel 6 Nr. 7.

### III. Weiterer Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes

#### Zulassungsverordnungen für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte

#### Änderungen der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

##### Bestehende Regelungen /Sachverhalt

Insbesondere zur Durchführung von online Abstimmungsverfahren und zur einfacheren Umsetzung von virtuellen Sitzungen sollten Anpassung der Zulassungsverordnungen erfolgen.

##### Änderungsbedarf und Begründung:

1. Derzeit werden die entscheidungsrelevanten Unterlagen häufig noch in Papierform und nicht in elektronischer Form zur Verfügung gestellt, obwohl die technischen Möglichkeiten hierzu bestehen. Vor allem zur Durchführung von schriftlichen Abstimmung und zur einfacheren Umsetzung von virtuellen Sitzungen aber auch zur Schonung von Ressourcen und Minimierung der Ansteckungsgefahr, sollte auf den elektronischen Versand umgestellt werden.
2. Die Regelung ermöglicht die rechtssichere Durchführung der Sitzung des Zulassungsausschusses als virtuelle Sitzung (Video- oder Telefonkonferenz) oder im Wege der schriftlichen Abstimmung und trägt damit der aktuellen Corona-Krise Rechnung. Gleichwohl das Bundesministeriums für Gesundheit mit Schreiben an die für die Sozialversicherung zuständigen Ministerien und Senatsverwaltungen der Länder vom 30. März 2020 über deren Rechtsauffassung informierte, wonach Sitzung der Zulassungsausschüsse als Videokonferenzen bereits nach aktueller Fassung möglich sind, erging inzwischen ein erster anderslautender Beschluss (Sozialgericht Schwerin, Aktenzeichen: S 3 KA 36/20 ER). Insofern ist eine Anpassung der Zulassungsverordnungen dringend geboten.

Abweichend von § 36 Absatz 1 sollen die Zulassungsausschüsse aus wichtigen Gründen ohne physische Präsenzsitzung abstimmen können. Mit Blick auf § 45 Abs. 3 gelten die Regelungen für den Berufungsausschuss entsprechend.

Insbesondere im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung sind dringende Beschlüsse zur Aufrechterhaltung der Versorgung der Bevölkerung zu fassen. Ein Fall ist dringend, wenn die Beschlussfassung nicht ohne Schaden oder Gefahr bis zur nächsten physischen Sitzung des Organs aufgeschoben werden kann.

Zum anderen muss es für die Zulassungsausschüsse möglich sein, Beschlüsse ohne physische Präsenzsitzung zu fassen, solange Sitzungen aufgrund der Schutzmaßnahmen zur

Verhinderung der Verbreitung von Infektionen mit dem Corona Virus Sars Cov-2 nicht durchgeführt werden können.

Anträge auf Zulassungsentziehung sind in diese Regelung nicht einbezogen. Diese sind weiter in Sitzungen zu entscheiden, um dem Grundsatz des rechtlichen Gehörs Rechnung zu tragen.

Vor dem Hintergrund der derzeitigen guten Erfahrungen mit Videokonferenzen und der Zeit- und Kostenersparnisse sollte perspektivisch über die generelle Möglichkeit von Sitzungen in Videokonferenzen nachgedacht werden.

3. Die Regelung stellt klar, dass die in § 37 vorgesehene mündliche Verhandlung auch die mündliche Verhandlung in einer virtuellen Sitzung nach § 36 Abs. 1a umfasst. Außerdem wird ein Widerspruchsrecht eingeführt, von dem der an dem Verfahren beteiligte Arzt u. a. aufgrund fehlender technischer Möglichkeiten Gebrauch machen kann.
4. Wenn Mitglieder des Zulassungsausschusses kurzfristig, beispielsweise aufgrund einer Erkrankung, ausfallen und es aufgrund der Kurzfristigkeit nicht oder nur unter erschwerten Bedingungen möglich ist, Ersatz in Form einer Stellvertretung zu organisieren, sollte über diese Ausnahmeregelung eine Beschlussfassung möglich sein.
5. Neben der unter 1. ausgeführten Begründung erfolgt die Archivierung der Beschlüsse elektronisch, weswegen die Zustellung ebenso in elektronischer Form erfolgen sollte. Dabei muss sichergestellt werden, dass der Empfänger die technischen Voraussetzungen erfüllt, das zugestellte Dokument anzunehmen.

### Änderungsvorschlag

1. Nach § 36 Abs. 1 Satz 2 wird folgender Satz 3 eingefügt:

*<sup>3</sup>Die entscheidungsrelevanten Unterlagen werden den Mitgliedern des Zulassungsausschusses in elektronischer Form zur Verfügung gestellt.*

2. Nach § 36 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV), wird folgender Absatz 1a eingefügt:

*(1a) <sup>1</sup>Abweichend von Absatz 1 kann die Vorsitzende bzw. der Vorsitzende des Zulassungsausschusses aus wichtigen Gründen entscheiden, dass die Sitzung ohne physische Präsenz der übrigen Mitglieder stattfindet. <sup>2</sup>Die Vorsitzende bzw. der Vorsitzende kann im Benehmen mit den Ausschussmitgliedern festlegen, dass die Sitzung*

*a. als virtuelle Sitzung (Video- oder Telefonkonferenz) oder*

*b. per Abstimmung in Textform*

*stattfindet. <sup>3</sup>Dies gilt nicht in den Fällen des § 37 Absatz 1 Satz 1, in denen die Zulassung entzogen werden soll. <sup>4</sup>Die wichtigen Gründe sind in dem Beschluss nach § 41 Abs. 4 sowie der Niederschrift nach § 42 darzulegen. <sup>5</sup>Mitberatungsrechte gemäß §§ 96 Abs. 2a, 140f Abs. 3 S. 1 Nr. 3 und 4 SGB V sind entsprechend einzuräumen. <sup>6</sup>In den Fällen des*

Satzes 1 Buchstabe a hat die Ton- und/oder Bildübertragung über die gesamte Sitzungsdauer hinweg zu erfolgen. <sup>7</sup>Die Ausübung des Stimmrechtes erfolgt per mündlicher Willenserklärung jedes Mitgliedes. <sup>8</sup>In den Fällen des Satzes 1 Buchstabe b erfolgt die Abstimmung auf der Grundlage des schriftlich niedergelegten, ggf. zusammengefassten Antragsbegehrens, dabei ergänzt durch die aus rechtlichen Gründen zur Sache weiterhin erforderlichen Einzelheiten. <sup>9</sup>Ein Beschluss kommt nur zustande, wenn sämtliche Mitglieder des Zulassungsausschusses ein Votum in Textform abgegeben haben. <sup>10</sup>Soweit der Sachverhalt aus den vorliegenden Unterlagen nicht ersichtlich wird, kann die Vorsitzende bzw. der Vorsitzende der schriftlichen Niederlegung des Antragsbegehrens eine kurze Darstellung des Sachverhaltes und eine Stellungnahme dazu begeben. <sup>11</sup>Die Vorsitzende bzw. der Vorsitzende hat eine angemessene und dabei kalendermäßig zu bestimmende Frist für den Eingang des Votums in Textform bei der Geschäftsstelle zu setzen. <sup>12</sup>Liegt ein Votum in Textform aller Mitglieder des Zulassungsausschusses vor, wird der Beschluss gemäß diesem Votum gefasst. Abweichend von § 41 Abs. 4 Satz 3 wird der Beschluss ausschließlich von der Vorsitzenden bzw. dem Vorsitzenden unterschrieben.

3. In § 37 Abs. 2 werden nach dem Satz 1 folgende Sätze 2 bis 3 eingefügt:

<sup>2</sup>Für die mündliche Verhandlung gilt § 36 Abs. 1a entsprechend, mit der Maßgabe, dass die Beteiligten in der Ladung angemessen über den Ablauf einer virtuellen Sitzung informiert werden. <sup>3</sup>Die am Verfahren beteiligten Ärzte haben die Möglichkeit einer mündlichen Verhandlung in Form einer virtuellen Verhandlung zu widersprechen.

Der bisherige Satz 2 wird zu Satz 4.

4. In § 41 Abs. 2 werden nach dem Satz 1 folgende Sätze 2 bis 5 eingefügt:

<sup>2</sup>Von dieser Regelung kann in dringenden Ausnahmefällen insoweit abgewichen werden, dass eine Beschlussfähigkeit auch gegeben ist, wenn mindestens zwei Vertreter der Ärzte und zwei Vertreter der Krankenkassen anwesend sind. <sup>3</sup>Sind bei einer Sitzung mehr Vertreter der Ärzte als der Krankenkassen oder umgekehrt anwesend, so ist ein Mitglied der Gruppe, die mit mehr Mitgliedern vertreten ist, bei der Abstimmung nicht stimmberechtigt, so dass die erforderliche paritätische Besetzung gewahrt bleibt. <sup>4</sup>Die Mitglieder der Gruppe bestimmen, welches ihrer Mitglieder an der Abstimmung nicht teilnimmt. <sup>5</sup>Können sich die Mitglieder nicht einigen, entscheidet der Vorsitzende.

Der bisherige Satz 2 wird zu Satz 6.

5. In § 41 Abs. 5 Satz 1 werden nach den Wörtern „Ausfertigung des Beschlusses“ die Wörter „wenn möglich in elektronischer Form“ angefügt.



## Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte

### Bestehende Regelungen /Sachverhalt

Insbesondere zur Durchführung von online Abstimmungsverfahren und zur einfacheren Umsetzung von virtuellen Sitzungen sollten Anpassung der Zulassungsverordnungen erfolgen.

### Änderungsbedarf und Begründung

1. Derzeit werden die entscheidungsrelevanten Unterlagen häufig noch in Papierform und nicht in elektronischer Form zur Verfügung gestellt, obwohl die technischen Möglichkeiten hierzu bestehen. Vor allem zur Durchführung von schriftlichen Abstimmung und zur einfacheren Umsetzung von virtuellen Sitzungen aber auch zur Schonung von Ressourcen und Minimierung der Ansteckungsgefahr, sollte auf den elektronischen Versand umgestellt werden.
2. Die Regelung ermöglicht die rechtssichere Durchführung der Sitzung des Zulassungsausschusses als virtuelle Sitzung (Video- oder Telefonkonferenz) oder im Wege der schriftlichen Abstimmung und trägt damit der aktuellen Corona-Krise Rechnung. Gleichwohl das Bundesministeriums für Gesundheit mit Schreiben an die für die Sozialversicherung zuständigen Ministerien und Senatsverwaltungen der Länder vom 30. März 2020 über deren Rechtsauffassung informierte, wonach Sitzung der Zulassungsausschüsse als Videokonferenzen bereits nach aktueller Fassung möglich sind, erging inzwischen ein erstes anderslautendes Urteil (Sozialgericht Schwerin, Aktenzeichen: S 3 KA 36/20 ER). Aufgrund der dadurch ausgelösten rechtlichen Unsicherheit ist eine kurzfristige Anpassung der Zulassungsverordnung dringend geboten.

