



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 08.08.2024

zum Gesetzentwurf zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der
Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz - GVSG)

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	4
II. Stellungnahme	8
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	8
Nr. 1 – § 10 – Versicherung der Familienangehörigen	8
Nr. 2 – § 28 – Ärztliche und zahnärztliche Behandlung	10
Nr. 3 – § 33 Abs. 5c (neu) SGB V – Empfehlungen für die Versorgung mit Hilfsmitteln durch Ärzte in sozialpädiatrischen Zentren und medizinischen Behandlungszentren	11
Nr. 4 – § 34 - Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel	14
Nr. 6 a) – § 87 Abs. 2b S. 7ff. - Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	15
Nr. 6c) – § 87 Abs. 2q- Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	17
Nr. 7 – § 87a – Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten	18
Nr. 8 – § 87b) Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung)	23
Nr. 9a) b) – § 91	24
Nr. 10 a) und c) – § 92	25
Nr. 10b – § 92 Absatz 3a - Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	26
Nr. 10d) i) – § 92 Absätze 5 S.1, 6 S. 2, 6 a) b) c), 7 b) c) g)	28
Nr. 10 e) – § 92 Abs. 6 Satz 2	29
Nr. 10f. aa) – § 92 Abs. 6a - Psychotherapie-Richtlinie	30
Nr. 10g) – § 92 Abs.7 h - neu	31
Nr. 11a) – § 95 - Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung	32
Nr. 11 b) – § 95 - Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung	33
Nr. 12 – § 101 – Überversorgung	36
Nr. 13 – § 105 - Förderung der vertragsärztlichen Versorgung	37
Nr. 14 – § 106b – Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen	38
Nr. 15 – § 116b Absätze 5a und 5b (NEU) – Ambulante spezialfachärztliche Versorgung	39
Nr. 16 – Hochschulambulanzen	41
Nr. 17 – § 119c – Medizinische Behandlungszentren	42
Nr. 18 – § 120 – Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen	43
Nr. 19 – § 136 Absatz 3	44
Artikel 20 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	45
Nr. 20 – § 136 b	45

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	46
Nr. 21 – § 137f - Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten	46
Nr. 22 – § 140f Absatz 2	47
Nr. 23 a) – § 197a Abs. 1 SGB V (NEU)	48
Nr. 23 b) – § 197a Abs. 3 b Nr. 6 SGB V (neu)	49
Nr. 23c – § 197a Abs. 3 c SGB V (neu)	52
Nr. 23d – § 197a Abs. 7 SGB V (neu)	53
Nr. 24 – § 217f SGB V - Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen	54
Nr. 25 – § 226 - Beitragspflichtige Einnahmen während eines Freiwilligendienstes	62
Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	63
Nr. 1 – § 25 - Versicherung der Familienangehörigen	63
Nr. 2 – § 47 a Abs. 3 Nr. 7 SGB XI (neu)	64
Nr. 3 – § 53 - Aufgaben auf Bundesebene	65
Nr. 5 – § 57 - Beitragspflichtige Einnahmen während eines Freiwilligendienstes	67
Artikel 3 (Änderung der Bundeshaushaltsordnung)	68
§ 112 - Sonderregelungen	68
Artikel 4 (Änderung des Arzneimittelgesetzes)	69
§ 78 - Preise	69
Artikel 5 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)	70
§ 26 – Zusatzentgelt für Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 im Krankenhaus	70
Artikel 6 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)	71
§ 31	71
III. Ergänzender Änderungsbedarf	72
Artikel 1 (Änderung Fünftes Buches Sozialgesetzbuch)	72
§ 35a SGB V - Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen,	
Verordnungsermächtigung	72
§ 85 Abs. 3 Satz 2	75
§ 87 - Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	
§ 92 - Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	76
§ 87a Absatz 3 – Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung,	
Behandlungsbedarf der Versicherten	78
§ 87f NEU	79
§ 123 - Übermittlung und Nutzung von Daten ambulanter Krankenhausleistungen (neu) § 115b -	
Ambulantes Operieren im Krankenhaus § 115f - Spezielle sektorengleiche Vergütung,	
Verordnungsermächtigung Änderung des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre	
Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG § 21 - Übermittlung und Nutzung von	
Daten	88

