



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfIEG)

Stand: 7.11.2022

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeiner Teil	4
2. Kommentierung des Gesetzes	6
• Zu Artikel 1 Nummer 3 § 137i SGB V (neu) (Personalbesetzung in der Pflege im Krankenhaus; Verordnungsermächtigung)	6
• Zu Artikel 1 Nummer 7a § 275c Absatz 2 Satz 6 SGBV (Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst)	8
• Zu Artikel 1 Nummer 7b § 275c Absatz 3 SGB V (Krankenhausabrechnungsprüfung: Aufschlag)	9
• Zu Artikel 1 Nummer 8 § 275 d SGB V (Prüfung von Strukturmerkmalen)	10
• Zu Artikel 1 Nummer 9 § 283 SGB V (Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund)	11
• Zu Artikel 1 Nummer 11 § 291 SGB V (Elektronische Gesundheitskarte)	13
• Zu Artikel 1 Nummer 14 § 304 SGB V (Aufbewahrung von Daten bei Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse)	14
• Zu Artikel 1 Nummer 15 § 311 SGB V (Aufträge an die Gesellschaft für Telematik)	15
• Zu Artikel 1 Nummer 16 § 312 SGB V (Aufträge an die Gesellschaft für Telematik)	16
• Zu Artikel 1 Nummer 19 § 336 SGB V (Zugriffsrechte der Versicherten)	17
• Zu Artikel 1 Nummer 28 § 361 a SGB V (neu) (Einwilligungsbasierte Übermittlung von Daten aus vertragsärztlichen elektronischen Verordnungen; Verordnungsermächtigung)	18
• Zu Artikel 2 Nummer 2 § 9 KHEntG (Vereinbarung auf Bundesebene)	20
• Zu Artikel 2 Nummer 4 § 11 KHEntG (Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus)	21
• Zu Artikel 2 Nummer 5 § 13 KHEntG (Schiedsstelle)	23
• Zu Artikel 5 Nummer 1 § 9 BPfIV (Vereinbarung auf Bundesebene)	24
• Zu Artikel 5 Nummer 2 § 11 BPfIV (Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus)	25

• Zu Artikel 5 Nummer 3 § 13 BpflV (Schiedsstelle)	27
3. Ergänzender Änderungsbedarf	28
• Zu § 291 SGB V.....	28
• Zu Artikel 1 SGB V Übermittlung und Verarbeitung vertragsärztlicher elektronischer Verordnungen mittels Kassen- App die §§ 342 und 354 SGB V betreffend	29

1. Allgemeiner Teil

Mit dem am 14.09.2022 vom Bundeskabinett beschlossenen Entwurf eines Gesetzes zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (KHPfIEG) soll das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ermächtigt werden, per Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Vorgaben zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs und zur Festlegung der Personalbesetzung in der unmittelbaren Patientenversorgung in den Krankenhäusern zu erlassen (PPR 2.0). In der Kabinettsfassung wird die Ermächtigungsgrundlage zum Erlassen der Verordnungen zur Einführung der PPR 2.0 modifiziert. Das Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen (BMF) ist Bedingung für das Erlassen einer Rechtsverordnung durch das BMG mit Vorgaben zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfes und zur Festlegung der Personalbesetzung auf bettenführenden Stationen der Somatik. Eine Begründung für diese ungewöhnliche Einvernehmensregelung liefert der Gesetzentwurf nicht. Die Beteiligung des Finanzministeriums an der Rechtsverordnung stellt grundsätzlich einen erneuten Systembruch dar. Damit besteht die Gefahr, dass sich zukünftig der Personalbedarf nach den Interessen des Finanzministeriums orientieren muss.

Der vdek sieht die Einführung der PPR 2.0 grundsätzlich kritisch. Es ist nicht nachvollziehbar, warum ein nicht ausreichend evaluiertes Instrument implementiert werden soll. Die kurzfristige Einführung als weiteres Interimsinstrument neben den Pflegepersonaluntergrenzen mit einer zusätzlichen und erneuten Evaluationsphase bleibt unverständlich. Die politische Zielsetzung durch die Einführung der PPR 2.0 die Rahmenbedingungen für die Pflege zu verbessern, kann nicht erreicht werden. Die Arbeitssituation der Pflegekräfte wird hierdurch nicht verbessert werden. Vielmehr werden diese mit neuen bürokratischen Prozessen belastet.

Die vorgesehene Erprobungs- und Evaluationsphase bietet eine Vielzahl von Anreizen zur Falschdokumentation. Nach der Konvergenzphase käme es erfahrungsgemäß zu einem deutlichen Anstieg der dokumentierten Pflegeintensitäten. Eine Sollbedarfsfinanzierung würde erhebliche finanzielle Konsequenzen für die Krankenversicherung haben, ohne dass sich die Situation der Pflege am Bett für die Patient:innen verbessert.

Statt der Einführung der PPR 2.0 wäre es zielführender, wenn der Gesetzgeber die rasche Weiterentwicklung eines wissenschaftlich fundierten Personalbemessungsinstruments zur einheitlichen Bemessung des Pflegepersonalbedarfs vorantreiben würde, um dieses dann zu implementieren. Aus Sicht des vdek böte dies die Chance, mehr Transparenz über das tatsächliche Leistungsgeschehen zu erreichen. Auch würde eine digitale Erfassung der Pflegeleistungen in der Regeldokumentation zur Entbürokratisierung der Pflege und zur Entlastung der Pflegekräfte beitragen. Die Selbstverwaltungspartner:innen haben ein Konzept zum § 137k SGB V vorgelegt, das die benannten Eckpunkte aufnimmt.

Die Implementierung eines solchen wissenschaftlich fundierten Personalbemessungsinstrumentes sollte von Seiten des BMG aktiv angegangen und forciert werden.

Der Entwurf sieht außerdem vor, dass die Budgetverhandlungen der Krankenhäuser insbesondere auf Ortsebene gestrafft und besser strukturiert werden. Damit soll der Verhandlungsstau der letzten Jahre aufgelöst werden. Zusätzlich soll ein Rechnungsabschlag für den Fall eingeführt werden, dass die Krankenhäuser ihren Pflichten zur Unterlagenübermittlung nicht nachkommen. Im Falle, dass die Vertragsparteien auf Ortsebene keine Einigung erzielen, soll in Zukunft automatisch die Schiedsstelle aktiv werden.