Abweichend von § 36 Absatz 1 sollen die Zulassungsausschüsse aus wichtigen Gründen ohne physische Präsenzsitzung abstimmen können. Mit Blick auf § 45 Abs. 3 gelten die Regelungen für den Berufungsausschuss entsprechend.

Insbesondere im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung sind dringende Beschlüsse zur Aufrechterhaltung der Versorgung der Bevölkerung zu fassen. Ein Fall ist dringend, wenn die Beschlussfassung nicht ohne Schaden oder Gefahr bis zur nächsten physischen Sitzung des Organs aufgeschoben werden kann.

Zum anderen muss es für die Zulassungsausschüsse möglich sein, Beschlüsse ohne physische Präsenzsitzung zu fassen, solange Sitzungen aufgrund der Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von Infektionen mit dem Corona Virus Sars Cov-2 nicht durchgeführt werden können.

Anträge auf Zulassungsentziehung sind in diese Regelung nicht einbezogen. Diese sind weiter in Sitzungen zu entscheiden, um dem Grundsatz des rechtlichen Gehörs Rechnung zu tragen.

Vor dem Hintergrund der derzeitigen guten Erfahrungen mit Videokonferenzen und der Zeit- und Kostenersparnisse sollte perspektivisch über die generelle Möglichkeit von Sitzungen in Videokonferenzen nachgedacht werden.

3. Die Regelung stellt klar, dass die in § 37 vorgesehene mündliche Verhandlung auch die mündliche Verhandlung in einer virtuellen Sitzung nach § 36 Abs. 1a umfasst. Außerdem wird ein Widerspruchsrecht eingeführt, von dem der an dem Verfahren beteiligte Arzt u. a. aufgrund fehlender technischer Möglichkeiten Gebrauch machen kann.
4. Wenn Mitglieder des Zulassungsausschusses kurzfristig, beispielsweise aufgrund einer Erkrankung, ausfallen und es aufgrund der Kurzfristigkeit nicht oder nur unter erschweren Bedingungen möglich ist, Ersatz in Form einer Stellvertretung zu organisieren, sollte über diese Ausnahmeregelung eine Beschlussfassung möglich sein.
5. Neben der unter 1. ausgeführten Begründung erfolgt die Archivierung der Beschlüsse elektronisch, weswegen die Zustellung ebenso in elektronischer Form erfolgen sollte. Dabei muss sichergestellt werden, dass der Empfänger die technischen Voraussetzungen erfüllt, das zugestellte Dokument anzunehmen.

#### Änderungsvorschlag

1. Nach § 36 Abs. 1 Satz 2 wird folgender Satz 3 eingefügt:

*<sup>3</sup>Die entscheidungsrelevanten Unterlagen werden den Mitgliedern des Zulassungsausschusses in elektronischer Form zur Verfügung gestellt.*

2. Nach § 36 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV), wird folgender Absatz 1a eingefügt:

*(1a) <sup>1</sup>Abweichend von Absatz 1 kann die Vorsitzende bzw. der Vorsitzende des Zulassungsausschusses aus wichtigen Gründen entscheiden, dass die Sitzung ohne physische Präsenz der übrigen Mitglieder stattfindet. <sup>2</sup>Die Vorsitzende bzw. der Vorsitzende kann im Benehmen mit den Ausschussmitgliedern festlegen, dass die Sitzung*

- a. *als virtuelle Sitzung (Video- oder Telefonkonferenz) oder*
- b. *per Abstimmung in Textform*

*stattfindet. <sup>3</sup>Dies gilt nicht in den Fällen des § 37 Absatz 1 Satz 1, in denen die Zulassung entzogen werden soll. <sup>4</sup>Die wichtigen Gründe sind in dem Beschluss nach § 41 Abs. 4 sowie der Niederschrift nach § 42 darzulegen. <sup>5</sup>Mitberatungsrechte gemäß §§ 96 Abs. 2a, 140f Abs. 3 S. 1 Nr. 3 und 4 SGB V sind entsprechend einzuräumen. <sup>6</sup>In den Fällen des Satzes 1 Buchstabe a hat die Ton- und/oder Bildübertragung über die gesamte Sitzungsdauer hinweg zu erfolgen. <sup>7</sup>Die Ausübung des Stimmrechtes erfolgt per mündlicher Willenserklärung jedes Mitgliedes. <sup>8</sup>In den Fällen des Satzes 1 Buchstabe b erfolgt die Abstimmung auf der Grundlage des schriftlich niedergelegten, ggf. zusammengefassten Antragsbegehrens, dabei ergänzt durch die aus rechtlichen Gründen zur Sache weiterhin*

erforderlichen Einzelheiten.<sup>9</sup>Ein Beschluss kommt nur zustande, wenn sämtliche Mitglieder des Zulassungsausschusses ein Votum in Textform abgegeben haben.<sup>10</sup>Soweit der Sachverhalt aus den vorliegenden Unterlagen nicht ersichtlich wird, kann die Vorsitzende bzw. der Vorsitzende der schriftlichen Niederlegung des Antragsbegehrens eine kurze Darstellung des Sachverhaltes und eine Stellungnahme dazu begeben.<sup>11</sup>Die Vorsitzende bzw. der Vorsitzende hat eine angemessene und dabei kalendermäßig zu bestimmende Frist für den Eingang des Votums in Textform bei der Geschäftsstelle zu setzen.<sup>12</sup>Liegt ein Votum in Textform aller Mitglieder des Zulassungsausschusses vor, wird der Beschluss gemäß diesem Votum gefasst. Abweichend von § 41 Abs. 4 Satz 3 wird der Beschluss ausschließlich von der Vorsitzenden bzw. dem Vorsitzenden unterschrieben.

3. In § 37 Abs. 2 werden nach dem Satz 1 folgende Sätze 2 bis 3 eingefügt:

<sup>2</sup>Für die mündliche Verhandlung gilt § 36 Abs. 1a entsprechend, mit der Maßgabe, dass die Beteiligten in der Ladung angemessen über den Ablauf einer virtuellen Sitzung informiert werden.<sup>3</sup>Die am Verfahren beteiligten Ärzte haben die Möglichkeit einer mündlichen Verhandlung in Form einer virtuellen Verhandlung zu widersprechen.

Der bisherige Satz 2 wird zu Satz 4.

4. In § 41 Abs. 2 werden nach dem Satz 1 folgende Sätze 2 bis 5 eingefügt:

<sup>2</sup>Von dieser Regelung kann in dringenden Ausnahmefällen insoweit abgewichen werden, dass eine Beschlussfähigkeit auch gegeben ist, wenn mindestens zwei Vertreter der Ärzte und zwei Vertreter der Krankenkassen anwesend sind.<sup>3</sup>Sind bei einer Sitzung mehr Vertreter der Ärzte als der Krankenkassen oder umgekehrt anwesend, so ist ein Mitglied der Gruppe, die mit mehr Mitgliedern vertreten ist, bei der Abstimmung nicht stimmberechtigt, so dass die erforderliche paritätische Besetzung gewahrt bleibt.<sup>4</sup>Die Mitglieder der Gruppe bestimmen, welches ihrer Mitglieder an der Abstimmung nicht teilnimmt.<sup>5</sup>Können sich die Mitglieder nicht einigen, entscheidet der Vorsitzende.

Der bisherige Satz 2 wird zu Satz 6.

5. In § 41 Abs. 5 Satz 1 werden nach den Wörtern „Ausfertigung des Beschlusses“ die Wörter „wenn möglich in elektronischer Form“ angefügt.

## Änderung der Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung – WiPrüfVO

### A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung werden Sitzungen der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses als virtuelle Sitzungen ermöglicht.

### B Stellungnahme

Vor dem Hintergrund der andauernden Sars-CoV-2-Pandemie und als generelle zeitgemäße Möglichkeit erscheint es geboten, virtuelle Sitzungen der Prüfungsstelle und des Beschwerdeausschusses im Zusammenhang mit der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach §§ 106 SGB V zu ermöglichen.

### C Änderungsvorschlag

1. Nach § 1 Abs. 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:

(4a) <sup>1</sup>Abweichend von Absatz 4 kann die Vorsitzende bzw. der Vorsitzende des Ausschusses aus wichtigen Gründen entscheiden, dass die Sitzung ohne physische Präsenz der übrigen Mitglieder stattfindet. <sup>2</sup>Die Vorsitzende bzw. der Vorsitzende kann im Benehmen mit den Ausschussmitgliedern festlegen, dass die Sitzung als virtuelle Sitzung (Video- oder Telefonkonferenz) stattfindet. <sup>3</sup>Die wichtigen Gründe sind in der Niederschrift der Sitzung darzulegen. <sup>4</sup>Die Ton- und/oder Bildübertragung hat über die gesamte Sitzungsdauer hinweg zu erfolgen. <sup>5</sup>Die Ausübung des Stimmrechtes erfolgt per mündlicher Willenserklärung jedes Mitgliedes.

2. § 4 Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt geändert:

Nr. 1 nach Satz 1 wird gestrichen.

## Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

### § 37 SGB V „Häusliche Krankenpflege“

#### Sachverhalt und Begründung

Die Harmonisierung zwischen den Sozialgesetzbüchern fünf und elf ist infolge der mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz leistungsrechtlichen Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs erforderlich. Pflegeeinrichtungen schließen in der Regel sowohl Verträge nach § 132a SGB V als auch nach § 72 SGB XI. Das zugrundeliegende Pflegeverständnis ist Sozialgesetzbuch-unabhängig, die leistungsrechtlichen Vorschriften müssen deshalb harmonisiert werden.

#### Änderungsvorschlag

In Absatz 1 wird Satz 3 wie folgt formuliert:

*„Die Häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderlichen Hilfen nach den in § 14 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Bereichen Mobilität, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingter Anforderungen und Belastungen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung.“*

In Absatz 2 wird Satz 4 wie folgt formuliert:

*„Die Satzung kann bestimmen, dass die Krankenkasse zusätzlich zur Behandlungspflege nach Satz 1 als häusliche Krankenpflege auch Hilfen nach den in § 14 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Bereichen Mobilität, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingter Anforderungen und Belastungen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung erbringt.“*

## **§ 63 SB V „Verordnungskompetenz im Rahmen HKP“**

### **Sachverhalt und Begründung**

Folgeänderung durch Änderungen in § 73. Mit der grundsätzlichen Überführung des Modellvorhabens nach § 63 Abs. 3b Nummer 2 in die Regelversorgung ist die Erprobungsregelung in der Folge zu streichen.

### **Änderungsvorschlag**

In § 63 Abs. 3b wird Nummer 2 gestrichen.

