



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum

Referentenentwurf eines Krankenhauspflegeentlastungsgesetzes (KHPfIEG)

Stand: 18.8.2022

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeiner Teil	3
2. Kommentierung des Gesetzes	5
• Zu Artikel 1 Nr. 3 § 137i (neu) (Personalbesetzung in der Pflege im Krankenhaus; Verordnungsermächtigung)	5
• Zu Artikel 1 Nr. 5 § 275 c (Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst)	7
• Zu Artikel 1 Nr. 6 § 275 d (Prüfung von Strukturmerkmalen)	8
• Zu Artikel 1 Nr. 7 § 283 (Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund)	9
• Zu Artikel 1 Nr. 9 § 291 (Elektronische Gesundheitskarte)	11
• Zu Artikel 1 Nr. 9 § 291 Absatz 8 (Elektronische Gesundheitskarte)	12
• Zu Artikel 1 Nr. 13 § 312 (Aufträge an die Gesellschaft für Telematik)	13
• Zu Artikel 1 Nr. 16 § 336 Absatz 1 Satz 2 (neu)	14
• Zu Artikel 1 Nr. 19 § 355 (Festlegungen für die semantische und syntaktische Interoperabilität von Daten in der elektronischen Patientenakte, des elektronischen Medikationsplans, der elektronischen Notfalldaten und der elektronischen Patientenkurzakte)	15
• Zu Artikel 1 Nr. 25 § 361 a (neu) (Einwilligungsbasierte Übermittlung von Daten aus vertragsärztlichen elektronischen Verordnungen; Verordnungsermächtigung)	16
• Zu Artikel 2 Nr. 3 § 11 (Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus)	18
• Zu Artikel 5 Nr. 2 § 11 (Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus)	22
3. Ergänzender Änderungsbedarf	26
• Zu § 291 SGB V	26

1. Allgemeiner Teil

Mit dem vorgelegten Referentenentwurf 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). 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 Krankenhäuser haben dann ab dem 1.1.2024 den Pflegepersonalbedarf nach den Vorgaben der Rechtsverordnung für alle bettenführenden Stationen zu ermitteln.

Der vdek bewertet die Einführung der PPR 2.0 kritisch. Mit der Einführung soll ein nicht ausreichend in der Praxis evaluiertes Instrument implementiert werden. Entwicklung und Erprobung des Instruments sollen im laufenden Betrieb der Pflege im Krankenhaus erfolgen. Die kurzfristige Einführung der PPR 2.0 als weiteres Instrument neben den Pflegepersonaluntergrenzen, mit einer zusätzlichen und erneuten Evaluationsphase ist nicht nachvollziehbar. 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. Zudem besteht die Gefahr, dass das Instrument zu einer Sollbedarfsfinanzierung „mutiert“, dies muss verhindert werden.

Die zusätzliche 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 Personalbemessungsinstrumentes 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 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 Referentenentwurf 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.

Aus Sicht des vdek ist es 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. Klar ist bereits jetzt, dass die geplante Regelung zu einer Überlastung der Schiedsstellen führen wird, ohne dass damit die Verhandlungen schneller abgeschlossen wären.

Im Bereich der Abrechnungsprüfung sollen die Krankenkassen die Medizinischen Dienste (MD) erst ab dem 1.1.2022 und nur im Ausnahmefall mit der Prüfung von Krankenhausabrechnungen über die quartalsbezogenen Prüfquoten hinaus beauftragen dürfen. Diese Fristverschiebung ist nicht nachvollziehbar und wird vom vdek abgelehnt. Sie bedeutet, dass Krankenhäuser mit überhöhten Falschabrechnungen oder sogar dem Verdacht auf systematische Falschabrechnung im Jahr 2021 bevorteilt werden.

Daneben finden sich in dem Entwurf auch unterschiedliche Regelungen, die die Weiterentwicklung der digitalen medizinischen Versorgung zum Ziel haben. So sollen Hürden für Leistungserbringer abgebaut werden, die derzeit aufgrund von (vertraglichen) Beschränkungen durch Anbieter und Hersteller informationstechnischer Systeme im Rahmen der Telematikinfrastruktur (TI) bestehen. Diese Änderung begrüßt der vdek ausdrücklich, da sie trotz bereits bestehender Interoperabilität die zügige Einführung von Anwendungen der TI auf Seiten der Leistungserbringer unterstützt.

