Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes vom 16.11.2026 zur Verbändebeteiligung des BMG

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Hilfsmittelversorgung und Maßnahmen zum Bürokratierückbau - HiB

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Str. 31
10178 Berlin
Tel: 030 34646-2299
info@bv.aok.de

AOK-Bundesverband
Die Gesundheitskasse.

Der AOK-Bundesverband ist registrierter Interessenvertreter i.S. d. Lobbyregistergesetzes

Inhaltsverzeichnis

I. Zusammenfassung 12

II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen 19

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 19

Nr. 1 Buchstabe a - § 5 SGB V - Versicherungspflicht 19

Nr. 1 Buchstabe b - § 5 Absatz 8a SGB V Versicherungspflicht 21

Nr. 1 Buchstabe c - § 5 Absatz 8a SGB V Versicherungspflicht 22

Nr. 2 § 8 SGB V - Befreiung von der Versicherungspflicht 23

Nr. 3 § 10 SGB V - Familienversicherung 24

Nr. 3 § 10 SGB V - Familienversicherung 25

Nr. 4 § 15 SGB V – Ärztliche Behandlung, elektronische Gesundheitskarte 26

Nr. 5 § 15a SGB V – Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung 27

Nr. 6 § 17 SGB V – Leistungen bei Beschäftigung im Ausland 28

Nr. 7 § 20i SGB V - Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten, Verordnungsermächtigung 29

Nr. 8 § 20j SGB V - Präexpositionsprophylaxe 30

Nr. 9 § 23 SGB V - Medizinische Vorsorgeleistungen 31

Nr. 10 § 24e SGB V - Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln 33

Nr. 11 § 33 SGB V - Hilfsmittel 34

Nr. 12 § 33b SGB V - Besondere Medizinprodukte 36

Nr. 13 § 35a SGB V - Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen, Verordnungsermächtigung 37

Nr. 14 § 37 SGB V - Häusliche Krankenpflege 38

Nr. 15 § 39 SGB V - Krankenhausbehandlung 39

Nr. 16 § 39a SGB V - Stationäre und ambulante Hospizleistungen 40

Nr. 17 § 39e SGB V - Übergangspflege im Krankenhaus 42

Nr. 18 § 43a SGB V - Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen 43

Nr. 19 § 45 SGB V - Krankengeld bei Erkrankung des Kindes 44

Nr. 20 § 46 Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld 45

Nr. 21 § 49 Ruhen des Krankengeldes 46

Nr. 22 § 53 Wahltarife 47
Nr. 23 § 57 Beziehungen zu Zahnärzten und Zahntechnikern 48
Nr. 24 § 62 Belastungsgrenze 49
Nr. 25 § 63 Grundsätze 55
Nr. 27 § 64a Modellvorhaben zur Arzneimittelversorgung 56
Nr. 28 § 64b Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen 57
Nr. 29 § 64f (neu) Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung in der Physiotherapie im Direktzugang 58
Nr. 30 § 65a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten 60
Nr. 31 § 65c Klinische Krebsregister 61
Nr. 33 § 71 Beitragssatzstabilität, besondere Aufsichtsmittel 62
Nr. 35 §§ 71a bis 71d neu - Schiedswesen 63
Nr. 36 § 73 Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung 66
Nr. 37 § 73b Hausarztzentrierte Versorgung 67
Nr. 38 § 73d Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; eigenverantwortliche Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen, Evaluation 70
Nr. 39 § 75 Inhalt und Umfang der Sicherstellung 71
Nr. 41 § 81 Satzung 73
Nr. 43 § 86 Verwendung von Verordnungen und Empfehlungen in elektronischer Form 74
Nr. 44 § 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte 75
Nr. 46 § 90 Landesausschüsse 77
Nr. 47 § 91 Gemeinsamer Bundesausschuss 78
Nr. 48 § 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses 79
Nr. 49 § 92a Innovationsfonds, Grundlagen der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung 80
Nr. 50 § 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung 81
Nr. 51 § 101 Überversorgung 82
Nr. 52 § 105 Förderung der vertragsärztlichen Versorgung 83

Nr. 53 § 106 Wirtschaftlichkeitsprüfung 85
Nr. 54 § 106b Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen 86
Nr. 55 § 106d Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung 88
Nr. 56 § 110 Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern 89
Nr. 57 § 110a Qualitätsverträge 90
Nr. 58 § 111 Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 91
Nr. 59 § 111b Landesschiedsstelle für Versorgungs- und Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Trägern von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen und Bundesschiedsstelle für Rahmenempfehlungen, Verordnungsermächtigung 92
Nr. 60 § 111c Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen 93
Nr. 61 § 113 Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung der Krankenhausbehandlung 94
Nr. 62 § 114 Landesschiedsstelle 95
Nr. 64 § 115a Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus 96
Nr. 66 § 115d Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung 97
Nr. 68 § 118 Psychiatrische Institutsambulanzen 98
Nr. 70 § 119 Sozialpädiatrische Zentren 99
Nr. 71 § 119b Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen 100
Nr. 72 § 120 Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen 102
Nr. 73 § 124 Zulassung 103
Nr. 74 § 125 Verträge zur Heilmittelversorgung 104
Nr. 75 § 126 Versorgung durch Vertragspartner 106
Nr. 76 § 127 Verträge - § 127 Absatz 1 Rahmenvertrag 108
Nr. 76 § 127 Verträge - § 127 Absatz 2 und 3 Schiedsstelle Rahmenvertrag Hilfsmittel 113
Nr. 76 § 127 Verträge - § 127 Absatz 4 Verhandlungsverträge 114
Nr. 76 § 127 Verträge - § 127 Absatz 5 Bundesweite Schiedsstelle für Hilfsmittelverträge 115
Nr. 76 § 127 Verträge - § 127 Absatz 6 bis 11 Beitritte, Einzelvereinbarungen, Beratungspflichten und -dokumentation, Informationsplichten der Krankenkassen 116

Nr. 76 § 127 Verträge - § 127 Absatz 12 bis 15 Überwachung der Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer durch die Krankenkassen 117

Nr. 77 § 128 Unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten 119

Nr. 78 § 129 Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung 120

Nr. 79 § 130b Vereinbarungen zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmern über Erstattungsbeträge für Arzneimittel 121

Nr. 80 § 131 Rahmenverträge mit pharmazeutischen Unternehmern 122

Nr. 81 § 132 Versorgung mit Haushaltshilfe 123

Nr. 82 § 132a Versorgung mit häuslicher Krankenpflege 124

Nr. 83 § 132b Versorgung mit Soziotherapie 126

Nr. 84 § 132d Spezialisierte ambulante Palliativversorgung 127

Nr. 85 § 132e Versorgung mit Schutzimpfungen 129

Nr. 86 § 132i Versorgungsverträge mit Hämophiliezentren 130

Nr. 87 § 132k Vertrauliche Spurensicherung 131

Nr. 88 § 132l Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege, Verordnungsermächtigung 132

Nr. 89 § 132m Versorgung mit Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus 134

Nr. 90 § 134 Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Herstellern digitaler Gesundheitsanwendungen über Vergütungsbeträge; Verordnungsermächtigung 135

Nr. 91 § 134a Versorgung mit Hebammenhilfe 136

Nr. 92 § 136b Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung 137

Nr. 93 § 137e Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden 138

Nr. 94 § 137g Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme 139

Nr. 95 § 137i Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern; Verordnungsermächtigung 140

Nr. 96 § 139 Hilfsmittelverzeichnis, Pflegehilfsmittelverzeichnis 141

Nr. 98 § 175 Ausübung des Wahlrechts 142

Nr. 99 § 175a (neu) Krankenkassenwechsel bei Familienversicherung 144

Nr. 100 § 191 Ende der freiwilligen Mitgliedschaft 145

Nr. 101a § 197a Abs. 1 und Abs. 1a Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen 147

Nr. 101b § 197a Abs. 3 und Abs. 3a Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen 148

Nr. 101c § 197a Abs. 3b Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen 149

Nr. 101d § 197a Abs. 7 Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen 151

Nr. 102 § 201 Meldepflichten bei Rentenantragstellung und Rentenbezug 152

Nr. 103 § 206 Auskunfts- und Mitteilungspflichten der Versicherten 153

Nr. 104 § 206a (neu) Meldepflichten bei freiwillig Versicherten, Versicherungspflichtigen nach § 5 Ab-satz 1 Nummer 13 und Familienversicherten 154

Nr. 105 § 221 Beteiligung des Bundes an Aufwendungen 156

Nr. 106 § 225a (neu) Feststellung der Beiträge bei schutzwürdigem Vertrauen 157

Nr. 107 § 231 Erstattung von Beiträgen 158

Nr. 108 § 240 Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder 159

Nr. 109 § 249a Tragung der Beiträge bei Rentenbezug 160

Nr. 110 § 250 Tragung der Beiträge durch das Mitglied 161

Nr. 111 § 254 Beitragszahlung der Studenten 162

Nr. 112 § 255 Beitragszahlung aus der Rente 163

Nr. 113 § 256 Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen 164

Nr. 114 § 256b (neu) Prüfung der Beitragszahlungen und Meldungen für Bezieher von Versorgungsbezügen 165

Nr. 115 § 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte und §258 Beitragszuschüsse für andere Personen 167

Nr. 116 § 266 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich), Verordnungsermächtigung 168

Nr. 117 § 267 Datenverarbeitung für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs 169

Nr. 118 § 269 Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte 170

Nr. 119 § 270 Sonstige Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds 172

Nr. 120 § 271 Gesundheitsfonds 173

Nr. 121 § 273 Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich 174
Nr. 122 § 274 Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung 182
Nr. 125 § 284 Sozialdaten bei den Krankenkassen 183
Nr. 126 § 293 Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer 184
Nr. 127 § 299 Datenverarbeitung für Zwecke der Qualitätssicherung 185
Nr. 128 § 301 Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen 187
Nr. 129 § 302 Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer 189
Nr. 130 § 305 Auskünfte an Versicherte 190
Nr. 131 § 334 Anwendungen der Telematikinfrastruktur 191
Nr. 132 § 346 Unterstützung bei der elektronischen Patientenakte 192
Nr. 133 § 371 Integration offener und standardisierter Schnittstellen in informationstechnische Systeme 193
Nr. 134 § 377 Finanzierung der den Krankenhäusern entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten 194
Nr. 135 § 385 Bedarfsidentifizierung und -priorisierung, Spezifikation, Entwicklung und Festlegung von Standards; Verordnungsermächtigung 195
Nr. 136 § 390 IT-Sicherheit in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung 196
Nr. 137 § 394a (neu) Zukunftsfonds für digitale Transformation und IT-Sicherheit in der Gesundheitsversorgung 197
Nr. 138 § 394b (neu) Zukunftsfonds, Durchführung der Förderung im Rahmen der digitalen Transformation 197
Nr. 138 § 412 (neu) Ende der freiwilligen Mitgliedschaft für Anspruchsberechtigte nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes 200
Artikel 2 Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 201
Nr. 1 § 71 Beitragssatzstabilität, besondere Aufsichtsmittel 201
Nr. 2 § 73b Hausarztzentrierte Versorgung 202
Nr. 3 § 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten 203
Nr. 4 § 137g Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme 209
Nr. 5 § 266 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich), Verordnungsermächtigung 210
Nr. 6 § 270 Sonstige Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds 211

7 § 295 Übermittlungspflichten, Verpflichtung zur Empfangsbereitschaft und Abrechnung bei ärztlichen Leistungen 212

Artikel 3 Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes 213

Nr. 1 § 2a Krankenhausstandort 213

Nr. 2 § 17a Finanzierung von Ausbildungskosten 214

Nr. 3 § 17b Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung 215

Nr. 4 § 17c Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Statistik und § 17d Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen 216

Nr. 5 § 17d Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen 217

Nr. 6 § 18 Pflegesatzverfahren 218

Nr. 7 § 18a Schiedsstelle, Verordnungsermächtigung 219

Nr. 8 § 19 Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen 221

Nr. 9 § 21 Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser aufgrund von Sonderbelastungen durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 222

Nr. 10 § 21a Versorgungsaufschlag an Krankenhäuser auf Grund von Sonderbelastungen durch das Coronavirus SARS-CoV-2 223

Artikel 4 Änderung der Bundespflegesatzverordnung 224

Nr. 1 § 9 Vereinbarung auf Bundesebene 224

Nr. 2 § 11 Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus 225

Nr. 3 § 13 Schiedsstelle 226

Artikel 5 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes 227

Nr. 1 § 5 Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen 227

Nr. 2 § 6 Vereinbarung sonstiger Entgelte 228

Nr. 3 § 9 Vereinbarung auf Bundesebene 229

Nr. 4 § 10 Vereinbarung auf Landesebene, Verordnungsermächtigung 230

Nr. 5 § 11 Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus 231

Nr. 6 § 13 Schiedsstelle 232

Nr. 7 § 15 Laufzeit 233

Nr. 8 § 21 Übermittlung und Nutzung von Daten 234

Artikel 6 Änderungen des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch 235

Nr. 1 § 106 Zuschuss zur Krankenversicherung 235

Artikel 7 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch 236

Nr. 1 a § 25 Familienversicherung 236

Nr. 1 b § 25 Familienversicherung 237

Nr. 2 § 47a Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen . 239

Nr. 3 § 50 Melde- und Auskunftspflichten bei Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung 240

Nr. 4 § 56 Beitragsfreiheit 241

Nr. 5 § 60 Beitragszahlung 242

Artikel 8 Änderungen des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch 243

Nr. 1 § 24 Geschädigte durch Schutzimpfungen oder andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe 243

Nr. 2 § 113 Örtliche Zuständigkeit 244

Artikel 9 Änderung des AMG 245

§ 78 Preise 245

Artikel 10 Änderung des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes 246

§ 9a (neu) (ohne Titel: Erwerb der erweiterten Kompetenzen im Rahmen des Modellvorhaben) 246

Artikel 11 Änderung des Gesetzes über die Pflegeberufe 248

§ 33 Aufbringung des Finanzierungsbedarfs; Verordnungsermächtigung 248

Artikel 12 Änderung des Sozialgerichtsgesetzes 249

Nr. 1 § 29 Abs. 2 249

Nr. 2 § 29 Abs. 3 250

Nr. 3 § 29 Abs. 4 251

Artikel 15 Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung 252

Nr. 1 § 7 Verarbeitung von Daten für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs 252

Nr. 2 § 15 Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen und für strukturierte Behandlungsprogramme 255

Nr. 3 § 18 Jahresausgleich 256

Nr. 4 § 19 Ausschluss auffälliger Risikogruppen 257

Nr. 5 § 21 Ermittlung des Korrekturbetrags nach § 273 Absatz 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ... 258
Nr. 6 § 27 Übergangsregelung ... 259
Artikel 16 Weitere Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung ... 261
Nr. 1 § 4 Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben ... 261
Nr. 2 § 7 Verarbeitung von Daten für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs ... 262
Nr. 3 § 15 Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen und für strukturierte Behandlungsprogramme ... 263
Nr. 4 § 17 Mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen ... 264
Nr. 5 § 20 Prüfung der Datenmeldungen ... 265
Nr. 6 §§ 24 - 26 ... 266
Nr. 7 § 27 Übergangsregelung ... 267
Artikel 17 Änderung der Arzneimittel-Nutzenbewertungsverordnung ... 268
Nr. 1 § 3 Anwendungsbereich der Nutzenbewertung nach § 35a SGB V ... 268
Nr. 2 § 4 Dossier des pharmazeutischen Unternehmers ... 269
III. Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes ... 270
§ 15a Absatz 1 SGB V „Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung" Eigenständige staatliche Kompetenzfeststellung für bereits qualifizierte Pflegefachpersonen ... 270
§ 39e SGB V Übergangspflege im Krankenhaus ... 272
§ 65a SGB V, § 10 EStG: Steuerliche Behandlung von Bonuszahlungen ... 273
Schaffung von Möglichkeiten der Durchführung von digitalen und hybriden Sitzungen ... 276
§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte ... 280
Schaffung einer Prüfmöglichkeit von Sachkostenabrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung ... 281
§134 SGB V - Abschaffung freie Preisbildung DiGA im ersten Jahr der Listung. 282
Streichung der Erprobungsregelung für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) - § 139e SGB V -Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen; Verordnungsermächtigung ... 284
Einführung eines 14-tägigen Testzeitraums für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) ... 286

Einführung von Zuzahlungen für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) - § 33a SGB V i. V. m. § 61 SGB V 287

§ 295 SGB V Übermittlungspflichten, Verpflichtung zur Empfangsbereitschaft bei ärztlichen Leistungen | § 301 SGB V Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen 288

Harmonisierung der Qualitätssicherungsverfahren in der Rehabilitation 290

Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen – Datenaustausch zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen | § 301 SGB V 292

Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen - Datenaustausch zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen | § 301 SGB V 294

§ 301 Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen – Datenaustausch zwischen Vorsorge- und Reha-Einrichtungen und Krankenkassen 296

§ 21 Krankenhausentgeltgesetz 299

Nationale Umsetzung der Richtlinie (EU) 2026/799 zur Harmonisierung bestimmter Aspekte des Insolvenzrechts 300

I. Zusammenfassung

Mit dem vorliegenden Referentenentwurf soll der Hilfsmittelsektor konsolidiert und die Bürokratie im Gesundheitswesen abgebaut werden. Im Mittelpunkt stehen dabei die Vereinheitlichung von Verwaltungs- und Vertragsverfahren, der Abbau von Nachweis- und Berichtspflichten sowie die Weiterentwicklung einzelner Versorgungsbereiche. Auch im RSA werden Änderungen vorgenommen: neben dem Wegfall der sog. „Manipulationsbremse" erfolgt eine Neuordnung der Prüfverfahren, indem Einzelfallprüfungen bei auffälligen Diagnoseentwicklungen durch ein pauschaliertes Kürzungsverfahren ersetzt werden.

Der AOK-Bundesverband begrüßt die Initiative der Bundesregierung zum Abbau von Vorschriften, deren Aufwand in keinem Verhältnis zum Nutzen steht. Es werden eine Reihe von sehr sinnvollen Maßnahmen zur Verschlankung der ohnehin immer komplizierter gewordenen Regelungen in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung ergriffen. Hierzu gehören etwa die Ablösung des papiergebundenen Gutachterverfahrens für Zahnärzt/-innen sowie die Umstellung auf ein elektronisches Antrags- und Gutachterverfahren für genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen.

Verbesserungen beim Austausch von Einkommensdaten mit der Finanzverwaltung
Besonders hervorzuheben sind aber die Im Versicherungs-, Mitgliedschafts- und Beitragsrecht zum Zwecke der Entbürokratisierung geplanten Regelungen. Es ist begrüßenswert, da damit langjährigen AOK-Forderungen Rechnung getragen wird.
Hierzu zählt insbesondere der Austausch von Einkommenssteuerdaten mit der Finanzverwaltung. So werden Nachweispflichten und Prüfschritte reduziert, z. B. im Bereich der freiwilligen Versicherung und der Familienversicherung. Neben dem Quellenabzug der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge freiwillig versicherter Rentner werden weitere Regelungen geschaffen, die zuzüglich zum Entbürokratisierungseffekt ein weiteres Anwachsen der Beitragsrückstände in der gesetzlichen Kranken- und der sozialen Pflegeversicherung hemmen. Zudem sind die vorgesehene Vereinheitlichung von Einkommensgrenzen beispielsweise in der Familienversicherung oder die Neuformulierung von Textpassagen nicht nur Maßnahmen die Verwaltungsaufwände der Kranken- und Pflegekassen zu reduzieren, sondern auch die Komplexität des Sozialversicherungsrechts zu reduzieren.

Entbürokratisierungspotential bei Ermittlung der Belastungsgrenze von Versicherten bleibt ungenutzt
Die Entbürokratisierung des Verfahrens zur Ermittlung der Belastungsgrenze von Versicherten und zur Befreiung von der gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungsverpflichtung nach deren Erreichen wird dem Grunde nach ebenfalls begrüßt. Die vorgeschlagenen, komplexen, Regelungen bleiben in ihrer Ausgestaltung jedoch hinter dem größtmöglichen Entbürokratisierungspotential zurück. Sie erzeugen bei ihrer Umsetzung Zusatzaufwände für Versicherte und Krankenkassen und gefährden teils bereits etablierte,

kundenfreundliche und nachweisarme Verfahren der Krankenkassen zur Ermittlung der Belastungsgrenze und Befreiung von der Zuzahlungsverpflichtung. In der vorliegenden Stellungnahme werden in der Einzelbewertung alternative Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt.

Genehmigungspflicht für Hörhilfen ist Schritt in die falsche Richtung
In der Hilfsmittelversorgung werden eine Vielzahl von Änderungen vorgenommen, die aber leider nicht durchgehend entbürokratisierend und zukunftsorientiert wirken. Zu begrüßen sind die Streichung von redundanten Präqualifizierungserfordernissen und die Etablierung von Richtlinien zur Klärung von Unstimmigkeiten bei Hilfsmittelempfehlungen aus Sozialpädiatrischen Zentren. Geradezu grotesk wirkt es aber, in einem Bürokratierückbaugesetz ein verpflichtendes Genehmigungsverfahren für alle Hörhilfen-Versorgungen einzuführen. Bewährte Prozesse werden damit unnötig verzögert und verteuert. Abzulehnen sind auch die Vorgaben zur bundesweiten Standardisierung der Qualitätsprüfungen. Hier werden zusätzliche, ressourcenbindende Berichtspflichten geschaffen, die besser weiter spezifisch dort eingesetzt werden sollten, wo es in der regionalen Versorgungspraxis konkrete Hinweise auf Defizite gibt.

Verpasste Chance bei der Neuregelung der sektorenübergreifenden Schiedsgremien
Die Überführung der Schiedsgremien in eigenständige Paragraphen ist zwar nachvollziehbar, aber das Grundproblem bei den sektorenübergreifenden Schiedsgremien bleibt ungelöst: Das Stimmenverhältnis zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern ist weiterhin zu Ungunsten der Krankenkassen ausgestaltet. Zwei Stimmen der Kostenträgern stehen vier Stimmen der Leistungserbringer gegenüber. Ein sachgerechter Interessensausgleich bleibt so weiterhin auf der Strecke, gerade wenn es um die Vergütung von sektorenübergreifenden Leistungen geht. Wenn der Gesetzgeber gesamthaft Änderungen vornimmt, so muss die Chance genutzt werden hier Änderungen zu erreichen.

Disease-Management-Programme - Bürokratie und Kosten werden verlagert, Qualitätsmaßstäbe zurückgebaut
Die vorgeschlagenen Anpassungen zur vermeintlichen Vereinfachung und Beschleunigung der DMP lehnt die AOK-Gemeinschaft in dieser Form grundlegend ab. Das Maßnahmenpaket konterkariert die Zielstellung des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes und stellt für die angekündigte Primärversorgungsreform eine schwere Hypothek dar. Es wird nicht nur die Arztzentrierung in der Versorgung weiter fortschreiben, sondern in den Arztpraxen über Gebühr Kapazitäten binden.

Für eine breites Angebot in der Fläche sind Kontrahierungszwang und einheitlich gemeinsame Verträge zwischen Kassen und den kassenärztlichen Vereinigungen die falschen Instrumente. Es liegt in der Natur der Sache, dass kollektivvertragliche Zwangsverträge stets nur den kleinsten gemeinsamen Nenner erzwingen werden. Der

Verzicht auf wettbewerblich ausgerichtete DMP-Modelle gefährdet regionale Ansätze und verhindert Effizienzsteigerung. Auch gefährden Kontrahierungszwang und Schiedsverfahren die Akzeptanz und Wirtschaftlichkeit der Programme.

Bereits die Erfahrungen mit der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) zeigen, dass hiermit nicht per se ein flächendeckendes Angebot durchgehend sichergestellt werden kann. Auch ist das nun vorgesehene Schiedsverfahren mit einer unabhängigen Schiedsperson ein Widerspruch in sich. Das Modell entstammt der selektivvertraglich organisierten HzV. Nun soll es aber auf einheitlich und gemeinsame Zwangsverträge mit KVen angewendet werden. Hierfür gibt es aber bereits adäquate Strukturen in der kollektivvertraglichen Regelversorgung.

Bei genauer Betrachtung fällt auf, dass der angestrebte Bürokratierückbau vor allem den Bund entlastet. So sollen beim Bundesamt für soziale Sicherung (BAS) Aufgaben im Umfang von rund sieben Vollzeitäquivalenten entfallen, während bei den Kassen durch die Angebots- und Vertragspflicht einschließlich der Schiedsverfahren zusätzliche Kosten ohne Gegenfinanzierung entstehen. Innerhalb eines Jahres müssen die Kassen enorme Kapazitäten aufwenden sowie auch die technischen Voraussetzungen zusammen mit den Dienstleistern weiterentwickeln. Es ist daher grob fahrlässig, dass der Referentenentwurf diese Mehraufwände nicht ausreichend adressiert bzw. diese als unerheblich bezeichnet. Auch wird das Maßnahmenpaket dazu führen, dass die Qualität der Programme und damit die Versorgung chronisch Erkrankter verwässert wird.

Das Ziel, alle vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen DMP verbindlich flächendeckend umzusetzen, kommt einer Überführung in die Regelversorgung gleich. Wenn das so gewollt ist, wäre es aus Sicht der AOK-Gemeinschaft zielführender, DMP – im Zuge der Primärversorgungsreform - in den hausärztlichen Versorgungsauftrag aufzunehmen und die DMP-spezifischen Leistungen in den EBM zu überführen. In der Praxis führt diese Alternative schneller zum Ziel als die vorgesehene Vertragspflicht in Verbindung mit neu aufzubauenden Schiedsstrukturen und zu erwartenden Schiedsverfahren.

Zweckentfremdung von Finanzmitteln der Beitragszahlenden setzt sich an verschiedenen Stellen fort

Im Referentenentwurf finden sich verschiedene Maßnahmen, die die Finanzmittel der Beitragszahlenden zweckentfremden.

So soll Rahmen des Gesetzgebungsvorhaben ein weiterer Fördertopf, der sog. Zukunftsfonds digitale Gesundheit, zu Lasten der Beitragszahlenden geschaffen werden. Damit soll ein Förderinstrument geschaffen werden, das gezielt der Beschleunigung der digitalen Modernisierung des Gesundheitswesens sowie der nachhaltigen Stärkung der IT-Sicherheit dient.

Die Schaffung dieses neuen Fördertopfs lehnt die AOK-Gemeinschaft ab. Mit diesem Instrument wird weitere Förderbürokratie aufgebaut und die Verfügungshoheit über die Beitragsmittel weg von den Krankenkassen hin zu einem "Digital Health Council" verlagert. Damit sollen dann - nach Abzug der Verwaltungskosten – weitgehend Vorhaben finanziert werden, für die es bereits grundsätzliche Finanzierungsregelungen gibt oder vorgesehen sind, wie zum Beispiel für die digitale Bedarfseinschätzung im Rahmen des GeDIG. Die Anforderungen an die Infrastrukturebene und die IT-Sicherheit sind ebenso bereits gesetzlich geregelt und bedürfen ebenfalls keiner weiteren Förderung. Zudem besteht die Gefahr eines fördermittelinduzierten Investitionsverhaltens. In Erwartung einer möglichen Förderung werden Vorhaben nicht oder erst zeitverzögert realisiert. Des Weiteren sind Mitnahmeeffekte von Vorhaben zu befürchten, die auch ohne Förderung durchgeführt worden wären. Erhebliche Bedenken bestehen zudem, ob die verfassungsrechtlichen Grenzen der zulässigen Verwendung von Beitragsmitteln eingehalten werden. Besonders kritisch ist die Finanzierung der ministeriellen Aufgabenwahrnehmung des Bundesministeriums für Gesundheit durch Beitragsmittel der GKV sowie die weitreichende ministerielle Steuerung des Förderverfahrens. Dadurch droht die verfassungsrechtlich geschützte finanzielle und organisatorische Eigenständigkeit der Sozialversicherung verletzt zu werden.

Ebenfalls kritisch ist die geplante Maßnahme zur Förderung der Barrierefreiheit in der ambulanten Versorgung zu bewerten. Vor dem Hintergrund der prekären Finanzlage der GKV ist nicht nachzuvollziehen, dass aus dem Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigungen zukünftig eine feste Mindestfinanzierung von 20 % für die Barrierefreiheit der Arztpraxen vorgesehen werden muss, ohne dass bekannt ist, ob diese Mittel für sinnvolle Zwecke in dieser Höhe erforderlich sind. Außerdem ist eine klare Abgrenzung der Mittelverwendung nicht möglich, weil Maßnahmen wie die Förderung telemedizinischer Versorgungsformen allen Menschen und damit auch Menschen mit Behinderungen zu Gute kommen. Eine zusätzliche Finanzierung ist nicht erforderlich, denn die Barrierefreiheit ist schon jetzt Aufgabe der Praxen. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab bildet die Praxiskosten bereits ab. Die Auswahl geeigneter oder weniger geeigneter Praxisstandorte ist Gegenstand unternehmerischer Entscheidungen mit der Folge von geringeren oder hohen Zusatzkosten für die Barrierefreiheit. Hierfür haftet der Unternehmer und nicht die Solidargemeinschaft. Im Übrigen dürfte dies (wenn es denn erforderlich wäre) nicht allein von der GKV getragen werden, da die Praxen auch für ein wachsendes Angebot an Privatleistungen und auch von anderen Kostenträgern genutzt werden. Im Zuge der Überführung von extrabudgetären Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nach GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz kommt es darüber hinaus zu einem sprunghaften Anstieg des Strukturfonds; Mittel, die in der Versorgung fehlen. Stattdessen sollte der Anstieg auf die Veränderungsrate der Grundlohnsumme begrenzt werden. Die Kassenverbände sollten über die Mittelverwendung mitentscheiden können. Auch im Bereich der Vorsorge

und Rehabilitation werden Neuregelungen zur Barrierefreiheit gefordert, deren finanzielle Auswirkungen einseitig zulasten der GKV gehen, obwohl diese Einrichtungen trägerübergreifend belegt werden.

Vorgesehene Vereinfachungen in den Prüfungen zur Sicherung der Datengrundlagen im Risikostrukturausgleich sind grundsätzlich zielführend aber nicht konsequent und umfassend genug

Mit den vorgesehenen Änderungen zur Sicherung der Datengrundlagen im Risikostrukturausgleich beabsichtigt der Gesetzgeber, die entsprechenden Prüfungen nach § 273 SGB V weniger bürokratieaufwändig und schneller durchführen zu können.

Die bestehenden Verfahren nach § 273 SGB V sind auch aus Sicht der AOK-Gemeinschaft nicht rechtssicher umsetzbar. Mit der Umsetzung der aktuell geltenden Regelungen des § 273 SGB V sind seit ihrer Einführung erhebliche Planungs- und Rechtsunsicherheiten auf allen Seiten verbunden. Die ungeeigneten Prüfverfahren führen zu erheblichen wettbewerbsverzerrenden Effekten bei den Krankenkassen. Alle Beteiligten stehen seit Jahren vor einem erheblichen bürokratischen Mehraufwand und erheblichen unnötigen Kosten.

Diese Inkonsistenz hat zwangsläufig zu einer großen Anzahl sozialgerichtlicher Verfahren geführt. Wenn vorliegende erstinstanzliche Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung Bestand haben, werden eine sehr große Zahl an Verfahren rückabgewickelt werden müssen. Da eine ungeeignete Rechtsgrundlage retrospektiv nicht zu heilen ist, müssten aus Sicht der AOK-Gemeinschaft sämtliche Prüfverfahren ab 2013 grundsätzlich eingestellt bzw. rückabgewickelt werden. Auf dieser Grundlage ist die vorliegende Stellungnahme einzuordnen:

- Die vorgesehenen Vereinfachungen in den Verfahren sind grundsätzlich zielführend aber nicht konsequent und umfassend genug, denn sie fokussieren allein auf die regulären Einzelfallprüfungen nach statistischer Auffälligkeit.
- Der im Verfahren vorgesehene normative Toleranzaufschlag i. H. v. 5 % kompensiert den Wegfall jeglicher Rechte der Krankenkassen auf Anhörung und Darlegungen von Ursachen für statistisch signifikante Anstiege nur unzureichend.
- Insbesondere bei der Anwendung auf statistische Prüfverfahren 2013 – 2019 muss auch die systematische Benachteiligung regionaler Krankenkassen durch einen deutlich erhöhten Toleranzwert reduziert werden.
- Die systematische Ungleichbehandlung bei der (nicht) erfolgten Einleitung von Verfahren für die Berichtsjahre 2013 – 2015 darf nicht durch eine Überführung und Fortführung als anlassbezogene Verdachtsprüfungen neuen Rechts perpetuiert werden, da gleiche Sachverhalte nicht mehr gleichförmig über alle Krankenkassen verfolgt werden können.

- Vielmehr müssen nicht nur diese Ungleichbehandlungen, sondern alle Verdachtsprüfungen bis 2017 beendet werden, weil sonst Krankenkassen für Maßnahmen sanktioniert würden, die bis Inkrafttreten des HHVG ausdrücklich rechtskonform waren.
- Für die Prüfung der Berichtsjahre ab 2025 sind die vorgesehenen statistischen Verfahren grundsätzlich geeignet und die vorgesehene Aussetzung für 2020 – 2024 sachgerecht.
- Zudem reduziert die Vereinheitlichung der Rückrechnung auf das jeweilige Vorjahr bei der Ermittlung von Korrekturbeträgen und Zuweisungskürzung Aufwände und Problemlagen. Die vorgesehene Anrechnung geleisteter Korrekturbeträge ist richtig, aber unvollständig umgesetzt.
- Allerdings muss die Möglichkeit einer zeitlichen Streckung der Zahlung und Bilanzierung von Rückzahlungsbeträgen auch für das Verfahren nach Absatz 8 gelten.

Das Ziel des Gesetzgebers, die Verfahren geordnet und sachgemäß abzuschließen, wird mit dem vorliegenden Referentenentwurf insb. für die Verdachtsprüfungen nicht erfüllt. Damit sind langwierige Auseinandersetzungen und Gerichtsverfahren weiterhin unumgänglich.

Finanzielle Risiken nicht vollständig offengelegt

Der unterstellte Entlastungsbeitrag für alle Normadressaten wird im RefE bis zum Jahr 2030 auf (magere) etwa 100 Millionen Euro jährlich geschätzt.

Demgegenüber wird die Belastung der GKV ab 2028 mit einem niedrigen zweistelligen Millionenbetrag *angesetzt*. Die so bezifferten Mehrausgaben unterschätzen die Kostenwirkung allerdings teilweise um den Faktor 10. Hierzu gehört insbesondere die vorgesehene Einführung einer Vertragspflicht für Disease Management-Programme, die im Umsetzungsjahr die Ausgaben sprunghaft in die Höhe treiben wird.

Aber auch die separate Bedarfsplanung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten führt zu einer Steigerung der Anzahl der Zulassungen – auch für Psychologische Psychotherapeuten – und zu daraus folgenden Ausgabensteigerungen, die im Entwurf nicht ausreichend beziffert sind. Hinzu kommt in diesem Bereich die geplante Zusammenführung der Kurzzeittherapie 1 und 2 zu einem einstufigen Antragsverfahren über 24 Therapieeinheiten. Dies enthält einen hohen Anreiz, Behandlungen unabhängig vom Bedarf zu verlängern.

Der AOK-Bundesverband lehnt die im Gesetzentwurf geplante Einführung einer Geringfügigkeitsgrenze in Höhe von 300 Euro im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung strikt ab. Ob die jährliche Belastung für die GKV, wie vom BMG ausgeführt, nur einen sehr geringen Anteil ausmachen würde, ist höchst fraglich. So würde nicht nur das Rückforderungsvolumen der Prüfanträge wegfallen, die unterhalb der 300-Euro-Grenze liegen, sondern auch die präventive Wirkung auf das ärztliche Verordnungsverhalten mit ggf. Folgewirkungen auf weitere Quartale würden gänzlich entfallen.

Dies könnte erhebliche finanzielle Folgen für die GKV haben. Daher lehnen wir die gesetzliche Vorgabe einer Bagatellgrenze ab.

Zudem stellen die im Gesetzentwurf vorgesehenen Anpassungen zur Erstattungsfähigkeit spezifischer Prophylaxen eine erhebliche Leistungsausweitung für die GKV dar. Besonders kritisch zu sehen sind die kurze Frist, innerhalb der der GBA eine Entscheidung treffen soll, sowie der Automatismus, dass eine spezifische Prophylaxe erstattungsfähig ist, wenn der GBA innerhalb einer Frist von acht Wochen zu keiner Entscheidung kommt. Dadurch geraten die Arbeitsprozesse im Gemeinsamen Bundesausschuss unter erheblichen Zeitdruck, um eine ggf. als nicht gerechtfertigt angesehene Leistungsübernahme von Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe zu verhindern. Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes ist diese Regelung, auch aufgrund der knappen Finanzen, zu streichen.

Nachfolgend wird im Einzelnen zu den wesentlichen Regelungen des Referentenentwurfs Stellung genommen. Darüber hinaus sind in dieser Stellungnahme AOK-Vorschläge für zusätzlichen Änderungsbedarf enthalten.

II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1 Buchstabe a - § 5 SGB V - Versicherungspflicht

A Beabsichtigte Neuregelung

Nach der derzeitigen Rechtslage besteht während des Rentenbezugs Krankenversicherungspflicht in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR), sofern die hierfür erforderliche Vorversicherungszeit erfüllt ist. Die sogenannte Rahmenfrist für die Prüfung der Vorversicherungszeit beginnt mit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit und endet grundsätzlich mit der Stellung des Rentenantrages.

In bestimmten Fällen ist die erforderliche Vorversicherungszeit zum Zeitpunkt der Rentenantragstellung noch nicht erfüllt, kann jedoch im weiteren Verlauf des Rentenantragsverfahrens erreicht werden. Hier setzt die Neuregelung an. Bislang besteht in diesen Fällen lediglich die Möglichkeit, den Rentenantrag zurückzunehmen und zu einem späteren Zeitpunkt erneut zu stellen, um die zwischenzeitlich hinzugekommenen Versicherungszeiten berücksichtigen zu können.

Mit der Neuregelung wird nunmehr ermöglicht, Versicherungszeiten, die nach der Rentenantragstellung zurückgelegt werden, bei der Prüfung der Vorversicherungszeit zu berücksichtigen. Hierzu kann in eng begrenzten Ausnahmefällen und ausschließlich bei Altersrenten das Ende der Rahmenfrist auf den von der oder dem Versicherten gewählten Rentenbeginn verlegt werden. Voraussetzung ist dabei, dass zwischen der Rentenantragstellung und dem gewählten Rentenbeginn ein angemessener Zeitraum liegt.

B Stellungnahme

Das mit der Neuregelung verfolgte Ziel, möglichst vielen Rentnerinnen und Rentnern den Zugang zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) zu ermöglichen, ist grundsätzlich positiv zu bewerten. Insbesondere ist zu begrüßen, dass Versicherungszeiten, die erst nach der Rentenantragstellung hinzukommen, künftig unter bestimmten Voraussetzungen bei der Prüfung der Vorversicherungszeit berücksichtigt werden können. Damit wird vermieden, dass Versicherte allein aufgrund des Zeitpunkts der Rentenantragstellung die Voraussetzungen für eine Pflichtmitgliedschaft in der KVdR nicht erfüllen, obwohl die erforderlichen Versicherungszeiten im zeitlichen Zusammenhang mit dem Rentenbeginn erreicht werden.

Ebenfalls positiv hervorzuheben ist, dass die Neuregelung möglichst verwaltungsarm ausgestaltet werden soll und damit sowohl für die betroffenen Versicherten als auch für die Krankenkassen eine praktikable Lösung geschaffen werden soll.

Gleichwohl ist zu berücksichtigen, dass voraussichtlich nur ein sehr kleiner Personenkreis von dieser Regelung profitieren wird. Vor diesem Hintergrund stellt sich die

Frage, ob die Einführung einer entsprechenden Sonderregelung tatsächlich erforderlich ist oder ob die bereits bestehenden Gestaltungsmöglichkeiten ausreichend sind. Insbesondere besteht bislang die Möglichkeit, den Rentenantrag vorübergehend zurückzunehmen und zu einem späteren Zeitpunkt erneut zu stellen, sobald die erforderliche Vorversicherungszeit erfüllt ist. Dieses Vorgehen ermöglicht bereits heute, die zwischenzeitlich hinzugekommenen Versicherungszeiten bei der Beurteilung des KVdR-Zugangs zu berücksichtigen.

Es sollte daher kritisch geprüft werden, ob der mit der Neuregelung verbundene zusätzliche rechtliche und administrative Regelungsbedarf in einem angemessenen Verhältnis zu dem erwarteten Nutzen steht. Dabei ist insbesondere zu berücksichtigen, dass für die betroffenen Einzelfälle bereits eine rechtlich mögliche Handlungsalternative besteht.

C Änderungsvorschlag

Die Änderung ist in Abhängigkeit vom Prüfergebnis ggf. zu streichen.

Nr. 1 Buchstabe b - § 5 Absatz 8a SGB V Versicherungspflicht

A Beabsichtigte Neuregelung

Das bisherige Verständnis der Regelung über einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall bei Leistungsbezug nach § 2 oder § 4 des AsylbLG wurde durch das Urteil des Bundessozialgerichts vom 10. März 2022 – B 1 KR 30/20 R aufgehoben, was zu erheblichen und vom Gesetzgeber unbeabsichtigten Auswirkungen für die gesetzliche Krankenversicherung sowie die Versicherten führte. Die geplante Neuregelung stellt die ursprünglich vom Gesetzgeber beabsichtigte Wirkung wieder her: Sowohl der Leistungsbezug nach § 2 wie auch der bloße Anspruch auf Leistungen nach § 4 AsylbLG gelten als anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall. Damit entfällt für diese Personen die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bzw. die obligatorische Anschlussversicherung. Endet also eine Versicherungspflicht aufgrund des Endes einer Beschäftigung, besteht weiterhin zunächst ein nachgehender Leistungsanspruch von einem Monat. Liegt dann ein Anspruch nach § 4 AsylbLG vor, sind ausschließlich die Asylbewerberleistungsträger für die Krankenbehandlung zuständig.

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der in Buchstabe b geregelten Konsequenz bei Leistungsansprüchen nach den §§ 2 und 4 des AsylbLG. § 5 Absatz 8a SGB V regelt künftig einheitlich die Auswirkungen auf die Auffangversicherungspflicht gemäß § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V sowie auf obligatorische Anschlussversicherungen nach § 188 Absatz 1 SGB V. Eine zusätzliche Regelung in § 5 Absatz 11 Satz 3 SGB V zur Auffangversicherungspflicht ist somit entbehrlich und aufzuheben.

B Stellungnahme

Die Regelungen werden ausdrücklich begrüßt. Die Wiederherstellung der ursprünglich vom Gesetzgeber gewollten einheitlichen Auslegung des Begriffs des anderweitigen Anspruchs auf Absicherung im Krankheitsfall ist längst überfällig und hat unzählige Personen schuldlos in erhebliche finanzielle Bedrängnis gebracht. Die Asylbewerberleistungsträger hatten eine Beitragsübernahme zur freiwilligen Versicherung verweigert, der Hilfebedarf nach dem AsylbLG sah zudem keinen Betrag für den Krankenversicherungsschutz vor, womit im Ergebnis die Betroffenen die Krankenversicherungsbeiträge schlicht nicht zahlen konnten. Dies ging ausschließlich zu Lasten der Versichertengemeinschaft. Auch nach dieser notwendigen Korrektur verbleiben die bereits entstandenen Leistungsausgaben bei der Versichertengemeinschaft. In Anbetracht der finanziellen Lage der GKV wäre allerdings ein Ausgleich der Beitragsausfälle und der Leistungsausgaben zu Lasten der zuständigen Asylbewerberleistungsträger wünschenswert.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 1 Buchstabe c - § 5 Absatz 8a SGB V Versicherungspflicht

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der in Buchstabe a geregelten Konsequenz bei Leistungsansprüchen nach den §§ 2 und 4 des AsylbLG. § 5 Absatz 8a SGB V regelt künftig einheitlich die Auswirkungen auf die Auffangversicherungspflicht gemäß § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V sowie auf obligatorische Anschlussversicherungen nach § 188 Absatz 1 SGB V. Eine zusätzliche Regelung in § 5 Absatz 11 Satz 3 SGB V zur Auffangversicherungspflicht ist somit entbehrlich und aufzuheben.

B Stellungnahme

Folgerichtige Regelung.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 2 § 8 SGB V - Befreiung von der Versicherungspflicht

A Beabsichtigte Neuregelung

Streichung der Befreiungsmöglichkeit bei Eintritt der Versicherungspflicht nach Reduktion der Arbeitszeit auf die Hälfte oder weniger als die Hälfte der regelmäßigen Wochenarbeitszeit vergleichbarer Vollbeschäftigter eines Betriebes.

B Stellungnahme

Die Regelung wird mit Verweis darauf gestrichen, dass sich die Förderung von Teilzeitarbeit in Zeiten des Fachkräftemangels kontraproduktiv auswirkt. Inwieweit diese Maßnahme zur Bekämpfung des Fachkräftemangels hilfreich ist, kann aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht nicht abschließend bewertet werden, auch wenn sich diese Maßnahme in der dargestellten Sachverhaltskonstellation durch den Ausschluss des Verbleibs in der PKV positiv für die gesetzlichen Krankenkassen auswirken könnte.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 3 § 10 SGB V - Familienversicherung

A Beabsichtigte Neuregelung

a)

aa) Die unterschiedlichen Einkommensgrenzen in der Familienversicherung werden zugunsten einer einheitlichen Einkommensgrenze in Höhe der Geringfügigkeitsgrenze nach § 8 Absatz 1a SGB IV zusammengeführt.

bb) Folgeänderung zur Neuregelung aa) aufgrund des Wegfalls der unterschiedlichen Einkommensgrenzen.

B Stellungnahme

a)

aa + bb) Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt, da sie eine bereits längere Zeit bestehende AOK-Forderung aufgreift. Der Wegfall der differenzierten Einkommensgrenzen vermindert den Aufwand bei der Prüfung der Voraussetzungen über das Bestehen oder Fortbestehen einer Familienversicherung bei den Krankenkassen. Er trägt zudem zur besseren Verständlichkeit und Übersichtlichkeit der gesetzlichen Regelungen bei.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Hinweis: Harmonisierung der Inkrafttretenszeitpunkte § 10 Absatz 1 Satz 6 SGB V (Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe a; bb) und § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V (Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe a; aa) auf den 01.01.2028.

Nr. 3 § 10 SGB V - Familienversicherung

A Beabsichtigte Neuregelung

b)

aa) Es handelt sich um eine rechtsförmliche Anpassung. Die bisherigen Halbsätze des § 10 Absatz 2 Nummer 3 werden in Absatz 2 Satz 2 bis 5 überführt (siehe bb)).

bb) Die Prüfung des Kausalzusammenhangs zwischen der Unterbrechung bzw. Verzögerung der Schul- oder Berufsausbildung durch die Erfüllung des gesetzlichen Wehrdienstes entfällt. Die Dienstzeit eines vor Vollendung des 25. Lebensjahres erfüllten gesetzlichen Wehr- oder Freiwilligendienstes kann ohne Prüfung der Kausalität eine Verlängerung der Familienversicherung bis zu einem Jahr über das 25. Lebensjahr hinaus ermöglichen.

B Stellungnahme

b)

aa) Die Anpassung ist sachgerecht.

bb) Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt. Der Wegfall der Kausalitätsprüfung trägt zur Vereinfachung der Anrechnung des Verlängerungstatbestandes „gesetzlicher Wehr- oder Freiwilligendienst“ für die Familienversicherung und somit zur Entlastung der Krankenkassen und der Versicherten von Verwaltungsaufwänden bei.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 4 § 15 SGB V – Ärztliche Behandlung, elektronische Gesundheitskarte

A Beabsichtigte Neuregelung

Zur Umsetzung des Direktzugangs in der Physiotherapie im Rahmen der neu eingeführten Modellvorhaben nach § 64f SGB V ist eine entsprechende Ausnahme von der generell geltenden, verpflichtenden ärztliche Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte einzufügen.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine nachvollziehbare Folgeänderung. Die eigenverantwortliche Ausübung von Heilkunde im Bereich der Physiotherapie ist grundsätzlich begrüßenswert, jedoch besteht großer Nachbesserungsbedarf an der konkreten Ausgestaltung der Modellvorhaben nach § 64f SGB V (siehe Kommentierung zu Nr. 27).

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 5 § 15a SGB V – Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Verordnungsbefugnisse qualifizierter Pflegefachpersonen werden um besondere Medizinprodukte ergänzt, die für die jeweiligen Leistungen der häuslichen Krankenpflege benötigt werden.

Die erstmalige ärztliche Verordnung und die Aufnahme der Leistungen und Produkte in den vertraglich vereinbarten Katalog bleiben Voraussetzung.

B Stellungnahme

Die Erweiterung wird begrüßt. Die eigenverantwortliche Verordnung der häuslichen Krankenpflege muss auch die dafür erforderlichen Medizinprodukte umfassen. Dies vermeidet zusätzliche ärztliche Kontakte bei der weiteren Versorgung.

Die Verordnungsbefugnis bleibt an die erforderliche Qualifikation und die vertraglich vereinbarten Leistungen gebunden. Sie schafft keine allgemeine Befugnis zur Erstverordnung.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 6 § 17 SGB V – Leistungen bei Beschäftigung im Ausland

A Beabsichtigte Neuregelung

In die Arbeitgeberpflicht zur Erstattung der Krankheitskosten bei entsandten Mitgliedern wird der Personenkreis der in der Krankenversicherung der Rentner pflichtversicherten Halbwaisen aufgenommen, um eine Gleichstellung mit familienversicherten Familienangehörigen herzustellen, die das entsandte Mitglied begleiten. Damit wird eine bisher vorhandene Regelungslücke geschlossen.

B Stellungnahme

Die Ergänzung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 7 § 20i SGB V - Leistungen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um redaktionelle Anpassungen, da Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe künftig in einem anderen Paragraphen geregelt werden.

B Stellungnahme

Die Regelungen sind ohne inhaltliche Änderung.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 8 § 20j SGB V - Präexpositionsprophylaxe

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Überschrift der Regelung wird konkretisiert. Damit wird klargestellt, dass der Anspruch auf Leistungen der medikamentösen Präexpositionsprophylaxe zur Verhütung einer Ansteckung mit dem Humanen Immundefizienz-Virus weiterhin in § 20j verortet ist, nicht jedoch andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe.

B Stellungnahme

Diese Klarstellung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 9 § 23 SGB V - Medizinische Vorsorgeleistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu a) Mit der Umbenennung des Paragraphen wird dem erweiterten Regelungsrahmen Rechnung getragen, bei dem die Ermächtigung des BMG zum Erlass einer Verordnung für Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe hierhin überführt wird.

Zu b) Der Regelungsvorschlag konkretisiert den Leistungsanspruch der Versicherten, nach dem auch Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe umfasst sind, welche vom Gemeinsamen Bundesausschuss auf Basis der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut in die Richtlinien aufgenommen wurden. Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist dabei zu berücksichtigen. Die Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang dieser Leistungen sollen in den Richtlinien des G-BA nach § 92 bestimmt werden, welcher die Entscheidung innerhalb von zwei Monaten zu treffen hat. Wird diese Frist nicht eingehalten, ist die Leistung zulasten der GKV erbringbar, bis die Richtlinienentscheidung vorliegt.

Weiterhin können Krankenkassen ergänzend auch andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe als Satzungsleistungen erstatten. Ebenso soll die Ermächtigung des BMG zum Erlass einer Rechtsverordnung für andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe fortbestehen.

Bisher konnte nach § 23 Absatz 1 Nummer 3 SGB V ein Anspruch auf diese Arzneimittel gegeben sein, sofern die höchstrichterlich konkretisierten Voraussetzungen vorlagen, also im Einzelfall das Erkrankungsrisiko bereits angelegt war, bei ungehindertem Verlauf der Eintritt einer präventablen Krankheit konkret drohte und daher eine medizinische Intervention erforderlich war (vgl. BSG, Urteil vom 22. April 2009 – B 3 KR 11/07 R). In der Praxis wurde die Versorgung allerdings uneinheitlich gehandhabt. Der Anpassungsvorschlag verfolgt daher das Ziel, die in der Versorgung aufgetretenen Unsicherheiten bezüglich des Leistungsanspruchs nach § 23 Absatz 1 Nummer 3 auf Versorgung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zur präventiven Anwendung zum Schutz vor Erkrankungen im Sinne einer spezifischen Prophylaxe durch eine gesetzliche Klarstellung auszuräumen.

Die Zuständigkeit für über den Leistungsumfang der GKV hinausgehende Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe nach dem Infektionsschutzgesetz verbleibt beim öffentlichen Gesundheitsdienst.

B Stellungnahme

Zu a) Die Änderung ist sachgerecht.

Zu b) Die Neuregelung ist kritisch einzuschätzen, denn sie setzt die Arbeitsprozesse im Gemeinsamen Bundesausschuss unter erheblichen Zeitdruck, um eine ggf. als nicht gerechtfertigt angesehene Leistungsübernahme von Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe zu verhindern. Faktisch ist dieser gehalten, über die Nichtaufnahme einer

neuen Leistung innerhalb eines sehr engen Zeitrahmens zu entscheiden und diese gesondert zu begründen. Damit kommt diesen Bewertungen der STIKO nicht nur in medizinischer und versorgungspolitischer Hinsicht, sondern auch aufgrund der ökonomischen Wirkung dieser Maßnahmen bezogen auf den budget impact für die GKV eine sehr hohe Bedeutung zu. Dem gegenüber steht der enge Zeitrahmen für die Entscheidungsfindung in einem eklatanten Missverhältnis. Die Folge, dass entsprechende Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe zunächst in den Leistungskatalog übergehen, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss nicht fristgerecht entscheidet, ist insbesondere angesichts der knappen GKV-Finanzen abzulehnen. Daher regen wir an, Absatz 1a Satz 4 zu streichen.

C Änderungsvorschlag

Absatz 1a Satz 4 wird gestrichen.

Nr. 10 § 24e SGB V - Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung, da § 127 SGB V neu gefasst wird.

B Stellungnahme

Die redaktionelle Anpassung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 11 § 33 SGB V - Hilfsmittel

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu a) Der Anspruch nach § 33 SGB V wird auf Hilfsmittel präzisiert, die für die Anwendung durch Laien vorgesehen sind. Der Leistungsanspruch umfasst auch die Beratung zur Auswahl der für die konkrete Versorgungssituation geeigneten und notwendigen Hilfsmittel und Dienstleistungen.

Zu b) Die Regelungen zu Sehhilfen werden zusammengefasst.

Zu c) Es wird klargestellt, dass der Anspruch auf Hilfsmittelversorgung auch die notwendigen Energiekosten elektrisch betriebener Hilfsmittel umfasst. Der GKV-Spitzenverband wird beauftragt die Einzelheiten in Richtlinien bundeseinheitlich zu regeln. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Zu d) Es wird ein Satz eingefügt, dass Versorgungen mit Hörhilfen künftig immer einer Genehmigung durch die Krankenkasse bedürfen.

Zu e) Mit der Ergänzung soll klargestellt werden, dass bei Vorliegen einer Empfehlung aus einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) keine zusätzliche vertragsärztliche Verordnung erforderlich ist. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen soll das Nähere zum Verfahren sowie zu Form und Inhalt der Empfehlung in Richtlinien festlegen.

Zu f) Das Inkasso der Zuzahlung wird auf die Krankenkasse übertragen, sofern der Leistungserbringer den Versicherten erfolglos schriftlich zur Zahlung aufgefordert hat.

B Stellungnahme

Zu a) Die Präzisierung wird begrüßt.

Zu b) Die Zusammenfassung ist sachgerecht.

Zu c) Die Neuregelung soll eine einheitliche, transparente und rechtssichere Erstattungspraxis sowie eine Verringerung des Verwaltungsaufwands bei Versicherten und Krankenkassen bewirken, dies wird grundsätzlich begrüßt. Die Formulierung erscheint allerdings zu offen gefasst. Die Energiekostenerstattung sollte auf ständig genutzte, verbrauchsintensive Hilfsmittel beschränkt bleiben. Maßstab hierfür könnte der Ausschluss der Hörgeräteenergieversorgung entsprechend der Rechtsverordnung nach § 34 Abs. 4 SGB V sein.

Zu d) Die Einführung einer generellen Genehmigungspflicht für Hörhilfen nach § 33 Absatz 5a SGB V wird abgelehnt. Sie verursacht zusätzlichen administrativen Aufwand bei Krankenkassen und Hörakustikern und steht damit im fundamentalen Widerspruch zur Intention des HiB, Bürokratie abzubauen. Außerdem verzögert und verteuert sich durch diesen zusätzlichen Prozessschritt die Versorgung der Versicherten. Der zusätzliche Aufwand wird perspektivisch durch höhere Vertragspreise zu refinanzieren sein.

Eine Genehmigung muss bei Vorliegen der leistungsrechtlichen Voraussetzungen erteilt werden. Sie ist unabhängig davon zu erteilen, ob der oder die Versicherte letztlich ein mehrkostenfreies Hörgerät oder aber eine Versorgung mit individuellen, zusätzlich zu bezahlenden Komfortmerkmalen wählt. Die Information über den bis auf die gesetzliche Zuzahlung kostenfreien Sachleistungsanspruch erfolgt bereits heute im Rahmen der Versorgung durch den Hörakustiker oder durch die Krankenkasse.

Zu e) Die vorgesehene Konkretisierung des Verfahrens sowie die Festlegung von Form und Inhalt der SPZ-Empfehlung in Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes der Krankenkassen ist sachgerecht. Bundeseinheitliche Vorgaben schaffen Rechtssicherheit und gewährleisten eine einheitliche, praktikable Umsetzung.