## § 64d SGB V „Modellvorhaben neuen Typs“

### Sachverhalt und Begründung

Mit der gesetzlichen Änderung wird in Modellvorhaben ein neues Rollenverständnis von Pflegefachpersonen im Versorgungsprozess von Pflegebedürftigen und Patienten ermöglicht. Mit diesen Modellvorhaben verbunden ist die Erprobung eines zielgerichteten Einsatzes der Kompetenzen von Pflegefachpersonen und ihnen eine selbstständigere Rolle in der Gesundheitsversorgung einzuräumen. Dabei steht nicht im Fokus, Leistungen von einer Profession auf die andere zu übertragen, sondern vielmehr die Kompetenzen der jeweiligen Professionen effizient zu nutzen und einzusetzen. Pflegefachpersonen wird deshalb auch eine zentrale Rolle zugedacht, da sie maßgeblich an der Sicherung der Versorgungskontinuität beteiligt sind. Mit ihren gesamten Spektren an Pflegestrategien - von der Gesundheitsförderung bis zur palliativen Betreuung – können sie wesentlich dazu beitragen, die Versorgung nicht nur patientenzentrierter, sondern auch sektorenübergreifend zu gestalten und damit den heutigen Defiziten in der Koordination und Kommunikation der an der Versorgung Beteiligten entgegenzuwirken.

### Änderungsvorschlag

Es wird ein neuer § 64d eingefügt.

#### „§ 64d – Modellvorhaben neuen Typs

Gegenstand von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 oder 2 kann auch die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsangebote von chronisch kranken Menschen durch Pflegefachpersonen mit erweiterter Pflegepraxis in Zusammenarbeit mit weiteren an der Versorgung beteiligten Gesundheitsprofessionen sein. Die Leistungen können neben der kurativen Leistungen auch Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention einschließlich ihrer Koordination umfassen und zielen darauf ab, die Kontinuität der Versorgung von chronisch kranken Menschen sicherzustellen. Um das Ziel einer am medizinisch-pflegerischen Bedarf ausgerichteten teambasierten Versorgung zu erreichen, ist Voraussetzung zur Durchführung von Modellvorhaben nach Satz 1 ein Zusammenschluss der an der Primärversorgung beteiligten Gesundheitsprofessionen [Gesetzesbegründung könnte hier den Verweis auf Arztnetze, Lokale Versorgungszentren, PORT Robert-Bosch-Stiftung oder z.B. MVZ in kommunaler Trägerschaft oder in Trägerschaft einer Pflegeeinrichtung erfolgen, ggf. alternativ über entsprechende QS-Instrumente]. Zu dem Modellvorhaben nach Satz 1 sind Pflegefachpersonen zugelassen, die die Anforderungen an die Qualifizierung nach § 14 PfIBG erfüllen oder gegenüber der Krankenkasse die Kompetenzen für eine erweiterte Pflegepraxis nachweisen. § 64b Absatz 2 gilt analog.“

## § 73 SGB V „Verordnungskompetenz im Rahmen HKP“

### Sachverhalt und Begründung

Mit der Einführung des Absatzes 12 wird Vertragsärzten ermöglicht, dass sie bei den gemäß § 92 Abs. 7 Satz 1 Nr. 6 SGB V in der HKP-Richtlinie des G-BA genannten Maßnahmen im Rahmen einer Verordnung der dafür qualifizierten Pflegefachperson die Entscheidung über Anzahl und Dauer der verordneten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege überlassen. Es steht jedoch den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten weiterhin frei, diese Einschätzung selbst vorzunehmen.

Bei diesen Maßnahmen ist weiterhin eine Verordnung zur Versorgung mit häuslicher Krankenpflege (Muster 12) von einer Vertragsärztin bzw. einem Vertragsarzt auszustellen, wobei die Bestimmung der Dauer und Häufigkeit durch eine nach § 132a Abs. 1 Nr. 7 geeignete Pflegefachperson in eigener Verantwortung (ggf. auch in Rückkopplung zur Vertragsärztin bzw. zum Vertragsarzt) vorgenommen werden kann.

Maßnahmen, bei denen die Dauer und Häufigkeit von qualifizierten Pflegefachpersonen festgelegt werden können, sind auf der Verordnung durch die verordnende Vertragsärztin oder den verordnenden Vertragsarzt gesondert zu kennzeichnen. Die Bundesmantelvertragspartner Ärzte nach § 87 Absatz 1 Satz 1 passen das Muster 12 für die Häusliche Krankenpflege so an, dass auf diesem erkennbar wird, für welche Maßnahmen die Frequenz und Dauer von den entsprechend qualifizierten Pflegefachpersonen festgelegt werden.

Das Genehmigungsverfahren bleibt unberührt.

### Änderungsbedarf

Nach § 73 Absatz 11 wird folgender Absatz 12 angefügt:

*„(12) Stellt ein Vertragsarzt bei einem Versicherten die Notwendigkeit von Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 92 Absatz 7 Satz 1 Nummer 6 fest, ist die Bestimmung der Dauer und Häufigkeit dieser Maßnahmen durch die qualifizierte Pflegefachperson vorzunehmen. Abweichend davon kann der Vertragsarzt bei einer Verordnung nach Satz 1 selbst über die Dauer und Häufigkeit entscheiden.“*



## **§ 120 Abs. 2 und 3 SGB V „Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen“**

### **Bestehende Regelung/Sachverhalt**

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

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

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

### **Änderungsbedarf und Begründung**

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

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

### **Änderungsvorschlag**

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

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

## § 132a Abs.1 SGB V „Verordnungskompetenz im Rahmen HKP“

### Sachverhalt und Begründung

Im Einklang mit dem als ein Ergebnis der Konzentrierten Aktion Pflege begonnenen Strategieprozesses zur interprofessionellen Zusammenarbeit sollen Pflegefachpersonen in der interprofessionellen Zusammenarbeit mit anderen Berufen des Gesundheitswesens gestärkt werden und mehr Verantwortung in der Versorgung übernehmen.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene erhalten daher den Auftrag, in den Rahmenempfehlungen die Anforderungen an die Eignung der Pflegefachpersonen, die über die Dauer und Häufigkeit der Maßnahmen entscheiden können, zu regeln. Zudem sollen die Verhandlungspartner Festlegungen von Maßnahmen zur Vermeidung einer unverhältnismäßigen Mengenausweitung je Versicherten vereinbaren, z.B. auf der Basis von Abrechnungs- und Genehmigungsdaten.

### Änderungsvorschlag

§ 132a wird wie folgt geändert:

In Absatz 1 Satz 4 Nummer 5 wird das Wort „und“ durch ein Komma und in Nummer 6 der Punkt durch das Wort „und“ ersetzt und wird folgende Nummer 7 angefügt:

*„Anforderungen an die Eignung der Leistungserbringer zur Festlegung der Dauer und Häufigkeit von verordneten Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 92 Abs. 7 Satz 1 Nr. 6 und Festlegung von Maßnahmen zur Vermeidung einer unverhältnismäßigen Mengenausweitung je Versicherten.“*

## **§ 132a Abs. 4 und 132j Abs. 5 SGB V i.V.m. § 72 SGB XI: „Nachweis der Leistungserbringer über Geschäftsräume im Zuständigkeitsbereich der vertragsschließenden Kranken- bzw. Pflegekasse“**

### **Sachverhalt und Begründung**

Sofern die Leistungserbringer ihre Geschäftsräume in einem anderen Bundesland führen, ist es schwierig, die Versorgungsqualität im Leistungsbereich der außerklinischen Intensivpflege nachhaltig abzusichern. Denn dadurch wird die Kontrolle des Medizinische Dienstes zur Einhaltung von vertraglich vereinbarten Leistungs- und Qualitätsanforderungen sowie Abrechnungskontrollen für Leistungen nach § 37c SGB V erschwert. Dies sorgt für Intransparenz und bietet ein erhebliches Betrugspotential, welches es zu unterbinden gilt. Zudem besteht die berechtigte Sorge, dass bundesweit agierende Konzerne ihre Verwaltungsapparate zentralisieren und damit regional keine Strukturen vorgehalten werden. Dies erschwert die Qualitätsprüfung und mindert die Transparenz. So entfallen zum Status quo beispielsweise örtliche Anlaufstellen und verantwortliche Leitungskräfte wie bspw. die verantwortliche Pflegefachperson. In Analogie zu den Pflegediensten, die Pflegesachleistungen erbringen, sind in den Verträgen der Einzugsbereich festzulegen, in dem die Leistungen zu erbringen sind. Deshalb ist sind die bestehenden gesetzlichen Bestimmungen dahingehend zu ergänzen.

### **Änderungsvorschlag**

#### **SGB V:**

In § 132a Absatz 4 wird nach Satz 1 folgender Satz neu eingefügt:

*„Voraussetzung für den Abschluss eines Vertrags nach Satz 1 ist auch, dass der Leistungserbringer Geschäftsräume im Zuständigkeitsbereich der vertragsschließenden Krankenkasse nachweist.“*

In § 132j Absatz 5 wird nach Satz 1 folgende Sätze angefügt.

*„Voraussetzung für den Abschluss eines Vertrags nach Satz 1 ist auch, dass der Leistungserbringer Geschäftsräume im Zuständigkeitsbereich der vertragsschließenden Krankenkasse nachweist. Bei Leistungserbringern, die Leistungen nach den Nummern 1, 3 und 4 erbringen, ist im Vertrag der Einzugsbereich festzulegen, in dem die Leistung nach § 37c zu erbringen sind. Den Verträgen nach § 132j Absatz 5 sind die Rahmenempfehlungen nach Absatz 1 zugrunde zu legen.“*

**SGB XI:**

In § 72 Absatz 1 wird folgender Satz 3 angefügt:

*„Voraussetzung für den Abschluss eines Versorgungsvertrags nach Satz 1 ist auch, dass der Leistungserbringer Geschäftsräume im Zuständigkeitsbereich der vertragschließenden Pflegekassen nachweist.“*

## § 132i SGB V „Versorgungsverträge mit Hämophiliezentren“

### **Bestehende Regelung/Sachverhalt**

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

### **Änderungsbedarf und Begründung**

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

### **Änderungsvorschlag**

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

## **§137d SGB V „Qualitätssicherungsverfahren“**

### **Bestehende Regelung/Sachverhalt**

Die Reha-Einrichtungen nehmen je nach Hauptbeleger entweder am QS-Verfahren der GKV oder dem der Rentenversicherung teil. Daraus folgt, dass z.B. dem Kostenträger GKV keinerlei QS-Daten einer Einrichtung/einer Fachabteilung vorliegen/zur Verfügung stehen, wenn diese am QS-Verfahren der RV teilnimmt.

### **Änderungsbedarf und Begründung**

Die derzeitige Gestaltung der Verfahren zur externen QS ist damit kaum geeignet, die Versicherten und die Kostenträger bzgl. einer qualitätsorientierten Inanspruchnahme zu informieren. Ein maßgeblicher Grund ist, dass die Reha-Einrichtungen an unterschiedlichen QS-Verfahren teilnehmen Insofern ist es dem GKV-SV gar nicht möglich, zu allen Einrichtungen vergleichend über Qualitätsmerkmale zu informieren.