Die Krankenkassen sollen verpflichtet werden, bei der Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) mit kontaktloser Schnittstelle und PIN über die Möglichkeit sowie den Weg der Beantragung einer zugehörigen PIN zu informieren. Dies beinhaltet auch die Information über die Nutzungsmöglichkeiten der eGK für die TI-Anwendungen elektronische Patientenakte (ePA), elektronischer Medikationsplan (eMP), elektronische Verordnung (E-Rezept) und die elektronische Patientenkurzakte (ePKA). Versicherte, die bereits heute mit einer eGK neuester Generation ausgestattet sind, sollen diese Informationen unaufgefordert erhalten. Die geplante Regelung wird vom vdek kritisch bewertet, da Versicherte bereits jetzt jederzeit eine PIN beantragen können, wenn sie sich aktiv zur Nutzung einer TI-Anwendung entscheiden. Bei der Nutzung der ePA werden dem Versicherten bereits umfangreiche Informationsmaterialien zur Nutzung übermittelt. Die bisherigen Nutzungshemmnisse liegen zudem im schleppenden Ausstattungsprozess angepasster TI-Komponenten und Dienste, sodass die TI-Anwendungen auch noch nicht im gewünschten Maße bei den Versicherten beworben werden können.

2. Kommentierung des Gesetzes

Zu Artikel 1 Nr. 3

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

Beabsichtigte Neureglung

Mit der Neuregelung soll das 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. 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 31.1.2023. Unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Pilotverfahrens erlässt 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. Die Krankenhäuser haben dann ab dem 1.1.2024 den Pflegepersonalbedarf nach den Vorgaben der Rechtsverordnung für alle bettenführenden Stationen zu ermitteln. 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 Instrument neben den Pflegepersonaluntergrenzen, mit einer zusätzlichen und erneuten Evaluationsphase unverständlich. 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 verbessert.

Änderungsvorschlag

Die Regelung wird gestrichen.

Zu Artikel 1 Nr. 5

§ 275 c (Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst)

Beabsichtigte Neureglung

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 dem Jahr 2022 zuzulassen.

Zu b), c)

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

Bewertung

Zu a)

Die Änderung lehnt der vdek ab. Krankenhäuser mit überhöhten Falschabrechnungen oder sogar dem Verdacht auf systematische Falschabrechnung im Jahr 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.

Zu b), c)

Die Änderung wird ausdrücklich begrüßt. Sie wurde vom vdek explizit gefordert und vereinfacht das Verfahren in der Praxis deutlich.

Änderungsvorschlag

Zu a)

Die Regelung wird gestrichen.

Zu b), c)

Keiner.

Zu Artikel 1 Nr. 6
§ 275 d (Prüfung von Strukturmerkmalen)

Beabsichtigte Neureglung

Krankenhäuser sollen neue OPS-Komplexcodes bis zum 30.6. 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 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 Komplexcodes.

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 Nr. 7

§ 283 (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.

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 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 Bemehmensherstellung 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 Nr. 9
§ 291 (Elektronische Gesundheitskarte)

Beabsichtigte Neureglung

Zu a)

Die Terminanpassung betrifft die eGK, die – sofern sie vor dem 1.1.2025 ausgegeben werden – zusätzlich geeignet sein müssen, die elektronischen Notfall-
daten (NFD), den eMP zu verarbeiten sowie Erklärungen zur Organ- und Gewe-
bepende und Hinweise auf Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen zu
unterstützen.

Bewertung

Zu a)

Eine Terminanpassung ist sachgerecht, da sich die Einführung der ePKA, mit
der Möglichkeit zur Überführung von Daten in diese Anwendung, verschiebt.

Änderungsvorschlag

Zu a)

Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

*„(2) Die elektronische Gesundheitskarte muss technisch geeignet sein,
1. Authentifizierung, Verschlüsselung und elektronische Signatur barrierefrei
zu ermöglichen,
2. die Anwendungen der Telematikinfrastuktur nach § 334 Absatz 1 zu unter-
stützen und
3. sofern sie vor dem 1. Januar 2023 ausgestellt wird, die Speicherung von Da-
ten nach § 291a, und, wenn sie nach diesem Zeitpunkt ausgestellt wird, die
Speicherung von Daten nach § 291a Absatz 2 Nummer 1 bis 3 und 6 zu er-
möglichen;
zusätzlich müssen vor dem 1. Januar 2026 [1. Januar 2025] ausgegebene
elektronische Gesundheitskarten die Speicherung von Daten nach § 334 Absatz
1 Satz 2 Nummer 2 bis 5 in Verbindung mit § 358 Absatz 4 ermöglichen.*

Bewertung

Der Referentenentwurf sieht eine Reihe von Fristanpassungen vor. Eine gebotene Anpassung der Fristen zu Bereitstellung der digitalen Identitäten ist jedoch noch nicht vorgesehen und sollte dringend vorgenommen werden. Es sollte hier eine Verschiebung in Zusammenhang der anderen Terminverschiebungen gewählt werden, z.B. TI-Messenger 1.8.2024 oder VSDM 2.0 01.01.2026.

