



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum

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

Stand: 08.04.2021

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeiner Teil	4
2. Kommentierung des Gesetzes	9
• Zu Artikel 1 Nummer 9 a) § 31 Absatz 1a SGB V (Arznei- und Verbandmittel, Verordnungsermächtigung)	9
• Zu Artikel 1 Nummer 9 b) § 31 Absatz 5 SGB V (Arznei- und Verbandmittel, Verordnungsermächtigung)	10
• Zu Artikel 1 Nummer 13 § 39d SGB V (Förderung der Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken durch einen Netzwerkkoordinator)	11
• Zu Artikel 1 Nummer 20 § 65e SGB V (Ambulante Krebsberatungsstellen)	13
• Zu Artikel 1 Nummer 26 § 87a SGB V (Regionale Euro- Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten).....	15
• Zu Artikel 1 Nummer 30 § 106b Absatz 1a SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen)	18
• Zu Artikel 1 Nummer 31 § 110a SGB V (Qualitätsverträge)	19
• Zu Artikel 1 Nummer 39 § 132e SGB V (Versorgung mit Schutzimpfungen).....	21
• Zu Artikel 1 Nummer 41 § 136b Absatz 1 SGB V (Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus)	22
• Zu Artikel 1 Nummer 42 § 137 SGB V (Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses)	28
• Zu Artikel 1 Nummer 45 § 137d SGB V (Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Versorge oder Rehabilitation).....	30
• Zu Artikel 1 Nummer 47 § 137f SGB V (Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten)	31
• Zu Artikel 1 Nummer 57 § 266 SGB V (Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich), Verordnungsermächtigung).....	32
• Zu Artikel 1 Nummer 59 § 269 SGB V (Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte).....	34
• Zu Artikel 1 Nummer 61 § 271 SGB V (Gesundheitsfonds).....	37
• Zu Artikel 1 Nummer 63 § 275 SGB V (Begutachtung und Beratung)	39

• Zu Artikel 1 Nummer 64 § 275b SGB V (Durchführung und Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege und außerklinischen Intensivpflege durch den Medizinischen Dienst und Verordnungsermächtigung).....	40
• Zu Artikel 1 Nummer 70 § 301 SGB V (Krankenhäuser)	42
• Zu Artikel 6 Nummer 4 § 9 KHEntgG (Vereinbarung auf Bundesebene).....	43
• Zu Artikel 6 Nummer 7 § 15 KHEntgG (Laufzeit)	44
• Zu Artikel 11 Nummer 3 § 8 RSAV (Auswahl und Anpassung der Versichertenklassifikationsmodells)	45
• Zu Artikel 11 Nummer 10 § 27 RSAV (Übergangsregelungen).....	46
• Zu Artikel 14 Nummer 6 § 15 BPfIV (Laufzeit).....	47
3. Weiterer ergänzender Änderungsbedarf.....	48
• § 87 Absatz 1c SGB V (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte)	48
• § 106c Absatz 2 SGB V (Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen)	49
• Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung (WiPrüfVO).....	50
• § 17b Absatz 4 KHG und § 6a Absatz 2 Satz 1 KHEntgG (Berufsgruppen im Pflegebudget).....	55
• § 6a Absatz 3 und § 9 Absatz 1 Nummer 8 KHEntgG.....	56
4. Kommentierung der Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 19(14)310	58
• Änderungsantrag 2 zu Artikel 1 Nummer 14 (§ 55 SGB V Leistungsanspruch).....	58
• Änderungsantrag 3 zu Artikel 1 Nummer 18a (neu) (§ 64d SGB V (neu) Modellvorhaben zur umfassenden Diagnostik und Therapiefindung mittels Genomsequenzierung bei seltenen und onkologischen Erkrankungen)	59
• Änderungsantrag 4 zu Artikel 1 Nummer 29 (§ 98 SGB V Zulassungsverordnungen in Verbindung mit Ärzte-ZV und Zahnärzte-ZV)	62
• Änderungsantrag 5 zu Artikel 1 Nummer 38 (§ 132a SGB V Versorgung mit häuslicher Krankenpflege)	64
• Änderungsantrag 7 zu Artikel 1 Nummer 63 (§ 275 SGB V Begutachtung und Beratung)	66

1. Allgemeiner Teil

Der vorliegende Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung adressiert eine umfangreiche Bandbreite an Regelungsinhalten. Insgesamt sind in 16 Artikeln weit über 100 Rechtsänderungsbefehlen in unterschiedlichsten Gesetzen geplant, mit einem deutlichen Schwerpunkt auf das SGB V. Der Gesetzentwurf adressiert an verschiedenen Stellen wichtige Punkte, ein roter Faden ist aber indes nicht ersichtlich. Es handelt sich erkennbar um eine Sammlung von Änderungen, die zu einem großen Teil auch Rechtsschärfungen oder redaktioneller Natur sind. In manchen Regelungen herrscht aus Sicht der Ersatzkassengemeinschaft zum Teil erheblicher Nachbesserungsbedarf. Dazu nimmt der Verband der Ersatzkassen (vdek) gerne Stellung und unterbreitet konkrete Änderungsvorschläge.

Qualität im Fokus

Ein großer, insgesamt begrüßenswerter, Aspekt des Gesetzentwurfes ist der starke Fokus auf das Thema Qualität in der stationären Versorgung. Es soll die Festlegung weiterer Mindestmengen für die stationäre Versorgung gefördert werden. Zudem werden bestehende Ausnahmeregelungen abgeschafft. Das unterstützt der vdek, schlägt jedoch redaktionelle Änderungen und Klarstellungen vor. Für Qualitätsverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern soll ein fixes Ausgabenvolumen i.H.v. 30 Cent pro Versicherten ab 2022 (inklusive einer Dynamisierungsklausel) bis einschließlich 2028 vorgesehen werden. Die Intention des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), Qualitätsverträgen mehr Bedeutung zu verleihen, kann nachvollzogen werden. Aus der Erfahrung des vdek fehlt es in der Praxis jedoch oft an Ideen der Krankenhäuser für gute Konzepte, wie die Qualität verbessert werden kann. Oftmals beschränken sich die Vorschläge auf Zuschläge für Inhalte, die bereits regelhaft durch die Kassen finanziert werden. Darüber hinaus war oft der befürchtete Zusatzaufwand für die Administration von Verträgen ein Hinderungsgrund. Die nun angedachten Änderungen bedeuten für Krankenkassen einen faktischen Kontrahierungszwang. Dieser birgt den Fehlanreiz, dass Verträge nur der Verträge willen und nicht ihres Inhalts willen geschlossen werden. Aus diesem Grund fordert der vdek die Streichung der Regelung. Bis 2024 soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) daneben vier weitere Leistungsbereiche bestimmen, zu denen Qualitätsverträge erprobt werden sollen. Der G-BA soll ferner den Nutzen der Qualitätsverträge überprüfen und evaluieren, ob diese weiterhin als Instrument der Qualitätsentwicklung geeignet sind. Die Abschaffung der Qualitätszu- und

-abschläge hingegen ist begrüßenswert, da diese ohnehin von allen Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung abgelehnt wurden.

Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs wäre bereits früher umsetzbar

Die vorgeschlagenen Neuregelungen zu den Zuweisungen für Auslandsversicherte, beim Krankengeld und beim Kinderkrankengeld entsprechend der konsequenten Weiterentwicklung des morbi-RSA. Positiv ist, dass das vorgeschlagene Modell der Gutachter für den Bereich Auslandsversicherte umgesetzt werden soll. Die beiden Gutachten haben festgestellt, dass es im derzeitigen Zuweisungsverfahren für Auslandsversicherte noch immer zu deutlichen Über- und Unterdeckungen kommt. Als Grund wurde benannt, dass sich die Niveaus der Leistungsausgaben zwischen den Ländern deutlich unterscheiden, ohne dass dies im Zuweisungsverfahren berücksichtigt wird. Bei Auslandsversicherten in Ländern mit einem im Vergleich niedrigen Ausgabenniveau kommt es daher zu deutlichen Überdeckungen, bei Auslandsversicherten in Ländern mit höheren Ausgabenniveaus zu Unterdeckungen. Bei ungleicher Verteilung der Auslandsversicherten aus verschiedenen Ländern auf die Krankenkassen kommt es daher zu Wettbewerbsverzerrungen. Die nötigen Datengrundlagen können schnell geschaffen werden. Daher wäre auch eine Umsetzung bereits zum Ausgleichsjahr 2022 möglich. Ebenso ist es aufgrund der erheblichen methodischen Defizite des vorliegenden Gutachtens zu den Zuweisungen für Krankengeld folgerichtig, die bisherige Sonderregelung für das Krankengeld dauerhaft beizubehalten und damit einen anteiligen Ist-Kosten-Ausgleich weiterzuführen. Die leistungsrechtlichen Regelungen für das Krankengeld unterscheiden sich insbesondere zu Anspruchsvoraussetzung, Anspruchsdauer und Höhe maßgeblich von den leistungsrechtlichen Regelungen für das Kinderkrankengeld. Die Neuregelungen zum Kinderkrankengeld sollten bereits für das Ausgleichsjahr 2021 in Kraft treten. Die notwendigen technischen Voraussetzungen sind hierfür gegeben und die erforderlichen Regularien für zukünftig angepasste Datenmeldungen für den Risikostrukturaustausch (RSA-Datenmeldungen) können rechtzeitig aufgestellt werden.

Influenza-Impfstoff Sonderregelungen nicht nötig

Analog zur Grippesaison 2020/2021 soll auch für die kommende Saison 2021/2022 eine Impfstoffmengenüberschreitung von bis zu 30 Prozent nicht als unwirtschaftlich gelten. Erwartet wurde seinerzeit eine COVID-19-pandemiebedingte höhere Inanspruchnahme der Grippeimpfung. Die Bestellung für 2021/2022 beruht auf Schätzungen, ausgehend von der Vorsaison, die ja bereits gesteigert war. Eine nochmalige Steigerung um 30 Prozent wird

dazu führen, dass rund eine Million Impfstoffdosen übrig bleiben und vernichtet werden müssen. Zudem wird derzeit von der Ständigen Impfkommission (STIKO) für über 65-Jährige der Hochdosisimpfstoff empfohlen, der derzeit nur von einem Hersteller produziert wird und dreimal so teuer wie herkömmliche Influenza-Impfstoffe ist. Das führt zu weiteren Kostensteigerungen.

Erneut Eingriffe in die Gemeinsame Selbstverwaltung

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

Vorschlag zur MGV-Bereinigung weiter verbesserungswürdig

Der Entwurf sieht vor, dass ab dem vierten Quartal 2021 ein Korrekturverfahren zur Bereinigung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) etabliert wird. Im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) waren neue extrabudgetär zu vergütende Leistungen im vertragsärztlichen Bereich eingeführt worden. Diese wurden, u. a. pandemiebedingt, seltener als erwartet dokumentiert. Damit es in den Folgejahren zu keiner Doppelvergütung kommt, müssen aber angemessene Volumina aus der MGV bereinigt werden. Es wird ausdrücklich begrüßt, dass die Notwendigkeit einer Erweiterung der bislang auf ein Jahr begrenzten Bereinigungsregelung anerkannt wird, denn aus einer strategie- und pandemiebedingten Unterkennzeichnung im bisher vorgesehenen Bereinigungszeitraum resultiert voraussichtlich eine Doppelfinanzierung von jährlich etwa zwei Milliarden Euro. Diese Doppelfinanzierung wird durch die vorliegende Regelung allerdings nur zum Teil beseitigt. Diese Problematik könnte durch eine Verlängerung des Bereinigungszeitraums geheilt werden. Wenn jedoch an einer Korrektur anstelle einer Verlängerung der Bereinigung festgehal-

ten werden soll, bedarf es einiger Anpassungen. Der gesamte Bereinigungszeitraum sollte bereits das dritte Quartal 2021 umfassen, ansonsten käme es künftig aufgrund der dauerhaft fortbestehenden Doppelfinanzierung immer im dritten Quartal eines Jahres zu einem erheblichen Vergütungssprung gegenüber dem zweiten und vierten Quartal. Zudem sollte der vorgesehene Korrekturzeitraum um ein weiteres Jahr verlängert werden, da die Gesamtleistungsmenge im bisher vorgesehenen Korrekturzeitraum voraussichtlich immer noch pandemiebedingt eingeschränkt ist. Des Weiteren ist kritisch zu bewerten, dass die Korrektur erst über ein Jahr nach dem Auslaufen des bisherigen Bereinigungszeitraums vorgenommen werden soll und in der Zwischenzeit weiterhin eine Überzahlung zu leisten ist.

Anpassungen der (zahn)ärztlichen Zulassungsverordnungen unvollständig

Im Zuge der COVID-19-Pandemie wurden aufgrund des Infektionsschutzes Sonderregelungen getroffen, um die vertragsärztlichen und die vertragszahnärztlichen Zulassungsausschüsse auch digital tagen und Beschlüsse durchführen lassen zu können. Bisher gab es keine Regelungen zu Videositzungen der Zulassungsgremien, diese werden nun durch den Änderungsantrag 4 erstmals geschaffen. Diese Anpassungen der Zulassungsverordnungen sind sachgerecht und begrüßenswert. Dennoch besteht weiterhin gleichlautender Anpassungsbedarf der Wirtschaftlichkeits-Prüfungsverordnung. Dazu unterbreitet der Verband der Ersatzkassen nachfolgend einen umfassenden, ergänzenden Regelungsvorschlag.