Das Ziel, den Stau der Budgetverhandlungen aufzulösen und zur prospektiven Budgetverhandlung zurückzukehren, ist aus Sicht des vdek zu unterstützen. Allerdings ist dies innerhalb des im Gesetzentwurf vorgesehenen Zeitrahmens auf der Ortsebene aufgrund der großen Anzahl noch zu schließender Budgetvereinbarungen nicht umsetzbar. Die Frist für den Budgetabschluss sollte erst ab 2027 gelten und zudem verlängert werden, um den Vertragsparteien eine realistische Chance auf den Abbau des Verhandlungsstaus und einen fristgerechten Budgetabschluss zu geben. Die gestaffelten Fristen für „Altvereinbarungen“ sollten bis 2026 ausgedehnt werden. Andernfalls führt die geplante Regelung zu einer Überlastung der Schiedsstellen, ohne dass damit die Verhandlungen schneller abgeschlossen wären. Es ist aus Sicht des vdek darüber hinaus fraglich, ob die geplante Regelung zu einer tatsächlichen Beschleunigung der Verhandlungen führt. Der große Zeitbedarf bei den Verhandlungen ergibt sich heute in der Regel aus der Vielzahl neuer und kurzfristig zu berücksichtigender Verhandlungstatbestände durch neue gesetzliche Regelungen. Es werden daher Vereinfachungen für Streitbehaftete Themen wie das Pflegebudget benötigt.

Kritisch sieht der vdek auch die in der Kabinettsfassung enthaltene Ermächtigung der Apotheken, die erforderliche Identifizierung der Versicherten vor Authentifizierung und Nutzung der Anwendungen der Telematikinfrastruktur (TI) durchzuführen. Nach bisherigen Schätzungen erfolgt ein Großteil der Identifizierungen zur Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) über das Video-Ident-Verfahren, das die Kassen derzeit nicht nutzen dürfen. Daher haben die Ersatzkassen ein hohes Interesse daran, dieses oder vergleichbare Verfahren auf einem hohen Sicherheitsniveau schnell wieder verfügbar zu machen. Die Ersatzkassen sprechen sich dafür aus, moderne und einfache Identifizierungsverfahren zügig für alle Versicherten zu implementieren. Daher sollten auch alle Anstrengungen unternommen werden, das Video-Ident-Verfahren auf einem hohen Sicherheitsniveau wieder verfügbar zu machen.

2. Kommentierung des Gesetzes

Zu Artikel 1 Nummer 3

§ 137i SGB V (neu) (Personalbesetzung in der Pflege im Krankenhaus; Verordnungsermächtigung)

Beabsichtigte Neureglung

Mit der Neuregelung soll das BMG ermächtigt werden, per Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates im Einvernehmen mit dem BMF Vorgaben zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs und zur Festlegung der Personalbesetzung in der unmittelbaren Patientenversorgung in den Krankenhäusern zu erlassen. Die Vorgaben der Rechtsverordnung sollen zunächst in einem mindestens dreimonatigen Pilotverfahren unter verpflichtender Beteiligung einer repräsentativen Auswahl von Krankenhäusern erprobt werden, um sie einem Praxistest zu unterziehen. Die Beauftragung einer wissenschaftlichen Einrichtung hierzu erfolgt durch das BMG bis zum 31.01.2023 mit einem Abschlussbericht bis zum 31.08.2023. Unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Pilotverfahrens kann das BMG anschließend durch Rechtsverordnung bis zum 30.11.2023 Vorgaben zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfes in Anlehnung an die Konzepte der PPR 2.0 und der Kinder-PPR 2.0. machen. Die Krankenhäuser haben dann ab dem 01.01.2024 den Pflegepersonalbedarf nach den Vorgaben der Rechtsverordnung für alle bettenführenden Stationen zu ermitteln. Ähnlich wie bei den Pflegepersonaluntergrenzen soll das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) als Datenannahmestelle fungieren. Auf Grundlage der ermittelten Daten zur Ist- und Soll-Personalbesetzung können spätestens nach einem Jahr die krankenhausesindividuellen Erfüllungsgrade der Soll-Personalbesetzung errechnet werden. Das BMG wird ermächtigt, auf Grundlage der ermittelten Daten zur Ist- und Soll-Personalbesetzung, durch Rechtsverordnung und ohne Zustimmung des Bundesrates sowie im Einvernehmen mit dem BMF, den von den Krankenhäusern einzuhaltenden Erfüllungsgrad der Soll-Personalbesetzung festzulegen. Ein Krankenhaus soll allerdings nicht an die in der Rechtsverordnung festgelegten Vorgaben gebunden sein, wenn für das Krankenhaus in einer (tarif-)vertraglichen Vereinbarung zwischen Arbeitgeber(n) und Beschäftigten verbindliche Vorgaben zum Personaleinsatz in der unmittelbaren Patientenversorgung von Erwachsenen und Kindern auf bettenführenden, somatischen Stationen getroffen wurden.

Bewertung

Die Neuregelung wird vom vdek kritisch bewertet. Bei der vorgesehenen Rechtsverordnung durch das BMG handelt es sich um die Einführung der PPR 2.0 und damit um die Implementierung eines nicht ausreichend evaluierten und umfassend kritisierten Instruments. Die Entwicklung und Erprobung des Instruments soll im laufenden Betrieb der Pflege im Krankenhaus erfolgen. Somit ist die kurzfristige Einführung der PPR 2.0, als weiteres Interimsinstrument neben den Pflegepersonaluntergrenzen, mit einer zusätzlichen und erneuten Evaluationsphase unverständlich. Die Beteiligung des Finanzministeriums an der Rechtsverordnung stellt grundsätzlich einen erneuten Systembruch dar. Damit

besteht die Gefahr, dass sich zukünftig der Personalbedarf nach den Interessen des Finanzministeriums orientieren muss. Ebenso unverständlich ist die vorgesehene Ausnahmeregelung für Krankenhäuser mit (tarif-)vertraglichen Regelungen zur Entlastung des Pflegepersonals, wodurch das Instrument nur weiter entkräftet wird.

Durch die Einführung der PPR 2.0 kann die Situation der Pflege nicht verbessert werden - die Vorgabe von Sollbedarfen kann den Personalmangel nicht beheben. Sie kann ihn letztendlich nur sichtbar machen. Sollte die Intention des Gesetzgebers eine Sollbedarfsfinanzierung sein, so ist dies strikt abzulehnen. Die Erprobungs- und Evaluationsphase bietet eine Vielzahl von Anreizen zur Falschdokumentation. Nach der Konvergenzphase käme es erfahrungsgemäß zu einem deutlichen Anstieg der dokumentierten Pflegeintensitäten. Eine Sollbedarfsfinanzierung würde erhebliche finanzielle Konsequenzen haben, ohne dass sich die Situation der Pflege am Bett für die Patient:innen ändert.

Änderungsvorschlag

Die Regelung wird gestrichen.