Änderungsvorschlag

Absatz 8 wird wie folgt gefasst:

„(8) Spätestens ab dem 01. Januar 2024 stellen die Krankenkassen den Versicherten ergänzend zur elektronischen Gesundheitskarte auf Verlangen eine sichere digitale Identität für das Gesundheitswesen barrierefrei zur Verfügung, die die Vorgaben nach Absatz 2 Nummer 1 und 2 erfüllt und die Bereitstellung von Daten nach § 291a Absatz 2 und 3 durch die Krankenkassen ermöglicht. Ab dem 1. Januar 2025 dient die digitale Identität nach Satz 1 in gleicher Weise wie die elektronische Gesundheitskarte zur Authentisierung des Versicherten im Gesundheitswesen und als Versicherungsnachweis nach § 291a Absatz 1. Die Gesellschaft für Telematik legt die Anforderungen an die Sicherheit und Interoperabilität der digitalen Identitäten fest. Die Festlegung der Anforderungen an die Sicherheit und den Datenschutz erfolgt dabei im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik und der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit auf Basis der jeweils gültigen Technischen Richtlinien des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik und unter Berücksichtigung der notwendigen Vertrauensniveaus der unterstützten Anwendungen. Eine digitale Identität kann über verschiedene Ausprägungen mit verschiedenen Sicherheits- und Vertrauensniveaus verfügen. Das Sicherheits- und Vertrauensniveau der Ausprägung einer digitalen Identität muss mindestens dem Schutzbedarf der Anwendung entsprechen, bei der diese eingesetzt wird. Spätestens ab dem 1. Juli 2022 stellen die Krankenkassen zur Nutzung berechtigten Dritten Verfahren zur Erprobung der Integration der sicheren digitalen Identität nach Satz 1 zur Verfügung.“

Zu Artikel 1 Nr. 13
§ 312 (Aufträge an die Gesellschaft für Telematik)

Beabsichtigte Neureglung

Zu a)

Die beabsichtigte Neuregelung 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.

Zu b)

Es handelt sich um eine Folgeänderung aufgrund der Terminanpassung zur Einführung der ePKA.

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.

Zu b)

Entfällt.

Änderungsvorschlag

Zu a)

Die Ergänzungen in Nr. 3 werden gestrichen.

Zu b)

Keiner.

Zu Artikel 1 Nr. 16
§ 336 Absatz 1 Satz 2 (neu)

Beabsichtigte Neureglung

Jeder Versicherte ist berechtigt, auf Daten in einer Anwendung nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis 4, 6 und 7 mittels seiner elektronischen Gesundheitskarte oder seiner digitalen Identität nach § 291 Absatz 8 barrierefrei zuzugreifen, wenn er sich für diesen Zugriff jeweils durch ein geeignetes technisches Verfahren authentifiziert hat. Für den Zugriff auf Daten nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis 4, 6 und 7 kann das geeignete technische Verfahren nach Satz 1 auch in einer Apotheke durchgeführt werden. Satz 1 gilt nicht für den Zugriff auf Daten in einer Anwendung nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4, soweit diese auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert sind.

Bewertung

Bei der Authentifizierung der Versicherten in einer Apotheke sollen die gleichen Anforderungen gelten wie bei der Authentifizierung der Versicherten am eigenen Endgerät. Erfolgreich bestätigte Identitäten in einer Apotheke sollten zum IDP der jeweiligen GKV gelangen für die digitalen Identitäten der Versicherten. Die Bewertung des Authentifizierungsverfahrens in Apotheken ist vorbehaltlich einer vorzunehmenden Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Änderungsvorschlag

Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Jeder Versicherte ist berechtigt, auf Daten in einer Anwendung nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis 4, 6 und 7 mittels seiner elektronischen Gesundheitskarte oder seiner digitalen Identität nach § 291 Absatz 8 barrierefrei zuzugreifen, wenn er sich für diesen Zugriff jeweils durch ein geeignetes technisches Verfahren authentifiziert hat. Für den Zugriff auf Daten nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis 4, 6 und 7 kann das geeignete technische Verfahren nach Satz 1 auch in einer Apotheke mittels geeigneter Verfahren für digitale Identitäten nach §291 Absatz 8 durchgeführt werden. Satz 1 gilt nicht für den Zugriff auf Daten in einer Anwendung nach § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4, soweit diese auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert sind.“

Zu Artikel 1 Nr. 19

§ 355 (Festlegungen für die semantische und syntaktische Interoperabilität von Daten in der elektronischen Patientenakte, des elektronischen Medikationsplans, der elektronischen Notfalldaten und der elektronischen Patientenkurzakte)

Beabsichtigte Neureglung

Zu c)

Die Frist in § 355 Absatz 2c für die notwendigen Festlegungen für die semantische und syntaktische Interoperabilität der Daten, die von Hilfsmitteln oder Implantaten nach § 374a Absatz 1 in eine digitale Gesundheitsanwendung übermittelt werden, wird verlängert (Konzipierung des MIO DiGA Device Toolkit durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)). Die Verlängerung erfolgt als Anpassung an die Frist, die in § 374a Absatz 1 für die Übergabe von Daten aus Hilfsmitteln und Implantaten an Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) gesetzt wurde.

Zu d)

Die Regelung sieht vor, dass die gematik die KBV auch über die gesetzlich festgelegten Medizinischen Informationsobjekte (MIO) hinaus mit der Festlegung weitere MIO beauftragen kann.

Bewertung

Zu c)

Durch die Verlängerung erhält die KBV mehr Zeit für die Erstellung des MIO DiGA Device Toolkit. Es ist eine Folge der derzeit geplanten Neuausrichtung des MIO.

Zu d)

Eine grundsätzliche Beauftragung der KBV über den gesetzlichen Rahmen hinaus und auf Alleinentscheidung der gematik ist abzulehnen.

Änderungsvorschlag

Zu c)

Keiner.

Zu d)

Die vorgesehene Änderung wird gestrichen.

Zu Artikel 1 Nr. 25

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

Beabsichtigte Neureglung

In § 361a Absatz 4 Nr. 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.

In § 361a Absatz 4 Nr. 2 soll für die Versicherten die Möglichkeit geschaffen werden, ihrer Krankenkasse Daten ihrer elektronischen Verordnungen verschreibungspflichtiger Arzneimittel zu übermitteln.

In § 361a Absatz 4 Nr. 4 ist vorgesehen, dass auch an Apotheken weitere Daten der Verordnungen als diejenigen, die zur Abgabe erforderlich sind, durch die Versicherten übermittelt werden können.

Bewertung

Inwiefern durch die beabsichtigte Neuregelung das Potenzial an Mehrwerten DiGA für die Versicherten gesteigert werden kann, erschließt sich nicht. 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.

Um Mehrwerte für Versicherte möglichst umfassend generieren zu können, sollte sich der neue §361a auf alle Verordnungen gem. §360 beziehen und sich nicht auf verschreibungspflichtige Arzneimittel beschränken. Der Zugriff und die Nutzung der Schnittstellen ist für alle vertragsärztlichen Verordnungen im § 360 zu ermöglichen und die Berechtigten und die erlaubten Verarbeitungszwecke je nach Art der verordneten Leistung zu spezifizieren.

Zu Absatz 5: Der Anpassung zu Absatz 4 folgend, sollte sich der neue §361a auf alle Verordnungen gem. §360 beziehen und sich nicht auf verschreibungspflichtige Arzneimittel beschränken.

Änderungsvorschlag

Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Über Schnittstellen in den Diensten nach § 360 müssen Daten aus elektronischen Verordnungen gem. §360 an folgende an die Telematikinfrastruktur angeschlossene und mit den Mitteln der Telematikinfrastruktur authentifizierte Berechtigte übermittelt werden können:

1. Krankenkassen für ihre Aufgaben in Bezug auf die jeweiligen Versicherten,
2. Unternehmen der privaten Krankenversicherung der jeweiligen Versicherten für individuelle Angebote zur Verbesserung der Versorgung oder zu Abrechnungszwecken,
3. Apotheken, sofern die Daten im Rahmen des Apothekenbetriebs zur Unterstützung der Versorgung der Patienten erforderlich sind,
4. Vertragsärzte und Vertragszahnärzte, die in einem Behandlungsverhältnis mit den jeweiligen Versicherten stehen, zur Unterstützung der Behandlung,
5. Krankenhäuser, die in einem Behandlungsverhältnis mit dem Versicherten stehen, zur Unterstützung der Behandlung.“

Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Die Übermittlung von Daten aus einer elektronischen Verordnung gem. § 360 an einen Berechtigten nach Absatz 1 und die weitere Verarbeitung durch diesen Berechtigten bedarf der Einwilligung des Versicherten. Die elektronischen Zugangsdaten, welche die Einlösung einer elektronischen Verordnung ermöglichen, dürfen nicht über die Schnittstellen nach Absatz 1 übermittelt werden.“

Zu Artikel 2 Nr. 3
§ 11 (Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus)

Beabsichtigte Neureglung

Zu a)

Mit dem Ziel der Rückkehr zu prospektiven Budgetvereinbarungen sollen diese bis spätestens zum 30.4. des Vereinbarungsjahres abgeschlossen werden. Anschließend gilt automatisch eine sechswöchige Frist für die Schiedsstelle.

Zu b)

Die Krankenhäuser sollen die Forderungsunterlagen zur Budgetverhandlung bis spätestens 30.11. des laufenden 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, gilt nach Genehmigung durch die Landesbehörde ein Rechnungsabschlag von einem Prozent vom 1.4. bis zum Monat nach der Budgetvereinbarung.

Zu c)

Für noch nicht abgeschlossene Budgets (einschließlich 2023) gilt nach Inkrafttreten des Gesetzes eine Frist von 42 Tagen zur Vorlage der Verhandlungsunterlagen und weiteren fünf Monaten zur Budgetvereinbarung.

Bewertung

Zu a)

Das Ziel, den Stau der Budgetverhandlungen aufzulösen und zur prospektiven Budgetverhandlung zurückzukehren, ist aus Sicht des vdek zu unterstützen. Retrospektive Verhandlungen laufen oft zulasten der Kassen, da kein Einfluss mehr auf die Ist-Werte genommen werden kann. Problematisch ist, dass lediglich eine Frist für die Verhandlungen festgelegt wird. Die Konflikte, die den Stau verursacht haben, werden nicht gelöst. Somit wird sich der Stau lediglich auf die Schiedsstellen verschieben. Es fehlen Vereinfachungen, wie zum Beispiel Klarstellungen bzw. Pauschalisierungen zum Pflegebudget, die schnellere Verhandlungen ermöglichen. Der vdek fordert daher folgende Änderungen zum Pflegebudget:

1. Transparente Grundlage für die Vereinbarungen:

Über die Pflegebudgets sollen die „Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen“ finanziert werden. Voraussetzung für die Berücksichtigung im Pflegebudget ist, dass die Kosten auf den Konten der Dienstart 01 (Pflegedienst) gebucht wurden. Daher gibt es einen Anreiz zu Umbuchungen von anderen Dienstarten in den Pflegedienst. In den Daten des Statistischen Bundesamtes lassen sich zwischen 2018 und 2020 deutliche Kostenverschiebungen beobachten. Während die Kostenanteile des Funktionsdienstes absinken, kommt es zu einem Anstieg der Kostenanteile des Pflegedienstes. Da die Umbuchungen aber nur auf den Konten stattfinden, gibt

es keinen tatsächlichen Zuwachs an Pflegepersonal in der Patientenversorgung. Bislang können strategische Umbuchungen von den Krankenkassen in den Budgetverhandlungen nicht überprüft werden, da die Krankenhäuser nicht verpflichtet sind, das nicht-ärztliche Personal des Krankenhauses insgesamt für das Jahr 2018 bis zum Vereinbarungsjahr darzustellen. Dies erschwert in hohem Maße die Differenzierung, welches Personal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig ist und für welches Personal eine Finanzierung über das Pflegebudget nicht vorgesehen ist. Im Ergebnis produziert die mangelnde Transparenz erhebliche Diskussionen auf der Ortsebene und erhöht die Komplexität und damit die Dauer der Verhandlungen. Um eine transparente Grundlage für die Vereinbarung der Pflegebudgets zu schaffen, sollten die Vollkräfte des nicht-ärztlichen Personals für das Krankenhaus insgesamt von 2018 bis zum Vereinbarungsjahr differenziert nach beruflicher Qualifikation analog der Meldung an das Statistische Landesamt nachgewiesen werden. Eine transparente Grundlage würde Konflikte in den Verhandlungen reduzieren und somit zu schnelleren Verhandlungsabschlüssen führen.