Zu f) Die Änderung wird abgelehnt. Sie führt zu einem erheblichen zusätzlichen Verwaltungsaufwand bei den Krankenkassen, da diese künftig nach einer erfolglosen Zahlungsaufforderung durch den Leistungserbringer den weiteren Einzug der gesetzlichen Zuzahlung übernehmen müssten. Auch beim Leistungserbringer entstehen zusätzliche Aufwände, der Versorgungsvorgang kann erst gegenüber der Krankenkasse abgerechnet werden, wenn die mit der Zahlungsaufforderung verbundene Frist verstrichen ist.

C Änderungsvorschlag

Zu a) Keiner.

Zu b) Keiner.

Zu c) Ergänzung des neugefassten Absatzes um: „*Die Richtlinien können zur Vereinfachung des Verfahrens Bagatellgrenzen vorsehen, die Rechtsverordnung nach § 34 SGB V ist zu beachten.*“

Zu d) Der neu eingefügte Satz ist zu streichen.

Zu e) Keiner.

Zu f) § 33 Abs. 8 Satz 2 Halbsatz 2 sollte nicht gestrichen werden.

Nr. 12 § 33b SGB V - Besondere Medizinprodukte

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen § 33b SGB V „Besondere Medizinprodukte" soll ein eigenständiger Leistungsanspruch für Medizinprodukte geschaffen werden, die nicht zur Anwendung durch Versicherte oder andere medizinische Laien bestimmt sind, sondern durch qualifiziertes Fachpersonal im Rahmen der häuslichen Krankenpflege oder der außerklinischen Intensivpflege angewendet werden. Der GKV-Spitzenverband soll ein entsprechendes Verzeichnis erstellen.

B Stellungnahme

Die Einführung eines eigenständigen Leistungsanspruchs für besondere Medizinprodukte nach § 33b SGB V wird begrüßt. Maßgeblich sollte sein, dass das besondere Medizinprodukt im Einzelfall für die in der Anlage der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und Absatz 7 unter der Überschrift Leistungen der Behandlungspflege aufgeführten Maßnahmen erforderlich ist. Einer zusätzlichen unmittelbaren Bezugnahme auf die §§ 37 und 37c SGB V bedarf es dabei nicht. Die maßnahmenbezogene Anknüpfung ist hinreichend bestimmt und vermeidet unnötige Abgrenzungsfragen, die aus einer zusätzlichen Bindung an bestimmte leistungsrechtliche Versorgungskontexte entstehen könnten.

C Änderungsvorschlag

§ 33 b Absatz 1 sollte wie folgt geändert werden:

Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Medizinprodukten im Sinne des Artikels 2 Nummer 1 der Verordnung (EU) 2017/745, die nicht zur Anwendung durch Laien bestimmt sind und die im Einzelfall ~~zur Durchführung von in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 aufgeführten~~ für die in der Anlage der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und Absatz 7 unter der Überschrift Leistungen der Behandlungspflege aufgeführten Maßnahmen erforderlich sind. ~~Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 oder von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c erforderlich sind~~. Der Anspruch umfasst auch die notwendigen Zubehörteile. Ein Anspruch nach Satz 1 besteht nur auf solche Produkte, die im Verzeichnis nach Absatz 2 aufgeführt sind und nicht bereits Bestandteil anderer Leistungen der Krankenbehandlung nach § 27 sind.

Nr. 13 § 35a SGB V - Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu a) Es ist eine Ergänzung dahingehend vorgesehen, dass die Pflicht zur Einreichung eines Dossiers für die Nutzenbewertung nach § 35a Absatz 1 SGB V auch dann besteht, wenn der G-BA nach der Neuregelung des § 23 Absatz 1a Satz 2 SGB V die Erstattungsfähigkeit eines Arzneimittels zur spezifischen Prophylaxe bestimmt. Aus Sicht des RefE ist dies erforderlich, da nach dem neuen § 23 Absatz 1a Satz 2 SGB V die Anwendung eines Arzneimittels zur spezifischen Prophylaxe erst dann erstattungsfähig wird, wenn der G-BA den Anspruch entsprechend konkretisiert hat. Die Pflicht zur Einreichung eines Dossiers soll entsprechend auch für den Fall bestimmt werden, wonach das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in einer Rechtsverordnung nach dem neuen § 23 Absatz 1a Satz 7 die Erstattungsfähigkeit der Anwendung eines Arzneimittels zur spezifischen Prophylaxe bestimmt.

Zu b) Nach dem RefE soll in § 35a Absatz 5b Satz 1 SGB V ergänzt werden, dass der G-BA den Zeitpunkt für die Pflicht zur Dossiereinreichung auch dann abweichend von § 35a Absatz 1 Satz 3 SGB V bestimmen kann, wenn ein Beschluss nach dem neuen § 23 Absatz 1a Satz 2 SGB V oder das Inkrafttreten einer Rechtsverordnung nach dem neuen § 23 Absatz 1a Satz 7 SGB V innerhalb von sechs Monaten ab dem nach Absatz 1 Satz 3 maßgeblichen Zeitpunkt zu erwarten ist und der pharmazeutische Unternehmer einen Antrag stellt. Dies soll die Bündelung von mehreren Bewertungsverfahren zu einem Wirkstoff ermöglichen, auch für den Fall eines Beschlusses des G-BA zur spezifischen Prophylaxe oder einer entsprechenden Rechtsverordnung des BMG. Nach dem RefE ist dies ein Beitrag zur Erhöhung der Verfahrenseffizienz.

B Stellungnahme

Zu a) Der Regelungsvorschlag ergibt sich aus der Neuregelung in § 23 SGB V und erscheint sachgerecht.

Zu b) Der AOK-Bundesverband begrüßt den Regelungsvorschlag.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 14 § 37 SGB V - Häusliche Krankenpflege

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung werden die bisher in den Absatz 9 und 10 vorgesehene Evaluation zur Kompetenzerweiterung nach § 37 Abs. 8 SGB V gestrichen.

B Stellungnahme

Die Streichung der Evaluationsregelung wird begrüßt. Eine Evaluation ist nicht erforderlich, da die Kompetenzerweiterung bislang nicht in die Regelversorgung überführt wurde und somit keine ausreichende praktische Umsetzung als Grundlage für eine aussagekräftige Evaluation stattgefunden hat. Die Streichung entspricht zu dem einer bereits von uns eingebrachten Forderung. Zudem ist im Rahmen der Evaluation nach § 73 d SGB V mit aussagekräftigen Erkenntnissen zum Verordnungsmanagement durch Pflegefachpersonen zu rechnen, so dass auch vor diesem Hintergrund eine zusätzliche Evaluation nicht erforderlich erscheint.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 15 § 39 SGB V - Krankenhausbehandlung

A Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 1a Satz 12 wird die Angabe „89a“ durch die Angabe „71c“ ersetzt.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderungen zur Einführung eines eigenständigen Titels „Schiedswesen“, in den die Regelungen zum sektorenübergreifenden Schiedsgremium des bisherigen § 89a überführt werden.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 16 § 39a SGB V - Stationäre und ambulante Hospizleistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bisher in § 39a Abs. 1 Satz 11 bis 13 SGB V enthaltene Schiedsregelung für Verträge zwischen Krankenkassen und stationären Hospizen soll in die neue übergreifende Vorschrift des § 71 a SGB V überführt werden. Danach soll bei Nichteinigung der Vertragsparteien eine unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten den Vertragsinhalt festlegen. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragsparteien zu gleichen Teilen. Können sich die Vertragsparteien nicht auf eine Schiedsperson einigen, wird diese durch zuständige Aufsichtsbehörden bestimmt. Darüber hinaus wird eine Fortgeltungsregelung eingeführt. Endet ein Vertrag und besteht weiterhin ein Anspruch auf Abschluss eines neuen Vertrages, gilt der bisherige Vertrag bis zum Abschluss eines neuen Vertrages ober bis zur Entscheidung der Schiedsperson fort.

B Stellungnahme

Die Überführung der bisherigen Schiedsregelung in eine übergreifende Vorschrift wird grundsätzlich nachvollzogen. Auch die vorgesehene Fortgeltung des bisherigen Vertrages kann dazu beitragen, vertragslose Zustände zu vermeiden und die Kontinuität der stationären Hospizversorgung sicherzustellen.

Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Festlegung des Vertragsinhalts durch einzelne Schiedspersonen einen erheblichen Einfluss auf die vertragliche Ausgestaltung und insbesondere die Vergütungsregelungen haben kann. Zudem erfolgt hälftige Kostentragung des Schiedsverfahrens unabhängig davon, welche Vertragspartei die Nichteinigung verursacht hat oder ihrer Mitwirkung an den Vertragsverhandlungen nicht ausreichend nachgekommen ist. Eine verursachungsgerechtere Kostenregelung sollte daher geprüft werden, um einen Anreiz zur rechtzeitigen und vollständigen Vorlage der erforderlichen Verhandlungsunterlagen zu schaffen.

Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass die Verträge zwischen Krankenkassen und stationären Hospizen auf Landesebene ausdrücklich vom Anwendungsbereich des § 71 a SGB V erfasst werden. Der vorgesehene Verweis auf § 39a Abs. 1 Satz 4 SGB V bezieht sich auf die Vereinbarungen auf Bundesebene und bildet die Verträge zwischen Krankenkassen und Hospizvertretern auf Landesebene nicht ab.

C Änderungsvorschlag

Ergänzung des § 71 a Abs. 1 Satz 1 um einen Verweis auf § 39 a Abs. 1 Satz 11 SGB V, damit auch die Verträge zwischen Krankenkassen und stationären Hospizen auf Landesebene vom Anwendungsbereich der Schiedsregelung erfasst werden.

Einfügung § 39a Absatz 1 Satz 12

„Abweichend von § 71 a Absatz 1 Satz 2 haben diejenigen Vertragspartner des Vertrages nach Satz 11 über die Einzelheiten der Versorgung die Kosten des Schieds-

verfahrens alleine zu tragen, die die für die Durchführung des Schiedsverfahrens erforderlichen Unterlagen trotz Aufforderung und angemessener Fristsetzung in den Verhandlungen des Vertrages nach Satz 11 nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorgelegt und dadurch die Einleitung des Schiedsverfahrens verursacht haben.“

Nr. 17 § 39e SGB V - Übergangspflege im Krankenhaus

A Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Änderung: Aus „Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6“ wird „Bundeskrankenhausschiedstelle nach § 18b Absatz 1“.

B Stellungnahme

Folgeänderung zu Art. II, Nr. 7 - § 18b (neu) KHG

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 18 § 43a SGB V - Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen wird auf Heranwachsende bis zum 21. vollendeten Lebensjahr erweitert.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung im Zusammenhang mit der angedachten Änderung in § 119 SGB V.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 19 § 45 SGB V - Krankengeld bei Erkrankung des Kindes

A Beabsichtigte Neuregelung

In § 45 Absatz 2 Satz 5 wird Satz 5 geändert. Der Grund liegt in der aufgrund des Wegfalls der Durchschnittsheuer erfolgten Rechtsänderung in § 47 Abs. 4 SGB V zur Höhe und Berechnung des Krankengeldes für Seeleute im Zuge des SGB VI-Anpassungsgesetzes. Dabei wurde die Sonderregelung für Seeleute in § 47 Abs. 4 Satz 1 SGB V: *„Für Seeleute gelten als Regelentgelt die beitragspflichtigen Einnahmen nach § 233 Abs. 1."* gestrichen, wodurch sich die restlichen Sätze von 2-5 auf 1-4 verschieben.

Der in § 45 Abs. 2 Satz 5 SGB V auf § 47 Abs. 4 Sätze 3-5 SGB V genommene Bezug wird deshalb entsprechend auf § 47 Abs. 4 Sätze 2-4 angepasst.

B Stellungnahme

Redaktionelle Änderung.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 20 § 46 Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld

A Beabsichtigte Neuregelung

Für freiwillig versicherte hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige sowie für Versicherte nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz, die das Optionskrankengeld für eine Absicherung im Krankheitsfall gewählt haben, soll der Anspruch auf Krankengeld nicht erst nach einer ununterbrochenen Dauer der Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen entstehen, wenn einzelne Arbeitsunfähigkeitszeiten auf derselben Krankheit beruhen.

Mit der beabsichtigten Streichung von § 46 Sätze 4 und 5 SGB V entsteht damit auch für den genannten Personenkreis der Anspruch auf Krankengeld ab den in § 46 Satz 1 genannten Zeitpunkten (in Verbindung mit der Anpassung in Nummer 21).

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

Das BSG hat mit Urteil vom 28.03.2019 - B 03 KR 15 /17 R - zur Anrechnung von Vorerkrankungen bei hauptberuflich Selbstständigen entschieden, dass die Entstehung des Anspruchs auf Krankengeld nicht eine ununterbrochene Dauer der Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen voraussetzt, wenn die einzelnen Arbeitsunfähigkeitszeiten auf derselben Krankheit beruhen.

Mit dieser Anpassung wird das Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld für diesen Personenkreis analog zu den Regelungen bei Arbeitnehmenden gesetzlich geregelt.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 21 § 49 Ruhen des Krankengeldes

A Beabsichtigte Neuregelung

a) Es handelt sich um eine Folgeänderung zum Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld für freiwillig versicherte hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige sowie Versicherte nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz, die das Optionskrankengeld für eine Absicherung im Krankheitsfall gewählt haben.

Es wird klargestellt, dass der Anspruch auf Krankengeld auch für diese Personengruppen, für die der Anspruch auf Krankengeld nun auch entsprechend § 46 Satz 1 SGB V entsteht, grundsätzlich für die Dauer der ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit ruht.

Darüber hinaus wird für freiwillig versicherte hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige, unständig bzw. kurzzeitig Beschäftigte sowie Versicherte nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz, die das Optionskrankengeld für eine Absicherung im Krankheitsfall gewählt haben, ergänzend geregelt, dass sich der Ruhenszeitraum analog den Regelungen im Entgeltfortzahlungsgesetz bezüglich der Anrechenbarkeit von „derselben" Krankheit verkürzen kann.

b) Hierbei handelt es sich um eine Folgeänderung zum Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld für Versicherten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz, die das Optionskrankengeld für eine Absicherung im Krankheitsfall gewählt haben.

Die bisherige Regelung aus § 46 Satz 5 SGB V zum Anspruch auf Krankengeld wird in die neue Systematik übertragen.

B Stellungnahme

a) Die Regelung ist sachgerecht.

In Fällen einer erneuten Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Erkrankung verkürzt sich der Ruhenszeitraum um die Anzahl der Tage der vorhergehenden Arbeitsunfähigkeitszeiten analog den Regelungen in § 3 Abs. 1 Satz 2 des EntgFG.

b) Die Regelung ist sachgerecht.

Für die Versicherten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz endet das Krankengeldruhen bereits vor der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit zu dem von der Satzung bestimmten Zeitpunkt, spätestens jedoch mit Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit, wenn ein Tarif nach § 53 Abs. 6 SGB V bei der Krankenkasse gewählt wurde.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 22 § 53 Wahltarife

A Beabsichtigte Neuregelung

a) Korrespondierend zu den Anpassungen in Artikel 1 Nummer 21 a) werden mit dem angepassten § 53 Abs. 6 Satz 1 SGB V die geänderten Regelungen in § 49 Abs. 1 Nr. 7 nachgezogen. Es handelt sich um eine Folgeänderung zum Entstehen des Anspruchs auf Krankengeld für freiwillig versicherte hauptberuflich selbstständig Erwerbstätige, unständig bzw. kurzzeitig Beschäftigte sowie Versicherte nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz, die das Optionskrankengeld für eine Absicherung im Krankheitsfall gewählt haben.

In der Satzung sind für die genannten Personenkreise Tarife anzubieten, die ein Ruhen des Krankengeldanspruchs ausschließen oder den Ruhenszeitraum aufgrund von anzurechnenden Vorerkrankungen verkürzen.

b) Derzeit legen die Krankenkassen für jeden Wahltarif alle drei Jahre ein versicherungsmathematisches Gutachten mit den wesentlichen versicherungsmathematischen Annahmen den zuständigen Aufsichtsbehörden vor. Diese Frist wird von drei auf fünf Jahre verlängert. Zudem gibt es in Satz 2 eine redaktionelle Anpassung (obsolet durch Zeitablauf).

B Stellungnahme

a) Die Anpassung ist zur Umsetzung des BSG-Urteils (siehe Stellungnahme zu Nr. 20) sachgerecht.

b) Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass die Wahltarife der AOKs stabil kalkuliert sind. Vor diesem Hintergrund, ist die Verlängerung der Vorlagefristen von versicherungsmathematischen Gutachten von bisher drei auf fünf Jahre zu begrüßen. Die Neuregelung reduziert den Verwaltungsaufwand bei den Krankenkassen und die Kosten der Erstellung von diesen Gutachten.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 23 § 57 Beziehungen zu Zahnärzten und Zahntechnikern

A Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund der Einführung eines neuen Titels „Schiedswesen“ soll vorliegend eine Folgeänderung vorgenommen werden. Konkret ist beabsichtigt in § 57 Absatz 1 Satz 5 und Absatz 2 Satz 8 und 9 SGB V jeweils die Angabe „89“ durch die Angabe „71b“ zu ersetzen.

B Stellungnahme

Die Folgeänderung erscheint sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 24 § 62 Belastungsgrenze

A Beabsichtigte Neuregelung

a) Absatz 1

Für chronisch kranke Personen, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt die Belastungsgrenze 1 v.H. der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Die weitere Dauer einer Dauerbehandlung ist aktuell initial und darüber hinaus jeweils nach Ablauf eines Kalenderjahres festzustellen. Die Krankenkasse kann aktuell auf den jährlichen Nachweis verzichten, wenn bereits die notwendigen Feststellungen getroffen worden sind und im Einzelfall keine Anhaltspunkte für einen Wegfall der chronischen Erkrankung vorliegen.

Mit der Änderung wird das bisher eingeräumte Ermessen der Krankenkassen, auf den jährlichen Nachweis der anhaltenden Behandlung der chronischen Erkrankung zu verzichten, für mindestens drei Jahre in eine verpflichtende Regelung überführt. Nach Ablauf von drei Jahren kann die Krankenkasse erneute Nachweise jeweils im Abstand von drei Jahren verlangen.

b) Absatz 4 und 5

Mit Absatz 4 werden Informationspflichten der Krankenkassen über die Möglichkeiten der Befreiung von Zuzahlungen und die Belastungsgrenze geregelt. Dies soll in geeigneter Form erfolgen. Versicherten, die bereits im laufenden Jahr von den Zuzahlungen befreit sind, ist ein Antrag zur Erlangung einer Befreiung zu Beginn des Kalenderjahres von der Krankenkasse zu übermitteln, in dem ein neuer Antrag erforderlich ist.

In Absatz 5 wird geregelt, dass Versicherte, die in zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren von den Zuzahlungen befreit waren, für ein weiteres Jahr nur Zuzahlungen bis zur festgestellten Belastungsgrenze im Jahr 2 der vorliegenden Befreiung zu leisten haben. Nachweise sind diesem Jahr nicht zu erbringen. Nach Ablauf des einjährigen Befreiungszeitraums sind die entsprechenden Nachweise erneut zu erbringen. Der Befreiungszeitraum von einem Jahr ohne entsprechende Nachweise soll nach diesem Befreiungszeitraum mit entsprechenden Nachweisen unmittelbar erneut gelten. Die Krankenkassen hat auf Antrag des Versicherten die Höhe der Belastungsgrenze auch in den Zeiträumen erneut zu ermitteln, in denen nach dem vorgenannten keine Nachweise erforderlich sind.

B Stellungnahme

Absatz 1:

Die Klarstellung zur Nachweisnotwendigkeit des weiteren Vorliegens einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung wird begrüßt.

Sie ist in der Ausgestaltung jedoch zu kompliziert und würde es erforderlich machen, zusätzliche Prüf- und Prozessschritte zur Bestimmung des Drei-Jahreszeitraums zu implementieren, in denen die Krankenkassen unter bestimmten Voraussetzungen auf

die Anforderung eines Nachweises der Chroniker-Eigenschaft zu verzichten haben. Diese Information müsste zudem für eine andere Krankenkasse bei einem Kassenwechsel transparent gemacht werden, um die Anforderung durch diese nicht erneut vorfristig vorzunehmen und damit erneut Aufwände zu erzeugen.

Die beabsichtigte einheitliche Verwaltungspraxis und ein einheitliches Vorgehen zur Anforderung entsprechender Nachweise durch die Krankenkassen, durch die vorgesehene Ermessensreduzierung ließe sich auch ohne diese zusätzlichen Prüfaufwände sicherstellen. Dies greift der Anpassungsvorschlag auf.

Teilweise bestehen unterschiedliche Auffassungen dazu, wann die Kriterien zum Verzicht auf eine erneute Anforderung des Nachweises gegeben sind. Aus Sicht der AOK ist eine erneute Anforderung zum Beispiel bei chronisch kranken Menschen zu unterlassen, für die eine ärztliche Einschätzung vorliegt, nach der eine kontinuierliche medizinische Versorgung der Erkrankung (Dauerbehandlung) erforderlich ist und ein Ende dessen nicht absehbar ist (Muster 55). Gleiches gilt für pflegebedürftige Menschen mit einer vorliegenden Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 3 oder höher. Wir regen daher an, diese Beispiele in die Gesetzesbegründung als Orientierung mit aufzunehmen, um auch damit ein einheitliches Vorgehen der Krankenkassen zu forcieren.

Mit diesen Änderungen ließe sich das weitestgehende Entbürokratisierungspotential durch eine einheitliche und klare Vorgehensweise heben, ohne dass Zusatzaufwände erzeugt werden.

Zudem ist es sinnvoll, klarer zur formulieren, dass die Regelung sich auf den Fortbestand der Dauerbehandlung bezieht und die initiale Feststellung des Vorliegens der dauernden Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung im Sinne der Chroniker-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses davon nicht betroffen ist.

Absatz 4

Eine allgemeine Informationsgabe an Versicherte über die Belastungsgrenze und bestehende Möglichkeiten, sich von den Zuzahlungen befreien zu lassen, erscheint sinnvoll und wird genutzt. Der gesetzliche Regelungsrahmen in den §§ 13 bis 15 SGB I ist dazu dem Grunde nach ausreichend. Ob es einer solchen spezialgesetzlichen Regelung bedarf, sollte erneut geprüft werden.

Über die allgemeine Information hinaus ermitteln die AOKs unterjährig bei bestimmten Personengruppen die individuelle Belastungsgrenze (soweit das Einkommen bekannt ist und im Vorjahr eine Befreiung vorlag) und informieren aktiv, anhand der vorliegenden Daten zu geleisteten Zuzahlungen über das Erreichen der persönlichen Belastungsgrenze und stellen ggf. eine Bescheinigung darüber zur Verfügung. Bestimmten Personen, die im Vorjahr oder teilweise im laufenden Jahr bis zu einem bestimmten Stichtag eine Befreiungsbescheinigung hatten, werden darüber hinaus im Wege von Vorauszahlungskampagnen angeschrieben und über die Möglichkeit der Voraus-

zahlung informiert. Durch diese Maßnahmen kann, bei deren Inanspruchnahme, insbesondere eine erhebliche Verringerung der Nachweisnotwendigkeit durch Versicherte von z.B. geleisteten Zuzahlungen, sowie eine Vorfinanzierung von Zuzahlungen bis zur individuellen Belastungsgrenze bzw. die anschließende Erstattung darüber hinaus geleisteter Zuzahlungen teils nach Ablauf des Kalenderjahres erreicht werden.

Der Regelungsvorschlag bleibt dahinter zurück und gefährdet diese kundenfreundlichen Prozesse teilweise. § 62 SGB V sieht bisher keinen Antrag des Versicherten vor. Vielmehr heißt es im Gesetzestext: die Krankenkasse „hat" dem Versicherten eine Befreiungsbescheinigung zu erteilen, wenn die Belastungsgrenze im Beurteilungszeitraum erreicht wird. Einen Antrag implizit mit der Neuregelung zur Voraussetzung für eine Befreiung zu machen, würde die vorgenannten versichertenfreundlichen Prozesse unmöglich machen, indem ein solches Erfordernis geschaffen wird. Soweit die für die Feststellung der Belastungsgrenze erforderlichen Informationen den Krankenkassen bereits vorliegen, müssen diese weiterhin in der Lage sein, Versicherte ohne zusätzliche Antragstellung oder Mitwirkung proaktiv über Befreiungsmöglichkeiten zu informieren und entsprechende Befreiungen umzusetzen.

Auch der beabsichtigte Versandzeitpunkt zum Beginn des Kalenderjahres ist nicht sinnvoll, bringt aus Sicht der Versicherten keine Verbesserung mit sich und könnte zu erhöhten Aufwänden bei den Beteiligten führen. Versicherte müssten dennoch zunächst die Zuzahlungen bis zur Höhe ihrer individuellen Belastungsgrenze leisten und ggf. nachweisen, um dann auf die zum Beginn des Jahres übermittelten Informationen, soweit diese noch präsent sind, zurückgreifen zu können.

Zusätzliche Aufwände können sich daraus ergeben, dass es irrtümlich zu entsprechenden Befreiungsbegehren kommen kann, über die aufgrund der ggf. noch nicht geleisteten Zuzahlungen bis zur Höhe der individuellen Belastungsgrenze negativ, bis hin zu Widerspruchsverfahren, zu entscheiden wäre. Daraus resultiert ein gegenüber der heutigen Situation zusätzlicher Aufwand für Versicherte und Krankenkasse.

Dagegen sollte das bereits praktisch etablierte Instrument der Vorauszahlung aus Gründen der Rechtssicherheit weiter gestärkt werden, indem es als zweites mögliches Verfahren zur Erlangung einer Befreiung von der Zuzahlungsverpflichtung neben dem in § 62 Abs. 1 Satz SGB V beschriebenen Verfahren aufgenommen wird. Dabei können Versicherte im Vorfeld des Erreichens der Belastungsgrenze die Zuzahlungsverpflichtung in Höhe ihrer persönlichen Belastungsgrenze an die Krankenkasse leisten und in der Folge für das entsprechende Kalenderjahr eine Bescheinigung über die Zuzahlungsbefreiung ausgestellt bekommen. Durch diese freiwillige Möglichkeit kann, bei deren Inanspruchnahme, insbesondere eine erhebliche Verringerung der Nachweisnotwendigkeit durch Versicherte von z.B. geleisteten Zuzahlungen, sowie eine Vorfinanzierung von Zuzahlungen bis zur individuellen Belastungsgrenze bzw. die anschließende Erstattung darüber hinaus geleisteter Zuzahlungen teils nach Ablauf des Kalenderjahres erreicht werden.

Um den Krankenkassen die Ermittlung des Vorauszahlungsbetrages zu erleichtern und zeitlich unabhängig von der Veröffentlichung der maßgeblichen Abschläge und Regelsätze zu ermöglichen, sollte diese so ausgestaltet sein, dass für die Ermittlung der Belastungsgrenze des folgenden Kalenderjahres die maßgeblichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten sowie die maßgeblichen Abschläge und Regelsätze nach § 62 Abs. 2 Sätze 2 ff. SGB V des Kalenderjahres der Vorausberechnung maßgeblich sind. Durch das Abstellen auf die maßgeblichen Grundlagen zum Zeitpunkt der Prüfung würden nachträgliche Überprüfungen der tatsächlichen Einkommenssituation des Kalenderjahres, für das vorausgezahlt wurde, auf wesentliche Änderungen der persönlichen Verhältnisse oder Einkommensverhältnisse beschränkt. Das Vorauszahlungsverfahren ist aufgrund der damit verbundenen finanziellen Wirkungen für Versicherte als Angebot der Krankenkassen an die Versicherten, nicht jedoch als verpflichtendes Verfahren ausgestaltet werden.

Absatz 5

Die Regelung ist abzulehnen.

Die Regelungsabsicht ist unklar. Es könnte sowohl eine mehrjährige Befreiung (siehe Seite 5 des Referentenentwurfs), als auch eine Prüferleichterung durch den Verzicht von Nachweisen zur Ermittlung der Belastungsgrenze (siehe Seite 106 ebenda) im dritten Jahr Regelungsziel sein.

In der Begründung des Gesetzes wird von einer Verlängerung des Befreiungszeitraumes gesprochen, während die Neuregelung auch so verstanden werden kann, dass es allein um die Annahme der festgestellten Werte des zweiten Jahres für die Ermittlung der Belastungsgrenze geht, während Zuzahlungen auch im dritten Jahr weiterhin bis zu deren Erreichen zu leisten sind. Satz 2 nimmt sämtliche Nachweise nach Absatz 2 in Bezug. Dazu gehören zur Ermittlung der Belastungsgrenze auch die Zuzahlungen. Diese würden nach dieser Konzeption demnach im dritten Jahr ebenfalls nicht nachgewiesen werden müssen.

Das vorgesehene Verfahren sieht vor, dass nach einer Befreiung in zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren für ein weiteres Jahr nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze des Vorjahres zu leisten sind. Dies erfordert die Ermittlung von versichertenindividuellen Jahreszeiträumen, wobei der Beginn des Geltungszeitraumes unklar ist. Nachträgliche Erstattungen für Vorjahre innerhalb der Verjährungsfrist hätten Auswirkungen auf die Feststellungen des Jahres, für die die Belastungsgrenze des Vorjahres anzunehmen ist. Dies würde komplexe Korrekturen von Entscheidungen der Krankenkassen bewirken.

Im jeweils 4. Jahr wäre nach der gesetzlichen Konzeption verpflichtend eine erneute Prüfung der Verhältnisse unter Einreichung der entsprechenden Nachweise erforderlich. Dies verursacht Aufwand zum Nachweis durch die Versicherten und zur Prüfung

durch die Krankenkassen. Die Regelung verhindert zudem die Nutzung bereits vorhandener aktueller Einkommensdaten und unterbricht bestehende automatisierte Verfahren der Krankenkassen zur Ermittlung der Belastungsgrenze. Dadurch werden heute weitgehend automatisierte Prozesse durch zusätzliche Prüf- und Nachweisschritte ersetzt. Dies würde versichertenfreundlichen Verfahren zur Nutzung von vorliegenden Daten aus den Systemen der Krankenkassen konterkarieren und führt nicht zu Bürokratieabbau, sondern zu zusätzlichem Verwaltungsaufwand für Versicherte und Krankenkassen. Die Regelung kann auch dazu führen, dass die notwendigen Daten für das dritte Jahr in den Systemen der Krankenkassen vorliegen, die Annahme der Belastungsgrenze des zweiten Jahres für das dritte Jahr aber zu dazu widersprüchlichen Ergebnissen führt.

Auch würden bereits etablierte automatisierte Verfahren, die auf aktuellen den Krankenkassen vorliegenden Einkommensdaten basieren, durch die gesetzliche Festschreibung der Belastungsgrenze des Vorjahres verdrängt. Die aktive Information der AOKs, über das Erreichen der Belastungsgrenze anhand der vorliegenden Daten der Krankenkassen bestimmter Versicherter (siehe oben) würde infolge dessen unmöglich. Damit würde eine heute praktizierte, versichertenfreundliche und nachweislose Möglichkeit der Erlangung einer Befreiung verhindert.

Unklar bleibt auch, wie mit Veränderungen der individuellen Verhältnisse zur Ermittlung der Belastungsgrenze für das dritte Jahr gegenüber dem 2. Jahr umzugehen ist (zum Beispiel Veränderungen der im Familienverbund berücksichtigungsfähigen Personen). Die Prüfverpflichtung der Kassen auf Wunsch des Versicherten in Satz 4 soll dies zwar kompensieren, erfordert aber eine Kenntnis der Versicherten über entsprechend wirkende Umstände um eine Neuermittlung bewirken zu können.

Veränderungen können sich beispielsweise aus veränderten Einkommenssituationen oder Veränderungen an den zu berücksichtigen Haushaltsangehörigen, veränderten Pauschalbeträgen oder Tod ergeben. Dies kann zu Mehr- oder Minderbelastungen der Versicherten führen. Aus Sicht der Versicherten erscheint auch nicht nachvollziehbar, wann und warum mal Nachweise zu erbringen sind und mal nicht. Fragestellungen ergeben sich auch bei einem Kassenwechsel des Versicherten.

Insgesamt ergeben sich zu diesem komplexen Verfahren zahlreiche Umsetzungsfragen z. B. Rückwirkende Korrekturnotwendigkeiten von getroffenen Entscheidungen der Krankenkassen und sich daraus ergebenden Nachforderungen oder Erstattungen, die zusätzliche Aufwände der Krankenkassen und aufgrund entsprechender Nachweisverpflichtungen der Versicherten auch für diese erwarten lassen. Das steht dem dem Ziel des Bürokratieabbaus entgegenstehen. Etablierte versichertenfreundliche Verfahren wie, die aktive Information Versicherter über das Erreichen der Belastungsgrenze würden unmöglich. Es sollte daher vielmehr zur Entlastung der Versicherten auf die Möglichkeiten der Vorauszahlung gesetzt werden. Dies stellt sicher, dass Versicherte ohne entsprechende Nachweise von geleisteten Zuzahlungen für das kommende Kalenderjahr von Zuzahlungen befreit werden können.

C Änderungsvorschlag

zu a)

Absatz 1 Satz 6 wird durch folgenden Satz ersetzt:
~~Die weitere Dauer~~ ***Das Fortbestehen*** der in Satz 2 genannten Behandlung ist der Krankenkasse jeweils spätestens nach Ablauf eines Kalenderjahres nachzuweisen und vom Medizinischen Dienst, soweit erforderlich, zu prüfen; die Krankenkasse ~~kann~~ ***hat*** auf den jährlichen Nachweis ***zu*** verzichten, wenn bereits die notwendigen Feststellungen getroffen worden sind und im Einzelfall keine Anhaltspunkte für einen Wegfall der chronischen Erkrankung vorliegen.
Zu b)

b) Nach Absatz 3 werden die folgenden Absätze 4 und 5 eingefügt:
(4) „ Die Krankenkasse ist verpflichtet, Versicherte in geeigneter Form über die Belastungsgrenze und die Möglichkeit der Erteilung einer Bescheinigung nach Absatz 1 zu informieren. ~~Versicherte, die bereits im laufenden Jahr von den Zuzahlungen befreit sind, erhalten die Unterlagen zur Stellung eines Antrags auf Befreiung zu Beginn eines Kalenderjahres von der Krankenkasse. Liegt eine Befreiung nach Absatz 5 vor, erhalten die Versicherten die Unterlagen nach Satz 2 zu Beginn eines Kalenderjahres, in dem ein neuer Antrag erforderlich wird.~~

~~(5) Versicherte, die in zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren von den Zuzahlungen nach Absatz 1 befreit waren, haben für ein weiteres Kalenderjahr nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze des Vorjahres zu leisten. Eine Vorlage der Nachweise nach Absatz 2 ist nicht erforderlich. Nach Ablauf des einjährigen Befreiungszeitraums nach Satz 1 ist die Zuzahlungsbefreiung nach Absatz 1 unter Einreichung der entsprechenden Nachweise erneut zu beantragen. Auf Antrag des Versicherten hat die Krankenkasse die Höhe der Belastungsgrenze auch im Fall des Satz 1 erneut zu ermitteln.“~~

Zusätzlicher Änderungsbedarf

In § 62 Abs. 1 SGB V wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt.
„**Neben dem Verfahren nach Satz 1 können die Versicherten die Zuzahlungsverpflichtung in Höhe der Belastungsgrenze auch im Wege der Vorauszahlung leisten. Nach Zahlung der Vorauszahlung erteilen die Krankenkassen den Versicherten eine Bescheinigung darüber, dass für das Kalenderjahr, auf das sich die Vorauszahlung bezieht, keine Zuzahlungen zu leisten sind; wählen Versicherte das Vorauszahlungsverfahren für das folgende Kalenderjahr, so gelten für die Ermittlung der Belastungsgrenze die Regelungen nach Absatz 2 mit der Maßgabe, dass auf die maßgeblichen Werte des Kalenderjahres abgestellt wird, das dem Kalenderjahr vorausgeht, für das die Vorauszahlung erfolgen soll.**

Nr. 25 § 63 Grundsätze

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Verpflichtung zur Vorlage von Verträgen gegenüber der entsprechend zuständigen Aufsicht wird für Verträge nach § 64 Abs. 1 SGB V gestrichen.

B Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt. Sie trägt zum Bürokratieabbau bei. Die Aufsichtsbehörden haben ausweislich der Gesetzesbegründung nach § 88 Abs. 2 SGB IV weiterhin die Möglichkeit, sich Verträge auf Verlangen vorlegen zu lassen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 27 § 64a Modellvorhaben zur Arzneimittelversorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund der Einführung eines neuen Titels „Schiedswesen" soll vorliegend eine Folgeänderung vorgenommen werden. Konkret ist beabsichtigt in § 64a Absatz 2 Satz 3 SGB V und § 64c Absatz 2 Satz 1 SGB V jeweils die Angabe „89a" durch die Angabe „71c" zu ersetzen.

B Stellungnahme

Die Folgeänderung erscheint sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 28 § 64b Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bisher vorgeschriebene Befristung auf 15 Jahre wird gestrichen.

B Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht, da damit die Verlässlichkeit erhöht wird.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 29 § 64f (neu) Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung in der Physiotherapie im Direktzugang

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen § 64f SGB V wird die gesetzliche Grundlage für Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung in der Physiotherapie im Direktzugang geschaffen. Krankenkassen und ihre Verbände können hierzu entsprechende Vereinbarungen schließen. Eine Verpflichtung zur Durchführung solcher Modellvorhaben besteht nicht. Im Rahmen der Modellvorhaben sollen entsprechend qualifizierte Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten eigenverantwortlich die Patientenanamnese und physiotherapeutische Diagnostik durchführen sowie über die Erforderlichkeit, Art, Dauer und Frequenz der Behandlung entscheiden. Die Teilnahme setzt unter anderem eine mindestens fünfjährige Berufserfahrung sowie den erfolgreichen Abschluss einer Ausbildung nach § 9a MPhG voraus.

B Stellungnahme

Die Einführung von Modellvorhaben zur Erprobung des Direktzugangs in der Physiotherapie wird grundsätzlich begrüßt. Positiv bewertet wird insbesondere die freiwillige Ausgestaltung, die den Krankenkassen und ihren Verbänden die Entscheidung über den Abschluss entsprechender Vereinbarungen überlässt.

Die eigenverantwortliche Übernahme heilkundlicher Aufgaben setzt eine fundierte wissenschaftliche Qualifikation voraus. Diesem Grundsatz folgt auch der Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Berufe in der Physiotherapie und zur Änderung weiterer Vorschriften (PhyThBRefG). Danach ist die eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen künftig Personen vorbehalten, die ein Studium in der Physiotherapie abgeschlossen haben (§ 2 i. V. m. § 39 PhyThG-E). Ein Direktzugang in der Regelversorgung muss sich an diesem Qualifikationsniveau orientieren.

Die im Entwurf vorgesehene Teilnahme berufsfachschulisch ausgebildeter Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten mit mindestens fünfjähriger Berufserfahrung und einer Zusatzqualifikation nach § 9a MPhG ist vor diesem Hintergrund ausschließlich als Übergangslösung vertretbar. Sie soll die Modellvorhaben umsetzbar machen, solange noch nicht genügend hochschulisch qualifizierte Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten zur Verfügung stehen. Dies ist im Gesetz klarzustellen. Die Zusatzqualifikation darf weder einer hochschulischen Ausbildung gleichgestellt werden noch eine Vorfestlegung für eine Überführung des Direktzugangs in die Regelversorgung begründen.

Da im Direktzugang die ärztliche Diagnose und Verordnung entfällt, kommt Qualität und Patientensicherheit besondere Bedeutung zu. Die Vereinbarungen müssen daher verbindliche Vorgaben enthalten, insbesondere zum Erkennen von Kontraindikationen und Warnzeichen, zur rechtzeitigen ärztlichen Weiterleitung, zur Dokumentation sowie zu einer begleitenden Evaluation mit messbaren Qualitätsindikatoren.

Mit der Entscheidungsbefugnis über Erforderlichkeit, Art, Dauer und Frequenz der Behandlung muss auch die Verantwortung für den Umgang mit den finanziellen und personellen Ressourcen auf die teilnehmenden Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten übergehen. Die Heilmittelverordnung als steuerndes Instrument entfällt. Die Vereinbarungen müssen daher wirksame Regelungen zur wirtschaftlichen Verantwortung und zur Mengensteuerung vorsehen. Zugleich müssen sie sicherstellen, dass die knappen physiotherapeutischen Fachkräftekapazitäten bedarfsgerecht eingesetzt werden und die Versorgung im Rahmen der ärztlichen Verordnung nicht beeinträchtigt wird.

C Änderungsvorschlag

Die freiwillige Ausgestaltung der Modellvorhaben nach § 64f Absatz 1 Satz 1 SGB V ist beizubehalten. In § 64f Absatz 1 SGB V ist klarzustellen, dass die Teilnahmevoraussetzung „mindestens fünfjährige Berufserfahrung und Zusatzqualifikation nach § 9a MPhG" ausschließlich der Umsetzbarkeit der Modellvorhaben dient. Für eine spätere Regelversorgung im Direktzugang begründet sie keine Gleichstellung mit der hochschulischen Qualifikation nach § 2 PhyThG-E. Der Verweis auf § 9a MPhG ist mit Blick auf dessen Außerkrafttreten zum 31. Dezember 2027 durch eine Übergangsregelung abzusichern. Die verpflichtenden Vereinbarungsinhalte zu Behandlungsqualität, Patientensicherheit und wirtschaftlicher Verantwortung sind um Vorgaben zur ärztlichen Weiterleitung, zur Mengensteuerung und zur begleitenden Evaluation zu ergänzen.

Nr. 30 § 65a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

A Beabsichtigte Neuregelung

Derzeit haben die Krankenkassen mindestens alle drei Jahre die Wirtschaftlichkeit der Bonusprogramme gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde nachzuweisen. Diese Frist soll von drei auf fünf Jahre verlängert werden.

B Stellungnahme

Die geplante Änderung ist sachgerecht. Die Neuregelung reduziert den Verwaltungsaufwand bei den Krankenkassen und den zuständigen Aufsichtsbehörden.

Allerdings ist die aktuelle Regelung, wonach Aufwendungen für Bonusprogramme für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65 Abs. 1a SGB V durch Einsparungen und Effizienzsteigerungen nachzuweisen sind, nicht sachgerecht. Im Vordergrund eines Wirksamkeitsnachweises sollten die bewirkten Verhaltensänderungen stehen.

Die Bewertung des Nutzens von Bonusangeboten an kurzfristigen ökonomischen Wirkungen ist weder sachgerecht noch zielführend. Im Vordergrund müssen vielmehr die bewirkten Verhaltensänderungen stehen, die zu langfristigen Gesundheitseffekten und einer erhöhten Lebensqualität führen.

Die Nachweisführung über rein monetäre Effekte erzeugt darüber hinaus hohen Ermittlungs- und Prüfaufwand bei den Krankenkassen und Aufsichtsbehörden.

C Änderungsvorschlag

§ 65a Absatz 3 SGB V wird wie folgt gefasst:

Die Inanspruchnahme von Maßnahmen nach Absatz 1a ist von den Krankenkassen zu evaluieren. Die Krankenkassen haben der zuständigen Aufsichtsbehörde regelmäßig, mindestens alle fünf Jahre, über die erreichten Verhaltensänderungen Rechenschaft abzulegen. Werden keine das gesundheitsbewusste Verhalten fördernden Effekte erzielt, dürfen keine Boni für die entsprechenden Versorgungsformen gewährt werden.

Nr. 31 § 65c Klinische Krebsregister

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Verweis auf das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene wird redaktionell angepasst. In § 65c Abs. 6 Satz 8 SGB V wird die Angabe „§ 89a“ durch die Angabe „§ 71c“ ersetzt.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung.

Zusätzlich wird in § 71c Abs. 11 folgender Satz 2 eingefügt: „Das sektorenübergreifende Schiedsgremium kann ergänzende Regelungen zur Durchführung von digitalen und hybriden Sitzungen treffen.“

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 33 § 71 Beitragssatzstabilität, besondere Aufsichtsmittel

A Beabsichtigte Neuregelung

a. Die Vorlagepflicht der Vereinbarungen nach §§ 83 und 85 SGB V gegenüber den Aufsichtsbehörden wird abgeschafft. Sie können diese ausweislich der Gesetzesbegründung anlassbezogen gemäß 88 Abs. 2 SGB IV einfordern.

b. Es werden redaktionelle Anpassungen vor dem Hintergrund der angedachten Änderung in § 127 vorgenommen.

B Stellungnahme

a. Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt. Sie reduziert unnötige Verwaltungsaufwände bei den Vereinbarungspartnern. Anzumerken ist, dass in § 71 Abs. 4 SGB V eine Vorlagepflicht auch für Vereinbarungen der Vergütungen nach § 57 Abs. 1 und Abs. 2 geregelt ist. Es stellt sich die Frage, ob die angedachte Regelung nicht auf für diese übertragen werden kann.

b. redaktionelle Änderung.

C Änderungsvorschlag

a. In § 71 Abs. 4 Satz werden nach dem Wort „sind" die Wörter „auf Anforderung" ergänzt. Die vorgeschlagene Streichung der Angabe „§§ 83 und 85" wird zurückgenommen.

b. kein Anpassungsbedarf.

Nr. 35 §§ 71a bis 71d neu - Schiedswesen

A Beabsichtigte Neuregelung

zu 71a:

Mit dem neuen § 71 a SGB V wird eine Regelung zur Bestimmung einer unabhängigen Schiedsperson für verschiedene vertragsbezogene Regelungsbereiche der gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen. Kommt zwischen den jeweiligen Vertragspartnern innerhalb der genannten gesetzlichen Regelungsbereiche keine Einigung über den Abschluss eines Vertrages zustande, soll der Vertragsinhalt durch eine unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt werden. Können sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson verständigen, wird diese durch zuständige Aufsichtsbehörden innerhalb eines Monats bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Für die behördliche Bestimmung der Schiedsperson werden kostendeckende Gebühren erhoben.

Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung, ein Vorverfahren ist ausgeschlossen. Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts sind gegen den jeweiligen Vertragspartner zu richten. Der durch die Schiedsperson festgelegte Vertragsinhalt bleibt so lange verbindlich, bis eine gerichtliche Entscheidung eine Änderung oder Aufhebung bewirkt.

zu 71b:

Die bisherigen Regelungen zu Schiedsämtern nach § 89 SGB V werden in Analogie zu den angedachten Regelungen in § 71a bzw. 71c und 71d in den neu geschaffenen Paragraphen § 71b überführt. Lediglich in Detailbestimmungen wie der Vorlagepflicht gegenüber der Aufsicht und der Möglichkeit von digitalen und hybriden Sitzungen gibt es Anpassungen.

zu 71c:

Die bisherigen Regelungen zum sektorenübergreifenden Schiedsgremium nach § 89a SGB V werden in Analogie zu den angedachten Regelungen in § 71a und 71b bzw. 71d in den neu geschaffenen Paragraphen § 71c überführt. Lediglich bezüglich der Möglichkeit von digitalen und hybriden Sitzungen gibt es Anpassungen.

zu 71d:

Im § 71d wird die Schiedsstelle und deren Verordnungsermächtigung implementiert um den nachfolgenden Paragrafen des SGB V einheitliche Regelungen abzubilden.

Dabei wird in Abs. 1 der Bezug zu den Schiedsstellen des SGB V aufgelistet und folgen das Nähere zur Zusammensetzung und den Verfahren der Schiedsstelle geregelt.

B Stellungnahme

Die Überführung der bestehenden Schiedsregelungen in eine übergreifende Regelung wird grundsätzlich nachvollzogen. Aufgrund der bestehenden Forderung der AOK-Gemeinschaft, den Kontrahierungszwang für HzV-Verträge aufzuheben und in eine freiwillige Möglichkeit zur Vereinbarung solcher Verträge zu überführen, wird die grundsätzliche Neureglung anders als für die anderen Regelungsbereiche für die HzV nach § 73b abgelehnt (siehe Nr. 37).

Die Möglichkeit, bei ausbleibender Einigung eine unabhängige Schiedsperson einzuschalten, kann dazu beitragen, langwierige Vertragsverhandlungen zu begrenzen und den Abschluss notwendiger Verträge sicherzustellen.

Darüber hinaus ist bei der Aufzählung der betroffenen Vertragsregelungen sicherzustellen, dass auch die Verträge auf Landesebene nach § 39a Absatz 1 Satz 11 SGB V von der Regelung erfasst werden.

zu § 71a:

Die Regelung in § 71a Absatz 2 Satz 2 wird abgelehnt. Die Festlegung von Schiedspersonen im Streitfall ist bereits seit vielen Jahren Aufgabe des BAS. Diese Aufgabe ist bereits im Rahmen Haushalts des BAS auskömmlich mit einem Jahresbudget von rund 230 Mio. (2026) das durch unterschiedliche Sozialversicherungsträger (inklusive GKV) refinanziert wird, abgegolten. Die avisierte Regelung entspricht insofern zumindest für die §§ 132a und 132l SGBV einer Doppelfinanzierung.

zu § 71b:

Die Regelungen sind sachgerecht. Die Anpassungen bei den Detailbestimmungen werden ausdrücklich begrüßt. Bezüglich der Vorlagepflicht ist zu prüfen, ob diese weiterhin für Entscheidungen im Zusammenhang mit § 57 Abs. 1 und 2 SGB V notwendig ist. Wie bei den Gesamtverträgen bestünde ggf. die Möglichkeit, dass das anlassbezogen auf Grundlage von § 88 Abs. 2 SGB IV erfolgen kann.

zu § 71c:

Die Regelungen sind sachgerecht. Die Möglichkeit von digitalen und hybriden Sitzungen wird ausdrücklich begrüßt.

Darauf hinzuweisen ist, dass in sektorenübergreifenden Schiedsgremien das Stimmverhältnis zwischen Kostenträger und Leistungserbringer nicht austariert ist. Es herrscht keine Stimmenparität, so dass kein sachgerechter Interessensausgleich zwi-

schen Kostenträger und Leistungserbringer erfolgen kann. Es braucht daher eine Anpassung des Stimmverhältnisses. Dies gilt für den ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 5a SGB V gleichermaßen.

zu § 71d:

Die Regelung ist nachvollziehbar und sachlogisch aufgebaut. Im Absatz 1 wurde auch die Schiedsstelle des § 129 Absatz 8 SGB V, also des Apothekenwesens adressiert. Es ist zu klären, ob auch die Schiedsentscheidungen nach § 129 Absatz 5f mit in diese Regelung aufgenommen werden sollen, auch wenn eine andere Frist zur Entscheidung von 8 Wochen vorgesehen ist.

C Änderungsvorschlag

Zu 71a:

In Absatz 1 Satz 1 ist der Verweis auf § 39a Absatz 1 Satz 4 ist auf *§ 39a Absatz 1 Satz 11* zu ändern.

In Absatz 1 Satz 1 wird „73b Absatz 4 Satz 1," gestrichen.

In Absatz 2 ist Satz 2 zu streichen.

Der Verweis

Zu 71b:

Streichung von Abs. 10 Satz 6.

Zu 71c:

In Abs. 4 Satz 2 werden die Wörter „von zwei Dritteln" gestrichen.

Abs. 5 Satz 1 wird wie folgt gefasst: „Die sektorenübergreifenden Schiedsgremien nach den Absätzen 1 und 2 bestehen aus vier Vertretern der Krankenkassen, zwei Vertretern der Ärzte und der zugelassenen Krankenhäuser sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und einem weiteren unparteiischen Mitglied."

Zu 71d:

In § 71d Absatz 1 Satz 1 wird nach 5e ein *Komma* und *5f* eingefügt.

In § 71d Absatz 1 Satz 1 wird folgender Halbsatz nach *„Monaten"* ergänzt:

„; abweichend für § 129 Absatz 5f innerhalb von einer Frist von 8 Wochen"

Nr. 36 § 73 Kassenärztliche Versorgung, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

zu a) und d): In § 73 wird der Begriff „kassenärztlich“ durch „vertragsärztlich“ ersetzt.

zu b): Kinder- und Jugendärzt/-innen mit entsprechender Zusatzbezeichnung/-Weiterbildung können kraft Gesetz auch an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen.

zu c): Die Verordnung der neu eingeführten sonstigen Medizinprodukte nach § 33b ist Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung.

B Stellungnahme

zu a) und d): Die redaktionelle Änderung wird damit begründet, dass der Begriff „kassenärztliche“ Versorgung überholt ist. Dem kann zugestimmt werden. Allerdings stellt sich vor dem Hintergrund der Entwicklung der Leistungserbringung in den Praxen die Frage, ob nicht eine weitreichendere Begriffsänderung wie Beispielsweise „ambulante medizinische“ Versorgung besser geeignet wäre.

zu b): Die Regelung ist sachgerecht.

zu c): Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 37 § 73b Hausarztzentrierte Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Folgeänderungen zur Einführung des § 71a - Schiedsperson. Mit der Neuregelung sollen die über die Jahre immer ausführlicher geregelten Schiedsverfahren im SGB V an einem Ort im SGB V gebündelt werden, so auch für die HzV.

B Stellungnahme

Die Neuregelung wird abgelehnt.

Die AOK-Gemeinschaft plädiert dafür, den Kontrahierungszwang für HzV-Verträge aufzuheben und in eine freiwillige Möglichkeit zur Vereinbarung solcher Verträge zu überführen. Mit dieser Forderung ist geht einher, dass verpflichtende Schiedsverfahren zu streichen sind.

Wird der Kontrahierungszwang jedoch nicht aufgehoben, sind hilfsweise die Regelungen zur Einleitung und Gestaltung der Schiedsverfahren anzupassen. So sieht die Neuregelung in §73b Abs. 4 S. 2 die Einleitung eines Schiedsverfahrens nur für den initialen Abschluss eines Vertrages sowie durch einen Antrag der Gemeinschaft vor. Für relevante Vertragsanpassungen, auch im Zuge der weiteren Versorgungsgestaltung, ist dies neben der sogenannten Fortgeltungsregelung dysfunktional, da die Verträge aus Kassenperspektive damit faktisch unkündbar sind.

Bei Nicht-Einigung über Vertragsinhalte bei bestehenden Verträgen sollten Schiedsverfahren daher von allen Vertragsparteien, also auch von Krankenkassen eingeleitet werden können. Darüber hinaus sollte aufgrund der umfänglichen Aufgaben in den jeweiligen Schiedsverfahren sowie auch aufgrund der versorgungsrelevanten regionalen Entscheidungen die bisher gesetzlich vorgesehene Schiedsperson durch eine regionale Schiedsstelle ersetzt werden. D. h. an die Stelle einer einzelnen Schiedsperson sollte eine vertragsspezifische Schiedsstelle, bestehend aus Vertretern der vertragsschließenden Krankenkassen und ärztlichen Vertragspartnern in gleicher Zahl sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, treten, entsprechend der Zusammensetzung des Landesschiedsamtes nach § 71 b (neu, bisher § 89) Abs. 1 und 6.

C Änderungsvorschlag

Mit dem Vorschlag, den Kontrahierungszwang für HzV-Verträge aufzuheben und in eine freiwillige Möglichkeit zur Vereinbarung solcher Verträge zu überführen, ist der § 73b verbunden mit den entsprechenden Regelungsanpassungen neu zu fassen. Dabei ist zu beachten, dass die Mindestanforderungen an die hausarztzentrierte Versorgung zu einem späteren Zeitpunkt zudem an die festzulegenden Mindeststandards für einen neuen Versorgungsauftrag der Primärversorgung anzupassen sind.

1. § 73b wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird durch folgenden Satz ersetzt:

Die Krankenkassen können ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) anbieten.

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
[1]Für die Bereitstellung des Angebots nach Absatz 1 können Krankenkassen allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen Verträge mit mindestens einem der folgenden Vertragspartner schließen:

1. vertragsärztlichen Leistungserbringern, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen,
2. Gemeinschaften dieser Leistungserbringer,
3. Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen, anbieten,
4. Kassenärztlichen Vereinigungen,
5. Berufs- und Interessenverbänden der Leistungserbringer nach Nummer 1 zur Unterstützung von Mitgliedern, die an der besonderen hausärztlichen Versorgung teilnehmen.

[2]Die Teilnahme von Vertragsärzten in Satz 1 ist freiwillig. [3]Soweit die hausärztliche Versorgung der Versicherten durch Verträge nach diesem Absatz durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 eingeschränkt. [4]Dies gilt nicht für Verträge nach Satz 1 Nr. 4. [5]Satz 3 gilt nicht für die Organisation der notdienstlichen Akutversorgung im Sinne des § 75 Absatz 1b Satz 3.

c) Absatz 4a ist zu streichen.

d) In Absatz 5 sind nach Satz 6 in der Fassung des ÄA zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung folgende Sätze zu ergänzen:
Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, Abrechnungspositionen in der KV-Abrechnung, die dem Versorgungsauftrag des jeweiligen Vertrages nach Abs. 4 entsprechen, nicht über die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung abzurechnen. Die Vertragspartner haben für die Erfüllung der Aufgaben nach Satz 7 die notwendigen Daten wie Arzt- und Versichertenteilnahmedaten sowie EBM-Positionen des Versorgungsauftrages des Vertrages nach Abs. 4 an die Kassenärztlichen Vereinigungen für die Regelwerksprüfung zu liefern. Näheres dazu regeln die Vertragspartner in ihrem Vertrag. Die Kosten für die Durchführung der Regelwerksprüfung sind im Rahmen des Verursacherprinzips von dem hausärztlichen Vertragspartner zu tragen.

e) Absatz 5a ist zu streichen.