Klarstellung der Datenerhebungsbefugnisse bei MD-Beauftragung begrüßenswert, aber Nachbesserung nötig

Es ist insgesamt ausdrücklich zu begrüßen, dass sich der Gesetzgeber mit dem Änderungsantrag 7 zu §275 SGB V bemüht, eine rechtliche Klarstellung zu den Datenerhebungsbefugnissen der Krankenkassen im Zusammenhang mit der Beauftragung von Begutachtungen des Medizinischen Dienstes (MD) bei Arbeitsunfähigkeit herzustellen. Das schafft Rechtssicherheit und Transparenz. Gleichwohl besteht dringender Nachbesserungsbedarf, insbesondere zur Art der Datenerhebung beim Versicherten. Neben der schriftlichen oder elektronischen Datenerhebung sollte auch eine telefonische Variante weiterhin unbürokratisch möglich sein. Zudem werden durch die vorgeschlagene Regelung zum Umfang der Datenerhebung beim Versicherten erwerbslose Versicherte nicht erfasst und ggf. notwendige Informationen zu Anforderungen am Arbeitsplatz bleiben außer Acht. Auch in der Regelung zur Arztanfrage fehlen wichtige In-

formationen, z. B. der voraussichtliche Zeitpunkt der Beendigung der Arbeitsunfähigkeit. In der Praxis wird das zu unzähligen unnötigen und vermeidbaren Beauftragungen des MD führen. Der Verband der Ersatzkassen erlaubt sich deshalb, in der Kommentierung zum Änderungsantrag 7 einen umfassenden Änderungsvorschlag zu unterbreiten.

2. Kommentierung des Gesetzes

Zu Artikel 1 Nummer 9 a)

§ 31 Absatz 1a SGB V (Arznei- und Verbandmittel, Verordnungsermächtigung)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Übergangsregelung der Finanzierung von Produkten zur Wundbehandlung zulasten der Kassen wird für die Hersteller von zwölf auf vierundzwanzig Monate verlängert. Grund: Den Herstellern soll ausreichend Zeit gegeben werden, die medizinische Notwendigkeit ihrer Produkte nachzuweisen.

Bewertung

Diese Regelung wird vom vdek abgelehnt. Kann ein Nutzen nicht binnen 12 Monaten nachgewiesen werden, ist es unwahrscheinlich, dass nach 24 Monaten eine Notwendigkeit vorliegt.

Änderungsvorschlag

Streichung.

Zu Artikel 1 Nummer 9 b)

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

Beabsichtigte Neuregelung

Die bestehenden Regelungen zum Leistungsumfang in den Arzneimittelrichtlinien werden bestätigt. Der G-BA erhält einen Evaluationsauftrag und wird im Vergleich zur heute bestehenden Regelung davon entlastet, eine Übersicht der verordnungsfähigen Produkte zu erstellen.

Bewertung

Insgesamt ist dies eine sinnvolle Regelung. Aus der Nennung der einzubeziehenden Institutionen bei der Anpassung der Richtlinien im G-BA ergeben sich keine anderen Rechte als bisher, da diese ohnehin auch schon bisher stellungnahmeberechtigt waren oder sogar zu den Stimmberechtigten innerhalb des G-BA zählen (Gesetzliche Krankenversicherung [GKV], Kassenärztliche Bundesvereinigung [KBV], Deutsche Krankenhausgesellschaft [DKG]).

Änderungsvorschlag

Streichung Satz 4.

Zu Artikel 1 Nummer 13

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

Beabsichtigte Neuregelung

Krankenkassen haben künftig die Koordination von Netzwerken auf der Grundlage der vom GKV-Spitzenverband (GKV-SV) zu definierenden Förderrichtlinien zu fördern. Die Förderung erfolgt für notwendige Personal- und Sachkosten und ist begrenzt auf maximal 15.000 Euro je Kalenderjahr und Netzwerk.

Damit müssen sich die Krankenkassen künftig gemeinsam und zu gleichen Teilen mit kommunalen Trägern der Daseinsvorsorge an der Förderung der Koordination von regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerken in jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt beteiligen.

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

Der GKV-SV hat unter Beteiligung der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung und dem Verband der privaten Krankenversicherung Förderrichtlinien erstmals bis zum 31.3.2022 zu erstellen. Des Weiteren hat er eine einmalige Berichtspflicht gegenüber dem BMG bis zum 31.3.2025 hinsichtlich der Entwicklung der Netzwerkstrukturen und die geleistete Förderung.

Bewertung

Regional koordinierte Hospiz- und Palliativnetzwerke haben eine hohe Bedeutung für eine qualitativ hochwertige und nachhaltig wirksame Hospiz- und Palliativversorgung. Sie sind daher von Land und Kommune mit ausreichenden finanziellen Mitteln auszustatten. Der gesetzliche Auftrag, diese Netzwerke anteilig durch die GKV zu finanzieren, ist systemfremd und wird abgelehnt. Es ist vielmehr Aufgabe der kommunalen Daseinsfürsorge die Kosten für die notwendige Kooperation, Koordinierung und Kommunikation der einzelnen Akteure der Hospiz- und Palliativversorgung sowie der ehrenamtlichen und kommunalen Strukturen zu übernehmen. Eine Beitragsfinanzierung solcher Strukturen, die allgemeine kommunale oder auch kirchliche Angebote und Netzwerke von

Leistungserbringern der gesundheitlichen oder pflegerischen Versorgung umfassen, ist nicht sachgerecht und wäre ein unzulässige Verschiebung der Finanzverantwortung Dritter auf die GKV.

Auch ist nicht nachvollziehbar, dass der privaten Krankenversicherung (PKV) die Entscheidung überlassen werden soll, ob sie sich finanziell beteiligt. Sofern an der Regelung festgehalten werden soll, hat sich aus Sicht des vdek die PKV an der Förderung finanziell zu beteiligen.

Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nr. 13 ist zu streichen.

Sollte daran festgehalten werden ist § 39d Absatz 1 Satz 6 zu streichen und durch folgende Sätze *„Die privaten Krankenversicherungen beteiligen sich an der Förderung in einer Höhe von mindestens 10 von Hundert der maximalen Fördersumme je Kalenderjahr und Netzwerk. Damit erhöht sich das Fördervolumen um den entsprechenden Betrag. Das Nähere zum Verfahren wird in den Förderrichtlinien nach Absatz 3 geregelt“* zu ersetzen.

Zu Artikel 1 Nummer 20
§ 65e SGB V (Ambulante Krebsberatungsstellen)

Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1:

- aa) Der Förderanteil den ursprünglich die Rentenversicherung tragen sollte wird auf die GKV übertragen und ihr Förderanteil damit von 40 Prozent auf 80 Prozent bzw. von 21 Millionen Euro auf 42 Millionen Euro erhöht.
- bb) Die ursprüngliche Frist ist inzwischen überholt und soll daher gestrichen werden.

Absatz 2:

- aa) Die Förderung soll inhaltlich ausgeweitet werden auf psychosoziale Beratung.
- bb) Die ursprüngliche Frist ist inzwischen überholt und soll daher gestrichen werden.
- cc) Die durch den GKV-SV in den Fördergrundsätzen zu regelnden Sachverhalte werden um einen Punkt 5 ergänzt und auch das Nähere zur Berücksichtigung von Finanzierungsbeiträgen von Ländern und Kommunen geregelt werden.

Absatz 3:

Anpassung der Förderung auf 80 Prozent (Folgeänderung aus Absatz 1 und Klarstellung, dass auch bereits geförderte Förderstellen rückwirkend zum 1.1.2021 eine Erhöhung des Förderbeitrags beantragen können.

Bewertung

Die Neuregelung wird abgelehnt. Geplant ist eine inhaltliche Ausweitung der zu fördernden Krebsberatungsstellen, die deutlich über den Auftrag der GKV hinausgeht. Verbunden ist dies mit einer Verdopplung der Kosten für die GKV, weil die Finanzierung des Anteils der Rentenversicherung in der Realität nicht

funktioniert hat wie geplant. Im Grunde werden sowohl Aufgaben der öffentlichen Hand als auch der Rentenversicherung auf die GKV verlagert, was inakzeptabel ist.

Änderungsvorschlag

Die geplanten Änderungen werden, bis auf die redaktionelle Änderung zur Streichung der Fristen, ersatzlos gestrichen.

Zu Artikel 1 Nummer 26

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

Beabsichtigte Neuregelung

Die regionalen Gesamtvertragspartner haben nach Satz 7 die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung um die durch das TSVG extrabudgetär zu vergütenden Leistungen, begrenzt auf ein Jahr zu bereinigen. Um eine absehbare Unterbereinigung zu korrigieren, sollen sie die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nun in den drei Quartalen ab dem vierten Quartal 2021 zusätzlich auf der Grundlage des gemäß den Abrechnungsdaten der Jahre 2016 bis 2018 eigentlich erwarteten Leistungsumfangs bereinigen. Der Bewertungsausschuss hat hierzu Vorgaben zu beschließen.

Vertrags(zahn-)ärztinnen und Vertrags(zahn-)ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sollen künftig verpflichtet werden, eine Berufshaftpflichtversicherung mit einer Mindestversicherungssumme von drei Millionen Euro abzuschließen. Dies ist gegenüber dem Zulassungsausschuss nachzuweisen.

Bewertung

Es wird ausdrücklich begrüßt, dass die Notwendigkeit einer Erweiterung der bislang auf ein Jahr begrenzten Bereinigungsregelung anerkannt wird, denn aus einer strategie- und pandemiebedingten Unterkennzeichnung im bisher vorgesehenen Bereinigungszeitraum resultiert voraussichtlich eine Doppelfinanzierung von jährlich etwa zwei Milliarden Euro.

Diese Doppelfinanzierung wird durch die vorliegende Regelung allerdings nur zum Teil beseitigt. Diese Problematik könnte durch eine Verlängerung des Bereinigungszeitraums geheilt werden. Wenn jedoch an einer Korrektur anstelle einer Verlängerung der Bereinigung festgehalten werden soll, bedarf es folgender Anpassungen:

- Zunächst muss der gesamte Bereinigungszeitraum von einem Jahr korrigiert werden. Der Korrekturzeitraum sollte hierzu um die Monate Juli bis September 2021 erweitert werden. In der bestehenden quartalsbezogenen Gesamtvergütungssystematik mit Anknüpfung an das jeweilige Vorjahresquartal käme es ansonsten aufgrund der dauerhaft fortbestehenden Doppelfinanzierung zukünftig immer im dritten Quartal eines Jahres

zu einem erheblichen Vergütungssprung gegenüber dem zweiten und vierten Quartal. Ein solcher Zyklus ist nicht sachgerecht und führte auch durch die regionalen Unterschiede im Ausmaß der dann dauerhaft festgeschriebenen Unterbereinigung zur Inkonsistenz der Vergütungen in den einzelnen KV-Bezirken. Zudem wäre die zusätzliche finanzielle Belastung der Krankenkassen nicht gerechtfertigt.

- Da die Gesamtleistungsmenge im bisher vorgesehenen Korrekturzeitraum voraussichtlich immer noch pandemiebedingt eingeschränkt ist, sollte der Korrekturzeitraum um ein zweites Korrekturjahr verlängert werden. Anderenfalls würde das nach Satz 10 bestimmte Verhältnis von erwartetem Leistungsbedarf zu Gesamtleistungsbedarf bezogen auf den Gesamtleistungsbedarf im ersten Jahr des Korrekturzeitraums in einem zu geringen absoluten Korrekturbetrag resultieren.
- Des Weiteren ist kritisch zu bewerten, dass die Korrektur erst über ein Jahr nach dem Auslaufen des bisherigen Bereinigungszeitraums vorgenommen werden soll und in der Zwischenzeit weiterhin eine Überzahlung zu leisten ist. Das vorgesehene Korrekturverfahren sollte daher um eine einmalige Rückzahlung der zwischen dem Bereinigungszeitraum und dem Korrekturzeitraum geleisteten Überzahlungen erweitert werden.
- Der Erwartungswert des insgesamt zu bereinigenden Leistungsumfangs soll im Gesetzentwurf auf der Grundlage der Abrechnungsdaten der Jahre 2016 bis 2018 bestimmt werden, obwohl in diesem Zeitraum von den verschiedenen TSVG-Konstellationen nur der Leistungsumfang der Neupatienten unmittelbar bestimmt werden kann. Es sollte daher ausdrücklich ergänzt werden, dass zur Ermittlung des erwarteten Leistungsumfangs von Terminvermittlungen und offenen Sprechstunden zusätzliche Schätzverfahren angewandt werden können.

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. ~~Juli~~~~Oktober~~ 2021 bis zum 30. Juni ~~2023~~~~2022~~ vierteljährlich ein Verfahren zur Korrektur der Bereinigung nach Satz 7 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 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, wobei zur Ermittlung des erwarteten Leistungsbedarfs der in Satz 5 Nummer 3, 4 und 6 genannten Leistungen zusätzliche Schätzverfahren angewandt werden können.

Zu Artikel 1 Nummer 30

§ 106b Absatz 1a SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen)

Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Sonderregelung für die Impfsaison 2020/2021, dass eine Mengenüberschreitung bis zu 30 Prozent nicht unwirtschaftlich ist, soll auch für die Impfsaison 2021/2022 gelten.

Bewertung

Mit Verweis auf § 132e ist diese Verlängerung kritisch zu sehen. Die Bestellung des Arztes/der Ärztin beruht auf Schätzungen aus der Vorsaison. Die in der Impfsaison 2020/2021 bereits gesteigerten Impfdosen wurden nicht verimpft, sodass ein Rest von rund einer Million Impfdosen vernichtet werden wird. Ausgehend vom alleinigen und dreifach so teuren Hochdosisimpfstoff für über 65-Jährige sowie einem nicht vorhandenen Impfkonzentrat für/von Ärztinnen/Ärzten ist eine weitere Überschreitung von 30 Prozent im Vergleich zur Impfsaison 2020/2021 nicht akzeptabel.

Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Beabsichtigte Neuregelung

- a)
 - aa) Aus der Soll-Regelung zum Abschluss von Qualitätsverträgen wird eine Muss-Regelung.
 - bb) Qualitätsverträge dürfen solange geschlossen und verlängert werden, bis der G-BA Gegenteiliges empfiehlt.
- b) Die Vertragsparteien auf Bundesebene werden verpflichtet, die Rahmenvereinbarung innerhalb von sechs Monaten nach Beschluss des G-BA über neue Leistungsbereiche anzupassen.
- c) Die Krankenkassen sollen ab 2022 jährlich 0,30 Euro pro Versicherten pro Jahr für Qualitätsverträge ausgeben. Dabei darf eine angemessene Pauschale pro Qualitätsvertrag mitberücksichtigt werden. Der Betrag wird jährlich entsprechend der prozentualen Veränderung der Bezugsgröße angepasst. Unterschreitet eine Kasse diese Ausgaben, muss sie die nicht verausgabten Mittel in der Regel im Folgejahr an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds abführen. Der GKV-SV kann ausnahmsweise mit Krankenkassen längere Abrechnungszeiträume von bis zu drei Jahren festlegen. Der GKV-SV bestimmt das Nähere zum Verfahren und zur Höhe der Aufwandspauschale. Er hat daneben die Ausgaben zu prüfen und gegenüber der Krankenkasse mittels Bescheid die Fehlbeträge festzustellen.

Bewertung

- a)
 - aa) Siehe Bewertung zu c)
 - bb) Die Regelung ist sachgerecht, da die Erprobungszeit für Qualitätsverträge bislang zu kurz bemessen war und Krankenkassen und Krankenhäuser durch die Änderung mehr Zeit bekommen, Dinge zu erproben.
 - b) Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung.
- c) Die Intention des BMG, Qualitätsverträgen mehr Bedeutung zu verleihen, kann nachvollzogen werden. Derzeit sind etwa 31 Verträge geschlossen, wobei

viele davon auf einen Mustervertrag einer Krankenkasse zurückgehen. Das ist nicht viel. Die Hinderungsgründe dafür sind vielfältig. Aus der Erfahrung des vdek fehlt es oft an Ideen der Krankenhäuser für gute Konzepte, wie die Qualität verbessert werden kann. Oftmals beschränken sich die Vorschläge auf Zuschläge für Dinge, die bereits durch die Kassen finanziert werden. Darüber hinaus war oft der befürchtete Zusatzaufwand für die Administration von Verträgen ein Hinderungsgrund. Die nun angedachten Änderungen bedeuten für Krankenkassen einen faktischen Kontrahierungszwang. Dieser birgt den Fehlreiz, dass Verträge nur der Verträge willen und nicht ihres Inhalts willen geschlossen werden. Damit kann die gute Intention des Gesetzgebers in das Gegenteil verkehrt werden und es kann zu Verträgen kommen, die nicht zu einer Qualitätssteigerung, sondern zu Qualitätseinbußen führt, etwa durch nicht medizinisch indizierte Behandlungen. Deshalb wird diese Regelung in Gänze abgelehnt.

Im Vergleich zum Referentenentwurf sieht dieser Entwurf einen angepassten Mechanismus zur Bemessung der Ausgaben vor. Die Kritik des vdek, die Ausgaben jahresweise zu betrachten, wurde aufgegriffen und bei erfolgsabhängigen Verträgen dürfen auch Abrechnungszeiträume von bis zu drei Jahren zum Tragen kommen. Sollte die Regelung grundsätzlich bestehen bleiben, sind die nun vorgenommenen kleineren Änderungen im Sinne des vdek.

Änderungsvorschlag

c) Streichung der Regelung

Zu Artikel 1 Nummer 39

§ 132e SGB V (Versorgung mit Schutzimpfungen)

Beabsichtigte Neuregelung

Die für 2020 bereits geltende Regelung zur Beschaffung von Grippeimpfstoffen wird auf 2021 ausgedehnt.

Bewertung

Ist in dieser Form kritisch zu sehen, da sich bezogen auf das Jahr 2020 abzeichnet, dass mehr als eine Million Impfstoffdosen unverimpft bleiben werden. Insoweit ist eine nochmalige Aufstockung um weitere 30 Prozent viel zu hoch gegriffen, zumal durch den großen Anteil des dreifach teureren Hochdosisimpfstoffes ein weiterer Kostentreibersatz dabei ist.

Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Zu Artikel 1 Nummer 41

§ 136b Absatz 1 SGB V (Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus)

Beabsichtigte Neuregelung

a)

- aa) Die Befugnis des G-BA wird gestrichen, Ausnahmetatbestände für Krankenhäuser beim Nichterreichen der Mindestmenge festzulegen.
- bb) Der G-BA wird verpflichtet, bis zum 31.12.2023 vier weitere Leistungsbereiche für Qualitätsverträge zu bestimmen.
- cc) Die Pflicht des G-BA wird aufgehoben, Leistungsbereiche für Qualitätszu- und Abschläge auszuwählen.

b) Der G-BA wird verpflichtet, kontinuierlich die Evidenz bestehender und neuer Mindestmengen zu prüfen. Die Beratungszeit wird auf zwei Jahre festgelegt. Der G-BA darf zukünftig auch Mindestmengen miteinander kombinieren und in Ergänzung zu einer Mindestmenge noch Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festlegen. Dem BMG wird ein Antragsrecht für neue Mindestmengen eingeräumt. Weiter werden verfahrensrechtliche Vorgaben an den G-BA bei der Festlegung von Mindestmengen geregelt.

c)

- aa) Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung.
- bb) Es wird klargestellt, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen Mindestmengenprognosen der Krankenhäuser widerlegen müssen, sofern begründete erhebliche Zweifel an deren Richtigkeit bestehen und dass insoweit kein Ermessensspielraum besteht. Darüber hinaus wird der G-BA beauftragt, Regelbeispiele für begründete erhebliche Zweifel festzulegen.
- cc) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen werden verpflichtet, die Ergebnisse der Prognoseprüfung an den G-BA zu übermitteln. Der G-BA informiert die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden über die Ergebnisse der Prognoseprüfung.
- dd) Es wird festgelegt, dass eine Klage eines Krankenhausträgers gegen eine Widerlegung keine aufschiebende Wirkung hat.
- ee) Es wird eine Übergangsregelung eingefügt, welche festlegt, dass bis zur Prognose im Jahr 2021 die Verfahren nach den bislang geltenden Regelungen geführt werden.

- d) Die Möglichkeit der Bundesländer wird gestrichen, für Krankenhäuser Ausnahmegenehmigungen zu erteilen, obwohl die Mindestmenge nicht erfüllt ist.
- e) Es erfolgt eine Bereinigung zu dem Kapitel im Qualitätsbericht mit besonders patientenrelevanten Informationen.
- f)
 - aa) Der G-BA wird verpflichtet, das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) bereits während der Erprobung von Qualitätsverträgen mit der Evaluation zu beauftragen.
 - bb) Der G-BA wird verpflichtet, nach Erprobung Mitte 2028 Empfehlungen zum Nutzen von Qualitätsverträgen zu beschließen und ob Aspekte aus den Qualitätsverträgen in verbindliche Qualitätsanforderungen überführt werden sollen. Der G-BA wird verpflichtet, eine Übersicht über die geschlossenen Verträge im Internet zu veröffentlichen.
- g) Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund des Wegfalls des gesetzlichen Auftrags zu Qualitätszu- und -abschlägen.

Bewertung

- a)
 - aa) Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt, da Ausnahmeregelungen bei Mindestmengen dem jeweiligen Leistungserbringer einen Vorteil verschafft haben, aber zulasten der Sicherheit der Versorgung von Patienten gingen.
 - bb) Die Regelung kann insofern nachvollzogen werden, als dass mit vier weiteren Bereichen ein breites Spektrum an Erkrankungen/Behandlungen und damit ein breiterer Kreis an Versicherten angesprochen wird.
 - cc) Die Streichung wird begrüßt, da alle Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung Qualitätszu- und -abschläge abgelehnt haben.
- b) Die Regelungen werden ausdrücklich begrüßt. Sowohl die Verkürzung der Beratungszeit und des Antragsrechts des BMG sind geeignet, schneller zu neuen Mindestmengen zu kommen. Auch das Recht, Mindestmengen untereinander zu kombinieren oder um Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität zu ergänzen wird ausdrücklich begrüßt. Diese Regelung bietet eine Basis, die qualitätsorientierte Zentralisierung der Krankenhauslandschaft in viel stärkerem Maße als bislang voranzutreiben. Weiterhin erscheinen die verfahrensrechtlichen Regelungen des neuen Absatz 4 sachgerecht.

- c)
- aa) Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung.
 - bb) Die Regelung wird begrüßt. Es wird klargestellt, dass bei Nichterfüllung der Mindestmenge die Widerlegung der Prognose nicht in das Ermessen gestellt ist, sondern zwingend zu erfolgen hat. Dies trägt zur Rechtssicherheit in der Anwendung der Vorschrift bei und wird dadurch zu mehr Widerlegungen auf Landesebene führen. Der in Klammern gesetzte Zusatz „Entscheidung“ ist sprachlich allerdings unglücklich und sollte korrigiert werden (siehe Änderungsvorschläge). Die vom G-BA festzulegenden Regelbeispiele können zu einer einheitlicheren und stringenteren Umsetzung der Entscheidungen auf Landesebene beitragen. Ergänzend sollte aufgenommen werden, dass bei Erfüllung eines gesetzlichen Regelbeispiels die Prognose des Krankenhausträgers als widerlegt gilt. Hierdurch wird dem Umstand Rechnung getragen, dass es ansonsten kaum möglich ist, aufgrund des besonderen Charakters einer bloßen Prognose diese rechtssicher zu widerlegen (siehe Änderungsvorschläge).
 - cc) Es handelt sich um eine Klarstellung, die begrüßt wird. Auch bisher waren die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen bereits verpflichtet, die Ergebnisse der Prognoseprüfung an den G-BA und die Krankenhausplanungsbehörden zu übermitteln, weil dies in der G-BA-Regelung so vorgesehen ist. Ob die nun im Vergleich zum Referentenentwurf einschränkendere Formulierung für den G-BA hilfreich ist, ist fraglich.
 - dd) Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt, da sie sicherstellt, dass ein Krankenhaus erst nach erfolgreicher Klage wieder Leistungen zulasten der Krankenkassen erbringen darf. Dem Schutz des Patienten wird somit endlich der Vorrang vor den Berufsausübungsinteressen des Krankenhauses eingeräumt. Ergänzend sollte geregelt werden, dass Leistungen, die ohne Erfüllung der Mindestmenge und dementsprechend ohne Vergütung durch die gesetzlichen Krankenkassen erbracht wurden, bei der Prognose zur Erfüllung der Mindestmenge unberücksichtigt bleiben. Diese Ergänzung ist im Interesse des Patientenschutzes erforderlich, um keine weiteren Anreize für eine Leistungserbringung ohne eine hinreichende Qualität zu schaffen (siehe Änderungsvorschläge).
 - ee) Die Regelung wird begrüßt, da sie eine lückenlose Durchsetzung der Mindestmengenfestlegungen sicherstellt.
- d) Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt, da sie für eine stringente Umsetzung der Mindestmenge führt. Bislang war es so, dass die Landesbehörden viel

zu häufig und zu lange Ausnahmegenehmigungen ausgesprochen hatten, die sachlich nicht erforderlich waren, weil die Versorgung der Bevölkerung gar nicht gefährdet war.

e) Die Regelung erscheint sachgerecht.

f)

aa) Die Regelung erscheint sachgerecht.

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

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

Änderungsvorschlag

d)

aa) (neu) – die weiteren Buchstaben verschieben sich entsprechend

In Satz 1 werden vor dem Wort „bewirkt“ die Worte „zulasten der Krankenkassen“ eingefügt. Satz 2 wird gestrichen.

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

bb) (neu) = aa) (alt)

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

cc) (neu)

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

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

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

dd) (neu) = bb) (alt)

In Satz 6 werden die Wörter „*der Ersatzkassen können*“ durch die Wörter „*die Ersatzkassen müssen ab der Prognose für das Kalenderjahr 2023*“ ersetzt. Vor dem Wort „*widerlegen*“ werden die Wörter „*durch einen als belastenden Verwaltungsakt ausgestalteten förmlichen Bescheid*“ eingefügt.

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

ee) (neu) = cc) (alt)

Nach Satz 6 werden folgende Sätze eingefügt:

„⁷Der Gemeinsame Bundesausschuss legt im Beschluss nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 mit Wirkung zum 1. Januar 2022 Regelbeispiele für begründete erhebliche Zweifel fest. ⁸Stellen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in dem Bescheid nach Satz 6 die Erfüllung eines der Regelbeispiele fest, wird widerlegbar vermutet, dass die Prognose des Krankenhausträgers widerlegt ist. ⁹Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermitteln ab der Prognose für das Jahr 2023 die Ergebnisse der Prognoseprüfungen mit den Entscheidungsgründen dem Gemeinsamen Bundesausschuss und den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden. ¹⁰Bei den Entscheidungen nach Satz 6 und den Übermittlungen nach Satz 9 handeln die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich.“

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

ff) (neu) = dd) (alt)

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

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

Zu Artikel 1 Nummer 42

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

Beabsichtigte Neuregelung

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

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

Bewertung

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

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

Ergänzender Regelungsbedarf:

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

Änderungsvorschlag

Absatz 3 Satz 6 wird wie folgt geändert:

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

Zu Artikel 1 Nummer 45

§ 137d SGB V (Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Versorgung oder Rehabilitation)

Beabsichtigte Neuregelung

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

Bewertung

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

Eine vergleichbare und einheitliche Darstellung von Qualitätsergebnissen für alle Reha-Einrichtungen in Deutschland, kann jedoch nur gelingen, wenn auch die Qualitätsberichte der durch die Rentenversicherung hauptbelegten und durch diese qualitätsgeprüften Einrichtungen einbezogen werden. Die im Rahmen des Kabinettsentwurfes im letzten Satz ergänzte Sollregelung, wonach auch auf die Qualitätssicherungsergebnisse anderer Träger hingewiesen werden soll, ist dabei aus Sicht des vdek nicht verbindlich genug. Für einen weiteren Schritt in Richtung eines trägerübergreifenden Ansatzes sollte gesetzlich geregelt werden, dass die Rehabilitationsträger verpflichtet sind, sich die Qualitätsdaten aus ihren Qualitätssicherungsverfahren wechselseitig in elektronischer Form zur Verfügung zu stellen.