I. Vorbemerkung

Der Gesetzentwurf für den Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz - GVSG) enthält verschiedene Maßnahmen, mit denen die finanzielle Attraktivität einer Tätigkeit im hausärztlichen Bereich gestärkt werden soll. Außerdem soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) weiterentwickelt werden. Hierzu soll die Interessenvertretung der Pflege sowie die Patientenvertretung gestärkt, die Entscheidungen der Selbstverwaltung beschleunigt und die Mitsprachemöglichkeiten der Vertretungen der Hebammen, wissenschaftlicher Fachgesellschaften und weiterer Betroffener ausgebaut werden. Ferner ist vorgesehen die Transparenz über das Leistungsgeschehen und die Servicequalität der Kranken- und Pflegekassen zu erhöhen. Diese für die GKV zentralen Punkte bewertet der GKV-Spitzenverband wie folgt:

Vorhaltepauschale und Versorgungspauschale als Ansatzpunkte zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung

Mit dem Gesetzentwurf soll eine Vorhaltepauschale im hausärztlichen Versorgungsbereich eingeführt werden. Diese kann nur abgerechnet werden, wenn Hausarztpraxen bestimmte Kriterien erfüllen, wie z. B. eine Mindestanzahl betreuter Patienten, regelmäßige Hausbesuche, bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten oder die vorrangige Erbringung von originär hausärztlichen Leistungen. Diese Regelung dient der Verbesserung der hausärztlichen Versorgung der Versicherten und wird vom GKV-Spitzenverband ausdrücklich unterstützt. Die Verknüpfung der Vorhaltepauschale mit der Erfüllung von Kriterien liefert wirksame Anreize für die Arztpraxen und wird die hausärztliche Versorgung für die Versicherten insgesamt stärken. Insbesondere dürfte die Mindestanzahl an Hausbesuchen zu einer Verbesserung der Versorgung von pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten in der Häuslichkeit führen. Auch der Einbezug von digitalen Anwendungen wie z. B. der regelhaften Nutzung der elektronischen Patientenakte und der kontinuierlichen Aktualisierung des Medikationsplanes wird dazu beitragen, die Qualität der hausärztlichen Behandlung zu verbessern.

Mit der Einführung einer hausärztlichen Versorgungspauschale, die einmal jährlich abrechnungsfähig sein soll, soll die bisherige quartalsweise Chronikerpauschale des EBM ersetzt werden. Der GKV-Spitzenverband teilt die Zielstellung der Reduktion von medizinisch nicht erforderlichen Arzt-Patienten-Kontakten und begrüßt die vorgesehene Neuregelung mittels einer Versorgungspauschale. Da mit der Erhöhung des Pauschalisierungsgrades jedoch auch Transparenz über die Art und Menge der erbrachten Leistungen verloren geht und um die Auswirkungen auf die Versorgung der Versicherten regelmäßig zu evaluieren und ggf. frühzeitig steuernd einwirken zu können, sollte der Bewertungsausschuss zusätzlich gesetzlich mit einem Qualitätsmonitoring beauftragt werden. Außerdem sollten weitere Freiheiten wie Halbjahrespauschalen oder Zuschläge für Mehrkontakte bei der Ausgestaltung der Versorgungspauschale ermöglicht werden, um eine medizinisch ausreichende Versorgung auch von Chronikern mit hohem Versorgungsbedarf zu gewährleisten. Um Mehrkosten für die GKV zu vermeiden, wird im Gesetz eine finanzneutrale Umsetzung durch den Bewertungsausschuss festgeschrieben. Dies ist zu begrüßen, da bereits bestehende Vergütungen durch die Pauschalen ersetzt werden.

Drohende Fehlanreize durch eine Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung

Die hausärztliche Tätigkeit soll durch eine vollständige Entbudgetierung dauerhaft finanziell attraktiver ausgestaltet werden. Hierfür sieht der GKV-Spitzenverband unter den bestehenden Gegebenheiten keine Notwendigkeit. Der Reinertrag der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner ist nach der Kostenstrukturstatistik des Statistischen Bundesamtes von durchschnittlich 188.000 Euro je Praxisinhaber im Jahr 2019 um 17 % auf 220.000 Euro je Praxisinhaber im Jahr 2021 bereits sehr deutlich angestiegen. Im gleichen Zeitraum sind die durchschnittlichen Bruttomonatsverdienste der vollzeitbeschäftigten Arbeitnehmer gemäß Statistischem Bundesamt um lediglich 2,7 % gestiegen.