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

### **Änderungsvorschlag**

Die Zusammenführung der beiden QS-Verfahren von GKV und Rentenversicherung zu einem gemeinsamen QS-Verfahren.

## § 167 SGB V „Verteilung der Haftungssumme auf die Krankenkassen“

### Bestehende Regelungen / Sachverhalt

Im Falle einer Schließung, Insolvenz oder Auflösung von gesetzlichen Krankenkassen haftet der GKV-Spitzenverband für die entstehenden Verpflichtungen nach § 166 Absatz 1 und 2 Satz 3. Der GKV-SV teilt die Verpflichtungen hierfür auf die einzelnen Krankenkassen auf und fordert die zur Tilgung notwendigen Beträge von den Krankenkassen an. § 167 SGB V regelt, wie die Finanzierungsanteile der einzelnen Krankenkassen für diesen Zweck berechnet werden.

Zentrales Berechnungskriterium zur Umlage der Verpflichtungen, die innerhalb einer Kalenderjahres einen Betrag von 350 Mio. Euro überschreiten, sind die Finanzreserven nach § 260 Absatz 2 Satz 1 SGB V: Je mehr Finanzreserven eine Krankenkasse besitzt, desto höher wird ihr Finanzierungsanteil bei der Haftungsumlage. Bei der Berechnung der Finanzierungsanteile ist stets die Höhe der Finanzreserven maßgeblich, die eine Krankenkasse in der letzten Vierteljahresmeldung angegeben hat.

Nach § 272 Absatz 1 SGB V (GPVG) müssen Krankenkassen im Jahr 2021 66,1% ihrer Finanzreserven nach § 260 SGB V, die 0,4 Monatsausgaben überschreiten, zur Finanzierung des Gesundheitsfonds abgeben. Dieser Beitrag der Krankenkassen wird jedoch nicht als Gesamtbetrag zum Jahresanfang 2021 eingezogen, sondern vom Bundesamt für Soziale Sicherung frühestens ab April 2021 mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds verrechnet. Der Anteil für jede Krankenkasse steht bereits definitiv fest.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat bereits am 06. November 2020 in einem Rundschreiben an die Krankenkasse klargestellt, dass der Abfluss der Finanzreserven 2021 nicht in der Vierteljahresrechnung 2020 berücksichtigt werden dürfen. Nach der BMG-Auffassung darf der Abfluss auch in der vierteljährlichen Regelungslegung 2021 nicht als Gesamtbetrag gebucht werden, sondern lediglich der Betrag, den das BAS bis zum Stichtag der Vierteljahresrechnung bereits von den Zuweisungen abgezogen hat. Danach würde frühestens die Halbjahresrechnung 2021 (gemeldet Ende August) einen Teilbetrag der eingezogenen Finanzreserven nach 272 SGB V enthalten. So sind die Finanzreserven der Krankenkassen in den unterjährigen Vierteljahresrechnungen 2021 überzeichnet, da der feststehende Abfluss der Finanzreserven erst zum Jahresende in voller Höhe abgebildet werden darf.

### Änderungsbedarf und Begründung

Die Regelungen zur Berechnung der Haftungsumlage nach § 167 Absatz 2 und 3 SGB V stehen im Widerspruch zum durchgeführten Einzug der Finanzreserven nach § 272 Absatz 2 SGB V: Einerseits dürfen die Krankenkassen in den unterjährigen Vierteljahresrechnungen 2021 den Abfluss der Finanzreserven zur Finanzierung des Gesundheitsfonds nicht vollständig berücksichtigen, andererseits werden im Haftungsfall aber genau diese Finanzreserven zur Finanzierung der Verpflichtungen herangezogen. Falls bspw. eine Krankenkasse im Mai 2021 zahlungsunfähig wird, würden ggf. Finanzreserven der übrigen Krankenkassen eingezogen werden, die diesen faktisch nicht mehr zur Verfügung stehen.

Geld kann nur einmal ausgegeben werden. Die AOK-Gemeinschaft hält es daher sachlogisch für unabdingbar, dass die Regelungen zur Berechnung der Haftungsumlage nach § 167 SGB V entsprechend angepasst werden. Von den für die Umlage maßgeblichen Finanzreserven muss der volle Finanzierungsanteil 2021 für den Gesundheitsfonds nach § 272 Absatz 1 SGB V abgezogen werden.

### **Änderungsvorschlag**

In § 167 Absatz 2 SGB V wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

„Von den Finanzreserven nach Satz 1 sind die Mittel nach § 272 Abs. 1 Satz 1 in Abzug zu bringen, die das Bundesamt für Soziale Sicherung nach Ablauf des Stichtags der maßgeblichen Vierteljahresrechnung mit den monatlichen Zuweisungen an die Krankenkassen gemäß § 272 Absatz 2 Satz 3 verrechnet.“



## **§ 197a Abs. 3b SGB V „Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“**

### **Bestehende Regelung/Sachverhalt**

Eine die verschiedenen Sozialversicherungszweige übergreifende Versorgung ist bisher nur für die Pflegeversicherung vorgesehen. So ermöglichen etwa die Regelungen zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V Vernetzungen mit der sozialen Pflegeversicherung über die gesetzliche Krankenversicherung hinaus. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf werden neue Möglichkeiten zur Bildung von sozialleistungsträgerübergreifenden Netzwerken geschaffen. Die Neuregelungen zielen darauf ab, die Spielräume für eine bessere Vernetzung zu erweitern.

Für die sozialleistungsträgerübergreifende Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen werden deshalb weitere gesetzliche Klarstellungen zur datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnis personenbezogener Daten an Behörden und die Träger der Sozialversicherung vorgeschlagen.

### **Änderungsbedarf und Begründung**

Bereits mit Einfügung der §§ 197a Abs. 3b SGB V, 47a Abs. 3 SGB XI sollten datenschutzrechtliche Übermittlungsbefugnisse im Zusammenhang mit der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gesondert klaggestellt werden. Dadurch wurde Erkenntnissen aus der Praxis der Fehlverhaltensbekämpfung der gesetzlichen Krankenkassen Rechnung getragen, vgl. BT-Drs. 19/6337, 103, 134 und 152.

In der Praxis der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen sind mit fortschreitender organisationsübergreifender Zusammenarbeit aber neue Rechtsunsicherheiten zutage getreten, denen durch eine weitergehende gesetzliche Klarstellung abgeholfen werden sollte. Die Unsicherheiten betreffen typische Informationsflüsse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu anderen Behörden bzw. Trägern der Sozialversicherung.

So wurde z. B. in § 197a Abs. 3b Satz 1 Nr. 5 SGB V keine umfassende Bezugnahme auf Behörden bisher vorgenommen. Einbezogen werden bislang lediglich alle Approbations- bzw. Zulassungsbehörden der Länder, die Entscheidungen über die Erlaubnis zur Ausübung eines Heilberufs treffen oder berufsrechtliche Verfahren durchführen, vgl. BT-Drs. 19/8351, 210. Andere Behörden werden somit nicht erfasst. In einzelnen Bundesländern, z. B. im Freistaat Bayern müssen Informationen zur Qualifikation von Pflegedienstmitarbeitern aber z. B. auch an die Gesundheitsämter übermittelt werden. Deshalb sind in Bezug auf beispielsweise Gesundheitsämter und Heimaufsichten sowie weitere – nach Landesrecht – zuständige Ordnungsbehörden, Klarstellungen erforderlich, vgl. auch Grinblat/Schirmer, SGB 03.20, S. 133, 135.

Die Notwendigkeit einer Klarstellung wird im Zusammenhang mit der Bekämpfung von Fehlverhalten darüber hinaus in der außerklinischen Intensivpflege besonders offenkundig, da mit der

geplanten Neuregelung des § 132I Abs. 7 SGB V ein Informationsaustausch zwischen Krankenkassen und den für die infektionshygienische Überwachung nach § 23 Abs. 6 und 6a des Infektionsschutzgesetzes zuständigen Gesundheitsämtern eingeführt wird, vgl. BT-Drs. 19/20720, 22.

Bislang besteht nach § 47a Abs. 2 SGB V nur eine explizite Übermittlungsbefugnis personenbezogener Daten an die nach Landesrecht bestimmten Träger der Sozialhilfe nach dem SGB XII. Demgegenüber gestaltet sich die organisationsübergreifende Zusammenarbeit mit der Deutschen Rentenversicherung bei der Aufdeckung von aktuellen Betrugsfällen im Zusammenhang mit Erwerbsminderungsrentenanträgen, vgl. die Pressemitteilung der Deutschen Rentenversicherung Westfalen vom 25.10.2019 m. w. N., besonders problematisch. Während die Deutsche Rentenversicherung die Auffassung vertritt, dass ein Datenaustausch gem. §§ 76 Abs. 2 Nr. 1 i. V. m. § 69 SGB X möglich sei, bestehen bei den Krankenkassen, die in vielen Bundesländern kassenartenübergreifend in Arbeitsgemeinschaften zusammenarbeiten, nach wie vor Rechtsunsicherheiten. Deshalb muss auch für diese überaus praxisrelevanten Sachverhalte die gesetzliche Übermittlungsbefugnis explizit klargestellt werden.

Nach Ansicht der Bundesagentur für Arbeit dürfen die Jobcenter bei den Krankenkassen Auskünfte zu Beitragszahlungen für einzelne Arbeitnehmer einholen. Rechtsgrundlage sei §§ 69 Abs. 1 Nr. 1 Alt. 2 SGB X i. V. m. 67a Abs. 2 Nr. 2b, Doppelbuchstabe aa SGB X. Die Bundesagentur für Arbeit, die zugelassenen kommunalen Träger, gemeinsamen Einrichtungen und die für die Bekämpfung von Leistungsmissbrauch und illegaler Beschäftigung zuständigen Stellen sollen sich außerdem gem. § 50 Abs. 1 SGB II gegenseitig Sozialdaten übermitteln, soweit dies zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach dem SGB II oder SGB III erforderlich ist. Die wichtigste Erkenntnisquelle für die Feststellung von Leistungsmissbrauch ist der automatisierte Datenabgleich nach § 52 SGB II. In diesen Datenabgleich sind die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen bislang nicht einbezogen. Auch in Bezug auf die Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem SGB II bzw. die Bundesagentur als Träger der Arbeitsförderung nach dem SGB III sollte deshalb eine Klarstellung gesetzlicher Übermittlungsbefugnisse erfolgen.

Schließlich erweist sich die derzeitige Regelung des § 197a Abs. 3b Satz 3 SGB V als praxisfern. Es greift zu kurz, wenn nur der Medizinische Dienst personenbezogene Daten, die von ihm zur Erfüllung seiner Aufgaben erhoben oder an ihn übermittelt wurden, an die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen übermitteln darf, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen erforderlich ist. Die Datenübermittlungsbefugnis muss konsequent auf sämtliche der in § 197a Abs. 3b Satz 3 SGB V genannten Stellen erweitert werden.