Änderungsvorschlag

Es sollte eine Rechtsgrundlage geschaffen werden, wonach die Rehabilitationsträger verpflichtet sind, sich die Qualitätsdaten aus ihren Qualitätssicherungsverfahren wechselseitig in elektronischer Form zur Verfügung zu stellen.

Zu Artikel 1 Nummer 47

§ 137f SGB V (Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten)

Beabsichtigte Neuregelung

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

Bewertung

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

Änderungsvorschlag

Streichung.

Zu Artikel 1 Nummer 57

§ 266 SGB V (Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich), Verordnungsermächtigung)

Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Anpassung in Absatz 2 wird das Risikomerkmal „Anspruch der Mitglieder auf Krankengeld“ auf das Krankengeld nach § 44 beschränkt. Für das bislang ebenfalls umfasste Krankengeld nach § 45 (Kinderkrankengeld) werden nach dem neuen § 269 Absatz 2 Satz 1 zukünftig die Leistungsausgaben der Krankenkassen vollständig über gesonderte Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ausgeglichen.

Nach dem neuen Absatz 11 Satz 3 umfassen bis zum Ausgleichsjahr 2022 die Risikogruppen, die nach dem Anspruch der Mitglieder auf Krankengeld zu bilden sind, das Krankengeld nach den §§ 44 und 45. Diese Übergangsregelung wird ergänzt durch die Übergangsregelung im neuen § 269 Absatz 6.

Bewertung

Die Änderung ist sachgerecht. Die Ausgliederung des Kinderkrankengelds nach § 45 aus dem Standardisierungsverfahren des Risikostrukturausgleichs wird von den Ersatzkassen befürwortet.

Die Übergangsregelung in b) hingegen ist nicht sachgerecht, da alle Voraussetzungen schon heute gegeben sind, dass die Umstellung auf einen Ist-Ausgabenausgleich bereits mit dem Ausgleichsjahr 2021 realisiert werden kann. Dass die Notwendigkeit einer Änderung gegeben ist und unverzüglich angegangen wird, wird durch die coronabedingte Ausweitung des Kinderkrankengelds nach dem GWB-Digitalisierungsgesetz) verstärkt. Die durch die erweiterten Anspruchsvoraussetzungen ausgelösten Kosten werden durch Bundesmittel getragen, die an den Gesundheitsfonds fließen. Übersteigt das Volumen 300 Millionen Euro, wird auch eine Spitzabrechnung vorgenommen. Diese Regelung ist soweit gut und wird begrüßt. Die Regelung ist allerdings unvollständig, da kein expliziter Mechanismus vorgesehen ist, wie die Mittel zur Deckung der zusätzlichen Kinderkrankengeldausgaben wettbewerbsneutral an die Krankenkassen zu verteilen sind. Diese Problematik wurde im Rahmen der Stellungnahmen zum GWB-Digitalisierungsgesetz bereits vorgetragen. Seitens des vdek und der gesamten GKV wird als uneingeschränkt wettbewerbsneutrale und völlig verwaltungssarme Lösung in Hinblick auf die Refinanzierung der Kranken-

kassen gefordert, die ohnehin für 2023 geplante kassenindividuelle Refinanzierung des gesamten Kinderkrankengelds nach tatsächlichen Kosten bereits auf 2021, dem Jahr des erweiterten Anspruchs zur Stützung von Familien vorzuziehen. Damit kann auch jeglichen Abgrenzungsfragen zwischen normalem und coronabedingt temporär erweiterten Leistungsanspruch aus dem Weg gegangen werden. Denn hier gibt es noch viele offene Fragen und eine neu zu schaffende Buchungs- und Abgrenzungssystematik, die für die Krankenkassen einen erheblichen Durchführungs- und Umstellungsaufwand darstellen würde.

Änderungsvorschlag

In Ziffer b) ist die Anspruchsgrundlage § 45 (Kinderkrankengeld) zu streichen.

Beabsichtigte Neuregelung

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

Im RSA-Zuweisungsverfahren werden bereits Versicherte, die die Definition „Auslandsversicherte“ erfüllen, nach dem bisherigen § 8 Absatz 5 Satz 1 RSAV gesonderten Risikogruppen zugeordnet. Mit dem neuen Absatz 3 Satz 1 wird dieses Risikomerkmals bereits in den Regelungen des SGB V zu den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ausdrücklich benannt. Dabei ergeben sich die Risikozuschläge derzeit aus den durchschnittlichen Gesamtzuweisungen der inländischen Versicherten des entsprechenden Alters und Geschlechts. Das bisherige Verfahren wird auf der Grundlage der beiden Gutachten zu den Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Auslandsversicherte von Januar 2016 und von November 2019 durch die Vorgabe des neuen Absatz 3 Satz 2 abgelöst: Für Auslandsversicherte werden ab dem Ausgleichsjahr 2023 nach dem Wohnstaat differenzierte, landesspezifische Risikogruppen gebildet. Die Risikozuschläge für die landesspezifischen Risikogruppen werden auf Basis der durchschnittlichen Ausgaben für Auslandsversicherte im In- und Ausland berechnet.

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

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

Zur Umsetzung der Vorgabe des neuen Absatz 3 Satz 2 übermittelt die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) ab dem Berichtsjahr 2020 die Summe der in einem Jahr mit den Krankenkassen für Auslandsversicherte abgerechneten Rechnungsbeträge differenziert nach dem Wohnstaat an das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS).

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

Bewertung

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

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

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

Änderungsvorschlag

a) Die Neuregelungen zum Kinderkrankengeld in Absatz 2 sollen bereits ab dem Ausgleichsjahr 2021 in Kraft treten. Die notwendigen technischen Voraussetzungen sind hierfür gegeben und die erforderlichen Regularien für zukünftig angepasste RSA-Datenmeldungen können rechtzeitig aufgestellt werden.

Das im Gesetzestext in Absatz 2 genannte Jahr „2023“ ist durch „2021“ zu ersetzen.

b) Die Neuregelung zu den Auslandsversicherten ist bereits ab dem Ausgleichsjahr 2022 umsetzbar. Bis dahin können alle Regularien und technischen Voraussetzungen für die notwendigen Datenmeldungen abgestimmt, vereinbart und umgesetzt sein.

Das im Gesetzestext in Absatz 2 genannte Jahr „2023“ ist durch „2022“ zu ersetzen.

Beabsichtigte Neuregelung

Der Bund hat angesichts der besonderen Lage im Zusammenhang mit der Bewältigung der Corona-Pandemie im Frühjahr 2020 entschieden, ergänzend zu den Beschaffungen der Institutionen des Gesundheitswesens und der Länder bundesseitig zentral Persönliche Schutzausrüstung (PSA), hier insbesondere Schutzmasken verschiedener Art (FFP2, FFP3 und Mund-Nasen-Schutz (MNS), Handschuhe, Schutzanzüge und -kittel, Schutzbrillen sowie Desinfektionsmittel zu beschaffen. Zur Beschaffung von PSA und Desinfektionsmittel kooperierten verschiedene Stellen der Bundesregierung. Das BMG organisierte darauf aufbauend im Frühjahr 2020 die Verteilung der bundesweit beschafften PSA und Desinfektionsmittel an die Länder, an die Kassenärztlichen Vereinigungen und die KZBV, um jegliche Zeitverzögerungen zu vermeiden. Die Auslieferung dieser Beschaffungen endete Ende Juni 2020. Die Länder, die KBV und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen (KZBV) verteilten die PSA und Desinfektionsmittel dann nach dem in den jeweiligen Regionen vorliegenden Bedarf und der Notwendigkeit an die jeweiligen Bedarfsträger. Mit dieser Regelung wird die Finanzierung der PSA und Desinfektionsmittel, die an die KBV und die KZBV geliefert worden sind, sichergestellt und unabhängig davon auch das bisher vorgesehene Verfahren zum Ersatz dieser Aufwendungen vereinfacht. Hierfür wird im Jahr 2021 aus der Liquiditätsreserve pauschal ein Betrag von 190 Millionen Euro an das BMG gezahlt. Die Zahlung wird durch das BAS als Verwalter des Gesundheitsfonds geleistet. Für die Behandlung privat krankenversicherter Patientinnen und Patienten sind zusätzliche Hygienezuschläge für Ärzte und Zahnärzte je Arztbesuch abrechnungs- und erstattungsfähig, sodass vergleichbare Kosten für PSA und Desinfektionsmittel bereits von Seiten der privaten Krankenversicherer abgegolten sind. Ein angemessener Ersatz dieser Aufwendungen nach § 2 Absatz 2 der Medizinischer Bedarf Versorgungssicherstellungsverordnung – MedBVSV in Verbindung mit den Vereinbarungen der Bundesmantelvertragspartner zur Ausstattung mit vom Bund beschaffter Schutzausrüstung an das BMG ist dadurch nicht mehr nötig.

Bewertung

Mit der Refinanzierung der Kosten aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds wird ein für die Krankenkassen wettbewerbsneutraler Weg beschritten, diese Maßnahmen zu finanzieren. Eine Refinanzierung aus Bundesmitteln wäre

allerdings aus Sicht der Krankenkassen in diesem besonderen Fall in der Coronakrise sachgerechter.

Außerdem ist zu bedenken, dass durch die mittlerweile zahlreichen, durch den Gesundheitsfonds zu finanzierenden Leistungen und Maßnahmen, die Mittel der Liquiditätsreserve in 2020 und 2021 stark beansprucht werden und die Gefahr wächst, dass die erforderliche Mindestreserve von 20 Prozent einer Monatsausgabe Ende 2021 unterschritten werden kann. In diesem Falle würde das zulasten der Krankenkassen gehen, denn die Zuweisungen 2022 würden um den Betrag gekürzt, der zur Auffüllung der Liquiditätsreserve benötigt würde.

Die nach dem GWB-Digitalisierungsgesetz zusätzlich für das erweiterte Kinderkrankengeld an die Liquiditätsreserve gezahlten Bundesmittel in Höhe von 300 Millionen Euro sind zuweisungserhöhend im Ausgleichsjahr 2021 an die Krankenkassen auszuführen. Hierzu ist dieser Betrag bei der Ermittlung der Zuweisungen nach § 266 Absatz 6 SGB V durch das BAS zu berücksichtigen. Eine dementsprechende Ergänzung des Absatzes 2 ist erforderlich, damit eine Anpassung der Zuweisungen im monatlichen Abschlagsverfahren nach in Kraft treten des GVWG im Jahr 2021 erfolgt.

Änderungsvorschlag

Der anzufügende Satz ist zu streichen. Die benötigten Mittel sollten aus dem Bundeshaushalt entnommen werden.

Dem § 271 Absatz 2 wird der folgende Satz angefügt:

„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.“

Zu Artikel 1 Nummer 63

§ 275 SGB V (Begutachtung und Beratung)

Beabsichtigte Neuregelung

Durch § 275 Absatz 6 neu SGB V wird klargestellt, dass jede fallabschließende gutachtliche Stellungnahme des MD in schriftlicher oder elektronischer Form zu verfassen ist und zumindest eine kurze Darlegung der Fragestellung und des Sachverhalts, das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe hierfür enthalten muss.

Bewertung

Durch die Klarstellung werden bislang untergesetzlich in der Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit fixierte Qualitätskriterien gesetzlich verbrieft. Dies ist sowohl im Hinblick auf die Transparenz als auch auf die Nachvollziehbarkeit der Begutachtung zu begrüßen. Zudem ermöglicht eine gut begründete MD-Stellungnahme eine bessere Kommunikation mit den Versicherten und erhöht die Akzeptanz der Entscheidungen.

Teilweise ungeeignet ist jedoch die vorgesehene Gesetzesbegründung, da diese umfangreiche Ausführungen enthält, die mit der gesetzlichen Änderung inhaltlich nicht in Bezug stehen, da sie weder die Form noch den Umfang des Ergebnisses der Begutachtung betreffen. Zudem hat der Gesetzgeber festgelegt, dass die Konkretisierung der Zusammenarbeit des MD mit den Krankenkassen in entsprechenden Richtlinien nach § 283 Absatz 2 SGB V erfolgt. Grundsätzliche Ausführungen zum Begutachtungsauftrag sowie weitere Aussagen zum Inhalt der mündlichen Fallerörterung bei einer Sozialmedizinischen Fallberatung dienen nicht zur Begründung der gesetzlichen Neuregelung und sind demnach aus der Gesetzesbegründung zu streichen.

Änderungsvorschlag

In der Begründung werden die Ausführungen ab *„Mündliche fallabschließende Stellungnahmen – etwa [...]“* bis *„[...] die Unabhängigkeit des MD gestärkt.“* gestrichen.

Zu Artikel 1 Nummer 64

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

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung wird gewährleistet, dass sich die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie der MD bei Regel- und Anlassprüfungen nach § 275b zum einen mit den für die Heimaufsicht zuständigen Aufsichtsbehörden abstimmen, wie dies bereits für die Prüfungen nach § 114 SGB XI gemäß § 117 SGB XI vorgegeben ist. Dies betrifft Einrichtungen nach § 37c Absatz 2 Nummer 1 und 2 (vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 SGB XI anbieten sowie Einrichtungen im Sinne des § 43a Satz 1 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 1 SGB XI oder Räumlichkeiten im Sinne des § 43a Satz 2 in Verbindung mit § 71 Absatz 4 Nummer 2 SGB XI) sowie Leistungserbringer, die Wohneinheiten nach § 37c Absatz 2 Nummer 3 (Wohneinheiten für mindestens zwei Versicherte, die Leistungen nach § 37c erhalten) betreiben.