Zu Artikel 1 Nummer 7a

§ 275c Absatz 2 Satz 6 SGBV (Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst)

Beabsichtigte Neuregelung

Zu a)

Vorgesehen ist, die Öffnung der Prüfquote bei Krankenhäusern mit einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 20 Prozent oder bei begründetem Verdacht einer systematisch überhöhten Abrechnung erst ab 2022 zuzulassen.

Bewertung

Zu a)

Die Änderung lehnt der vdek ab. Krankenhäuser mit überhöhten Falschabrechnungen oder sogar dem Verdacht auf systematische Falschabrechnung in 2020 und 2021 werden durch die Neuregelung bevorteilt. Die Ersatzkassen haben dieses Instrument bereits im vergangenen Jahr mit Bedacht und nur in äußerst eindeutigen Einzelfällen zur Anwendung gebracht. Eine nachträgliche Rückabwicklung ist nicht sachgerecht und äußert bürokratieaufwändig.

Änderungsvorschlag

Zu a)

Die Regelung wird gestrichen.

Zu Artikel 1 Nummer 7b

§ 275c Absatz 3 SGB V (Krankenhausabrechnungsprüfung: Aufschlag)

Beabsichtigte Neureglung

Zu a)

Vorgesehen ist es, Aufschläge auf erfolgreich beanstandete Krankenhausabrechnungen auf elektronischem Wege abzuwickeln, anstatt im Rahmen der bisher notwendigen bürokratischen und personalaufwändigen Verwaltungsakte.

Bewertung

Zu a)

Die Änderung wird ausdrücklich begrüßt. Sie wurde von den Ersatzkassen gefordert und vereinfacht das Verfahren in der Praxis deutlich. Es sollte jedoch im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens explizit festgelegt werden, dass für die Erhebung der Aufschläge die leistungsrechtliche Entscheidung der Krankenkasse maßgeblich ist. Dies würde für zusätzliche Rechtssicherheit sorgen und unnötige Sozialgerichtsverfahren vermeiden.

Änderungsvorschlag

Zu a)

Anfügung eines weiteren Satzes an § 275c Absatz 3 mit Inkrafttreten zum 01.01.2022:

„Ein Aufschlag ist für geminderte Abrechnungsbeträge aufgrund ab dem 01.01.2022 getroffener leistungsrechtlicher Entscheidungen der Krankenkasse zu zahlen.“

Beabsichtigte Neureglung

Krankenhäuser sollen neue OPS-Komplexkodes bis zum 30.06. des Jahres abrechnen dürfen. Hierfür soll eine Selbstauskunft zur Einhaltung der Strukturmerkmale bis 31.12. des Vorjahres ausreichen. Außerdem soll die unterjährige Leistungsaufnahme geregelt werden für Krankenhäuser, welche die Leistung für mindestens zwölf Monate nicht angezeigt hatten.

Bewertung

Die Änderung wird vom vdek kritisch bewertet. Die unterjährige Leistungsaufnahme wird bereits in der aktuellen Richtlinie des Medizinischen Dienstes (MD) durch das Prinzip der „Planungsprüfungen“ geregelt, die bis zu sechs Monate gelten und anschließend durch eine reguläre Strukturprüfung abgelöst werden. Was fehlt ist jedoch eine Regelung für Krankenhäuser, welche die anschließende Strukturprüfung nicht bestehen und somit auf Basis falscher Selbstauskünfte Leistungen erbracht und abgerechnet haben. Die Verpflichtung zur Vorlage der Negativbescheide sollte für alle Strukturprüfungen gelten, nicht nur für die neuen Komplexkodes.

Änderungsvorschlag

Die Ergänzung c) sollte ausdrücklich nicht nur für den neuen Absatz 1a, sondern auch für den bestehenden Absatz 1 gelten:

„Krankenhäuser, denen nach Abschluss der Strukturprüfung nach Absatz 1 oder Absatz 1a keine Bescheinigung nach Absatz 2 erteilt wurde, haben dies unverzüglich den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mitzuteilen.“

Zu Artikel 1 Nummer 9

§ 283 SGB V (Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund)

Beabsichtigte Neureglung

Die Regelung sieht eine Anpassung von § 283 Absatz 2 Satz 4 SGB V und § 283 Absatz 3 SGB V dahingehend vor, dass der Vorstand des MD Bund Richtlinien für die Tätigkeit der MD im Benehmen mit dem Verwaltungsrat des MD Bund beschließt.

Bislang wurde die Kompetenz zum Erlass von Richtlinien durch den MD Bund gesetzlich keinem Organ ausdrücklich zugewiesen. Deshalb hat der Verwaltungsrat des MD Bund gemäß seines gesetzlichen Auftrags nach § 282 Absatz 2 Satz 7 SGB V zur Regelung des Näheren zum Verfahren des Richtlinienerlasses in seiner Satzung den Erlass von Richtlinien durch Beschluss des Verwaltungsrates vorgesehen. Diese Regelung wurde nicht genehmigt. Um eine Klarstellung dahingehend zu erwirken, dass der Verwaltungsrat des MD Bund die Richtlinien zu beschließen hat und um insoweit Rechtssicherheit beim Erlass von Richtlinien zu erlangen, hat der MD Bund ein derzeit noch anhängiges Klageverfahren eingeleitet.

MDK-Reformgesetz

Bewertung

Der Wille für rechtliche Klarheit in Bezug auf die Rollenverteilung beim Erlass von Richtlinien für die Tätigkeit der MD zu sorgen, ist grundsätzlich zu begrüßen.

Das Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) hat durch die Neuaufstellung des Verwaltungsrates des MD Bund aus Mitgliedern der Gruppen der Kranken- und Pflegeversicherung, Betroffenenvertretungen und Berufsvertretungen die Beschlüsse des Verwaltungsrates hinsichtlich der demokratischen Legitimation und in ihrer Transparenz gestärkt. Die Mitglieder des Verwaltungsrates repräsentieren wichtige, von den Richtlinien potenziell betroffene Gruppen, insbesondere die Versicherten sowie Patient:innen. Die mit der Umstrukturierung der Organe und der Neuaufstellung des Verwaltungsrates einhergehende Stärkung der demokratischen Legitimation und Selbstständigkeit des Verwaltungsrates sollte sich deshalb auch in einer gesetzlich verankerten maßgeblichen Beteiligung des Verwaltungsrates beim Beschluss und Erlass von Richtlinien für die MD abbilden.

In der Gesetzesbegründung wird das Herstellen des Benehmens durch den Vorstand mit dem Verwaltungsrat allerdings nahezu auf eine Stufe mit der Beteiligung der Verbände nach § 283 Absatz 2 Satz 3 SGB V gesetzt. Damit steht die nun vorgesehene gesetzliche Regelung der Benehmensherstellung in einem Missverhältnis zu der durch das MDK-Reformgesetz vorgesehenen neuen Rolle des Verwaltungsrates als transparent und demokratisch agierendem Beschlussgremium.