2. Kein Durchreichen von Testaten:

Im Rahmen des Pflegebonusgesetzes wurde in § 6a Abs. 3 KHEntG festgelegt, dass die Testate auch ohne vorherige Vereinbarung des Pflegebudgets vorgelegt werden müssen. Teilweise wird von der Krankenhauseite die Auffassung vertreten, das Testat eines Wirtschaftsprüfers könne die erforderliche Verhandlung des Pflegebudgets ersetzen. Dies kann jedoch nicht die Intention des Gesetzgebers bei den Änderungen des Pflegebonusgesetzes gewesen sein. Die korrekte Abgrenzung der pflegebudgetrelevanten Kosten wird von den Vertragsparteien bei der Vereinbarung des Pflegebudgets vereinbart. Das Testat ist für eine prospektiv gedachte Verhandlung der Pflegekosten eingeführt worden, um Fehlschätzungen in der Mengen-, Preis-, Strukturkomponente und bei den sonstigen Kosteneinflussfaktoren retrospektiv auszugleichen. Eine inhaltliche oder gar rechtliche Neubewertung der vereinbarten Werte war nie als Aufgabe der Testate angedacht und kann deshalb auch nicht als Ergebnis aus einem Testat hervorgehen. Dies muss natürlich auch für die Testate gelten, die gemäß des Pflegebonusgesetzes ohne vorherige Vereinbarung des Pflegebudgets vorgelegt werden. Eine entsprechende Klarstellung im Gesetz würde einerseits die notwendige Klarheit schaffen, dass die Verhandlung und sich ergebende Vereinbarung der Vertragsparteien nicht durch ein Testat ersetzbar sind und andererseits Verhandlungsverzögerungen bei der Vereinbarung des Pflegebudgets reduzieren. Ohne die Klarstellung würde ein Anreiz für Krankenhäuser geschaffen, die Verhandlungen solange verzögern, bis die Frist zur Vorlage eines Testats, das unabhängig von der Vereinbarung oder Festsetzung eines Pflegebudgets ist, erreicht ist. Dies würde dem Ziel des Abbaus des Verhandlungsstaus zuwiderlaufen.

3. Ausreichend Zeit für die Verhandlung der komplexen Sachverhalte:

Der 30. April als Frist für die Budgetvereinbarung ist unrealistisch. Um den Vertragsparteien die Gelegenheit zu geben, die Verhandlungen ohne Schiedsverfahren abzuschließen, sollte die Frist bis zum 31. Oktober verlängert werden.

Zu b)

Klare Fristen zur Vorlage der Budgetunterlagen und Sanktionen für Krankenhäuser bei Verletzung dieser Fristen sind zu begrüßen. Jedoch sind die vorgesehenen Fristen so gesetzt, dass für die Verhandlungsunterlagen benötigte Informationen noch nicht verfügbar sind (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. Das Ende des Rechnungsabschlags sollte zudem besser an die Genehmigung geknüpft werden, da das Vereinbarungsdatum nicht definiert ist.

Zu c)

Die Frist ist eindeutig zu kurz für die zahlreichen nicht abgeschlossenen Budgetverhandlungen. Für die Budgetjahre 2018 bis 2023 sind im Bereich KHEntgG und BPfIV insgesamt noch 6.500 Budgetvereinbarungen zu schließen. Vorzuziehen wären Klarstellungen zu den konfliktbehafteten Verhandlungstatbeständen (z.B. Pflegebudget), die schnellere Verhandlungen und Mehrjahresbudgets ermöglichen. Ansonsten führt die Regelung zu einem Stau an Schiedsverfahren. Es ist zu erwarten, dass die Schiedsstellenvorsitzenden nicht bereit sind, diesen Stau auf sich abwälzen zu lassen.

Änderungsvorschlag

Zu a)

Die Frist „30. April“ wird durch „31. Oktober“ ersetzt.

§ 6a Absatz 3 wird wie folgt geändert:

1. Nach dem Satz 2 folgender Satz eingefügt: *„Zur Reduktion unnötiger Konfliktpunkte hinsichtlich einer Doppelfinanzierung aus Fallpauschalen und Pflegebudget auf der Ortsebene sind dabei zwingend die Vollkräfte des nicht-ärztlichen Personal für das Krankenhaus insgesamt im Jahr 2018 bis zum Vereinbarungsjahr differenziert nach beruflicher Qualifikation analog der Meldung an das Statistische Landesamt nachzuweisen.“*
2. Nach dem bisherigen Satz 5 wird folgender Satz eingefügt: *„Die Bestätigung des Jahresabschlussprüfers nach Satz 4 Nummer 1 bis 3 ersetzt nicht den erforderlichen Nachweis nach Satz 1 und 2; sie ersetzt auch nicht die in der Verhandlung nach Absatz 1 Satz 1 vorzunehmende Zuordnung und Abgrenzung von Kosten von Pflegepersonal gemäß den*

Vereinbarungen nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 und nach § 17b Absatz 4 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“

.