Wird der Kontrahierungszwang in der HzV nicht aufgehoben, sind folgende Anpassungen hinsichtlich des Schiedsverfahrens vorzunehmen:

2. § 73b wird wie folgt geändert:
a) Absatz 4 wird wie folgt ersetzt: [1]Zur flächendeckenden Sicherstellung des Angebots nach Absatz 1 haben Krankenkassen allein oder in Kooperation mit anderen

Krankenkassen Verträge mit Gemeinschaften zu schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten. [2]Ist ein Vertrag nach Satz 1 zustande gekommen oder soll ein Vertrag zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen geschlossen werden, können Verträge auch abgeschlossen werden mit

1. vertragsärztlichen Leistungserbringern, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen,
2. Gemeinschaften dieser Leistungserbringer,
3. Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen, anbieten,
4. Kassenärztlichen Vereinigungen, soweit Gemeinschaften nach Nummer 2 sie hierzu ermächtigt haben.

[3]Finden die Krankenkassen in dem Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung keinen Vertragspartner, der die Voraussetzungen nach Satz 1 erfüllt, haben sie zur flächendeckenden Sicherstellung des Angebots nach Absatz 1 Verträge mit einem oder mehreren der in Satz 2 genannten Vertragspartner zu schließen. [4]In den Fällen der Sätze 2 und 3 besteht kein Anspruch auf Vertragsabschluss; die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots ist unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien auszuschreiben. [5]Können sich die Vertragsparteien zu einem Abschluss eines Vertrages bzw. zu einem bestehenden Vertrag gemäß Absatz 4 nicht über die Änderungen des Vertrages einigen, kann jede Vertragspartei die Einleitung eines Schiedsverfahrens nach Abs. 4a beantragen. [6]Abweichendes zur Ausgestaltung des Schiedsverfahrens kann in den Verträgen geregelt werden.[7]Soweit die hausärztliche Versorgung der Versicherten durch Verträge nach diesem Absatz durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 eingeschränkt. [8]Satz 7 gilt nicht für die Organisation der notdienstlichen Akutversorgung im Sinne des § 75 Absatz 1b Satz 3.

b) Absatz 4a wird wie folgt ersetzt: [1]Die Vertragsparteien bilden für jeden Vertrag nach Absatz 4 eine Schiedsstelle. [2]Die Schiedsstelle besteht aus Vertretern der vertragsschließenden Krankenkassen und der Vertragspartner nach Abs. 4 in gleicher Zahl sowie dem unparteiischen Vorsitzenden und den zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern des jeweiligen Landesschiedsamtes für die vertragsärztliche Versorgung gem. §71b (neu) Abs. 1 und 6. [3]Beantragt eine Vertragspartei gemäß Absatz 4 Satz 4 die Einleitung eines Schiedsverfahrens, legt die Schiedsstelle den Inhalt des Vertrages nach Absatz 4 Satz 1 fest. [4]Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. [5]§71b (neu) Abs. 5 S. 6 und 7 sowie die Abs. 7 bis 11 gelten entsprechend. [6]Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts richten sich gegen eine der beiden Vertragsparteien, nicht gegen die Schiedsstelle.

Nr. 38 § 73d Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung; eigenverantwortliche Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Pflegefachpersonen, Evaluation

A Beabsichtigte Neuregelung

Pflegefachpersonen sollen künftig neben bestimmten Leistungen der häuslichen Krankenpflege und den dafür benötigten Hilfsmitteln auch die erforderlichen besonderen Medizinprodukte eigenverantwortlich verordnen dürfen. Hierzu wird der vertraglich zu vereinbarende Leistungskatalog ergänzt.

Außerdem werden die Vorgaben zur Konfliktlösung bei gescheiterten Vertragsverhandlungen an die allgemeinen Regelungen zum Schiedsverfahren angepasst. Die besonderen Vorgaben zur Antragstellung und zur Auswahl einer unabhängigen Schiedsperson bleiben erhalten. Ein auslaufender Vertrag gilt bis zu einer neuen Vereinbarung oder einer Schiedsentscheidung vorläufig weiter, sofern ein Anspruch auf einen neuen Vertrag besteht.

B Stellungnahme

Die Ergänzung der Verordnungsbefugnisse um die erforderlichen Medizinprodukte wird begrüßt. Pflegefachpersonen sollen im Rahmen ihrer fachlichen Kompetenzen auch die Produkte verordnen können, die für die jeweiligen Leistungen benötigt werden. Dies vermeidet zusätzliche Abstimmungen und unterstützt eine kontinuierliche Versorgung. Entscheidend ist, dass die Verordnungsbefugnisse den nachgewiesenen Kompetenzen entsprechen.

Die Vereinheitlichung der allgemeinen Vorgaben für Schiedsverfahren ist nachvollziehbar. Die vorläufige Fortgeltung bestehender Verträge schafft Rechtssicherheit und verhindert vertragslose Übergangszeiten bei verzögerten Anschlussvereinbarungen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 39 § 75 Inhalt und Umfang der Sicherstellung

A Beabsichtigte Neuregelung

Als Folgeänderung zur Einführung des einheitlichen Schiedsamtsparagraphen werden unnötige Doppelungen aus den Spezialregelungen in § 75 gestrichen.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

In § 75 ergibt es darüber hinaus weiterer Änderungsbedarf (siehe dazu auch Stellungnahme zu Nr. 50 § 95). Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurde der bestehende Prüfauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Einhaltung der Versorgungsaufträge konkretisiert. Gesetzlich geregelt wurde eine bundeseinheitliche Prüfung. Die Prüfaufträge werden regional von den Kassenärztlichen Vereinigungen jedoch unterschiedlich umgesetzt. Das führt im Ergebnis je nach Region zu unterschiedlichen Ergebnissen und im Hinblick auf den in § 19 Abs. 4 Ärzte-ZV geregelten Auftrag der Zulassungsausschüsse zu Bevor- und Benachteiligungen der zu prüfenden Ärzt/-innen. Auch sind die Prüfkriterien den Zulassungs- und Landesausschüssen überwiegend nicht bekannt. Um eine bundesweit einheitliche Prüfung und Bewertung der Einhaltung der Versorgungsaufträge zu gewährleisten, soll die Kassenärztliche Bundesvereinigung den Auftrag erhalten, eine bundesweit für alle Kassenärztlichen Vereinigungen verbindliche Richtlinie zu erstellen.

Die Richtlinie muss Regelungen enthalten, die konkrete Prüfkriterien, insbesondere Fallzahlen, abgerechnete Gebührenordnungspositionen und deren Zeitaufwände sowie Zeitzielwerte je Arztgruppe und Versorgungsumfang definiert. Die Prüfkriterien sollen sich dabei nicht an Durchschnittswerten, wie beispielsweise dem Fachgruppendurchschnitt, orientieren.

Die Richtlinie muss ebenfalls bundeseinheitliche Regelungen zur inhaltlichen, adressatengerechten Ausgestaltung der Ergebnisberichte an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Zulassungs- und Landesausschüsse sowie der zuständigen Aufsichtsbehörde enthalten. Dabei sind die gesetzlich und untergesetzlich normierten Vorgaben, insbesondere für die Zulassungsausschüsse, zu berücksichtigen. Aktuell erhalten die Zulassungsausschüsse die Ergebnisse über die Prüfung der Einhaltung der Versorgungsaufträge nach § 95 Absatz 3 Satz 4 in aggregierter Form. Auf dieser Grundlage können diese ihren Auftrag gemäß § 19a Absatz 4 Satz 6 (Anpassung der Versorgungsaufträge von Amts wegen) nicht wahrnehmen.

Die inhaltliche Ausgestaltung der Ergebnisberichte hat in Abhängigkeit des Adressaten unter Beachtung der jeweils geltenden datenschutzrechtlichen Vorgaben zu erfolgen. Zur Nachvollziehbarkeit der nach § 95 Abs. 3 Satz 5 getroffenen Maßnahmen, sind diese in den Berichten transparent darzustellen. Ergebnisberichte, die vor Inkrafttreten der Richtlinie gemäß § 75 Abs. 7 Satz 1 Nr. 7 die Regelungen dieser bereits übererfüllt haben, sollen weiterhin auf diesem inhaltlichen Niveau erstellt werden.

Die Zulassungs- und Landesausschüsse sind paritätisch besetzt, daher ist das Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen herzustellen.

C Änderungsvorschlag

In § 75 Absatz 7 Satz 1 wird in Nummer 6 das Komma nach dem Wort „erfolgt“ durch das Wort ***„und“*** ersetzt und eine neue Nummer 7 angefügt:

„7. bis zum [einsetzen: sechs Monate nach Inkrafttreten] im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen Richtlinien für ein bundeseinheitliches Prüfverfahren nach § 95 Abs. 3 Satz 4 und für die Ergebnisse und Übersichten der Maßnahmen nach § 95 Abs. 3 Satz 5 aufzustellen.“

In § 75 Absatz 7 werden nach Satz 5 die folgenden Sätze ergänzt:

„Die Richtlinie nach Satz 1 Nummer 7 hat bundeseinheitliche Regelungen zur Ausgestaltung der Ergebnisberichte an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen, die Zulassungs- und Landesausschüsse sowie die zuständige Aufsichtsbehörde zu treffen. Die Richtlinie nach Satz 1 Nummer 7 muss sicherstellen, dass die Zulassungsausschüsse basierend auf den Ergebnissen und getroffenen Maßnahmen nach § 95 Abs. 3 Satz 5 von Amts wegen tätig werden können.“

Korrespondierend ist der § 95 zu ändern (siehe Änderungsvorschlag Nr. 50).

Nr. 41 § 81 Satzung

A Beabsichtigte Neuregelung

Kassenärztliche Vereinigungen und Kassenärztliche Bundesvereinigungen können in ihren Satzungen regeln, dass Sitzungen in digitaler oder hybrider Form durchgeführt werden können.

B Stellungnahme

Die neuen Sitzungsformate sollten grundsätzlich ermöglicht werden und daher, wie nun vorgesehen, auch in den Organen und Gremien des KV-Systems.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 43 § 86 Verwendung von Verordnungen und Empfehlungen in elektronischer Form

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Änderung ist eine Folge der vorgesehenen Neufassung des § 127 SGB V. Danach sollen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Verbände der Leistungserbringer einen verbindlichen Rahmenvertrag zur Vereinfachung und Vereinheitlichung der administrativen Prozesse in der Hilfsmittelversorgung schließen. Dieser ersetzt die bisherigen Rahmenempfehlungen nach § 127 Absatz 9 SGB V.

B Stellungnahme

Die Anpassung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 44 § 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A Beabsichtigte Neuregelung

a) KBV und GKV-Spitzenverband regeln im Bundesmantelvertrag-Ärzte bis zum 31. Dezember 2026 das Nähere zu einem elektronischen Antrags- und Gutachterverfahren für genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen. Sie können die Leistungserbringenden verpflichten, die für Beantragung und Begutachtung notwendigen Angaben elektronisch an die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkasse zu übermitteln. Leistungserbringende, Krankenkasse und die bzw. der von der Krankenkasse beauftragte Gutachterin bzw. Gutachter werden zur Verarbeitung der erforderlichen versichertenbezogenen Angaben befugt. Für die Übermittlung ist ein sicheres Verfahren nach § 311 Abs. 6 SGB V zu nutzen. Ziel ist, das papiergebundene Verfahren zu beschleunigen und die am Verfahren Beteiligten zu entlasten.

b) Die Berichtspflicht des Bewertungsausschusses über die Entwicklung der abgerechneten palliativmedizinischen Leistungen wird gestrichen.

c) Das bisher im Bundesmantelvertrag Zahnärzte vorgesehene papiergebundene Gutachterverfahren wird durch ein digitales Verfahren abgelöst. Für den digitalen Austausch der erforderlichen Unterlagen ist ein sicheres Verfahren der Telematikinfrastuktur zu nutzen.

d) Die regelhafte gesetzliche Berichtspflicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über die Entwicklungen im MRSA-Bereich wird aufgrund der positiven Entwicklungen in diesem Bereich gestrichen. Stattdessen kann das BMG entsprechende Berichte im Bedarfsfall anfordern.

e) Inhaltliche Folgeänderung § 119b Abs. 1a SGB V

f) und g) Aufgrund der Einführung eines neuen Titels „Schiedswesen" soll vorliegend eine Folgeänderung vorgenommen werden. Konkret ist beabsichtigt die Angabe „89" durch die Angabe „71b" zu ersetzen.

B Stellungnahme

a) Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt. Die Einführung eines digitalen Antrags- und Gutachterverfahrens ermöglicht eine effiziente Vorabprüfung von Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit, trägt zum Bürokratieabbau bei und schafft sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für Leistungserbringende einen verlässlichen Behandlungsrahmen.

Änderungsbedarf besteht bei § 92 Abs. 6a Satz 6 SGB V. Danach hat der Gemeinsame Bundesausschuss sämtliche Regelungen zum Antrags- und Gutachterverfahren aufzuheben, sobald er ein Verfahren zur Qualitätssicherung nach §

136a Absatz 2a eingeführt hat. Diese Vorgabe steht im Widerspruch zur vorgesehenen Digitalisierung des Gutachterverfahrens. Das Qualitätssicherungsverfahren betrachtet die Versorgung nachträglich und vergleichend. Es kann die Einzelfallprüfung vor Behandlungsbeginn, die das Antrags- und Gutachterverfahren leistet, nicht ersetzen.

b) Die Streichung der Regelung wird begrüßt, da durch die bisher vorliegenden Berichte keine wesentlichen neuen Erkenntnisse gewonnen werden konnten und die Versorgungsentwicklung stabil ist.

c) Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt. Die Einführung eines digitalen Gutachterverfahrens im zahnärztlichen Bereich ermöglicht einen effizienten und schnelleren Verfahrensablauf zwischen Gutachter/-innen und Krankenkassen. Die Nutzung eines sicheren Übermittelungsverfahren der Telematikinfrastruktur sollte selbstverständlich sein.

d) Die Regelung wird begrüßt.

e) bis g) Diese Regelungen sind sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

a) § 92 Absatz 6a wird Satz 6 wie folgt gefasst:
„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sämtliche Regelungen zum Antrags- und Gutachterverfahren ~~aufzuheben~~ ***zu überprüfen***, sobald er ein Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2a eingeführt hat."

b) bis g) Keiner.

Nr. 46 § 90 Landesausschüsse

A Beabsichtigte Neuregelung

Landesausschüssen wird es ermöglicht, Sitzungen digital und hybrid durchzuführen.

B Stellungnahme

Die neuen Sitzungsformate sollten grundsätzlich ermöglicht werden und daher, wie nun vorgesehen, auch den Landesausschüssen. Sofern aufgrund einzelner Personen die Umsetzung zu Lasten der Handlungs- und Funktionsfähigkeit des Gremiums scheitert, sollte die kann-Regelung als zwingende Vorschrift nachgeschärft werden.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 47 § 91 Gemeinsamer Bundesausschuss

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Geschäftsordnung auch die Voraussetzungen für hybride oder digitale Sitzungen zu regeln.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 48 § 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu a.) Die Regelungskompetenz des G-BA soll auf Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe erweitert werden. Konkret soll die Richtlinie um eine neue Nummer 15 ergänzt werden (Schutzimpfungen sowie andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe).

Zu b.) Der GBA wird damit beauftragt die Psychotherapie-Richtlinien dahingehend anzupassen, dass die Durchführung von Kurzzeittherapien vereinfacht wird. Insbesondere soll für den gesamten Umfang einer Kurzzeittherapie ein einstufiges Antragsverfahren vorgesehen werden. Begründet wird dies mit Bürokratieabbau.

Zu c.) Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung aufgrund der Neufassung des § 127 SGB V. Konkret soll § 127 Absatz 9 Satz 1 SGB V durch die Angabe „§ 127 Absatz 1 Satz 1 SGB V ersetzt werden.

B Stellungnahme

Zu a.) Die Regelung ist sachgerecht.

Zu b.) Die Regelung ist abzulehnen. Auswertungen der Daten von AOK-Versicherten zeigen, dass Kontingentgrenzen den Behandlungsverlauf mitprägen: Rund 38 % der Therapien enden innerhalb des ersten Bewilligungsschrittes (KZT 1, bis zu zwölf Therapieeinheiten), weitere rund 46 % innerhalb des zweiten (KZT 2, weitere zwölf Therapieeinheiten). Rund 34% aller Therapien enden genau an einer der Kontingentgrenzen von 12 bzw. 24 Therapieeinheiten. Die Bewilligungsschritte dienen damit als Orientierungspunkte für die Überprüfung des Therapieverlaufs und den Abschluss einer Behandlung. Werden 24 Therapieeinheiten auf einmal bewilligt, entsteht ein Anreiz, das Kontingent auszuschöpfen und Behandlungen unabhängig vom Behandlungsbedarf zu verlängern. Die Digitalisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens nach Nr. 44 senkt den Bürokratieaufwand, ohne diese Orientierungs- und Steuerungsfunktion aufzugeben.

Zu c.) Die redaktionelle Anpassung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

zu a.) Keiner.

zu b.) Streichung der vorgesehenen Regelung

zu c.) Keiner.

Nr. 49 § 92a Innovationsfonds, Grundlagen der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die jährliche Fördersumme für den Innovationsfonds soll von 100 Millionen Euro auf 75 Millionen Euro gesenkt werden.

B Stellungnahme

Der Innovationsfonds nach § 92a hat durch das Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) eine einjährige und durch das Beitragsstabilisierungsgesetz (BStabG) schließlich eine dauerhafte Halbierung der Fördersumme auf 100 Millionen Euro jährlich erfahren. Dies war sachgerecht, insbesondere da bisher kaum Transfer in die Regelversorgung zu verzeichnen war. Weiterentwicklungsmöglichkeiten für einen besser gelingenden Transfer erfolgreicher neuer Versorgungsformen in die Regelversorgung werden unter Anderem seitens des BMG diskutiert. Ein dort beauftragtes Gutachten soll Ende 2026 veröffentlicht werden. Anpassungen, um die Wirkung des Förderinstruments zu verbessern, sind zu erwarten. Eine erneute Reduktion der Fördermittel auf 75 Millionen Euro jährlich wird kritisch gesehen. Denn damit wird die Arbeits- und darüber hinaus auch die Weiterentwicklungsfähigkeit des erst in 2024 verstetigten Innovationsfonds geschwächt.

Die um 25 Millionen Euro gekürzten Mittel sollen überdies nicht eingespart werden, sondern für den Aufbau einer weiteren Förderstruktur, den „Zukunftsfonds für digitale Transformation und IT-Sicherheit in der Gesundheitsversorgung“, verwendet werden, die zum einen das Gegenteil von Bürokratierückbau ist und zum anderen eine deutliche Nähe zu allgemeinen staatlichen (Förder-)Aufgaben aufweist. Diesbezüglich verweisen wir auf die ausführliche Stellungnahme unter Nr. 137 und Nr. 138 zu §§ 394a und 394b (neu).

Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass bei der beabsichtigten Neuregelung versäumt wurde, die jährliche Mindestfördersumme zur Entwicklung und Weiterentwicklung medizinischer Leitlinien, für die besonderer Bedarf in der Versorgung besteht, anzupassen. Für eine gleichmäßige Verteilung der Kürzung auf die Förderbereiche wäre eine Anpassung von 2,5 Millionen Euro auf 1,875 Millionen Euro jährlich notwendig (siehe § 92a Absatz 3 Satz 4).

C Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Regelung wird gestrichen.

Sollte die vorgesehene Regelung nicht gestrichen werden, ist in § 92a Absatz 3 Satz 4 *„2,5 Millionen Euro“* zu ersetzen durch *„1,875 Millionen Euro.“*

Nr. 50 § 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Besetzung des Zulassungsausschusses ändert sich, wenn Zulassungssachen der Psychotherapeut/-innen beraten werden. Durch die Änderung des § 101 ist ein veralteter Verweis anzupassen, der diese Regelung konkretisiert.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Daneben besteht zusätzlicher Änderungsbedarf (siehe dazu auch Stellungnahme zu Nr. 39 § 75). Die Überprüfung der Versorgungsaufträge liegt bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Trotz Vorgabe, dass diese bundeseinheitlich zu erfolgen hat, werden die Prüfaufträge regional von den Kassenärztlichen Vereinigungen jedoch unterschiedlich umgesetzt. Das führt im Ergebnis je nach Region zu unterschiedlichen Ergebnissen und im Hinblick auf den in § 19 Abs. 4 Ärzte-ZV geregelten Auftrag der Zulassungsausschüsse zu Bevor- und Benachteiligungen der zu prüfenden Ärzte und Ärztinnen. Um eine bundesweit einheitliche Prüfung und Bewertung der Einhaltung der Versorgungsaufträge zu gewährleisten, soll die Kassenärztliche Bundesvereinigung in § 75 den Auftrag erhalten, eine bundesweit für alle Kassenärztlichen Vereinigungen verbindliche Richtlinie zu erstellen. In § 95 Absatz 3 ist entsprechend ein Verweis auf diese Richtlinie einzufügen. Die Richtlinie hat insbesondere Sicherzustellen, dass die Zulassungsausschüsse basierend auf den Ergebnissen und getroffenen Maßnahmen gemäß ihrem Auftrag nach § 19a Absatz 4 Satz 6 Zulassungen entziehen kann. Bisher erhalten die Zulassungsausschüsse die Ergebnisse der Prüfung in der Regel in stark aggregierter Form.

Da die Erfüllung der Versorgungsaufträge mit der in § 75 Absatz 1 geregelten Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung einhergeht und den Krankenkassen bei verschuldeter Nichterfüllung finanzielle Sanktionsmöglichkeiten eingeräumt werden, ist der Empfängerkreis der Ergebnisberichte um diese zu erweitern.

C Änderungsvorschlag

In § 95 Absatz 3 Satz 4 werden nach dem Wort „*bundeseinheitlich*“ die Wörter „***nach Maßgabe der Richtlinie nach § 75 Abs. 7 Satz 1 Nr. 7***“ und in Satz 5 nach dem Wort „*sind*“ die Wörter „***den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen***,“ eingefügt.

Korrespondierend ist der § 75 zu ändern (siehe Änderungsvorschlag zu Nr. 39).

Nr. 51 § 101 Überversorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Bislang werden psychotherapeutisch tätige Ärzt/-innen und Psychotherapeut/-innen, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, als Teil der Bedarfsplanungsgruppe der Psychotherapeuten geplant. Ein Mindestversorgungsanteil wurde über eine Quote abgebildet. Diese Quotenregelung entfällt nun. Stattdessen werden diese in einer eigenen Arztgruppe abgebildet. Demzufolge hat der Gemeinsame Bundesausschuss entsprechende Änderungen zu beschließen.

Auch für ärztliche Psychotherapeut/-innen bestand eine feste Quote. Nun wird diese Regelung dahingehend geändert, dass der Gemeinsame Bundesausschuss die Höhe selbst festlegen kann.

B Stellungnahme

Es ist grundsätzlich zu begrüßen, die Kinder- und Jugendpsychotherapeut/-innen gesondert zu beplanen. Damit erhalten der Gemeinsame Bundesausschuss, aber vor allem auch die regionalen Planer mehr Spielraum und können die besonderen Bedarfe der Kinder- und Jugendlichen besser berücksichtigen. Die Quoten haben sich nur bedingt bewährt.

Bei der konkreten Umsetzung der anstehenden Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie ist darauf zu achten, dass nicht im Umkehrschluss hunderte zusätzliche Sitze für Psychologische Psychotherapeut/-innen entstehen. Hier fand bereits in den letzten Jahren ein sukzessiver Aufwuchs statt, der im Ergebnis zu keiner Versorgungsverbesserung aber einem enormen Ausgabenaufwuchs geführt hat.

Der Gesetzgeber geht von finanziellen Mehrausgaben in Höhe eines niedrigen bis mittleren zweistelligen Millionenbetrages pro Jahr aus. Aufgrund der heterogenen Verteilung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-innen in der Gruppe der Psychotherapeut/innen und unterschiedlichen Kinderanteilen in den Planungsbereichen entstehen jedoch alleine durch die Trennung der Gruppe unzählige Zulassungsmöglichkeiten. Korrekterweise muss daher von einem mittleren dreistelligen Millionenbetrag ausgegangen werden, wobei nahezu die Hälfe auf Psychologische Psychotherapeuten entfällt.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 52 § 105 Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Mittelverwendung des Strukturfonds wird dahingehend geändert, dass mindestens 20 Prozent gezielt zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Behinderungen eingesetzt werden müssen.

B Stellungnahme

Es ist dringend angezeigt, die Versorgung von Menschen mit Behinderungen zu verbessern. Analysen, wie beispielsweise der Stiftung Gesundheit (https://www.stiftung-gesundheit.de/analysen-studien/analysen-versorgungslandschaft/statusquo2023/), zeigen, dass immerhin inzwischen fast jede zweite Praxis über Vorkehrungen verfügen, die Barrieren abbauen oder vermeiden. Doch in den seltensten Fällen ist die eindeutige Zuordnung einer Verbesserungsmaßnahme möglich, da zum Beispiel alle Menschen von zusätzlichen Zulassungen oder einer Ausweitung des telemedizinischen Angebotes profitieren und damit auch die meisten Menschen mit Behinderungen. Darüber hinaus birgt ein fester Förderanteil, insbesondere in dieser Höhe, das Risiko, dass die Mittelvergabe nicht ausschließlich nach Maßgabe des tatsächlichen Bedarfs und der Förderwürdigkeit einzelner Maßnahmen erfolgt. Daher scheint die konkrete Regelung weder administrativ umsetzbar, noch im Sinne einer effizienten Verwendung von Sozialversicherungsbeiträgen wünschenswert. Eine zusätzliche Finanzierung ist nicht erforderlich, sondern die Barrierefreiheit ist schon jetzt die Aufgabe der Praxen. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab bildet die Praxiskosten entsprechend ab.

Im Zusammenhang mit der angedachten Anpassung von § 105 SGB V ist darauf hinzuweisen, dass durch das im Sommer verabschiedete GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz eine erhebliche Mehrbelastung der GKV droht. Diese steht dem eigentlichen gesetzlichen Ziel des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes entgegen. Hintergrund ist, dass der Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a Satz 1 SGB V 0,1 bis 0,2 Prozentpunkte der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) umfasst. Ab dem Kalenderjahr 2027 steigt die MGV im Zuge der Überführung von bisher extrabudgetären Leistungen erheblich an, so dass auch die Mittel des Strukturfonds erheblich anwachsen werden. Es ist fraglich, ob das gesetzgeberisch intendiert gewesen ist. Die Mittel sind daher in der Höhe maximal auf die Werte des Kalenderjahres 2026 gesteigert um die Veränderungsrate der Grundlohnsumme zu begrenzen, um nicht intendierte Kostensteigerungen zu vermeiden.

Da immer mehr Versichertengelder über den Strukturfonds verteilt werden, müssen endlich auch die Krankenkassen über die Mittelverwendung mitentscheiden können. Nur so kann gewährleistet werden, dass die Versorgung im Sinne der konkreten Bedarfe der Versicherten vor Ort verbessert wird.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

In Absatz 1a wird nach Satz 1 folgender Satz ergänzt: ***„Ab dem Jahr 2027 gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass die Berechnungsgrundlage die im Jahr 2026 vereinbarte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, jährlich erhöht um die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3, ist.“***

Es wird nach Satz 3 (bisherige Fassung, ohne Ergänzung des vorher genannten Satzes) folgender Satz eingefügt: „***Über die Verwendung der Mittel entscheiden die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen einvernehmlich***.“

Nr. 53 § 106 Wirtschaftlichkeitsprüfung

A Beabsichtigte Neuregelung

In § 106 Absatz 3 Satz 6 SGB V soll eine Anpassung der Fristen (Verkürzung) erfolgen. Für die Festsetzung von Nachforderungen und Kürzungen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind in den Sätzen 3 und 5 Ausschlussfristen geregelt. Für die Beratungen gelten diese jedoch nicht. Nach bisheriger Rechtslage gilt für Beratungen die vierjährige Verjährungsfrist. Mit der Anpassung wird vorgeschlagen, die Ausschlussfristen der Sätze 3 und 5 auch auf die Beratungen zu beziehen. Aus Sicht des RefE soll so eine Gleichsetzung erfolgen.

B Stellungnahme

Die Regelung ist nicht sachgerecht, eine Verkürzung auf die Frist ist nicht sachgerecht. Es soll weiterhin die vierjährige Verjährungsfrist gelten.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Nr. 54 § 106b Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

zu a.) und zu aa.) Der vorliegende Entwurf sieht die gesetzliche Einführung sogenannten „Bagatellgrenzen" vor. Danach sollen die Rahmenvorgaben zukünftig verpflichtend auch die Vorgabe zur Aufnahme einer „Geringfügigkeitsgrenze" in Höhe von 300 Euro in den Prüfvereinbarungen enthalten müssen, bis zu deren Erreichung Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht beantragt werden können. Diese Antragsgrenze bezieht sich auf je eine Betriebsstättennummer, dies je Quartal und je Krankenkasse.

Der Entwurf geht davon aus, dass damit rund 70 Prozent der bislang durchgeführten Prüfverfahren zukünftig entfallen werden. Der RefE geht davon aus, dass sich durch diese Geringfügigkeitsgrenze eine jährliche finanzielle Belastung für die GKV in Höhe von rund 3 Millionen Euro ergeben würde, diese zudem nur einen sehr geringen Anteil der Gesamtausgaben der GKV für Arzneimittel und Heilmittel ausmachen (im Jahr 2022: rund 43 Milliarden Euro für Arzneimittel und rund 11 Milliarden Euro für Heilmittel) würde.

zu bb.) Nach dem RefE würde es sich um eine Folgeänderung zur Einführung eines eigenständigen Titels „Schiedswesen" handeln, die in die Regelungen zum Schiedsamt des bisherigen § 89 überführt werden sollen.

zu b.) Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung eines eigenständigen Titels „Schiedswesen", der in die Regelungen zum Schiedsamt des bisherigen § 89 überführt werden soll.

B Stellungnahme

zu a.) und zu aa) Den Änderungsvorschlägen ist zu widersprechen, diese sind vorbehaltlos zu streichen. Hintergrund ist, dass die zukünftige verpflichtende Vorgabe zur Aufnahme einer „Geringfügigkeitsgrenze" in Höhe von 300 Euro abzulehnen ist. Diese hat neben einem politischen Effekt die Folge, dass dadurch die Wirtschaftlichkeitsprüfung deutlich geschwächt und gleichermaßen die regionale Kompetenz vor Ort geschmälert wird. Ob die Vermutung der jährliche Belastung für die GKV, wie vom BMG ausgeführt nur einen „sehr geringen Anteil" haben würde, ist ferner deutlich zu hinterfragen. Des Weiteren unterschreitet die Mehrzahl der Prüfanträge die 300-Euro-Grenze, somit könnten in der Summe viele Prüfanträge mit einem insgesamt hohen Rückforderungsvolumen nicht mehr gestellt werden. Auch der Verlust der präventiven Wirkung auf das ärztliche Verordnungsverhalten mit ggf. Folgewirkungen auf weitere Quartale würde gänzlich entfallen. Kleinere Krankenkassen könnten Prüfanträge trotz hohem wirtschaftlichen Schaden durch Folgeverordnungen auf Grund der hohen Bagatellgrenze nicht mehr stellen.

zu bb.) Der Folgeänderung zur Einführung eines neuen Schiedsamtes ist an dieser Stelle nicht zur widersprechen.

zu b.) Der Folgeänderung zur Einführung eines neuen Schiedsamtes ist an dieser Stelle nicht zur widersprechen.

C Änderungsvorschlag

zu a.) und zu aa) Streichung der vorgesehenen Regelung.

zu bb.) und zu b.) Keiner.

Nr. 55 § 106d Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieh vor Anträge der Abrechnungsprüfung nicht mehr direkt von den Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu übermitteln. Vielmehr soll zunächst eine Vorabprüfung bei der Prüfungsstelle nach § 106c SGB V durchgeführt werden. Ziel soll die Prüfung der Erfolgsaussicht eines Kassenantrages sein. Die bereits vorhandenen Fristen sollen aufgrund des zusätzlichen Schrittes einer Vorabprüfung durch die Prüfungsstelle entsprechend angepasst werden. Zudem wird eine Ausschlussfrist aufgenommen.

B Stellungnahme

Das vorliegende Gesetz hat eigentlich zum Ziel, Bürokratie und die damit verbundene Kosten abzubauen. Durch das Zwischenschalten einer Prüfungsstelle wird das Gegenteil erreicht. Es müssen zusätzliche Kapazitäten in der Prüfungsstelle aufgebaut werden, wodurch Kosten für die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen entstehen und gleichzeitig wird das Verfahren verkompliziert und verlängert. Außerdem kann die Änderung als Einschränkung der Prüfrechte der Krankenkassen gewertet werden, was gerade vor dem Hintergrund der angespannten Finanzsituation ein falsches Signal darstellt. Daher ist die Regelung abzulehnen

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Nr. 56 § 110 Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

A Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Anpassung aufgrund Änderungen zum Schiedswesen in § 71 a SGB V

B Stellungnahme

Der Folgeänderung zu Änderungen im Schiedswesen ist an dieser Stelle nicht zur widersprechen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 57 § 110a Qualitätsverträge

A Beabsichtigte Neuregelung

zu (1) Die Pflicht zum Abschluss von Qualitätsverträgen entfällt mit Inkrafttreten des Gesetzes. Freiwillige Verträge sind zu befristen und ein Anspruch auf Abschluss eines Qualitätsvertrages oder Exklusivität besteht nicht. Grundlage sind die Empfehlungen der acht Leistungsbereiche des G-BA. Bestehen bereits gleich- oder höherwertige verpflichtende Qualitätsanforderungen so können keine Qualitätsverträge abgeschlossen werden. Vertragsbezogene Daten sind weiterhin verpflichtend an das Institut nach § 137a zu liefern. Der Bericht nach § 136b Absatz 8 ist weiterhin durch das Institut bis zum 31.12.2028 zu erstellen. Laufende Qualitätsverträge bestehen unberührt fort.

zu (2) Vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen werden bis zum 31.10.2027 angemessene Pauschalen für die Ausgaben der Krankenkassen sowohl für Vorbereitung als auch die Durchführung der Qualitätsverträge festgelegt.

B Stellungnahme

zu (1) Die Streichung der Verpflichtung zum Abschluss von Qualitätsverträgen wird begrüßt ebenso wie die Beibehaltung der Erstellung des Berichtes nach § 136b Absatz 8 durch das Institut nach § 137a bis zum 31.12.2028. Um die Erstellung des Berichtes durch das Institut zum 31.12.2028 zu gewährleisten, sollten die bestehenden Qualitätsverträge erst mit Abschluss des Erprobungszeitraumes enden. Für alle ab dem 01.01.2027 geschlossenen Verträge reduziert sich damit der Dokumentationsaufwand deutlich und wird begrüßt.

Zu (2) Die Einführung von Pauschalen und damit einer Ausgabendeckelung für freiwillige Qualitätsverträge nach § 110a durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassenwird abgelehnt. Die finanzielle Ausgestaltung gehört in die Verantwortung der Vertragspartner. Die Regelung verursacht zusätzliche Bürokratie und verhindert ggf. den Abschluss von Qualitätsverträgen.

C Änderungsvorschlag

Absatz (1) Satz 8 neu: Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens bestehende Qualitätsverträge können frühestens zum 31.12.2027 gekündigt werden.

Absatz (2): Streichung der vorgesehenen Regelung.

Nr. 58 § 111 Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Auftrag zur Entwicklung von Rahmenempfehlungen an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene soll ergänzt werden durch Regelungen zur barrierefreien Rehabilitation.

B Stellungnahme

Eine barrierefreie Rehabilitation wird begrüßt. Die beabsichtigte Verortung eines entsprechenden Regelungsauftrags ausschließlich im SGB V wird jedoch deutlich abgelehnt. Da Rehabilitationseinrichtungen regelmäßig Rehabilitantinnen und Rehabilitanten verschiedener Kostenträger versorgen, besteht die Gefahr, dass notwendige Investitionen zur Herstellung der Barrierefreiheit einseitig zulasten der GKV finanziert werden. Insbesondere vor dem Hintergrund der trägerübergreifenden Belegung von Rehabilitationseinrichtungen ist dies nicht sachgerecht. Anforderungen an die Barrierefreiheit betreffen nicht allein die GKV, sondern Leistungsträger der medizinischen Rehabilitation gemäß § 6 Abs. 1 SGB IX. Eine ausschließlich im SGB V verankerte Regelung wird dieser gemeinsamen Verantwortung der Rehabilitationsträger nicht gerecht. Eine etwaige Weiterentwicklung sollte entsprechend im SGB IX erfolgen. Dort sind bereits Regelungen zur Barrierefreiheit trägerübergreifend verortet (§§ 36, 37 SGB IX). Zusätzlich sieht das QS-Reha®-Verfahren sowie die BAR diesbezügliche Vorgaben vor.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Nr. 59 § 111b Landesschiedsstelle für Versorgungs- und Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Trägern von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen und Bundesschiedsstelle für Rahmenempfehlungen, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderungen aus der Neuregelung des Schiedswesens in § 71a-d SGB V.

B Stellungnahme

Siehe Bewertung der §§ 71a-d SGB V

C Änderungsvorschlag

Siehe Bewertung der §§ 71a-d SGB V

Nr. 60 § 111c Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderungen aus der Neuregelung des Schiedswesens in § 71a-d SGB V.

B Stellungnahme

Siehe Bewertung der §§ 71a-d SGB V

Beachtend der Stellungnahme zu § 111 SGB V, wäre es folgerichtig den § 111c Abs. 3 SGB V dem § 111 Abs. 7 SGB V gleichzuziehen.

C Änderungsvorschlag

Siehe Bewertung der §§ 71a-d SGB V.

Nr. 61 § 113 Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung der Krankenhausbehandlung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht eine gesetzliche Ermächtigung der Kassen vor, die Prüfungsstellen der vertragsärztlichen Versorgung in Anspruch zu nehmen.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 62 § 114 Landesschiedsstelle

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und die Landeskrankenhausgesellschaften für jedes Land eine Schiedsstelle gemäß § 71d zu bilden haben.

B Stellungnahme

Folgeänderung zur Einführung des § 71d.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 64 § 115a Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

A Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund der Anpassung des § 18 a KHG wird der Verweis redaktionell angepasst und der Name „Landeskrankenkrankenhausschiedsstelle“ übernommen.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine rein redaktionelle Änderung. Eine Bewertung der Anpassung des Schiedswesens im Krankenhaus erfolgt unter Artikel 3

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 66 § 115d Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Angabe „Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6“ wird durch die Angabe „Bundeskrankenhausschiedsstelle nach § 18b Absatz 1“ ersetzt.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine rein redaktionelle Änderung

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 68 § 118 Psychiatrische Institutsambulanzen

A Beabsichtigte Neuregelung

a) Folgeänderung der Verschiebung der Regelungen zum sektorenübergreifenden Schiedsgremium § 89a nach § 71c

b) Für zwei Jahre sollen auch Hausärztinnen und Hausärzte an psychosomatische Institutsambulanzen überweisen können. Bisher soll sie in der Regel durch einen Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder einen Arzt mit äquivalenter Weiterbildung erfolgen. Begründet wird dies damit, dass die fachärztliche Überweisung ein wesentliches Zugangshindernis darstellt. Die Regelung soll evaluiert und die Definition der Patientengruppe überprüft werden.

B Stellungnahme

a) Die Regelung ist sachgerecht.

b) Die Regelung ist abzulehnen. Das Ziel eines schnelleren Zugangs und Stärkung der hausärztlichen Lotsenfunktion wird mit Blick auf die geplante Einführung eines Primärversorgungssystems zwar unterstützt. Jedoch haben psychosomatische Institutsambulanzen einen spezifischen Versorgungsauftrag und richten sich an Patientinnen und Patienten, die in der vertragsärztlichen Versorgung nicht erfolgreich behandelt werden können. Das fachärztliche Überweisungserfordernis dient dabei der „Sicherstellung einer strukturierten Vorbehandlung, der Abgrenzung des Versorgungsauftrags und der Vermeidung medizinisch nicht gerechtfertigter Leistungsausweitungen", wie in der Gesetzesbegründung dargestellt. Die Neuregelung gibt diese Steuerungsinstrument auf, sodass das Risiko von Mengenausweitungen und einer Verlagerung leichterer Fälle in diese spezialisierte Versorgungsstufe besteht.

Zudem ist der angegebene Evaluationszeitraum zu kurz, um belastbare Aussagen über die Auswirkungen der hausärztlichen Überweisungsmöglichkeit auf die Patientenversorgung und Kassenausgaben zu treffen. Die Notwendigkeit, die Patientengruppe zum gegenwärtigen Zeitpunkt zu überprüfen, ist nicht ersichtlich.

C Änderungsvorschlag

a) Keiner.

b) Buchstabe b) sollte gestrichen werden.

Nr. 70 § 119 Sozialpädiatrische Zentren

A Beabsichtigte Neuregelung

Es erfolgt eine Klarstellung, dass im Rahmen der Transition bei jungen Heranwachsenden eine Behandlung bis zum vollendeten 21. Lebensjahr erfolgen kann, wenn diese erforderlich ist. Der Ermächtigungsumfang wird entsprechend konkretisiert.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht. Tatsächlich ist das aber bereits gelebte Praxis, so dass es nicht unmittelbar erschließt, dass es hierfür eine gesetzgeberische Klarstellung braucht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 71 § 119b Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Änderung wird die nach § 119b SGB V für stationäre Pflegeeinrichtungen bereits bestehende Möglichkeit, Kooperationsverträge mit vertragszahnärztlichen Leistungserbringern abzuschließen, um eine neue zahnärztliche Kooperationsform für bestimmte Einrichtungen der Eingliederungshilfe erweitert. Leistungserbringer der Eingliederungshilfe schließen bei entsprechendem Bedarf Verträge mit geeigneten Vertragszahnärzt/-innen. Grundlage für die Zusammenarbeit bildet eine Vereinbarung auf Bundesebene zwischen Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung und Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen im Benehmen u. a. mit den Vereinigungen der Träger von Leistungserbringern der Eingliederungshilfe. Die Auswirkungen auf die vertragszahnärztliche Versorgung sind zu evaluieren und die Ergebnisse müssen bei der Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe alle drei Jahre, erstmals zum 30.09.2031, der Bundesregierung vorgelegt werden.

B Stellungnahme

Mit der Regelung wird ein bestehendes und bekanntes Versorgungsproblem adressiert. Auch wenn Menschen mit Behinderungen in stationären Einrichtungen einen hohen Bedarf an präventiver und kurativer zahnmedizinischer Versorgung aufweisen, schließt dies das Aufsuchen einer Zahnarztpraxis per se nicht aus, zumal die zahnärztliche Versorgung in einer voll ausgestatteten Arztpraxis aus Qualitätsaspekten immer vorzuziehen ist. Daher sollte eine aufsuchende zahnmedizinische Betreuung nur dann vorgenommen werden, wenn die betroffenen Menschen nicht in der Lage sind, eine Praxis aufzusuchen. Zusätzlich muss bundeseinheitlich definiert werden, welche qualitativen und auch apparativen Mindestvoraussetzungen an die aufsuchenden vertragsärztlichen Leistungserbringer zu richten sind. Diese sollten Bestandteil der Vereinbarung auf Bundesebene sein.

Darüber hinaus muss der Evaluationsauftrag konkretisiert werden. Regelhaft werden lediglich Mengenentwicklungen betrachtet. Der Umfang einer Leistungsinanspruchnahme allein kann jedoch die Auswirkung auf die Versorgung nicht beschreiben. Stattdessen muss eine Evaluation die Frage beantworten können, ob das medizinische Ziel erreicht werden konnte. In diesem Falle beispielsweise in Form eines Rückgangs der Anzahl der gezogenen Zähne oder eine Reduzierung der PAR-Fälle.

Die vom Gesetzgeber antizipierten Mehrausgaben im einstelligen Millionenbereich sind nicht nachvollziehbar. Tatsächlich entstehen schon bei Annahme einer niedrigen Inanspruchnahmequote bereits Werte im zweitstelligen Millionenbereich. Außerdem sind aufgrund der Altersstruktur und des Krankheitsbildes der Bewohner/-innen nur sehr geringe Einsparungen durch die Verbesserung der Mundgesundheit zu erwarten. Diese nicht bezifferbaren Einsparungen stehen in keinem Verhältnis zu den geplanten

Mehrausgaben. Ohne an anderer Stelle die Kosten zu senken, entfernt sich der Gesetzgeber mit Etablierung dieser Regelung weiter von dem Ziel, den Beitragssatz stabil zu halten.

Der für die Vertragszahnärzt/-innen und auch für die stationären Behinderteneinrichtungen entstehende Erfüllungsaufwand kann nicht quantifiziert werden. Vor dem Hintergrund der in einigen KZV-Bezirken sinkenden Zulassungen für die vertragszahnärztliche Versorgung muss die vorgesehene Ausweitung der Tätigkeiten kritisch betrachtet werden.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 2a Satz 1 werden nach dem Wort „Anforderungen" folgende Wörter ergänzt: „***an den aufsuchenden vertragsärztlichen Leistungserbringer und***"

In Absatz 3 Satz 3 wird der Punkt am Ende des Satzes entfernt und folgende Wörter ergänzt „***hinsichtlich ihres medizinischen Nutzens***."

Nr. 72 § 120 Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

zu a) und c): Es wird im Gesetz eine Frist zur Vereinbarung nach Abs. 3 Satz 3 von 18 Kalendermonaten nach Verkündung des Gesetzes verankert. Nach Ablauf der Frist ist die Vergütung um einen Prozentpunkt zu kürzen, bis die Vereinbarung getroffen ist.

B Stellungnahme

Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt. Während bei den humanmedizinischen Hochschulambulanzen und weitere Ambulanzen am Krankenhaus seit Jahren die Abrechnung elektronisch erfolgt, steht die Vereinbarung bei den zahnmedizinischen Hochschulambulanzen aus. In der Folge kommt es weiter zu Papierabrechnungen, was nicht zeitgemäß ist. Die Bemühungen der GKV, eine solche Vereinbarung zu treffen, sind stets an dem weiteren Vereinbarungspartner gescheitert.

Ausweislich der Gesetzesbegründung hat der Gesetzgeber eine Frist von einem Jahr angedacht. In der eigentlichen Normsetzung wird jedoch auf den 18. Kalendermonat abgestellt. Hier bedarf es eine Korrektur auf den 12. Kalendermonat.

Anzumerken ist, dass der Anreiz zur Vereinbarung mit einem Prozentpunkt weiterhin ggf. zu gering ausfällt. Dieser ist nach Ablauf von 6 Monaten jeweils um einen Prozentpunkt zu steigern, sollte es weiterhin zu keiner Vereinbarung kommen. Hierdurch wird sichergestellt, dass ein großes Interesse an einer Vereinbarung besteht.

C Änderungsvorschlag

In Absatz 3 Satz 3 wird nach der Angabe „Vertragsparteien nach § 301 Absatz 3“ die Angabe „bis spätestens zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des **12.** auf die Verkündung folgenden Kalendermonats]“ eingefügt.

Absatz 5 wird durch folgenden Absatz 5 ersetzt:

„Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 3 Satz 3 ganz oder teil-weise nicht innerhalb der vorgegebenen Frist zustande, ist die Vergütung der Leistungen für die keine Vereinbarung nach Absatz 3 Satz 3 besteht pauschal um 1 Prozent zu kürzen bis die entsprechende Vereinbarung geschlossen ist; **nach Ablauf von weiteren sechs Kalendermonaten erhöht sich die Kürzung jeweils um einen Prozentpunkt.** Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Frist nach Absatz 3 Satz 3 durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates verlängern.“

Nr. 73 § 124 Zulassung

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung des § 124 Absatz 5 Satz 3 SGB V wird klargestellt, dass für Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und vergleichbare Einrichtungen neben den Verträgen nach § 125 Absatz 1 SGB V auch die Verträge nach § 125a Absatz 1 SGB V entsprechend gelten. Einer Anerkennung der Verträge nach § 125 Absatz 1 SGB V bedarf es weiterhin nicht.

B Stellungnahme

Die vorgesehene Klarstellung wird begrüßt. Sie gewährleistet, dass die vertraglichen Regelungen zur Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung auch für die in § 124 Absatz 5 SGB V genannten Einrichtungen entsprechend Anwendung finden. Die bestehenden zulassungsrechtlichen Voraussetzungen bleiben unberührt.

Mit der Einbeziehung weiterer Leistungserbringer in die Versorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung ist allerdings eine zusätzliche Mengenentwicklung zu erwarten. Die Auswirkungen auf Leistungsmenge und Ausgaben sind daher im Rahmen der laufenden Evaluation der Versorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung gesondert zu betrachten.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 74 § 125 Verträge zur Heilmittelversorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung des § 125 Absatz 2 Satz 1 SGB V um eine neue Nummer 7a werden die Vertragspartner verpflichtet, Fälle zu vereinbaren, in denen bei Beanstandungen der Abrechnung durch die Krankenkassen, insbesondere bei Formfehlern, eine Retaxation vollständig oder teilweise unterbleibt. Die Verträge sind innerhalb der gesetzlich vorgesehenen Frist entsprechend zu ergänzen. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, setzt die Schiedsstelle die Vertragsinhalte innerhalb von drei Monaten fest. Darüber hinaus wird § 125 Absatz 6 SGB V an die allgemeinen Regelungen zur Schiedsstelle nach § 71d SGB V angepasst.

B Stellungnahme

Das Ziel, unverhältnismäßige Retaxationen aufgrund geringfügiger Formfehler zu vermeiden, ist nachvollziehbar. Die vorgesehene Ausgestaltung wird jedoch kritisch bewertet.

Die Anlagen zu den Verträgen nach § 125 Absatz 1 und § 125a SGB V enthalten bereits heute umfassende Regelungen zur Abrechnung, insbesondere zu Korrekturmöglichkeiten, -formen und -fristen. Absetzungen beruhen überwiegend nicht auf Formfehlern der ärztlichen Verordnung, sondern auf technisch fehlerhaften Abrechnungen, nicht regelgerecht erbrachten Leistungen oder Überschreitungen der Abrechnungsfrist. Ein darüber hinausgehender Regelungsbedarf ist nicht belegt.

Zudem definiert der Entwurf weder den Begriff des formalen Fehlers noch den des geringfügigen formalen Fehlers. Ohne eine solche Abgrenzung sind Auslegungsstreitigkeiten sowohl in den Vertragsverhandlungen als auch in der Abrechnungsprüfung der Krankenkassen absehbar.

Bei der Umsetzung ist außerdem zu berücksichtigen, dass mit der für 2029 vorgesehenen Einführung der elektronischen Verordnung in der Heilmittelversorgung zahlreiche Fehlerquellen bei Verordnung, Übermittlung und Abrechnung entfallen. Die Regelung sollte daher so ausgestaltet werden, dass sie ohne umfangreiche Anpassung der Prüf- und Abrechnungsprozesse der Krankenkassen umgesetzt und in die elektronische Verordnung überführt werden kann.

Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes muss zudem gewährleistet bleiben, dass die Vertragspartner differenzierte Regelungen vereinbaren können, die den Umständen des Einzelfalls Rechnung tragen. Maßgeblich sollte dabei nicht eine offene Aufzählung von Fällen sein, in denen eine Retaxation unterbleibt, sondern ein abgestuftes System von Rechtsfolgen: Vorrang der Korrektur vor der Absetzung, teilweise Absetzung bei geringfügigen Mängeln und vollständige Absetzung bei Fehlern, die die Leistungsvoraussetzungen betreffen. Die Fallgruppen sind abschließend zu regeln, um Rechtssicherheit für Krankenkassen und Leistungserbringer zu schaffen.

C Änderungsvorschlag

§ 125 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7a SGB V ist dahingehend zu fassen, dass die Vertragspartner abschließend regeln, bei welchen formalen Fehlern anstelle einer Retaxation eine fristgebundene Korrektur oder eine teilweise Absetzung erfolgt. Fehler, die die Leistungsvoraussetzungen betreffen, insbesondere eine fehlende oder abgelaufene Verordnung, sind von der Regelung auszunehmen. Der Begriff des geringfügigen formalen Fehlers ist zumindest in der Gesetzesbegründung zu konkretisieren.

Nr. 75 § 126 Versorgung durch Vertragspartner

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu a) Redaktionelle Anpassung.

Zu b)

Doppelbuchstabe aa) Redaktionelle Anpassung

Doppelbuchstabe bb) Während der Geltungsdauer eines Präqualifizierungszertifikats sollen anlasslose Betriebsbegehungen zukünftig grundsätzlich entfallen.

Doppelbuchstabe cc) Der GKV-Spitzenverband soll die Daten der Präqualifizierungsdatenbank künftig neben den Krankenkassen auch den Stellen nach § 340 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V zur Verfügung stellen können, da diese auch zur Prüfung der Berechtigung der Leistungserbringer zum Erhalt von Komponenten zur Authentifizierung in der Telematikinfrastruktur geeignet sind.

Zu c) Stationäre Pflegeeinrichtungen mit Vertrag nach § 72 SGB XI brauchen für die Versorgung ihrer Bewohnerinnen und Bewohner mit aufsaugenden Inkontinenzprodukten zukünftig nicht mehr die Erfüllung der Präqualifizierungsvoraussetzungen nachzuweisen.

Zu d) Für Leistungserbringer, die die Erfüllung der Präqualifizierungsvoraussetzungen nicht nachweisen müssen wird ein besonderes Identifikationsverfahren eingeführt. Diese Leistungserbringer müssen sich von einer Präqualifizierungsstelle bestätigen lassen, dass sie von der regulären Nachweispflicht ausgenommen sind. Die Präqualifizierungsstelle informiert den GKV-Spitzenverband entsprechend.

B Stellungnahme

Zu a) Die Änderung wird begrüßt.

Zu b) Der Ausschluss anlassloser Betriebsbegehungen während der Geltungsdauer des Präqualifizierungszertifikats reduziert den Aufwand bei Leistungserbringern und Präqualifizierungsstellen erheblich, die Änderung wird daher begrüßt. Auch die Bereitstellung der Präqualifizierungsdaten an die Stellen nach § 340 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V ist sachgerecht. Die bereits vorhandenen Daten können auch für Belange zum Aufbau der Telematikinfrastruktur genutzt werden.

Zu c) Die mit § 126 Absatz 1c SGB V vorgesehene Ausnahme zugelassener stationärer Pflegeeinrichtungen vom Präqualifizierungserfordernis wird befürwortet. Es ist aber nicht wie im Referentenentwurf vorgesehen nötig, dass die Pflegeeinrichtung die ihrerseits abgegebenen Inkontinenzprodukte nur von präqualifizierten Leistungserbringern bezieht. Die Produktqualität wird bereits durch die Listung im Hilfsmittelverzeichnis nachgewiesen.

Zu d) Die Regelung ist nicht zwingend erforderlich, der Nutzen des dafür betriebenen Aufwands sollte noch einmal hinterfragt werden. Die jetzt von der Präqualifizierung

freigestellten stationären Pflegeeinrichtungen und Augen- bzw. HNO-Ärzte könnten, wie aktuell Apotheken auch, anhand anderer Kriterien im DTA-Verfahren identifiziert werden.

C Änderungsvorschlag

Zu c) § 126 Absatz 1c SGB V sollte wie folgt geändert werden:

(1c) Abweichend von Absatz 1a Satz 2 erster Halbsatz haben stationäre Pflegeeinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 72 des Elften Buches besteht, keinen Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen nach Absatz 1 Satz 2 zu führen, soweit sie aufsaugende Inkontinenzhilfen ~~präqualifizierter Leistungserbringer~~ an ihre Bewohnerinnen und Bewohner abgeben.

Zu d) Der neue § 126 Absatz 1d SGB V sollte nicht etabliert werden.

Nr. 76 § 127 Verträge - § 127 Absatz 1 Rahmenvertrag

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen zu den Hilfsmittelversorgungsverträgen sollen grundlegend neu gefasst werden. In dem neuen § 127 Absatz 1 SGB V werden der GKV-Spitzenverband und die maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer beauftragt, innerhalb von 18 Monaten einen Rahmenvertrag zur Vereinfachung und Vereinheitlichung administrativer Prozesse in der Hilfsmittelversorgung zu schließen.

Im Vergleich zu den bislang geltenden Rahmenempfehlungen nach § 127 Absatz 9 SGB V werden die zu vereinbarenden Inhalte konkretisiert und die Verbindlichkeit der getroffenen Regelungen durch die Ausgestaltung als Rahmenvertrag erhöht.

In dem Rahmenvertrag sollen insbesondere geregelt werden:

1. Die einheitliche und formale Ausgestaltung sowie Verwendung von Formularen und Dokumentationsbögen,

2. die administrativen Anforderungen im Zusammenhang mit Dauerversorgungen,

3. einheitliche Vorgaben zu Art, Umfang und Übermittlung der abrechnungsbegründenden Unterlagen, wobei festzulegen ist, dass eine elektronische Übermittlung zu erfolgen hat,

4. Mindestgenehmigungsfreigrenzen für Hilfsmittel mit geringem Abgabepreis, wobei produktgruppenspezifische Unterschiede vereinbart werden können,

5. das Nähere des Wiedereinsatzes von Hilfsmitteln bei anderen Versicherten,

6. die notwendigen Regelungen für die Verwendung von Verordnungen von Leistungen nach § 33 in elektronischer Form, die

a) festzulegen haben, dass für die Übermittlung der elektronischen Verordnung die Dienste der Telematikinfrastruktur nach § 334 Absatz 1 Satz 2 genutzt werden, sobald diese Dienste zur Verfügung stehen, und

b) mit den Festlegungen der Bundesmantelverträge nach § 86 vereinbar sein müssen,

7. die notwendigen Regelungen für die Verwendung elektronischer Kostenvoranschläge, die festzulegen haben, dass für die Übermittlung des elektronischen Kostenvoranschlags die Dienste der Telematikinfrastruktur nach § 311 Absatz 6 genutzt werden, sobald diese Dienste zur Verfügung stehen,

8. zu den Heilungsmöglichkeiten von formalen Fehlern im Rahmen der Leistungserbringung,

9. zu den notwendigen Regelungen über den Austausch der für die Leistungserbringung erforderlichen Versichertendaten, zu denen insbesondere die Informationen zu Zuzahlungsbefreiung und der Lieferanschrift unter Beachtung europäischer und nationaler datenschutzrechtlicher Vorgaben gehören.