Des Weiteren wird geregelt, dass sich die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie der MD bei Prüfungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe (§ 132I Absatz 5 Nummer 3), die auch Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen nach § 128 SGB IX unterzogen werden können, mit den Trägern der Eingliederungshilfe zur Vermeidung von Doppelprüfungen abstimmen. Dies entspricht der für die Träger der Eingliederungshilfe geltenden Regelung in § 128 Satz 3 bis 5 SGB IX.

Bewertung

Die Gesetzesänderung wird ausdrücklich begrüßt, da es sich hierbei um eine gesetzliche Legitimierung der bisher bereits praktizierten Vorgehensweise handelt. Die Zusammenarbeit der Krankenkassen, der Landesverbände der Krankenkassen sowie des MD mit den heimrechtlichen Aufsichtsbehörden und den Trägern der Eingliederungshilfe bei Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege und der außerklinischen Intensivpflege wird damit gestärkt. Auch werden „Doppelprüfungen“ verschiedener Institutionen in ein und derselben Einrichtung vermieden und der Informationsaustausch untereinander verbindlich geregelt. Die Regelungen greifen die bestehenden Verfahrensweisen der Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI sowie

die Verfahrensregelungen gemäß § 117 SGB XI für den SGB V-Bereich auf, somit wird zukünftig im SGB V und SGB XI nach einheitlichen Maßstäben vorgegangen.

Es ist aber nicht nachvollziehbar, warum die Krankenkassen, Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie der Medizinische Dienst verpflichtet werden sollen, den nach den heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde/den Trägern der Eingliederungshilfe ihre Vergütungen in jedem Fall zu übermitteln. Die Verpflichtung muss auf Verträge beschränkt werden, in denen die Sozialhilfeträger auch selbst Vertragspartner sind. In allen anderen Fällen werden diese Daten dort überhaupt nicht benötigt. Im SGB XI ist der Träger der Eingliederungshilfe stets Vertragspartner, daher erhält er dort auch die Vergütungen übermittelt.

Änderungsvorschlag

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

Zu Artikel 1 Nummer 70
§ 301 SGB V (Krankenhäuser)

Beabsichtigte Neuregelung

Werden Rehabilitationsleistungen für Erwerbstätige mit Krankengeldanspruch zulasten der Renten- oder Unfallversicherung erbracht, werden die durchführenden Rehabilitationseinrichtungen verpflichtet, Daten im Zusammenhang mit der Bestimmung der Dauer des Krankengeldanspruchs, des Entgeltfortzahlungsanspruch sowie zur Zuständigkeitsabgrenzung bei stufenweiser Wiedereingliederung in das Erwerbsleben zu übermitteln.

Bewertung

Die Regelung wird begrüßt, allerdings müssen die Krankenkassen auch für Zeiten der Unterbrechung der Rehabilitationsmaßnahmen Krankengeld zahlen. Daher sollten auch diese Zeiten als zu meldende Tatbestände im Gesetz genannt werden.

Änderungsvorschlag

Im ersten Satz des neuen Absatzes 4a soll das Wort „*Erwerbstätige*“ durch das Wort „*Versicherte*“ ersetzt werden.

In Nummer 3 sollen nach dem Wort „*Aufnahme*“ die Wörter „*die Tage der Unterbrechung*“ ergänzt werden.

Beabsichtigte Neuregelung

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

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

Bewertung

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

b) Siehe Artikel 1 Nummer 41 Buchstabe a cc (zu § 136b Absatz 1 SGB V).

Änderungsvorschlag

a) Streichung der Regelung.

b) Keiner.

Beabsichtigte Neuregelung

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

Bewertung

Die Formulierung ist abzulehnen. Die Klarstellung, dass bei der erstmaligen Vereinbarung von NUB-Entgelten ein Anspruch auf einen Ausgleich besteht, erfolgt aufgrund des BVerwG-Urteils vom 05.12.2019 (Az. 3 C 28.17). Der vdek hatte jedoch einen anderslautenden Gesetzesvorschlag eingebracht. Demnach sollten bei erstmalig vereinbarten NUB-Entgelten die vor der Genehmigung erbrachten Leistungen rückwirkend abgerechnet werden. Damit würden die Rechnungen dieser Fälle bei der Krankenkasse der jeweiligen Versicherten eingehen. Bei der vorgesehenen Änderung werden diese Fälle jedoch im Rahmen eines Ausgleichs auf alle Krankenkassen verteilt. Dies widerspricht der Kostenzuordnung nach dem Verursacherprinzip. Besonders kritisch ist dies bei hochpreisigen neuartigen Arzneimitteln (ATMP) zu sehen. Auch aus Sicht der Krankenhäuser ist die vorgesehene Regelung ungünstig, da die Fälle nicht zeitnah abgerechnet werden können.

Änderungsvorschlag

Dem § 15 Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

~~„Die Sätze 1 und 2 gelten für Entgelte nach § 6 Absatz 2 entsprechend 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 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.“

Zu Artikel 11 Nummer 3

§ 8 RSAV (Auswahl und Anpassung der Versichertenklassifikationsmodells)

Beabsichtigte Neuregelung

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

Bewertung

Die Änderungen sind sachgerecht. Die konsequente Umsetzung des Modells der Gutachter ist zu begrüßen. Grundsätzlich ist eine Einführung der Neuregelung für die Zuweisungen für Auslandsversicherte (siehe Absatz 6) auch bereits ab dem Ausgleichsjahr 2022 umsetzbar. Die technischen Voraussetzungen hierfür sind gegeben bzw. wären herstellbar.

Änderungsvorschlag

„(6) Das Bundesamt für Soziale Sicherung kann ab dem Ausgleichsjahr 2022 im Versichertenklassifikationsmodell“

Zu Artikel 11 Nummer 10
§ 27 RSAV (Übergangsregelungen)

Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherigen Sonderregelungen für die Zuweisungen für Auslandsversicherte und Krankengeld gelten noch bis 2022 weiter.

Bewertung

Die Regelung ist an sich sachgerecht, bezüglich des zeitlichen Umfangs aber anzupassen. Grundsätzlich wäre eine Einführung der Neuregelung für die Zuweisungen für Auslandsversicherte und Kinderrankengeld nach § 45 auch bereits ab dem Ausgleichsjahr 2022 bzw. dem Ausgleichsjahr 2021 umsetzbar. Die technischen Voraussetzungen hierfür sind gegeben bzw. wären herstellbar.

Änderungsvorschlag

„(3) Für die Ausgleichsjahre 2020 bis 2021 gelten nach Maßgabe des § 269 Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch § 8 Absatz 5 Satz 1, 5 und 6 und § 18 Absatz 1 Satz 2 und 3 in der bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung.

Der Zuordnung der Versicherten zu Risikogruppen nach § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 ist für die Ausgleichsjahre 2020 bis 2022 das Vorliegen eines Anspruchs auf Krankengeld nach ~~den §§ 44 und 45~~ des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, differenziert nach Alter und Geschlecht, zugrunde zu legen. Bei Anspruch auf Kinderkrankengeld nach § 45 SGB V ist eine Zuordnung nach Alter und Geschlecht nur noch bis einschließlich Ausgleichsjahr 2020 vorzunehmen. Ab 2021 erfolgt ein Ausgleich der tatsächlich angefallenen Kosten.“

Zu Artikel 14 Nummer 6
§ 15 BPfIV (Laufzeit)

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 erstmalig vereinbarte Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) ein Ausgleich, wenn die Entgelte erst nach Beginn des Vereinbarungszeitraums vereinbart und genehmigt werden.

Bewertung

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

Änderungsvorschlag

Die Regelung ist zu streichen.

3. Weiterer ergänzender Änderungsbedarf

§ 87 Absatz 1c SGB V

(Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte)

Sachverhalt

Der neue Absatz 6 des § 275 SGB V formuliert Mindestinhalte einer gutachterlichen Stellungnahme, die auch für vertragszahnärztliche Gutachten gelten müssen, da diese denselben Zweck wie die Gutachten des MD erfüllen. § 87 Absatz 1c SGB V stellt die beiden Gutachterverfahren gleich, so dass auch an vertragszahnärztliche Gutachten die gleichen Anforderungen zu stellen sind. Ansonsten werden Leistungsentscheidungen auf Basis unterschiedlich wertiger Gutachten getroffen.

Der Änderungsbedarf nimmt Bezug auf den neuen Absatz 6 des § 275 SGB V, der mit dem GVWG eingeführt werden soll.

Vorschlag

§ 87 Absatz 1c SGB V wird wie folgt geändert:

In Satz 6 wird statt „...§ 275 Absatz 5...“ „...§ 275 Absätze 5 und 6...“ formuliert.

§ 106c Absatz 2 SGB V

(Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen)

Sachverhalt

Die SARS-CoV-2-Pandemie hat gezeigt, dass es wichtig ist, auch Sitzungen mittels Videotechnik abhalten zu können, um wichtige Entscheidungen, die Einfluss auf die wirtschaftliche Erbringung der Versorgung haben, weiter treffen zu können. Im Hinblick darauf, dass die analog anwendbare Rechtsprechung aus dem Zulassungswesen derartige Sitzungen in Ermangelung einer gesetzlichen Grundlage teilweise als unzulässig bezeichnet hat, soll mit der vorliegenden Änderung nunmehr für Rechtsklarheit gesorgt werden. Zu diesem Zweck wird in der Ermächtigungsgrundlage zum Erlass der Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung klargestellt, dass in den dortigen Vorschriften über das Verfahren der Beschwerdeausschüsse auch Regelungen über die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die Durchführung von Sitzungen mittels Videotechnik zu treffen sind.

Vorschlag

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

Nach Nummer 29 wird folgende Nummer 29a eingefügt:

29a. § 106c Absatz 2 wird wie folgt geändert:

Dem Satz 7 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter *„einschließlich der Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die Durchführung von Sitzungen der Beschwerdeausschüsse mittels Videotechnik“* eingefügt.

Sachverhalt

Zu Artikel 16

Zu Nummer 1

Der neue Absatz 4a legt die grundlegenden Voraussetzungen und Rahmenbedingungen fest, die erfüllt sein müssen, damit vom Regelfall der reinen Präsenzsitzung in den Beschwerdeausschüssen abgewichen werden kann und eine Sitzung mittels Videotechnik zulässig ist.

Dem Regelungskonzept liegen folgende grundsätzliche Erwägungen zugrunde:

- Im Beschwerdeausschuss werden vielfältige, insbesondere auch für die wirtschaftliche Erbringung der Versorgung wichtige Entscheidungen getroffen.
- Die Grundentscheidung des Gesetzgebers, diese Aufgaben einem paritätisch besetzten Gremium zu übertragen, sowie die Art und Weise, wie der Ordnungsgeber das Verfahren ausgestaltet hat (teilweise angelehnt an das gerichtliche Verfahren), verdeutlicht die besondere Bedeutung, die Gesetz- und Ordnungsgeber dem unmittelbaren Austausch unter den Mitgliedern, aber auch mit den übrigen Beteiligten beigemessen haben.
- Die Vorteile einer Präsenzsitzung im Sitzungszimmer in Bezug auf die Unmittelbarkeit und inhaltliche Auseinandersetzung, sollten dort, wo keine gewichtigen Gründe dagegensprechen, auch weiterhin genutzt werden.
- Auf der anderen Seite ist – insbesondere auch aufgrund vielfältiger positiver Erfahrungen mit Videoformaten während der SARS-CoV-2-Pandemie – anzuerkennen, dass Sitzungen mittels Videotechnik (Hybridsitzungen und reine Videokonferenzen) ein wichtiges Mittel sind, um die Funktionsfähigkeit der Beschwerdeausschüsse sicherzustellen.

Vor diesem Hintergrund wird in § 1 Absatz 4a ein ausgewogenes Konzept für den Einsatz von Videotechnik verankert. Die Möglichkeit, Sitzungen unter bestimmten Voraussetzungen in Form von Videositzungen durchzuführen zu können, wird dauerhaft – und nicht nur für die Dauer der SARS-CoV-2-Pandemie – ermöglicht. So können aus Gründen des Gesundheitsschutzes oder aus anderen vergleichbar gewichtigen Gründen Sitzungen auch ohne die persönliche Anwesenheit aller Mitglieder und Beteiligten im Sitzungszimmer durchgeführt werden, wenn dies zur Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit des Beschwerdeausschusses erforderlich ist. Dies bedeutet, dass die Corona-Pandemie, etwaige an-

dere zukünftige Pandemien oder Epidemien und vergleichbare Großschadensereignisse, die ebenfalls ein gemeinsames Tagen im Sitzungszimmer behindern, dazu berechtigen, vom Regelfall der Präsenzsitzung abzuweichen. Rechtfertigender Grund kann aber zum Beispiel auch eine Situation sein, in denen das Sitzungsgebäude längerfristig nicht benutzbar ist und trotz intensiver Bemühungen noch kein Ausweichquartier gefunden ist.