Eine maßgebliche Beteiligung des Verwaltungsrates im Sinne eines demokratisch legitimierten und transparenten Erlasses von Richtlinien kann - wenn schon nicht gesetzlich als Beschlusskompetenz des Verwaltungsrates ausgestaltet - nur erreicht werden, wenn ein Verfahren zur Herstellung einer einvernehmlichen Beschlussfassung des Verwaltungsrates und des Vorstands direkt im Gesetzestext und nicht nur in der Satzung geregelt ist.

Änderungsvorschlag

§ 283 wird wie folgt gefasst:

a) Absatz 2 Satz 4 wird durch folgenden Satz ersetzt:

„Die Richtlinien werden im Einvernehmen zwischen Verwaltungsrat und Vorstand erlassen.“

b) In Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Die Richtlinien werden im Einvernehmen zwischen Verwaltungsrat und Vorstand erlassen.“

Zu Artikel 1 Nummer 11
§ 291 SGB V (Elektronische Gesundheitskarte)

Beabsichtigte Neureglung

Zu b)

Die Regelung sieht vor, dass der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) das BMG halbjährlich über die jeweilige Anzahl der an die Versicherten ausgegebenen elektronischen Gesundheitskarten (eGK) mit einer kontaktlosen Schnittstelle und die jeweilige Anzahl der an die Versicherten versendeten PIN informiert.

Bewertung

Zu b)

Diese Regelung hält der vdek für nicht zielführend, da die Krankenkassen per Gesetz seit 30.11.2019 verpflichtet sind, bei einem erforderlichen Kartentausch oder auf Verlangen des/r Versicherten ausschließlich kontaktlose eGK auszugeben. Die Meldung der Anzahl der versendeten PIN-Briefe ist ebenso infrage zu stellen, da hieraus nicht abgeleitet werden kann, wie viele Versicherte die Anwendungen nutzen wollen.

Änderungsvorschlag

Zu b)

Die Regelung wird gestrichen.

Zu Artikel 1 Nummer 14

§ 304 SGB V (Aufbewahrung von Daten bei Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der geplanten Ergänzung des § 304 Absatz 2 SGB V soll eine gesetzliche Grundlage geschaffen werden, die die Krankenkassen im Fall eines Krankenkassenwechsels befugt und verpflichtet, von Arztpraxen im Rahmen des elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungs (eAU)-Verfahrens an die bislang zuständige Krankenkasse übermittelte Arbeitsunfähigkeitsdaten an die neue Krankenkasse weiterzuleiten.

Bewertung

Die beabsichtigte Regelung ist grundsätzlich nachvollziehbar. Die Implementierung eines technischen Verfahrens für die digitale Weiterleitung der Datensätze zwischen den Krankenkassen erfordert jedoch eine Vorlaufzeit von mindestens neun Monaten nach Abstimmung der technischen Vorgaben. Die Umsetzung durch die Krankenkassen kann daher erst zum 01.01.2024 erfolgen.

Ein früheres Inkrafttreten der geplanten Weiterleitungsverpflichtung würde dazu führen, dass von Vertragsarztpraxen elektronisch übermittelte Datensätze von den Krankenkassen (im Rahmen von Stylesheets) verbildlicht, ausgedruckt und postalisch an die neue Krankenkasse weitergeleitet und von dieser erneut digitalisiert werden müssten. Die Erzeugung derartiger Medienbruchstellen innerhalb eAU-Verfahrens ist aus Sicht der Ersatzkassen nicht sinnvoll und würde einen erheblichen manuellen Mehraufwand verursachen. Zudem würde selbst eine papiergebundene Weiterleitung eine Vorlaufzeit von mehreren Monaten erfordern, um die Erstellung der Stylesheets und die zur Annahme der Datensätze, die von den Krankenkassen bislang nicht verarbeitet werden können, notwendigen Umstellungen im eAU-Verfahren umzusetzen.

Änderungsvorschlag

1.) Artikel 9 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

„(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 bis 4 am Tag nach der Verkündung in Kraft.“

2.) Nach Artikel 9 Absatz 1 wird folgender Absatz eingefügt:

„(2) Artikel 1 Nummer 14 tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2024 in Kraft.“

Zu Artikel 1 Nummer 15

§ 311 SGB V (Aufträge an die Gesellschaft für Telematik)

Beabsichtigte Neureglung

Zu d)

Die Regelung sieht vor, dass das Aufgabenspektrum der gematik um die Planung, Durchführung und Unterstützung der Erprobungs- und Einführungsphasen von Anwendungen erweitert wird.

Bewertung

Zu d)

Gegen die Unterstützung bei Erprobungs- und Einführungsphasen bestehen seitens des vdek keine Bedenken. Ebenso ergibt es Sinn, dass die gematik auch die Planung übernimmt, sofern es sich (analog dem E-Rezept Arzneimittel) auf die Abstimmung eines Zeitplans und den Einbezug bestimmter Startregionen bezieht. Die Durchführung von Erprobungs- und Einführungsphasen hingegen sollte zwingend allen (Anwendungs-)Beteiligten, die ihre von der gematik zugelassenen Produkte einsetzen, testen und anschließend in den Produktivbetrieb überführen müssen, obliegen. Die Rolle der gematik sollte daher auf Unterstützung, jedoch allenfalls auf die Planung mit den Gesellschaftern der gematik beschränkt werden.

Änderungsvorschlag

Nummer 13 wird wie folgt gefasst:

„13. Planung und Unterstützung der Erprobungs- und Einführungsphasen von Anwendungen.“

Zu Artikel 1 Nummer 16

§ 312 SGB V (Aufträge an die Gesellschaft für Telematik)

Beabsichtigte Neureglung

Zu a)

Die beabsichtigte Neureglung sieht eine Anpassung bezüglich der bisherigen Verpflichtung zur Dokumentation der Chargennummer als Teil der Dispensierinformation vor. Diese ist künftig nur dann zu dokumentieren, wenn es den Arzneimittelabgebenden technisch möglich ist.

Bewertung

Zu a)

Über die chargenbezogenen Rückrufe mangelhafter Arzneimittel können Rück-erstattungsansprüche der Krankenkassen entstehen und mit der vorgeschlagenen Regelung nicht umgesetzt werden. Allenfalls denkbar ist, eine befristete Ausnahme.

Änderungsvorschlag

Zu a)

Die Ergänzungen in Nummer 3 werden gestrichen.

Beabsichtigte Neureglung

Den Apotheken soll ermöglicht werden, die erforderliche Identifizierung der Versicherten vor Authentifizierung und Nutzung der Anwendungen der TI durchzuführen. Darüber hinaus wird die gematik ermächtigt, die erforderlichen technischen Vorgaben für die Identifizierung der Versicherten im Benehmen mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) festzulegen.