Sofern erforderlich können auch produktgruppen- oder versorgungsbereichsspezifische Inhalte vereinbart werden.

Die gesetzliche Neuregelung erfolgt mit dem Ziel, durch die Standardisierung von Vertragsinhalten die weiterhin kassenspezifischen Vertragsverhandlungen auf die Preise und die Versorgungsqualität zu fokussieren, die Transparenz zu erhöhen und personelle, finanzielle und zeitliche Aufwände zu minimieren.

B Stellungnahme

Das mit der Regelung verfolgt Ziel der Vereinfachung und Entbürokratisierung des Vertragswesens im Hilfsmittelbereich durch Vereinheitlichung von administrativen Regelungen wird im Grundsatz begrüßt.

Der Referentenentwurf geht aber über dieses Ziel hinaus, er greift auch Themen auf die die konkrete Versorgungsgestaltung betreffen und dem Vertragswettbewerb vorbehalten bleiben müssen. Auch sind nicht alle Themen derart präzise formuliert, dass auch bei Festsetzung der Inhalte in einem Schiedsverfahren von einem Ergebnis ausgegangen werden kann, dass in der Versorgungspraxis entlastend wirkt. Zu streichen wären daher die Punkte:

- die administrativen Anforderungen an Dauerversorgungen (Nr. 2),

- das Nähere des Wiedereinsatzes von Hilfsmitteln bei anderen Versicherten (Nr. 5),

- zu den Heilungsmöglichkeiten von formalen Fehlern im Rahmen der Leistungserbringung (Nr. 8).

Dauerversorgungen bzw. entsprechende Pauschalen sind je nach Produktbereich völlig unterschiedlich gestaltet. Regelungsfähig wäre allenfalls ob und wann es bei dauerhaften, irreservibelen Indikationslagen einer erneuten vertragsärztlichen Wiederverordnung bedarf. Ob diese Interpretation beabsichtigt ist bleibt aber unklar.

Der Wiedereinsatz von Hilfsmitteln ist kassenspezifisch unterschiedlich geregelt. Ob für ein Produkt eine Versorgungspauschale vereinbart ist oder es im Kauf-Wiedereinsatzverfahren zur Verfügung gestellt wird ist sehr heterogen. Ebenso die Regelungen, ob der Wiedereinsatz aus bei den Leistungserbringern, bei spezialisierten Dienstleistern oder aus Lagern bei der Krankenkasse selbst erfolgt. Diese Regelungen müssen den jeweiligen Vertragspartnern vorbehalten bleiben.

Nicht in einem Rahmenvertrag regelungsfähig sind auch Heilungsmöglichkeiten für formale Fehler im Rahmen der Leistungserbringung (Nr. 8). Hierbei handelt es sich um Fälle einer nicht ordnungsgemäßen Vertragserfüllung, die nicht pauschal geheilt werden können. Die Auswirkungen und Folgen sind im Sinne einer qualitätsgesicherten Versorgung der Versicherten individuell zu bewerten; hiervon abhängig sind gegebenenfalls weitere spezielle Maßnahmen erforderlich.

Die weiteren vorgesehenen Vorgaben für den Inhalt des zu schließenden Rahmenvertrages werden grundsätzlich positiv gesehen:

- Eine Vereinheitlichung von administrativen Formularen und Dokumenten (Nr. 1) wird im Sinne einer Entbürokratisierung ausdrücklich begrüßt. Es sei aber darauf hingewiesen, dass das Hilfsmittelverzeichnis der bessere Ort wäre Produktgruppenspezifische Formulare zu hinterlegen, die Aktualisierung könnte dann im Rahmen der regelmäßigen Fortschreibungen mitberücksichtigt werden. Ebenso ist weniger die redaktionelle Ausgestaltung eines Formulars entscheiden, das gern auch von den jeweiligen Leistungserbringern im eigenen Design layoutet wird, als die Festlegung der Inhalte, die perspektivisch als Datensatz transportiert werden sollten.
- Unterstützt wird die im Rahmenvertrag vorgesehene Festlegung verbindlicher Vorgaben für die Übermittlung von rechnungsbegründenden Unterlagen in elektronischer Form (Nr. 3).
- Ob Mindestgenehmigungsfreigrenzen (Nr. 5) tatsächlich entbürokratisierend wirken ist zu hinterfragen. Schon heute können je nach AOK 80 – 95% der Versorgungen genehmigungsfrei abgewickelt werden, dies beschleunigt die Versorgung. Bei einer Mindestgenehmigungsfreigrenze bleibt es dabei, dass es Verträge geben wird, die höhere Freigrenzen beinhalten. Sofern dies im Sinne der Vereinheitlichung untersagt wird würde dies die Versorgung tendenziell verzögert. Auch ist zu bedenken, dass es Gründe geben kann, dass eine Krankenkasse zur Qualitätssicherung alle Versorgungen eines bestimmten Leistungserbringer einer vorherigen Prüfung unterziehen möchte. Diese Option sollte weiter bestehen bleiben. Zudem ist die Begrifflichkeit „Hilfsmittel mit geringem Abgabepreis“ angesichts von Genehmigungsfreigrenzen im dreistelligen EURO-Bereich im Vergleich zu § 34 SGB V fraglich. Wenn überhaupt sollten einheitliche Genehmigungsfreigrenze daher nur für geeignete Hilfsmittel und mit Öffnungsklausel für qualitätssichernde Aktivitäten festgelegt werden.
- Dass die notwendigen Regelungen für die Verwendung von Verordnungen von Leistungen nach § 33 in elektronischer Form (Nr. 6) getroffen werden, sobald diese Dienste zur Verfügung stehen, entspricht der geltenden Rechtslage und wird begrüßt.
- Die vorgesehene Regelung zu Festlegungen im Rahmenvertrag zur Nutzung der Dienste der Telematikinfrastruktur nach § 311 Absatz 6 SGB V für die Übermittlung des elektronischen Kostenvoranschlags (Nr. 7), sobald diese Dienste zur Verfügung stehen, wird positiv gesehen.
- Einheitliche Regelungen in dem Rahmenvertrag über den Austausch der für die Leistungserbringung erforderlichen Versichertendaten (Nr. 9), zu denen insbesondere die Informationen zu Zuzahlungsbefreiung und die Anschrift des Versicherten gehören, werden unter dem Aspekt der Entbürokratisierung begrüßt.

Der Wortlaut der vorgesehenen gesetzlichen Regelung sollte präzisiert und im Gesetz deshalb nicht von „Lieferanschrift" sondern von der „Anschrift" gesprochen werden. In der Regel geht es darum dem Leistungserbringer die neue Adresse eines bereits belieferten Versicherten mitzuteilen.

C Änderungsvorschlag

In § 127 Absatz 1 Satz 3 SGB V sind folgende Ziffern zu streichen:

2. die administrativen Anforderungen im Zusammenhang mit Dauerversorgungen,

5. das Nähere zum Wiedereinsatz von Hilfsmitteln bei anderen Versicherten,

8. zu den Heilungsmöglichkeiten von formalen Fehlern im Rahmen der Leistungserbringung.

§ 127 Absatz 1 Satz 3 SGB V sollte wie folgt gefasst werden:

Im Rahmenvertrag nach Satz 1 ist insbesondere Folgendes zu regeln:

1. die einheitliche ~~und formale~~ Ausgestaltung sowie Verwendung von administrativen Formularen und Dokumentationen ~~ationsbögen~~,

~~2. die administrativen Anforderungen im Zusammenhang mit Dauerversorgun-gen,~~

2~~3.~~ einheitliche Vorgaben zu Art, Umfang und Übermittlung der abrechnungsbegründenden Unterlagen, wobei festzulegen ist, dass eine elektronische Übermittlung zu erfolgen hat,

3~~4~~. Grundsätzliche Mindestgenehmigungsfreigrenzen für geeignete Hilfsmittel ~~mit geringem Abgabepreis~~, wobei insbesondere produkt~~gruppen~~spezifische Unterschiede vereinbart werden können,

~~5. das Nähere zum Wiedereinsatz von Hilfsmitteln bei anderen Versicherten,~~

4~~6.~~ die notwendigen Regelungen für die Verwendung von Verordnungen von Leistungen nach § 33 in elektronischer Form, die

a) festzulegen haben, dass für die Übermittlung der elektronischen Verordnung die Dienste der Telematikinfrastruktur nach § 334 Absatz 1 Satz 2 genutzt werden, sobald diese Dienste zur Verfügung stehen, und

b) mit den Festlegungen der Bundesmantelverträge nach § 86 vereinbar sein müssen,

5.~~7.~~ die notwendigen Regelungen für die Verwendung elektronischer Kostenvoranschläge, die festzulegen haben, dass für die Übermittlung des elektronischen Kostenvoranschlags die Dienste der Telematikinfrastruktur nach § 311 Absatz 6 genutzt werden, sobald diese Dienste für die elektronische Verordnung von Hilfsmitteln nach § 86 Absatz 1 zur Verfügung stehen,

~~8. Heilungsmöglichkeiten von formalen Fehlern im Rahmen der Leistungserbringung~~,

6~~9~~. die notwendigen Regelungen über den Austausch der für die ordnungsgemäße Leistungserbringung erforderlichen Versichertendaten, zu denen insbesondere die Informationen zu Zuzahlungsbefreiung und der ~~LieferA~~nschrift unter Beachtung europäischer und nationaler datenschutzrechtlicher Vorgaben gehören.

Nr. 76 § 127 Verträge - § 127 Absatz 2 und 3 Schiedsstelle Rahmenvertrag Hilfsmittel

A Beabsichtigte Neuregelung

Als Konfliktlösungsinstrument hinsichtlich der Erstellung des Rahmenvertrags nach § 127 Abs. 1 wird in § 127 Abs. 2 eine spezifische Schiedsregelung geschaffen. Die Schiedsstelle wird von Amts wegen tätig, wenn der Rahmenvertrag nicht innerhalb der vorgegebenen Frist zustande kommt. Die Schiedsstelle kann bei späteren Veränderungen auch durch das Bundesministerium für Gesundheit angerufen werden. Sind durch die Schiedsstelle versorgungsbereichs- oder produktgruppenspezifische Inhalte festzulegen, sollen nur die jeweils betroffenen Leistungserbringervertretungen am Verfahren teilnehmen.

§ 127 Abs. 3 SGB V regelt die Einrichtung und Ausgestaltung der Schiedsstelle. Bei der Besetzung der Schiedsstelle ist auf Seiten der Leistungserbringer eine ausreichende Repräsentation der verschiedenen Versorgungsbereiche sicherzustellen.

B Stellungnahme

Die Etablierung einer spezifischen Schiedsregelung für den Rahmenvertrag nach § 127 Abs. 1 SGB V ist angesichts des Stellenwerts des Rahmenvertrages, der Zahl der beteiligten Organisationen und der Notwendigkeit einer Fortschreibung bei einer Änderung der Verhältnisse nachvollziehbar.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 76 § 127 Verträge - § 127 Absatz 4 Verhandlungsverträge

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bisher in § 127 Abs. 1 normierten Verhandlungsverträge werden im Wesentlichen unverändert in den Abs. 4 transferiert. In der Auflistung der Inhalte, zu denen in den Verträgen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern bzw. deren Verbänden Regelungen getroffen werden sollen, wurde der „Wiedereinsatz“ gestrichen, da Regelungen hierzu in dem neu zu schließenden Rahmenvertrag nach Absatz 1 getroffen werden sollen. Außerdem werden zur Rechtsbereinigung überholte Regelungen gestrichen.

B Stellungnahme

Kritisch gesehen und abgelehnt wird die Streichung des Wiedereinsatzes bei der Aufzählung der in den Versorgungsverträgen zu regelnden Inhalte. Diese Änderung ist nicht sachgerecht. Aus den in der Stellungnahme zum neuen § 127 Absatz 1 SGB V genannten Gründen ist der Wiedereinsatz nicht geeignet für eine Vereinheitlichung in einem Rahmenvertrag, da Regelungen hierzu zentral für den Preis- und Qualitätswettbewerb sind und sie daher weiterhin den Vertragspartnern vorbehalten bleiben müssen.

C Änderungsvorschlag

In § 127 Absatz 4 Satz 1 SGB V ist die bisherige Formulierung aus Absatz 1 Satz 1 zum Wiedereinsatz beizubehalten.

Nr. 76 § 127 Verträge - § 127 Absatz 5 Bundesweite Schiedsstelle für Hilfsmittelverträge

A Beabsichtigte Neuregelung

Im Falle der Nichteinigung der Vertragspartner bei den Verhandlungsverträgen nach § 127 Absatz 1 SGB V (alt) bzw. § 127 Absatz 4 SGB V (neu) soll zukünftig nicht mehr eine unabhängige Schiedsperson von den Vertragspartnern bestimmt werden, sondern stets die nach Absatz 3 eingerichtete Schiedsstelle tätig werden.

B Stellungnahme

Mit der Einführung einer festen Schiedsstelle soll das Schiedsverfahren professionalisiert und an andere Leistungsbereiche angeglichen werden. Dies verkennt aber die Heterogenität der Hilfsmittelversorgung, die aus Wettbewerbsgründen gerade nicht in kassenartenübergreifenden Kollektivverträgen organisiert ist. Die Ausgangslage im Hilfsmittelbereich ist damit anders als in anderen Versorgungsbereichen mit institutionalisierten Schiedsstellen.

Weder die Leistungserbringer noch die Krankenkassen wären im konkreten Konfliktfall fair in einer ständigen Schiedsstelle repräsentiert, da diese auf Leistungserbringerseite die Vielfalt der verschiedenen Gewerke und auf Kassenseite die unterschiedlichen Kassenarten abbilden würde. Damit wären bei den üblicherweise von einer Krankenkasse mit einem Branchenverband geschlossenen Verträgen stets auch fachfremde Leistungserbringer und Vertreter anderer Kassenarten im Schiedsgremium. Das Ziel einer Professionalisierung ist daher nicht erreichbar. Das bisherige Verfahren sollte daher beibehalten werden.

Zudem ist die bisherige Notwendigkeit sich auf eine Schiedsperson zu einigen eine Hürde, die die Vertragsparteien animiert selbst eine vertragliche Lösung zu finden. Die ständige Verfügbarkeit einer Schiedsstelle schafft vielmehr Anreize dieses Verfahren häufiger als bisher zu nutzen.

C Änderungsvorschlag

Die Regelungen des § 127 Abs. 1a) sollten in seiner bisherigen Form erhalten werden.

Nr. 76 § 127 Verträge - § 127 Absatz 6 bis 11 Beitritte, Einzelvereinbarungen, Beratungspflichten und -dokumentation, Informationsplichten der Krankenkassen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bisher in den Absätzen 2 bis 6 von § 127 SGB V enthalten Regelungen zu den Beitritten zu Verträgen nach § 127 Abs. 1, zum Abschluss von Einzelverträgen nach § 127 Abs. 3, zur Wirkung der Festbeträge auf die Verträge sowie zu den Beratungspflichten der Leitungserbringer und zu den Informationspflichten der Krankenassen gegenüber den Versicherten verschieben sich aufgrund der neu in die Absätze 1 bis 3 aufgenommenen Regelungen in die Absätze 6 bis 11 des neu gefassten § 127 SGB V.

Die bestehenden Regelungen werden hierbei im Wesentlichen unverändert übernommen. Inhaltliche Änderungen erfolgen an folgenden Stellen des neuen § 127 SGB V:

- In Absatz 10 (bisher: Absatz 5) wird die Regelung zur Pflicht des Leistungserbringers zur Dokumentation der von ihm durchgeführten Beratung dahingehend geändert, dass die Dokumentation in Textform erfolgen kann. Hierdurch soll auch eine Dokumentation mittels Unterschriftenpad ermöglicht werden. Außerdem ist eine Verpflichtung der Leistungserbringer zur elektronischen Übermittlung der Beratungsdokumentation vorgesehen.
- In Absatz 11 (bisher: Absatz 6) werden die Informationspflichten der Krankenkassen gegenüber den Versicherten konkretisiert und nähere Vorgaben zu Art und Inhalt der zur Verfügung zu stellenden Informationen ergänzt.

B Stellungnahme

Die aus redaktionellen Gründen erfolgte Verschiebung ist nachvollziehbar. Auch die Anpassungen bzw. Konkretisierungen in den neuen Absätzen 10 und 11 zur Beratungs- und Mehrkostendokumentation und zur Informationspflicht der Krankenkassen sind nachvollziehbar. In Bezug auf Konkretisierung der Informationspflichten der Krankenkassen ist hierbei die im Gesetz vorgesehene Klarstellung wichtig und unverzichtbar, dass die Krankenkassen Informationen zu den genannten Sachverhalten nur insoweit zur Verfügung zu stellen haben, als Regelungen hierzu tatsächlich Inhalt der jeweiligen Verträge geworden sind.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 76 § 127 Verträge - § 127 Absatz 12 bis 15 Überwachung der Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer durch die Krankenkassen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen in § 127 SGB V zur Überwachung der Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer nach diesem Gesetz und zur Durchführung von Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen durch die Krankenkassen sowie zu den vom GKV-Spitzenverband abzugebenden Rahmenempfehlungen zur Sicherung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung (bisher Absätze 7 und 8; neu: Absätze 12 bis 15) sollen konkretisiert und erweitert werden.

Die bestehenden Rahmenempfehlungen zur Sicherung der Qualität in der Hilfsmittelversorgung des GKV-Spitzenverband sollen in verbindliche Richtlinien überführt werden. Es wird klargestellt, dass insbesondere auch Versichertenbefragungen durchgeführt werden können. Den Prüfungen durch die Krankenkassen soll ein beratungsorientierter Ansatz zugrunde gelegt werden, der insbesondere eine Beratung der Leistungserbringer und Empfehlungen zu Qualitätsverbesserungen umfassen soll.

Unter Bezugnahme auf Berichte des Bundesamts für Soziale Sicherung und des Bundesrechnungshofszu Umsetzungsdefiziten der bisherigen Regelung erhält der GKV-Spitzenverband den Auftrag, jährlich einen Versorgungsbereich festzulegen, in dem die Krankenkassen im Folgejahr zwingend Qualitätsprüfungen vorzunehmen haben. Nach Abschluss der Prüfungen sollen die Krankenkassen die Ergebnisse an den GKV-Spitzenverband übermitteln der daraus einen Bericht erstellt.

B Stellungnahme

Eine Erforderlichkeit für die Erweiterung der gesetzlichen Vorgaben für die Überwachung der Leistungserbringer wird nicht gesehen. Die bisherigen gesetzlichen Regelunge sind für ein effektives Vertragscontrolling und zur Sicherstellung der Qualität der Versorgung ausreichend. Die vorgesehenen zusätzlichen Prüf- und Berichtspflichten würden der Zielsetzung des Gesetzes, Bürokratie abzubauen, entgegenlaufen und neue bürokratische Aufwände schaffen, ohne dass hiermit ein erkennbarer Nutzen für den Versicherten verbunden wäre.

Ein zentraler Bericht könnte die von den Krankenkassen Erkenntnisse und Informationen nur in stark aggregierter Form darstellen. Der für konkrete Vertrags- und Versorgungsentscheidungen erforderliche Bezug zu den jeweils geprüften Versorgungsbereichen würde dadurch weitgehend verloren gehen. Das Ziel, Erkenntnisse aus den für die Weiterentwicklung der Verträge, Vertragsverhandlungen und Versorgungskonzepte zu nutzen, kann auf diese Weise nicht erreicht werden. Konkrete Auffälligkeiten einzelner Leistungserbringer könnten in einem solchen Bericht nicht abgebildet und Maßnahmen aus diesem nicht abgeleitet werden.

Die Versorgungssituationen und Anlässe für Auffälligkeiten von Leistungserbringern sind zu heterogen und unterschiedlich, um auf Grundlage allgemeiner Berichte hieraus Maßnahmen abzuleiten. Eine transparente, praktisch wirksame und für Versicherte bedeutsame Maßnahme wäre die Möglichkeit der Veröffentlichung von leistungserbringerbezogenen Informationen über Auffälligkeiten. Dies ist allerdings nicht vorgesehen.

Statt sich jedes Jahr auf ein gemeinsames Thema konzentrieren zu müssen bleibt es effektiver, wenn jede Krankenkasse ihre Überwachungstätigkeit zielgerichtet auf die Produktbereiche oder Leistungserbringer konzentriert, bei denen es z.B. aus dem Beschwerdemanagement Hinweise auf Defizite gibt. Diese können dann am besten in bilateralen Gesprächen ausgeräumt werden.

Auch die Vorgabe sich bei Auswahl des Versorgungsbereichs an der Zahl der Mehrkostenfälle zu orientieren ist eher kontraproduktiv. So zeigen doch die zur Hörgeräteversorgung, dem Bereich mit den höchsten Mehrkosten, durchgeführten kassenspezifischen und kassenübergreifenden Befragungen stets eine hohe Zufriedenheit der Versicherten, unabhängig davon ob Mehrkosten gezahlt wurden oder nicht.

Es wird daher empfohlen, die vorgesehenen Absätzen 13 und 14 zu streichen.

C Änderungsvorschlag

Die neu vorgesehenen Absätze 13 und 14 werden ersatzlos gestrichen.

Nr. 77 § 128 Unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Vertragsärzten

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Regelung in § 128 Absatz 4a Satz 2 SGB V, wonach Vertragsärztinnen Vertragsärzte, die an der Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln teilnehmen, einer Präqualifizierung nach § 126 Absatz 1 Satz 2 und 3 sowie Absatz 1a SGB V bedürfen, wird gestrichen.

B Stellungnahme

Der Wegfall der Präqualifizierungspflicht für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ist eine echte Entbürokratisierungsmaßnahme und wird begrüßt. Eine Präqualifizierung war angesichts der Qualifikation und Praxisausstattung dieser Berufsgruppe schon immer redundant.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 78 § 129 Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Nach dem RefE soll es sich um eine Folgeänderung zur Einführung des neuen § 71d SGB V handeln. Danach seien die bereits im neuen § 71d SGB V zu findenden Regelungen, wie etwa die Beschreibung der Tätigkeit der Mitglieder der Schiedsstelle als Wiederholungen zu streichen. Spezialregelungen wie die Bezeichnung der zuständigen Aufsicht würden in § 129 erhalten bleiben.

B Stellungnahme

Den Folgeänderungen in den Absätzen 8,9 und 10 des § 129 SGB V aufgrund der Einführung eines neuen § 71d SGB V ist an dieser Stelle nicht zu widersprechen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 79 § 130b Vereinbarungen zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmern über Erstattungsbeträge für Arzneimittel

A Beabsichtigte Neuregelung

Neben einer Klarstellung zur Gültigkeit eines Erstattungsbetrages für Arzneimittel zur spezifischen Prophylaxe nach § 23 Absatz 1a wird das Schiedsverfahren zum Erstattungsbetrag im Sinne eines einheitlichen Schiedswesens nach § 71d (neu) geregelt.

B Stellungnahme

Die Regelungsvorschläge sind nachvollziehbar.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 80 § 131 Rahmenverträge mit pharmazeutischen Unternehmern

A Beabsichtigte Neuregelung

Es sind nach dem RefE Änderungen in den Absätzen 3 bis 3c vorgesehen. Diese sollen durch neue die neuen Absätze 3 bis 3b ersetzt werden. Danach soll es sich um eine Folgeänderung zur Einführung des § 71d SGB V handeln. Die bereits im neuen § 71d zu findenden Regelungen, wie etwa die Beschreibung der Tätigkeit der Mitglieder der Schiedsstelle, seien als Wiederholungen zu streichen. Spezialregelungen wie die hier von § 71d abweichende Besetzung der Schiedsstelle würden in § 131 SGB V erhalten bleiben.

B Stellungnahme

Die Folgeänderungen in den Absätzen 3 bis 3c und Ersetzungen durch die neuen Absätze 3 bis 3b des § 129 SGB V aufgrund der Einführung eines neuen § 71d SGB V erscheinen sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 81 § 132 Versorgung mit Haushaltshilfe

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neufassung des § 132 SGB V werden insbesondere die Regelungen zum Schiedsverfahren an die neue Vorschrift des § 71a SGB V angepasst. Die bisherige ausdrückliche Regelung zur Bestimmung einer Schiedsperson durch die Aufsichtsbehörde sowie zur hälftigen Kostentragung des Schiedsverfahrens entfällt. Darüber hinaus wird die Fortgeltung bestehender Verträge bei Vertragsende neu und eigenständig geregelt. Besteht ein Anspruch auf Abschluss eines neuen Vertrages, gilt der bisherige Vertrag bis zum Abschluss eines neuen Vertrages oder bis zur Entscheidung der Schiedsperson vorläufig weiter. Die bisherigen Regelungen zur Vergütungsbegrenzung sowie zur Berücksichtigung tariflicher und kirchlicher Vergütungssteigerungen bleiben unverändert.

B Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung zur Schiedsentscheidung bei Nichteinigung ist grundsätzlich nachvollziehbar. Sie trägt dazu bei, dass bei ausbleibender vertraglicher Einigung eine verbindliche Regelung herbeigeführt werden kann und die Versorgung mit Haushaltshilfe nicht durch langwierige Vertragsverhandlungen gefährdet wird.

Dabei ist sicherzustellen, dass beide Vertragspartner gleichermaßen ihrer Verpflichtung zu einer rechtzeitigen und konstruktiven Vertragsverhandlung nachkommen. Die Durchführung eines Schiedsverfahrens sollte nicht dazu führen, dass die daraus entstehenden Kosten unabhängig von der Ursache der Nichteinigung pauschal zwischen den Vertragspartnern aufgeteilt werden.

Vielmehr sollte derjenige Vertragspartner die Kosten des Schiedsverfahrens tragen, der durch eine fehlende oder nicht fristgerechte Mitwirkung die Durchführung des Schiedsverfahrens erforderlich macht. Eine solche Regelung setzt einen angemessenen Anreiz für eine rechtzeitige und konstruktive Vertragsgestaltung und verhindert, dass die Kosten eines durch das Verhalten eines Vertragspartners erforderlichen Schiedsverfahrens gleichermaßen dem anderen Vertragspartner auferlegt werden.

C Änderungsvorschlag

Einfügung § 132 Absatz 1 Satz 6 neu

„Abweichend von § 71 a Absatz 1 Satz 2 haben diejenigen Vertragspartner des Vertrages nach Satz 1 die Kosten des Schiedsverfahrens alleine zu tragen, die die für die Durchführung des Schiedsverfahrens erforderlichen Unterlagen trotz Aufforderung und angemessener Fristsetzung in den Verhandlungen des Vertrages nach Satz 1 nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorgelegt und dadurch die Einleitung des Schiedsverfahrens verursacht haben."
Die nachfolgenden Sätze verschieben sich.

Nr. 82 § 132a Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neufassung des § 132a SGB V werden die Regelungen zu den Schiedsverfahren auf Ebene der Rahmenempfehlungen und der Verträge zur häuslichen Krankenpflege angepasst. Für die Rahmenempfehlungen wird eine gemeinsame Schiedsstelle nach § 71d SGB V vorgesehen, die sich aus Vertretern der Krankenkassen und der Pflegedienste sowie unparteiischen Mitgliedern zusammensetzt. Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsstelle übernimmt das Bundesministerium für Gesundheit.

Für die Vertragsverhandlungen auf Landesebene wird das Schiedsverfahren durch einen Verweis auf § 71a SGB V neu geregelt. Die bisherigen ausdrücklichen Vorgaben zur Bestimmung einer Schiedsperson durch die Aufsichtsbehörde sowie zur hälftigen Kostentragung des Schiedsverfahrens entfallen. Zudem wird die Fortgeltung bestehender Verträge bei Vertragsende eigenständig geregelt. Besteht ein Anspruch auf Abschluss eines neuen Vertrages, gilt der bisherige Vertrag bis zum Abschluss eines neuen Vertrages oder bis zur Entscheidung der Schiedsperson vorläufig weiter.

Die bisherigen Regelungen zur Vergütungsbegrenzung sowie zur Berücksichtigung tariflicher und kirchlicher Vergütungssteigerungen bleiben unverändert.

B Stellungnahme

Die Einrichtung einer gemeinsamen Schiedsstelle zur Festlegung der Rahmenempfehlungen wird grundsätzlich begrüßt. Im Zusammenhang mit der Ausgestaltung des Schiedsstellenverfahrens sollte jedoch sichergestellt werden, dass die Kosten des Schiedsverfahrens nicht pauschal zu gleichen Teilen auf die Rahmenempfehlungspartner verteilt werden. Vielmehr sollten die Kosten dem jeweiligen Rahmenempfehlungspartner zugeordnet werden, dessen fehlende oder nicht fristgerechte Mitwirkung das Schiedsverfahren erforderlich gemacht hat.

Darüber hinaus sollte klargestellt werden, dass der durch die Schiedsstelle festgelegte Inhalt der Rahmenempfehlung verbindlich bleibt, bis eine gerichtliche Entscheidung eine Änderung oder Aufhebung bewirkt. Damit wird die Verbindlichkeit der Schiedsstellenentscheidung sichergestellt und verhindert, dass die Wirkung der festgelegten Rahmenempfehlung durch nachfolgende gerichtliche Verfahren infrage gestellt wird.

C Änderungsvorschlag

Ergänzung § 132a Absatz 2 Satz 11 neu

„Abweichend von § 71 a Absatz 1 Satz 2 haben diejenigen Vertragspartner des Vertrages nach Satz 1 die Kosten des Schiedsverfahrens alleine zu tragen, die die für

die Durchführung des Schiedsverfahrens erforderlichen Unterlagen trotz Aufforderung und angemessener Fristsetzung in den Verhandlungen des Vertrages nach Satz 1 nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorgelegt und dadurch die Einleitung des Schiedsverfahrens verursacht haben."

Die nachfolgenden Sätze verschieben sich.

Nr. 83 § 132b Versorgung mit Soziotherapie

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Regelung wird die Möglichkeit geschaffen, dass Krankenkassen oder Landesverbände der Krankenkassen mit geeigneten Personen oder Einrichtungen Verträge über die Versorgung mit Soziotherapie schließen. Kommt es zu keiner Einigung über den Vertragsinhalt, soll dieser durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende Schiedsperson gemäß § 71a SGB V festgesetzt werden.

Darüber hinaus wird geregelt, dass ein bestehender Vertrag bei Beendigung bis zum Abschluss eines neuen Vertrages beziehungsweise bis zur Entscheidung der Schiedsperson vorläufig weiter gilt, sofern ein Anspruch auf Abschluss eines neuen Vertrages besteht.

B Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung zur Schiedsentscheidung bei Nichteinigung ist grundsätzlich nachvollziehbar. Sie trägt dazu bei, dass bei ausbleibender vertraglicher Einigung eine verbindliche Regelung herbeigeführt werden kann und die Versorgung mit Soziotherapie nicht durch langwierige Vertragsverhandlungen gefährdet wird.

Dabei ist sicherzustellen, dass beide Vertragspartner gleichermaßen ihrer Verpflichtung zu einer rechtzeitigen und konstruktiven Vertragsverhandlung nachkommen. Die Durchführung eines Schiedsverfahrens sollte nicht dazu führen, dass die daraus entstehenden Kosten unabhängig von der Ursache der Nichteinigung pauschal zwischen den Vertragspartnern aufgeteilt werden.

Vielmehr sollte derjenige Vertragspartner die Kosten des Schiedsverfahrens tragen, der durch eine fehlende oder nicht fristgerechte Mitwirkung die Durchführung des Schiedsverfahrens erforderlich macht. Eine solche Regelung setzt einen angemessenen Anreiz für eine rechtzeitige und konstruktive Vertragsgestaltung und verhindert, dass die Kosten eines durch das Verhalten eines Vertragspartners erforderlichen Schiedsverfahrens gleichermaßen dem anderen Vertragspartner auferlegt werden.

C Änderungsvorschlag

Ergänzung § 132 b SGB V Absatz 1 Satz 3 neu

„Abweichend von § 71 a Absatz 1 Satz 2 haben diejenigen Vertragspartner des Vertrages nach Satz 1 die Kosten des Schiedsverfahrens alleine zu tragen, die die für die Durchführung des Schiedsverfahrens erforderlichen Unterlagen trotz Aufforderung und angemessener Fristsetzung in den Verhandlungen des Vertrages nach Satz 1 nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorgelegt und dadurch die Einleitung des Schiedsverfahrens verursacht haben."

Nr. 84 § 132d Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Neuregelung wird das bisher eigenständig in § 132d Absatz 2 SGB V geregelte Schiedsverfahren in die übergreifende Regelung des § 71a SGB V überführt. Bei Nichteinigung über den Inhalt der Rahmen- und Versorgungsverträge soll dieser künftig durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende Schiedsperson gemäß § 71a SGB V festgesetzt werden. Für die Bestimmung einer Schiedsperson bei Nichteinigung im Zusammenhang mit den bundesweiten Rahmenverträgen wird eine Zuständigkeit des Bundesamtes für Soziale Sicherung vorgesehen.

Darüber hinaus wird eine Regelung zur vorläufigen Fortgeltung bestehender Verträge geschaffen. Danach gilt ein Vertrag bei Beendigung bis zum Abschluss eines neuen Vertrages oder bis zur Entscheidung der Schiedsperson vorläufig weiter, sofern ein Anspruch auf Abschluss eines neuen Vertrages besteht.

B Stellungnahme

Die Überführung der bisherigen Schiedsregelung in § 71a SGB V ist grundsätzlich nachvollziehbar. Damit wird eine Vereinheitlichung der Schiedsverfahren angestrebt. Dabei ist sicherzustellen, dass die bisher ausdrücklich geregelte Unabhängigkeit der Schiedsperson sowie die Bestimmung einer Schiedsperson bei Nichteinigung weiterhin gewährleistet sind.

Die Streichung der bislang ausdrücklich vorgesehenen hälftigen Kostenteilung für das Schiedsverfahren ist ebenfalls im Zusammenhang mit der Neuregelung des § 71a SGB V zu betrachten. Aus Sicht der Krankenkassen ist dabei eine verursachungsgerechte Zuordnung der Verfahrenskosten erforderlich. Die Kosten sollten dem Vertragspartner zugerechnet werden, der durch eine fehlende oder nicht fristgerechte Mitwirkung die Durchführung des Schiedsverfahrens erforderlich macht. Eine pauschale hälftige Kostenteilung wird insoweit nicht befürwortet.

Darüber hinaus entfällt die bisherige Regelung, wonach Widerspruch und Klage gegen die Bestimmung der Schiedsperson keine aufschiebende Wirkung haben. Es ist sicherzustellen, dass die Neuregelung keine Verzögerungen bei der Durchführung der Schiedsverfahren ermöglicht.

Die vorgesehene vorläufige Fortgeltung bestehender Verträge kann zur Sicherstellung einer kontinuierlichen Versorgung mit spezialisierter ambulanter Palliativversorgung beitragen. Allerdings sollte hinreichend bestimmt sein, unter welchen Voraussetzungen ein Anspruch auf Abschluss eines neuen Vertrages besteht und welche vertraglichen Regelungen während der vorläufigen Fortgeltung maßgeblich sind. Dabei ist insbesondere sicherzustellen, dass notwendige Anpassungen der Vertragsbedingungen weiterhin möglich bleiben.

C Änderungsvorschlag

Ergänzung § 132d Absatz 2 Satz 11 neu

„Abweichend von § 71 a Absatz 1 Satz 2 haben diejenigen Vertragspartner des Vertrages nach Satz 6 die Kosten des Schiedsverfahrens alleine zu tragen, die die für die Durchführung des Schiedsverfahrens erforderlichen Unterlagen trotz Aufforderung und angemessener Fristsetzung in den Verhandlungen des Vertrages nach Satz 6 nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorgelegt und dadurch die Einleitung des Schiedsverfahrens verursacht haben."

Nr. 85 § 132e Versorgung mit Schutzimpfungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Frist, innerhalb derer sich die Vertragsparteien – das sind die Krankenkassen oder ihre Verbände und die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Ärztinnen und Ärzte und die Einrichtungen mit ärztlichem Personal sowie deren Gemeinschaften, die obersten Landesgesundheitsbehörden oder die von ihnen bestimmten Stellen – auf einen Vertragsinhalt einigen müssen, wurde von drei auf zwei Monate verkürzt. Dadurch soll der Abschluss der Verträge beschleunigt werden. Wenn innerhalb von zwei Monaten keine Einigung möglich ist, haben die Vertragsparteien gemäß § 132e Absatz 1 Satz 7 zwei Wochen Zeit, sich auf eine Schiedsperson zu einigen. Ist das nicht möglich, muss die vertragsschließende Krankenkasse oder der vertragsschließende Verband der Krankenkassen die jeweils zuständige Aufsichtsbehörde unverzüglich informieren.

Die Frist zur Einigung auf eine Schiedsperson zwischen den Vertragsparteien wurde von vier auf zwei Wochen verkürzt. Zudem wird die Frist für die Schiedsperson zur Bestimmung des Vertragsinhalts von drei Monaten auf einen Monat verkürzt.

B Stellungnahme

Der AOK-Bundesverband hält es für fraglich, ob sich durch die Verkürzung der Fristen tatsächlich ebenso wirtschaftliche Verhandlungsergebnisse erzielen lassen. Grundsätzlich muss der regionalen Ebene ausreichend Zeit für die Aushandlung sachgerechter Lösungen bleiben, insbesondere um unwirtschaftliche Ergebnisse zu vermeiden. Die Änderung sollte deshalb gestrichen werden.

C Änderungsvorschlag

Streichung.

Nr. 86 § 132i Versorgungsverträge mit Hämophiliezentren

A Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen der grundsätzlichen Neuordnung von Regelungen zum Schiedswesen im SGB V werden auch die Verträge der Krankenkassen oder ihrer Landesverbände zur qualitätsgesicherten Behandlung ihrer Versicherten mit Gerinnungsstörungen bei Hämophilie adressiert. Die Benennung einer Schiedsperson sowie die Frist zur Festlegung von Vertragsinhalten folgt nun einheitlich § 71a SGB V. Zudem wird eine Fortgeltung bisheriger Vertragsinhalte bis zum Neuabschluss oder einer Festlegung durch eine Schiedsperson eingeführt.

B Stellungnahme

Der Regelungsvorschlag ist im Zuge der Neuordnung des Schiedswesen nachvollziehbar und sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 87 § 132k Vertrauliche Spurensicherung

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um Folgeänderung im Zusammenhang mit der Neufassung der Schiedsgremien nach §§ 71a SGB V (neu) ff. Zusätzlich wird die Fortgeltung der bestehenden Verträge gesetzlich verankert, wenn diese enden oder gekündigt werden, bis eine Neu-Vereinbarung oder Festsetzung durch eine Schiedsperson erfolgt.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 88 § 132l Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Im § 132l Absatz 3 und 4 SGB V erfolgen Folgeänderungen aufgrund der Einführung des § 71d SGB V. Zentrale Regelungen zur Schiedsstelle auf Bundesebene werden im § 71d SGB V beschrieben und lediglich Spezialregelungen wie die Besetzung der Schiedsstelle sowie die Anzahl der Stimmen der Mitglieder bleiben in § 132l erhalten.

B Stellungnahme

In der Praxis zeigt sich, dass Schiedssprüche einzelner Schiedspersonen derzeit regelmäßig keine über den Einzelfall hinausgehende Orientierungswirkung entfalten. Aufgrund unterschiedlicher fachlicher Ansätze, Begründungstiefen und methodischer Herangehensweisen fehlt häufig eine vergleichbare und konsistente Spruchpraxis, sodass identische oder ähnliche Streitfragen in nachfolgenden Verfahren erneut verhandelt werden müssen. Dies verursacht zu wiederkehrenden Verhandlungs-, Schieds- und Verwaltungsaufwänden auf Seiten der Krankenkassen und Leistungserbringer. Hinzukommen zum einen durch das BAS bestimmte Schiedspersonen, deren Unabhängigkeit sich als nicht gesichert herausstellt und Entschädigungsforderungen der Schiedspersonen, die dem Wirtschaftlichkeitsgebot in der GKV entgegenstehen, jedoch BAS in seiner Rolle als Aufsicht trotz Intervention der Kassen keinen Handlungsanlass sieht. Landesschiedsstellen für Verträge nach § 132l Absatz 5 SGB V könnten durch qualitativ hochwertige, nachvollziehbare und einheitliche Entscheidungen schrittweise eine belastbare Spruchpraxis etablieren und damit Orientierung für zukünftige Verfahren schaffen.

Bereits geklärte Sachverhalte müssten dadurch seltener erneut streitig ausgetragen werden, was die Zahl der Schiedsverfahren und den damit verbundenen bürokratischen Aufwand reduzieren könnte. Auch finanziell sind Einsparungen zu erwarten: Allein im Bereich der außerklinischen Intensivpflege entstanden im Jahr 2025 Schiedskosten der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von rund 140.000 Euro mit steigender Tendenz. Dabei wurden in 39 Schiedsverfahren insgesamt 16 unterschiedliche Schiedspersonen eingesetzt. Eine stärkere Vereinheitlichung der Entscheidungsfindung durch eine Schiedsstelle könnte dazu beitragen, die Anzahl vergleichbarer Verfahren zu verringern und damit sowohl Verfahrenskosten als auch den personellen Aufwand der Beteiligten nachhaltig zu senken.

Die Übergangsregelung im § 132l Absatz 5 Satz 8 SGB V kann entfallen, da obsolet.

Die Änderung in Absatz 6 zur Vermeidung vertragsloser Zustände wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Streichung „§ 132l Absatz 5 Satz 8“.

Ergänzung: § 132l Absatz 5 Satz 9:

„Die Beteiligten haben mit der Schiedsperson eine Vereinbarung über deren Pauschalentschädigung zu schließen. Diese darf die Entschädigung des Vorsitzenden des Landesschiedsamts für die vertragsärztliche Versorgung gemäß § 71b SGB V nicht übersteigen."

Nr. 89 § 132m Versorgung mit Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus

A Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Änderung: Aus „Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1“ wird „Landeskrankenhausschiedstelle nach § 18a Absatz 1“.

B Stellungnahme

Folgeänderung zu Art. III, Nr. 7 - § 18a (neu) KHG

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 90 § 134 Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Herstellern digitaler Gesundheitsanwendungen über Vergütungsbeträge; Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Absätze 2, 2a und 3 des § 134 SGB V werden gestrichen. An ihre Stelle tritt der neu geschaffene, verfahrensübergreifende § 71d SGB V, der das Schiedswesen an zentraler Stelle vereinheitlicht. Die Neuregelung des Schiedswesens im SGB V führt zu einer grundlegenden strukturellen und redaktionellen Änderung des aktuellen § 134 SGB V. Bislang regelt diese Vorschrift das Schiedsverfahren bei Nichteinigungen über DiGA-Vergütungsbeträge in vollständigen eigenen Rechtsvorschriften. Mit dem neuen Gesetzesvorhaben wird diese Eigenständigkeit im Rechtsrahmen beendet und das Verfahren harmonisiert.

B Stellungnahme

Die formale Vereinheitlichung der Verfahrensregeln und die Beibehaltung der strikten dreimonatigen Entscheidungsfrist im neuen § 71d SGB V sind sachgerecht. Die Beibehaltung der fachspezifischen Zuständigkeit der jeweils eingerichteten Schiedsstellen durch die Angabe der betroffenen Bereiche sichert die notwendige Abgrenzung.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 91 § 134a Versorgung mit Hebammenhilfe

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Einführung des § 71d - Schiedsstelle. Mit der Neuregelung sollen die über die Jahre immer ausführlicher geregelten Schiedsverfahren im SGB V an einem Ort im SGB V gebündelt werden, so auch für die Hebammenhilfe. Spezialregelungen, wie die Besetzung der Schiedsstelle und das bisher vorgesehene Losverfahren, bleiben im § 134a erhalten und die bisherige Praxis wird fortgeführt.

B Stellungnahme

Die Folgeänderungen aus der Einführung des § 71d SGB V sind sachgerecht, ebenfalls die Beibehaltung der bisherigen Besetzung und Arbeitsweise der Schiedsstelle im Bereich der Hebammenhilfe.

Im Zuge der Neuregelung sind die Verweisungen innerhalb des § 134a SGB V entsprechend anzupassen.

Der neue vorgesehene Absatz 3 Satz 7 ist verzichtbar. Die Regelungen nach § 1e beziehen sich auf die Verträge nach Absatz 1 Satz 1 und somit gelten die Regelungen der Schiedsstelle auch für die Pauschalen nach Abs. 1 e. Von daher ist der Satz zu streichen.

Zudem ist aufgrund der Änderungen zur Schiedsstelle im § 134a der Bezug in Absatz 1e S. 4 fehlerhaft und anzupassen.

C Änderungsvorschlag

1. § 134a Absatz 1e S. 4 wird wie folgt angepasst:
„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen veröffentlicht die Pauschalen auf seiner Internetseite; dies gilt auch für eine Festlegung durch die Schiedsstelle gemäß Absatz 3.“

2. Der neue § 134a Absatz 3 Satz 7 ist zu streichen.

Nr. 92 § 136b Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung

A Beabsichtigte Neuregelung

aa) redaktionelle Änderung

bb) Streichung der Nummer 4

b) Verpflichtung des GBA zur Beauftragung des Institutes nach § 137 a mit einer Untersuchung zur Entwicklung der Versorgungsqualität während des Erprobungszeitraumes.

B Stellungnahme

bb)

Der beschriebene Auftrag zur Festlegung von insgesamt acht Leistungsbereichen für die Erprobung im Rahmen der Qualitätsverträge nach § 110a ist durch den GBA bereits erfüllt. Der Wegfall der Regelung dient der Bereinigung des Gesetzes.

b) Die Verpflichtung bestand bereits. Es werden nur redaktionell die Bezüge neu geordnet bedingt durch die Streichung von Nr. 4 in Absatz 1 Satz 1.

C Änderungsvorschlag

a) Keine Änderung

b) Keine Änderung

Nr. 93 § 137e Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

A Beabsichtigte Neuregelung

Folgeänderung der Verschiebung der Regelungen zum sektorenübergreifenden Schiedsgremium §89a nach §71c.

B Stellungnahme

Reine Folgeänderung.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 94 § 137g Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit Inkrafttreten des Gesetzes soll eine Übergangsregelung eingeführt werden, demnach die Krankenkassen – parallel zum bisherigen förmlichen Zulassungsprozess beim Bundesamt für soziale Sicherung (BAS) – ihren Versicherten neue DMP auch ohne Zulassung anbieten können, wenn diese den Anforderungen des G-BA und der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) entsprechen. Die Übergangsregelung läuft mit Inkrafttreten des Artikel 2 aus (Ziel: 01. Januar 2028).

B Stellungnahme

Die Übergangsregelung ermöglicht bereits in 2027, DMP ohne Zulassung durch das BAS, aber mit max. auf ein Jahr befristetem Anspruch auf PKP-Zuweisungen, zu starten. Durch diesen vorgezogenen Zulassungsverzicht werden in 2027 gestartete Programme den bisherigen zugelassenen Programmen gleichgestellt. Eine PKP kann folglich bis zu ihrer Abschaffung am 01.01.2028 auch hierfür beansprucht werden (s. Art. 1 Nr. 2).

Diese befristete Regelung greift unnötigerweise dem Verzicht auf die BAS-Zulassung (s. Art. 2 Nr. 4) vor und wird auf nicht sachgerechte Weise bislang nicht zugelassene DMP bevorteilen. Eine solche Erweiterung der PKP-Auszahlung für nicht zugelassene DMP birgt unerwünschte Mitnahmeeffekte und schwächt den Evidenzgrundsatz der DMP. Die Erwartungshaltung zur beschleunigten Umsetzung ohne Zulassung gefährdet rechtskonforme Verträge durch einen hohen bürokratischen Prüfaufwand bei den Krankenkassen sowie rechtlichen und finanziellen Risiken für alle Beteiligten (z.B. aufsichtsrechtliche Beanstandung, Regressforderungen, PKP-Rückzahlung im Rahmen des RSA, Rechtsstreitigkeiten).

Trotz Wegfall der förmlichen Zulassung durch das BAS soll nach den Vorschlägen weiterhin gelten, dass für die Übergangszeit die Anforderungen an die Teilnahme am DMP und die Datenverarbeitung gemäß §§ 24 u. 25 RSAV einzuhalten sind. Es ist fraglich, ob dies für einen so kurzen Zeitraum durch die verlagerten Aufsichtsstrukturen effektiv und konsistent überprüft werden kann.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Nr. 95 § 137i Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern; Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund der Anpassung des § 18 a und des KHG wird der Verweis redaktionell angepasst und der Name „Bundeskrankenhausschiedsstelle“ übernommen.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine rein redaktionelle Änderung. Eine Bewertung der Anpassung des Schiedswesens im Krankenhaus erfolgt unter Artikel 3.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 96 § 139 Hilfsmittelverzeichnis, Pflegehilfsmittelverzeichnis

A Beabsichtigte Neuregelung

Im Kontext der Ergänzung des § 33 Absatz 1 Satz 5 SGB V wird für das Hilfsmittelverzeichnis klargestellt, dass neben den Anforderungen an die Produkte und die Qualität der Versorgung auch die Anforderungen für alle zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels notwendigen Leistungen geregelt werden müssen. Umfasst werden damit insbesondere auch die Beratung, Auswahl, individuelle Anpassung und Einweisung sowie weitere produkt- und versorgungsbezogene Dienstleistungen.

B Stellungnahme

Die explizite Aufnahme der Beratung des Versicherten als Anforderung an die Leistungserbringung wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 98 § 175 Ausübung des Wahlrechts

A Beabsichtigte Neuregelung

Gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband beabsichtigen die Krankenkassen, die GKV-internen Meldeverfahren im Zusammenhang mit dem Krankenkassenwechsel von Mitgliedern und Familienversicherten zu vereinheitlichen und zu verschlanken. Ziel ist es, die derzeit bestehenden drei Meldeverfahren in einem einheitlichen Verfahren zusammenzuführen.

Neben dem originären Meldeverfahren zur Abwicklung des Krankenkassenwechsels von Mitgliedern bestehen derzeit zwei weitere Verfahren: Zum einen das KV-Meldeverfahren nach § 201 Abs. 2 und 3 SGB V, über das bei einem Krankenkassenwechsel von Rentnern die erforderlichen Rentenbezugsdaten von der bisherigen Krankenkasse angefordert und an die neu zuständige Krankenkasse übermittelt werden. Zum anderen das Fami-Meldeverfahren auf Grundlage der Fami-Meldegrundsätze des GKV-Spitzenverbandes, mit dem die versicherungsrelevanten Daten bei einem Wechsel der Krankenkasse von Familienversicherten an die neu zuständige Krankenkasse weitergegeben werden.

Da allen drei Meldeverfahren im Wesentlichen derselbe Zweck zugrunde liegt, nämlich die Übermittlung der für die Fortführung der Versicherung erforderlichen Daten an die neu zuständige Krankenkasse, bietet sich eine Zusammenführung der bestehenden Verfahren an. Durch die Bündelung in einem einheitlichen Meldeverfahren sollen bestehende Verfahrensstrukturen vereinfacht, redundante Meldeprozesse vermieden und der administrative Aufwand für die Krankenkassen reduziert werden. Gleichzeitig soll eine zukunftsfähige und einheitliche Grundlage für die elektronische Übermittlung der versicherungsrelevanten Daten geschaffen werden.

B Stellungnahme

Die geplante Zusammenführung der bisher getrennt bestehenden Meldeverfahren bei eine Krankenkassenwechsel ist eine Forderung der GKV. Mit dieser Änderung werden die erforderlichen einheitlichen gesetzlichen Grundlagen geschaffen. Die vorgesehenen gesetzlichen Anpassungen sind daher zielführend und bilden eine notwendige Voraussetzung für die Umsetzung des Vorhabens.

Da das Meldeverfahren für Familienversicherte bislang auf den Fami-Meldegrundsätzen des GKV-Spitzenverbandes beruht, war die ausdrückliche Aufnahme der Familienversicherung in § 175 Abs. 2 SGB V erforderlich. Damit wird eine gesetzliche Grundlage geschaffen, um auch diesen Personenkreis in das künftig einheitliche Meldeverfahren einzubeziehen.

Darüber hinaus dienen die zwischen den Krankenkassen ausgetauschten Daten teilweise als Grundlage für weitere gesetzliche Meldeverpflichtungen gegenüber Dritten, insbesondere gegenüber Hochschulen und Rentenversicherungsträgern. Um auch

diese Datenübermittlungen rechtlich abzusichern, wurde mit § 175 Abs. 6 SGB V eine entsprechende gesetzliche Regelung geschaffen.

Insgesamt schaffen die Anpassungen somit die erforderlichen rechtlichen Voraussetzungen für eine rechtssichere und einheitliche Ausgestaltung des künftigen Meldeverfahrens bei einem Krankenkassenwechsel und tragen dazu bei die Verwaltungsaufwände zu reduzieren, Doppelstrukturen/-verfahren zu beseitigen und das Verfahren des Krankenkassenwechsels effizienter zu gestalten. Es wird sichergestellt, dass alle notwendigen Informationen zeitgerecht und vollständig zwischen den Beteiligten ausgetauscht werden.

C Änderungsvorschlag

Ergänzung der Familienversicherung in Artikel 1 Nummer 98 Buchstabe a Absatz 2 „... Ende der Mitgliedschaft **oder der Familienversicherung**...“

Nr. 99 § 175a (neu) Krankenkassenwechsel bei Familienversicherung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Grundlage für den Krankenkassenwechsel von Familienversicherten bilden die Fami-Meldegrundsätze des GKV-Spitzenverbandes. Mit der gesetzlichen Neuregelung wird nunmehr ein entsprechender Rechtsrahmen geschaffen, der sich an den bestehenden Regelungen zum Krankenkassenwechsel von Mitgliedern orientiert.

Der neu geschaffene Paragraph regelt zum einen das künftige Meldeverfahren zwischen der bisher zuständigen und der neu zuständigen Krankenkasse bei einem Wechsel von Familienversicherten. Zum anderen wird der GKV-Spitzenverband ermächtigt, die Einzelheiten zu den Datensätzen und den zu übermittelnden Daten festzulegen.

Wechseln Mitglieder gemeinsam mit den bei ihnen familienversicherten Angehörigen die Krankenkasse, werden die Familienversicherten künftig in das Meldeverfahren des Mitglieds einbezogen. Damit wird sichergestellt, dass die für jeden einzelnen Versicherten erforderlichen Daten, insbesondere zu den Meldungen gegenüber Dritten sowie zu den Versicherungs- und Leistungsdaten, gebündelt an die neu zuständige Krankenkasse übermittelt werden. Dies trägt zur Vereinheitlichung und Vereinfachung der bisherigen Meldeprozesse bei.

B Stellungnahme

Die gesetzliche Neuregelung ist ausdrücklich zu begrüßen. Durch die Überführung der bisher auf den Fami-Meldegrundsätzen beruhenden Regelungen in eine gesetzliche Grundlage wird die notwendige Rechtssicherheit geschaffen. Die Einbindung der Familienversicherten in das Meldeverfahren des Mitglieds trägt zudem zur Vereinheitlichung und Verschlankung der bestehenden Meldeprozesse bei. Dadurch können Mehrfachmeldungen und parallele Verfahrensabläufe vermieden sowie der Verwaltungsaufwand für die Krankenkassen reduziert werden.

C Änderungsvorschlag

Fachlicher Änderungsbedarf:
Zudem ist in der Gesetzesbegründung zu Artikel 1 Nummer 99 Absatz 1 in Satz 2 die Aussage „... ~~der Wechsel von einer Familienversicherung in eine Mitgliedschaft sowie~~“ zu streichen.

Redaktioneller Änderungsbedarf:
Die Reihenfolge der genannten Paragrafen aufsteigend anpassen.
„In diesen Fällen ist die Übermittlung der nach §§ ~~304 Absatz 2,~~ 199a Absatz 4***,*** ~~und~~ 201 ***und 304 Absatz 2*** erforderlichen Daten für Familienangehörige in das Meldeverfahren nach § 175 Absatz 2 für das Mitglied einzubeziehen.“

Nr. 100 § 191 Ende der freiwilligen Mitgliedschaft

A Beabsichtigte Neuregelung

Bisher sahen nicht alle Krankenkassen in ihren Satzungen vor, dass freiwillige Mitglieder bei Eintritt eines Familienversicherungsanspruchs ihre Mitgliedschaft mit Wirkung zum Vortag beenden konnten; stattdessen wurde auf die Einhaltung der Kündigungsfrist gemäß § 175 SGB V bestanden. Dies führte dazu, dass noch Beiträge für zwei Monate gezahlt werden musste, obwohl schon ein Anspruch auf Familienversicherung bestand. Mit der Neuregelung endet die freiwillige Versicherung mit dem Tag des Eintritts der Familienversicherung kraft Gesetzes. Eine Kündigung sowie die Einhaltung einer Kündigungsfrist ist dann nicht mehr erforderlich.

Die freiwillige Mitgliedschaft soll künftig auch mit dem Tag der Inhaftierung nach dem Strafvollzugsgesetz enden, da diese Personen über die staatliche Gesundheitsfürsorge abgesichert sind und in dieser Zeit keinen Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung benötigen. Davon ausgenommen sind Personen mit mitversicherten Familienangehörigen; in diesen Fällen wird die freiwillige Versicherung bis spätestens zu dem Tag fortgeführt, an dem keine Familienangehörigen mehr mitversichert sind.

Schließlich sieht der Gesetzentwurf die Beendigung der freiwilligen Versicherung bei Berufung in ein Beamtenverhältnis vor. Bei Kündigung der Mitgliedschaft innerhalb von drei Monaten nach Aushändigung der Ernennungsurkunde endet diese rückwirkend zum Vortag der Aushändigung.

B Stellungnahme

Die Regelungen sind sachgerecht und werden befürwortet, da sie zur Rechtssicherheit beitragen. Die ungleiche Handhabung bei Eintreten eines Familienversicherungsanspruchs durch die Krankenkassen traf bei den hiervon Betroffenen regelmäßig auf Unverständnis und führte zu unnötigen Aufwänden sowohl verwaltungstechnischer als auch finanzielle Natur.