Der Beschwerdeausschuss hat nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden und seine Entscheidung unter Abwägung der jeweiligen Folgen der verschiedenen Handlungsmöglichkeiten zu treffen. Neben einer Verschiebung, die gerade bei länger andauernden Ausnahmezuständen eine ungeeignete Option sein kann, steht ihm zum einen die Möglichkeit offen, eine Hybridsitzung, also eine Mischform aus Präsenzsitzung im Sitzungszimmer und Zuschaltung einer Person oder mehrerer Personen per Video, abzuhalten. Zum anderen kann er eine Sitzung alternativ auch als reine Videokonferenz durchführen, bei der sich alle Teilnehmer jeweils an einem anderen Ort befinden. Bei der Ausübung des Ermessens hat er insbesondere Gesichtspunkte des Gesundheitsschutzes, die Zahl der Teilnehmenden, die Bedeutung und Folgen der Entscheidung für die Betroffenen, die tatsächlichen und rechtlichen Schwierigkeiten des Verfahrens sowie Umfang und Intensität zu erwartender Diskussionen in seine Erwägungen einzubeziehen. So kann es bei bestimmten Entscheidungen, z. B. bei Anhörung von Betroffenen von Regressentscheidungen, geboten sein, eine Präsenzsitzung durchzuführen. Bei der Beurteilung, welche Sitzungsform aus Gründen des Gesundheitsschutzes angemessen ist, können neben der allgemeinen Gefährdungslage und den geltenden infektionsschutzrechtlichen Rahmenbedingungen (Kontaktbeschränkungen, Reiseverbote etc.) insbesondere auch das individuelle Gefährdungsrisiko der einzelnen Personen eine Rolle spielen. Dies gilt im Falle einer Hybridsitzung auch für die Bestimmung derjenigen Personen, deren Sitzungsteilnahme im Sitzungszimmer vorgesehen wird, und derjenigen Personen, deren Teilnahme von einem anderen Ort aus vorgesehen wird. Um einen reibungslosen Sitzungsverlauf und eine einfachere Erfüllung formaler Erfordernisse zu gewährleisten, ist bei einer Hybridsitzung vorrangig die persönliche Anwesenheit des oder der Vorsitzenden, des Berichterstatters oder der Berichterstatterin und des Schriftführers oder der Schriftführerin im Sitzungszimmer vorzusehen, sofern dem keine wichtigen Gründe entgegenstehen.

Um bei Vorliegen der außergewöhnlichen Umstände die Funktionsfähigkeit des Beschwerdeausschusses sicherzustellen, wird geregelt, dass die Entscheidung nicht isoliert anfechtbar ist.

Vor dem Hintergrund, dass Situationen, die Sitzungen mittels Videotechnik notwendig machen, nicht immer absehbar sind und kurzfristig auftreten können, muss den Mitgliedern des Beschwerdeausschusses ermöglicht werden, ohne großen Aufwand über bevorstehende Videositzungen zu entscheiden. Aus diesem Grund sieht Satz 5 vor, dass derartige Entscheidungen auch im Wege einer Telefonkonferenz getroffen werden können. Für Entscheidungen über das Ob und das Wie von Videositzungen wird Einstimmigkeit verlangt. Dies beruht darauf, dass die Beurteilung, ob ein rechtfertigender Grund im Sinne des Satzes 1 und eine Bestimmung der richtigen Sitzungsform nach Satz 3 ein komplexer Abwägungsprozess ist, bei dem zudem auch individuelle, in der Person des Einzelnen liegende Gesichtspunkte in die Entscheidung einzubeziehen sind. Um eine hinreichende Ermessensausübung zu befördern und um die Gründe auch im Nachhinein nachvollziehbar zu machen, wird eine Dokumentationspflicht geregelt. Die Gründe sind in dem Protokoll über diejenige Sitzung zu vermerken, die im Videoformat stattfinden soll. Bei länger andauernden Pandemiephasen oder bei anderen Ereignissen kann die Entscheidung auch für eine bestimmte Zeitspanne getroffen werden. In diesem Fall kann der jeweils identische Vermerk verwaltungsarm in die Protokolle aufgenommen werden.

Damit die Entscheidungsfindung unter Einbeziehung des gesamten Sitzungsverlaufs erfolgt und eine Vergleichbarkeit mit Präsenzsitzungen gegeben ist, wird in Satz 7 vorgegeben, dass die Sitzung über die gesamte Dauer zeitgleich in Bild und Ton an alle Orte, an denen sich die Mitglieder oder Beteiligten aufhalten, übertragen werden muss.

Um die Nichtöffentlichkeit der Sitzung zu gewährleisten, haben die Teilnehmer nach Satz 8 sicherzustellen, dass Dritte vom Inhalt der Sitzung keine Kenntnis nehmen können. Vor diesem Hintergrund sieht Satz 9 auch ein Aufzeichnungsverbot für die Sitzung vor.

Zu Nummer 2

Derzeit werden die in § 4 Absatz 1 Satz 1 genannten Unterlagen häufig noch in Papierform und nicht in elektronischer Form zur Verfügung gestellt, obwohl die technischen Möglichkeiten hierzu bestehen. Für die in § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummern 2 bis 8 genannten Unterlagen existiert keine explizite Ermächtigung, sie in elektronischer Form zu übermitteln. Vor allem für die einfachere Umsetzung von virtuellen Sitzungen, aber auch zum Gesundheitsschutz und zur Schonung von

Ressourcen, sollte der elektronische Versand für alle in § 4 Absatz 1 Satz 1 genannten Unterlagen ermöglicht werden.

Vorschlag

Nach Artikel 15b wird folgender Artikel 16 eingefügt:

Artikel 16

Änderung der Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung

1. § 1 wird wie folgt geändert:

Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:

„(4a) In Fällen, in denen es aus Gründen des Gesundheitsschutzes oder aus anderen vergleichbar gewichtigen Gründen zur Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit des Beschwerdeausschusses erforderlich ist, eine Sitzung auch ohne die persönliche Anwesenheit aller Mitglieder im Sitzungszimmer durchzuführen, ist eine Abweichung vom Regelfall der Präsenzsitzung nach Maßgabe der folgenden Sätze zulässig. Der Beschwerdeausschuss entscheidet nach pflichtgemäßem Ermessen, ob eine Sitzung mittels Videotechnik durchgeführt werden soll. Dabei ist zu entscheiden, ob eine Sitzung

1. als Hybridsitzung, an der sowohl Personen im Sitzungszimmer als auch mittels Videotechnik zugeschaltete Personen teilnehmen, oder

2. als reine Videokonferenz

durchgeführt werden soll. Die Entscheidung ist nicht isoliert anfechtbar. Der Beschwerdeausschuss kann seine Entscheidung, die einstimmig zu erfolgen hat, auch im Wege einer Telefonkonferenz treffen. Die Gründe nach Satz 1 und die Bestätigung der Einstimmigkeit der Beschlussfassung durch den Vorsitzenden sind schriftlich zu dokumentieren und dem Protokoll nach § 4 Absatz 1 Nummer 2 beizufügen. Voraussetzung für die Durchführung einer Sitzung mittels Videotechnik ist, dass die Sitzung über die gesamte Sitzungsdauer zeitgleich in Bild und Ton an alle Orte, an denen sich die Mitglieder oder Beteiligten aufhalten, übertragen wird. Es ist sicherzustellen, dass Dritte vom Inhalt der Sitzung keine Kenntnis nehmen können. Eine Aufzeichnung ist unzulässig.“

2. § 4 wird wie folgt geändert:

In Absatz 1 Satz 2 wird „*Nummer 1*“ nach „*Satz 1*“ gestrichen.

§ 17b Absatz 4 KHG und § 6a Absatz 2 Satz 1 KHEntgG
(Berufsgruppen im Pflegebudget)

Sachverhalt

Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den Diagnosis Related Groups (DRG) hat zu großen Problemen bei der Kostenabgrenzung geführt. Da nicht eindeutig definiert ist, welches Personal über das Pflegebudget finanziert werden soll, besteht ein Anreiz zur Umbuchung von fachfremden Personal in den Pflegedienst. Die Klarstellung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene vom 18.12.2020, mit der die in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung genannten Berufe als pflegebudgetrelevant definiert werden, wird von privaten Trägerkonzernen nicht anerkannt. Dies hat dazu beigetragen, dass die Budgetverhandlungen stark verzögert wurden. Um die Unklarheit zu beseitigen, sollte das Pflegebudget ab 2021 auf die in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung genannten Berufe eingegrenzt werden.

Vorschlag

§ 17b Absatz 4 KHG wird wie folgt geändert:

- In Satz 2 wird das Datum „31. Januar 2019“ durch das Datum „30. April 2021“ ersetzt.
- Am Ende von Satz 2 wird folgender Halbsatz angefügt: „; diese Festlegung gilt erstmalig für das Vereinbarungsjahr 2021“
- Nach Satz 2 wird folgender neuer Satz 3 eingefügt: „Hierbei sind nur Kosten für Pflegekräfte gemäß § 2 Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung in der Fassung vom 09.11.2020 zu berücksichtigen; nicht genannte Berufe sind bei der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten nicht berücksichtigungsfähig.“
- Der bisherige Satz 3 wird neuer Satz 4. Darin werden die Worte „Sätzen 1 und 2“ durch die Worte „Sätzen 1 bis 3“ ersetzt und das Jahr „2019“ wird durch das Jahr „2021“ ersetzt.

§ 6a Absatz 2 KHEntgG wird wie folgt geändert:

Am Ende von Satz 1 wird folgender Halbsatz angefügt: „; die Ermittlung erfolgt auf Basis der Vorgaben zur Pflegepersonalabgrenzung gemäß § 17b Absatz 4 KHG“

Sachverhalt

Mangels einer bundeseinheitlichen Vorschrift zur Darstellung werden in den Budgetvereinbarungen die über das Pflegebudget zu finanzierenden Pflegekräfte und die vereinbarten Pflegepersonalkosten nicht detailliert festgehalten. In der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 KHEntgG konnte bisher kein Vereinbarungsformular festgelegt werden, da die Rechtsgrundlage fehlte. Diese Informationen können daher auch nicht an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) gemeldet werden. Das InEK erhält gemäß § 6a Absatz 3 Satz 5 KHEntgG zwar die vom Krankenhaus vorzulegenden Daten zu den pflegebudgetrelevanten Kosten, diese umfassen jedoch nicht die vereinbarten Kosten.

Zudem soll klargestellt werden, dass mit dem von den Krankenhäusern zu übermittelnde Testat der Wirtschaftsprüfer die Abgrenzung zwischen pflegebudgetrelevanten und nicht-pflegebudgetrelevanten Kosten nach einheitlichen Kriterien zu testieren ist. Die Vereinbarungen der Bundesebene sowie die in den Budgetvereinbarungen festgelegten Vorgaben sind bei der Testierung zu berücksichtigen.

Vorschlag

§ 6a Absatz 3 KHEntgG wird wie folgt geändert:

- Nach Satz 2 wird folgender neuer Satz 3 eingefügt: *„Die Vereinbarung des Pflegebudgets einschließlich der jahresdurchschnittlichen Stellenbesetzung der Pflegevollkräfte, gegliedert nach Berufsbezeichnungen, ist unter Beachtung der Vorgaben der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 von den Vertragsparteien nach § 11 zu dokumentieren; aus der Darstellung müssen neben dem Ergebnis die wesentlichen Rechengrößen zur Herleitung der pflegebudgetrelevanten Kosten hervorgehen.“*
- Der bisherige Satz 3 wird neuer Satz 4. Am Ende wird folgender Halbsatz angefügt: *„; aus der Darstellung muss ersichtlich sein, welche der tatsächlichen Kosten pflegebudgetrelevant waren“*
- Der bisherige Satz 4 wird neuer Satz 5. Nach *„Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 8“* wird ein Komma gefolgt von den Worten *„die nationalen oder international festgelegten Prüfungsstandards sowie in der Vergütungsvereinbarung nach § 11 KHEntgG getroffene Abreden“* eingefügt. Am Ende wird folgender Halbsatz angefügt: *„; dies gilt als erfüllt,*

wenn der Bestätigungsvermerk auf der Grundlage der IDW-Prüfungsstandards zur Überprüfungen von Finanzaufstellungen erstellt wurde“

- Der bisherige Satz 5 wird neuer Satz 6. Die Worte *„die vom Krankenhaus vorgelegten Daten zu den pflegebudgetrelevanten Kosten“* werden durch *„die Daten nach Satz 3 und 4“* ersetzt. Am Ende wird folgender Halbsatz angefügt: *„das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht die gemäß Satz 3 und 4 übermittelten Daten in geeigneter Form krankenhausbefogen auf seiner Internetseite“*.

§ 9 Absatz 1 Nummer 8 KHEntgG wird wie folgt geändert:

- Der Nummer 8 wird folgender Satzteil angefügt: *„sowie bis zum 31. Juli 2021 zu der einheitlichen Form einer der Vereinbarung beizufügenden Ergebnisdarstellung, die die wesentlichen Rechengrößen zur Herleitung der vereinbarten pflegebudgetrelevanten Kosten beinhaltet,“*

4. Kommentierung der Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 19(14)310

Änderungsantrag 2 zu Artikel 1 Nummer 14
(§ 55 SGB V Leistungsanspruch)

Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Regelung soll sich eine Nicht-Inanspruchnahme der Zahnvorsorgeuntersuchung im Jahr 2020 nicht nachteilig auf die Höhe des Festzuschusses auswirken.

Bewertung

Die gesetzliche Änderung ist nicht erforderlich, da GKV-seitig bereits eine Empfehlung auf freiwilliger Basis vereinbart wurde, nach der die Nicht-Inanspruchnahme der Zahnvorsorgeuntersuchungen nach § 55 Absatz 1 Satz 4 Nummer 1 SGB V i. V. m. § 22 Absatz 1 SGB V im Kalenderhalbjahr 2020 nicht zum Verlust des vollständigen Bonusanspruchs führt.

Änderungsvorschlag

Streichung der gesetzlichen Änderung.