Bewertung

Nach bisherigen Schätzungen erfolgt ein Großteil der Identifizierungen zur Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) über das Video-Ident-Verfahren. Daher haben die Ersatzkassen ein hohes Interesse daran, dieses oder vergleichbare Verfahren auf einem hohen Sicherheitsniveau schnell wieder verfügbar zu machen und stehen hierzu im Austausch mit ihren jeweiligen Dienstleistern.

Grundsätzlich gilt, dass kriminelle Aktivitäten, die hohe Sicherheitsstandards umgehen, nie ganz ausgeschlossen werden können. Dieses Restrisiko muss zu den Nachteilen, die durch einen dauerhaften Verzicht auf Videoident für die Digitalisierung im Gesundheitswesen entstehen würden, ins Verhältnis gesetzt werden.

Die Ersatzkassen sprechen sich dafür aus, moderne und einfache Identifizierungsverfahren zügig für alle Versicherten zu implementieren. Daher sollten auch alle Anstrengungen unternommen werden, das Videoident-Verfahren auf einem hohen Sicherheitsniveau wieder verfügbar zu machen.

Änderungsvorschlag

Die Regelung wird gestrichen.

Zu Artikel 1 Nummer 28

§ 361 a SGB V (neu) (Einwilligungsbasierte Übermittlung von Daten aus vertragsärztlichen elektronischen Verordnungen; Verordnungsermächtigung)

Beabsichtigte Neuregelung

A Zugriff der DiGA-Hersteller auf eVerordnungsdaten

Mit der Regelung in § 361a Absatz 1 Nummer 1 erhalten Hersteller von digitalen Gesundheitsanwendungen Zugriff auf eVerordnungsdaten von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, sofern die Daten für den bestimmungsgemäßen Gebrauch der Digitalen Gesundheitsanwendung durch die jeweiligen Versicherten erforderlich sind und die jeweiligen Versicherten diese Digitale Gesundheitsanwendung nutzen. Der Gesetzgeber sieht damit vor, dass die Hersteller von digitalen Gesundheitsanwendungen durch aktuelle und qualitativ hochwertige Daten versorgt werden sollen und dadurch das Potenzial an Mehrwerten der DiGA für die Versicherten gesteigert werden soll.

B Übermittlung von eVerordnungsdaten an Krankenkassen

In § 361a Absatz 1 Nummer 2 soll für die Versicherten die Möglichkeit geschaffen werden, ihrer Krankenkasse Daten ihrer elektronischen Verordnungen verschreibungspflichtiger Arzneimittel zu übermitteln.

Bewertung

Zu A

Inwiefern durch die beabsichtigte Neuregelung in Nummer 1 das Potenzial an Mehrwerten der DiGA für die Versicherten gesteigert werden kann, ist nicht klar ableitbar. Durch Auskünfte der Versicherten im Rahmen ihrer DiGA-Nutzung können Hersteller bereits heute Informationen über Arzneimittel erhalten, sofern diese für den Gebrauch der DiGA relevant sind.

Zu B

Mit der geplanten Neuregelung in Nummer 2 soll für die Versicherten die Möglichkeit geschaffen werden, ihrer Krankenkasse Daten ihrer elektronischen Verordnungen verschreibungspflichtiger Arzneimittel zu übermitteln. Diese können dann von den Krankenkassen für Mehrwertangebote genutzt werden, um die Versorgung zu verbessern. Die Beschränkung auf verschreibungspflichtige Arzneimittel sollte aufgehoben werden, so dass dies für alle elektronischen Verordnungen gilt. Um das volle Potenzial zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten auszuschöpfen, sollten neben verschreibungspflichtigen Arzneimitteln auch die elektronischen Verordnungen der sonstigen in der vertragsärztlichen Versorgung ordnungsfähigen Leistungen wie z.B. Heil- und Hilfsmittel übermittelt werden. Im Gegensatz zum Bereich der Arzneimittelversorgung sind gerade in diesem Bereich Bewilligungsverfahren durchzuführen und es stehen häufig zusätzliche Versorgungsangebote aus dem selektivvertraglichen Bereich zur Verfügung, um die Versorgung der Versicherten zu verbessern.

Gleiches gilt für die Beschränkung der Nutzung der Daten durch Krankenkassen auf individuelle Angebote zur Verbesserung der Versorgung und zur Bewilligung von Leistungen. Als Körperschaften des Öffentlichen Rechts gilt für die Krankenkassen grundsätzlich die Zweckbindung von Datennutzung, so dass

eine Beschränkung auf die Aufgaben in Bezug auf die Versicherten ausreichend ist.

Und auch die Aufnahme der „Komponenten der TI nach §360 Abs. 10 ist wichtig. Denn wenn der Versicherte wie in der Gesetzesbegründung intendiert z.B. genehmigungspflichtige Leistungen schnell einreichen können soll, braucht es auch Schnittstellen in die Frontends. Bisher werden In § 361a (1) zwar die Dienste der TI (Fachdienste/Backends) erwähnt, die Komponenten (FdV) jedoch nicht.

Änderungsvorschlag

Zu A

§ 361a Abs. 1 Nr. 1 wird gestrichen.

Zu B

§ 361a Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

(1) „Über Schnittstellen in den Diensten nach § 360 Absatz 1 sowie in den Komponenten nach § 360 Abs. 10 Satz 1 müssen Daten aus elektronischen Verordnungen von in der vertragsärztlichen Versorgung ordnungsfähigen Leistungen an folgende an die Telematikinfrastruktur angeschlossene und mit den Mitteln der Telematikinfrastruktur authentifizierte Berechtigte übermittelt werden können“

§ 361a Abs. 1 Nr. 2 wird wie folgt gefasst:

„Krankenkassen für ihre Aufgaben in Bezug auf die jeweiligen Versicherten“

§ 361a Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die elektronischen Zugangsdaten, die die Einlösung einer elektronischen Verordnung gemäß § 360 Abs. 1 ermöglichen, dürfen nicht über die Schnittstellen nach Satz 1 übermittelt werden.“

§ 361a Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Übermittlung von Daten aus einer vertragsärztlichen elektronischen Verordnung gemäß § 360 Abs. 1 an einen Berechtigten nach Absatz 1 und die weitere Verarbeitung durch diesen Berechtigten bedarf der Einwilligung des Versicherten.“

Zu Artikel 2 Nummer 2
§ 9 KHEntG (Vereinbarung auf Bundesebene)

Beabsichtigte Neureglung

Mit der Änderung werden GKV-SV und PKV beauftragt, mit der DKG das Nähere zur Dokumentation des Eingangs von Daten, Unterlagen und Auskünften festzulegen, die in Vorbereitung auf die Budgetverhandlungen von den Krankenhausträgern an die örtlichen Verhandlungspartner übermittelt werden. Darüber hinaus werden die Vertragsparteien auf Bundesebene damit beauftragt, näheres zur Abrechnung des neu eingefügten Abschlags nach § 11 Abs. 4 S. 5 BpflV zu vereinbaren.