Die Bestimmung zum Versicherungsende bei Inhaftierung ist eine AOK-Anforderung und wird ausdrücklich begrüßt; Inhaftierte haben bei Haftantritt andere Prioritäten als die Kündigung einer freiwilligen Mitgliedschaft in ihrer Krankenkasse, zumal in einer Vielzahl der Fälle Suchterkrankungen vorliegen und die Betroffenen gar nicht in der Lage sind diese Notwendigkeit zu überblicken. Die durch die versäumte Kündigung anfallenden Beitragsschulden erschweren die Rückkehr in ein geordnetes Leben nach der Entlassung erheblich. Die Neuregelung schafft Transparenz und Klarheit ohne Beitragsrisiken für die Betroffenen und die Krankenkassen und reduziert zudem den Verwaltungsaufwand der Krankenkassen. Zudem trägt sie dazu bei, die Beitragsrückstände der GKV nicht weiter ansteigen zu lassen.

Das Ende der freiwilligen Versicherung bei Berufung in ein Beamtenverhältnis wird ebenfalls mitgetragen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 101a § 197a Abs. 1 und Abs. 1a Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung wird insbesondere zur Unterstützung von kleineren Krankenkassen sichergestellt, dass zukünftig bei allen Landesverbänden Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen eingerichtet werden. Zwischen den Krankenkassen, ihren Landesverbänden und dem GKV-Spitzenverband sind im Interesse einer effektiven Fehlverhaltensbekämpfung Vereinbarungen über die Aufgabenverteilung zu treffen. Der neue Absatz 1a legt für die genannten Einrichtungen als neue Aufgabe fest, dass sie zur Aufgabenerfüllung gemeinsam automatisierte Anwendungen zur Datenanwendung, einschließlich KI-Modelle und KI-Systeme, entwickeln sollen.

B Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung wird begrüßt. Da empirisch belegt worden ist, dass stärker aufgestellte Fehlverhaltensbekämpfungsstellen eine deutlich höhere Aufklärungs-, Strafverfolgungs- und Vermögensrückführungsquote erzielen.

Durch die gemeinsame Entwicklung automatisierter Anwendungen zur Datenverarbeitung können zukünftig auch Muster erkannt werden, die auf der Grundlage der begrenzten Datenbestände einzelner Kassen oder ihrer Landesverbände nicht entdeckt werden konnten. Im Ergebnis wird die Möglichkeit geschaffen, den bestehenden Verarbeitungsansatz grundlegend zu verändern und zu einer neuen Qualität und Quantität der Fehlverhaltensbekämpfung zu führen. Der Begriff der „automatisierten Anwendung zur Datenanwendung“ ist technik- und produktneutral ausgestaltet und stellt sicher, dass die Norm auch gegenüber zukünftigen technologischen Entwicklungen offenbleibt.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 101b § 197a Abs. 3 und Abs. 3a Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neufassung des Absatzes 3a werden die bisherigen Möglichkeiten, personenbezogene Daten untereinander zu teilen, deutlich erweitert. Es wird klargestellt, dass bei der Entwicklung automatisierter Verfahren zur Datenverarbeitung zur Fehlverhaltensbekämpfung die Vorgaben des § 67 a Absatz 3 SGB X einzuhalten sind.

B Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung wird ausdrücklich begrüßt. Es wird klargestellt, dass die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen Daten nicht nur einzelfallbezogen oder bezogen auf einen konkreten Hinweis übermitteln dürfen. Die Übermittlungs- und Auswertungsbefugnis umfasst zukünftig vielmehr auch die Verarbeitung einschlägiger Datenbestände des gesamten Versichertenstammes, um überhaupt Hinweise auf Fehlverhalten entdecken zu können.

Dass Krankenkassen miteinander Daten teilen, um gemeinsam gegen Fehlverhalten vorzugehen, wird damit zur Pflicht. Zugleich wird eine Rechtsgrundlage für Datenverarbeitungen zur kassenübergreifenden Aufdeckung und Verfolgung von Fehlverhalten im Rahmen von Vereinbarungen geschaffen.

Die Fehlverhaltensstellen dürfen zukünftig auch die ihnen von anderen Fehlverhaltensstellen übermittelten Daten auswerten, wenn dies entsprechend vereinbart wurde. Die Zusammenführung der Abrechnungsdatenbestände kann dabei sowohl zentral an einzelner Stelle oder an mehreren Stellen erfolgen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 101c § 197a Abs. 3b Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Erweiterung des Satzes 1 werden die datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen erweitert. Aufgrund des bereits mit der Regelung des § 132l Abs. 7 SGB V eingeführten Informationsaustausches zwischen Krankenkassen und den für die infektionshygienische Überwachung des Infektionsschutzgesetzes zuständigen Gesundheitsämtern werden nunmehr auch Gesundheitsämter, Heimaufsichten und nach Landesrecht zuständige Gesundheitsbehörden in die organisationsübergreifende Zusammenarbeit bei der Fehlverhaltensbekämpfung einbezogen. Auch an die Stellen, die für die Bekämpfung von Fehlverhalten, Leistungsgewährung oder Abrechnung von Leistungen in der privaten Krankenversicherung zuständig sind, dürfen nunmehr Daten übermittelt werden.

Die Neufassung des Satzes 3 erweitert die Datenübermittlungsbefugnis zukünftig darüber hinaus auf sämtliche in Abs. 3b genannten Stellen.

B Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung wird ausdrücklich begrüßt. Sie entspricht den Positionen und Forderungen der AOKs sowie den mit dem GKV-Spitzenverband in seinem aktuellen Bericht über Arbeit und Ergebnisse der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen abgestimmten Forderungen. Die Regelung sollte jedoch weitere Stellen einbeziehen.

Mit der Einführung der Regelung des § 197a Abs. 3b SGB V sollten seinerzeit datenschutzrechtliche Übermittlungsbefugnisse im Zusammenhang mit der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gesondert klargestellt werden. Dadurch wurde früheren Erkenntnissen aus der Praxis der Fehlverhaltensbekämpfung der gesetzlichen Krankenkassen bereits Rechnung getragen.

Mit fortschreitender organisationsübergreifender Zusammenarbeit sind in der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen aber neue Rechtsunsicherheiten zutage getreten, denen durch eine weitergehende gesetzliche Klarstellung ebenfalls abgeholfen werden muss. Die Unsicherheiten betreffen typische Informationsflüsse zwischen Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu den Stellen, die für die Bekämpfung von Leistungsmissbrauch bei den Trägern der Sozialversicherung nach den SGB II, III, VI, VII und XII zuständig sind.

Gerade im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI) treten mit weiter zunehmender Tendenz Fälle der unberechtigten Inanspruchnahme von Leistungen zu Tage, vor allem durch Manipulationen bei Anträgen auf Erwerbsminderungsrenten. Die dabei entstandenen Schäden unterstreichen die Notwendigkeit, dass die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen entsprechende Hinweise und personenbezogene Daten zukünftig auch an Stellen, die für die Bekämpfung von Leistungsmissbrauch bei den

Trägern der Sozialversicherung nach den SGB VI zuständig sind, übermitteln müssen, da es für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Stelle erforderlich ist. Die datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen müssen deshalb für die gesetzliche Rentenversicherung explizit klargestellt werden.

Die AOKs berichten von wiederkehrenden Hinweisen, wonach gezielt Scheinfirmen und Scheinarbeitsverhältnisse gegründet und betrieben werden, um mittels fingierter, tatsächlich nicht bestehender Beschäftigungsverhältnisse in einem möglichst großen Umfang Sozialleistungen unterschiedlicher Art von den einzelnen Sozialleistungsträgern zu erlangen, ohne dass auf solche Leistungen ein Anspruch bestand. Auf diese Weise entstehen nicht nur den Krankenkassen, sondern auch **bei den Trägern der Sozialversicherung nach den SGB II und III** Millionenschäden.

Die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der Krankenkassen sollten entsprechende Hinweise und personenbezogene Daten zukünftig auf einer gesicherten Rechtsgrundlage auch an Stellen, die für die Bekämpfung von Leistungsmissbrauch bei den Trägern der Sozialversicherung nach den SGB II und III zuständig sind, übermitteln können, da es für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Stelle erforderlich ist. Auf diese Weise könnten zukünftig hohe Schäden zu Lasten der Sozialversicherungsträger frühzeitig verhindert werden.

C Änderungsvorschlag

Art. 1 Nr. 23 Buchstabe c), Doppelbuchstabe aa), wird wie folgt gefasst:
„Nach Nummer 7 werden die folgende Nummern 8 und 9 angefügt:

> 8. die Stellen, die für die Bekämpfung von Leistungsmissbrauch bei den Trägern der Sozialversicherung nach den SGB II, III, VI, VII und XII zuständig sind.
>
> 9. die mit der Steuerfahndung beauftragten Dienststellen der Landesfinanzbehörden und die Behörden des Zollfahndungsdienstes nach § 208 Abgabenordnung.“

Nr. 101d § 197a Abs. 7 Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung beinhaltet einen Auftrag an den GKV-Spitzenverband, dem BMG ein umsetzungsfähiges Konzept zum Aufbau einer zentralen bundesweiten Datenbank vorzulegen, die den Krankenkassen Hinweise über Sachverhalte oder Auffälligkeiten gibt, die auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen hindeuten (Betrugspräventionsdatenbank). Zur Entwicklung des Konzepts dieser Betrugspräventionsdatenbank hat der GKV-Spitzenverband ein externes Gutachten zu vergeben. Die Neuregelung enthält einen Katalog wesentlicher Inhalte, die das vorzulegende Konzept zu umfassen hat (vgl. Ziffern 1 bis 4).

B Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung wird ausdrücklich begrüßt. Die Schaffung der gesetzlichen Rechtsgrundlage einer GKV-Betrugspräventionsdatenbank ist eine langjährige Forderung der AOK-Gemeinschaft.

Die Datenschutz-Aufsichtsbehörden vertreten inzwischen zwar mehrheitlich die Auffassung, dass solche Betrugspräventionssysteme („fraud pools“) in der Privatwirtschaft datenschutzrechtlich zulässig sind. Die datenschutzrechtliche Rechtsgrundlage kann in Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. f DS-GVO gesehen werden.

Zum Aufbau und Betrieb einer GKV-Betrugspräventionsdatenbank bestehen demgegenüber aber noch datenschutzrechtliche Hindernisse, da der GKV-Spitzenverband als Körperschaft öffentlichen Rechts schon wegen Art. 6 Abs. 1 S. 2 DS-GVO keine Verarbeitung personenbezogener Daten aufgrund berechtigter Interessen vornehmen darf. Hierzu werden von dem vorgenannten Gutachten entsprechende Hinweise für eine rechtssichere Umsetzung erwartet.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 102 § 201 Meldepflichten bei Rentenantragstellung und Rentenbezug

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Paragraph wird vor dem Hintergrund der Zusammenlegung der Meldeverfahren bei Krankenkassenwechseln neu aufgesetzt. Da das KVKV-Meldeverfahren zukünftig im einheitlichen elektronischen Krankenkassenwechsel-Meldeverfahren aufgeht und somit durch § 175 SGB V abgedeckt wird, sind die Ausführungen im § 201 SGB V nicht mehr erforderlich. Im § 201 SGB werden nunmehr nur noch die Pflichten des Versicherten im Rahmen der Rentenantragsstellung sowie das Meldeverfahren der Krankenkassen mit dem zuständigen Rentenversicherungsträger abgebildet.

B Stellungnahme

Die Anpassung der gesetzlichen Regelung ist im Zuge der Zusammenlegung der Meldeverfahren richtig und sachgerecht. Da die künftig im regulären Krankenkassenwechselverfahren auszutauschenden Informationen aus dem § 201 gestrichen werden, regelt künftig lediglich die Mitteilungspflichten der Versicherten bei Rentenantragstellung sowie das Meldeverfahren zwischen den Krankenkassen und den Rentenversicherungsträgern.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 103 § 206 Auskunfts- und Mitteilungspflichten der Versicherten

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung soll es Clearingstellen vereinfachen, Kontakt zu Krankenkassen aufzunehmen, um Personen ohne oder mit unklarem Versicherungsschutz schnell Zugang zu den Versicherungsleistungen zu ermöglichen. Dazu sollen die Krankenkassen spezielle Kontaktmöglichkeiten wie Hotlines oder E-Mail-Postfächer erstellen. Den privaten Krankenversicherungsunternehmen steht eine Beteiligung frei.

B Stellungnahme

Die Begründung des Referentenentwurfs verweist auf lange Wartezeiten in Telefonhotlines der Krankenkassen, weshalb eine solche Regelung zur schnelleren Erlangung eines Krankenversicherungsschutzes erforderlich würde.

Am Erfolg dieser Regelung bestehen erhebliche Zweifel, denn die Regelungen zur Erlangung eines Versicherungsschutzes für den hier in Rede stehenden Personenkreis unterliegen komplexen und vom Gesetzgeber vorgegebenen Voraussetzungen. Ohne Mitwirkung der Betroffenen können die Krankenkassen die Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht prüfen. Die Suche nach dem zuständigen Versicherungsträger ist für die Sozialdienste zugegebenermaßen schwierig. Das liegt allerdings daran, dass den Sozialdiensten / Clearingstellen keine oder nur bruchstückhafte Informationen zu den in Rede stehenden Person vorliegen und diese wenigen Informationen für eine versicherungsrechtliche Beurteilung nicht ansatzweise ausreichend sind. Sinnvoller und von schnellerem Erfolg wäre, wenn zunächst der jeweilige Sozialhilfeträger einspringen würde und parallel die Krankenkassen in die Prüfung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen einsteigen. Dieses Verfahren würde sowohl für den Betroffenen eine sofortige Leistungserbringung sowie für den Leistungserbringer eine sofortige Finanzierungssicherheit bringen.
Schon jetzt sieht das Sozialgesetzbuch unserer Ansicht nach ausreichende Regelungen vor, wonach zu Unrecht erbrachte Leistungen der Sozialhilfeträger von der zuständigen Krankenkasse erstattet werden müssen, daher sehen wir keinen zwingenden Handlungsbedarf.

C Änderungsvorschlag

Die Regelung wird abgelehnt und ist daher zu streichen.

Nr. 104 § 206a (neu) Meldepflichten bei freiwillig Versicherten, Versicherungspflichtigen nach § 5 Ab-satz 1 Nummer 13 und Familienversicherten

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird ein Abrufverfahren zwischen den Krankenkassen und den Finanzbehörden für freiwillig Versicherte sowie Auffangversicherungspflichtige eingeführt. Nach einem entsprechenden Hinweis der Krankenkasse kann das Mitglied innerhalb von vier Wochen dem Abruf widersprechen; Voraussetzung ist die Vorlage aller für die Beitragsbemessung erforderlichen Nachweise. Das Verfahren wird jährlich wiederholt, sofern das Mitglied nicht einer dauerhaften Abfrage zustimmt, die jederzeit widerrufen werden kann. Die Finanzbehörden sind verpflichtet, unverzüglich Auskünfte über die wesentlichen Besteuerungsgrundlagen zu erteilen. Ergeht seitens der Finanzbehörde ein Änderungsbescheid, gilt die ursprüngliche Zustimmung des Mitglieds auch für die Übermittlung des Änderungsbescheids.

Der Datenabruf umfasst auch die Besteuerungsgrundlagen des nicht gesetzlich versicherten Ehegatten, sofern diese Einnahmen zur Beitragsbemessung heranzuziehen sind. Es gilt ein Widerrufsrecht - auch für den nicht gesetzlich versicherten Ehegatten -, sofern die Angaben und Nachweise auf anderem Wege erbracht werden. In solchen Fällen übermittelt die Finanzbehörde zusätzlich die Einnahmen der gesetzlichen Rente sowie Versorgungsbezüge.

Die Befugnis der Krankenkassen zum Datenabruf erstreckt sich auch auf die beim Bundeszentralamt für Steuern gespeicherten Informationen zur Inanspruchnahme des Sparer-Pauschbetrags zur Ermittlung der Bemessungsgrundlage aus Kapitalvermögen.

Erklärt das Mitglied, dass die eigenen Einkünfte oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegen, entfällt der Datenabruf – sofern keine unterschiedlichen Beitragssätze anzuwenden sind.

Die Bestimmungen zum Datenaustauschverfahren werden vom GKV-Spitzenverband in Abstimmung mit dem Bundesministerium der Finanzen und dem Bundesministerium für Gesundheit festgelegt.

B Stellungnahme

Das neue Abrufverfahren wird in seiner vollen Ausprägung ausdrücklich begrüßt, da mit seiner Einführung eine seit langem vorgetragene Anforderung der AOK-Gemeinschaft umgesetzt wird. Es trägt maßgeblich zur Entbürokratisierung von Verwaltung und Wirtschaft beiträgt. Die Mitglieder der Kranken- und Pflegekassen werden von der Pflicht zur regelmäßigen Übermittlung ihres Einkommensteuerbescheids entlastet. Eine verspätete oder ausbleibende Übermittlung führt künftig nicht mehr zu Höchstbeiträgen, was die betroffenen Personen und Krankenkassen erheblich entlastet. Zur

Vollständigkeit des Verfahrens sollte die Abrufberechtigung auch auf versicherungspflichtige Rentenbezieher mit Arbeitseinkommen ausgeweitet werden, da für diese ebenfalls die steuerlichen Grundlagen der Beitragsbemessung erforderlich sind.

Zudem bleiben bei Nichtbesteuerung die Datenabrufe der Krankenkassen ohne Ergebnis. Daher sollte die Rückmeldung der Finanzbehörden auch die Information enthalten, dass keine Steuerpflicht besteht bzw. eine Nichtveranlagungsbescheinigung erteilt wurde.

Für die Prüfung der Familienversicherung werden die Einkommensdaten nicht nur für die Prüfung des Gesamteinkommens des zu versichernden Familienangehörigen benötigt, sondern auch zur Feststellung des Gesamteinkommens eines nicht gesetzlich krankenversicherten Ehegatten oder Lebenspartners, wenn die Familienversicherung für gemeinsame Kinder begehrt wird. Daher sollte die Regelung um diesen Verwendungszweck erweitert werden.

C Änderungsvorschlag

§ 206a Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

Die zuständige Finanzbehörde hat der Krankenkasse für das freiwillig versicherte, oder ***das*** nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 versicherungspflichtige, ***oder das nach § 5 Absatz 1 Nr. 11 versicherungspflichtige*** Mitglied, ***welches Arbeitseinkommen erzielt*** auf elektronische Anforderung unverzüglich Datum und Veranlagungszeitraum seines für die Beitragsbemessung erforderlichen Einkommensteuer- oder Einkommensteuervorauszahlungsbescheids, die Art des Steuerbescheids, die Erläuterungen zu den Festsetzungen im Steuerbescheid sowie die jeweils im Einkommensteuerbescheid oder im Einkommensteuervorauszahlungsbescheid ausgewiesenen, für die Beitragsbemessung erforderlichen Beträge der Einkünfte aus…

In § 206a Absatz 4 wird in Satz 1 nach dem Wort „Absatz 2“ ein Komma ergänzt und die Worte „***nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 Versicherungspflichtige, welche Arbeitseinkommen erzielen***“ ergänzt.

Nach Absatz 1 Satz 1 wird folgender neuer Satz aufgenommen: „***Die Rückmeldung der Finanzbehörden enthält zudem die Information, ob gemäß § 44a Absatz 2 EStG keine Steuerpflicht besteht oder eine Nichtveranlagungsbescheinigung erteilt wurde.***“

In Absatz 3 in § 206a SGB V werden in Satz 3 der Passus „der nach § 10 Versicherten“ durch folgende Formulierung **„des nicht gesetzlichen krankenversicherten Ehegatten oder Lebenspartners nach des § 10 Absatz 3“** ersetzt.

Nr. 105 § 221 Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Satz 1 Nummer 3 regelt, dass die landwirtschaftliche Krankenkasse ab dem Jahr 2027 einen Anteil an der Finanzierung des Zukunftsfonds digitale Gesundheit leistet. Satz 3 ergänzt dahingehend, dass der Anteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse am Zukunftsfonds digitale Gesundheit dem Zukunftsfonds digitale Gesundheit zugeführt wird. In Satz 4 wird das Verfahren der Festsetzung des Anteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse am Zukunftsfonds digitale Gesundheit sowie dessen Abrechnung mit der landwirtschaftlichen Krankenkasse geregelt.

B Stellungnahme

Der Aufbau einer weiteren Förderstruktur durch einen Zukunftsfonds digitale Gesundheit wird abgelehnt (vgl. dazu die Stellungnahme zu Nr. 49, 137 und 138). Sollte der Gesetzgeber den Zukunftsfonds digitale Gesundheit dennoch einrichten, ist es folgerichtig, dass die landwirtschaftliche Krankenkasse einen Anteil an der Finanzierung des Zukunftsfonds digitale Gesundheit leistet - analog zur Finanzierung des Innovationsfonds und des Strukturfonds - und die entsprechenden Regelungen zur Festsetzung und Abrechnung dieses Anteils vorgenommen werden.

C Änderungsvorschlag

Streichung des Regelungsvorschlags entsprechend der vorgeschlagenen Streichungen der Regelungsvorschläge zu §§ 92a, 394a (neu) und 394b (neu).

Nr. 106 § 225a (neu) Feststellung der Beiträge bei schutzwürdigem Vertrauen

A Beabsichtigte Neuregelung

Ist die Voraussetzung für eine Familienversicherung nicht oder nicht mehr gegeben, endet die Familienversicherung kraft Gesetzes. Ein Verwaltungsakt ist insoweit nicht erforderlich. Teilweise führen Rückabwicklungen zu weit zurückreichenden Zeiten, welche dann durch eine freiwillige Versicherung ersetzt werden müssen. Eine Prüfung auf individuelle Härten bzw. ein schutzwürdiges Interesse des Versicherten findet derweil nicht statt, auch, wenn beispielsweise die Ursache hierfür im Verschulden der Krankenkasse liegt. Künftig ist bei solchen Beitragsforderungen zunächst zu prüfen, ob ein schutzwürdiges Interesse gemäß § 45 Absatz 2 SGB X vorliegt; die Prüfung ggf. dazu, dass keine rückwirkenden Beiträge vom Mitglied zu entrichten sind.

B Stellungnahme

Die Regelung erfordert eine tiefgreifende Prüfung, in wessen Verschulden die Aufhebung einer Familienversicherung liegt. Zudem ist die Abgrenzung zwischen schutzwürdigem Interesse des Versicherten und der Versichertengemeinschaft nicht immer einfach. Insgesamt kann die Regelung jedoch mitgetragen werden.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 107 § 231 Erstattung von Beiträgen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit Inkrafttreten des Pflegestudiumstärkungsgesetzes wurde eine Verweisregelung in § 231 Absatz 3 über die Beitragserstattung bei Nachholung der Mitwirkung nicht korrekt angepasst. Diese Korrektur wird nun nachgeholt.

B Stellungnahme

Sachgerechte und unbedingt erforderliche Korrektur.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 108 § 240 Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen sind die Grundlagen für den künftigen Quellenabzug für freiwillig versicherte Rentenbezieher. Die Rentenversicherung behält den Versichertenanteil an der Rente ein und führt diesen zusammen mit dem Trägeranteil an den Gesundheitsfonds ab. Dadurch entfällt die eigenständige Abführung des Gesamtbeitrags durch das freiwillige Mitglied an die Krankenkasse. Gleichzeitig entfällt die Beitragszuschussregelung des Rentenversicherungsträgers für diesen Personenkreis.

Überschreiten die Beitragseinnahmen aus der Rente und dem Arbeitsentgelt insgesamt die Beitragsbemessungsgrenze, werden die Beiträge aus der Rente anteilig an das Mitglied und den Rentenversicherungsträger erstattet.

B Stellungnahme

Die geplante Regelung entspricht in Teilen einer AOK-Forderung wird daher begrüßt. Die Regelung stellt eine Gleichbehandlung versicherungspflichtiger und freiwillig versicherter Rentenbeziehenden dar. Durch den Quellenabzug werden die Versicherten, die Rentenversicherungsträger sowie die Krankenkassen zudem erheblich von bürokratischem Aufwand entlastet und vor Zahlungsversäumnissen geschützt. Insofern werden auch die Beitragseinnahmen des Gesundheitsfonds gesichert.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 109 § 249a Tragung der Beiträge bei Rentenbezug

A Beabsichtigte Neuregelung

Zur Umsetzung des Quellenabzugs für freiwillig versicherte Rentenbeziehende wird mit der gesetzlichen Neuregelung die Beitragstragung entsprechend angepasst. Künftig werden die Beiträge freiwillig versicherter Rentnerinnen und Rentner – analog zum bisherigen Verfahren bei pflichtversicherten Rentenbeziehenden – unmittelbar von der Rentenversicherung einbehalten und direkt an den Gesundheitsfonds abgeführt. Der bisher an die Versicherten ausgezahlte Beitragszuschuss entspricht dabei dem vom Rentenversicherungsträger zu tragenden Beitragsanteil.

B Stellungnahme

Die Einführung des Quellenabzugs auch für freiwillig versicherte Rentenbeziehende ist aus zweierlei Gründen positiv zu bewerten. Zum einen entstehen den betroffenen Versicherten hierdurch keine finanziellen Nachteile, da sich an der bisherigen Beitragsbelastung grundsätzlich nichts ändert. Zum anderen wird sichergestellt, dass die für die Beitragsfinanzierung vorgesehenen Mittel tatsächlich dem Gesundheitsfonds zufließen. Bislang bestand das Risiko, dass der vom Rentenversicherungsträger ausgezahlte Beitragszuschuss von den Versicherten nicht vollständig an die Krankenkasse weitergeleitet wurde. Durch den unmittelbaren Einbehalt und die direkte Abführung der Beiträge wird dieses Risiko künftig vermieden. Die Neuregelung trägt somit zur Sicherstellung des Beitragszuflusses bei und ist daher ausdrücklich zu befürworten.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 110 § 250 Tragung der Beiträge durch das Mitglied

A Beabsichtigte Neuregelung

Diese Begleitregelung ergänzt die Einführung des Quellenabzugs für freiwillig versicherte Rentenbezieher und definiert die Beitragstragungspflichten. Grundsätzlich tragen freiwillig Versicherte die Beiträge allein. Mit der Einführung des Quellenabzugs entfällt diese alleinige Tragungslast für die Rentenbezüge, da der Rentenversicherungsträger nun die Hälfte des Beitrags übernimmt.

B Stellungnahme

Dies ist eine erforderliche Folgeänderung zur Einführung des Quellenabzugs für Beiträge aus der Rente freiwillig versicherter Rentenbezieher.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 111 § 254 Beitragszahlung der Studenten

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorauszahlungsregelung des Semesterbeitrags für Studierende wird gestrichen.

B Stellungnahme

Die Streichung der Vorauszahlungsregelung wurde von der AOK-Gemeinschaft seit einiger Zeit als notwendig erachtet und daher wird sie ausdrücklich begrüßt. Nach § 254 Satz 1 SGB V sind Studenten grundsätzlich verpflichtet, ihre Beiträge für das jeweilige Semester bereits vor der Einschreibung oder Rückmeldung an der Hochschule im Voraus zu entrichten. Gemäß § 254 Satz 2 SGB V kann hiervon abgewichen werden, wenn untergesetzliche Regelungen (hier des GKV-Spitzenverbandes) andere, z. B. eine monatliche Beitragszahlung vorsieht. In diesem Fall sind die Beiträge bis zum 15. des Folgemonats zu zahlen.

Festzustellen ist, dass die semesterweise Vorauszahlung nur noch von sehr wenigen studentischen Versicherten genutzt wird. Die Krankenkassen müssen jedoch weiterhin gesonderte und mit erheblichem Verwaltungsaufwand verbundene Prozesse vorhalten um der bestehenden Regelung Rechnung zu tragen. Dies betrifft sowohl die organisatorische Abwicklung als auch den damit verbundenen Beratungs- und Betreuungsaufwand. Vor diesem Hintergrund ist die bisherige Regelung nicht mehr zeitgemäß.

Eine Vereinheitlichung der Beitragszahlung durch eine grundsätzlich monatliche Entrichtung würde die Verwaltungsabläufe vereinfachen und bestehende bürokratische Hürden abbauen. Gleichzeitig könnten finanzielle Belastungen für Studierende vermieden werden, die sich aus der Verpflichtung zur semesterweisen Vorauszahlung ergeben. Die Neuregelung ist damit sowohl den Interessen der Studierenden als auch dem Ziel einer effizienteren und weniger aufwendigen Verwaltungsabwicklung durch die Krankenkassen zuträglich.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 112 § 255 Beitragszahlung aus der Rente

A Beabsichtigte Neuregelung

Die von den Rentenversicherungsträgern einzubehaltenden Beiträge für freiwillig versicherte Rentenbezieher sind über die Deutsche Rentenversicherung Bund an die Krankenkassen bzw. den Gesundheitsfonds abzuführen. Bei Änderungen der Beitragshöhe ist kein neuer Bescheid des Rentenversicherungsträgers an den Rentenbeziehenden erforderlich.

Ist der Beitragsabzug unterblieben, sind die Differenzen bei den weiteren Rentenzahlungen vom Rentenversicherungsträger einzubehalten, sofern der Rentenbezieher nicht nachweist, dass Hilfebedürftigkeit eintreten würde. Die neue Regelung gilt für Zeiträume ab Einführung des Quellenabzugs. Für frühere Zeiten bleiben die bisherigen Bestimmungen fortbestehen. Wird die Rente nicht mehr bezahlt, sind rückständige Beitragsforderungen von den Krankenkassen einzuziehen. Der Rentenversicherungsträger bleibt für seinen Beitragsanteil zahlungspflichtig.

Mit dem neuen Absatz 4 wird ein finanzieller Ausgleich für die verzögerte Umsetzung des Zusatzbeitragssatzes bei der Rentenversicherung vorgenommen. Der Ausgleich umfasst die vom Rentenversicherungsträger zu tragende Beitragsanteile und wird als pauschaler Ausgleich zwischen Gesundheitsfonds und Rentenversicherungsträger gezahlt. Die Berechnung wird vom Bundesamt für soziale Sicherung durchgeführt. Details sollen zwischen den beteiligen Akteuren und dem Bundesgesundheitsministerium sowie dem Bundesamt für soziale Sicherung geregelt werden

B Stellungnahme

Die Regelung sind sachgerecht und mit Blick auf die Einführung des Quellenabzugs folgerichtig. Änderungen in der Beitragshöhe braucht der Rentenversicherungsträger den Rentenbeziehern nicht mittels Beitragsbescheid bekannt zu geben. Dies wird weiterhin nur im Rahmen der jährlichen Rentenanpassung im Juli vorgenommen. Angesichts der komplexen Verfahrensabläufe bei den Rentenversicherungsträgern ist dies hinzunehmen.

Die Vorschrift sieht einen finanziellen Ausgleich vor, der die zeitliche Verzögerung bei der Anpassung der Zusatzbeitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung berücksichtigt. Dieser Ausgleich ist bidirektional gestaltet und gilt sowohl für sinkende als auch für steigende Zusatzbeitragssätze. Die vorgesehene Regelung sowie das Verfahren werden ausdrücklich befürwortet.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 113 § 256 Beitragszahlung aus Versorgungsbezügen

A Beabsichtigte Neuregelung

Streichung der Vorgabe, dass Beiträge aus Nachzahlungen von Versorgungsbezügen durch die Krankenkasse einzuziehen sind.

Zudem erfolgt die redaktionelle Streichung des Absatzes 3 zur Beitragsüberwachung der Zahlstellen durch die Krankenkassen.

B Stellungnahme

Sofern Zahlstellen aus nachgezahlten Versorgungsbezügen Beiträge nicht einbehalten, sind die Krankenkassen derzeit verpflichtet diese Beiträge beim Versicherten nachzufordern. Nachzahlungen von Versorgungsbezügen entstehen vorrangig zu Beginn der Zahlung des Versorgungsbezuges, meist begründet in der verspäteten oder länger andauernden Bearbeitung des Antrages durch die Zahlstellen. Eine Übergabe des Beitragseinzugs in diesen Fällen ist nicht mehr zeitgemäß, da den Krankenkassen dadurch ein hoher und unnötiger Verwaltungsaufwand entsteht. Ein Einbehalt der Beiträge im Quellenabzug durch die Zahlstelle ist deutlich verwaltungsärmer, da durch Anwendung der Abrechnungssoftware der Zahlstelle kein zusätzlicher Aufwand entsteht.

Nachvollziehbar ist, dass die Krankenkassen für den Beitragseinzug dann zuständig bleiben, wenn der Versorgungsbezug nicht mehr laufend gezahlt wird.

Zudem wird die Beitragsüberwachung der Zahlstellen in dem neu aufgesetzten § 256b SGB V präzisiert.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 114 § 256b (neu) Prüfung der Beitragszahlungen und Meldungen für Bezieher von Versorgungsbezügen

A Beabsichtigte Neuregelung

Für die durch die Krankenkassen durchzuführende Beitragsüberwachung der Zahlstellen wird eine eigenständige gesetzliche Grundlage geschaffen, die künftig außerhalb des § 256 SGB V verankert wird. In diesem Zusammenhang werden insbesondere die Prüfungsrechte der Krankenkassen sowie die Zuständigkeiten für die Durchführung der Prüfungen unter den Krankenkassen gesetzlich geregelt. Darüber hinaus wird der Kreis der prüfbaren Stellen erweitert. Neben den eigentlichen Zahlstellen können künftig auch Rechenzentren und sonstige Dienstleister in die Prüfungen einbezogen werden, sofern diese Aufgaben der Zahlstellen wahrnehmen oder entsprechende Tätigkeiten für diese übernehmen.

Eine weitere Neuerung betrifft die Mitwirkungspflichten der Zahlstellen im Rahmen der Beitragsüberwachung. Diese werden künftig verpflichtet, geeignete Prüfhilfen vorzuhalten und den Krankenkassen auf Anforderung die für die Prüfung erforderlichen Daten über eine gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung zur Verfügung zu stellen. Damit sollen die Voraussetzungen für eine effizientere und stärker digitalisierte Durchführung der Prüfungen geschaffen werden. Darüber hinaus wird bereits im Vorfeld einer Prüfung ein Austausch zwischen den beteiligten Krankenkassen ermöglicht. In diesem Zusammenhang dürfen auch versichertenbezogene Daten an die jeweils prüfende Krankenkasse übermittelt werden, soweit diese für die Durchführung der Prüfung erforderlich sind.

Auch das Verfahren nach Abschluss einer Prüfung wird künftig gesetzlich konkretisiert. So ist vorgesehen, dass die geprüfte Zahlstelle einen Prüfbericht über das Ergebnis der durchgeführten Prüfung erhält. Darüber hinaus werden diejenigen Krankenkassen über das Prüfungsergebnis informiert, die der prüfenden Krankenkasse zuvor entsprechende Meldedaten zur Verfügung gestellt haben. Ergänzend ist geregelt, dass auch alle weiteren von der Prüfung betroffenen Krankenkassen über das Ergebnis unterrichtet werden. Dadurch soll sichergestellt werden, dass die aus der Prüfung gewonnenen Erkenntnisse allen betroffenen Krankenkassen zugänglich gemacht werden und erforderliche Folgemaßnahmen abgestimmt erfolgen können.

Abschließend wird auch die sogenannte Zahlstellendatei, in der die für die Durchführung und Koordinierung der Prüfungen relevanten Angaben zu den einzelnen Zahlstellen erfasst und verwaltet werden, auf eine eigenständige gesetzliche Grundlage gestellt. Damit erhält die bisherige Datenbank eine ausdrückliche gesetzliche Legitimation und wird als Bestandteil des Prüfverfahrens rechtlich abgesichert.

B Stellungnahme

Die Neuregelung basiert auf einem gemeinsamen Bestreben der GKV-Gemeinschaft, die rechtlichen und verfahrensmäßigen Rahmenbedingungen für die Überwachung der

Zahlstellenprüfungen weiterzuentwickeln und an die praktischen Erfordernisse anzupassen und wird daher unbedingt befürwortet. Die bisherige gesetzliche Regelung erwies sich insbesondere im Hinblick auf die Anforderungen an eine zielgerichtete, effiziente und einheitliche Vorbereitung und Durchführung der Zahlstellenprüfungen als nicht mehr ausreichend. Vor diesem Hintergrund wurde eine umfassende Überarbeitung der gesetzlichen Grundlagen als erforderlich angesehen, um bestehende Regelungslücken zu schließen, die Prüfungsabläufe rechtlich abzusichern und die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Krankenkassen zu verbessern.

Die nunmehr geschaffene eigenständige gesetzliche Grundlage trägt diesen Anforderungen Rechnung und schafft klarere Rahmenbedingungen für die Organisation, Vorbereitung und Durchführung der Zahlstellenprüfungen. Die Neuregelung wird daher ausdrücklich begrüßt, da sie eine notwendige rechtliche Grundlage für eine sachgerechte und zukunftsorientierte Weiterentwicklung der Beitragsüberwachung der Zahlstellen schafft.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 115 § 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte und §258 Beitragszuschüsse für andere Personen

A Beabsichtigte Neuregelung

Zum 01.01.2026 wurde ein neuer Tatbestand der Versicherungsfreiheit für Personen eingeführt, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres aufgrund von zuvor bestehenden und berücksichtigungsfähigen Versicherungs- oder Aufenthaltszeiten nach europäischen oder zwischenstaatlichen Regelungen versicherungspflichtig würden, obwohl in den letzten fünf Jahren überwiegend eine Absicherung über eine private Krankenversicherung bestand. Bisher fehlte eine Rechtsgrundlage für einen Anspruch auf einen Arbeitgeberzuschuss aus dem Arbeitsentgelt für diese Personen; diese Lücke wird durch die Neuregelung geschlossen.

B Stellungnahme

Die Neuerung schließt eine Regelungslücke und ist daher sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 116 § 266 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich), Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

a) Das Verfahren zum Ausschluss auffälliger Risikogruppen wird vor dem Hintergrund der Untersuchungsergebnisse des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des RSA beim BAS sowie infolge der Neukonzeption des §273 Absatz 2 und 3 SGB V (pauschaliertes Kürzungsverfahren für überdurchschnittlich steigende Risikogruppen) gestrichen.
b) Der Evaluationsauftrag für den Wissenschaftlichen Beirat wird erweitert. In dem im Jahr 2031 zu erstellenden Gutachten soll auch die Wirkung des Kürzungsverfahrens nach § 273 Absatz 1 bis 3 auf die Manipulationsresistenz und Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleichs untersucht werden. Absatz 11 stellt klar, dass die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die Entwicklung und Durchführung von DMP für die Ausgleichsjahre 2025 und 2026 nur für Programme mit einer förmlichen Zulassung durch das BAS erfolgen.

B Stellungnahme

a) Die Streichung des Verfahrens zum Ausschluss auffälliger Risikogruppen ist vor dem Hintergrund der Untersuchungsergebnisse des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des RSA beim BAS sachgerecht und wird begrüßt. Das Verfahren setzt Risikoselektionsanreize und führt zu Wettbewerbsverzerrungen. Zudem wird das Verfahren obsolet durch das zukünftig im Rahmen der Neuregelung des § 273 Abs. 2 und 3 SGB V zur Anwendung kommenden, pauschalierten Kürzungsverfahrens.
b) Die Erweiterung des Evaluationsauftrages hinsichtlich der Wirkung des Kürzungsverfahrens nach § 273 Absatz 1 bis 3 ist sachgerecht. Die vorgesehene Regelung in Absatz 11 stellt klar, dass Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die Entwicklung und Durchführung von DMP bis einschließlich des Ausgleichsjahres 2026 nur für Programme mit einer förmlichen Zulassungen durch das BAS erfolgen. Wir verweisen hierzu auf die grundsätzliche Ablehnung der Neuregelung in Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Nr.119). Um eine Förderung durch die DMP-Programmkostenpauschale in 2027 in sachgerechter Weise ausschließlich für die seitens des BAS zugelassenen, strukturierten Behandlungsprogramme sicherzustellen, ist stattdessen zusätzlich das Ausgleichsjahr 2027 zu ergänzen.

C Änderungsvorschlag

a) Keiner.
b) Dem Absatz 11 wird folgender Satz angefügt: „Die Krankenkassen erhalten die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die Ausgleichsjahre 2025, 2026 und 2027 nach Maßgabe des § 270 in der bis zum … (einsetzen: Tag der Verkündigung dieses Gesetzes) geltenden Fassung.

Nr. 117 § 267 Datenverarbeitung für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Angaben nach § 295 Absatz 1 Satz 4 SGB V werden aus § 267 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V gestrichen.

Die Neufassung des § 267 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V bildet die bestehende Praxis ab, wonach die Meldung dieser Angaben aufgrund der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Absatz 4 Satz 2 SGB V ausgesetzt ist.

B Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 118 § 269 Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte

A Beabsichtigte Neuregelung

a) Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) vom 11. Juli 2021 wurden Krankenkassen verpflichtet, zusätzliche Daten für die Untersuchung und Weiterentwicklung des Krankengeldzuweisungsverfahrens im Risikostrukturausgleich (RSA) zu melden. Der Wissenschaftliche Beirat hat auf dieser Grundlage verschiedene Modelle untersucht und im März 2025 empfohlen, das bestehende Verfahren beizubehalten, da Alternativmodelle schlechtere Ergebnisse und höheren Bürokratieaufwand verursachen würden. Da der ursprüngliche Untersuchungsauftrag damit erfüllt ist, werden die dauerhaften Meldepflichten nicht mehr benötigt. Künftig sollen die entsprechenden Daten nur noch anlassbezogen auf Anforderung übermittelt werden, wenn der Wissenschaftliche Beirat sie zur Erfüllung eines neuen Gutachtenauftrags benötigt.

b) Die Übergangsregelung des § 269 Absatz 6 SGB V bezog sich auf die Ausgleichsjahre 2020 bis 2022. Da die für diese Ausgleichsjahre durchgeführten Zuweisungsverfahren einschließlich der korrigierten Jahresausgleiche inzwischen abgeschlossen sind, ist die Regelung gegenstandslos geworden und wird gestrichen.

c) Die Übergangsregelung des § 269 Absatz 6 SGB V bezog sich auf die Ausgleichsjahre 2020 bis 2022. Da die für diese Ausgleichsjahre durchgeführten Zuweisungsverfahren einschließlich der korrigierten Jahresausgleiche inzwischen abgeschlossen sind, ist die Regelung gegenstandslos geworden und wird gestrichen. Infolge dessen werden die bisherigen Absätze 7 bis 9 zu den Absätzen 6 bis 8.

B Stellungnahme

a) Da der ursprüngliche Untersuchungsauftrag abgeschlossen ist und ein Bedarf für die dauerhafte Erhebung der Daten insoweit nicht mehr besteht, ist die vorgesehene Umstellung auf eine bedarfsbezogene Datenübermittlung sachgerecht.

Um jedoch eine nachhaltige Entlastung der Krankenkassen sicherzustellen, sollte klargestellt werden, dass eine Anforderung der betreffenden Daten für vergangene Berichtsjahre ausgeschlossen ist. Andernfalls wären die Krankenkassen gehalten, die entsprechenden Daten auch künftig vorzuhalten, fortlaufend zu selektieren und für eine mögliche spätere Anforderung aufzubereiten. Dies würde weiterhin personelle und technische Ressourcen binden und den mit

der Neuregelung verfolgten Entbürokratisierungs- und Entlastungszielen entgegenstehen.

b) Die Streichung ist grundsätzlich sachgerecht.

c) Die Änderung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

a) Dem Absatz 5 wird folgender Satz angefügt: „Eine Anforderung nach Satz 1 darf sich nur auf das laufende oder auf zukünftige Berichtsjahre beziehen."

b) Durch den Wegfall der Vorgaben des Absatz 6 ist im bisherigen Absatz 7 Nr. 1 der Zusatz „und 6" zu streichen.

c) Keiner.

Nr. 119 § 270 Sonstige Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds

A Beabsichtigte Neuregelung

Für das Jahr 2027 ist vorgesehen, dass ein Angebot von DMP auch ohne förmlich Zulassung durch das BAS zulässig ist. Die Neureglung sieht vor, dass die entsprechenden Versichertentage auch aus solchen DMP-Angeboten von den Krankenkassen zur Ermittlung der Höhe der Zuweisungen zu berücksichtigen sind.

B Stellungnahme

Da der Wegfall der förmlichen Zulassung von DMP durch das BAS abgelehnt wird (vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 94), ist auch eine Berücksichtigung der Versichertentage aus solchen Programmen in den RSA-Datenmeldungen und bei der Zuweisungsermittlung in 2027 nicht sachgerecht. Zudem hätte eine entsprechende Erweiterung bürokratische Folgewirkungen, da im Rahmen der entsprechenden Prüfungen nach § 20 RSAV für den befristeten Zeitraum von maximal einem Ausgleichsjahr ein ergänzendes Prüfgebiet einmalig und erstmalig von den Prüfdiensten abzudecken ist. Der Aufwand für die DMP-Zulassung durch das BAS würde mithin in Teilen nur verlagert.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Nr. 120 § 271 Gesundheitsfonds

A Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 5 wird ab 2027 der Betrag, der dem Innovationsfonds jährlich aus der Liquiditätsreserve zugeführt wird, auf 75 Millionen Euro abgesenkt - abzüglich des Anteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse.

Daneben ist im neuen Absatz 5a vorgesehen, dass dem Zukunftsfonds digitale Gesundheit ab dem Jahr 2027 jährlich Finanzmittel in Höhe von 25 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve zugeführt werden - ebenfalls abzüglich des Anteils der landwirtschaftlichen Krankenkasse.

B Stellungnahme

Die Anpassung in Absatz 5 wäre sachgerecht, sollte die geplante Kürzung der Fördermittel des Innovationsfonds auf jährlich 75 Millionen Euro (Nr. 49, § 92a) umgesetzt werden. Diese wird jedoch kritisch gesehen. Diesbezüglich verweisen wir auf die Stellungnahme unter Nr. 49 zu § 92a.

Die Ergänzung eines neuen Absatzes 5a wäre sachgerecht, sollte die geplante Einführung eines Zukunftsfonds für digitale Transformation und IT-Sicherheit in der Gesundheitsversorgung (Nr. 137 und Nr. 138, §§ 394a und 394b (neu)) umgesetzt werden. Dies wird jedoch abgelehnt. Diesbezüglich verweisen wir auf die Stellungnahme unter Nr. 137 und Nr. 138 zu §§ 394a und 394b (neu).

C Änderungsvorschlag

Streichung des Regelungsvorschlags entsprechend der vorgeschlagenen Streichungen der Regelungsvorschläge zu §§ 92a, 394a (neu) und 394b (neu).

Nr. 121 § 273 Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neufassung des § 273 SGB V werden die Verfahren zur Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich in Teilen neu geregelt und Regelungen insbesondere aus dem ursprünglichen § 21 RSAV in das SGB V überführt.

Absatz 1 regelt, dass weiterhin zwei unterschiedliche Prüfansätze existieren: Ein jährliches Verfahren der nachträglichen Zuweisungskürzung in den Absätzen 2 und 3, und weiterhin anlassbezogene Prüfungen die in den Absätzen 4 und 5 geregelt sind.

Absatz 2 regelt Eckpunkte für die Identifikation statistischer Auffälligkeiten. Berichtsjahre, die unter die Anwendung des HMG-Ausschlussverfahrens nach § 266 Abs. 8 Satz 1 Nummer 6 SGB V gefallen sind, werden ausgenommen. Der Begriff der Erheblichkeit zur Bewertung rechnerischer Zuweisungsgewinne entfällt.

Absatz 3 bestimmt das neue Verfahren der retrospektiven Zuweisungskürzung, die bis zum 30. September des dritten auf das geprüfte Berichtsjahr folgenden Jahres durch Bescheid geltend gemacht wird. Sie erfolgt durch alters- und geschlechtsadjustierte Fortschreibung der Morbidität aus dem Vorjahr. Eine Anrechnung von geleisteten Korrekturbeträgen ist vorgesehen, für Strafaufschläge dagegen nicht. Die Details regelt wie zu Absatz 2 eine Bestimmung des BAS im Benehmen mit dem GKV-SV.

Absatz 4 regelt weitestgehend unverändert die Einleitung und Durchführung von anlassbezogenen Einzelfallprüfungen und der Feststellung von Verstößen. Erkenntnisse aus nicht abgeschlossenen statistischen Verfahren nach aktueller Rechtslage können zur Einleitung von Verdachtsprüfungen führen. Zur Erlangung von Verdachtsmomenten kann das BAS Abfragen bei den Krankenkassen durchführen.

Absatz 5 enthält die Vorgaben zur Ermittlung des Korrekturbetrags und Strafaufschlags, wie sie in weiten Teilen aus dem § 21 RSAV übernommen wurden. Durch Verweis auf Absatz 3 bei der Schätzung von Korrekturbeträgen wird klargestellt, dass auch hier immer das Vorjahr als Basis der Fortschreibung dient.

In den Absätzen 6 und 7 sind weitere Rahmenbedingungen geregelt, u.a. zur Vereinnahmung, Verteilung und Verrechnung der Korrekturbeträge, dass Klagen weiterhin keine aufschiebende Wirkung entfalten und sich die Krankenkasse nicht auf die zuständige Aufsichtsbehörde berufen kann.

Absatz 8 regelt, dass das Verfahren nach den Absätzen 2 und 3 für die Berichtsjahre 2013 - 2019 retrospektiv zur Anwendung kommt und auf die Ergebnisse der laufenden Verfahren der statistischen Auffälligkeiten 2013 - 2017 aufsetzt. Dabei sollen alle Berichtsjahre bis zum 30. September 2027 abgeschlossen sein. Die Möglichkeit zur Verrechnung über mehrere Monate wird nicht eingeräumt.

B Stellungnahme

Die Verfahren nach § 273 SGB V sind nicht rechtssicher umsetzbar

Mit der Umsetzung der aktuell geltenden Regelungen des § 273 SGB V sind seit ihrer Einführung erhebliche Planungs- und Rechtsunsicherheiten auf allen Seiten verbunden. Die ungeeigneten Prüfverfahren führen zu erheblichen wettbewerbsverzerrenden Effekten bei den Krankenkassen. Auch versorgungspolitisch konterkarieren sie Bemühungen des Gesetzgebers, insbesondere haus- und primärärztliche Versorgungsangebote für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung zu verbessern. Alle Beteiligten stehen seit Jahren vor einem erheblichen bürokratischen Mehraufwand und erheblichen unnötigen Kosten.

Zweifel an der Rechtmäßigkeit der laufenden Verfahren nach § 273 SGB V ergeben sich insbesondere aus:

- der massiven Ungleichbehandlung von regionalen und bundesweit geöffneten Kassen, die einen unzulässigen Eingriff in den Wettbewerb darstellt. Beide bestehenden Verfahrenstypen sollen grundsätzlich die gleichen Sachverhalte ahnden, kommen aber bisher gegenüber regionalen und bundesweit geöffneten Kassen sehr unterschiedlich zur Anwendung.
- der vom Gesetzgeber postulierten und vom BAS exekutierten Rückwirkung der Rechtsänderung, wonach Krankenkassen in den Jahren 2013 – 2017 für Maßnahmen mit vermeintlicher Wirkung auf den RSA sanktioniert werden, die bis zum 11.04.2017 – also vor dem Inkrafttreten des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) - ausdrücklich rechtskonform waren.
- dem konzeptionellen Grundproblem, dass die Bemessung eines Schadens bzw. des korrespondierenden Korrekturbetrags objektiv nicht aufzulösen ist.

Diese Inkonsistenz hat zwangsläufig zu einer großen Anzahl sozialgerichtlicher Verfahren geführt, aus denen ein erhebliches finanzielles und administratives Risiko entstehen kann. Wenn vorliegende erstinstanzliche Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung Bestand haben, werden eine sehr große Zahl an Verfahren rückabgewickelt werden müssen.

Da eine ungeeignete Rechtsgrundlage retrospektiv nicht zu heilen ist, müssten aus Sicht der AOK-Gemeinschaft alle Prüfverfahren ab 2013 grundsätzlich eingestellt bzw. rückabgewickelt werden. Auf dieser Grundlage sind die nachfolgenden Stellungnahmen einzuordnen:

Verfahrensvereinfachung grundsätzlich zielführend aber nicht konsequent und umfassend genug

Mit dem vorliegenden Entwurf hat der Gesetzgeber die Unzulänglichkeiten zum Teil erkannt, allerdings löst die Gesetzesänderung nur einen Bruchteil der Probleme in der Umsetzung der RSA-Prüfungen. Auf der einen Seite werden die „verfahrenstechnischen

Hürden“ in den statistischen Verfahren der Absätze 2 und 3 überwunden, indem jegliche Rechte zur Stellungnahme und Anhörung für die Krankenkassen entfallen. Als Kompensation ist eine 5 % Toleranzaufschlag vorgesehen. Die nach den Absätzen 4 und 5 weitestgehend unveränderten Verdachtsprüfungen bleiben aber in der Umsetzung rechtsunsicher, lösen weiterhin enorme bürokratische Aufwände aus und führen in der bisherigen Praxis zu unsinnig paradoxen Ergebnissen:

Einerseits resultierte aus der Unterlassung einer umfassenden und fristwahrenden Einleitung von Verdachtsprüfungen durch das BAS in der Breite für die Berichtsjahre 2013 – 2015 eine Wettbewerbsverzerrung zu Lasten von 15 % der in der Regel regional aufgestellten Krankenkassen. Andererseits werden bei breiter und weitgehend gleichzeitiger Prüfung wie zu den HzV-Verträgen im Berichtsjahr 2017 bislang nahezu durchgängig Verstöße festgestellt. Wenn aber für fast alle Krankenkassen in gleicher Sache nahezu gleichförmig Verstöße festgestellt werden, zeugt dies nicht nur von einem verfehlten Prüfmaßstab in der Bescheidung, sondern auch von der Unsinnigkeit dieses aufwändigen Verfahrens, in dem alle Krankenkassen Korrekturbeträge abführen, um diese im nächsten Jahresausgleich entsprechend ihrer Mitgliederzahl zurückzuerhalten.

Das Ziel des Gesetzgebers, die Verfahren geordnet und sachgemäß abzuschließen, wird mit dem vorliegenden Referentenentwurf für die Verdachtsprüfungen nicht erfüllt. Damit sind langwierige Auseinandersetzungen und Gerichtsverfahren weiterhin unumgänglich.

Toleranzaufschlag von 5 % für statistische Prüferfahren 2013 – 2019 in der Höhe unzureichend

In der Anwendung der „nachträgliche Zuweisungskürzung“ insb. für die Jahre 2013 – 2017 werden die Regularien für laufenden Verfahren retrospektiv geändert. Seit Start der statistischen Prüfverfahren im Jahr 2021 ist noch in keinem einzigen Fall die Feststellung eines Verstoßes erfolgt. Eine kleine Zahl von Verfahren wurde bereits eingestellt. Verstöße hinter den statistischen Auffälligkeiten sind also weiterhin rein hypothetisch, weil bislang nicht abschließend beschieden.

Mit den neuen Regelungen werden nunmehr jegliche Rechte der Krankenkassen zur Anhörung und Darlegungen der Ursachen für die statistisch signifikanten Anstiege abgeschafft. Im Gegenzug wird als Modell einer nachträglichen Zuweisungskürzung das bestehende Fortschreibungsverfahren aus § 21 RSAV angelegt. Dieses Verfahren zur Korrekturbetragsermittlung ist vorgesehen, wenn ein Verstoß tatsächlich vorliegt aber die Krankenkasse entweder die Mithilfe verweigert oder aus anderen Gründen eine Feststellung der konkret rechtswidrigen Daten nicht möglich ist. Vor diesem Hin-

tergrund ist ein Toleranzaufschlag von 5 % zu niedrig angesetzt. Entsprechend resultieren für Krankenkassen z. T. sehr hohe Zuweisungskürzungen, ohne dass ein Rechtsverstoß festgestellt wurde und werden konnte.

Toleranzaufschlag für statistische Prüferfahren 2013 – 2019 muss auch die systematische Benachteiligung regionaler Krankenkassen berücksichtigen

Der Gesetzgeber plant weiterhin auf den Ergebnissen der statistischen Auffälligkeitsprüfungen der Berichtsjahre 2013 – 2017 aufzusetzen. Dies ist aus seiner Perspektive, insbesondere dem Ziel, die administrativen Aufwände für die RSA-durchführende Behörde zu senken, nachvollziehbar. Allerdings führt dieses Vorgehen aufgrund der fehlenden regionalen Dimension in den Verfahren zu einer systematischen Benachteiligung von Krankenkassen mit regionalen Schwerpunkten. Etwaige Verstöße wie z. B. die vom BAS postulierten Maßnahmen zur Kodierbeeinflussung sind für ein einzelnes Berichtsjahr niemals nur bundesweit gleichförmig zu erwarten, sondern insbesondere auch regional fokussiert zum Beispiel auf das Gebiet einer einzelnen KV. Ohne eine zusätzliche regionale Dimension in der statistischen Auffälligkeitsprüfung bleiben gleichartige Effekte aus gleichartigen Maßnahmen (bspw. gleichlautende Verträge in identen KV-Bezirken) bei bundesweit agierenden Krankenkassen statistisch unauffällig. Diese systematische Benachteiligung kann hilfsweise nachträglich reduziert werden, in dem bei der Anwendung für die Berichtsjahre bis 2019 ein höherer Toleranzaufschlag als 5 % zur Anwendung kommt.

Mit dem Referentenentwurf ist geplant, im Rahmen der „nachträglichen Zuweisungskürzung“ auf Strafaufschläge zu verzichten. Dies ist aus Sicht der AOK-Gemeinschaft sachgerecht. Ungerecht dagegen wäre, die „nachträgliche Zuweisungskürzung“ für die Jahre 2013 – 2017 auf solche Krankenkassen zu begrenzen, deren monetäre Erheblichkeit über dem damaligen verwaltungsökonomischen Schwellenwert liegt.