Änderungsantrag 3 zu Artikel 1 Nummer 18a (neu)

(§ 64d SGB V (neu) Modellvorhaben zur umfassenden Diagnostik und Therapiefindung mittels Genomsequenzierung bei seltenen und onkologischen Erkrankungen)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einführung eines neuen § 64d SGB V soll die Implementierung eines Modellvorhabens zur umfassenden Diagnostik und Therapiefindung bei seltenen und onkologischen Erkrankungen (Krebs) erfolgen. Grundlage des Modellvorhabens ist die umfangreiche Genomsequenzierung im Rahmen eines strukturierten klinischen Behandlungsablaufs und die darauf aufbauende Datenzusammenführung von klinischen und genomischen Daten in einer gemeinsamen Dateninfrastruktur. Die Genomsequenzierung soll unterschiedliche Methoden umfassen: Ganzgenomsequenzierungen (Whole Genome Sequencing – WGS), Exomsequenzierungen (Whole Exome Sequencing – WES) sowie gegebenenfalls größere Gen-Panels.

Das Modellvorhaben wird bundesweit einheitlich über den GKV-SV vertraglich umgesetzt. Zur Teilnahme am Vertrag berechnigte Leistungserbringer sind Krankenhäuser oder Zusammenschlüsse von Krankenhäusern, soweit sie die Anforderungen der G-BA-Richtlinie nach § 136c Absatz 5 SGB V erfüllen (Zentrumsregelung) und sonstige ärztliche Leistungserbringer der Humangenetik. Die Leistungserbringer müssen über ein interdisziplinäres und multiprofessionelles Versorgungsangebot verfügen und die Teilnahme an interdisziplinären Fallkonferenzen nachweisen. Die hiernach teilnahmeberechtigten Leistungserbringer haben sich für die Vertragsverhandlungen zu einer Arbeitsgemeinschaft zusammenzuschließen.

Versicherte können an dem Modellvorhaben teilnehmen, wenn bereits ein Verdacht auf das Vorliegen einer seltenen oder onkologischen Erkrankung besteht oder eine Diagnose über eine seltene oder onkologische Erkrankung vorliegt.

Wesentlicher Teil des Modellvorhabens ist die Zusammenführung und Analyse der aus der Genomsequenzierung gewonnenen Daten mittels künstlicher Intelligenz. Hierfür hat das BMG den Zugang und die Nutzung von Daten, die im Rahmen der Diagnostik und Therapiefindung gewonnen werden, zur Verfügung zu stellen. Zur Konzeption dieser Dateninfrastruktur stehen als Anschubfinanzierung knapp zehn Millionen Euro zur Verfügung.

Der Vertrag für das gesamte Modellvorhaben ist spätestens bis zum 1.1.2022 zu schließen und hat eine Mindestlaufzeit von fünf Jahren. Der Vertrag wird erst nach Genehmigung durch das BMG gültig.

Kommt ein Vertrag ganz oder teilweise nicht bis zum 1.1.2022 zu Stande, wird der Vertragsinhalt von einer von den Vertragsparteien gemeinsam zu benennenden unabhängigen Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt.

Bewertung

Der Gesetzgeber beabsichtigt in einem Modellprojekt eine Verbindung aus Forschungsförderung und Patientenversorgung aufzubauen. In einem bundesweiten Vertrag soll die Genomsequenzierung für seltene und onkologische Erkrankungen einheitlich geregelt werden. Dies wird aus folgenden Gründen abgelehnt:

Eine Finanzierung von klinischer Forschung und der Aufbau neuer und komplexer Dateninfrastrukturen ist nicht Aufgabe der GKV. Dies fällt in die Zuständigkeit der öffentlichen Forschungsförderung, z. B. durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). Der Gesetzesentwurf sieht hier lediglich eine Anschubfinanzierung zur Konzeption einer Dateninfrastruktur vor. Zudem ist insbesondere in der Krebsmedizin die Genomsequenzierung noch keine Regel-Patientenversorgung sondern meist Gegenstand von Forschung, die zur Entwicklung von klinischen Studien führt.

Darüber hinaus existieren in diesem Bereich bereits funktionierende und auf den individuellen diagnosespezifischen Bedarf zugeschnittene Versorgungsstrukturen. Für Lungenkrebs (Nationales Netzwerk Genomische Medizin) und für seltene Erkrankungen (TRANSLATE NAMSE) bestehen hochspezialisierte Netzwerke, die eine qualitativ hochwertige Versorgung über kassenartenübergreifenden Verträge sicherstellen. Diese Verträge sollten Basis für eine zielgerichtete Weiterentwicklung dieser Versorgung sein. Mit einem bundesweiten Modellvorhaben werden diese Strukturen zerstört.

Momentan laufen in Deutschland (genomDE) und auf europäischer Ebene (The 1+Million Genome Initiative) viele Großforschungsprojekte zur Etablierung von Genomsequenzierung. Es ist nicht nachvollziehbar, warum der Gesetzgeber nicht die Ergebnisse dieser wertvollen Projekte abwartet.

Der Entwurf sieht vor, dass bereits ein Verdacht auf das Vorliegen einer seltenen oder onkologischen Erkrankung eine Teilnahme am Modellvorhaben begründet.

In Deutschland erkranken jährlich etwa 500.000 Menschen an Krebs, bei sehr viel mehr Personen besteht eine Verdachtsdiagnose. Medizinisch und ökonomisch ist es nicht sinnvoll, bereits Verdachtsfälle auf Krebs mit einer Genomsequenzierung abzuklären.

Das Modellprojekt soll ein weites Spektrum von unterschiedlichen Methoden der Genomsequenzierung abdecken, von der Ganzgenomanalyse bis zu Gen-Panels. Diese Methoden müssten mit jeweils spezifischen und komplexen Qualitätsverfahren gesichert werden. Die notwendigen Qualitätsanforderungen können mit einer bundesweiten Leistungserbringung durch Hochschulkliniken und sonstige ärztliche Leistungserbringer der Humangenetik nicht adäquat und vor allem nicht individualisiert am indikationsspezifischen Bedarf orientiert sichergestellt werden.

Der Gesetzgeber strebt eine sehr schnelle Umsetzung des Modellvorhabens bis zum 1.1.2022 an. Die Umsetzung dieses Vorhabens in weniger als neun Monaten ist unrealistisch und wird der Komplexität eines solchen Vertrages nicht gerecht. Dasselbe gilt für die ersatzweise Entscheidung durch eine Schiedsperson.

Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Neuregelung (§ 64 d SGB V)

Die Änderungen in §295 SGB V und § 3 der Datentransparenzverordnung sind Folgeänderungen zur Neuregelung des § 64d SGB V und werden daher ebenfalls abgelehnt.

Änderungsantrag 4 zu Artikel 1 Nummer 29

(§ 98 SGB V Zulassungsverordnungen in Verbindung mit Ärzte-ZV und Zahnärzte-ZV)

Beabsichtigte Neuregelung

In der Ermächtigungsgrundlage zum Erlass der Zulassungsverordnungen für Vertragsärzte und für Vertragszahnärzte (§ 98 Absatz 2 SGB V) wird klargestellt, dass in den dortigen Vorschriften über das Verfahren der Zulassungsausschüsse und der Berufungsausschüsse auch Regelungen über die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die Durchführung von Sitzungen mittels Videotechnik zu treffen sind.

In den Zulassungsverordnungen für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte werden inhaltsgleich die grundlegenden Voraussetzungen und Rahmenbedingungen festgelegt, die erfüllt sein müssen, damit vom Regelfall der reinen Präsenzsitzung abgewichen werden kann und eine Sitzung mittels Videotechnik (Hybridsitzung oder Videokonferenz) zulässig ist. Diese gelten gleichsam für die Zulassungsausschüsse und für die Berufungsausschüsse. Die Möglichkeit, Sitzungen unter bestimmten Voraussetzungen in Form von Videositzungen durchführen zu können, wird dauerhaft – und nicht nur für die Dauer der SARS-CoV-2-Pandemie – ermöglicht. Es wird festgelegt, dass aus Gründen des Gesundheitsschutzes oder aus anderen vergleichbar gewichtigen Gründen vom Regelfall der Präsenzsitzung abgewichen werden kann, wenn dies zur Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit des Zulassungs-/Berufungsausschusses erforderlich ist. Der Zulassungs-/Berufungsausschuss hat hierüber nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden. Die Entscheidung muss einstimmig erfolgen und ist nicht anfechtbar.

Bewertung

Der vdek hat sich seit Beginn der SARS-CoV-2-Pandemie für die Schaffung der Voraussetzungen zur rechtssicheren Durchführung von Videositzungen der Zulassungs- und Berufungsausschüsse eingesetzt und seine Bemühungen in den letzten Monaten in Anbetracht gerichtlicher Entscheidungen, in denen Videokonferenzen der Zulassungsgremien für unzulässig gehalten wurden, und der daraus resultierenden Unsicherheiten in den KV-Regionen, nochmals verstärkt. Die Neuregelungen und die damit einhergehende Rechtsklarheit werden daher ausdrücklich begrüßt.

Änderungsvorschlag

Die Problematik und Rechtsunsicherheit besteht in der Gremienarbeit der Wirtschaftlichkeitsprüfung ebenfalls. Die WiPrüfVO sollte daher in gleicher Weise angepasst werden.

Wir verweisen insoweit auf unsere Änderungsvorschläge zu § 106c Absatz 2 SGB V und zur WiPrüfVO.

Beabsichtigte Neuregelung

Es soll mit dieser Änderung klargestellt werden, dass auch Leistungserbringer, die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege (HKP) erbringen, zu Nachbesserungen der im Rahmen der Qualitätsprüfung nach § 275b SGB V festgestellten Qualitätsmängel aufgefordert werden können. Für Leistungserbringer, die neben den Leistungen der HKP auch Leistungen nach dem Elften Buch erbringen, gilt dies bereits gemäß § 115 Absatz 2 SGB XI. Die Regelung betrifft insofern Pflegedienste, die keine Zulassung nach SGB XI haben.

Bewertung

Im SGB V werden Verträge für die HKP nicht einheitlich und gemeinsam vereinbart. Aus diesem Grund sind die Regelungen zum Umgang mit den Ergebnissen aus den Qualitätsprüfungen in Regel- und Anlassprüfungen zu differenzieren. Regelprüfungen werden gemäß § 275b SGB V gemeinsam von den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen in Auftrag gegeben, sodass in diesem Zusammenhang auch der Umgang mit den Ergebnissen gemeinsam und einheitlich erfolgen muss. Bei Anlassprüfungen kann das Verfahren jedoch abweichen.

Änderungsvorschlag

Um dies im Gesetzentwurf besser darzustellen und die Gesetzesbegründung im Gesetzentwurf widerzuspiegeln, schlägt der vdek die folgende Änderung des Artikels 1 Nummer 38 vor:

b) Nach Satz 13 wird folgender Satz 14 eingefügt:

„Soweit bei einer **Regelprüfung** nach § 275 b Absatz 1 Satz 1 ~~bis~~ **und 2** Qualitätsmängel festgestellt werden, entscheiden die Landesverbände der Krankenkassen **und die Ersatzkassen** ~~oder die Krankenkassen~~ nach Anhörung des Leistungserbringers, welche Maßnahmen zu treffen sind, erteilen dem Leistungserbringer hierüber einen Bescheid und setzen ihm darin zugleich eine angemessene Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel. **Soweit bei einer Anlassprüfung nach § 275 b Absatz 1 Satz 3 und Qualitätsmängel festgestellt werden, entscheiden die Krankenkassen oder die Landesverbände der Krankenkassen nach Anhörung des Leistungserbringers, welche Maßnahmen zu treffen sind, erteilen dem Leistungserbringer hierüber einen Bescheid und setzen ihm**

darin zugleich eine angemessene Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel.“

Beabsichtigte Neuregelung

In § 275 SGB V soll ein neuer Absatz 1b eingefügt werden. Darin soll geregelt werden, dass Krankenkassen für den Zweck der Klärung, ob bei Arbeitsunfähigkeit eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen ist, neben den bereits vorliegenden versichertenbezogenen Daten auch weitergehende Daten beim Versicherten erheben dürfen. Die Krankenkassen dürfen zudem auch im Rahmen einer Anfrage bei dem die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellenden Leistungserbringer weitere Angaben erheben und verarbeiten.

Bewertung

Durch die vorgesehene Erweiterung des § 275 SGB V wird gesetzlich klargestellt, welche Aufgaben den Krankenkassen im Vorfeld einer möglichen Beauftragung bzw. im Zusammenhang mit der Beauftragung des MD insbesondere bei Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit zukommt. Hierdurch werden aktuell bestehende Rechtsunsicherheiten und in der Folge unterschiedliche Rechtsauffassungen zu den Datenerhebungsbefugnissen der Krankenkassen vermieden, weshalb die gesetzliche Regelung grundsätzlich begrüßt wird.

Nach den aktuell geltenden gesetzlichen Regelungen in § 275 Absatz 1 SGB V sind die Krankenkassen verpflichtet, eine gutachtliche Stellungnahme des MD einzuholen, wenn dies bei Arbeitsunfähigkeit erforderlich ist, um den Behandlungserfolg zu sichern oder Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit zu beseitigen. In diesem Zusammenhang prüft die Krankenkasse die Erforderlichkeit der Beauftragung des MD und nutzt die nach § 284 Absatz 1 SGB V erhobenen Daten. Ein entsprechender klarstellender Hinweis ist aktuell im Gesetzesvorschlag enthalten.

Zusätzlich zu diesen Daten wird nunmehr gesetzlich klargestellt, dass Krankenkassen auch bei den Versicherten weitergehende Angaben im jeweils erforderlichen Umfang erheben und verarbeiten dürfen. Die Angaben sind hierbei begrenzt auf die Information, ob eine Wiederaufnahme der Arbeit absehbar ist und gegebenenfalls wann eine Wiederaufnahme der Arbeit erfolgt, und welche konkret bevorstehenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen einer Wiederaufnahme der Arbeit entgegenstehen.