Bewertung

Um Unklarheiten zu vermeiden sollten in der Bundesvereinbarung die vorzulegenden Unterlagen einheitlich festgelegt werden. Zudem sollte die Bundesvereinbarung nähere Vorgaben zu der Verpflichtung der Kostenträger enthalten, dem Krankenhaus vor Abschlagserhebung drei zumutbare Verhandlungstermine anzubieten. Es sollte in den Budgetverhandlungen kein Streit darüber entstehen, wann ein Termin als zumutbar auszulegen ist.

Änderungsvorschlag

Die Regelung wird durch folgende Änderung ersetzt:

In § 9 Absatz 1 Nummer 6 werden nach der Angabe „Satz 1“ die Wörter „und erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum des 28. auf das Inkrafttreten nach Artikel 9 Absatz 1 folgenden Tages] **Vorgaben zu den von den Krankenhäusern vorzulegenden Unterlagen**, das Nähere zur Dokumentation des Eingangs von Daten, Unterlagen und Auskünften und zur Abrechnung des Abschlags nach § 11 Absatz 4 Satz 5 **einschließlich nähere Vorgaben zum Angebot von drei zumutbaren Verhandlungsterminen**“ eingefügt.

Zu Artikel 2 Nummer 4

§ 11 KHEntG (Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus)

Beabsichtigte Neuregelung

Zu b)

Die Krankenhäuser sollen die Forderungsunterlagen zur Budgetverhandlung bis spätestens 31. Dezember des Jahres vor dem Vereinbarungsjahr zur Verfügung stellen. Zusätzliche Unterlagen und Auskünfte können die Kassen nur einmalig innerhalb von sechs Wochen anfordern. Falls das Krankenhaus der Anforderung nicht nachkommt oder die Unterlagen nicht fristgerecht zur Verfügung stellt und die Krankenkassen mindestens drei zumutbare Verhandlungstermine angeboten haben, gilt nach Genehmigung durch die Landesbehörde ein Rechnungsabschlag von 1 Prozent vom 1. Juli bis zum Monat nach der Budgetvereinbarung.

Zu c)

Für noch nicht abgeschlossene Budgets (einschließlich 2023) gelten folgende Fristen zur Vorlage der Verhandlungsunterlagen durch die Krankenhäuser:

- 42 Tage nach Inkrafttreten des Gesetzes für die Budgets bis 2021,
- 31.03.2023 für das Budget 2022
- 30.06.2023 für das Budget 2023.

Bewertung

Zu b)

Die Frist zur Vorlage der Budgetunterlagen ist so gesetzt, dass noch nicht alle für die Verhandlungsunterlagen benötigte Informationen verfügbar sind (z.B. DRG-Grupper, Landesbasisfallwerte, Veränderungswert). Zudem passt der derzeitige Ablauf des Verfahrens für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) nicht zu den Fristen des Gesetzentwurfs, die NUB-Vereinbarung sollte daher wie bisher getrennt von der Budgetvereinbarung möglich sein. Die Begrenzung auf das einmalige Anfordern von zusätzlichen Unterlagen durch die Kassen sollte gestrichen werden, da ansonsten keine Korrektur von fehlerhaften Unterlagen gefordert werden kann.

Zu c)

Aus Sicht des vdek ist die Frist zu kurz für die zahlreichen nicht abgeschlossenen Budgetverhandlungen. Vorzuziehen wären Klarstellungen zu den konfliktbehafteten Verhandlungstatbeständen (z.B. Pflegebudget), die schnellere Verhandlungen und Mehrjahresbudgets ermöglichen. Positiv hervorzuheben ist, dass die Frist nur für die Vorlage der Verhandlungsunterlagen gilt und nicht für den Abschluss der Budgetvereinbarungen. Somit findet ein Schiedsstellenverfahren nur auf Antrag einer Vertragspartei statt.

Änderungsvorschlag

Zu b)

Im neuen Satz 3 wird das Wort „*einmalig*“ gestrichen. Auf die Frist zur Vorlage der Unterlagen kann verzichtet werden, zumindest sollte sie aber verlängert werden.

Zu c)

Die Fristen zur Vorlage der Verhandlungsunterlagen werden durch folgende Fristen für die Budgetvereinbarungen ersetzt:

- 31.12.2023 für die Budgets bis 2020,
- 31.10.2024 für die Budgets 2021 und 2022,
- 31.10.2025 für die Budgets 2023 und 2024,
- 30.04.2026 für das Budget 2025,
- 31.12.2026 für das Budget 2026.

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Ziel der Rückkehr zu prospektiven Budgetvereinbarungen sollen diese bis spätestens zum 31. Juli des Vereinbarungsjahres abgeschlossen werden. Anschließend gilt automatisch eine sechswöchige Frist für die Schiedsstelle. Die Schiedsstelle darf nur Daten, Unterlagen und Auskünfte berücksichtigen, die fristgerecht vorgelegt wurden. Dies gilt auch für ein Klageverfahren im Anschluss.

Bewertung

Das Ziel, den Stau der Budgetverhandlungen aufzulösen und zur prospektiven Budgetverhandlung zurückzukehren, ist aus Sicht des vdek zu unterstützen. Retrospektive Verhandlungen laufen oft zu Lasten der Kassen, da kein Einfluss mehr auf die Ist-Werte genommen werden kann. Problematisch ist, dass lediglich eine Frist festgelegt wird. Die Konflikte, die den Stau verursacht haben, werden nicht gelöst. Es fehlen Vereinfachungen, wie zum Beispiel Klarstellungen bzw. Pauschalisierungen zum Pflegebudget, die schnellere Verhandlungen ermöglichen. Die Frist sollte zudem erst ab 2027 gelten, um den Vertragsparteien eine realistische Chance auf den Abbau des Verhandlungsstaus zu geben. Um zumindest einen unterjährigen Budgetabschluss realistisch und fristgerecht erzielen zu können, sollte die Abschlussfrist vom 31.07. auf den 31.10. verschoben werden. Andernfalls verlagert sich der Stau der Budgetverhandlungen auf die Schiedsstellen. Die Einschränkung des Schiedsverfahrens auf fristgerecht vorgelegte Unterlagen verhindert, dass Krankenhäuser im Schiedsverfahren Nachforderungen stellen können. Es fehlt allerdings eine Klarstellung, dass auch die Kassen im Rahmen der Verhandlungen Unterlagen vorlegen können.