### **Änderungsvorschlag**

I. Der § 197a Abs. 3b Satz 1 SGB V wird nach Nr. 5 wie folgt ergänzt:

6. die Gesundheitsämter, Heimaufsichten und nach Landesrecht zuständigen Gesundheitsbehörden,

7. die Stellen, die für die Bekämpfung von Leistungsmissbrauch bei den Trägern der Sozialversicherung nach dem SGB II, III, VI, VII und XII zuständig sind,

8. die mit der Steuerfahndung beauftragten Dienststellen der Landesfinanzbehörden und die Behörden des Zollfahndungsdienstes nach § 208 Abgabenordnung.

II. Der § 197a Abs. 3b Satz 3 SGB V wird neu wie folgt gefasst:

Die Stellen nach Abs. 3b Satz 1 dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhoben oder an sie übermittelt wurden, an die Einrichtungen nach Absatz 1 übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch die Einrichtungen nach Absatz 1 erforderlich ist.

## **§ 275 Abs. 4b SGB V „Pflegeeinrichtungen von der Kostenerstattungspflicht für überlassenes MD-Personal ausnehmen; Verlängerung von Fristen für die Kranken- und Pflegekassen, wenn diese aufgrund Einsatz von MD-Personal überschritten werden“**

### **Sachverhalt und Begründung**

Die Kranken- und Pflegekassen finanzieren die Medizinischen Dienste. Wenn im Falle einer epidemischen Lage nationaler Tragweite nach § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes Personal Medizinischer Dienste in Pflegeeinrichtungen eingesetzt wird, verursacht es sowohl für die Träger als auch für die Pflegekassen unnötigen Aufwand, zunächst eine Erstattung der Personal- und Sachkosten an den Medizinischen Dienst zu vereinbaren und vorzunehmen, diese Kosten dann jedoch durch Anträge für Personalmehraufwendungen unter dem Rettungsschirm nach § 150 SGB XI zurückzufordern. Zahler des Rettungsschirms sind wiederum die Kranken- und Pflegekassen. Daher ist es sinnvoll, zur Vermeidung einer Doppelfinanzierung sowie zur Aufwandsreduzierung, die Pflegeeinrichtung aus der Verpflichtung der Kostenerstattung zu entlassen und so einen erheblichen Aufwand einzusparen.

Wenn Mitarbeiter der Medizinischen Dienste bei einer epidemischen Lage nationaler Tragweite zur Unterstützung von Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, von Krankenhäusern, von Leistungserbringern in der vertragsärztlichen Versorgung sowie für Einrichtungen der Pflege für unterstützende Tätigkeiten eingesetzt werden, muss sichergestellt werden, dass eine daraus resultierende verzögerte Gutachtenerledigung für die Kranken- und Pflegekassen die Aussetzung von Strafzahlungen (nach § 18 Absatz 3b Satz 1 SGB XI) beziehungsweise die Verlängerung von Bearbeitungsfristen (nach § 13 Absatz 3a SGB V) zur Folge hat.

### **Änderungsvorschlag**

In § 275 Abs. 4b wird nach Satz 3 folgender Satz eingefügt: „Für Träger einer zugelassenen Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 des Elften Buches entfällt die Pflicht zur Kostenerstattung.“ Im darauffolgenden Satz wird der Punkt nach dem Wort „auszuschließen“ durch ein Komma ersetzt und der folgende Halbsatz angefügt: „davon ausgenommen ist die Unterstützung von Trägern zugelassener Pflegeeinrichtungen.“ Nach dem letzten Satz werden die folgenden Sätze angefügt: „Sofern die Fristen des § 13 Absatz 3a Satz 1 wegen einer Zuweisung nicht gewahrt werden, verlängert sich die von der Krankenkasse nach § 13 Absatz 3a Satz 1 oder 4 zu beachtende Frist um die vom Medizinischen Dienst zusätzlich benötigte Zeit. Kann wegen der Zuweisung die Frist des § 18 Absatz 3b Satz 1 des Elften Buches nicht gewahrt werden, hat die den Medizinischen Dienst beauftragende Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten.“

(4b) Soweit die Erfüllung der dem Medizinischen Dienst gesetzlich obliegenden Aufgaben nicht beeinträchtigt wird, kann der Medizinische Dienst, sofern der Deutsche Bundestag nach § 5 Absatz 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes eine epidemische Lage von nationaler Tragweite festgestellt hat, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auf Ersuchen insbesondere einer für die Be-

kämpfung übertragbarer Krankheiten zuständigen Einrichtung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, eines zugelassenen Krankenhauses im Sinne des § 108, eines nach § 95 Absatz 1 Satz 1 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers sowie eines Trägers einer zugelassenen Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 des Elften Buches befristet, höchstens für die Zeit der Feststellung nach § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes, eine unterstützende Tätigkeit bei diesen Behörden, Einrichtungen oder Leistungserbringern zuweisen. Die hierdurch dem Medizinischen Dienst entstehenden Personal- und Sachkosten sind von der Behörde, der Einrichtung, dem Einrichtungsträger oder dem Leistungserbringer, die oder der die Unterstützung erbeten hat, zu erstatten. Das Nähere über den Umfang der Unterstützungsleistung sowie zu Verfahren und Höhe der Kostenerstattung vereinbaren der Medizinische Dienst und die um Unterstützung bittende Behörde oder Einrichtung oder der um Unterstützung bittende Einrichtungsträger oder Leistungserbringer. Für Träger einer zugelassenen Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 des Elften Buches entfällt die Pflicht zur Kostenerstattung. Eine Verwendung von Umlagemitteln nach § 280 Absatz 1 Satz 1 zur Finanzierung der Unterstützung nach Satz 1 ist auszuschließen, davon ausgenommen ist die Unterstützung von Trägern zugelassener Pflegeeinrichtungen. Der Medizinische Dienst legt die Zuweisungsverfügung seiner Aufsichtsbehörde vor, die dieser innerhalb einer Woche nach Vorlage widersprechen kann, wenn die Erfüllung der dem Medizinischen Dienst gesetzlich obliegenden Aufgaben beeinträchtigt wäre. Sofern die Fristen des § 13 Absatz 3a Satz 1 wegen einer Zuweisung nicht gewahrt werden, verlängert sich die von der Krankenkasse nach § 13 Absatz 3a Satz 1 oder 4 zu beachtende Frist um die vom Medizinischen Dienst zusätzlich benötigte Zeit. Kann wegen der Zuweisung die Frist des § 18 Absatz 3b Satz 1 des Elften Buches nicht gewahrt werden, hat die den Medizinischen Dienst beauftragende Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten.

## § 283 SGB V „Verordnungskompetenz im Rahmen HKP“

### Sachverhalt und Begründung

Der Medizinische Dienst Bund soll festlegen, bei welchen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege entsprechend des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie die Dauer und Häufigkeit der Maßnahmen von qualifizierten Pflegefachpersonen festgelegt werden können. Eine Verordnung mit erweiterter Kompetenz der Pflegefachpersonen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege wird insbesondere bei folgenden Maßnahmen des Leistungsverzeichnisses in Frage kommen: Maßnahmen zur Anleitung bei der Grundpflege in der Häuslichkeit, Hilfe beim Ausscheiden, Hilfe zur Körperpflege, Hilfe zur hauswirtschaftlichen Versorgung, Anleitung bei der Behandlungspflege, Positionswechsel zur Dekubitusbehandlung, Pflege des zentralen Venenkatheters und An- oder Ausziehen von ärztlich verordneten Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen oder das Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes, sofern die Kompressionsbehandlung nicht im Zusammenhang mit einer Wundversorgung stehen. Nicht geeignet für diese erweiterte Verordnungskompetenz der qualifizierten Pflegefachpersonen sind insbesondere alle Maßnahmen, bei denen sich die Dauer und Häufigkeit der Maßnahmen nach dem ärztlichen Behandlungsplan richten müssen.

Der Medizinische Dienst Bund soll außerdem festlegen, wann eine Wiedervorstellung bei der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt erforderlich ist, um beurteilen zu können, ob die Maßnahmen weiterhin medizinisch notwendig sind. Die qualifizierten Pflegefachpersonen sind verpflichtet, die Maßnahmen einzustellen und der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt eine Rückmeldung zu geben, wenn die verordneten Maßnahmen teilweise oder vollständig nicht mehr notwendig sind.

Die neue Richtlinienkompetenz wird in einem neuen Absatz 2a von § 283 SGB V verortet, da vom Absatz 2 lediglich Richtlinien für die Tätigkeiten der Medizinischen Dienste umfasst

### Änderungsvorschlag

In § 283 wird folgender Absatz 2a angefügt:

*„Der Medizinische Dienst Bund erlässt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen Richtlinien zur Festlegung derjenigen verordnungsfähigen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege nach § 92 Absatz 7 Satz 1 Nummer 6, bei denen die erforderliche Häufigkeit und Dauer durch entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen selbständig bestimmt werden können. Zudem ist für diese Maßnahmen festzulegen, wann die medizinische Notwendigkeit dieser Maßnahmen durch den verordnenden Vertragsarzt erneut überprüft werden muss. Absatz 2 Satz 2 und 3 gilt entsprechend. Die Richtlinie bedarf der Genehmigung des BMG.“*

## § 291b Abs. 5 Satz 4 SGB V „Verfahren zur Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis“

### Bestehende Regelung/Sachverhalt

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

### Änderungsbedarf und Begründung

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

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

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

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

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

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

### Änderungsvorschlag

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

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



## **§ 301 SGB V „Übermittlung des Antrags auf Anschlussrehabilitation (einschließlich des ärztlichen Befundberichtes) im Wege des elektronischen Datenaustauschs“**

### **Bestehende Regelungen /Sachverhalt**

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

### **Änderungsbedarf und Begründung**

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

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

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

### **Änderungsvorschlag**

§ 301 SGB V wird wie folgt geändert:

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

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

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

## § 301 Abs. 4 Nr. 3 SGB V „Übermittlung der Therapieeinheiten“

### Bestehende Regelungen/Sachverhalt

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

### Änderungsbedarf und Begründung

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

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

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

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

### **Änderungsvorschlag**

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

## **Verpflichtende Meldung von beatmeten Patienten nach 10 Tagen durch die Krankenhäuser an ein unabhängiges Expertengremium, Etablierung eines Beatmungsregisters**

### **Sachverhalt und Begründung**

Seit Jahren steigt die Zahl der Patienten, die invasiv oder nicht-invasiv beatmet in der Häuslichkeit versorgt werden. Dabei handelt es sich zunehmend um hochaltrige, multimorbide Patienten (vgl. Karagiannidis et al. 2019, S. 2). Eine Studie konnte zeigen, dass in einem Weaningzentrum jedoch noch 71% der zuvor im normalen Krankenhaus-Setting nicht entwöhnbaren Patienten geweant werden konnten, im Schnitt nach 8 Tagen (vgl. Barchfeld et al. 2014). Für den Behandlungserfolg kommt es also darauf an, dass Patienten, die 7 Tage und länger nach dem ersten Entwöhnungsversuch noch beatmet werden (prolongiertes Weaning) in spezialisierte Entwöhnungseinrichtungen verlegt werden. Erst im Falle des Weaningversagens in einer solchen spezialisierten Einrichtung ist die Entlassung in die außerklinische Intensivpflege indiziert.