Diese Angaben ermöglichen den Krankenkassen grundsätzlich die weitergehende Prüfung, ob eine sozialmedizinische Beurteilung des MD erforderlich ist und dadurch von vermeidbaren Beauftragungen des MD abzusehen. Neben Arbeitnehmern beziehen jedoch auch Arbeitslose Krankengeld und werden gleichermaßen durch den MD begutachtet. Durch die bisherige Formulierung im Gesetz würde eine Erhebung vergleichbarer Daten bei Arbeitslosen aktuell ausgeschlossen. Für diesen Personenkreis wäre es demnach nicht möglich zu ermitteln, ab wann mit der Meldung zur Vermittlung bei der Agentur für Arbeit zu rechnen ist oder welche konkret bevorstehenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen dies ausschließen. Zur Berücksichtigung des Personenkreises der Leistungsempfänger nach dem SGB III ist eine entsprechende gesetzliche Klarstellung erforderlich.

Zudem sollten die Krankenkassen zusätzlich auch die Möglichkeit erhalten, im Einzelfall Informationen bei den Versicherten zu den konkreten Ausgestaltungen ihres Arbeitsplatzes oder dem Umfang der Vermittelbarkeit einholen zu dürfen. Oft liegen ausreichende Erkenntnisse zur Ausprägung der Arbeit bereits aus den Informationen der Ärzte vor oder können aus dem vom Arbeitgeber im Meldeverfahren übermittelten Tätigkeitsschlüssel abgeleitet werden. In Einzelfällen können jedoch die individuellen Anforderungen des Arbeitsplatzes zwingende Voraussetzung einer Arbeitsunfähigkeit sein und sind daher für die Krankenkasse entscheidungsrelevant für die Leistungsgewährung. Aus diesem Grund sind diese Daten auch vom § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V umfasst und sollten in die abschließende Aufzählung im Gesetzestext aufgenommen werden, damit unnötige MD-Beauftragungen, bei welchen nicht die spezielle medizinische Expertise des Gutachters benötigt wird, vermieden werden können. Die Formulierung der Auflistung ist zusätzlich redaktionell anzupassen, weil der Satz semantisch nicht korrekt ist.

Nach dem vorliegenden Gesetzesvorschlag ist eine Erhebung der Daten beim Versicherten grundsätzlich nur schriftlich oder elektronisch zulässig. Abweichend davon ist eine telefonische Erhebung möglich, wenn der Versicherte einer solchen Erhebung zuvor schriftlich oder elektronisch zugestimmt hat. Die genannten Daten werden bisher im Rahmen des § 284 Absatz 1 Nummer 4 für die Leistungsgewährung und nach Nummer 7 SGB V im Rahmen der Prüfung der Erforderlichkeit der Beteiligung des MD erhoben und bedürfen keiner Einwilligung der Versicherten. Eine Einwilligung ist ausschließlich für die darüber hinausgehenden Datenerhebungsbefugnisse im Zusammenhang mit § 44 Absatz 4 SGB V vorgesehen, welche für die individuelle Beratung und Hilfestellung

durch die Krankenkassen erforderlich sind. Die Prüfung etwaiger Leistungsansprüche und die Prüfung der Erforderlichkeit der Beteiligung des MD sind strikt von der Beratung und Hilfestellung nach § 44 Absatz 4 SGB V zu trennen und etwaige Verzögerungen im Prozess der Prüfung und Leistungsgewährung durch gesetzlich normierte schriftliche oder elektronische Einwilligungen zu vermeiden.

Zudem würden fehlende Rückmeldungen der Versicherten zu medizinisch nicht erforderlichen Begutachtungen und damit zu weiteren Belastungen der MD führen, weil nach der Gesetzesbegründung das Fehlen einer Rückantwort oder Einwilligung des Versicherten mit hinreichenden Zweifeln und demnach der Notwendigkeit zur Beauftragung einer gutachtlichen Stellungnahme des MD gleichzusetzen wäre. Ein solcher Generalverdacht mit der Folge von verzögerten Prozessen und vermehrten Begutachtungen kann nicht Ziel eines Regelprozesses sein und würde alle Verfahrensbeteiligten unnötig belasten. Neben steigenden Krankengeldausgaben und einer zunehmenden Anzahl an Begutachtungen durch den MD hätte dies auch verzögerte Leistungsgewährungen für die Versicherten und ggf. zusätzlich notwendige Erhebungen bei den Leistungserbringern zur Folge. Schließlich ist es auch nicht im Sinne der Versicherten, auf deren Schutz die gesetzliche Regelung abzielt, wenn ihr Fall zur Überprüfung an den MD weitergeleitet wird und sie ggf. persönlich eingeladen werden, während eine telefonische Auskunft genügt hätte, um festzustellen, dass eine Begutachtung nicht erforderlich ist.

Der gesetzgeberischen Intention folgend, die Versicherten vor überraschenden Telefonaten zu schützen, sollte die Pflicht zur schriftlichen oder elektronischen Einwilligung durch eine Verpflichtung zur rechtzeitigen Ankündigung ersetzt werden. Hierdurch würde den Versicherten die Möglichkeit gegeben, ungewünschte Telefonate durch eine zeitnahe Übermittlung der benötigten Informationen zu vermeiden und sich zusätzlich auf das telefonische Gespräch vorbereiten zu können. Auch erscheint eine – wie aktuell vorgesehen – Einwilligung schon deshalb nicht mehr erforderlich, weil der Umfang des Versicherungsgesprächs nunmehr klar und abschließend im Gesetz definiert ist und zudem eine Verpflichtung zur Protokollierung der Gespräche besteht. Zur Schaffung zusätzlicher Transparenz und der Vermeidung einer subjektiv empfundenen Drucksituation wird vorgeschlagen, dass die Krankenkasse die Versicherten sowohl im Rahmen der schriftlichen oder elektronischen Ankündigung als auch zu Beginn des telefonischen Gesprächs verpflichtend auf die Freiwilligkeit der telefonischen Erhebung hinweisen.

Neben den vorgenannten Datenerhebungsbefugnissen dürfen die Krankenkassen im Rahmen einer Anfrage bei dem die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellenden Leistungserbringer weitere Angaben erheben und verarbeiten. Der Umfang der Datenerhebung wird hierbei gesetzlich normiert, soll laut Änderungsantrag jedoch zusätzlich durch den G-BA in seiner Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 geregelt werden.

Der G-BA bestimmt in Form von Richtlinien, welche medizinischen Leistungen die ca. 73 Millionen Versicherten beanspruchen können. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für Praxen und Krankenhäuser. In der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des G-BA ist daher festgelegt, welche Regeln für die Feststellung und Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit von Versicherten durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie im Rahmen des Entlassmanagements aus dem Krankenhaus gelten. Hier nunmehr definieren zu wollen, welche Informationen zwischen dem Arzt und der Krankenkasse zur Prüfung des Leistungsanspruchs ausgetauscht werden sollen, fällt nicht in das Aufgabengebiet des G-BA, sondern in die Regelungskompetenz der Vertragspartner der Bundesmantelvertrags-Ärzte. Auch bisher erfolgte die Vereinbarung des genauen Aussehens und Inhalts des Mustervordrucks (Muster 52) im Bundesmantelvertrag-Ärzte, weshalb es aufgrund der nunmehr klaren abschließenden gesetzlichen Definition des Umfangs der in diesem Zusammenhang erhebbaren Informationen keiner zusätzlichen Ausgestaltung in einer Richtlinie bedarf. Der entsprechende Hinweis sollte daher gestrichen werden. Auch greift die bisher vorgesehene Möglichkeit zur Anforderung von Informationen zu einer möglicherweise drohenden Erwerbsunfähigkeit zu kurz, weil nach § 51 SGB V alle Feststellungen einer möglicherweise Minderung oder Gefährdung der Erwerbsfähigkeit leistungsrelevant sind. Der Spiegelpunkt sollte daher analog der gesetzlichen Normierung des § 51 SGB V angepasst werden.

Neben den bisher aufgeführten erhebbaren Informationen sollten zudem auch Informationen zur Prognose der Arbeitsfähigkeit, zu den weiteren behandelnden Ärzten abgefordert werden dürfen.

So ist auf der Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung ein prognostisches Ende der Arbeitsunfähigkeit vorgesehen, welches im Rahmen einer solchen Abfrage durch den Arzt bzw. die Ärztin aktualisierbar sein sollte. Zudem ist auf der Ar-

beitsunfähigkeits-Bescheinigung die Angabe des prognostischen Endes der Arbeitsunfähigkeit durch die Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des G-BA auf maximal vier Wochen begrenzt, weshalb die tatsächliche Prognose zur Beurteilung der erforderlichen Begutachtung hier unbegrenzt zielführender ist.

Zudem erscheint die Möglichkeit der Information zu weiteren behandelnden Ärzten zielführend, weil eine fachärztliche Mitbetreuung regelmäßig ein Anlass ist, um von geplanten Begutachtungen beim MD abzusehen. Außerdem besteht durch diese Information die Möglichkeit im Vorfeld einer Begutachtung durch den MD weitergehende Informationen und Befundberichte für den MD einzuholen, wodurch die Verfahren der Begutachtung beschleunigt und in einer Vielzahl von Fällen eine fallabschließende Prüfung durch den MD ermöglicht wird. Es wird daher die Ergänzung der Aufzählung der Angaben für Anfragen an die Ärzte empfohlen.

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

Nach Rechtsauffassung des vdek liegt in diesen Fällen bereits mit der parallel zur Anforderung der Unterlagen bei den Leistungserbringern an den MD gerichteten Datenmeldung eine Vorbeauftragung des MD vor, die nach Zugang der angeforderten Unterlagen beim MD lediglich konkretisiert wird. Mit der Datenmeldung über die bevorstehende Beauftragung habe der MD bereits die Befugnis zur Datenerhebung nach § 276 Absatz 2 SGB V. Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit hat hingegen die Rechtsauffassung vertreten, dass in dem skizzierten Verfahren erst zum Zeitpunkt der

abschließenden Beauftragung des MD nach Vorlage der angeforderten Unterlagen eine Beauftragung des MD im gesetzlichen Sinne vorliegt und sich der MD für vor dieser Beauftragung zugehende Unterlagen nicht auf die Datenerhebungsbefugnis nach § 276 Absatz 2 Satz 1 SGB V berufen könne.

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

Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 63 wird wie folgt gefasst:

§ 275 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1a wird der folgende Absatz 1b eingefügt:

„(1b) Die Krankenkassen dürfen für den Zweck der Klärung, ob bei Arbeitsunfähigkeit nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen ist, im jeweils erforderlichen Umfang grundsätzlich nur die bereits nach § 284 Absatz 1 rechtmäßig erhobenen und gespeicherten versichertenbezogenen Daten verarbeiten. Die Krankenkassen dürfen abweichend von Satz 1 bei den Versicherten nur die versichertenbezogenen Angaben im jeweils erforderlichen Umfang erheben und verarbeiten, **die Auskunft darüber geben,**

- 1.) ob eine Wiederaufnahme der Arbeit **oder die Meldung zur Vermittlung bei der Agentur für Arbeit** absehbar ist und gegebenenfalls wann eine Wiederaufnahme der Arbeit **oder die Meldung zur Vermittlung bei der Agentur für Arbeit** erfolgt, ~~und~~
- 2.) ~~zu~~ **ob und welche** konkreten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen **bevorstehen**, die einer Wiederaufnahme der Arbeit **oder der Meldung zur Vermittlung bei der Agentur für Arbeit** entgegenstehen- und

- 3.) **ob und welche Anforderungen am Arbeitsplatz bestehen, die die weitere Arbeitsunfähigkeit bedingen; bei Arbeitslosen, die Angabe des zeitlichen Umfangs, für den sich der Versicherte der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestellt hat, der die Arbeitsunfähigkeit bedingt.**

Die Krankenkassen dürfen die Angaben nach Satz 2 bei den Versicherten grundsätzlich nur schriftlich oder elektronisch erheben. Abweichend von Satz 3 ist eine telefonische Erhebung nur zulässig, wenn ~~den~~ Versicherten ~~in~~ die telefonische Erhebung zuvor schriftlich oder elektronisch ~~eingewilligt haben~~ **rechtzeitig angekündigt wurde. In der schriftlichen oder elektronischen Ankündigung sowie zu Beginn der telefonischen Erhebung hat die Krankenkasse die Versicherten darauf hinzuweisen, dass die telefonische Erhebung freiwillig ist.** Die Krankenkassen haben jede telefonische Erhebung beim Versicherten zu protokollieren; die Versicherten sind hierauf hinzuweisen. Versichertenanfragen der Krankenkassen im Rahmen der Durchführung der individuellen Beratung und Hilfestellung nach § 44 Absatz 4 bleiben unberührt. Abweichend von Satz 1 dürfen die Krankenkassen im Rahmen einer Anfrage bei dem die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellenden Leistungserbringer weitere Angaben erheben und verarbeiten. Der Umfang der Datenerhebung ~~regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 unter der Voraussetzung, dass diese~~ umfasst die Angaben

- 1.) zur Konkretisierung der auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung aufgeführten Diagnosen,
- 2.) zur Kenntnis von weiteren diagnostischen, ~~und~~ **therapeutischen und rehabilitativen** Maßnahmen, die in Bezug auf die die Arbeitsunfähigkeit auslösenden Diagnosen vorgesehen~~en~~ sind,
- 3.) zur Klärung über Art und Umfang der zuletzt vor der Arbeitsunfähigkeit ausgeübten Beschäftigung oder bei Leistungsempfängern nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch zur Feststellung des zeitlichen Umfangs, für den diese Versicherten zur Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehen, ~~oder~~
- 4.) zur Feststellung einer möglichen **Minderung oder Gefährdung der Erwerbs~~un~~fähigkeit,**
- 5.) zur Klärung, **ob und ggf. wann ein Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit absehbar ist,**
- 6.) zur Kenntnis der weiteren behandelnden Ärzte

erforderlich sind.“

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

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

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

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

Die bisher unter Buchstabe b) vorgesehene gesetzliche Klarstellung wird Buchstabe d).

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