Ungleichbehandlung für die Jahre 2013 – 2015 wird durch Abs. 4 Satz 6 perpetuiert

Die systematische Benachteiligung insb. von regionalen Krankenkassen beschränkt sich im Referentenentwurf nicht nur auf die statistischen Prüfungen, sondern untermauert die Ungleichbehandlung auch bei den Verdachtsprüfungen. Verfahren zu gleichartigen Aktivitäten (bspw. gleichlautende Verträge in identen KV-Bezirken) bundesunmittelbarer Krankenkassen wurden in der Vergangenheit vom BAS nur in Einzelfällen fristwahrend eingeleitet. Erstmalig für die Berichtsjahre 2016 und 2017 wird jeweils ein Sachverhalt über alle Krankenkassen weitgehend gleichzeitig und gleichförmig geprüft: Für das Berichtsjahr 2016 die sog. Betreuungsstrukturverträge und für das Berichtsjahr 2017 die HzV-Verträge. Für den Zeitraum der Berichtsjahre 2013 – 2015 erfolgte die Einleitung von Verdachtsprüfungen dagegen nur punktuell und nicht in der Breite – obwohl sich gleichartige Sachverhalte in diesen Jahren selbstverständlich auch sehr breit über die Krankenkassen erstreckten und dies auch bekannt ist und war.

Aufgrund der Vorgaben zur Aufbewahrung konnten alle Krankenkassen, die keine laufende Auffälligkeits- oder Verdachtsprüfungen aufweisen, die entsprechenden Daten für die Berichtsjahre 2013 – 2015 mittlerweile löschen. Eine gleichförmige Verfolgung gleicher Sachverhalte ist somit ausgeschlossen. Daher ist Absatz 4 Satz 6 ersatzlos zu streichen, denn er zielt ausschließlich auf die Perpetuierung der systematischen Benachteiligung von Krankenkassen mit statistischer Auffälligkeit in diesen Jahren ab, während alle übrigen Krankenkassen mit gleichen Sachverhalten weder von einer nachträglichen Zuweisungskürzung noch von einer Verdachtsprüfung betroffen sein können.

Ungleichbehandlung für die Berichtsjahre 2013 – 2015 vollständig beenden und Verdachtsprüfungen für die Berichtsjahre bis 2017 einstellen

Die Streichung von Absatz 4 Satz 6 genügt allein aber nicht, die systematische Benachteiligung aufgrund fehlender fristwahrender Einleitung von Verdachtsprüfungen in den Jahren 2013 – 2015 aufzuheben. Dazu wäre auch zwingend erforderlich, alle bereits laufenden Verdachtsprüfungen der Jahre 2013 - 2015 einzustellen.

Das Bundessozialgericht hat in seinem Urteil vom 21.03.2018 bereits letztinstanzlich festgestellt, dass das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) konstitutive Rechtsänderungen bewirkt hat. Daher sollten aus Sicht der AOK-Gemeinschaft auch die Verdachtsprüfungen der Jahre 2016 und 2017 beendet werden, allein weil Krankenkassen für Maßnahmen sanktioniert würden, die bis Inkrafttreten des HHVG ausdrücklich rechtskonform waren. Ansonsten droht eine enorm aufwändige Spirale aus Bescheidung, gerichtlicher Einzelentscheidung, Aufhebung von Bescheiden und Rückabwicklung von Zahlungen.

Prüfung ab 2025: statistische Verfahren grundsätzlich geeignet

Für die Berichtsjahre ab 2025 stellen die Regelungen zu den statistischen Verfahren in den Absätzen 2 und 3 eine grundsätzlich geeignete Umsetzungsform dar. Denn sie lassen deutlich weniger unerwünschte Nebeneffekte erwarten als das zu Recht beendete HMG-Ausschlussverfahren in § 266 Abs. 8 Satz 1 Nummer 6 SGB V (sog. „Manipulationsbremse“) und die enormen bürokratischen Aufwände aus den bestehenden Statistischen Auffälligkeitsprüfungen entfallen.

Vor dem Hintergrund der Einführung des Verfahrens der nachträglichen Zuweisungskürzung ist die Durchführung von weiteren anlassbezogenen Prüfungen für die Jahre 2018 und 2019 sowie ab 2025 aus Sicht der AOK-Gemeinschaft grundsätzlich entbehrlich. Beide Verfahrenstypen zielen auf gleiche Sachverhalte. Die parallele Durchführung von Verdachtsprüfungen führt perspektivisch auch weiterhin zu hohen administrativen Aufwänden, streitbefangenen Auslegungsfragen und entsprechend langwierigen Unsicherheiten bei nur noch begrenztem Zusatznutzen – denn die Verfahren nach

den Absätzen 2 und 3 sorgen ja bereits automatisch für eine nachträgliche Zuweisungskürzung, sobald eine Risikogruppe bei einer Krankenkasse oberhalb des Toleranzbereichs ansteigt.

Aussetzung der Verfahren 2020 – 2024 ist sachgerecht

Die AOK-Gemeinschaft begrüßt, dass die statistischen Verfahren nach Absatz 2 für die Berichtsjahre 2020 - 2024 ausgesetzt werden. Ansonsten würden die Schieflagen aus der bereits vollzogenen HMG-Ausschlussverfahren noch verstärkt. Zudem hat auch der Wissenschaftlichen Beirat in seinen Gutachten festgestellt, dass die Durchführung einer statischen Auffälligkeitsprüfung für die Jahre der COVID-19 Pandemie nicht sachgerecht wäre.

Vereinheitlichung der Rückrechnung auf Vorjahr reduziert Problemlagen

Die vereinheitlichte Verwendung des Vorjahres als Basis sowohl für die „nachträgliche Zuweisungskürzung" nach Absatz 3 als auch für die „Korrekturbetragsermittlung" nach Absatz 5 wird ausdrücklich begrüßt. Gegenüber den bestehenden streitbefangenen Regelungen reduziert diese Vereinheitlichung nicht nur die entstehenden Aufwände auf allen Seiten, sondern verhindert im Falle von Prüfungen in mehreren Berichtsjahren, dass allein die Reihenfolge der Bescheidung Auswirkungen auf die resultierenden Korrekturbeträge hat. Ohne die hier vorgesehene Vereinheitlichung würde sich dieses Problem in der Praxis massiv zeigen, was allein aus Gründen der Gleichbehandlung nicht zu tolerieren wäre. Zudem werden so Verwerfungen vermieden, die aus der fehlenden Anwendbarkeit eines Klassifikationsmodells über das dritte Datenjahr hinaus resultieren würden.

Für die Korrekturbetragsermittlung sieht der Absatz 5 Satz 4 korrekterweise vor, dass die Übermittlungspflicht der Krankenkassen ein „zumutbares Verlangen" des BAS voraussetzen. Entsprechend ist das Erfordernis der Zumutbarkeit auch in Satz 2 zu ergänzen, weil es sich im Kontext zu Satz 4 auf die Anforderung von Unterlagen, Daten oder Informationen durch das BAS selbst bezieht.

Anrechnung geleistete Korrekturbeträge: Richtig, aber unvollständig

Die AOK-Gemeinschaft begrüßt, dass eine Anrechnung bereits geleisteter Korrekturbeträge bzw. nachträglicher Zuweisungskürzungen für gleiche Risikogruppen im gleichen Berichtsjahr grundsätzlich vorgesehen ist, denn die AOK-Gemeinschaft lehnt jegliche Mehrfachsanktion ab, die aus der Ko-Existenz aus nachträglicher Zuweisungskürzung und anlassbezogener Prüfung resultieren können.

Es ist allerdings klarzustellen, dass sämtliche Korrekturbeträge aus Zeiträumen vor Inkrafttreten des Gesetzes berücksichtigt werden, also sowohl nach § 21 RSAV als

auch nach § 39a RSAV aus der Phase vor dem Inkrafttreten des GKV-FKG zum 01.04.2020.

Dass dabei die geleisteten Strafaufschläge nicht zur Anrechnung kommen, wenn eine nachträgliche Zuweisungskürzung auf einen geleisteten Korrekturbetrag folgt, ist sachgerecht.

Nicht sachgerecht ist allerdings, dass die Anrechnung geleisteter Strafaufschläge auch unterbleibt, wenn ein Korrekturbetrag (inkl. Strafaufschlag) einem bereits geleisteten Korrekturbetrag (inkl. Strafaufschlag) aus einer anlassbezogenen Prüfung folgt. In einer solchen Konstellation sind – im Falle identischer Risikogruppen – auch die jeweiligem Strafaufschläge miteinander zu verrechnen, da sonst eine Doppeltbestrafung resultieren würde.

Die Möglichkeit der zeitlichen Streckung der Zahlung der Korrekturbeträge muss auch für das Verfahren nach Absatz 8 gelten

Der Fortbestand der Regelung, Korrekturbeträge nach Absatz 5 nach Antrag auf bis zu 24 Monate zu verteilen, ist sachgerecht und wird von der AOK-Gemeinschaft begrüßt. Allerdings fehlt die entsprechende Möglichkeit in den Übergangsregelungen nach Absatz 8, obwohl hier eine nachträgliche Zuweisungskürzung für sieben Berichtsjahre gleichzeitig und kurzfristig bis zum 30.09.2027 zu erfolgen hat. Allein deswegen ist auch hier die Möglichkeit vorzusehen und auf 36 Monate maximaler Verteilung auszuweiten und ergebniswirksam den Haushaltsjahren zuzuordnen. Aufgrund der erheblichen finanziellen Belastungen der Abwicklung für sieben Jahre ist es nicht nur liquiditätswirksam, sondern entfaltet Beitragssatzrelevanz.

C Änderungsvorschlag

Absatz 3 Satz 6 ist wie folgt zu ergänzen:
„*Wurden für dasselbe Berichtsjahr* **und dieselbe Risikogruppe** *bereits ein oder mehrere Korrekturbeträge nach Absatz 5* **oder nach den §§ 39a oder 21 RSAV a. F.** *geltend gemacht, ist eine Anrechnung vorzunehmen.*“

Absatz 4 Satz 6 ist zu streichen:
„~~*Satz 1 bis 5 gelten entsprechend, wenn Erkenntnisse aus einem nach § 273 Absatz 3 in der bis zum … [einsetzen: Tag vor Inkrafttreten des Gesetzes] geltenden Fassung nicht abgeschlossenen Prüfverfahren den Verdacht begründen, dass eine Krankenkasse eine rechtswidrige Datenmeldung abgegeben hat.*~~“

Absatz 5 Satz 2 ist wie folgt zu ergänzen:
„*Die Krankenkasse hat dem Bundesamt für Soziale Sicherung auf dessen* **zumutbares** *Verlangen innerhalb von drei Monaten alle zur Ermittlung des Korrekturbetrages erforderlichen Angaben zu übermitteln.*“

Absatz 5 Satz 8 ist wie folgt zu ergänzen:

„Wurde für dasselbe Berichtsjahr **und dieselbe Risikogruppe** *bereits ein Kürzungsbetrag nach Absatz 3 geltend gemacht, ist eine Anrechnung vorzunehmen.“*

Absatz 5 Satz 9 ist durch folgenden zu ersetzen:
„Für bereits nach diesem Absatz oder nach den §§ 39a oder 21 RSAV a. F. erhobene Strafaufschläge erfolgt die Anrechnung entsprechend.“

Absatz 5 Satz 10 ist wie folgt zu ergänzen:
„Für bereits nach diesem Absatz **oder nach den §§ 39a oder 21 RSAV a. F.** *geltend gemachte Korrekturbeträge gelten die Sätze 8 und 9 entsprechend.“*

Absatz 7 Satz 1 ist wie folgt zu ändern:
„Das Bundesamt für Soziale Sicherung führt die Verfahren und Prüfungen nach den Absätzen 2 bis ***3*** *ab dem Berichtsjahr 2013* ***und nach den Absätzen 4 und 5 ab dem Berichtsjahr 2018*** *durch.“*

Absatz 8 ist wie folgt zu ergänzen:
„Auf Antrag der Krankenkasse kann das Bundesamt für Soziale Sicherung die Verrechnung von Kürzungsbeträgen nach Absatz 3 auf mehrere Ausgleichsmonate verteilen. Dabei müssen die Korrekturbeträge spätestens innerhalb von 36 Monaten nach Beginn der Verrechnung vollständig verrechnet sein. Bei der Verteilung ist für jeden angefangenen Monat ein Zuschlag in Höhe von 0,5 Prozent des rückständigen Betrags zu zahlen. Die Verrechnung von Korrekturbeträgen ist ergebniswirksam den entsprechenden Haushaltsjahren zuzuordnen.“

Nr. 122 § 274 Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelungen präzisieren nach der organisatorischen Trennung von MD Bund vom GKV-Spitzenverband sowie der Medizinischen Dienste die Prüfzuständigkeiten. Der MD Bund wird nun ausdrücklich vom BMG geprüft, die Medizinischen Dienste von den jeweils zuständigen Landesbehörden; außerdem werden Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss nach § 106c in die Zuständigkeitsregelungen einbezogen. Diese Anpassungen sind überwiegend redaktioneller Natur.

Zudem wird die Möglichkeit, prüfungsrelevante Daten elektronisch und in vorgegebenem Format anzufordern, auf weitere Institutionen wie auf die Verbände und Arbeitsgemeinschaften der Krankenkasse, auf die Kassenärztliche Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, auf die Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss nach § 106c sowie MD und MD Bund ausgeweitet. Die prüfende Stelle legt das Datenformat fest; bei Krankenkassen wird dafür weiterhin der GKV-Spitzenverband angehört, da einheitliche elektronische Formate trotz individueller Softwarelösungen notwendig sind. Für andere geprüfte Einrichtungen entfällt die Anhörung, weil dort meist Standardsoftware genutzt wird.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 125 § 284 Sozialdaten bei den Krankenkassen

A Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 1 Satz 1 Nummer 17 wird die Angabe § 127 Absatz 7 durch die Angabe § 127 Absatz 12 bis 14 ersetzt.

B Stellungnahme

Es wird eine Verarbeitungsbefugnis für die Übermittlung von anonymisierten Ergebnissen der Stichprobenprüfungen und durchgeführter Auffälligkeitsprüfungen nach § 127 Abs. 13 (neu) an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 127 Abs. 14 (neu) geschaffen. Es handelt sich um eine Folgeanpassung aufgrund der Neuregelung in Nr. 76.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 126 § 293 Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer

A Beabsichtigte Neuregelung

In § 293 Abs. 7, Satz 12 SGB V wird der Verweis auf das sektorenübergreifende Schiedsgremium bei Nicht-Zustandekommen einer Vereinbarung angepasst.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 127 § 299 Datenverarbeitung für Zwecke der Qualitätssicherung

A Beabsichtigte Neuregelung

Bestehende Richtlinien, Beschlüsse sowie Vereinbarungen nach § 299 Absatz 1 Satz 1 sollen vom GBA bzw. den Vertragsparteien nach § 137d auf Vereinheitlichungen und den Verzicht von Doppelmeldungen sowie die Harmonisierung von Meldezeitpunkten geprüft werden und bis zum 31.12.2029 mit einer Übergangsfrist zur Neuetablierung von Datenströmen angepasst werden. Daten sollen verfahrensübergreifend nur einmal erhoben und übermittelt werden (Once-Only-Prinzip). Die Datenübermittlung der Leistungserbringer soll verfahrensübergreifend an eine zentrale Stelle erfolgen (One-Stop-Shop-Verfahren).

Für die Qualitätssicherung sollen vorrangig Routinedaten genutzt werden und nur ausnahmsweise auf Primärdaten zurückgegriffen werden. Bei Routinedaten handelt es sich um Daten, die bereits für die Versorgung, Abrechnung und Weiterentwicklung der stationären Entgeltsysteme erhoben werden und vorliegen.

B Stellungnahme

Das Ziel der Datensparsamkeit ist grundsätzlich sinnvoll und wird begrüßt. Ebenfalls die anvisierte stärkere Nutzung von Routinedaten. Auch die Form der Datenaufbereitung, die eine semantische und syntaktische Interoperabilität gewährleistet, wird begrüßt, da hier die Möglichkeit geschaffen wird, eine reibungslose Nutzung für die Empfänger zu gewährleisten.

Bei Beibehaltung der aktuellen Verfahrensstrukturen in der Qualitätssicherung führt die Umsetzung allerdings zunächst zu technischen und finanziellen Aufwänden und nicht zwingend zum Bürokratieabbau.

Im Rahmen von Digitalisierung und Ausbau der Telematik kann zukünftig eine Vereinheitlichung bzgl. der Datenlieferung und -annahme sinnvoll sein, jedoch in diesem gesetzten Zeitrahmen ist dies kritisch zu bewerten. Es ist zu berücksichtigen, dass die QS-Verfahren nicht homogen sind und für jedes Verfahren geprüft werden muss, ob mit dem Once-Only-Prinzip sowie dem One-Stop-Shop-Verfahren fachliche und rechtliche Pflichten erfüllt werden können. Die Verantwortlichkeit für die Datenqualität muss klar geregelt sein, da auf dieser Basis auch Leistungsentscheidungen getroffen werden (Unverfälschbarkeit der Daten). Des Weiteren muss sichergestellt sein, dass Krankenkassen notwendige Verwaltungsakte im Rahmen der Qualitätssicherung weiterhin rechtssicher umsetzen können.

C Änderungsvorschlag

(1b) ~~In den~~ **Für die** Richtlinien, Beschlüssen sowie Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 1 ist bis zum 31.12.~~2029~~ **2028** sicherzustellen, dass Daten nach dem Stand der Technik aufwandsarm in semantisch und syntaktisch interoperabler Form bereitgestellt und verarbeitet werden **können mit dem Ziel, dass Daten für die Zwecke der Qualitätssicherung nur einmal erhoben und übermittelt werden müssen und von**

allen Empfängern verarbeitet werden können. Dabei ist die Umsetzung rechtssicherer Verwaltungsverfahren sicherzustellen. ~~und~~

~~1. die in Absatz 1 Satz 1 und Absatz 1a Satz 1 genannten Daten nur einmal für Zwecke der Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2, § 135b Absatz 2 oder § 137a Absatz 3 erhoben und übermittelt werden und von allen Empfängern nach Absatz 1 Satz 2 und Absatz 1a Satz 2 für Zwecke der Qualitätssicherung verarbeitet werden können und~~

~~2. die Datenübermittlung nach Nummer 1 vorrangig mit Daten nach Absatz 1a und mit nach § 21 Absatz 3a des Krankenhausentgeltgesetzes angeforderten und übermittelten Daten sowie ausschließlich an eine in den Richtlinien, Beschlüssen oder Vereinbarungen benannte verfahrensübergreifende zentrale Stelle erfolgt; dies kann auch die unabhängige Stelle nach Absatz 3 sein; Absatz 3 Satz 3 gilt entsprechend.“~~

Nr. 128 § 301 Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Zur Vereinfachung der Abrechnung eines Krankenhauses ist im Falle eines Voraufenthalts in einem anderen Krankenhaus von der Krankenkasse dem zweitaufnehmenden Krankenhaus eine Datensatz zu übermitteln, der für die Erstellung der Abrechnung des zweiten Krankenhauses wesentliche Informationen erhält. Ziel ist es, die schnellere Berechnung von etwaig fälligen Verlegungsabschlägen zu vereinfachen.

B Stellungnahme

Buchstabe a

Die Regelung ist in dieser Form nur bedingt sachgerecht. Dies liegt insbesondere an der Tatsache, dass das erstbehandelnde Krankenhaus die für die Abrechnung notwendigen Daten (Zeitraum der Behandlung, abgerechnete Fallpauschale etc.) erst Tage, nicht selten Wochen, nach Behandlungsende übermittelt. Damit die vorgeschlagene Regelung ihre intendierte Wirkung erzielen kann, müssen Krankenhäuser verpflichtet werden, zumindest das Entlassdatum zeitnah zu übermitteln.

Damit ginge auch ein positiver versichertenbezogener Nebeneffekt einher dahingehend, dass pflegebedürftigen Versicherten im Pflegegeldbezug die Zahlung des Pflegegelds wegen bestehender gesetzlicher Regelungen nicht unterbrochen würde (siehe § 34 Absatz 3 Nummer 4 SGB XI - Ruhen der Leistungsansprüche bei vollstationärem Krankenhausaufenthalt). Dies ist immer dann der Fall, wenn sich die Abrechnung der Krankenhausbehandlung z. B. aufgrund der Komplexität oder personellen Engpässen im Krankenhaus erheblich verzögert. Die Krankenkassen erfahren in diesen Fällen erst aufgrund von Nachfragen der Angehörigen oder der Pflegebedürftigen selbst nach der ausgesetzten Pflegegeldzahlung, dass die Krankenhausbehandlung schon seit geraumer Zeit beendet ist. Aber auch mit Blick auf die ab 2028 geltende erweiterte Fallzusammenführung nach § 8 Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 Krankenhausentgeltgesetz ist der untenstehende Änderungsvorschlag zwingend umzusetzen.

Damit Krankenhäuser motiviert werden, die für besonders vulnerable Versicherte sinnvolle und für die schnelle und unkomplizierte korrekte Abrechnung von Verlegungsabschlägen sowie die ab 2028 krankenhausübergreifenden Fallzusammenführungen notwendige Datenübermittlung auch vorzunehmen, ist ein Abschlag im Falle des Nichtbefolgens in Höhe von 50 Euro festzulegen.

Es ist zudem zu berücksichtigen, dass die Krankenkasse dem zweitaufnehmenden Krankenhaus die Daten nur übermitteln kann, wenn ihr diese durch das erste Krankenhaus auch übermittelt wurden.

Buchstabe b

Es handelt sich um eine Folgeänderung im Zuge der Erweiterung um den Absatz 3b (neu).

C Änderungsvorschlag

Buchstabe a

Nach den Worten „Krankenkassen haben“ in Satz 1 wird durch Kommata abgegrenzt „sofern ihnen vorliegend“ eingeschoben.

Dem bestehenden Regelungsvorschlag von § 301 Absatz 2b SGB V werden folgende Sätze vorangestellt. Die jetzigen Sätze 1 und 2 verschieben sich entsprechend nach hinten.

„Nach § 108 zugelassene Krankenhäuser haben der Krankenkasse innerhalb von drei Tagen auf dem Wege der elektronischen Datenübertragung den Tag der Entlassung eines Patienten oder Patientin an die Krankenkasse zu übermitteln. Im Falle einer späteren als in Satz 1 erfolgten Übermittlung, hat das Krankenhaus einen Abschlag auf seine Abrechnung des Behandlungsfalls in Höhe von 50 Euro zu berechnen.“

Buchstabe b

Keiner.

Nr. 129 § 302 Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu a) Mit der Neufassung des § 302 Absatz 1 SGB V werden die elektronischen Abrechnungsvorgaben an die erweiterten Empfehlungs- und Verordnungskompetenzen von Pflegefachpersonen angepasst. Bei entsprechenden Leistungen sind künftig neben der Empfehlung oder Verordnung und den erforderlichen Befundangaben auch die Beschäftigtennummer der Pflegefachperson zu übermitteln.

Für die Hilfsmittelversorgung wird klargestellt, dass bei Versorgungen mit Mehrkosten neben deren Höhe künftig auch der konkrete Mehrnutzen oder die Merkmale der mehrkostenverursachenden Versorgung im Vergleich zu einer geeigneten mehrkostenfreien Versorgung angegeben werden müssen.

Zu b) Der Veröffentlichungstermin des jährlichen Mehrkostenberichts wird auf den 31. August verschoben. Dadurch soll der Bericht auf eine vollständigere und belastbarere Datengrundlage gestellt werden.

Der Mehrkostenbericht soll künftig auch die nach § 302 Absatz 1 SGB V erhobenen Daten über die Angaben zum Mehrnutzen oder zu den Merkmalen der mehrkostenverursachenden Versorgung widerspiegeln.

B Stellungnahme

Zu a) Die Änderung des § 302 Absatz 1 SGB V wird begrüßt. Die verpflichtende Übermittlung der Beschäftigtennummer der Pflegefachperson ermöglicht eine eindeutige Zuordnung und Prüfung der abgerechneten Leistungen.

Unterstützt wird zudem die ergänzte Vorgabe, bei Hilfsmittelversorgungen mit Mehrkosten neben deren Höhe künftig auch den konkreten Mehrnutzen oder die Merkmale der mehrkostenverursachenden Versorgung im Vergleich zu einer geeigneten mehrkostenfreien Versorgung in der Abrechnung anzugeben.

Zu b) Die vorgesehene Weiterentwicklung des Mehrkostenberichts verbessert grundsätzlich die Transparenz über das Entstehen von Mehrkosten in der Hilfsmittelversorgung, wobei die Limitierung der im Rahmen des DTA-Verfahrens übermittlungsfähigen Attribute zu beachten ist.

C Änderungsvorschlag

Zu a) Keiner

Zu b) Keiner

Nr. 130 § 305 Auskünfte an Versicherte

A Beabsichtigte Neuregelung

Redaktionelle Änderung des § 305 Absatz 3 SGB V in Folge der Neufassung des § 127 SGB V.

B Stellungnahme

Die Änderung ist folgerichtig.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 131 § 334 Anwendungen der Telematikinfrastruktur

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung soll künftig die Telematikinfrastruktur für den Datenaustausch zur gesetzlichen Qualitätssicherung genutzt werden. Bisher wird eine separate Infrastruktur genutzt. Damit sollen Doppelstrukturen abgebaut und Aufwände für Leistungserbringer reduziert werden.

B Stellungnahme

Die Neuregelung ist nachvollziehbar und wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 132 § 346 Unterstützung bei der elektronischen Patientenakte

A Beabsichtigte Neuregelung

Folgeänderung zur Einführung der Schiedsstelle gem. §71d.

B Stellungnahme

Kein Kommentierungsbedarf

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 133 § 371 Integration offener und standardisierter Schnittstellen in informationstechnische Systeme

A Beabsichtigte Neuregelung

zu a und b.) Es handelt sich um eine Anpassung der Schnittstellen in den PVS der Leistungserbringer. Es soll konkret nach § 371 Absatz 1 die Nummer 2 des SGB V gestrichen werden. Danach handelt es sich um eine Schnittstelle für elektronische Programme, die nach § 73 Absatz 9 Satz 1 SGB V für die Verordnung von Arzneimitteln zugelassen sind. Aus Sicht des RefE habe diese Schnittstelle keinen relevanten Markt für externe Verordnungssoftware geschaffen und würde künftig kaum wettbewerbliche Relevanz entfalten. Die Streichung dieses Paragraphen würde hingegen erhebliche Aufwände bei den Herstellern von informationstechnischen Systemen einsparen. Gleichzeitig werden die Zertifizierungsstellen der gematik und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung durch Wegfall der Zertifizierungspflicht entlastet. Die Nutzung auf freiwilliger Basis wird weiterhin möglich sein.

B Stellungnahme

zu a und b.) Offensichtlich handelt es sich nach der aktuellen Begründung um eine Norm und eine Schnittstelle, über die auch Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, Schnittstellen für elektronische Programme zu nutzen, die nach § 73 Absatz 9 Satz 1 für die Verordnung von Arzneimitteln, gelten. Da über solche Schnittstellen auch entsprechende regionale oder krankenkassenindividuelle Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Ärzten abgebildet werden können, lehnt der AOK-Bundesverband die Streichung der Schnittstelle ab. Informationen, die über eine solche Schnittstelle in der Praxisverwaltungssoftware der Ärzte abgebildet werden können, können dazu beitragen, den Ärzten eine wirtschaftliche Verordnungsweise so einfach wie möglich zu machen. Die Streichung der Schnittstelle würde den Krankenkassen eine individuelle Gestaltungsmöglichkeit nehmen, was abzulehnen ist.

C Änderungsvorschlag

zu a. und b.) Streichung.

Nr. 134 § 377 Finanzierung der den Krankenhäusern entstehenden Ausstattungs- und Betriebskosten

A Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund der Anpassung des § 18 a und b KHG wird der Verweis redaktionell angepasst und der Name „Bundeskrankenhausschiedsstelle“ übernommen.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine rein redaktionelle Änderung. Eine Bewertung der Anpassung des Schiedswesens im Krankenhaus erfolgt unter Artikel 3 Nr. 7.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 135 § 385 Bedarfsidentifizierung und -priorisierung, Spezifikation, Entwicklung und Festlegung von Standards; Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Anpassung der Berichtspflicht für PVS-Hersteller.

B Stellungnahme

Kein Kommentierungsbedarf

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 136 § 390 IT-Sicherheit in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Es geht um die IT-Sicherheitsrichtlinie für die kassenärztlichen Vereinigungen

B Stellungnahme

Kein Kommentierungsbedarf

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 137 § 394a (neu) Zukunftsfonds für digitale Transformation und IT-Sicherheit in der Gesundheitsversorgung

Nr. 138 § 394b (neu) Zukunftsfonds, Durchführung der Förderung im Rahmen der digitalen Transformation

A Beabsichtigte Neuregelung

§§ 394a und 394b sollen ein neues, auf Dauer angelegtes Förderinstrument zur digitalen Transformation und IT-Sicherheit im Gesundheitswesen schaffen. Kennzeichnend sind bei dieser Konstruktion

- die Finanzierung des eigenständigen Fondsvermögens allein aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds,
- die Ermächtigung einer kontoführenden Stelle (voraussichtlich die Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW)) zur administrativen Verwaltung und Auszahlung der Mittel,
- die strategische und inhaltliche Steuerung durch das BMG (z. B. durch sog. Rahmenvorgaben und Festlegung von Förderschwerpunkten), welches sich hierzu unterstützend eines noch vom BMG zu beauftragenden sog. Förderträgers bedienen kann,
- eine minimal-partizipative Beteiligung der gemeinsamen Selbstverwaltung über den GKV-SV und die KBV sowie
- die Übertragung der konkreten Förderentscheidungen auf ein sog. Digital Health Council, in dem - neben dem GKV-SV und der KBV - das BMG (unmittelbar und in Form der Mehrheitsbeteiligung an der gematik) sowie die Gesundheitsindustrie vertreten sind. Die Geschäfts- und Verfahrensordnung bedarf der Genehmigung des BMG.

Aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung sind insbesondere drei Aspekte hervorzuheben:

1. Finanzierung aus GKV-Mitteln: Der Fonds wird jährlich mit 25 Millionen Euro allein aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert. Die Begründung rechtfertigt dies mit erwarteten positiven Auswirkungen auf Wirtschaftlichkeit, Leistungsfähigkeit und Versorgungsqualität der GKV.

2. Finanzierung ministerieller Aufgaben des BMG: Aus den GKV-finanzierten Fondsmitteln werden ausdrücklich auch die Personal- und Sachkosten des BMG getragen. Der Entwurf veranschlagt hierfür jährlich rund 374.000 Euro. Daneben werden aus dem Zukunftsfonds auch die Aufwendungen der kontoführenden Stelle sowie die mit der Beauftragung des Förderträgers verbundenen Kosten erstattet. Folglich wird eine originär ministerielle Steuerungstätigkeit unmittelbar aus Mitteln des Gesundheitsfonds finanziert.

3. Verteilung der Entscheidungsbefugnisse: Während das BMG die strategischen Fördervorgaben festlegt und wesentliche Genehmigungs- und Steuerungsbefugnisse erhält, entscheidet der Digital Health Council unter Vorsitz des GKV-Spitzenverbandes über die konkreten Fördervorhaben. Die operative Abwicklung erfolgt durch einen Förderträger und eine kontoführende Stelle.

B Stellungnahme

Der Aufbau einer weiteren Förderstruktur wird abgelehnt. Zusätzliche Strukturen stehen im Widerspruch zum adressierten Bürokratierückbau. Der Fonds schafft weitere Gremien, Vorschriften, Richtlinien usw. und erzeugt zusätzliche administrative Aufgaben in den beteiligten Verwaltungen. Zudem wird die Verfügungshoheit über Beitragsmittel weg von den Krankenkassen hin zu einem "Digital Health Council" verlagert.

Auch die Förderzwecke werden kritisch gesehen: Die Förderung von Produktentwicklungen auf Anwendungsebene ersetzt privatwirtschaftlich zu leistende Investitionen und bürdet den Beitragszahlenden die Kosten hierfür auf. Die Anforderungen an die Infrastrukturebene und die IT-Sicherheit sind bereits gesetzlich geregelt und werden durch die Spezifikationen der gematik operationalisiert. Mit den Testregionen und dem Kompetenzzentrum für Interoperabilität wurden Möglichkeiten geschaffen, die genau auf eine schnellere und interoperable Weiterentwicklung der TI-Anwendungen und -Dienste abzielen. Die Förderung greift zudem in Bereiche ein, für die es bereits Finanzierungsregelungen gibt oder vorgesehen sind, wie zum Beispiel die digitale Bedarfseinschätzung im Rahmen des GeDIG.
Zudem besteht die Gefahr eines fördermittelinduzierten Investitionsverhaltens: in Erwartung einer möglichen Förderung werden Vorhaben nicht oder erst zeitverzögert realisiert. Auch sind Mitnahmeeffekte von Vorhaben zu befürchten, die auch ohne Förderung durchgeführt worden wären.

Der Zukunftsfonds weist in seiner angestrebten Zwecksetzung eine deutliche Nähe zu allgemeinen staatlichen (Förder-)Aufgaben auf. Die Regelungen der §§ 394a und 394b verfolgen mit der Förderung der digitalen Transformation zwar ein grundsätzlich legitimes Ziel, das zumindest teilweise auch den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zugeordnet werden kann und deren Wahrnehmung unterstützt. Die verfassungsrechtliche Zulässigkeit dieses Ziels rechtfertigt jedoch nicht jede Form seiner Finanzierung aus Mitteln der GKV und der organisatorischen Umsetzung außerhalb der bestehenden Selbstverwaltungsstrukturen. Das Bundessozialgericht (BSG) hat in seinem Urteil vom 18. Mai 2021 in Sachen BzgA-Finanzierung (Az.: B 1 A 2/20 R) deutlich gemacht, dass der Gesetzgeber bei der Ausgestaltung der Sozialversicherung zwar über einen weiten Gestaltungsspielraum verfügt, zugleich aber die verfassungsrechtlichen Grenzen der Verwendung von Beitragsmitteln bzw. die Anforderungen an die organisatorische Eigenständigkeit der Sozialversicherung beachten muss.

Erforderlich ist laut BSG

> *„eine organisatorische und finanzielle Selbstständigkeit der Träger der Sozialversicherung im Sinne einer Verwaltungs- und Ertragskompetenz“* (vgl. Urteil des BSG, Rn.52).

Die Neuregelungen in §§ 394a und 394b berücksichtigen diese Grenzen eindeutig nicht.

Besonders kritisch ist die Finanzierung der ministeriellen Aufgabenwahrnehmung des BMG sowie der vom BMG beauftragten Dritten (KfW und Förderträger). Hier besteht eine unmittelbare sachliche Nähe zu den vom BSG entwickelten Grundsätzen über die unzulässige Verwendung von Sozialversicherungsbeiträgen zur Finanzierung unmittelbarer staatlicher Aufgaben.

Die übrigen Regelungen weisen ebenfalls erhebliche verfassungsrechtliche Risiken auf, die sich vor allem aus der weitreichenden ministeriellen Steuerung, der unzureichend partizipativ abgesicherten Entscheidungsverantwortung der Sozialversicherung sowie der Nähe der angestrebten Zwecksetzung zu allgemeinen staatlichen (Förder-) Aufgaben ergeben.

Dabei ist zwar zu berücksichtigen, dass Art. 87 Abs. 2 GG in organisatorischer Hinsicht keine uneingeschränkte Selbstverwaltungsgarantie begründet. Der Gesetzgeber darf die Organisation und Aufgabenwahrnehmung der Sozialversicherung weitreichend gestalten. Er darf jedoch die verfassungsrechtlich erforderliche organisatorische und finanzielle Eigenständigkeit nicht dadurch aushöhlen, dass er GKV-Beitragsmittel einem im Wesentlichen staatlich gesteuerten Fördermechanismus unterstellt.

C Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Regelung wird gestrichen.

Nr. 138 § 412 (neu) Ende der freiwilligen Mitgliedschaft für Anspruchsberechtigte nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes

A Beabsichtigte Neuregelung

Folgeregelung zur Präzisierung des Begriffs des anderweitigen Absicherungsanspruchs im Krankheitsfall bei Anspruch auf Leistungen gemäß § 4 AsylbLG. Die seit dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 10. März 2022 eingetretenen Versicherungsverhältnisse sollen – sofern ein Anspruch auf Leistungen nach § 4 AsylbLG bestand oder besteht – zum Tag des Inkrafttretens dieses Gesetzes beendet werden. Die aufgelaufenen Beitragsrückstände sollen erlassen werden.

B Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt. Die Krankenkassen und so auch die AOK-Gemeinschaft haben stets gefordert, dass Leistungsansprüche nach dem AsylbLG eine vorrangige Absicherung im Krankheitsfall darstellen müssen. Die betroffenen Personen sind finanziell nicht in der Lage, Krankenversicherungsbeiträge zu entrichten und die Leistungsträger unterliegen keiner verpflichtenden Rechtsgrundlage zur Beitragszahlung. Die seit Jahren angefallenen Beitragsrückstände werden erlassen.

Zur Beendigung der Versicherungsverhältnisse ist eine Informationsverpflichtung der Leistungsträger an die Krankenkasse erforderlich und den Leistungsträgern aufzuerlegen.

C Änderungsvorschlag

Die Neuregelung wird um folgenden Satz 2 ergänzt:

„Die Leistungsträger nach dem AsylbLG melden die nach § 4 AsylbLG Anspruchsberechtigten den Krankenkassen zur Prüfung der Beendigung der Versicherungsverhältnisse."

Artikel 2 Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1 § 71 Beitragssatzstabilität, besondere Aufsichtsmittel

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung wird vorgesehen, dass auch nicht durch das BAS zugelassene Programme künftig nicht an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität gebunden sind.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeregelung im Zuge des vermeintlichen Bürokratierückbau und dem Verzicht auf die bislang erforderliche Zulassung der DMP durch das BAS aufgrund von Nr. 5 a (Artikel 2).

Die vorgesehene Änderung ist bezogen auf den Verzicht einer Zulassung als Folgeänderung formal verständlich, aber inhaltlich nicht ausreichend. Die Festlegung eines Ausnahmetatbestands für die Anforderung der Beitragssatzstabilität bzgl. der bisherigen DMP war begründet, da die Verträge aufgrund der gesetzlichen Vorgaben (G-BA, RSAV etc.) per se als effizient einzustufen sind und daher keiner Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen.

Die vorgesehene beschleunigte Angebotsverpflichtung bei ggf. fehlenden Strukturvoraussetzungen und drohenden Schiedsverfahren rechtfertigt nicht, auch künftig für DMP eine Ausnahme vom Grundsatz der Beitragsstabilität zu machen. Die mit der Einführung des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes (BStabG) verfolgte Linie einer grundlegenden Konsolidierung der GKV-Ausgaben sollte mit Beibehaltung der Angebots- und Vertragspflicht auch auf DMP angewendet werden.

C Änderungsvorschlag

§ 71 Absatz 1 Satz 2 wird bei Streichung von § 137g (bisherige Fassung) gemäß Nr. 4 wie folgt geändert:

„Ausgabensteigerungen auf Grund von gesetzlich vorgeschriebenen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen ~~oder für zusätzliche Leistungen, die im Rahmen zugelassener strukturierter Behandlungsprogramme (§ 137g) auf Grund der Anforderungen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f oder der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1 erbracht werden,~~ verletzen nicht den Grundsatz der Beitragssatzstabilität."

Nr. 2 § 73b Hausarztzentrierte Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

In § 73b Absatz 5 Satz 6 werden die Wörter „Zugelassene strukturierte“ durch das Wort „Strukturierte“ ersetzt und wird die Angabe „§§ 137f und 137g“ durch die Angabe „§ 137f“ ersetzt.

B Stellungnahme

Es handelt sich hier um eine Folgeänderung aufgrund des Art. 2 Nr. 3 u. 4 mit Wegfall des Zulassungsverfahrens durch das Bundesamt für Soziale Sicherung gemäß § 137g bisherige Fassung, die mit Verweis auf die Stellungnahme zu Artikel 2 Nummer 3 u. 4 abgelehnt wird.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Nr. 3 § 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

A Beabsichtigte Neuregelung

a) Ab 01.01.2028 sollen die über den § 137f geregelten Anforderungen für die Ausgestaltung der DMP teilweise neu formuliert werden. Konkret soll der G-BA neue bzw. ergänzende Anforderungen definieren zu:

- Patienteninformationen anstelle von Schulungen, sofern keine als wirksam evaluierten Schulungsprogramme vorliegen
- Dokumentationszeiträumen und -intervallen

b) Es wird klargestellt, dass der G-BA die Anforderungen an Schulungen auf der Grundlage der besten, verfügbaren Evidenz und unter Berücksichtigung der Versorgungsrealität definiert, wobei sie auch unter Verwendung digitaler Anwendungen oder telemedizinisch erfolgen können. Die Schulungsanforderungen sind so auszugestalten, dass durch sie die Durchführung der DMP nicht verhindert wird. Bei fehlender Bedarfsgerechtigkeit oder fehlender Evaluation von Schulungen können sie entfallen und alternativ durch Patienteninformationen nach Maßgabe des G-BA ersetzt werden.

c) Es wird für Krankenkassen insbesondere eine „Angebotspflicht" für ihre Versicherten eingeführt, jeweils spätestens ein Jahr nach Inkrafttreten der Anforderungen. Für DMP, deren Anforderungen am 01.01.2028 bereits in Kraft sind, beginnt die Frist an diesem Tag. Über das Angebot sind insbesondere die Versicherten durch ihre Kasse regelmäßig und detailliert zu Informieren.

d) Die Krankenkasse hat im Rahmen der Einschreibung die Versicherten über die Programminhalte, die Datenverarbeitung, die sektorübergreifende Aufgabenteilung, die Widerrufmöglichkeiten und Mitwirkungspflichten zu informieren und eine Empfangsbestätigung einzuholen. Das Verfahren der Einschreibung der Versicherten in ein DMP einschließlich der Dauer ihrer Teilnahme soll nicht mehr wie bisher in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung, sondern auf wenige Anforderungen reduziert im SGB V geregelt werden. Die Erfordernisse der ärztlichen Diagnosesicherung, die Voraussetzungen der Teilnahmebeendigung sowie der Umgang mit Unterbrechungszeiten der Kassenzugehörigkeit sollen mit dem Transfer ins SGB V entfallen. (s. Art. 16 Nr. 3)

e) Anstelle des BAS tritt der GKV-SV in die Rolle des Auftraggebers für die externe Evaluation der DMP.

f) Zur flächendeckenden Sicherstellung des Angebots greift eine „Vertragspflicht" der Kassen gemeinsam und einheitlich und mit den Kassenärztlichen Vereinigungen. Die bisherigen vom dem 01.01.2028 abgeschlossenen Verträge, egal ob sie selektiv oder kollektiv geschlossen sind, werden durch die neuen Verträge spätestens nach ihrer Kündigung abgelöst. Die bisherigen Selektivverträge haben somit Bestandsschutz, bis sie durch neue Verträge abgelöst werden.

Die flächendeckende Sicherstellung im Zuge einheitlicher und gemeinsamer Verträge geht einher mit einer Schiedsregelung. Darüber hinaus soll die vertragliche Einbindung der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen -ggf. auch überregional und per Beitritt zu einem Vertrag mit Trägervereinigungen – vereinfacht werden.

Ergänzend wird die „Angebotspflicht" der Kassen gegenüber ihren Versicherten mit einer „Informationspflicht" verknüpft. Vierteljährlich sind die Internetauftritte um Informationen über angebotene DMP und die teilnehmenden Leistungserbringer zu aktualisieren.

g) Folgeänderung durch eingefügte Sätze in § 137f Abs. 3 SGB V.

h) Die Frist zur Anpassung der Programme von 12 Monaten nach Inkrafttreten der Beschlüsse des G-BA wird hier in Absatz 10 neu verortet, weil sie nicht mehr Zulassungsvoraussetzung ist, aber als Anforderung zur Aktualisierung grundsätzlich erhalten bleibt und dem Schiedsverfahren unterliegt.

B Stellungnahme

a) u. b) Dass die Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme durch den G-BA neu zu fassen sind, ist insbesondere in Bezug auf das Thema Patienteninformation als Alternative zu evaluierten Schulungsprogrammen vom Grundsatz her abzulehnen. Die damit intendierte Förderung und Beschleunigung der DMP geht damit ganz klar zu Lasten der Qualität der Programme. Evidenzgeprüfte Schulungen stellen in DMP den zentralen Baustein und damit größten Mehrwert im Vergleich zur Regelversorgung dar und sollten nicht auf Patienteninformationen dauerhaft reduziert werden. Daher bedarf es aus Sicht der AOK einer ergänzenden Klarstellung. Festlegungen zu Patienteninformationen durch den G-BA als Ersatz für fehlende Schulungen sollten auf studienbasierten Informationen aufbauen und nur als befristete Übergangslösung eingesetzt werden können. Die bereits von den Kassen für ihre Versicherten angebotenen und auf Studienergebnissen basierenden Informationsmedien sollten hierfür zum Einsatz kommen können. Die vorgesehene telemedizinische Durchführung der Schulungen und unter Verwendung digitaler Anwendungen ist schon jetzt auf Grundlage der G-BA-Beschlüsse zu § 4 DMP-A-RL und § 137f Absatz 8 möglich, soweit medizinisch sinnvoll und bedarfsgerecht und muss nicht gesetzlich geregelt werden.

c) u. f) Die „Angebots- und Vertragspflicht" für die Krankenkassen, die die bisherige freiwillige Umsetzung ablösen sollen, wird abgelehnt. Im Sinne einer zukunftsorientierten Versorgungsgestaltung sind aus der Sicht der AOK einheitlich gemeinsame Verträge zwischen Kassen und den kassenärztlichen Vereinigungen erfahrungsgemäß das falsche Instrument. Es liegt in der Natur der Sache, das kollektivvertragliche Gesamtverträge stets nur den kleinsten gemeinsamen Nenner erzwingen werden. Der Verzicht auf selektivvertragliche und wettbewerblich ausgerichtete DMP-Modelle

(z.B. in den Regionen Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt) gefährdet regional etablierte Strukturen sowie besondere Betreuungs- und Qualitätskonzepte und verhindert Möglichkeiten einer Effizienzsteigerung.

Die Erleichterung der Einbindung von Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen im DMP adressiert zwar das Problem, dass diese Leistungserbringer aufgrund fehlender über die Regelversorgung hinausgehender Aufgaben keinen Anreiz haben, am DMP teilzunehmen, die Regelung behebt jedoch nicht diese Misere. Hilfreicher Bürokratierückbau wäre, auf die formale vertragliche Einbindung zu verzichten . Für die Krankenhäuser gilt ohnehin der überregionale Kontrahierungszwang und die Erbringung der Leistungen im Rahmen der Regelversorgung, womit eine sektorenübergreifende Versorgung im DMP bereits sichergestellt ist. Hier würde eine gesetzliche Verpflichtung der stationären Einrichtungen zur Beachtung der DMP-Anforderungs-Richtlinie ausreichen.

Die Vertragspflicht der Krankenkassen und die vorgesehene Schiedsregelung im Konfliktfall (analog zum Negativbeispiel HzV, d.h. Festlegung durch Schiedsperson anstelle Schiedsverfahren/regionale Schiedsstelle) wird aus Sicht der AOK die breite Akzeptanz der Programme auf Seiten der Kassen sowie der Leistungserbringer beeinträchtigen. Auch wird der Grundsatz der Beitragssatzstabilität und die Grundrichtung des BStabG ausgehöhlt. Denn die Verpflichtung der Kassen, alle DMP umzusetzen, und der im Zuge der gesetzlichen Umsetzungsfrist gemachte Zeitdruck bilden ein großes Einfallstor für überhöhte Vergütungsforderungen. Zudem unterliegen die Leistungserbringer nicht der Verpflichtung, am DMP teilnehmen, was ein flächendeckendes und bedarfsgerechtes Angebot an DMP per se verhindert bzw. erst über erhöhte finanzielle Anreize mobilisiert werden kann.

Die bundesweite Umsetzung aller neuen DMP würde nach unseren Berechnungen ungefähr zu einer Verdopplung der Teilnahmen am DMP (derzeit über 9,4 Mio. GKV) führen. Bei regional fehlenden Strukturvoraussetzungen werden die Vertragspartner vor unlösbare Schwierigkeiten gestellt, wenn Verträge erzwungen werden. Die Arztpraxen sind bereits jetzt mehrheitlich überfordert, ausreichend Kapazitäten für DMP bereitzustellen – zulasten des eigentlichen Sicherstellungsauftrags. Hinzukommt der steigende Fachkräftemangel, altersbedingte Fluktuation des Personals und Schließung von Praxen. Erzwungene DMP können aus Ressourcenknappheit nicht flächendeckend umgesetzt werden, laufen damit ins Leere und verstärken regionale Disparitäten. Die Umsetzungsfrist von einem Jahr ab 2028 für 7 neue DMP - und das neben der routinemäßigen Anpassung der Bestands-DMP - führt zu einer extremen Konzentration der notwendigen Abschlüsse und Implementierungsprozesse, die unweigerlich zu einem Kollaps führen wird. Sollte diese Regelung kommen, bedarf es zumindest eines zeitlich abgestuften Verfahrens von mindesten mehreren Jahren zur Entzerrung des Umsetzungsprozederes.

d) Der Verzicht auf die bisherigen Anforderungen an die Einschreibung oder die Teilnahmebeendigung im DMP wird abgelehnt. Die bislang erforderliche schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose ist entscheidend, damit die Anspruchsvoraussetzungen der Versicherten auf Betreuungsleistungen im DMP ärztlich legitimiert sind. Auf diese Bestätigung kann nicht verzichtet werden, um medizinisch nicht sachgerechte Teilnahmen zu verhindern. Das nun aber Ausschreibungstatbestände und deren Überprüfung durch die Kassen wegfallen sollen, führt den Anspruch an eine erfolgreiche Programmteilnahme ad absurdum. Die DMP-Teilnahme wird somit beliebig und ist nicht an Mitwirkungspflichten seitens der Teilnehmenden oder überprüfbare Prozesse (regelmäßige Wiedervorstellung) geknüpft. Ohne klare Bedingungen ist eine massive Ausweitung der Teilnahmen zu befürchten. Zudem verunsichern sie alle Beteiligten bzgl. der Frage, wann eine Teilnahme keinen Nutzen mehr bringt.

Als weitere Vorgabe für die Einschreibung in die Programme sollte die elektronische Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten im DMP auf Basis einer bundesweit gültigen Vereinbarung geregelt werden. Als Blaupause sollte die Regelung zu einem elektronischen Antrags- und Gutachterverfahren für genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen (siehe Nr. 44 § 87 SGB V) herangezogen werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen sollten im Bundesmantelvertrag für Ärzte bis zum 31. Dezember 2027 das Nähere hierzu regeln.

e) Die Verschiebung der Beauftragung des Evaluators vom BAS auf den GKV-SV ist eine Folgeänderung aufgrund des Wegfalls der Zulassung durch das BAS. Dass der Gesetzgeber in diesem Zusammenhang kleinteilig zu regeln beabsichtigt, Karteileichen aus der gesetzlichen Evaluation zu entfernen, schönt die Bilanz der Programme unnötig.

g) Die Folgeänderung ergibt sich durch eingefügte Sätze in Abs. 3. Unabhängig von den hier geplanten Änderungen weisen wir darauf hin, dass die mit dem HiB geplante Angebotsverpflichtung besondere Probleme hervorruft, wenn nach Inkrafttreten des DMP Diabetes mellitus Typ 1 und 2 mit digitalen Versorgungsprozessen (dDMP) bei fehlenden Strukturvoraussetzungen auch hierfür eine Angebotspflicht entsteht und kaum umsetzbare oder äußert unwirtschaftliche Verträge im Schiedsverfahren erzwungen werden. Auf eine Regelung zur Beauftragung des G-BA zur Erarbeitung eines dDMP sollte grundsätzlich verzichtet werden (s. unsere Stellungnahme zum GeDIG).

h) Die Verortung der Frist zur Anpassung der Programme ist eine Folgeänderung aufgrund des Wegfalls des Zulassungsverfahrens beim BAS. Die Beibehaltung der Anpassungsfrist ist grundsätzlich sinnvoll, um die Umsetzung der G-BA-Beschlüsse und damit Aktualität der Versorgungsinhalte im DMP zu gewährleisten.

Alles in allem sollte auf die einheitlich und gemeinsam zu gestaltenden „Zwangs-DMP“ verzichtet werden. Aus Sicht der AOK sollten DMP weitestgehend in der bestehenden Form und Qualität fortgeführt werden. Es ist nicht akzeptabel, dass die sich mit diesen Regelungsvorschlägen ergebenden bürokratischen Folgewirkungen auf der vertraglichen Ebene völlig unterschätzt und Qualitätsverlust in der Versorgung chronisch Erkrankter billigend in Kauf genommen werden.

Das Ziel, alle vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen DMP verbindlich flächendeckend umzusetzen, kommt einer Überführung in die Regelversorgung gleich. Wenn das so gewollt ist, wäre ein Vorschlag der AOK-Gemeinschaft, DMP stattdessen – im Zuge der Primärversorgungsreform - in den hausärztlichen Versorgungsauftrag aufzunehmen und die DMP-spezifischen Leistungen in den EBM zu überführen. In der Praxis führt diese Alternative schneller und unbürokratischer zum Ziel als die vorgesehene Vertragspflicht in Verbindung mit neu aufzubauenden Schiedsstrukturen und zu erwartenden Schiedsverfahren.

C Änderungsvorschlag

a) u. b) Streichung der vorgesehenen Regelung.

Sollte der Streichung nicht gefolgt werden, wird im (neuen) § 137f Abs. 2a Satz 3 folgende Ergänzung vorgeschlagen: „Sofern für die jeweilige chronische Krankheit die Durchführung von Schulungen nicht angezeigt ist oder keine hinreichend evaluierten Schulungen vorliegen, regelt der Gemeinsame Bundesausschuss stattdessen Anforderungen an Patienteninformationen***, wobei deren Inhalte auf studienbasierten Informationen aufbauen müssen und nur als befristete Übergangslösung eingesetzt werden können.“***

c) u. f) Streichung der vorgesehenen Regelung.

§ 137f Abs. 3 wird nach Satz 1 (alte Fassung) wie folgt gefasst:

„(3) … Voraussetzung für die Einschreibung ist die nach umfassender Information durch die Krankenkasse erteilte ~~**schriftliche oder**~~ elektronische Einwilligung zur Teilnahme an dem Programm, zur Verarbeitung der in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 2 festgelegten Daten durch die Krankenkasse, die Sachverständigen nach Absatz 4 und die beteiligten Leistungserbringer sowie zur Übermittlung dieser Daten an die Krankenkasse. Die Einwilligung kann widerrufen werden. ***Das Verfahren zur elektronischen Einwilligung ist durch die Vertragspartner der Bundesmantelverträge gemäß § 82 Abs. 1 SGB V bis zum 31.12.2027 zu vereinbaren. Zur Durchführung des elektronischen Teilnahme- und Einwilligungsverfahren sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und die jeweilige Krankenkasse befugt, die hierfür erforderlichen versichertenbezogenen Angaben nach Maßgabe des Bundesmantelvertrags für Ärzte zu verarbeiten. Für die elektronische Übermittlung der versichertenbezogenen Angaben ist ein sicheres Übermittlungsverfahren nach § 363a Absatz 1 zu nutzen.***“

e) Streichung der vorgesehenen Regelung.

g) Streichung des § 137f Abs. 9 SGB V.

h) Streichung der vorgesehenen Regelung.

Nr. 4 § 137g Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme

A Beabsichtigte Neuregelung

Das Zulassungsverfahren für die DMP durch das BAS soll aufgehoben werden. Im Gegenzug sollen weitere Vorgaben an strukturierte Behandlungsprogramme wie die Datenverarbeitung und die Evaluation, die bislang in § 25 RSAV geregelt sind, nun auf gesetzlicher Ebene verortet werden. Dies betreffen insbesondere die Dokumentation und ihr Verwendungszweck für die Behandlung, die Festlegung der Qualitätssicherungsziele und -maßnahmen sowie deren Durchführung, die Schulung der Versicherten und Leistungserbringer, deren Übermittlungswege und -fristen sowie die Evaluation.

B Stellungnahme

Eine Abschaffung des zentralen Zulassungsverfahrens durch das BAS ist eine Folgeänderung der PKP-Streichung. Die Kontrolle einer richtlinienkonformen Umsetzung der DMP durch das BAS war bislang erforderlich, weil die Refinanzierung der Programmkosten hieran gekoppelt war. Durch die vorgeschlagene Berücksichtigung dieser Kosten im RSA entfällt eine teilnahmebezogene und damit aufwandsorientierte Zuweisung an die Kasse über die PKP je Versichertenjahr im DMP.

Die bisherige strenge Überwachung der vertraglichen und prozessualen Umsetzung der DMP (Ein- und Ausschreibeprozesse, Dokumentation, QS-Verfahren etc.) stellte bislang weitestgehend sicher, dass in der Praxis eine aktive und zugleich strukturierte koordinierte und kontinuierliche Betreuung und Behandlung von chronisch Erkrankten auf Basis der Richtlinien des G-BA erfolgte. Mit der Verlagerung auf die Kassenaufsichten müssen die Programme die Verbindlichkeit und ihr Qualitäts- und Leistungsversprechen weiterhin gewährleisten können. Ein mögliches Aufweichen der Evidenzgrundsätze würde sonst die Wirksamkeit und Bedeutung der strukturierten Behandlungsprogramme gefährden. Auch muss gewährleistet werden, dass die durch Schiedsspruch festgelegten Verträge richtlinienkonform sind. Die vorgesehene aufsichtsrechtliche Prüfung sollte in der jeweiligen Region einheitlich durch die Landesaufsichten erfolgen.