Zu b)

Im neuen Satz 3 wird das Wort „einmalig“ gestrichen. Die Fristen sollten zudem um zwei Monate verlängert werden.

Zu c)

Die Fristen werden um ein Jahr verlängert.

Zu Artikel 5 Nr. 2

§ 11 (Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus)

Beabsichtigte Neureglung

Zu a) aa)

I. Der Verweis auf § 18 Absatz 4 KHG wurde gestrichen, wonach eine Vertragspartei nach Ablauf von sechs Wochen ab Aufnahme der Budgetverhandlungen die Schiedsstelle auf Antrag einer Vertragspartei die Pflegesätze festsetzt. Stattdessen erfolgt der Verweis auf die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 KHG direkt in den neu beigefügten Sätzen (vgl. Artikel 5 Nr. 2 bb)).

II. Mit der zweiten Änderung wird festgelegt, dass die Verhandlungen zu einem Budgetjahr rechtzeitig abgeschlossen werden sollen, sodass das neue Budget und die neuen Entgelte mit Beginn des Budgetjahres in Kraft treten können.

Zu a) bb)

I. Satz 3: Es handelt sich um eine Folgeänderung der ersten Streichung unter Artikel 5 Nr. 2 aa).

II. Satz 4: Die Schiedsstelle legt die Budgetvereinbarung eines Budgetjahres ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen fest, wenn diese nicht bis zum 30.4. des zu vereinbarenden Budgetjahres zustande kommt.

III. Satz 5: Die von der Schiedsstelle zu berücksichtigenden Unterlagen werden festgelegt.

Zu b) aa)

I. Mit der Änderung wird festgelegt, dass der Krankenhausträger spätestens bis 30.11. des Vorjahres des zu verhandelnden Budgetjahres die für die Budgetverhandlungen relevanten Unterlagen bereitstellt.

II. Die Streichung ist redaktioneller Natur.

Zu b) bb)

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.

Zu b) cc)

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

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

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

Zu c)

I. Satz 1: Innerhalb von 42 Tagen nach Inkrafttreten des geplanten Gesetzes haben die Krankenhausträger die für die Budgetverhandlungen relevanten Unterlagen der offen Budgetjahre bis einschließlich für das Budgetjahr 2023 vorzulegen.

II. Satz 2: Für die Abwicklung der vergangenen Vereinbarungszeiträume bis einschließlich 2023 gelten die neuen Vorgaben des § 11 Absatz 4 Satz 2 bis 5 BpflV. Abweichend sind Sanktionen (Abschlag) 154 Tage (ca. fünf Monate) nach Inkrafttreten des Gesetzes zu vereinbaren, sofern das Krankenhaus den Übermittlungspflichten nicht rechtzeitig nachkommt.

III. Satz 3: Sofern nicht für sämtliche vergangene Vereinbarungszeiträume fünf Monate nach dem 42. Tag nach dem Inkrafttreten des Gesetzes Budgetvereinbarungen abgeschlossen wurden, legt jeweils die Schiedsstelle den Inhalt der Vereinbarungen ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von zwölf Wochen fest.

Bewertung

Zu a) aa)

I. Eine Verschiebung und Anpassung der Formulierung auf die Vorgaben der Bundespflegegesetzverordnung (BpflV) ist unschädlich.

II. Es handelt sich um eine Klarstellung.

Zu a) bb)

I. Entfällt.

II. Die Festlegung der Frist führt gegebenenfalls zu einer Erhöhung der Personalausgaben der Krankenkassen und Krankenhäuser. Ein Abwarten von Schiedsstellenentscheidungen in Verhandlungen mit anderen Krankenhäusern zu strittigen Fragen wird erschwert, bzw. unmöglich gemacht. Ein vermehrtes Aufkommen von Schiedsstellen sowie eine höhere Belastung der Krankenkassen sind zu befürchten.