Durch die Regelungen des Gesetzgebers im Rahmen des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes werden Krankenhäuser in Zukunft verpflichtet, beatmete Patienten vor der Entlassung oder Verlegung hinsichtlich ihres Entwöhnungspotenzials einzuschätzen und im Rahmen des Entlassmanagements eine geeignete Anschlussversorgung zu verordnen. Dadurch soll verhindert werden, dass Patienten ohne Ausschöpfung eines vorhandenen Weaningpotenzials in die außerklinische Langzeitbeatmung entlassen werden.

Eine kleine Patientengruppe - Experten gehen von ein bis zwei Prozent aus - wird jedoch von den Krankenhäusern gar nicht für eine Verlegung oder Entlassung vorgesehen; diese Patienten verbleiben, unter Umständen bis zum Tod, langzeitbeatmet im Krankenhaus. Grund dafür sind schwerste Grunderkrankungen der Betroffenen. Das Versorgungsgeschehen ist bei diesen Patienten jedoch vollkommen intransparent. Es gibt keine Kontrolle darüber, ob das Entwöhnungspotenzial jemals ermittelt oder ein spezialisierter Arzt bzw. ein Weaningzentrum konsultiert wurde und ob es ein Therapieziel gibt. Die Neuregelungen des Gesetzgebers erfassen diese Patienten nicht, da eine Entlassung oder Verlegung nicht geplant ist und die Vorschriften zum Entlassmanagement somit nicht zum Tragen kommen. Erschwerend kommt hinzu, dass das Vergütungssystem den Anreiz setzt, Patienten bis zu bestimmten zeitlichen Schwellenwerten zu beatmen, da der Vergütungssatz entsprechend steigt. Derzeit gibt es in den intensivmedizinischen DRGs A06 bis A13 fünf kostenbestimmende Schwellen bei den Beatmungsstunden: 95, 249, 499, 999 und 1799 Stunden.

Daher ist es wichtig, dass Krankenhäuser zukünftig verpflichtet werden, Patienten, die bereits seit 10 Tagen im Krankenhaus beatmet werden, an eine zentrale Stelle zu melden. Hierfür ist ein Expertengremium Intensivpflege beim MD Bund zu errichten. Im Rahmen dieser Meldung müssen u.a. folgende Informationen übermittelt werden:

1. Extubation anstehend in den nächsten 10 Tagen? (ja/nein)
2. Grund der Tracheotomie ( $\pm$  Beatmung)? Kurzer Freitext
3. Entwöhnungszentrum kontaktiert? (ja/nein; wenn nein, warum).
4. Diagnosen und andere Angaben, die zur Einschätzung des Falles notwendig sind
5. die behandelnde Krankenkasse

Die Meldung sollte jeweils vor Erreichen der nächsten Vergütungsstufe verpflichtend wiederholt werden, um sicherzustellen, dass das Entwöhnungspotenzial fortlaufend überprüft wird.

Die Krankenhäuser sollen für den mit der Meldung verbundenen Aufwand einen Aufschlag auf die Vergütung erhalten. Für den Fall, dass diese Meldung unterlassen wird, erhalten die Krankenhäuser einen Abschlag. Die Höhe der Zu- und Abschläge ist so zu bemessen, dass sie symmetrisch sind und für die Krankenhäuser ein hinreichender Anreiz besteht, die Meldung an das Expertengremium tatsächlich zu veranlassen.

Beim Medizinischen Dienst Bund wird als zentrale Stelle ein Expertengremium Intensivpflege unter Beteiligung von Vertretern der für die außerklinische Intensivpflege maßgeblichen Fachgesellschaften (u.a. DIVI, DGIIN, DGP, DGAI). Das Expertengremium entscheidet aufgrund dieser Meldung, ob die Beatmung im Krankenhaus indiziert ist oder nicht und teilt dies dem Krankenhaus innerhalb von 7 Tagen mit und bietet ggf. eine Beratung in Fragen der weiteren Versorgung an. Sofern es Hinweise dafür gibt, dass keine Indikation vorliegt, informiert das Gremium zusätzlich die zuständige Krankenkasse, die eine Prüfung durch den MDK veranlassen kann. Gleichzeitig fließen diese Informationen in das beim MD Bund angesiedelte Beatmungsregister nach § 65f.

Die beobachtete stetige Zunahme von Patientinnen und Patienten mit einem besonders hohen pflegerischen und medizinisch-technischen Unterstützungsbedarf hat verschiedene Ursachen. Das liegt unter anderem an den verbesserten Intensivtherapiemaßnahmen, so dass Patientinnen und Patienten auch schwerste akute Erkrankungen oder aber Unfälle immer häufiger überleben. Auch den speziellen Problemen chronisch fortschreitender Erkrankungen kann auf Grund der verbesserten medizinischen Möglichkeiten immer effektiver begegnet werden. In Deutschland aber auch international wird in diesem Zusammenhang bemängelt, dass zuverlässige quantitative und qualitative Informationen über beatmete Patienten fehlen. Diese sind jedoch unerlässlich zur Weiterentwicklung und Verbesserung bestehender Versorgungsstrukturen. Insbesondere die VELA-Regio Studie von 2016 zur Versorgung invasiv langzeitbeatmeter Patienten unter regionalen Gesichtspunkten empfiehlt den Aufbau von fundierten Erkenntnissen über den Versorgungsbedarf von außerklinisch beatmeten Patienten. Einzelne Länder wie Schweden oder Norwegen verfügen bereits über nationale Patientenregister, die differenziertes Wissen zu den Charakteristika langzeitbeatmeter Patienten, der Versorgungssituationen sowie zu Effekten der Versorgung in verschiedenen Behandlungszentren und Versorgungskonstellationen sammeln und zur Verfügung stellen (Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité, VELA-Regio Studie, Expertise, S. 13, 2016).

Die Schaffung einer Informations- und Datenbasis mit quantitativ-epidemiologischen Kennziffern, mit Real- und Routinedaten der Leistungserbringer, zu vorgehaltenen Strukturen und Angebote der außerklinischen Intensivpflege, zur regionalen Verteilung und welche Ausstattungsmerkmale sie haben, sind daher unerlässlich, um fundierte Aussagen und Überlegungen zur (Weiter-)Entwicklung dieses Versorgungsbereiches zu treffen und abzuleiten. Der Medizinische Dienst Bund richtet daher ein Beatmungsregister ein. Das Bundesministerium für Gesundheit regelt durch Rechtsverordnung, welche konkreten Daten wie beispielsweise Diagnosen, Beatmungsform, Beatmungsdauer, Ort der Versorgung, Weaningpotenzial zu erheben sind, die Durchführung der Datenerhebung, die Rolle der Leistungserbringer sowie die Vergütung für die Meldung der Daten. Der Medizinische Dienst Bund hat alle zwei Jahre einen Bericht über die

aus dem Beatmungsregister gewonnenen Erkenntnisse, basierend auf den Auswertungen eines zu beauftragenden unabhängigen Instituts, zu veröffentlichen.

Mit diesen Regelungen wird das Versorgungsgeschehen auch bei dieser Patientengruppe transparent und Krankenhäuser erhalten einen Anreiz, das Entwöhnungspotenzial auch dieser Patienten zu ermitteln und eine geeignete Weiterversorgung zu veranlassen.

### **Änderungsvorschlag**

#### **§ 39 Abs. 1b SGB V [neu]**

„Leistungserbringer nach § 108 senden am 10. Tag der maschinellen Beatmung eines Patienten in diesem Krankenhaus im Wege elektronischer Übertragung eine Mitteilung an das Expertengremium Intensivpflege nach § 282 Absatz 6. Inhalt der Mitteilung ist insbesondere, welche Gründe für die Tracheotomie / Beatmung vorliegen, ob innerhalb der nächsten 10 Tage eine Extubation geplant ist und ob ein spezialisiertes Entwöhnungszentrum kontaktiert wurde. Das Expertengremium Intensivpflege nach § 282 Absatz 6 nimmt dazu innerhalb von 7 Tagen nach der Meldung Stellung und informiert zusätzlich die zuständige Krankenkasse. Die Meldung nach Satz 1 ist durch den Leistungserbringer nach § 108 nach 41 und 75 Tagen zu wiederholen. Das Nähere über Form und Inhalt der erforderlichen Vordrucke, die Zeitabstände für die Übermittlung der Angaben nach Absatz 1b und das Verfahren im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern sowie das Nähere zum Verfahren und zu den Zeitabständen der Übermittlung im Wege elektronischer Datenübertragungen nach Absatz 1b vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der PKV-Verband e.V. mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemeinsam. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 5 ganz oder teilweise nicht innerhalb von MM zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 KHG auf Antrag einer Vertragspartei den Inhalt der Vereinbarung fest.“

Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt bis zum TT.M.202J in einer Richtlinie nach § 136 Abs. 1 Nr. 2 das Nähere zum Verfahren und zum Inhalt der Meldung sowie zu den Aufgaben des „Expertengremiums Intensivpflege“.

#### **§ 282 Absatz 6 V [neu]**

„Bei dem Medizinischen Dienst Bund wird ein „Expertengremium Intensivpflege“ errichtet, das die Meldungen gemäß § 39 Abs. 1b entgegennimmt und die Indikationsqualität überprüft. Das Ergebnis der Prüfung wird an den zuständigen Leistungserbringer nach § 108 und an die zuständige Krankenkasse übermittelt; das Expertengremium kann das Ergebnis der Prüfung für eine Beratung des zuständigen Leistungserbringers nach § 108 in Fragen der weiteren Versorgung zugrunde legen. Dem Expertengremium nach Satz 1 gehören neben den Vertretern des Medizinischen Dienst Bunds auch Vertreter der maßgeblichen Fachgesellschaften an. Das Nähere regelt die Satzung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1. Der Medizinische Dienst Bund trägt die Kosten der Tätigkeit des Expertengremiums; § 283a Absatz 3 gilt analog. Die Meldung nach Satz 1 und das Ergebnis der Prüfung nach Satz 2 sind an das Beatmungsregister nach § 65f zu übermitteln.“

#### **§ 65f SGB V Beatmungsregister [neu]**

(1) Zur Weiterentwicklung der intensivpflegerischen Versorgung von beatmungspflichtigen und/oder tracheotomierten Versicherten im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege richtet

der MD Bund ein Beatmungsregister ein. Das Beatmungsregister hat insbesondere die folgenden Aufgaben:

1. die personenbezogene Erfassung der Daten aller ambulant und stationär außerklinisch versorgten beatmungspflichtigen Patientinnen und Patienten sowie
2. die Bereitstellung notwendiger Daten zur Herstellung von Versorgungstransparenz und zu Zwecken der Versorgungsforschung.