Mit der vorgesehenen Entbudgetierung wird nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes kein relevanter Anreiz für eine hausärztliche Tätigkeit in unterversorgten, vor allem ländlichen Regionen erzielt werden können, da die Auszahlungsquoten hier bereits bei nahezu 100 % liegen. Zudem gibt es für die gezielte Förderung strukturschwacher Regionen oder Einzelleistungen bereits gesetzliche Regelungen, die im Rahmen der regionalen Honorarverhandlungen regelhaft genutzt werden. Dass mit dem vorliegenden Gesetzentwurf pauschal alle allgemeinen hausärztlichen Leistungen als besonders förderungswürdig eingestuft werden sollen, ist inhaltlich nicht nachvollziehbar und würde dem Ziel entgegenwirken, medizinisch nicht notwendige Arztkontakte zu reduzieren. Durch die vorgesehene Entbudgetierung entsteht die Gefahr einer weiteren Konzentration ärztlicher Tätigkeit sowie einer medizinisch nicht notwendigen und unwirtschaftlichen Leistungsausweitung in den bereits überversorgten Gebieten. Eine Verbesserung der Versorgung in sozial benachteiligten Quartieren in städtischen Ballungsräumen ist nicht zu erwarten, da dafür notwendige Steuerungsmechanismen, wie eine feingranulare Zulassung, fehlen. Zur flächendeckenden Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung und Lösung von Nachbesetzungsproblemen bei freiwerdenden Arztsitzen bedürfte es gezielterer Maßnahmen wie bspw. die Entwicklung neuer Arbeits- und Niederlassungsmodelle anstatt der finanziellen Anreizsetzung durch Aufhebung der Budgetierung nach dem Gießkannenprinzip.

Der GKV-Spitzenverband sieht sich in dieser Einschätzung vollumfänglich durch den aktuellen Bericht des Bundesrechnungshofes (BRH) über die extrabudgetäre Vergütung von ärztlichen Leistungen in der ambulanten Versorgung (Ausschussdrucksache 20(14)144 vom 13.11.2023) bestätigt. Der BRH empfiehlt, die geltenden Regelungen für hausärztliche Leistungen nicht aufzuheben. Sofern die Entbudgetierung die Versorgungsqualität in unterversorgten Regionen verbessern soll, ist sie auf diese Regionen zu beschränken und die Zielerreichung regelmäßig kritisch zu überprüfen. Von einer weitergehenden Entbudgetierung wird vor dem Hintergrund von Wirtschaftlichkeit und Versorgungsqualität, der schwierigen finanziellen Lage der GKV sowie der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung abgeraten. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) sollte der Regelfall bei der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen sein. Der Ausgabenanteil extrabudgetärer Leistungen an der gesamten ärztlichen Vergütung sollte wieder deutlich reduziert werden. Sofern Leistungen extrabudgetär vergütet werden, muss dies entweder durch Wirtschaftlichkeit oder eine höhere Qualität der Versorgung gerechtfertigt sein.

Die vorgesehene Art der Entbudgetierung verbindet darüber hinaus die Honorargarantie der MGV im Falle eines Leistungsrückgangs mit der Honorargarantie der extrabudgetären Vergütung im Falle eines Leistungsanstiegs. Selbst wenn die Menge der abgerechneten allgemeinen hausärztlichen Leistungen

unverändert bliebe, verursacht die vorgesehene Entbudgetierungsregelung bereits Zusatzausgaben für die Krankenkassen von voraussichtlich etwa 300 Mio. Euro pro Jahr in Form zusätzlich zu leistender Ausgleichszahlungen. Derartige Mehrausgaben allein zur Steigerung der finanziellen Attraktivität der hausärztlichen Tätigkeit ohne Verbesserung der Versorgung sind auch angesichts der gesamtwirtschaftlichen Lage nicht nachvollziehbar. Jeder Prozentpunkt eines Mengenanstiegs verursacht weitere Mehrausgaben der Krankenkassen von jeweils rund 100 Mio. Euro pro Jahr. Sollte es zu einem deutlichen Rückgang der hausärztlichen Behandlungsmenge kommen, erhielten die Hausärztinnen und -ärzte durch die vorgesehene Regelung immer noch mindestens dasselbe Honorar auch für weniger Leistung. Die vorgesehene Neuregelung wird daher grundsätzlich abgelehnt. Im Falle einer Entbudgetierung der Fachärzte wäre unmittelbar mit zusätzlichen Ausgaben von 2,6 Mrd. Euro allein durch das Entfallen der Abstufung der ausgezahlten Honorare sowie erheblichen weiteren Ausgabenzuwächsen aufgrund deutlicher Mengeneffekte zu rechnen.