Sollte der Streichung des § 137f (neue Fassung) und der Änderung des § 137f Abs. 3 (alte Fassung) nicht gefolgt werden (s. Art. 2 Nr. 3 d)), sollte in jedem Fall eine Regelung zur elektronischen Einwilligung des Versicherten im DMP aufgenommen werden. Dies könnte z.B. in den hier in Nr. 4 geregelten weiteren Vorgaben an strukturierte Behandlungsprogramme erfolgen.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Nr. 5 § 266 Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich), Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

a) Mit der Neufassung des § 137g ab 2028 werden die entsprechenden Vorgängerregelungen zu den Anforderungen an die Zulassung der Programme nach § 137g aus der RSAV gestrichen. In der Folge werden im § 266 auch die entsprechenden Verweise in Absatz 8 aufgehoben.
b) Die Änderung stellt klar, dass Krankenkassen im Ausgleichsjahr 2027 Zuweisungen für die Teilnehmenden an strukturierten Behandlungsprogrammen entlang der in diesem Jahr geltenden Regelungen erhalten.

B Stellungnahme

a) Es handelt sich um eine Folgeänderung aus der Neufassung des § 137g ab 2028. Da der Wegfall der förmlichen Zulassung durch das BAS abgelehnt wird, wird auch die Folgeänderung abgelehnt. Auf unsere Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 4 wird verwiesen.
b) Da die befristete Förderung von DMP ohne förmliche Zulassung durch das BAS abgelehnt wird, wird auch diese Folgeänderung abgelehnt. Auf die Stellungnahme zu Artikel 2 Nr. 4 wird verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Nr. 6 § 270 Sonstige Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds

A Beabsichtigte Neuregelung

Ab dem Ausgleichsjahr 2028 sollen Krankenkassen keine Zuweisungen mehr für Teilnehmende an strukturierten Behandlungsprogrammen mehr erhalten (DMP-Programmkostenpauschale).

B Stellungnahme

Der Wegfall der Zuweisungen für Teilnehmende an strukturierten Behandlungsprogrammen in Form der DMP-Programmkostenpauschale ist vor dem Hintergrund der bestehenden Sonderbehandlung bzw. Privilegierung der DMP gegenüber anderen besonderen Versorgungsformen im Risikostrukturausgleich nachvollziehbar.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

7 § 295 Übermittlungspflichten, Verpflichtung zur Empfangsbereitschaft und Abrechnung bei ärztlichen Leistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

In § 295 Absatz 2 Satz 4 wird die Angabe „§ 137f Abs. 3 Satz 2“ durch die Angabe „§ 137f Absatz 3 Satz 6“ ersetzt, weil in § 137f Abs. 3 neue Sätze eingefügt werden.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung, die entfallen sollte, da die AOK die in § 137f Abs. 3 vorgesehene Änderung ablehnt.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Artikel 3 Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Nr. 1 § 2a Krankenhausstandort

A Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund der Anpassung des § 18 a und b KHG wird der Verweis redaktionell angepasst und der Name „Bundeskrankenhausschiedsstelle“ übernommen.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine rein redaktionelle Änderung. Eine Bewertung der Anpassung des Schiedswesens im Krankenhaus erfolgt unter Artikel 3 Nr. 7.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 2 § 17a Finanzierung von Ausbildungskosten

A Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund der Anpassung des § 18 a und b KHG wird der Verweis redaktionell angepasst und der Name „Bundeskrankenhausschiedsstelle“ bzw. „Landeskrankenhausschiedsstelle“ übernommen.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine rein redaktionelle Änderung. Eine Bewertung der Anpassung des Schiedswesens im Krankenhaus erfolgt unter Artikel 3 Nr. 7.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 3 § 17b Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu Buchstabe a) und b)

Aufgrund der Anpassung des § 18 a und bKHG wird der Verweis redaktionell angepasst und der Name „Bundeskrankenhausschiedsstelle“ übernommen.

B Stellungnahme

Zu Buchstabe a) und b)

Es handelt sich um eine rein redaktionelle Änderung. Eine Bewertung der Anpassung des Schiedswesens im Krankenhaus erfolgt unter Artikel 3 Nr. 7.

C Änderungsvorschlag

Zu Buchstabe a) und b)

Keiner.

Nr. 4 § 17c Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Statistik und § 17d Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund der Anpassung des § 18 a und b KHG wird der Verweis redaktionell angepasst und der Name „Bundeskrankenhausschiedsstelle“ übernommen.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine rein redaktionelle Änderung. Eine Bewertung der Anpassung des Schiedswesens im Krankenhaus erfolgt unter Artikel 3 Nr. 7.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 5 § 17d Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bisher nach § 21 Abs. 2 Nr. 1 e) KHEntgG geltende Meldeverpflichtung über die Anzahl des insgesamt beschäftigten Pflegepersonals und des in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten Pflegepersonals, jeweils aufgeteilt nach Berufsbezeichnungen, sollen für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen. Die nach § 136a Absatz 2 SGB V in Verbindung mit der PPP-RL geltenden Nachweise bleiben weiterhin bestehen.

B Stellungnahme

Eine Streichung dieser Regelung wird abgelehnt, da damit Transparenz über die das tatsächlich beschäftigte Pflegepersonal verloren geht. Die nach der PPP-RL vorzulegenden Nachweise bieten keinen vollständigen Überblick über das in psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen Pflegepersonal.

C Änderungsvorschlag

Keine Streichung, die bisher geltenden Regelungen sollen bestehen bleiben.

Nr. 6 § 18 Pflegesatzverfahren

A Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund der Anpassung des § 18 a KHG wird der Verweis redaktionell angepasst und der Name „Landeskrankenhausschiedsstelle“ übernommen.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine rein redaktionelle Änderung. Eine Bewertung der Anpassung des Schiedswesens im Krankenhaus erfolgt unter Artikel 3 Nr. 7.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 7 § 18a Schiedsstelle, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

a) Landeskrankenhausschiedsstelle, § 18a

Regelung, dass die Landeskrankenhausgesellschaften und die Landesverbände der Krankenkassen für jedes Bundesland oder für Landesteile eine Landeskrankenhausschiedsstelle zu bilden haben, einschließlich Vorgaben zur Besetzung, der Geschäftsordnung sowie einer Verordnungsermächtigung der Landesregierungen.

Ferner wird geregelt, dass gegen die Entscheidung der Landeskrankenhausschiedsstelle der Rechtsweg der Streitsache gegeben ist, die der Entscheidung zugrunde liegt. Ein Vorverfahren findet nicht statt, sofern landesrechtlich nichts Abweichendes bestimmt ist, und die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

b) Bundeskrankenhausschiedsstelle, § 18b

Regelung, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft eine Bundeskrankenhausschiedsstelle zu bilden haben, einschließlich Vorgaben zur Besetzung, der Geschäftsordnung sowie einer Verordnungsermächtigung des BMG.

Ferner wird geregelt, dass gegen die Entscheidung der Bundeskrankenhausschiedsstelle der Rechtsweg der Streitsache gegeben ist, die der Entscheidung zugrunde liegt. Ein Vorverfahren findet nicht statt und eine Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

B Stellungnahme

zu a) Landeskrankenhausschiedsstelle, § 18a

Da der bisherige § 18 Abs. 5 KHG nicht aufgehoben wird, ist unklar, ob in Pflegesatzfragen zukünftig gegen die Entscheidung der Schiedsstelle geklagt werden muss oder das bisherige Verfahren Gültigkeit behält, dass gegen die Genehmigung bzw. Nichtgenehmigung der Schiedsstellenentscheidung geklagt wird. Die Durchführung von Vorverfahren sowie der Ausschluss der aufschiebenden Wirkung war in Pflegesatzfragen auch bisher schon vorgesehen. Ein Genehmigungsverfahren dürfte auch in Zukunft nicht entbehrlich sein, da durch das Erfordernis einer Genehmigung der politischen Letztverantwortung der Länder für die Krankenhausversorgung Rechnung getragen wird. Vor diesem Hintergrund sollte eine Klarstellung erfolgen, dass das Genehmigungsverfahren nach § 18 Abs. 5 KHG weiterhin Anwendung findet. Ansonsten sind die Regelungen soweit sie Sachverhalte nach dem SGB V betreffen vor dem Hintergrund der besseren Übersichtlichkeit und der Verfahrensvereinheitlichung nachvollziehbar.

zu b) Bundeskrankenhausschiedsstelle, § 18b

Durch die Neuregelung werden die Vorgaben für die Krankenhausschiedsstelle auf Bundesebene übersichtlicher gestaltet und in einem eigenen Paragraphen geregelt. Die Vorgaben sind sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

zu a) Landeskrankenhausschiedsstelle, § 18a

Klarstellung, dass das Genehmigungsverfahren nach § 18 Abs. 5 KHG weiterhin Anwendung findet oder aber direkt gegen die Schiedsstellenentscheidung Klage zu erheben ist.

zu b) Bundeskrankenhausschiedsstelle, § 18b

keiner

Nr. 8 § 19 Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen

A Beabsichtigte Neuregelung

a) Redaktionelle Änderung
b) Aus „Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6“ wird „Bundeskrankenhaus-schiedsstelle nach § 18b Absatz 1“

B Stellungnahme

a) Folgeänderung zu Art. II, Nr. 7 - § 18b (neu) KHG
b) Folgeänderung zu Art. II, Nr. 7 - § 18b (neu) KHG

C Änderungsvorschlag

a) Keiner.
b) Keiner.

Nr. 9 § 21 Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser aufgrund von Sonderbelastungen durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2

A Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund der Anpassung des § 18 a und b KHG wird der Verweis redaktionell angepasst und der Name „Bundeskrankenhausschiedsstelle“ (Buchstabe a)) bzw. „Landeskrankenhausschiedsstelle“ (Buchstabe b)) übernommen.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine rein redaktionelle Änderung. Eine Bewertung der Anpassung des Schiedswesens im Krankenhaus erfolgt unter Artikel 3 Nr. 7.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 10 § 21a Versorgungsaufschlag an Krankenhäuser auf Grund von Sonderbelastungen durch das Coronavirus SARS-CoV-2

A Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund der Anpassung des § 18 a und b KHG wird der Verweis redaktionell angepasst und der Name „Bundeskrankenhausschiedsstelle“ übernommen.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine rein redaktionelle Änderung. Eine Bewertung der Anpassung des Schiedswesens im Krankenhaus erfolgt unter Artikel 3 Nr. 7.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 1 § 9 Vereinbarung auf Bundesebene

A Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund der Anpassung des § 18 a und b KHG wird der Verweis redaktionell angepasst und der Name „Bundeskrankenhausschiedsstelle“ übernommen.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine rein redaktionelle Änderung. Eine Bewertung der Anpassung des Schiedswesens im Krankenhaus erfolgt unter Artikel 3 Nr. 7.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 2 § 11 Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus

A Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a)

Sofern der Nachweis der Mittelverwendung (siehe Buchstabe B, Doppelbuchstabe aa)) entfällt, wird in der Folge auch auf die Rückzahlung der nicht zweckentsprechend für Finanzierung von Tariferhöhungen von Pflegepersonal verzichtet.

Buchstabe b)

Doppelbuchstabe aa)

Im Falle von Tariferhöhungen sieht der Entwurf vor, dass der bislang erforderliche Nachweis über die zweckgemäße Verwendung der aufgrund einer Tariferhöhung durch die Krankenkassen zusätzlich bereitgestellten Mittel Pflegepersonal entfällt.

Doppelbuchstabe bb)

Aufgrund der Anpassung des § 18 a KHG wird der Verweis redaktionell angepasst und der Name „Landeskrankenhausschiedsstelle" übernommen.

B Stellungnahme

Buchstabe a)

Es handelt sich um eine Folgeänderung.

Buchstabe b)

Doppelbuchstabe aa)

In den Budgetverhandlungen auf Ortsebene wird der Nachweis in der Regel in Form eines vom Geschäftsführer unterzeichneten Erklärung erbracht. Der Verzicht darauf entlastet somit weder das Krankenhaus noch die Krankenkasse nennenswert.

Doppelbuchstabe bb)

Es handelt sich um eine rein redaktionelle Änderung. Eine Bewertung der Anpassung des Schiedswesens im Krankenhaus erfolgt unter Artikel 3 Nr. 7.

C Änderungsvorschlag

Buchstabe a)

Keiner.

Buchstabe b)

Doppelbuchstabe aa)

Keiner.

Doppelbuchstabe bb)

Keiner.

Nr. 3 § 13 Schiedsstelle

A Beabsichtigte Neuregelung

Buchstaben a) und b)

Aufgrund der Anpassung des § 18 a KHG wird der Verweis redaktionell angepasst und der Name „Landeskrankenhausschiedsstelle“ übernommen.

B Stellungnahme

Buchstaben a) und b)

Es handelt sich um eine rein redaktionelle Änderung. Eine Bewertung der Anpassung des Schiedswesens im Krankenhaus erfolgt unter Artikel 3 Nr. 7.

C Änderungsvorschlag

Buchstaben a) und b)

Keiner.

Artikel 5 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 1 § 5 Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen

A Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund der Anpassung des § 18 a und b KHG wird der Verweis redaktionell angepasst und der Name „Bundeskrankenhausschiedsstelle“ übernommen.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine rein redaktionelle Änderung. Eine Bewertung der Anpassung des Schiedswesens im Krankenhaus erfolgt unter Artikel 3 Nr. 7.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 2 § 6 Vereinbarung sonstiger Entgelte

A Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a)

Aufgrund der Anpassung des § 18 a und b KHG wird der Verweis redaktionell angepasst und der Name „Bundeskrankenhausschiedsstelle“ übernommen.

Buchstabe b)

In Absatz 2 wird festgelegt, das die Vertragsparteien nach § 11 Entgelte nur noch vereinbaren dürfen, sofern das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus auf die Anfrage die Information erteilt, dass die neue Methode mit den bereits vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten nicht sachgerecht abgerechnet werden kann.

B Stellungnahme

Buchstabe a)

Es handelt sich um eine rein redaktionelle Änderung. Eine Bewertung der Anpassung des Schiedswesens im Krankenhaus erfolgt unter Artikel 3 Nr. 7.

Buchstabe b)

Es handelt sich eine aufgrund des BSG-Urteil B 1 KR 9/25 R erforderlich gewordene klarstellende Regelungsanpassung.

C Änderungsvorschlag

Buchstabe a)

Keiner.

Buchstabe b)

Keiner.

Nr. 3 § 9 Vereinbarung auf Bundesebene

A Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a)

Im Falle von Tariferhöhungen sieht der Entwurf vor, dass der bislang erforderliche Nachweis über die zweckgemäße Verwendung der aufgrund einer Tariferhöhung durch die Krankenkassen zusätzlich bereitgestellten Mittel für nicht pflegebudgetrelevantes Pflegepersonal entfällt.

Buchstabe b)

Aufgrund der Anpassung des § 18 a und b (neu) KHG wird der Verweis redaktionell angepasst und der Name „Bundeskrankenhausschiedsstelle" übernommen.

B Stellungnahme

Buchstabe a)

In den Budgetverhandlungen auf Ortsebene wird der Nachweis in der Regel in Form eines vom Geschäftsführer unterzeichneten Erklärung erbracht. Der Verzicht darauf entlastet somit weder das Krankenhaus noch die Krankenkasse nennenswert.

Buchstabe b)

Es handelt sich um eine Folgeänderung.

C Änderungsvorschlag

Buchstabe a)

Keiner.

Buchstabe b)

Keiner.

Nr. 4 § 10 Vereinbarung auf Landesebene, Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund der Anpassung des § 18 a und b KHG wird der Verweis redaktionell angepasst und der Name „Bundeskrankenhausschiedsstelle“ übernommen.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine rein redaktionelle Änderung. Eine Bewertung der Anpassung des Schiedswesens im Krankenhaus erfolgt unter Artikel 3 Nr. 7.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 5 § 11 Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus

A Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a)

Sofern der Nachweis der Mittelverwendung (siehe Nummer 3) entfällt, wird in der Folge auch auf die Rückzahlung der nicht zweckentsprechend für Finanzierung von Tariferhöhungen von Pflegepersonal verzichtet.

Buchstabe b) - Doppelbuchstaben aa) und bb)

Folgeänderung zu Art. III Nummer 7 - aus „Schiedsstelle“ wird „Landeskranken-schiedsstelle“.

B Stellungnahme

Buchstabe a)

Im Zuge des vorgesehenen Entfalls der Nachweispflicht (siehe Nummer 3) wird auch auf die in der Folge nicht mehr erforderliche gewordene Formulierung einer Rückzahlungsverpflichtung verzichtet.

Buchstabe b) - Doppelbuchstabe aa) und bb)

Sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Buchstabe a)

Keiner.

Buchstabe b)

Keiner.

Nr. 6 § 13 Schiedsstelle

A Beabsichtigte Neuregelung

Buchstaben a) und b)

Aufgrund der Anpassung des § 18 a KHG wird der Verweis redaktionell angepasst und der Name „Landeskrankenhausschiedsstelle“ übernommen.

B Stellungnahme

Buchstaben a) und b)

Es handelt sich um eine rein redaktionelle Änderung. Eine Bewertung der Anpassung des Schiedswesens im Krankenhaus erfolgt unter Artikel 3 Nr. 7.

C Änderungsvorschlag

Buchstaben a) und b)

Keiner.

Nr. 7 § 15 Laufzeit

A Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund der Anpassung des § 18 a und b KHG wird der Verweis redaktionell angepasst und der Name „Bundeskrankenhausschiedsstelle“ übernommen.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine rein redaktionelle Änderung. Eine Bewertung der Anpassung des Schiedswesens im Krankenhaus erfolgt unter Artikel 3 Nr. 7.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 8 § 21 Übermittlung und Nutzung von Daten

A Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund der Anpassung des § 18 a und b KHG wird der Verweis redaktionell angepasst und der Name „Bundeskrankenhausschiedsstelle“ übernommen.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine rein redaktionelle Änderung. Eine Bewertung der Anpassung des Schiedswesens im Krankenhaus erfolgt unter Artikel 3 Nr. 7.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 6 Änderungen des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1 § 106 Zuschuss zur Krankenversicherung

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit Einführung des Quellenabzugs für freiwillig versicherte Rentenbezieher entfällt die Notwendigkeit zur Auszahlung eines Beitragszuschusses für diesen Personenkreis. Die Neufassung der Vorschrift nimmt diese Änderung vor.

B Stellungnahme

Eine erforderliche Folgeanpassung aufgrund der Einführung des Quellenabzugs.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 7 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1 a § 25 Familienversicherung

A Beabsichtigte Neuregelung

a)

aa) Die unterschiedlichen Einkommensgrenzen in der Familienversicherung werden zugunsten einer einheitlichen Einkommensgrenze in Höhe der Geringfügigkeitsgrenze nach § 8 Absatz 1a SGB IV zusammengeführt.

Es handelt sich hierbei um eine Begleitregelung zur Anpassung des § 10 SGB V [vgl. Art. 1 Nr. 3 a) aa)]

bb) Es handelt sich hierbei um eine Folgeänderung zur Anpassung des § 10 SGB V [vgl. Art. 1 Nr. 3 a) bb)]

B Stellungnahme

a)

aa) Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt. Der Wegfall der Differenzierung vermindert den Aufwand bei der Prüfung der Voraussetzungen über das Bestehen oder Fortbestehen der Familienversicherung, er trägt zudem zur besseren Verständlichkeit und Übersichtlichkeit gesetzlicher Regelungen bei.

bb) Die Anpassung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 1 b § 25 Familienversicherung

A Beabsichtigte Neuregelung

b)

Es handelt sich hierbei um eine Begleitregelung zur Anpassung des § 10 SGB V [vgl. Art. 1 Nr. 3b)]

Die Prüfung des Kausalzusammenhangs zwischen der Unterbrechung bzw. Verzögerung der Schul- oder Berufsausbildung durch die Erfüllung des gesetzlichen Wehrdienstes entfällt. Die Dienstzeit eines vor Vollendung des 25. Lebensjahres erfüllten gesetzlichen Wehr- oder Freiwilligendienstes kann ohne Prüfung der Kausalität eine Verlängerung der Familienversicherung bis zu einem Jahr über das 25. Lebensjahr hinaus ermöglichen.

B Stellungnahme

b)

Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt.

Es erfolgt eine analoge Regelung zur Krankenversicherung, allerdings wird diese nicht analog beschrieben, eine gleichlautende Darstellung würde zu mehr Klarheit führen.

C Änderungsvorschlag

Änderungsvorschlag zur Anpassung der Regelung analog zu § 10 SGB V:

b)

aa) Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 wird durch die folgende Nummer 3 ersetzt:

3. „ bis zur Vollendung des fünfundzwanzigsten Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr oder ein freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Jugendfreiwilligendienstegesetzes leisten~~; wurde vor Vollendung des fünfundzwanzigsten Lebensjahres eine gesetzliche Dienstpflicht des Kindes erfüllt, besteht die Versicherung für den entsprechenden Zeit-raum der Dienstpflicht auch über das fünfundzwanzigste Lebensjahr hinaus fort; dies gilt auch bei Erfüllung eines freiwilligen Wehrdienstes nach § 58b des Soldatengesetzes, eines Freiwilligendienstes nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienste-gesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes für die Dauer von höchstens zwölf Monaten; wird als Berufsausbildung ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule abgeschlossen, besteht die Versicherung bis zum Ablauf~~

~~des Semesters fort, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres; § 186 Absatz 7 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend~~**~~,“~~,“**

bb) Nach Satz 1 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Wurde vor Vollendung des fünfundzwanzigsten Lebensjahres eine gesetzliche Dienstpflicht des Kindes erfüllt, besteht die Versicherung für den entsprechenden Zeitraum der Dienstpflicht auch über das fünfundzwanzigste Lebensjahr hinaus fort. Satz 2 gilt auch bei Erfüllung eines freiwilligen Wehrdienstes nach § 58b des Soldatengesetzes, eines Freiwilligendienstes nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz, dem Jugendfreiwilligendienstegesetz oder eines vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienstes oder einer Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes für die Dauer von höchstens zwölf Monaten. Wird als Berufsausbildung ein Studium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule abgeschlossen, besteht die Versicherung bis zum Ablauf des Semesters fort, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres. § 186 Absatz 7 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.“

Nr. 2 § 47a Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung des § 47a Abs. 3 Satz 1 um die neuen Nummern 7 und 8 werden die datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnisse im Zusammenhang mit der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen erweitert.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine Parallelnorm zu der mit diesem Gesetz eingefügten Vorschrift des § 197a Abs. 3b Nummern 6 und 7 SGB V. Auf die o.g. Stellungnahme wird deshalb Bezug genommen.

C Änderungsvorschlag

Nach Nummer 8 werden die folgende Nummern 9 und angefügt:

> 9. die Stellen, die für die Bekämpfung von Leistungsmissbrauch bei den Trägern der Sozialversicherung nach den SGB II, III, VI, VII und XII zuständig sind.
>
> 10. die mit der Steuerfahndung beauftragten Dienststellen der Landesfinanzbehörden und die Behörden des Zollfahndungsdienstes nach § 208 Abgabenordnung.“

Nr. 3 § 50 Melde- und Auskunftspflichten bei Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung

A Beabsichtigte Neuregelung

Begleitregelung zum Übertrag des neuen Abrufverfahrens bei den Finanzbehörden auch für die Beitragsfestsetzung für die soziale Pflegeversicherung.

B Stellungnahme

Eine erforderliche Folgeanpassung für die Pflegeversicherung, die auch auf einer langjährigen Forderung der AOK-Gemeinschaft beruht und ausdrücklich befürwortet wird.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 4 § 56 Beitragsfreiheit

A Beabsichtigte Neuregelung

Begleitregelung zur Einführung der Prüfung schutzwürdiger Interessen des Mitglieds bei der Nacherhebung von Beiträgen bei rückwirkendem Entfall der Familienversicherung.

B Stellungnahme

Eine erforderliche Folgeanpassung für die Pflegeversicherung.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 5 § 60 Beitragszahlung

A Beabsichtigte Neuregelung

Da die in § 256b SGB V neu geregelte Beitragsüberwachung bei den Zahlstellen von Versorgungsbezügen auch die Beiträge zur Pflegeversicherung betrifft, wird § 256b SGB V in die Verweiskette in § 60 Absatz 1 Satz 2 SGB XI aufgenommen.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung der Neuregelung der Beitragsüberwachung bei den Zahlstellen von Versorgungsbezügen in dem neuen § 256b SGB V.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 8 Änderungen des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1 § 24 Geschädigte durch Schutzimpfungen oder andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Wortlaut zu § 24 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB XIV soll aufgrund von Folgeänderungen zur Anpassung von § 20i Absatz 3 und § 23 Absatz 1a SGB V ersetzt werden.

B Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 2 § 113 Örtliche Zuständigkeit

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Wortlaut zu § 113 Absatz 5 Satz 2 SGB XIV soll aufgrund von Folgeänderungen zur Anpassung von § 20i Absatz 3 und § 23 Absatz 1a SGB V ersetzt werden.

B Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 9 Änderung des AMG

§ 78 Preise

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zum neuen § 130b Absatz 3a Satz 4 SGB V.

B Stellungnahme

Der Folgeänderung und damit der Ersetzung der Angabe „§ 130b Absatz 3a Satz 9“ durch die Angabe „§ 130b Absatz 3a Satz 10“ ist an dieser Stelle nicht zu widersprechen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 10 Änderung des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes

§ 9a (neu) (ohne Titel: Erwerb der erweiterten Kompetenzen im Rahmen des Modellvorhaben)

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen § 9a MPhG werden die berufsrechtlichen Voraussetzungen für den Erwerb erweiterter Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten im Rahmen der Modellvorhaben nach § 64f SGB V geregelt. Die Ausbildung erfolgt an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule und kann sowohl im Rahmen einer Erstausbildung als auch im Anschluss an eine bereits abgeschlossene Berufsausbildung absolviert werden. Sie soll mindestens 900 Stunden umfassen. Die erworbenen Kompetenzen werden staatlich geprüft.

B Stellungnahme

Die Festlegung zusätzlicher Qualifikationsanforderungen für die eigenverantwortliche Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten wird begrüßt. Ebenso begrüßt wird, dass die Zusatzqualifikation ausschließlich an Hochschulen vermittelt und staatlich geprüft wird.

Nach dem Referentenentwurf des PhyThBRefG soll die eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen künftig ein Studium in der Physiotherapie voraussetzen (§ 2 PhyThG-E). Eine Zusatzqualifikation für berufsfachschulisch ausgebildete Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sieht der Referentenentwurf nicht vor. Er regelt lediglich die Anrechnung ihrer Ausbildung auf das Studium (§ 40 Absatz 1 PhyThG-E). Zugleich tritt das MPhG und damit auch § 9a MPhG mit Ablauf des 31. Dezember 2027 außer Kraft (Artikel 7 PhyThBRefG).

Vor diesem Hintergrund ist § 9a MPhG ausdrücklich auf den Zweck zu beschränken, die Teilnahme an Modellvorhaben nach § 64f SGB V zu ermöglichen. Ein dauerhafter, eigenständiger Qualifikationsweg zur heilkundlichen Tätigkeit neben dem Studium wird abgelehnt. Die Qualifikation muss zudem für die Laufzeit der Modellvorhaben auch nach dem Außerkrafttreten des MPhG gesichert sein. Hierzu sind beide Gesetzgebungsverfahren aufeinander abzustimmen.

Für Absolventinnen und Absolventen der Modellstudiengänge nach § 9 Absatz 1 Satz 2 MPhG sieht § 40 Absatz 2 PhyThG-E bereits einen Erwerb der heilkundlichen Kompetenzen vor. Die Teilnahmevoraussetzungen nach § 64f SGB V sind hierauf abzustimmen.

Um Qualität und Patientensicherheit zu gewährleisten, sind Inhalt, Umfang und Prüfung der Zusatzqualifikation bundeseinheitlich durch Rechtsverordnung festzulegen.

C Änderungsvorschlag

§ 9a MPhG ist dahingehend zu ergänzen, dass die Zusatzqualifikation ausschließlich zur Teilnahme an Modellvorhaben nach § 64f SGB V berechtigt. Für die Laufzeit der Modellvorhaben ist eine Übergangsregelung im PhyThBRefG vorzusehen, die die Fortgeltung der nach § 9a MPhG erworbenen Qualifikation sichert. Die Mindestanforderungen an Inhalt, Umfang und staatliche Prüfung sind bundeseinheitlich in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zu regeln.

Artikel 11 Änderung des Gesetzes über die Pflegeberufe

§ 33 Aufbringung des Finanzierungsbedarfs; Verordnungsermächtigung

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Pflicht der Bundesregierung, alle drei Jahre eine Notwendigkeitsprüfung durchzuführen und den gesetzgebenden Körperschaften einen formalen Bericht vorzulegen, wird ersatzlos gestrichen.

Das Vorschaltverfahren zur Zuleitung der Rechtsverordnung an den Bundestag (inklusive dessen Änderungs- und Ablehnungsrecht innerhalb von drei Sitzungswochen) entfällt vollständig.

Die Verordnungskompetenz geht von der Bundesregierung auf das BMFSFJ und das BMG über, die künftig direkt und flexibel – jedoch weiterhin mit Zustimmung des Bundesrates – per Rechtsverordnung agieren können.

B Stellungnahme

Eine Streichung der Notwendigkeitsprüfung ist abzulehnen. Da es künftig keine gesetzliche Verpflichtung mehr für eine regelmäßige Überprüfung geben soll, bleibt unklar, wann und unter welchen Voraussetzungen eine Anpassung des Prozentsatzes erfolgen kann. Daher muss weiterhin in regelmäßigen Zeitabständen eine Prüfung der Notwendigkeit durch das BMFSFJ und BMG erfolgen. Eine Berichterstellung muss damit nicht verbunden sein.

Die Verlagerung der Verordnungskompetenz auf das BMFSFJ und BMG sind zu begrüßen. Das bisherige bürokratische Verfahren wird damit wesentlich vereinfacht. Die fachliche Kompetenz bleibt erhalten. Eine Anpassung könnte also künftig jederzeit – ohne vorherige umfassende Prüfung und ohne Bericht – erfolgen

C Änderungsvorschlag

§ 33 Absatz 8 wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend und das Bundesministerium für Gesundheit prüfen alle drei Jahre, erstmals 2029, die Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung des Prozentsatzes der Direktzahlung der sozialen Pflegeversicherung nach Absatz 1 Nummer 4. Das Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend und das Bundesministerium für Gesundheit werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates den Prozentsatz nach Absatz 1 Nummer 4 sowie den Prozentsatz nach Absatz 1 Nummer 2 anzupassen, so dass die Summe der Prozentsätze nach Absatz 1 Nummer 2 und 4 unverändert bleibt."

Artikel 12 Änderung des Sozialgerichtsgesetzes

Nr. 1 § 29 Abs. 2

A Beabsichtigte Neuregelung

In Abs. 2 Nr. 1 wird die Angabe „§ 111b Absatz 6“ durch die Angabe „§ 111b Absatz 2“ und die Angabe „§ 132a Absatz 3“ durch die Angabe „§ 132a Absatz 2“ ersetzt.

B Stellungnahme

Lediglich redaktionelle Folgeänderungen zur Einführung eines eigenständigen Titels „Schiedswesen“.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Nr. 2 § 29 Abs. 3

A Beabsichtigte Neuregelung

In Abs. 3 soll zum einen gestrichen werden ein Verweis auf die bisher gängige Anerkennungspraxis von strukturierten Behandlungsprogrammen. Zum anderen soll die bisherige Zuständigkeit des LSG Nordrhein-Westfalen in Folge des HiB angepasst werden. Zu nennen ist hier insbesondere Angelegenheit im Kontext von neuen Schiedsverfahren.

B Stellungnahme

Mit Verweis auf die Stellungnahme des AOK-BV zu Artikel 2 Nr. 3 & 4 wird die Änderung abgelehnt.

C Änderungsvorschlag

Streichung.

Nr. 3 § 29 Abs. 4

A Beabsichtigte Neuregelung

Aufgrund der Einführung eines neuen Titels „Schiedswesen“ soll vorliegend eine Folgeänderung vorgenommen werden. Konkret ist beabsichtigt in § 29 Abs. 4 Nr. 1 Sozialgerichtsgesetz jeweils die Angabe „89“ durch die Angabe „71b“ zu ersetzen.

B Stellungnahme

Folgeänderung erscheint sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 15 Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Nr. 1 § 7 Verarbeitung von Daten für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

A Beabsichtigte Neuregelung

a) Es handelt sich um Folgeänderungen aufgrund der Neufassung von § 267 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V sowie von § 269 Absatz 5 SGB V. Die bisher in Satz 1 Nummer 12 bis 16 genannten Daten werden in den neu angefügten Satz 8 überführt, da sie von den Krankenkassen nur auf Anforderung zu übermitteln sind.

b) Die Anpassungen des § 7 Absatz 2 RSAV stellen im wesentlichen Folgeänderungen aufgrund der Neufassung des § 269 Absatz 5 SGB V, des hieran anknüpfenden neu eingefügten Satzes 8 in § 7 Absatz 1 RSAV sowie der Überarbeitung des § 273 SGB V dar. Darüber hinaus werden redaktionelle Anpassungen vorgenommen. Die Änderungen des § 273 SGB V machen zudem eine weitere Folgeanpassung in Satz 2 der Vorschrift erforderlich.

Darüber hinaus werden in Satz 3 Regelungen zur Aufbewahrung:

1. der Datenmeldungen nach § 267 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und § 269 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4, 5 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. der Korrekturmeldungen nach Absatz 4 Satz 2 einschließlich deren Dokumentation und
3. der den Meldungen nach Nummern 1 und 2 zugrunde liegenden Daten

für die Prüfungen nach § 273 SGB V sowie § 20 Absatz 1 RSAV neu gefasst. Während die Aufbewahrungsfrist bislang an den Abschluss der jeweiligen Prüfung nach § 273 Absatz 2 Satz 1 SGB V gekoppelt war und sich unter Berücksichtigung der Grundsätze ordnungsmäßiger Aufbewahrung nach § 110a SGB IV grundsätzlich auf neun Jahre erstreckte, wird künftig eine feste Mindestaufbewahrungsfrist von zehn Jahren festgelegt.

Nach der bisherigen Regelung des § 7 Absatz 2 Satz 4 RSAV konnte das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) im Einzelfall feststellen, dass eine weitere Aufbewahrung für die Prüfung nach § 20 Absatz 1 Satz 1 RSAV oder im Einzelfall für die Prüfungen nach § 273 SGB V erforderlich ist. Hierzu waren bislang eine Anhörung der betroffenen Krankenkasse sowie der Erlass eines entsprechenden Bescheides erforderlich. Mit der Neuregelung des § 7 Absatz 2 Satz 4 RSAV wird die zulässige

Aufbewahrungsdauer nunmehr generell bis spätestens zum Ablauf des fünfzehnten auf das jeweilige Berichtsjahr folgenden Kalenderjahres erstreckt, ohne dass es hierfür einer gesonderten Feststellung oder Bescheidung durch das BAS bedarf.

B Stellungnahme

a) Die vorgesehenen Anpassungen des § 7 Absatz 1 RSAV tragen den Änderungen des § 267 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V sowie des § 269 Absatz 5 SGB V Rechnung und sind insoweit grundsätzlich sachgerecht.

b) Die redaktionellen Anpassungen und die Änderungen aufgrund der Neufassung des § 269 Absatz 5 SGB V sowie des § 273 SGB V sind sachgerecht.

Die Regelung zu einer festen Mindestaufbewahrung von zehn Jahren sowie die Festlegung einer maximalen Löschvorgabe bis spätestens nach Ablauf des fünfzehnten Kalenderjahres, das auf das Berichtsjahr folgt, auf das sich die jeweilige Prüfung bezieht, ohne dass es hierfür einer Bescheidung bedarf ist zu begrüßen.

Zum einen stellt dies für alle Beteiligten eine Verfahrensvereinfachung im Sinne der Entbürokratisierung dar, zum anderen schafft es Transparenz darüber in welchem planbaren Zeitraum die RSA-Datenmeldungen sowie den ihnen zugrundeliegenden RSA-Daten für die Prüfungen nach § 20 Absatz 1 RSAV sowie im Einzelfall für die Verfahren und Prüfungen nach § 273 SGB V aufzubewahren sind.

Ergänzend dazu ist zu erwähnen, dass es sich bei den bislang in den laufenden Verfahren nach § 273 SGB V bereits vom BAS erlassenen Bescheiden zur Verlängerung der Aufbewahrung von RSA-Datenmeldungen und RSA-Datengrundlagen um Verwaltungsakte mit Dauerwirkung handelt. Gemäß § 48 Absatz 1 Satz 1 SGB X sind Verwaltungsakte mit Dauerwirkung mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit in den rechtlichen Verhältnissen, die beim Erlass des Verwaltungsaktes vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt. Darüber hinaus besagen die Bescheide, dass die Erforderlichkeit der weiteren Aufbewahrung grundsätzlich erst mit schriftlicher Mitteilung durch das BAS endet, insbesondere, wenn weitere Einzelfallprüfungen für das Berichtsjahr laufen.

Da die Intention der gesetzlichen Neuregelung eine Verwaltungsvereinfachung ist, sollte in § 7 Absatz 2 RSAV eine Übergangsregelung ergänzt werden, die die Aufhebung der einzelnen BAS-Bescheide entbehrlich macht.

C Änderungsvorschlag

a) Da die Übermittlung der Daten nach § 269 Absatz 5 SGB V künftig ausschließlich auf Anforderung erfolgt und dies bereits in § 7 Absatz 1 Satz 8 RSAV normiert wird, ist der Verweis auf „§ 269 Absatz 5 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuches“ in § 7 Absatz 1 Satz 1 RSAV zu streichen.

b) Da die gesetzliche Neuregelung der Verwaltungsvereinfachung dient und das bisherige Einzelfallverfahren ersetzt, sollte § 7 Absatz 2 RSAV um eine Übergangsregelung ergänzt werden, die eine gesonderte Aufhebung der bislang ergangenen Bescheide des BAS entbehrlich macht. Eine entsprechende Regelung könnte wie folgt ausgestaltet werden:

„Sofern das BAS gemäß § 7 Absatz 2 Satz 4 in der bis zum … [Tag vor Inkrafttreten des Gesetzes] geltenden Fassung im Einzelfall die Erforderlichkeit einer weiteren Aufbewahrung festgestellt hat, gelten diese Verwaltungsakte ab dem [Tag des Inkrafttretens des Gesetzes] als gemäß § 48 Absatz 1 Satz 1 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch aufgehoben.“

Nr. 2 § 15 Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen und für strukturierte Behandlungsprogramme

A Beabsichtigte Neuregelung

Für das Jahr 2027 ist vorgesehen, dass ein Angebot von DMP auch ohne vorherige Zulassung durch das BAS zulässig ist. Im Ausgleichsjahr 2027 erhalten die Krankenkassen die Programmkostenpauschale für DMP sowohl für Programme mit als auch für die neuen Programme ohne förmliche Zulassung durch das BAS. Der § 15 regelt in diesem Zusammenhang die Umsetzung des Verfahrens der Zuweisung von Pauschalen für die Teilnahme der Versicherten an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen und an strukturierten Behandlungsprogrammen (vgl. § 270 Absatz 2 und 3 SGB V).

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 119. Da die befristete Förderung von DMP ohne förmliche Zulassung durch das BAS abgelehnt wird, wird auch diese Folgeänderung abgelehnt. Auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 94 wird verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Nr. 3 § 18 Jahresausgleich

A Beabsichtigte Neuregelung

a) Folgeänderungen aufgrund der Streichung des sogenannten HMG-Ausschlussverfahren in § 266 Abs. 8 Satz 1 Nummer 6 SGB V.

b) Folgeänderungen die sicherstellen, dass das neue, pauschale Zuweisungskürzungsverfahren gem. § 273 Abs. 1 bis 3 SGB V unmittelbar nach Abschluss der Berechnungen zum korrigierten Jahresausgleich durchgeführt werden kann.

B Stellungnahme

a) Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderungen aus der Streichung des HMG-Ausschlussverfahrens.

b) Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderungen infolge der Neuregelung des § 273 Abs. 1 bis 3 SGB V.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 4 § 19 Ausschluss auffälliger Risikogruppen

A Beabsichtigte Neuregelung

Folgeänderungen aufgrund der Streichung des sogenannten HMG-Ausschlussverfahren in § 266 Abs. 8 Satz 1 Nummer 6 SGB V.

B Stellungnahme

Es handelt sich um sachgerechte Folgeänderungen aufgrund der zu begrüßenden Streichung des sogenannten HMG-Ausschlussverfahren in § 266 Abs. 8 Satz 1 Nummer 6 SGB V.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 5 § 21 Ermittlung des Korrekturbetrags nach § 273 Absatz 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

A Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen der Neuordnung des § 273 SGB V sind die Regelungen aus dem bisherigen § 21 RSAV dorthin überführt.

B Stellungnahme

Hier wird auf die Stellungnahme zu Artikel 1, Nr. 121 (§ 273 Sicherung der Datengrundlagen für den Risikostrukturausgleich) verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 6 § 27 Übergangsregelung

A Beabsichtigte Neuregelung

a) § 27 enthält Übergangsregelungen zum RSA-Verfahren. Die Neufassung des Absatz 1 stellt klar, dass das sogenannte HMG-Ausschlussverfahren gem. §266 Abs. 8 Satz 1 Nummer 6 SGB V letztmalig für das Ausgleichsjahr 2025 zur Anwendung kommt.

b) Die Neufassung des Absatz 2 stellt klar, dass die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die Krankenkassen für die Ausgleichsjahre 2025 und 2026 entsprechend der bis zum Tag der Verkündigung des Gesetzes geltenden Vorgaben der RSAV erfolgen.

c) Durch die Streichung der Absätze 3 bis 5 entfallen nicht mehr relevante Übergangsregelungen für die Ausgleichsjahre 2020 bis 2022

B Stellungnahme

a) Es handelt sich um eine sachgerechte Klarstellung im Kontext der Streichung des HMG-Ausschlussverfahrens.

b) Es handelt sich um eine Folgeänderung, da sich Änderungen in den Zuweisungen für die Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen erst ab dem Ausgleichsjahr 2027 ergeben. Da die befristete Förderung von DMP ohne förmliche Zulassung durch das BAS abgelehnt wird, wird auch diese Folgeänderung abgelehnt. Auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr.94 wird verwiesen. Um eine Förderung durch die DMP-Programmkostenpauschale in 2027 ausschließlich für die seitens des BAS zugelassenen, strukturierten Behandlungsprogramme sicherzustellen, ist eine Ergänzung in Absatz 2 das Ausgleichsjahr 2027 hinzuzufügen.

c) Es handelt sich um eine sachgerechte Rechtsbereinigung.

C Änderungsvorschlag

a) Keiner.

b) Absatz 2 wird wie folgt neu gefasst: „Für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die Ausgleichsjahre 2025, 2026 und 2027 ist § 15 in der bis zum (einsetzen: Tag der Verkündigung des Gesetzes) geltenden Fassung anzuwenden.

c) Keiner.

Artikel 16 Weitere Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Nr. 1 § 4 Berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben

A Beabsichtigte Neuregelung

Ab dem Ausgleichsjahr 2028 sollen Krankenkassen keine Zuweisungen für Teilnehmende an strukturierten Behandlungsprogrammen mehr erhalten (DMP-Programmkostenpauschale). Stattdessen fließen die entsprechenden Ausgaben in die Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben ein. Im § 4 werden die dabei berücksichtigungsfähigen Leistungsarten definiert.

B Stellungnahme

Es handelt sich um sachgerechte Folgeänderungen aus dem Entfall der DMP-Programmkostenpauschale ab 2028.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 2 § 7 Verarbeitung von Daten für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Datenerhebung wird an die Neufassung der Vorschriften angepasst. Im Zuge des Entfalls der DMP-Programmkostenpauschale ab 2028 werden die im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen entstandenen Aufwendungen zukünftig Teil der Datenübermittlungen der Krankenkassen zu den im RSA berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben.

B Stellungnahme

Es handelt sich um sachgerechte Folgeänderungen aus dem Entfall der DMP-Programmkostenpauschale ab 2028.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 3 § 15 Zuweisungen für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen und für strukturierte Behandlungsprogramme

A Beabsichtigte Neuregelung

Ab dem Ausgleichsjahr 2028 sollen Krankenkassen keine Zuweisungen mehr für Teilnehmende an strukturierten Behandlungsprogrammen erhalten (DMP-Programmkostenpauschale). Im § 15 wird die Umsetzung des Verfahrens der Zuweisung von Pauschalen für die Teilnahme der Versicherten an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen und an strukturierten Behandlungsprogrammen (vgl. § 270 Abs. 2 und 3 SGB V) bestimmt. Die bisherigen Regelungen und Vorgaben zur Umsetzung des pauschalen Zuweisungsverfahrens für in DMP-eingeschriebene Versicherte entfallen.

B Stellungnahme

Es handelt sich um sachgerechte Folgeänderungen aus dem Entfall der DMP-Programmkostenpauschale ab 2028.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 4 § 17 Mitgliederbezogene Veränderung der Zuweisungen

A Beabsichtigte Neuregelung

§ 17 enthält die Vorgaben zur Berechnung der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisung. Ab dem Ausgleichsjahr 2028 sollen Krankenkassen keine Zuweisungen mehr für Teilnehmende an strukturierten Behandlungsprogrammen erhalten (DMP-Programmkostenpauschale). Durch diese Neuregelungen entfällt die bisherige Bereinigung des Zuweisungsvolumens um die DMP-Vorhaltekosten.

B Stellungnahme

Da der Wegfall der Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme durch das BAS abgelehnt wird, wird auch diese Folgeänderung abgelehnt. Auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 94 wird verwiesen.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Nr. 5 § 20 Prüfung der Datenmeldungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Ab dem Ausgleichsjahr 2028 sollen Krankenkassen keine Zuweisungen mehr für Teilnehmende an strukturierten Behandlungsprogrammen erhalten (DMP-Programmkostenpauschale). § 20 enthält die Vorgaben zur Prüfung der Datenmeldungen. Infolge der Abschaffung der Programmkostenpauschale entfallen die Übermittelung und somit auch die Prüfungen der Versichertentage aus Einschreibungen in strukturierte Behandlungsprogramme.

B Stellungnahme

Es handelt sich um sachgerechte Folgeänderungen aus dem Entfall der DMP-Programmkostenpauschale ab 2028.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 6 §§ 24 - 26

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Anforderungen an das Verfahren der Einschreibung und die Teilnahmedauer (§ 24), der erforderlichen Datenverarbeitung (§ 25) und der Zulassungsgebühren (§ 26) fallen in der RSAV weg und werden zum Teil in den § 137f bzw. § 137g SGB V ver- schoben. Dadurch fallen die bislang erforderliche Diagnosesicherung und Beendigungsgründe im DMP weg.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung des Artikel 2 Nummer 3 und 4. Da der Wegfall der Zulassung durch das BAS und der Verzicht auf die Diagnosesicherung und die Beendigungsgründe im DMP von uns abgelehnt werden, wird auch diese Änderung abgelehnt.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Nr. 7 § 27 Übergangsregelung

A Beabsichtigte Neuregelung

§ 27 enthält Übergangsregelungen zum RSA-Verfahren. Die Ergänzung im Absatz 2 Satz 1 ist eine Folgeänderung der Anpassung im § 266 Abs. 11 SGB V und stellt klar, dass die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die Krankenkassen für die Ausgleichsjahre 2025 und 2026 entsprechend der bis zum Tag der Verkündigung des Gesetzes geltenden Vorgaben der RSAV erfolgen.

Der neue Absatz 3 stellt klar, dass für die Prüfung des Ausgleichsjahres 2027 die Versichertentage aus Einschreibungen in DMP-Programme mit und ohne förmliche Zulassung durch das BAS relevant sind.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung, da sich Änderungen in den Zuweisungen für die Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen erst ab Ausgleichsjahr 2027 ergeben. Da der Wegfall der förmlichen Zulassung von DMP durch das BAS und deren befristete Förderung in 2027 abgelehnt wird (vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 94), ist auch eine Berücksichtigung der Versichertentage aus solchen Programmen bei der Zuweisungsermittlung in 2027 nicht sachgerecht. Entsprechend wird die Folgeänderung abgelehnt.

Die Klarstellung, dass für die Prüfung des Ausgleichsjahres 2027 die Versichertentage aus Einschreibungen in DMP-Programme mit und ohne förmliche Zulassung durch das BAS relevant sind, ist verzichtbar.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Artikel 17 Änderung der Arzneimittel-Nutzenbewertungsverordnung

Nr. 1 § 3 Anwendungsbereich der Nutzenbewertung nach § 35a SGB V

A Beabsichtigte Neuregelung

a) Bei dem vorliegenden Regelungsvorschlag handelt es sich um eine Folgeänderung, die sich aus der Neuregelung in § 35a Absatz 1 Satz 3 SGB V ergibt. Demnach muss der GBA eine Nutzenbewertung auch dann vornehmen, wenn der GBA gemäß § 23 Absatz 1a Satz 2 SGB V einen Beschluss zur Anwendung des Arzneimittels als Präexpositionsprophylaxe gefasst hat oder das BMG eine Rechtsverordnung gemäß § 23 Absatz 1a Satz 7 SGB V erlassen hat.

b) Bei der vorliegenden Neuregelung handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

B Stellungnahme

a) + b) Die Folgeänderung erscheint sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Nr. 2 § 4 Dossier des pharmazeutischen Unternehmers

A Beabsichtigte Neuregelung

a) Als Folgeänderung zur Neuregelung in § 35a Absatz 1 Satz 3 SGB V wird die Nutzenbewertung eines Arzneimittels auch auf Fälle der Präexpositionsprophylaxe ausgeweitet. Dies gilt sobald der GBA einen entsprechenden Beschluss nach § 23 Abs. 1a Satz 2 SGB V gefasst oder das BMG eine Rechtsverordnung nach § 23 Abs. 1a Satz 7 SGB V erlassen hat. Nach dem Beschluss oder dem Inkrafttreten der Rechtsverordnung ist das Dossier in diesen Fällen innerhalb einer Frist von vier Wochen einzureichen.
b) Bei der Anpassung unter b handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

B Stellungnahme

a) Die Regelung erscheint sachgerecht.

b) Die Folgeänderung erscheint sachgerecht

C Änderungsvorschlag

Keiner.

III. Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes

§ 15a Absatz 1 SGB V „Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung“ Eigenständige staatliche Kompetenzfeststellung für bereits qualifizierte Pflegefachpersonen

Sachstand

Pflegefachpersonen können nach § 15a Absatz 1 SGB V bestimmte Leistungen der ärztlichen Behandlung eigenverantwortlich übernehmen. Voraussetzung ist, dass sie über die dafür erforderlichen fachlichen Kompetenzen verfügen. Diese können sie durch ihre berufliche oder hochschulische Ausbildung oder durch eine staatlich anerkannte, bundesweit einheitliche Weiterbildung erwerben. Auch entsprechende Berufserfahrung zählt, wenn die Länder die vorhandenen Kompetenzen durch eine staatliche Kompetenzfeststellung nachweisen.

Für die Bewertung der Berufserfahrung verweist das Gesetz damit auf eine bundesweit einheitliche Weiterbildung. Einen davon unabhängigen Maßstab für die Kompetenzfeststellung nennt § 15a Absatz 1 SGB V bislang nicht.

Für die hochschulische Pflegeausbildung bestehen bereits bundesweit geltende Anforderungen an heilkundliche Kompetenzen. Anlage 5 Teil B der Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung (PflAPrV) beschreibt diese für diabetische Stoffwechsellagen, chronische Wunden und Demenz. Sie enthält außerdem die übergreifenden Kompetenzen, die für eine eigenverantwortliche Aufgabenübernahme erforderlich sind. § 15a Absatz 1 SGB V legt bislang nicht ausdrücklich fest, dass die Länder diese Anforderungen unmittelbar für die Kompetenzfeststellung bei bereits beruflich qualifizierten Pflegefachpersonen nutzen können.

Ergänzend kann die Fachkommission nach § 14a PflBG standardisierte Kompetenzbeschreibungen entwickeln. Diese haben empfehlenden Charakter. Die berufsrechtliche Befugnis zur eigenverantwortlichen Heilkundeausübung auf Grundlage staatlich festgestellter Kompetenzen ist bereits in § 4a PflBG verankert.

Änderungsbedarf und Begründung

Die erweiterten Befugnisse von Pflegefachpersonen sollen zeitnah in der Versorgung wirksam werden. Dafür brauchen auch Pflegefachpersonen, die bereits in der Versorgung tätig sind, einen geregelten Zugang zur eigenverantwortlichen Übernahme heilkundlicher Aufgaben. Ihre vorhandenen Kompetenzen sollen berücksichtigt und bei Bedarf durch gezielte Qualifizierung ergänzt werden.

§ 15a Absatz 1 SGB V sieht dafür bereits eine staatliche Kompetenzfeststellung durch die Länder vor. Die Vorschrift knüpft die Anerkennung von Berufserfahrung jedoch an den Maßstab einer staatlich anerkannten, bundesweit einheitlichen Weiterbildung.

Solange dieser Weiterbildungsstandard nicht feststeht, bleibt damit auch der Maßstab für die Kompetenzfeststellung offen. Das erschwert den Ländern, entsprechende Verfahren einzurichten, und verzögert den Zugang bereits berufstätiger Pflegefachpersonen zu den erweiterten Aufgaben.

Für drei heilkundliche Aufgabenfelder bestehen bereits bundesrechtliche Kompetenzanforderungen: Anlage 5 Teil B der Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung beschreibt, welche Kompetenzen Absolventinnen und Absolventen des Pflegestudiums für die Versorgung bei diabetischer Stoffwechsellage, chronischen Wunden und Demenz nachweisen müssen. Diese Anforderungen sollen auch als fachlicher Maßstab für die staatliche Kompetenzfeststellung bei bereits beruflich qualifizierten Pflegefachpersonen dienen.

Dazu ist § 15a Absatz 1 SGB V zu ergänzen. Die Länder sollen für diese drei Aufgabenfelder ein Kompetenzfeststellungsverfahren einrichten können, ohne zuvor eine bundesweit einheitliche Weiterbildung festlegen zu müssen. Auch das Vorliegen neuer Kompetenzbeschreibungen nach § 14a PflBG soll hierfür keine Voraussetzung sein.

Das Verfahren soll vorhandene Kompetenzen berücksichtigen und einen gezielten Erwerb noch fehlender Kompetenzen vorsehen. Ergänzende Qualifizierungsmaßnahmen sollen die noch bestehenden Lücken schließen. Eine staatliche Prüfung soll abschließend bestätigen, dass sämtliche für die jeweilige Aufgabenübernahme erforderlichen Kompetenzen vorliegen.

Die Änderung schafft damit einen eigenständigen, fachlich abgesicherten Zugang für bereits berufstätige Pflegefachpersonen. Sie nutzt bestehende bundesrechtliche Kompetenzanforderungen und vermeidet, dass die Umsetzung von einer vorherigen Einigung über Weiterbildungsstandards abhängt. Die nähere Ausgestaltung und Durchführung des Verfahrens verbleiben bei den Ländern.

Änderungsvorschlag

§ 15a Absatz 1 SGB V wird wie folgt geändert:
a) In Satz 1 werden die Wörter ***„aufgrund einer solchen Weiterbildung entsprechenden Berufserfahrung“*** durch die Wörter ***„aufgrund von Berufserfahrung“*** ersetzt.

b) Folgende Sätze werden angefügt:
„Bei der staatlichen Kompetenzfeststellung für heilkundliche Aufgaben bei Menschen mit diabetischer Stoffwechsellage, chronischen Wunden oder Demenz sind die für das jeweilige Aufgabenfeld einschlägigen Kompetenzen nach Anlage 5 Teil B Abschnitte II bis IV der Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung einschließlich der übergreifenden Kompetenzen nach Anlage 5 Teil B Abschnitt I dieser Verordnung zugrunde zu legen. Der Nachweis dieser Kompetenzen erfolgt durch eine staatliche Prüfung.“

§ 39e SGB V Übergangspflege im Krankenhaus

Sachstand

Die bestehende Regelung legt den Schluss nahe, dass sektorenübergreifende Versorungseinrichtungen (süV) Übergangspflege erbringen können, ohne die Voraussetzungen, die für andere Krankenhäuser gelten, erfüllen zu müssen. Dies gilt insbesondere für die Erforderlichkeit einer Anschlussversorgung und die Dokumentation des erheblichen Aufwands. Dies führt dazu, dass süV ab 2027 die Übergangspflege unter Missachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 SGB V) erbringen können. Zudem ermöglicht die jetzige Regelung, dass Krankenhäuser sich ihrer Verpflichtungen entledigen können, indem Sie Versicherte nach Abschluss der stationären Behandlung in eine süV verlegen.

Die Übergangspflege selbst stellt dabei keine medizinische Leistung im engeren Sinne dar, sondern ist eine in einigen wenigen Fällen sinnvolle Ersatzleistung, die aufgrund struktureller oder organisatorischer Unzulänglichkeiten zwischen die Krankenhausbehandlung und die Anschlussversorgung tritt.

Änderungsbedarf und Begründung

SüV sind den anderen Krankenhäusern in jeglicher Hinsicht gleichzustellen. Die maßgeblich Vorschrift ist entsprechend zu ändern. Dem wirtschaftlichen Fehlanreiz einer voraussetzungslosen Leistungserbringung, die ohne das Vorliegen einer medizinischen Notwendigkeit, erbracht werden kann, ist im Sinne des des Wirtschaftlichkeitsgebots entgegenzuwirken.