Änderungsvorschlag

Das Jahr „2024“ wird durch das Jahr „2027“ ersetzt. Die Angabe „31. Juli“ wird durch „31. Oktober“ ersetzt.

§ 13 Absatz 3 wird um den folgenden Satz ergänzt:

„Die Möglichkeit der Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, im Rahmen der Verhandlungen ergänzende Unterlagen einzubringen, bleibt hiervon unberührt.“

Zu Artikel 5 Nummer 1
§ 9 BpflV (Vereinbarung auf Bundesebene)

Beabsichtigte Neureglung

Mit der Änderung werden GKV-SV und PKV beauftragt, mit der DKG das Nähere zur Dokumentation des Eingangs von Daten, Unterlagen und Auskünften festzulegen, die in Vorbereitung auf die Budgetverhandlungen von den Krankenhausträgern an die örtlichen Verhandlungspartner übermittelt werden. Darüber hinaus werden die Vertragsparteien auf Bundesebene damit beauftragt, näheres zur Abrechnung des neu eingefügten Abschlags nach § 11 Abs. 4 S. 5 BpflV zu vereinbaren.

Bewertung

Um Unklarheiten zu vermeiden sollten in der Bundesvereinbarung die vorzulegenden Unterlagen einheitlich festgelegt werden. Zudem sollte die Bundesvereinbarung nähere Vorgaben zu der Verpflichtung der Kostenträger enthalten, dem Krankenhaus vor Abschlagserhebung drei zumutbare Verhandlungstermine anzubieten. Es sollte in den Budgetverhandlungen kein Streit darüber entstehen, wann ein Termin als zumutbar auszulegen ist.

Änderungsvorschlag

Die Regelung wird durch folgende Änderung ersetzt:

In § 9 Absatz 1 Nummer 6 werden nach der Angabe „Satz 1“ die Wörter „und erstmals bis zum ... [einsetzen: Datum des 28. auf das Inkrafttreten nach Artikel 9 Absatz 1 folgenden Tages] **Vorgaben zu den von den Krankenhäusern vorzulegenden Unterlagen**, das Nähere zur Dokumentation des Eingangs von Daten, Unterlagen und Auskünften und zur Abrechnung des Abschlags nach § 11 Absatz 4 Satz 5 **einschließlich nähere Vorgaben zum Angebot von drei zumutbaren Verhandlungsterminen**“ eingefügt.

Beabsichtigte Neureglung

b) aa)

I. Mit der Änderung wird festgelegt, dass der Krankenhausträger spätestens bis 31. Dezember des Vorjahres des zu verhandelnden Budgetjahres die für die Budgetverhandlungen relevanten Unterlagen bereitstellt.

II. Die Streichung ist redaktioneller Natur.

b) bb)

I. Der Satz 3 wurde um ein zeitliches Limit (sechs Wochen nach Vorlage der Unterlagen durch den Krankenhausträger) für die Anforderung zusätzlicher Unterlagen und der Erteilung von Auskünften erweitert. Zudem soll die Anfrage zusätzlicher Unterlagen und Auskünfte nur noch einmalig möglich sein.

II. Satz 4: Eine Frist wird festgelegt, innerhalb der das Krankenhaus verpflichtet ist, die zusätzlich angeforderten Unterlagen und Auskünfte zu liefern.

III. Satz 5: Für den Fall, dass der Krankenhausträger den Übermittlungspflichten nach den Sätzen 1 oder 4 nicht nachkommt, werden Sanktionen eingeführt.

IV. Sätze 6, 7, 8: Der Ablauf der Genehmigung der Sanktionen in Form eines Abschlags wird festgelegt.

c)

Für noch nicht abgeschlossene Budgets (einschließlich 2023) gelten folgende Fristen zur Vorlage der Verhandlungsunterlagen durch die Krankenhäuser:

- 42 Tage nach Inkrafttreten des Gesetzes für die Budgets bis 2021,
- 31.03.2023 für das Budget 2022,
- 30.06.2023 für das Budget 2023.

Bewertung

b) aa)

I. Auf die Frist zur Vorlage der Unterlagen kann verzichtet werden, zumindest sollte sie aber verlängert werden.

b) bb)

I. Die Frist zur Anforderung zusätzlicher Informationen kann ggf. taktisch vonseiten der Krankenhausträger genutzt werden, um die Übermittlung weiterer Unterlagen zu vermeiden, zumal eine Unterbrechung der Frist nicht vorgesehen ist. Die Beschränkung auf eine einmalige Vorlage zusätzlicher Informationen ist ungeeignet: Erstens können die nachgelieferten Unterlagen eines Krankenhausträgers unvollständig sein. Zweitens können sich aus den zusätzlich angeforderten Unterlagen weitere Fragen ergeben, die ggf. wiederholte Anforderungen zusätzlicher Unterlagen und Auskünfte erforderlich machen.

II. Die Festlegung einer Frist zur Lieferung der zusätzlich angeforderten Informationen ist zur Beschleunigung des Abschlusses der Budgetverhandlungen zu begrüßen.

III. Die Definition von Sanktionen ist sinnvoll, wenn eine Beschleunigung der Budgetverhandlungen erreicht werden soll. Allerdings fehlt eine Definition bezüglich der Frage, wann ein Krankenhaus seinen Pflichten nicht nachgekommen ist. So wird nicht festgelegt, dass die zusätzlichen Unterlagen und Auskünfte vollständig übermittelt werden müssen. Vor dem Hintergrund, dass der Gesetzgeber plant, keine weiteren Anforderungen zusätzlicher Informationen zuzulassen, ist eine Klarstellung notwendig.

c)

Die Frist ist zu kurz für die zahlreichen nicht abgeschlossenen Budgetverhandlungen. Vorzuziehen wären Klarstellungen zu den konfliktbehafteten Verhandlungstatbeständen und pauschale Verhandlungslösungen, die schnellere Verhandlungen und Mehrjahresbudgets ermöglichen. Positiv hervorzuheben ist, dass die Frist nur für die Vorlage der Verhandlungsunterlagen gilt und nicht für den Abschluss der Budgetvereinbarungen. Somit findet ein Schiedsstellenverfahren nur auf Antrag einer Vertragspartei statt.