Das Nähere, insbesondere zu den Inhalten der Datenerhebung, der Durchführung der Datenerhebung, der Beteiligung der Leistungserbringer an der Datenerhebung sowie der Höhe der Meldevergütung, wenn die übermittelten Daten vollständig gemeldet wurden, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen können den Betrieb des Beatmungsregisters fördern, indem sie die Vergütung für die Meldungen in Bezug auf privat krankenversicherte Personen tragen; ihren Anteil überweist der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. in diesem Fall jährlich unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Gesundheitsfonds (§ 271).

(2) Der MD Bund veröffentlicht alle zwei Jahre, erstmals zum 01.01.2022, in anonymisierter Form einen Bericht über die Erkenntnisse aus dem Beatmungsregisters. Der Bericht ist auf der Grundlage der Auswertungen eines zu beauftragenden unabhängigen Instituts zu erstellen.

#### **§ 9 KHEntgG Abs. 1a**

Nach Nummer 8 wird die Nummer 9 angefügt:

9. bis zum XX.XX.XXXX das Nähere zu den Voraussetzungen, zur Höhe und zur Ausgestaltung eines Zuschlages für die Krankenhäuser, die gemäß § 39 Abs. 1b SGB V eine Meldung an das Expertengremium vornehmen und eines Abschlages, die diese Meldung nicht vornehmen.

## Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

### § 7 SGB XI „Aufklärung & Auskunft“

#### Sachverhalt und Begründung

Die Landesverbände der Pflegekassen sind zur Schaffung der Transparenz hinsichtlich der vorhandenen Angebote der pflegerischen Versorgung und deren Kosten verpflichtet. Die Investitionskosten gemäß § 82 Absatz 2 sind für die Herstellung der Kostentransparenz zwingend erforderlich, da sie als Eigenleistung einen erheblichen Kostenfaktor darstellen und somit bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung eine erhebliche Rolle spielen.

#### Änderungsvorschlag

Der Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Liste hat zumindest die jeweils geltenden Festlegungen der Vergütungsvereinbarungen nach dem Achten Kapitel, die in § 82 Absatz 2 aufgeführten Investitionskosten sowie die im Rahmen der Vereinbarungen nach Absatz 4 übermittelten Angaben zu Art, Inhalt und Umfang der Angebote sowie zu den Kosten in einer Form zu enthalten, die einen regionalen Vergleich von Angeboten und Kosten und der regionalen Verfügbarkeit ermöglicht.“

Daraus resultiert diese Folgeänderung:

„§ 82 neuer Abs. 6 Satz 1 ist zu ergänzen: „Die Höhe der Investitionskosten nach Absatz 2 sind den Landesverbänden der Pflegekassen für die Erstellung der Leistungs- und Preisvergleichslisten nach § 7 Absatz 3 mitzuteilen.“



## § 36 SGB XI „Pflegetascheleistung“

### Sachverhalt und Begründung

Die Ergebnisse der Evaluation der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach § 18c haben gezeigt, dass das mit dem Pflegebedürftigkeitsbegriff verbundene Person-zentrierte Pflegeverständnis in der Praxis noch nicht so gelebt werden kann. Aus den bisherigen Erfahrungen zu Umsetzung der ersten Schritte der Implementierungsstrategie (Roadmap zur Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Praxis) zeigt sich, dass die bisherigen gesetzlichen leistungs- und vertragsrechtlichen Rahmenbedingungen die Umsetzung behindert. Dies gilt es zu beseitigen.

### Änderungsvorschlag

Absatz 1 wird wie folgt formuliert:

*„Pflegetaschebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf pflegerische Hilfen bei den in § 14 Absatz 2 und § 18 Absatz 2 und in § 18 Absatz 5a genannten Bereichen Mobilität, Selbstversorgung, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingter Anforderungen und Belastungen sowie Hilfen bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte sowie Hilfen bei der Haushaltsführung.“*

In Absatz 2 wird Satz 2 wie folgt formuliert:

*„Bestandteil der häuslichen Pflegehilfe ist auch die Stärkung der Selbstpflegekompetenzen von Pflegebedürftigen und der Pflegekompetenzen von Angehörigen, insbesondere durch Beratung, Anleitung und Edukation sowie pflegerische Hilfen zur Stabilisierung der Versorgungssituation.“*

In Absatz 2 wird Satz 3 gestrichen.

## § 72a SGB XI „Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag - Transparenz zu neuen Wohnformen“

### Sachverhalt und Begründung

Derzeit gibt es keine Transparenz über die Ausrichtung und Quantität neuer Wohnformen. Vor dem Hintergrund der Entwicklung der Qualitätssicherung in neuen Wohnformen im Zusammenhang mit dem gesetzlichen Auftrag in § 113b SGB XI, zur Entwicklung eines Konzeptes zur Qualitätssicherung ambulanter Wohnformen und zur Umsetzung der Regelungen zur Pflegestrukturplanung (vgl. § 8a SGB XI – Gemeinsame Empfehlung der pflegerischen Versorgung) soll eine Anzeigepflicht für neue Wohnformen im SGB XI implementiert werden. Die föderal gestalteten Wohn- und Teilhabegesetze der Länder reichen insbesondere hinsichtlich der Anzeigepflicht nicht aus, um die Grundlage für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und Altenhilfestrukturen zu schaffen. Eine bundesgesetzlich geregelte Anzeigepflicht für neue Wohnformen bietet die Chance, die Grundlagen für die Umsetzung der gesetzlichen Aufträge nach §§ 8a und 113b SGB XI zu schaffen.

Bei Verstoß gegen diese Pflichten sollte eine Vergütungskürzung drohen, ohne dass Qualitätsmängel festgestellt werden müssen.

### Änderungsvorschlag

(1) Erbringt eine ambulante Pflegeeinrichtung (Pflegedienst) in einer ambulanten Wohnform nach Absatz 2 Leistungen im Sinne der §§ 36, 45a, hat der Träger der Pflegeeinrichtung die Versorgung innerhalb eines Monats vor Aufnahme der Tätigkeit bei den Landesverbänden der Pflegekassen schriftlich anzuzeigen. Die Anzeige umfasst

1. die Anschrift und Art der Wohnform,
2. Namen und Anschrift der Vermieterin oder des Vermieters der Räumlichkeiten der Wohnform,
3. die Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner und die Zahl der Pflegebedürftigen in den einzelnen Pflegegraden,
4. die Anzahl der vom Pflegedienst in der Wohnform versorgten Pflegebedürftigen,
5. eine Erklärung darüber, ob zwischen dem Pflegedienst bzw. Träger der Pflegeeinrichtung und der Vermieterin oder dem Vermieter eine rechtliche oder tatsächliche Verbindung besteht, und
6. die mit den Bewohnerinnen und Bewohnern geschlossenen Verträge über die Leistungserbringung, ohne dass die Namen der Bewohnerinnen und Bewohnern erkennbar werden.

(2) Ambulante Wohnformen im Sinne des Absatzes 1 sind solche, in denen mehr als vier Pflegebedürftige in einer Wohnanlage leben.

(3) Änderungen der Umstände nach Absatz 1 sind den Landesverbänden der Pflegekassen unverzüglich mitzuteilen.

(4) Kommt eine Pflegeeinrichtung ihren Pflichten nach Absatz 1 und 3 nicht, nicht richtig oder nicht rechtzeitig nach, ist § 115 Absatz 3 entsprechend anzuwenden.

## § 75 SGB XI „Rahmenverträge“

### Sachverhalt und Begründung

Die Ergebnisse der Evaluation der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach § 18c haben gezeigt, dass das mit dem Pflegebedürftigkeitsbegriff verbundene Person-zentrierte Pflegeverständnis in der Praxis noch nicht so gelebt werden kann. Aus den bisherigen Erfahrungen zu Umsetzung der ersten Schritte der Implementierungsstrategie (Roadmap zur Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Praxis) zeigt sich, dass die bisherigen gesetzlichen leistungs- und vertragsrechtlichen Rahmenbedingungen die Umsetzung behindert. Dies gilt es zu beseitigen.

### Änderungsvorschlag

In Absatz 2 wird Satz 1 Ziffer 1 wie folgt formuliert:

*„die Beschreibung pflegerischer Hilfen einschließlich der Sterbebegleitung sowie bei stationärer Pflege die Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen, den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und den Zusatzleistungen,“*

## § 89 SGB XI „Grundsätze der Vergütungsregelung“

### Sachverhalt und Begründung

Um den Fokus auf die pflegerischen Aufgaben zu legen, ist es nicht mehr sinnvoll, die zu erbringenden Hilfen als Einzelmaßnahmen aufzugliedern. Eine Vergütungsform, die sich nach dem realen Zeitaufwand oder nach Art der pflegerischen Hilfen ausrichtet, unterstützt vielmehr eine ressourcenorientierte Sichtweise auf den zu pflegenden Menschen.

### Änderungsvorschlag

In Absatz 3 wird Satz 1 wie folgt formuliert:

„Die Vergütungen sind je nach Versorgungsziel der pflegerischen Aufgaben zur Unterstützung in den in § 14 Abs. 2 genannten Bereichen nach Zeitaufwand oder nach Art der pflegerischen Hilfen im jeweiligen Pflegeeinsatz zu bemessen; sonstige pflegerische Hilfen, die der Unterstützung in den § 18 Abs. 5a Satz 3 Nummer 1 und 2 genannten Bereichen dienen oder Fahrkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden.“

## **§ 105 SGB XI „Abrechnung pflegerischer Leistungen und § 302 SGB V Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer“**

### **Sachverhalt und Begründung**

Bisher wird mit der Abrechnung bereits die Zeit der Leistungserbringung angegeben. Hierfür gibt es jedoch keine einheitlichen Vorgaben. Bei der Abrechnung von Leistungskomplexleistungen wird vom Leistungserbringer bisher nur der Beginn der Leistungserbringung (z.T. in Echtzeit, aber auch Zeitkorridore) angegeben. Für die Abrechnungsprüfung ist jedoch die genaue Einsatzzeit in Echtzeit notwendig. Daher werden die Leistungserbringer verpflichtet, den Beginn und das Ende der Leistungserbringung zu dokumentieren und an die Pflegekassen mit der Abrechnung zu übermitteln.

### **Änderungsvorschlag**

Folgender Ergänzung im § 105 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB XI wird aufgenommen:

Die an der Pflegeversorgung teilnehmenden Leistungserbringer sind verpflichtet,

1. in den Abrechnungsunterlagen die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis einschließlich des Tages und dem Beginn und dem Ende der Leistungserbringung in Echtzeit aufzuzeichnen,

Folgender Ergänzung im § 302 Absatz 1 Satz 2 SGB V wird aufgenommen:

Bei der Abrechnung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 sind zusätzlich zu den Angaben nach Satz 1 der Beginn und das Ende der Leistungserbringung in Echtzeit anzugeben.