Die derzeitig laufenden Verhandlungen zur Dokumentationsvereinbarungen gemäß § 39e Absatz 2 Satz 3 SGB V führen bereits jetzt zu hohen bürokratischen Aufwänden, die im Ergebnis auch die Krankenhäuser bzw. süV in der Umsetzung der Regelung in der Versorgungsrealität treffen werden. Bei Umsetzung des untenstehenden Vorschlags bestünde keine Notwendigkeit zur Anpassung der Dokumentationsvereinbarung.

Änderungsvorschlag

In § 39e Absatz 1 SGB V ist die Gliederung nach Nummer 1 und Nummer 2 aufzuheben. Der Absatz 1 ist wie folgt zu formulieren:

„Versicherte haben im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung oder einem an einem anderen Standort eines Krankenhauses für längstens zehn Tage Anspruch auf Übergangspflege, wenn im unmittelbaren Anschluss an die Krankenhausbehandlung in diesem Krankenhaus erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem Elften Buch nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können."

§ 65a SGB V, § 10 EStG: Steuerliche Behandlung von Bonuszahlungen

Sachstand

Nach § 65a SGB V unterscheidet der Gesetzgeber zwischen Pflicht- und Optionsleistungen: Während Krankenkassen nach Absatz 1 Boni für gesetzliche Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen anbieten müssen, können sie nach Absatz 1a zusätzliche Aktivitäten für ein nachweisbar gesundheitsbewusstes Verhalten bonifizieren. Die Bonusprogramme leisten somit entsprechend der gesetzgeberischen Intention einen wichtigen Beitrag zur Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens.

Allerdings werden derzeit Bonuszahlungen für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65a SGB V steuerrechtlich als Beitragserstattungen gewertet.

Aktuell wird somit die gesundheitspolitische Zielsetzung der Bonusprogramme durch die steuerliche Behandlung der Bonuszahlungen konterkariert, da diese den Sonderausgabenabzug nach § 10 EStG mindern. Die Bonuszahlungen für gesundheitsbewusstes Verhalten werden faktisch als Beitragsrückerstattung mit entsprechenden steuerlichen Nachteilen für die Versicherten eingestuft. Die im Rahmen des Jahressteuergesetzes 2024 eingeführte 150-Euro-Vereinfachungsregelung nach § 10 Abs. 2b EStG löst dabei das grundsätzliche Problem nicht, sondern erhöht den bürokratischen Aufwand für Versicherte, Krankenkassen und Finanzämter.

Änderungsbedarf und Begründung

Bonuszahlungen nach § 65a SGB V müssen als echte, steuerfreie Leistung der Krankenkassen im Sinne des 3. Kapitels, 10. Abschnitts des SGB V („Leistungen bei Krankheit, Weiterentwicklung der Versorgung“) anerkannt werden, um die gesundheitspolitischen Ziele von Bonusprogrammen nicht durch steuerliche Belastungen der Versicherten zu konterkarieren.

Bonuszahlungen der Krankenkassen sind unabhängig von ihrer Höhe als Leistung der Krankenversicherung im Sinne des 3. Kapitels, 10. Abschnitts des SGB V („Weiterentwicklung der Versorgung“) zu bewerten. Wie an dieser Verortung erkennbar ist, stehen die Zahlungen nach § 65a SGB V im unmittelbaren Zusammenhang mit gesundheitsbezogenen Aktivitäten und dienen als Steuerungsinstrument für verantwortungsvolles Verhalten. Sie zielen nicht auf eine Reduzierung der Kostenlast für Basisleistungen der Krankenversicherung ab, womit es ihnen an der steuerrechtlich erforderlichen „Gleichartigkeit“ mit Krankenversicherungsbeiträgen fehlt.

Bonuszahlungen nach § 65a SGB V sind daher generell nicht als Beitragsrückerstattungen einzustufen, sondern als steuerfreie Leistungen der Krankenkassen.

Durch eine Klarstellung in § 10 des Einkommensteuergesetzes (EStG) ist sicherzustellen, dass solche Zahlungen rechtssicher als steuerfreie Leistungen eingeordnet werden und nicht als Beitragsrückerstattung gelten. Das schafft klare Verhältnisse für

Versicherte, Finanzämter sowie Krankenkassen und verhindert unnötigen Prüf- und Abrechnungsaufwand für alle Beteiligten.

Änderungsvorschlag

§ 10 Abs. 1 Nr. 3 Satz 1 Buchst. a Satz 2 EStG wird um folgenden Halbsatz ergänzt:
„; auf der Grundlage des § 65a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nach den Satzungen der gesetzlichen Krankenkassen erbrachte Bonusleistungen mindern diese Beiträge nicht."

Abs. 1 Nr. 3 Satz 1 Buchst. a würde dann wie folgt lauten:

3. Beiträge zu
a) Krankenversicherungen, soweit diese zur Erlangung eines durch das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch bestimmten sozialhilfegleichen Versorgungsniveaus erforderlich sind und sofern auf die Leistungen ein Anspruch besteht. 2Für Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung sind dies die nach dem Dritten Titel des Ersten Abschnitts des Achten Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder die nach dem Sechsten Abschnitt des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte festgesetzten Beiträge**; auf der Grundlage des § 65a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nach den Satzungen der gesetzlichen Krankenkassen erbrachte Bonusleistungen mindern diese Beiträge nicht.** 3Für Beiträge zu einer privaten Krankenversicherung sind dies die Beitragsanteile, die auf Vertragsleistungen entfallen, die, mit Ausnahme der auf das Krankengeld entfallenden Beitragsanteile, in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergleichbar sind; § 158 Absatz 2 des Versicherungsaufsichtsgesetzes gilt entsprechend. 4Wenn sich aus den Krankenversicherungsbeiträgen nach Satz 2 ein Anspruch auf Krankengeld oder ein Anspruch auf eine Leistung, die anstelle von Krankengeld gewährt wird, ergeben kann, ist der jeweilige Beitrag um 4 Prozent zu vermindern;

Daraus resultiert als **Folgeänderung** eine Streichung der Sätze 2 und 3 des § 10 Absatz 2b EstG

§ 10 Absatz 2b EStG würden dann wie folgt lauten:

(2b) 1Bei Vorsorgeaufwendungen nach Absatz 1 Nummer 3 hat das Versicherungsunternehmen, der Träger der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, die Künstlersozialkasse oder eine Einrichtung im Sinne des Absatzes 2 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe a Satz 2 als mitteilungspflichtige Stelle nach Maßgabe des § 93c der Abgabenordnung und unter Angabe der Vertrags- oder der Versicherungsdaten die Höhe der im jeweiligen Beitragsjahr geleisteten und erstatteten Beiträge sowie die in § 93c Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe c der Abgabenordnung genannten Daten mit der Maßgabe, dass insoweit als Steuerpflichtiger die versicherte Person gilt, an die zentrale Stelle (§ 81) zu

übermitteln; sind Versicherungsnehmer und versicherte Person nicht identisch, sind zusätzlich die Identifikationsnummer und der Tag der Geburt des Versicherungsnehmers anzugeben. ~~**2Auf der Grundlage des § 65a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nach den Satzungen der gesetzlichen Krankenkassen erbrachte Bonusleistungen gelten bis zu einer Höhe von 150 Euro pro versicherter Person und Beitragsjahr nicht als Beitragserstattung; diese Summe übersteigende Bonusleistungen gelten stets als Beitragserstattung. 3Der Steuerpflichtige kann nachweisen, dass Bonusleistungen in Höhe des übersteigenden Betrags nicht als Beitragserstattung zu qualifizieren sind.**~~ 4Satz 1 gilt nicht, soweit diese Daten mit der elektronischen Lohnsteuerbescheinigung (§ 41b Absatz 1 Satz 2) oder der Rentenbezugsmitteilung (§ 22a Absatz 1 Satz 1 Nummer 4) zu übermitteln sind. 5§ 22a Absatz 2 gilt entsprechend. 6Zuständige Finanzbehörde im Sinne des § 72a Absatz 4 und des § 93c Absatz 4 der Abgabenordnung ist das Bundeszentralamt für Steuern. 7Wird in den Fällen des § 72a Absatz 4 der Abgabenordnung eine unzutreffende Höhe der Beiträge übermittelt, ist die entgangene Steuer mit 30 Prozent des zu hoch ausgewiesenen Betrags anzusetzen.

Schaffung von Möglichkeiten der Durchführung von digitalen und hybriden Sitzungen

§ 96 Zulassungsausschüsse
§ 97 Berufungsausschüsse
§ 98 SGB V Zulassungsverordnungen
§ 36 (Zahn-)Ärzte-ZV

Sachstand

Nach den aktuellen Regelungen des § 98 SGB V i. V. m. § 36 der Zulassungsverordnungen für Ärzte und Zahnärzte können die Sitzungen der Zulassungsinstanzen unter bestimmten Voraussetzungen mittels Videotechnik durchgeführt werden. Diese Regelungen stammen noch aus der Zeit der Corona-Pandemie.

Änderungsbedarf und Begründung

Analog der Regelungen für andere Bereiche der Selbstverwaltung, sind auch für die Zulassungsinstanzen die Möglichkeiten der Durchführung von digitalen und hybriden Sitzungen unter Wahrung der ihnen obliegenden Verfahrensziele zu schaffen. Soweit erforderlich können die jeweiligen Geschäftsordnungen notwendige Festlegungen zur Einhaltung des Datenschutzes, zur IT-Sicherheit oder zu den Auswirkungen von technischen Störungen auf die Sitzungsdurchführung enthalten. Bei einer digitalen Sitzung nehmen nach der Legaldefinition des § 64a Absatz 2 Satz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) alle Teilnehmenden ohne persönliche Anwesenheit am Sitzungsort durch zeitgleiche Bild-Ton-Übertragung an der Sitzung teil. Als hybride Sitzung im Sinne des § 64a Absatz 1 Satz 1 SGB IV wird eine Sitzung bezeichnet, an der Teilnehmende sowohl vor Ort als auch durch Zuschaltung mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung teilnehmen. Die Durchführung hybrider und digitaler Sitzungen schließt dabei regelmäßig auch die Durchführung von Abstimmungen ein.

Durch die Möglichkeit der Durchführung von digitalen und hybriden Sitzungen können Verfahren vereinfacht, digitalisiert und beschleunigt sowie Aufwand und Kosten gespart werden. Insoweit wird durch die Änderung zum einen Bürokratie abgebaut und die ehrenamtliche Tätigkeit der Ausschussmitglieder gefördert.

Änderungsvorschlag

In § 96 Absatz 3 SGB V wird folgender Satz 3 angefügt:
„***Die Zulassungsausschüsse können in ihren Geschäftsordnungen Regelungen zur Durchführung von Sitzungen als digitale Sitzung oder als hybride Sitzung treffen.***“

In § 98 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V werden die Worte „***Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die***“ gestrichen und die Worte „***mittels Videotechnik***“ durch „***als digitale Sitzung oder als hybride Sitzung***“ ersetzt.

§ 36 Absatz 1 Ärzte-ZV und § 36 Absatz 1 Zahnärzte ZV wird in Satz 2 durch den folgenden Satz ersetzt:
„Sitzungen sind als Präsenzsitzungen oder als digitale Sitzung oder als hybride Sitzung durchzuführen."

§ 36 Absatz 3 Ärzte-ZV und § 36 Absatz 3 Zahnärzte-ZV werden gestrichen.

§ 36 Absatz 4 Ärzte-ZV und § 36 Absatz 4 Zahnärzte-ZV wird durch den folgenden Absatz ersetzt:
„(4) Hat der Zulassungsausschuss entschieden, eine Sitzung, bei der die Patientenvertreterinnen und -vertreter oder die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde ein Mitberatungsrecht haben, als digitale Sitzung oder als hybride Sitzung durchzuführen, so können diese ihr Mitberatungsrecht wahrnehmen, indem sie vor Ort oder durch Zuschaltung mittels zeitgleicher Bild- und Tonübertragung an der Sitzung teilnehmen."

§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

Sachstand

Der Bewertungsausschuss Ärzte legt die vertragsärztliche Vergütung für Leistungen des ambulanten Operierens fest.

Änderungsbedarf und Begründung

In der kurzfristigen Perspektive ist es notwendig, dass der Bewertungsausschuss Ärzte beauftragt wird, die Punktzahlbewertung zu überprüfen. Nach den Daten der Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamtes gehen die Reinerträge bei fachärztlichen Praxen zwischen denjenigen, die operieren, und denjenigen, die nicht operieren, immer weiter auseinander. Das geschieht zu Lasten der fachärztlichen Grundversorgung, die ein elementarer Bestandteil der fachärztlichen Versorgung ist, da diese zunehmend unattraktiver wird. Die zunehmende Professionalisierung im Bereich des ambulanten Operierens wird im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) nur unzureichend abgebildet. Die Professionalisierung trägt dazu bei, dass Prozessabläufe optimiert, OP-Räumlichkeiten besser genutzt werden etc. Hierdurch sinken die Kosten je erbrachter Leistung. Sowohl die zunehmende Professionalisierung als auch die allgemeine Fixkostendegression bei steigender Menge machen die Implementierung

einer sinkenden Bewertung im EBM notwendig. In der mittelfristigen Perspektive bedarf es einer empirischen Kostenkalkulation für die im EBM abgebildeten Leistungen. Der Gesetzgeber hat die Notwendigkeit der empirischen Kalkulation von Leistungen bereits bei der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB anerkannt**.** Die angedachte Abschaffung von Hybrid-DRGs negiert wiederum nicht den Handlungsbedarf bei der Findung von sachgerechten Vergütung im vertragsärztlichen Bereich nicht. Hierbei geht es nicht um eine Absenkung, sondern um eine adäquate Ausfinanzierung.

Änderungsvorschlag

Es wird ein neuer Absatz 2r hinzugefügt:

„Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab festgelegten Leistungen des ambulanten Operierens sind mit Ausnahme der Leistungen, die im Rahmen einer Phakoemulsifikation erbracht werden, bis zum 31. Dezember 2027 zu überprüfen. Der Bewertungsausschuss hat bei der Bewertung der im einheitlichen Bewertungsmaßstab festgelegten Leistungen des ambulanten Operierens zu berücksichtigen, dass die Bewertungen mit zunehmend erbrachter Menge ab einem Schwellenwert sinken.

Es wird ein neuer Absatz 2s hinzugefügt:

„Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab festgelegten Leistungen des ambulanten Operierens sind ab dem 1. Januar 2030 ausschließlich auf Grundlage empirischer Kostendaten festzulegen. Hierfür übermitteln die an der vertragsärztlichen Versorgung

teilnehmenden Leistungserbringer, die diese Leistungen erbringen, auf Anforderung des Instituts des Bewertungsausschusses alle hierfür erforderlichen Daten, einschließlich der für die empirische Kostenkalkulation erforderlichen Daten aus der privatärztlichen Leistungserbringung. Das Nähere zur Erfassung und Übermittlung beschließt der Bewertungsausschuss bis zum 31. Dezember 2027. In dem Beschluss sind die Kriterien für die Auswahl der Leistungserbringer nach Satz 1 (repräsentative Stichprobe) festzulegen. Die übermittelnden Leistungserbringer erhalten für die Erfassung und Übermittlung der Daten eine Aufwandsentschädigung. Die Höhe der Aufwandsentschädigung wird in dem Beschluss nach Satz 3 festgelegt. Die zu erfassenden Daten haben alle mit den Leistungen verbundenen Kosten wie Sachkosten, das Leistungsgeschehen und eine Ermittlung der jeweiligen Praxisstrukturen zu beinhalten. Ab dem Kalenderjahr 2030 werden die Leistungen und deren Vergütung jährlich auf Basis der jeweils vorliegenden Daten angepasst.

§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

Sachstand

Der Bewertungsausschusses Ärzte hat bei der Entscheidung zur Abbildung vertragsärztlicher Leistungen auch notwendige Begleitmaterialien zu berücksichtigen. Diese werden häufig über Sachkostenpauschalen abgebildet.

Änderungsbedarf und Begründung

Im Zuge der Abbildung von Sachkosten im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) muss hierbei auf Angaben von Herstellern, sonstigen Anbietern, Leistungserbringern und weiteren Akteuren zurückgegriffen werden, die jedoch nicht auskunftspflichtig sind. Diese Informationsasymmetrie benachteiligt einseitig die Kostenträger und belastet die Versichertengemeinschaft.

Damit der Bewertungsausschuss in die Lage versetzt wird, Regelungen im EBM entsprechend der tatsächlichen und wirtschaftlichen Preisgrenzen anzupassen, ist eine gesetzliche Verankerung eines so genannten Auskunftspflichtverfahrens notwendig. Hersteller und sonstige Anbieter müssen verpflichtet sein, Angaben gegenüber Auskunftsberechtigten zu tätigen.

In Analogie zum Arzneimittelbereich können bereits gesetzlich verankerte Auskunftsverfahren herangezogen werden: Krankenkassen sind nach § 129 Abs. 5c SGB V berechtigt, Nachweise über die tatsächlichen vereinbarten Preise für Fertigarzneimittel in parentalen Zubereitungen bei pharmazeutischen Herstellern bzw. Großhändlern einzufordern.

Änderungsvorschlag

Es wird in § 87 Abs. 2 SGB V die Sätze 10 bis 12 (neu) ergänzt:

„Die Höhe der durch den Bewertungsausschuss beschlossenen Vergütungen von Sachkosten ist in regelmäßigen Abständen, mindestens aber alle vier Jahre, zu überprüfen. Der Bewertungsausschuss kann hierzu von Herstellern oder sonstigen Anbietern von Sachkosten Auskunft zu den Abnehmern, den abgegebenen Mengen und den tatsächlich abgerechneten Preisen für die Sachkosten verlangen. Die Hersteller oder sonstigen Anbieter von Sachkosten sind zur Auskunft verpflichtet. Klagen gegen den Auskunftsanspruch haben keine aufschiebende Wirkung; ein Vorverfahren findet nicht statt."

Schaffung einer Prüfmöglichkeit von Sachkostenabrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung

Sachstand

Materialien, deren Kosten gemäß Kapitel 7.3 Allgemeinen Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) nicht in den Gebührenordnungspositionen enthalten bzw. nicht in anderen z.B. regionalen Vereinbarungen geregelt sind, können im vertragsärztlichen Bereich als Sachkosten abgerechnet werden, wenn keine Vereinbarung mit den Herstellern vorliegt. Bei einer Vielzahl von Produkten kommt es daher zu einer Abrechnung der individuellen Sachkosten anhand der Originalrechnungen der Hersteller.

Änderungsbedarf und Begründung

Im vertragsärztlichen Bereich bedarf es einer Stärkung der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Krankenkassen im Einzelfall. Grundsätzlich gilt zwar das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V. Für die Arztpraxen bestehen jedoch nur geringe Anreize hinsichtlich eines wirtschaftlichen Bezugs und Einsatzes entsprechender Produkte. Sachkosten werden in der Regel abgerechnet, nachdem die Leistung bereits erbracht und das Produkt angewendet wurden. Die Krankenkassen sind verpflichtet, die tatsächlich entstandenen Kosten zu tragen. Ohne weitere Prüf- und Vergleichsmöglichkeit können die Krankenkassen ihrem gesetzlichen Auftrag zur Überwachung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit nicht nachkommen. Das Wirtschaftlichkeitsprinzip läuft hier zum Nachteil der Solidargemeinschaft ins Leere.

Änderungsvorschlag

Es wird § 106e SGB V (neu) hinzugefügt:

„Die Krankenkasse oder ein von ihr mit der Abrechnung von Sachkosten beauftragter Dritter prüft die Abrechnung von Sachkosten durch geeignete Art und Weise auf Wirtschaftlichkeit. Zur Prüfung sollen bis zu drei Vergleichswerte bereits erstatteter Rechnungen des verwendeten bzw. eines vergleichbaren Produkts herangezogen werden. Die Hersteller und sonstige Anbieter von Sachkosten sind zu einer entsprechenden Auskunft der tatsächlich realisierten Preise verpflichtet. Die Abrechnung von Sachkosten gilt als unwirtschaftlich, wenn diese um 30 von Hundert die herangezogenen Vergleichswerte übersteigen. Die Krankenkassen sind berechtigt unwirtschaftliche Abrechnungen auf den Durchschnitt der herangezogenen Vergleichswerte zu kürzen. Die Krankenkasse soll von einer Kürzung absehen, wenn die Abweichung nachvollziehbar begründet wurde."

§134 SGB V - Abschaffung freie Preisbildung DiGA im ersten Jahr der Listung

§ 134 SGB V - Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Herstellern digitaler Gesundheitsanwendungen über Vergütungsbeträge; Verordnungsermächtigung

Sachstand

DiGA beanspruchen bislang eine initiale Preisfreiheit im ersten Jahr der Listung. Hersteller können somit im Fast-Track-Verfahren ihre Preise frei festsetzen, ohne dass diese in der Einführungsphase ausreichend reguliert oder an einen gesicherten Nutzennachweis gekoppelt sind. In der Praxis hat dies zu deutlich steigenden Ausgaben der GKV geführt, obwohl der tatsächliche Versorgungseffekt vieler Anwendungen begrenzt oder noch nicht abschließend belegt sei. DiGA sind ausdrücklich als Hilfsmittel mit digitalen Skaleneffekten anzusehen, bei denen die variable Kostenstruktur sehr gering ist.

Änderungsbedarf und Begründung

Es besteht ein klarer Reformbedarf, da die bestehende Preisfreiheit wirtschaftlich nicht gerechtfertigt ist und Fehlanreize setzt. Die Kritik richtet sich insbesondere auf den Fakt, dass hohe Preise bereits in der Erprobungsphase zulasten der GKV verfestigt werden und spätere Preissteuerungsinstrumente nur begrenzt korrigierend wirken. Zudem werde der Preis derzeit nicht systematisch an Evidenz, Nutzen oder Abgabemengen gekoppelt.

Digitale Produkte unterliegen aufgrund ihrer theoretisch unbegrenzten Skalierbarkeit keinen vergleichbaren Kostenstrukturen wie klassische Hilfsmittel oder Arzneimittel. Hohe Einstiegspreise seien daher weder durch Produktions- noch durch Vertriebskosten gerechtfertigt. Zudem gefährdet die Preisfreiheit die Finanzstabilität der GKV, da DiGA-Ausgaben dynamisch wachsen, ohne dass ein proportionaler Versorgungsmehrwert nachweisbar sei. Das Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12

SGB V wird bislang nicht ausreichend durchgesetzt.

Änderungsvorschlag

§ 134 Absatz 1

Für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 33a vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hersteller auf Bundesebene eine Rahmenvereinbarung über die verbindliche Preisfindung digitaler Gesundheitsanwendungen.
~~Der Hersteller kann im ersten Jahr nach Aufnahme der digitalen Gesundheitsanwendung in das Verzeichnis nach § 139e Absatz 1 den Preis frei festlegen.~~

Ab dem Tag der Aufnahme in das Verzeichnis nach § 139e Absatz 1 ist der Erstattungsbetrag zwischen dem Hersteller und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu vereinbaren.

Streichung der Erprobungsregelung für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) - § 139e SGB V -Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen; Verordnungsermächtigung

Sachstand

Nach geltender Rechtslage (§ 139e SGB V) können digitale Gesundheitsanwendungen auch ohne vollständigen Nachweis eines positiven Versorgungseffekts befristet zur Erprobung in das DiGA Verzeichnis aufgenommen werden. Während dieser Erprobungsphase sind sie voll erstattungsfähig. Die Regelung sollte ursprünglich Innovationen fördern und Evidenzaufbau ermöglichen. In der Praxis hat sich die Erprobung jedoch zu einem dauerhaften Marktzugangsinstrument mit erheblichen Ausgabenwirkungen entwickelt, ohne dass der Nutzennachweis stets zeitnah oder überzeugend gelingt. Die Erprobungsphase ist damit faktisch Teil der Regelversorgung geworden.

Änderungsbedarf und Begründung

Aus Sicht der Krankenkassen besteht ein klarer Reformbedarf, da die Erprobungsregelung ein zentrales Einfallstor für ungesicherte Leistungen im GKV System darstellt. Sie führt zu einer Umkehr des Regel Ausnahme Verhältnisses: Statt nur evidenzbasierte Leistungen zu erstatten, finanziert die GKV zunächst Anwendungen und prüft den (ggf. nicht vorhandenen) Nutzen erst nachgelagert. Die vollständige Erstattung von DiGA ohne gesicherten Nutzennachweis widerspricht dem Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V). Digitale Anwendungen weisen geringe Grenzkosten und hohe Skalierbarkeit auf, sodass Fehlentscheidungen in der frühen Phase zu dauerhaften Ausgabenrisiken führen. Zudem hat sich gezeigt, dass der Evidenzaufbau auch ohne privilegierten Marktzugang möglich ist. Die AOK schließt sich der Forderung der FKG daher ausdrücklich an, die Erprobung nicht innerhalb der Regelversorgung, sondern außerhalb der GKV-Erstattung durchzuführen.

Änderungsvorschlag

§ 139e Absatz 4 SGB V (Streichung)

~~**Wird der positive Versorgungseffekt noch nicht vollständig nachgewiesen, kann das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte die digitale Gesundheitsanwendung befristet zur Erprobung in das Verzeichnis aufnehmen.**~~

§ 139e Absatz 1 Satz 1 (Neufassung)

In das Verzeichnis nach Absatz 1 können nur solche digitalen Gesundheitsanwendungen aufgenommen werden, für die ein positiver Versorgungseffekt nach Maßgabe dieses Gesetzbuches nachgewiesen ist.

§ 33a Absatz 1 Satz 1 SGB V (Klarstellung) mit Verweis auf § 139e SGB V

Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen, soweit deren positiver Versorgungseffekt nachgewiesen ist und sie in das Verzeichnis nach § 139e Absatz 1 aufgenommen wurden.

Einführung eines 14-tägigen Testzeitraums für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)

Sachstand

Derzeit entsteht der volle Leistungsanspruch auf eine digitale Gesundheitsanwendung mit der vertragsärztlichen Verordnung oder Genehmigung durch die Krankenkasse (§ 33a SGB V). Eine Möglichkeit zur unverbindlichen Erprobung durch Versicherte besteht nicht. In der Praxis zeigt sich jedoch, dass ein erheblicher Teil der DiGA frühzeitig nicht oder nur sehr kurz genutzt wird. Abgaben und Kosten fallen gleichwohl vollständig zulasten der GKV an, unabhängig davon, ob die Anwendung tatsächlich genutzt oder als geeignet empfunden wird.

Änderungsbedarf und Begründung

Aus Sicht der Krankenkassen besteht Bedarf an einem kurzen, vorgeschalteten Testzeitraum, der es Versicherten ermöglicht, eine DiGA kennenzulernen und ihre grundsätzliche Eignung zu prüfen, bevor ein dauerhafter Leistungs- und Vergütungsanspruch ausgelöst wird. Ein 14-tägiger Testzeitraum stärkt die Patientenorientierung, da Versicherte fundiert entscheiden können, ob eine DiGA ihren Erwartungen, technischen Voraussetzungen und individuellen Bedürfnissen entspricht. Gleichzeitig werden Fehlanreize und unnötige Ausgaben reduziert, da Kosten bzw. ein Vergütungsanspruch nur dann entstehen, wenn die Anwendung tatsächlich weiter genutzt wird. Angesichts der geringen Grenzkosten digitaler Anwendungen ist ein zeitlich begrenzter Test wirtschaftlich vertretbar und systemgerecht.

Änderungsvorschlag

§ 33a Absatz 1b SGB V (neu)

Versicherte können eine digitale Gesundheitsanwendung für einen Zeitraum von bis zu 14 Tagen ab erstmaliger Freischaltung zu Testzwecken nutzen (Testzeitraum). Während des Testzeitraums entsteht kein Anspruch auf Vergütung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der Anspruch nach Absatz 1 beginnt erst, wenn die versicherte Person nach Ablauf des Testzeitraums die weitere Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung ausdrücklich bestätigt.

§ 33a Absatz 1c SGB V (neu)

Wird die Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung nach Ablauf des Testzeitraums nicht fortgesetzt, entfällt der Anspruch auf Vergütung

Einführung von Zuzahlungen für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) - § 33a SGB V i. V. m. § 61 SGB V

Sachstand

Nach geltender Rechtslage (§ 33a SGB V) sind digitale Gesundheitsanwendungen für Versicherte zuzahlungsfrei. Unabhängig von Preis, Nutzungsdauer oder Therapietreue entstehen für Versicherte keine Eigenbeteiligungen. Die vollständige Kostenübernahme durch die GKV begünstigt eine breite Nutzung, führt jedoch auch zu hohen Abgabemengen, teils ohne gesicherten oder nachhaltigen Versorgungseffekt. Steuerungs- und Wertanreize auf Versichertenseite fehlen bislang vollständig.

Änderungsbedarf und Begründung

Aus Sicht der Krankenkassen besteht ein klarer Änderungsbedarf, da die vollständige Zuzahlungsfreiheit ein zentraler Fehlanreiz im DiGA-System ist. Selbst die Finanz-Kommission Gesundheit empfiehlt, DiGA nicht länger grundsätzlich von Zuzahlungen auszunehmen, sondern sie – wie andere Hilfsmittel – in die Systematik der Eigenbeteiligung einzubeziehen. Ziel ist eine maßvolle Beteiligung der Versicherten zur Stärkung von Wirtschaftlichkeit und bewusster Nutzung. Die Einführung einer Zuzahlung dient mehreren Zielen:

Erstens stärkt sie die Kosten und Nutzenwahrnehmung bei Versicherten und reduziert ungesteuerte oder kurzfristige Nutzungen. Zweitens trägt sie zur finanziellen Entlastung der GKV bei, ohne den Zugang zu notwendigen Anwendungen grundsätzlich zu gefährden. Drittens schafft sie Systemgerechtigkeit, da DiGA derzeit gegenüber vergleichbaren Hilfsmitteln privilegiert sind. Die Zuzahlung wirkt dabei nicht als Zugangshürde, sondern als Lenkungsinstrument im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 SGB V).

Änderungsvorschlag

§ 33a Absatz 1 Satz 1 SGB V (Ergänzung)
Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen. Für digitale Gesundheitsanwendungen leisten Versicherte eine Zuzahlung nach Maßgabe des Absatzes 1a.
§ 33a Absatz 1a SGB V (neu)
Versicherte leisten für digitale Gesundheitsanwendungen eine Zuzahlung in Höhe von 10 % des zum Zeitpunkt der Abgabe geltenden Erstattungsbetrages. Die Zuzahlung entfällt, soweit Versicherte nach § 62 von Zuzahlungen befreit sind. Im Übrigen gelten die Vorschriften über Zuzahlungen entsprechend

§ 295 SGB V Übermittlungspflichten, Verpflichtung zur Empfangsbereitschaft bei ärztlichen Leistungen | § 301 SGB V Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen

Sachstand

Es wird ein Mengenfeld in den OPS-Katalog eingeführt, in dem die Dosierung von Arzneimitteln, die Anzahl von Implantaten oder anderen Medizinprodukten, Therapieeinheiten und andere Mengenangaben angegeben wird. Der Vorschlag dient dem Bürokratieabbau, der Erhöhung der Transparenz und der Vereinfachung der Abrechnung. Mit dem Vorschlag lassen sich mehrere tausend bestehende OPS-Kodes einsparen. Die Angabe von Mengen im OPS-Katalog erfordert zurzeit, dass jeder Kode nach Größe, Anzahl oder Menge unterschieden wird. Daraus resultieren eine Vielzahl von endstelligen "Unterkodes", die die jeweilige Information zur Menge enthalten.

Änderungsbedarf und Begründung

Die Einführung des Mengenfeldes würde die Abrechnung von allen mengenabhängigen Leistungen erheblich vereinfachen. Eine exakte (nicht mehr in Klassen) Bestimmung der im Einzelfall verabreichten Menge oder Dosis ermöglicht dem InEK eine genauere Kalkulation. Die Menge an endstelligen OPS Kodes würde drastisch reduziert werden. Fehlkodierungen durch falsche Angaben von endstelligen Kodes würden vermindert werden. Die elektronische Plausibilisierung von Eingaben würde durch ein Mengenfeld deutlich erleichtert werden, was ebenfalls Fehlkodierungen vermindern würde. Die Systematik wird übersichtlicher, da bei stark ausdifferenzierten Mengenbereichen das Ausweichen auf weitere Nummernkreise vermieden werden kann. Beispielsweise gibt es im OPS 246 Kodes für verschiedene Dosisklassen an Thrombozytenkonzentraten, aber lediglich sechs unterschiedliche Produktarten. Auch ein ungewöhnlich hoher Verbrauch eines Medikaments oder eine ungewöhnlich hohe Anzahl bestimmter Medizinprodukte wird sachgerecht abgebildet und verschwindet nicht in einer Dosisklasse „mehr als…“, was für die anwendenden Einrichtungen zu einer erheblichen Unterfinanzierung führen kann. Bei Fallzusammenführungen ist derzeit aufgrund der komplizierten Kodierung von unterschiedlichen Dosisklassen noch eine umständliche manu-elle Neuberechnung und Umkodierung erforderlich, die derzeit nur schwer digitalisierbar ist. Schließlich ist es bei der Vereinbarung von Zusatzentgelten bereits jetzt schon gängige Praxis, diese gar nicht anhand der OPS Kodes zu vereinbaren, sondern nach der tatsächlich verwendeten Menge des Therapeutikums (z.B. bei Gerinnungsfaktoren, hier kommt es gehäuft zu Vereinbarungen je mg, damit exakte Angaben und Preise durch Wiederholung des Entgeltes zum exakten Wert führen). Mit der Einführung eines Mengenfeldes wird die genaue Erfassung der applizierten Mengen möglich, ohne dass durch große Dosisintervalle eine Über -oder Unterfinanzierung entsteht und Fehlanreize gesetzt werden, bestimmte Schwellenwerte zu überschreiten. Mit der exakten Dosisangabe würden sich Zusatzentgelte auch über einfache

Mengenpreise definieren lassen und so eine leistungsgerechte Kostenerstattung ermöglichen. Dies führt zu einer wirtschaftlicheren und sachgerechteren Versorgung von Patientinnen und Patienten.

Mit konkreten Mengenangaben können kostentrennende Schwellen besser identifiziert werden, als es die bisherigen Intervall-Kodes erlauben. Insbesondere die mittlerweile häufigen Nachbesserungen bei innovativen Medikamenten, bei denen primär zu geringe Dosisobergrenzen definiert worden sind, könnten entfallen und damit die Unterfinanzierung bis zur Etablierung weiterer Dosisklassen. Entsprechende Vorschläge wurden bereits seit 2005 mehrfach beraten. Bereits 2017 wurde in der AG OPS des Kuratoriums für Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG), dem für die Weiterentwicklung des OPS zuständigen Beratungsgremium, mehrheitlich die grundsätzliche Entscheidung getroffen, die OPS Systematik mit einem dimensionslosen Mengenfeld zu ergänzen, um auf die bisher übliche Mengenstaffelung der entsprechenden OPS-Kategorien verzichten zu können. In den nachfolgenden Jahren wurden immer wieder entsprechende Vorschläge in das Vorschlagsverfahren für die Weiterentwicklung des OPS eingereicht. Ihre Umsetzung scheiterte aber regelmäßig daran, dass in der AG OPS final keine Einigkeit erzielt werden konnte. Die Einführung eines Mengenfelds zieht Anpassungen bei der Krankenhausabrechnung nach sich, daher hätte eine solche Entscheidung nur im Konsens getroffen werden können. Da die in der Vergangenheit nicht erreichbar war, bedarf es der Änderung der Rechtsgrundlage. Die Umsetzung macht zwar Anpassungen der Datenübermittlung nach § 301 SGB V und damit der Grouper-Software, den Entgeltkatalogen und der klinischen Kodiersysteme erforderlich, wird aber letztendlich zu einer erheblichen Vereinfachung der Datenerhebung und Kodierung führen. Diese ist in vielen klinischen Dokumentationssystemen im Prinzip schon vorbereitet. Es liegen auch bereits konkrete Anwendungsbeispiele sowie Mustervorschläge für die Metadaten vor, sodass eine Umsetzung mittelfristig erfolgen.

Änderungsvorschlag

In § 295 Abs. 1 SGB V werden nach Satz 5 die folgenden Sätze 6 und 7eingefügt, die nachfolgenden Sätze werden zu den Sätzen 8 - 12:
„Bei der Kodierung von Operationen und sonstigen Prozeduren nach Satz 4 ist die Anzahl oder Menge und die Einheit in einem gesondertem Mengenfeld anzugeben. Das Nähere hierzu legt das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte bis zum 31.10.2027 fest.“

In § 301 SGB V werden folgende Ergänzungen vorgenommen: Absatz 2b (neu):
„Bei der Kodierung von Operationen und sonstigen Prozeduren nach Satz 4 ist die Anzahl oder Menge und die Einheit in einem gesondertem Mengenfeld anzugeben. Das Nähere hierzu legt das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte bis zum 31.10.2027 fest.“

Harmonisierung der Qualitätssicherungsverfahren in der Rehabilitation

Sachstand

Bei der medizinischen Rehabilitation besteht die Dualität zwischen den Trägern Kranken- (GKV) und Rentenversicherung (DRV).

Rehabilitationseinrichtungen haben eine gesetzliche Verpflichtung zur Qualitätssicherung (QS) gemäß § 137 d i. V. m. § 135 a Abs. 2 Satz 1 SGB V für die GKV und gemäß § 15 Abs. 3 Nr. 2 SGB VI i.V.m § 37 SGB IX für die DRV. Diese gesetzliche Verpflichtung verursacht sowohl bei den Trägern, als auch bei den Rehabilitationseinrichtungen in der praktischen Umsetzung einen hohen administrativen und zeitlichen Aufwand. Die Qualitätssicherung in der Rehabilitation für ambulante sowie stationäre Rehabilitationseinrichtungen und stationäre Vorsorgeeinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach §§ 111, 111 a oder 111 c SGB V wird bisher gemäß der „Vereinbarung des GKV-SV und der Träger der DRV über die weitere Zusammenarbeit in der Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation" aus Oktober 2013 entweder von der GKV oder von der DRV durchgeführt.

Die Verfahren unterscheiden sich grundsätzlich in der Methodik und die Ergebnisse sind nicht unmittelbar vergleichbar. Seitens der DRV werden bereits aufwandsarm zu generierende Routinedaten genutzt, welche die therapeutischen Leistungen abbilden. Weitere träger- und sektorenübergreifenden Daten, z. B. zu ambulanten oder stationären Vor- oder Nachbehandlungen, bzgl. Arzneimitteln, sonstiger therapeutischer Leistungen oder zu Heil- und Hilfsmitteln, werden derzeit nicht genutzt.

Bisher erfolgte die Zuordnung zum jeweiligen Verfahren nach dem sog. Hauptbelegerprinzip, d. h. derjenige Träger, der die meisten RehabilitantInnen in einer Reha-Einrichtung versorgt, übernimmt für diese die Qualitätssicherung. Aufgrund von Änderungen durch das Flexirentengesetz wird seitens der DRV zunehmend davon abgewichen. Die QS-Ergebnisse von Einrichtungen werden im Webportal der DRV nur mit einem Durchschnittswert ihrer Qualitätsergebnisse dargestellt, wenn sie am QS-Verfahren der GKV teilnehmen. Auch die öffentliche Berichterstattung erfolgt für jeden Trägerbereich separat und die verschiedenen Qualitätsergebnisse sind für die Nutzenden nicht transparent.

Änderungsbedarf und Begründung

Für die Kostenträger, Leistungserbringer und die öffentliche Berichterstattung werden bundesweite Qualitätsergebnisse bisher separat über die QS-Verfahren der GKV und der DRV erhoben und bereitgestellt. Daraus folgt, dass erheblicher bürokratischer Aufwand sowohl in der Vorhaltung und Weiterentwicklung durch die Träger, als auch für die Rehabilitations-Einrichtungen bei der Durchführung entsteht. Darüber hinaus liegen z. B. dem Kostenträger GKV keinerlei QS-Informationen einer Einrichtung/einer Fachabteilung vor, wenn diese am QS-Verfahren der DRV teilnimmt und umgekehrt.

Die Teilnahme am QS-Verfahren der DRV ist gem. Flexirentengesetz verpflichtend, sofern die Reha-Einrichtung einen Vertrag nach SGB IX mit der DRV abgeschlossen hat. Damit wäre die bisherige Regelung (Beteiligung am Verfahren des Hauptbelegers) obsolet und würde dazu führen, dass Einrichtungen an beiden Verfahren teilnehmen müssen. Dieses führt zusätzlich zu einem hohen Bürokratieaufwand in den Reha-Einrichtungen. Daher ist die kostenträgerbezogene strikte Trennung der QS-Verfahren nicht sachgerecht.

Ziele sind die Vergleichbarkeit der Qualitätsergebnisse für alle Reha-Einrichtungen, die Transparenz für die Versicherten durch ein einheitliches Public Reporting und eine Detektion von Verbesserungspotenzialen im Versorgungsgeschehen. Diese Punkte zahlen zusätzlich auf einen Bürokratieabbau ein.

Änderungsvorschlag

Für die Harmonisierung bzw. Zusammenführung der beiden QS-Verfahren von GKV und DRV zu einem gemeinsamen QS-Verfahren soll für alle Indikationen und Rehabilitationsformen (außer Geriatrie, Neurologie Phase C/D und Mutter-Vater-Kind) trägerübergreifend eine gesetzliche Grundlage im SGB geschaffen werden.

Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen – Datenaustausch zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen | § 301 SGB V

Änderungsbedarf und Begründung

Die nach § 301 Abs. 3 SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu schließende Datenübermittelungsvereinbarung umfasst nach Nr. 4 auch ein Verfahren zur Übermittlung eines Antrages auf Anschlussrehabilitation durch das Krankenhaus auf Wunsch und mit Einwilligung der Versicherten im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern.

Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) wurde § 301 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum 20.07.2021 ergänzt und die gesetzliche Grundlage für eine Übermittlung der Daten zum Antrag auf Anschlussrehabilitation im Wege elektronischer Datenübertragung durch das Krankenhaus an die Krankenkasse geschaffen. Der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) haben das Nähere zum Verfahren der Übermittlung des Antrags auf Anschlussrehabilitation im Wege elektronischer Datenübertragung in einer Datenübermittlungs-Vereinbarung und Technischen Anlage vereinbart. Seit dem 01.11.2024 können die Krankenhäuser den Antrag auf Anschlussrehabilitation im Wege elektronischer Datenübertragung übermitteln. Eine gesetzlich verpflichtende Regelung zur Übermittlung im Wege elektronischer Datenübertragungen besteht jedoch nicht.

Der Datenaustausch Anschlussrehabilitation stellt einen wichtigen Beitrag zur Entbürokratisierung und Digitalisierung des Prozesses zur Beantragung von Leistungen zur Anschlussrehabilitation dar. Darüber hinaus wird mit diesem Verfahren im Gegensatz zum bisherigen datenschutzrechtlich kritisch zu betrachtenden Faxverfahren eine datenschutzkonforme Übermittlung des Antrages auf Anschlussrehabilitation ermöglicht. Neben den bereits bestehenden vereinheitlichten Inhalten des Vordrucksatzes AR-Antrag (Antrag und Ärztlicher Befundbericht) unterstützt der Datenaustausch Anschlussrehabilitation die Standardisierung des Bedarfsermittlungsprozesses und somit die Umsetzung des § 11 SGB IX. Darüber hinaus erhöht die Übermittlung im Wege elektronischer Datenübertragungen durch den hohen Anteil von Pflichtfeldern die Ausfüllqualität des Ärztlichen Befundberichtes und trägt zur Vereinfachung und Beschleunigung des Antragsverfahrens bei. Diese Aspekte können jedoch nur gewährleistet werden, soweit Krankenhäuser am Datenaustausch Anschlussrehabilitation teilnehmen. Werden Anträge auf Anschlussrehabilitation nicht im Wege elektronischer Datenübertragung übermittelt, verhindert dies nicht nur eine Prozessoptimierung, sondern bedingt auf Seiten der Krankenkassen einen Nacherfassungsaufwand und somit erhöhte Verwaltungskosten.

Trotz einer ausreichenden Vorlaufzeit zur Implementierung des Datenaustauschs Anschlussrehabilitation übermitteln derzeit lediglich etwa 25 Prozent aller Krankenhäuser den Antrag auf Anschlussrehabilitation im Wege elektronischer Datenübertragung. Nachvollziehbare Gründe für die Nichtteilnahme am Datenaustausch Anschlussrehabilitation sind nicht erkennbar. Vielmehr kann nicht ausgeschlossen werden, dass die fehlende gesetzliche Verpflichtung zur Übermittlung des Antrags auf Anschlussrehabilitation im Wege elektronischer Datenübertragung die Teilnahme verzögert oder verhindert.

Durch eine gesetzliche Verpflichtung zur Übermittlung des Antrags auf Anschlussrehabilitation im Wege elektronischer Datenübertragung werden die Potenziale der Digitalisierung und der Entbürokratisierung besser genutzt, das Verfahren der Antragstellung weitergehend vereinheitlicht, beschleunigt, datenschutzrechtlich verbessert und dessen Qualität optimiert. Es wird deshalb vorgeschlagen, die Übermittlung des Antrags auf Anschlussrehabilitation in den Katalog der verpflichtend im Wege der elektronischen Datenübertragung zu übermittelnden Angaben in § 301 Abs. 1 SGB V aufzunehmen.

Änderungsvorschlag

In § 301 Abs. 1 Satz 1 SGB V wird in der Nummer 10 der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 11 ergänzt:

„**11. bei Bestehen eines Bedarfs an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Angaben zum Antrag auf Anschlussrehabilitation.**“

Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen - Datenaustausch zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen | § 301 SGB V

Änderungsbedarf und Begründung

Nach § 301 Absatz 4 SGB V sind Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen verpflichtet, den Krankenkassen bei stationärer oder ambulanter Behandlung die in Nummer 1 bis 7 definierten Angaben im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Zur Ausgestaltung der Datenübermittlung und des Abrechnungsverfahrens verweist § 301 Absatz 4 Satz 4 SGB V auf § 301 Absatz 3 SGB V, wonach zwischen dem GKV-Spitzenverband Bund und der Deutschen Krankenhausgesellschaft eine Datenübermittelungsvereinbarung zu schließen ist.

Durch den Verweis in § 301 Absatz 4 Satz 4 SGB V auf § 301 Absatz 3 SGB V ist das Nähere zur Datenübermittlung und zum Abrechnungsverfahren zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu vereinbaren. Am Datenaustauschverfahren nach § 301 Abs. 4 SGB V sind jedoch nicht Krankenhäuser, sondern Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen beteiligt. Die Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft an einer entsprechenden Datenübermittlungsvereinbarung ist somit weder systematisch noch inhaltlich begründbar. Zum anderen sind die in § 301 Absatz 3 Satz 1 Nummern 4 bis 6 SGB V geregelten Inhalte nicht einschlägig für den Datenaustausch nach § 301 Absatz 4 SGB V zwischen den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und den Krankenkassen.

Ungeachtet der rechtlichen und systematischen Unstimmigkeiten durch den Verweis in § 301 Abs. 4 Satz 4 SGB V haben der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Rentenversicherung Bund sowie die maßgeblichen Bundesverbände der Rehabilitationseinrichtungen eine „Rahmenvereinbarung über das Verfahren zur Abrechnung und Übermittlung von Daten zwischen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen und der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 301 Abs. 4 SGB V) sowie der gesetzlichen Rentenversicherung“ (Datenübermittlungs-Rahmenvereinbarung vom 6. März 2012 in der Fassung vom 14. Oktober 2022) abgeschlossen, welche auch die in § 301 Absatz 3 Nummer 1 bis 3 SGB V beschriebenen Sachverhalte umfasst.

Im Interesse der Rechtsklarheit sollten in § 301 Absatz 4 Satz 4 SGB V die maßgeblichen Bundesverbände der Rehabilitationseinrichtungen als Vereinbarungspartner der Datenübermittlungsvereinbarung gesetzlich bestimmt werden

Änderungsvorschlag

§ 301 Abs. 4 Satz 4 SGB V wird durch folgenden Satz ersetzt:

„Das Nähere über Form und Inhalt der erforderlichen Daten, die Zeitabstände für die Übermittlung der Angaben nach Satz 1 und das Verfahren der Übermittlung vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemeinsam mit den für

die Wahrnehmung der Interessen der Rehabilitationseinrichtungen nach dem Sozialgesetzbuch maßgeblichen Bundesverbänden."

§ 301 Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen – Datenaustausch zwischen Vorsorge- und Reha-Einrichtungen und Krankenkassen

Änderungsbedarf und Begründung
Nach § 301 Absatz 4 SGB V sind Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen verpflichtet, den Krankenkassen bei stationärer oder ambulanter Behandlung erforderliche Angaben im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Die zu übermittelnden Angaben sind gesetzlich definiert (§ 301 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 bis 7 SGB V).

In der Rahmenvereinbarung über das Verfahren zur Abrechnung und Übermittlung von Daten zwischen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen und der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 301 Absatz 4 und 4a SGB V) sowie der gesetzlichen Rentenversicherung (Datenübermittlungs-Rahmenvereinbarung) wurde zum 01.04.2023 die Möglichkeit geschaffen, dass Krankenkassen auf elektronischem Weg Belegungsanfragen für ihre Versicherten an Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen übermitteln können. Korrespondierend dazu wurde eine Antwort durch die angefragten Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen vorgesehen. In der Praxis hat sich dieses elektronische Verfahren bisher nicht etabliert, da es keine gesetzliche Verpflichtung gibt. In § 301 Absatz 4 Satz 1 SGB V sind Daten und Sachverhalte genannt, welche von den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen verpflichtend an die Krankenkassen zu übermitteln sind. Der Prozess der Belegungsanfrage und der Antwort zur Belegungsmöglichkeit ist darin bisher nicht aufgeführt.

Die vollständige Abwicklung der Kommunikation zwischen Krankenkassen und Vorsorge- sowie Rehabilitationseinrichtungen im Wege elektronischer Datenübertragung nach § 301 Absatz 4 SGB V stellt einen wichtigen Beitrag zur Beschleunigung, Entbürokratisierung und Digitalisierung der Prozesse zur Bewilligung, Aufnahme sowie Verlängerung und Abrechnung von Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation dar. Darüber hinaus werden mit der elektronisch übermittelten Belegungsanfrage und -antwort die Abläufe zur Auswahl der geeigneten Einrichtung wesentlich optimiert. Diese Aspekte können jedoch nur gewährleistet werden, soweit alle Beteiligten, das heißt die Krankenkassen auf der einen Seite und die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen auf der anderen Seite diese Geschäftsvorfälle anwenden. Werden Belegungsanfragen bzw. -antworten nicht im Wege elektronischer Datenübertragung übermittelt, verhindert dies nicht nur eine Prozessoptimierung, -automatisierung und -beschleunigung, sondern bedingt beiderseitig Mehraufwände durch Bürokratie und somit erhöhte Verwaltungskosten. So entstehen bei der manuellen Erstellung und Übermittlung von Schreiben oder telefonischen Nachfragen und Antworten erhöhte Aufwände. Insbesondere bei der zeitsensiblen Anschlussrehabilitation kann der analoge Informationsaustausch negative Auswirkungen auf den weiteren Behandlungsprozess nehmen.

Vor diesem Hintergrund wird vorgeschlagen, in § 301 Absatz 4 SGB V die Belegungsanfrage sowie die dazugehörige Antwort über die Belegungsmöglichkeit als weitere verpflichtende Geschäftsvorfälle aufzunehmen, um eine vollständige und flächendeckende digitale Kommunikation sicherzustellen.

Daneben sollte in § 301 Absatz 4 Satz 1 die Formulierung gestrichen werden: *„[...] oder maschinell verwertbar auf Datenträgern [...]"*, da eine Übermittlung auf Datenträgern nicht mehr zeitgemäß ist. Im Sinne der Datensparsamkeit sollten zudem in § 301 Absatz 4 Satz 1 SGB V in

- Nr. 4 die vorgesehene Übermittlung der Arztnummer des einweisenden Arztes ersatzlos entfallen, da diese der Krankenkasse bereits im Rahmen des Antragsverfahrens über die Verordnung der medizinischen Rehabilitation mitgeteilt wird und deshalb eine zusätzliche Information über die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung nicht erforderlich ist sowie

- Nr. 5 die Angabe *„[...], die Uhrzeit [...]"* gestrichen werden, da die Angabe über die Uhrzeit der Entlassung in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nicht relevant ist; es findet keine (Weiter-)Verarbeitung dieser Information statt.

Änderungsvorschlag

§ 301 Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach den §§ 111, 111a oder § 111c besteht, sind verpflichtet**,** den Krankenkassen **auf deren elektronisch übermittelte Belegungsanfrage die Antwort über eine Belegungsmöglichkeit und** bei stationärer oder ambulanter Behandlung folgende Angaben im Wege elektronischer Datenübertragung ~~oder maschinell verwertbar auf Datenträgern~~ zu übermitteln:

1 die Angaben nach § 291a Absatz 2 Nummer 1 bis 10 sowie das interne Kennzeichen der Einrichtung für den Versicherten,

2. das Institutionskennzeichen der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung und der Krankenkasse,

3. den Tag der Aufnahme, die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, die voraussichtliche Dauer der Behandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung,

~~4. bei ärztlicher Verordnung von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen die Arztnummer des einweisenden Arztes,~~

~~5.~~**4** den Tag~~, die Uhrzeit~~ und den Grund der Entlassung oder der externen Verlegung sowie die Entlassungs- oder Verlegungsdiagnose; bei externer Verlegung das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution,

~~6~~**5**. Angaben über die durchgeführten Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen sowie Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen,

~~7~~**6**. die berechneten Entgelte.

Die Übermittlung der medizinischen Begründung von Verlängerungen der Verweildauer nach Satz 1 Nr. 3 sowie Angaben nach Satz 1 Nr. ~~6~~**5** ist auch in nicht maschinenlesbarer Form zulässig. Für die Angabe der Diagnosen nach Satz 1 Nr. 3 und ~~5~~**4** gilt Absatz 2 entsprechend.“

§ 21 Krankenhausentgeltgesetz

Sachstand

Nach derzeitiger Rechtslage ist der in § 21 Krankenhausentgelt beschriebene Datenbestand („21er Daten“) nur einem kleinen Kreis von Empfängern (z. B. InEK, Forschungseinrichtungen) und das auch nur für bestimmte Zwecke zugänglich.

Krankenkassen hingegen, die in unterschiedlichster Weise in die Krankenhausplanung gesetzlich eingebunden sind und die zuständigen Landesministerien und -behörden in ihrer Arbeit unterstützen sind jedoch nicht berechtigt, diese Daten anzufordern und für die Zwecke der Versorgungs- und Krankenhausplanung auszuwerten.

Änderungsbedarf und Begründung

Der oben kurz beschriebene Umstand macht es insbesondere vor dem Hintergrund der ab 2028 leistungsgruppenbezogenen Krankenhausplanung der Länder den Krankenkassen unmöglich, ihrer Verantwortung in den unterschiedlichen Gremien (z. B. Krankenhausplanungsausschüsse, gemeinsame Landesgremien nach § 90a SGB V) informiert und fachgerecht nachzukommen. Darüber hinaus bleibt ihnen ohne die Bereitstellung der selbstverständlich anonymisierten und pseudonymisierten „21er Daten“ - dies ist bereits jetzt so in § 21 Krankenhausentgeltgesetz geregelt - ein wichtiges Instrument vorenthalten, ohne das sich der Auftrag an die Krankenkassen, das Leistungsangebot und die Qualität der Leistungen sowie die Wirtschaftlichkeit der stationären Krankenhausversorgung zu erhöhen (§ 4a Absatz 1 Satz 1 SGB V) schwerlich erfüllen lässt.

Änderungsvorschlag

Nach § 21 Absatz 3e Krankenhausentgeltgesetz wird ein neuer Absatz 3f eingeführt:

„**Die Datenstelle hat auf Anforderung die Daten gemäß Absatz 1 an die Landesverbände der Krankenkassen gemäß § 207 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu übermitteln. Die Landesverbände der Krankenkassen dürfen die Daten nach Absatz 1 für die in § 4a Absatz 1 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch sowie für ergänzende Analysen, die der Weiterentwicklung der Entgeltsysteme dienen, auswerten**.“

Nationale Umsetzung der Richtlinie (EU) 2026/799 zur Harmonisierung bestimmter Aspekte des Insolvenzrechts

Sachstand

Nach derzeit geltender Rechtslage sind die Sozialversicherungsträger in Deutschland in Insolvenzverfahren den einfachen Insolvenzgläubigern gleichgestellt. Dies führt dazu, dass bereits gezahlte Sozialversicherungsbeiträge im Wege der Insolvenzanfechtung von Insolvenzverwaltern zurückgefordert und der Insolvenzmasse zugeführt werden können. Durch diese Insolvenzanfechtungen werden den Kranken- und Pflegekassen (und damit auch den AOKs) und den übrigen deutschen Sozialversicherungsträgern insgesamt jährlich Beitragsmittel in Höhe von mehreren 100 Mio. Euro zweckentfremdend und zur Aufstockung der Insolvenzmasse entzogen.

Änderungsbedarf und Begründung

Die langjährige Forderung der deutschen Sozialversicherung, dass Sozialversicherungsbeiträge, die von später insolventen Unternehmen gezahlt wurden, von der Anfechtung durch Insolvenzverwalter ausgenommen werden können, fand nun Eingang in die EU-Richtlinie zur Harmonisierung bestimmter Aspekte des Insolvenzrechts.

Mit der Veröffentlichung der neuen EU-Insolvenz-Richtlinie im EU-Amtsblatt besteht nun die Möglichkeit, die in Artikel 7 Absatz 3 der Richtlinie formulierte Ausnahme in deutsches Recht umzusetzen. Die Richtlinie eröffnet die Möglichkeit, Zahlungen an Sozialversicherungsträger von der Insolvenzanfechtung auszunehmen oder bevorzugt zu behandeln und damit den Sozialversicherungsträgern und damit auch den Kranken- und Pflegekassen zur Verfügung zu stellen.

Dieser Gestaltungsspielraum muss genutzt werden, um die Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme zu stabilisieren.