Änderungsvorschlag

b) aa)

Auf die Frist zur Vorlage der Unterlagen kann verzichtet werden, zumindest sollte sie aber verlängert werden.

b) bb)

Anpassung des Satzes 4: Das Krankenhaus hat innerhalb von sechs Wochen nach Eingang des Verlangens nach Satz 3 die zusätzlichen Unterlagen vorzulegen und die Auskünfte zu erteilen; die zusätzlichen Unterlagen und Auskünfte sind vollständig vorzulegen bzw. zu erteilen und nach erneuter Anfrage der anderen Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 innerhalb von zwei Wochen zu ergänzen, sofern eine Ergänzung zur Beurteilung der zusätzlichen Unterlagen und Auskünften erforderlich ist und der zu erwartende Nutzen den verursachten Aufwand übersteigt.

c)

Die Fristen zur Vorlage der Verhandlungsunterlagen werden durch folgende Fristen für die Budgetvereinbarungen ersetzt:

- 31.12.2023 für die Budgets bis 2020,
- 31.10.2024 für die Budgets 2021 und 2022,
- 31.10.2025 für die Budgets 2023 und 2024,
- 30.04.2026 für das Budget 2025,
- 31.12.2026 für das Budget 2026.

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Ziel der Rückkehr zu prospektiven Budgetvereinbarungen sollen diese bis spätestens zum 31. Juli des Vereinbarungsjahres abgeschlossen werden. Anschließend gilt automatisch eine sechswöchige Frist für die Schiedsstelle. Die Schiedsstelle darf nur Daten, Unterlagen und Auskünfte berücksichtigen, die fristgerecht vorgelegt wurden. Dies gilt auch für ein Klageverfahren im Anschluss.

Bewertung

Das Ziel, den Stau der Budgetverhandlungen aufzulösen und zur prospektiven Budgetverhandlung zurückzukehren, ist aus Sicht des vdek zu unterstützen. Retrospektive Verhandlungen laufen oft zu Lasten der Kassen, da kein Einfluss mehr auf die Ist-Werte genommen werden kann. Problematisch ist, dass lediglich eine Frist festgelegt wird. Die Konflikte, die den Stau verursacht haben, werden nicht gelöst. Die Frist sollte zudem erst ab 2027 gelten und verlängert werden, um den Vertragsparteien eine realistische Chance auf den Abbau des Verhandlungsstaus zu geben. Um zumindest einen unterjährigen Budgetabschluss realistisch und fristgerecht erzielen zu können, sollte die Abschlussfrist vom 31.07. auf den 31.10. verschoben werden. Andernfalls verlagert sich der Stau der Budgetverhandlungen auf die Schiedsstellen. Die Einschränkung des Schiedsverfahrens auf fristgerecht vorgelegte Unterlagen verhindert, dass Krankenhäuser im Schiedsverfahren Nachforderungen stellen können. Es fehlt allerdings eine Klarstellung, dass auch die Kassen im Rahmen der Verhandlungen Unterlagen vorlegen können.

Änderungsvorschlag

Das Jahr „2024“ wird durch das Jahr „2027“ ersetzt.

Die Angabe „31. Juli“ wird durch „31. Oktober“ ersetzt.

§ 13 Absatz 3 wird um den folgenden Satz ergänzt:

„Die Möglichkeit der Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, im Rahmen der Verhandlungen ergänzende Unterlagen einzubringen, bleibt hiervon unberührt.“

3. Ergänzender Änderungsbedarf

Zu § 291 SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

In § 291 Absatz 6 Satz 2 SGB V wird die Angabe „§ 34 Abs. 1 Satz 1 Nummer 1 bis 6 und 10 Bundesmeldegesetz“ durch die Angabe „§ 34 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 5 sowie Nr. 9 und Nr. 11 Bundesmeldegesetz“ ersetzt.

Begründung

Die Krankenkassen sind verpflichtet, bei der Ausstellung der elektronischen Gesundheitskarte und deren persönlichen Identifikationsnummer (PIN) einen Datenabgleich bezüglich der Versichertenanschrift vorzunehmen. Dazu können sie die Daten nach § 34 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 6 und 10 Bundesmeldegesetz (BMG) aus dem Melderegister abrufen.

Durch Artikel 5 Nummer 9 des Zweiten Gesetzes zur Änderung des Bundesmeldegesetzes (2.BMGÄndG) vom 15.01.2021 (BGBl. I 2021, Seite 530), hat sich die Struktur des § 34 Absatz 1 Satz 1 BMG ab dem 01.05.2022 verändert und die aktuellen Verweisregelung in § 291 Absatz 6 Satz 2 SGB V auf § 34 Absatz 1 Satz 1 BMG sind nicht mehr richtig:

- § 34 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 BMG a.F. enthält nicht mehr die Anschrift, sondern weist aktuell als abrufbare Daten aus: Geburtsdatum und Geburtsort, sowie bei Geburt im Ausland auch den Staat.
- Die abzugleichende Versichertenanschrift ergibt sich nunmehr aus § 34 Absatz 1 Satz 1 Nummer 9 BMG n.F. Dort sind aufgeführt: derzeitige und frühere Anschriften, gekennzeichnet nach Haupt- und Nebenwohnung; bei Zuzug aus dem Ausland den Staat, bei Wegzug in das Ausland die Zuzugsanschrift im Ausland und den Staat.
- In § 34 Absatz 1 Satz 1 Nummer 10 BMG a.F. waren die Angaben zum gesetzlichen Vertreter enthalten, die Nummer 10 n.F. weist aktuell als abrufbare Daten aus: Einzugsdatum, Auszugsdatum, Datum des letzten Wegzugs aus einer Wohnung im Inland sowie Datum des letzten Zuzugs aus dem Ausland. Die Angaben zum gesetzlichen Vertreter ergeben sich nunmehr aus § 34 Absatz 1 Satz 1 Nummer 11 BMG n.F.

Im Hinblick auf diese Sachlage ist es notwendig, die Verweisregelung in § 291 Absatz 6 Satz 2 SGB V zum Datenabruf zu ändern. Neben dem Abruf der Daten nach § 34 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 5 SGB V ist dieser auch nach 34 Absatz 1 Satz 1 Nummer 9 und 11 BMG vorzusehen. Im Endeffekt handelt es sich um eine redaktionelle Änderung.

Zu Artikel 1 SGB V Übermittlung und Verarbeitung vertragsärztlicher elektronischer Verordnungen mittels Kassen-App die §§ 342 und 354 SGB V betreffend

Der vdek teilt ausdrücklich den ergänzenden Änderungsbedarf zu §§ 342 und 354 SGB V in der Stellungnahme des GKV-SV. Für die schnelle Verbreitung und Nutzung der Telematikinfrastruktur durch die Versicherten ist es erforderlich, möglichst nutzerfreundliche Zugänge zu schaffen. Die vorgeschlagene Neuregelung ermöglicht eine Integration der vertragsärztlichen elektronischen Verordnungen in die Krankenkassen-App. Damit können Versicherte ihre Gesundheitsdaten-Infrastruktur an einem zentralen Ort bündeln, Verordnungen einsehen und bei Leistungserbringern einlösen.

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