III. Laut der Formulierung darf die Schiedsstelle nur Unterlagen und Auskünfte des Krankenhauses, nicht aber Entgegnungen und Unterlagen der Krankenkassen, vergleichbare Schiedsstellenentscheidungen, Urteile oder Stellungnahmen des BMG oder anderer Behörden bei ihrer Entscheidung berücksichtigen.

Zu b) aa)

I. Die Änderung ist erforderlich, damit die Schiedsstelle gemäß des neu eingefügten § 11 Absatz 3 Satz 5 BpflV aktiv werden kann.

II. Entfällt.

Zu b) bb)

Die Frist zur Anforderung zusätzlicher Informationen kann gegebenenfalls 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 ei-

nes Krankenhausträgers unvollständig sein. Zweitens können sich aus den zusätzlich angeforderten Unterlagen weitere Fragen ergeben, die gegebenenfalls wiederholte Anforderungen zusätzlicher Unterlagen und Auskünfte erforderlich machen.

Zu b) cc)

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

II. 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 zu fordern.

Zu c)

I. Die Übermittlung von Vertragsunterlagen für alle offenen Budgetjahre bis einschließlich 2023 innerhalb der genannten Frist dürfte die Krankenhäuser massiv überfordern. Insgesamt müssten ca. 1900 Budgetvereinbarungen im Bereich der BpflV innerhalb von fünf Monaten nach dem 42. Tag nach dem Inkrafttreten des Gesetzes Budgetvereinbarungen abgeschlossen werden. Krankenhäuser müssten innerhalb von 42 Tagen nach Inkrafttreten des Gesetzes Unterlagen für sämtliche offenen Budgetvereinbarungen bis einschließlich 2023 vorlegen.

II. Tritt die in Satz 1 genannte Frist in Kraft, ist mit einer Vielzahl von auszusprechenden Sanktionen aus den vorgenannten Gründen (siehe I.) zu rechnen. Aber auch die Prüfung der von den Krankenhäusern versendeten Budgetunterlagen ist innerhalb der vom Gesetzgeber definierten Fristen kaum möglich. Unklar ist zudem, wie mit laufenden Schiedsstellen- und Klageverfahren umzugehen ist, die gegebenenfalls abzuwarten sind, bevor weitere Vereinbarungen getroffen werden können.

III. Aus den vorgenannten Gründen ist ein Abschluss der offenen Budgetvereinbarungen innerhalb des genannten Zeitraums kaum möglich. Eine Überlastung der Schiedsstellen wäre zu erwarten.

Änderungsvorschlag

Zu a) aa)

Entfällt.

Zu a) bb)

Streichung des Satzes 4.

Ergänzung des Satzes 5: *„Die Schiedsstelle hat bei ihrer Entscheidung nur die Unterlagen und Auskünfte zu berücksichtigen, die innerhalb der in Absatz 4 Satz 1 und 4 genannten Fristen vorgelegt und erteilt worden sind, sowie weitere Unterlagen und Auskünfte der Krankenkassen, vergleichbare Schiedsstellenentscheidungen, Urteile und Stellungnahmen von Behörden.“*

Zu b) aa)
Entfällt.

Zu b) bb)
Die Regelung wird gestrichen.

Zu b) cc)
Satz 4 wird wie folgt gefasst:
„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.“

Zu c)
Der Absatz sollte gestrichen werden. Alternativ könnten Regelungen zur Vereinbarung von Mehrjahresvereinbarungen zur Abwicklung der vergangenen Zeiträume vorgeschrieben werden.

3. Ergänzender Änderungsbedarf

Zu § 291 SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

In § 291 Abs. 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 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 6 und 10 Bundesmeldegesetz (BMG) aus dem Melderegister abrufen.

Durch Artikel 5 Nr. 9 des Zweiten Gesetzes zur Änderung des Bundesmeldegesetzes (2.BMGÄndG) vom 15. Januar 2021 (BGBl. I 2021, Seite 530), hat sich die Struktur des § 34 Abs. 1 Satz 1 BMG ab dem 1.Mai 2022 verändert und die aktuellen Verweisregelung in § 291 Abs. 6 Satz 2 SGB V auf § 34 Abs. 1 Satz 1 BMG sind nicht mehr richtig:

- § 34 Abs. 1 Satz 1 Nr. 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 Abs. 1 Satz 1 Nr. 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 Abs. 1 Satz 1 Nr. 10 BMG a.F. waren die Angaben zum gesetzlichen Vertreter enthalten, die Nr. 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 Abs. 1 Satz 1 Nr. 11 BMG n.F.

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

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