## § 120 SGB XI „Pflegevertrag bei häuslicher Pflege“

### Sachverhalt und Begründung

Aufgrund des geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs und das damit verbundene Person-zentrierte Pflegeverständnis ist es notwendig, im Pflegevertrag die Versorgungsziele pflegerischen Handelns vereinbaren zu können. Aufgrund der aktuellen gesetzlichen Bestimmungen werden aber in der ambulanten Pflege nur tätigkeits- bzw. verrichtungsbezogene Leistungen vertraglich vereinbart. Dies gilt es nun zu beseitigen.

### Änderungsvorschlag

In Absatz 3 wird Satz 1 wie folgt formuliert:

„In dem Pflegevertrag sind mindestens die pflegerischen Hilfen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern nach § 89 vereinbarten Vergütungen zu vereinbaren.“

## Änderung des Gesetzes über den Verkehr mit Arzneimitteln

### § 84 AMG „Haftung für Arzneimittelschäden, Gefährdungshaftung“

#### Bestehende Regelung/Sachverhalt

Im Bereich der Haftung für Schäden, die aus der Einnahme von Arzneimitteln resultieren, bestehen auch nach der Novellierung des AMG im Jahr 2002 für betroffene Patienten noch immer grundlegende Defizite. Die Regelung des § 84 AMG hat sich in weiten Teilen als nicht patientengerecht erwiesen.

#### Änderungsbedarf und Begründung

Tatsächlich ist bis heute kein einziger Arzneimittelhersteller in Deutschland auf Grundlage des § 84 AMG in der seit dem 1.8.2002 gültigen Fassung zu Schadensersatzleistungen verurteilt worden.

So hat der Pharmakonzern Merck & Co. wegen seines im Jahre 2004 vom Markt genommenen Schmerzmittels Vioxx® in den USA mehrere Milliarden Dollar für Schadensersatzforderungen amerikanischer Patienten sowie als Strafzahlung geleistet, nachdem ein höheres Herzinfarkt- und Schlaganfall-Risiko bei längerer Einnahme nachgewiesen worden war. In Deutschland ist indes bis heute kein einziger Patient entsprechend entschädigt worden.

Zwar wurde, um die Schwierigkeiten des Arzneimittelanwenders beim Nachweis der Kausalität zu erleichtern, mit Art. 1 Nr. 1 des Zweiten Gesetzes zur Änderung schadensersatzrechtlicher Vorschriften vom 19. Juli 2002 (BGBl. I S. 2674) die Kausalitätsvermutung des § 84 Abs. 2 AMG eingeführt. Diese Vermutung gilt gemäß § 84 Abs. 2 Satz 3 AMG jedoch dann nicht, wenn ein anderer Umstand nach den Gegebenheiten des Einzelfalls geeignet ist, den eingetretenen Schaden zu verursachen.

Als „andere Umstände“ im Sinne des § 84 Abs. 2 Satz 3 AMG kommen insbesondere der Gesundheitszustand des Geschädigten oder auch besondere Lebensgewohnheiten (Alkohol- oder Zigarettenkonsum) in Betracht. Der BGH lässt darüber hinaus auch ein fortgeschrittenes Alter des Geschädigten oder auch eine körperliche Anstrengung vor Infarkteintritt als anspruchsausschließende Alternativursache gelten.

Abweichend davon muss hinsichtlich der Anspruchsdurchsetzung jedoch Berücksichtigung finden, dass in der Medizin die Frage, ob ausschließlich die Gabe eines Medikaments den vom Betroffenen beklagten Schaden verursacht hat/haben kann, nur sehr selten seriös beantwortet werden kann, da die Entstehung von Gesundheitsschäden individuell und grundsätzlich multifaktoriell bedingt ist. Gleichwohl kann die Gabe von Arzneimitteln mit bestimmten Wirkweisen unter Berücksichtigung des individuellen Risikoprofils des Patienten den Eintritt eines Gesundheitsschadens wahrscheinlicher machen.

Dem sollte der Gesetzgeber auch in Anbetracht des enormen Wissensgefälles zwischen dem Arzneimittelhersteller und dem Patienten gerecht werden. Dadurch könnten arzneimittelgeschädigte Patienten auch in Deutschland eine Chance bekommen, berechtigte Schadensersatzansprüche durchzusetzen.

### **Änderungsvorschlag**

§ 84 Abs. 2 AMG wird wie folgt neu gefasst:

„Ist das angewendete Arzneimittel nach den Gegebenheiten des Einzelfalls geeignet, den Schaden zu verursachen, so wird vermutet, dass der Schaden durch dieses Arzneimittel verursacht ist. Die Eignung im Einzelfall beurteilt sich nach der Zusammensetzung und der Dosierung des angewendeten Arzneimittels, nach der Art und Dauer seiner bestimmungsgemäßen Anwendung, nach dem zeitlichen Zusammenhang mit dem Schadenseintritt, nach dem Schadensbild und dem gesundheitlichen Zustand des Geschädigten im Zeitpunkt der Anwendung sowie allen sonstigen Gegebenheiten, die im Einzelfall für oder gegen die Schadensverursachung sprechen. Die Vermutung gilt nicht, wenn ein anderer Umstand nach den Gegebenheiten des Einzelfalls mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eher geeignet ist, den Schaden allein zu verursachen. Ein anderer Umstand liegt nicht in der Anwendung weiterer Arzneimittel, die nach den Gegebenheiten des Einzelfalls geeignet sind, den Schaden zu verursachen, es sei denn, dass wegen der Anwendung dieser Arzneimittel Ansprüche nach dieser Vorschrift aus anderen Gründen als der fehlenden Ursächlichkeit für den Schaden nicht gegeben sind.“



## Änderung des Einkommenssteuergesetzes

### § 10 Abs. 1 Nr. 3 Satz 1 Buchst. a Satz 2 EStG

#### Bestehende Regelung/Sachverhalt

Beiträge zu Krankenversicherungen sind nach § 10 Abs. 1 Nr. 3 Satz 1 Buchst. a Satz 1 EStG als Sonderausgaben abzugsfähig, soweit diese zur Erlangung eines durch das SGB XII bestimmten sozialhilfegleichen Versorgungsniveaus erforderlich sind und sofern auf die Leistungen ein Anspruch besteht. Nach dem Eingangssatz des § 10 Abs. 1 EStG sind nur „Aufwendungen“ als Sonderausgaben abzugsfähig; insoweit sind nur solche Ausgaben als Sonderausgaben zu berücksichtigen, durch die der Steuerpflichtige tatsächlich und endgültig wirtschaftlich belastet ist. Beitragsrückstellungen kürzen infolgedessen den Beitragsaufwand und sind aus diesem Grunde von den gezahlten Krankenversicherungsbeiträgen in Abzug zu bringen. Gleiches gilt für eine Prämienzahlung, die eine gesetzliche Krankenkasse ihrem Mitglied im Rahmen eines Wahltarifs gemäß § 53 Abs. 1 und 2 SGB V gewährt.

Boni nach § 65a SGB V sollen dagegen Anreize für die Versicherten bieten, sich an bestimmten gesundheitserhaltenden oder gesundheitsfördernden Maßnahmen zu beteiligen. Die Boni stehen daher grundsätzlich in keinem direkten Bezug zu den Krankenversicherungsbeiträgen.

Dennoch hat die Finanzverwaltung lange Zeit die Auffassung vertreten, den Sonderausgabenabzug um diese Bonuszahlungen zu mindern. Diese Auffassung wurde bereits durch höchstgerichtliche Entscheidungen des Bundesfinanzhofes (vgl. Urteile vom 01.06.2016 – X R 17/15 sowie vom 06. Mai 2020 - X R 16/18 sowie X R 30/18) durchbrochen. Der Bundesfinanzhof gelangte jeweils zu dem Ergebnis, dass die streitgegenständlichen Bonuszahlungen den Sonderausgabenabzug nicht mindern dürfen.

#### Änderungsbedarf und Begründung

Boni für gesundheitsbewusstes Verhalten sind schon im Grundsatz nicht mit „Beitragsrückstellungen“ gleichzusetzen. Es ist nämlich nicht nachvollziehbar, warum ein Bonus, den Versicherte für ihre individuellen Maßnahmen zur Förderung ihrer Gesundheit erhalten, zu einer Erhöhung ihrer Steuerlast führen soll. Gesetzliche Krankenkassen dürfen einen Bonus nach § 65a SGB V nämlich als Anreiz- und Steuerungsinstrument nur gegenüber denjenigen Versicherten erbringen, die verantwortungsvoll mit ihrer Gesundheit umgehen und dies durch ihre Teilnahme am Bonusprogramm nachweisen.

Die Bonifizierung steht damit als zusätzliche Leistung der Krankenkasse im unmittelbaren Zusammenhang mit der Durchführung von gesundheitsbezogenen Aktivitäten. Boni nach § 65a SGB V zielen also nicht auf eine Reduzierung oder Veränderung der Kostenlast für die Basisleistungen der Krankenkasse ab. Auch ohne Teilnahme an einem Bonusprogramm im Sinne von § 65a SGB V bleibt der Basiskrankenversicherungsschutz in vollem Umfang erhalten. Versicherte erhalten durch einen Bonus nach § 65a SGB V vielmehr eine echte zusätzliche Leistung. Darin unterscheidet sie sich von einer Beitragsrückstattung, bei der Versicherungsbeiträge in Abhängigkeit von der Reduzierung der Leistungsanspruchnahme der Basisabsicherung erstattet werden.

Für die Versicherten ist die aktuelle steuerrechtliche Situation weder nachvollziehbar noch durch die Krankenkassen argumentativ vermittelbar. Dies wird dadurch deutlich, dass es zu den von den Krankenkassen vorzunehmenden Meldungen nach § 93c AO an die Finanzbehörden regelmäßig zu Beschwerden von Versicherten kommt.

Hinzu kommt, dass die aktuelle steuerrechtliche Bewertung den im Rahmen des Masernschutzgesetzes erneut erklärten gesundheitspolitischen Willen des Gesetzgebers konterkariert. Denn ab 2020 sind Bonusprogramme für Gesundheitsuntersuchungen, Früherkennungsprogramme und Schutzimpfungen verpflichtend von den Krankenkassen vorzusehen. Die aktuelle steuerrechtliche Bewertung führt jedoch im Ergebnis dazu, dass sich die für die Teilnahme an Bonusprogrammen für die Versicherten steuerrechtlich negativ auswirkt.

Daher soll klargestellt werden, dass die Zahlung von Boni nach § 65a SGB V generell nicht als Beitragserstattung zu qualifizieren und damit keine Anrechnung auf den Sonderausgabenabzug vorzusehen ist.

#### **Änderungsvorschlag**

§ 10 Abs. 1 Nr. 3 Satz 1 Buchst. a Satz 2 EStG wird klarstellend um folgenden Halbsatz ergänzt „; ein auf der Grundlage von § 65a SGB V gewährter Bonus mindert diese Beiträge nicht.“