Widersprüchliche Neuregelungen beim Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Der Gesetzentwurf adressiert mit zahlreichen Neuregelungen die Weiterentwicklung des G-BA. Insbesondere sollen die Beratungen im G-BA beschleunigt, die wissenschaftlichen Fachgesellschaften noch stärker einbezogen und die Interessenvertretung der Pflege sowie der Patientenvertretung gestärkt werden. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist darauf hinzuweisen, dass diese Regelungen gegenläufige Auswirkungen auf die Beratungsprozesse im G-BA haben. Einerseits sollen die Mitsprache- und Stellungnahmemöglichkeiten für verschiedene, im G-BA bereits etablierte und neue Player in den Beratungen auf mehreren Arbeitsebenen deutlich erweitert und der Patientenvertretung zusätzlich ein Vetorecht zur Beschlusshemmung im Plenum eingeräumt werden. Die Beratungsverfahren im G-BA werden damit komplexer und schon aus rechtsformalen Gründen langwieriger. Andererseits sollen die Verfahren im G-BA durch weitere - z. T. deutlich verkürzte - Fristvorgaben beschleunigt werden. Schon in den letzten Jahren hat der G-BA seine Möglichkeiten der Verfahrensverkürzung weitgehend ausgeschöpft. Anstelle von immer restriktiveren Vorgaben für die Arbeit des G-BA sollte der Fokus grundsätzlich wieder auf eine Stärkung der Selbstverwaltung gelegt werden.

Größere Transparenz über Service- und Leistungsqualität der Krankenkassen

Zur Verbesserung der Transparenz für gesetzlich Krankenversicherte werden die Krankenkassen verpflichtet, künftig jährlich einheitliche Kennzahlen und Informationen zu ihrer Service- und Leistungsqualität zu erheben. Diese Kennzahlen und Informationen sind vom GKV-Spitzenverband einheitlich und verbindlich in einer Richtlinie festzulegen und jährlich auf einer digitalen Plattform zu veröffentlichen. Das Grundanliegen, die Transparenz über die Service- und Leistungsqualität zu verbessern, ist nachvollziehbar. Deshalb hat die GKV mit den in den Gremien des GKV-Spitzenverbandes abgestimmten „Gemeinsamen Empfehlungen zu Grundlagen von Transparenzberichten“ vom 07.12.2022 bereits ein Bekenntnis zur Herstellung von mehr Transparenz über die Service- und Versorgungsqualität der Krankenkassen abgegeben. Der Gesetzentwurf greift diese Empfehlungen zwar auf, geht aber deutlich darüber hinaus. Der Aussagewert von einzelnen Kennzahlen wie Genehmigungsquoten von Anträgen für Versicherte erschließt sich nicht. Zudem ist die Veröffentlichungspflicht auf einem Vergleichsportal inkonsistent zur Aufgaben- und Kompetenzstruktur innerhalb des GKV-Systems.

Diskriminierungsfreier Zugang zur Ambulanten Versorgung

Die Digitalisierung der Terminvermittlung bietet erhebliche Potenziale, um den Zugang von gesetzlich versicherten Menschen zur ambulanten Versorgung zu verbessern. Allerdings muss bei der Nutzung von digitalen Terminvermittlungsmöglichkeiten ein diskriminierungsfreier Zugang für Patientinnen und Patienten sichergestellt werden. Die Plattformen müssen konsequent auf den Patientenbedarf ausgerichtet werden, etwa durch eine kurzfristige Terminvergabe im Falle von einer notwendigen ambulanten Akutversorgung. Von einer digital unterstützten Optimierung von Praxisabläufen profitieren vor allem gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten durch frühere Termine. Derzeit können Angebote gezielt danach ausgerichtet sein, Versicherte bei der Terminvergabe zu bevorzugen, mit denen eine optimale Vergütung für den Arzt realisiert werden kann. Letztendlich führt dies zu einer Einschränkung der freien Arztwahl. Der GKV-Spitzenverband unterbreitet daher als ergänzenden Änderungsbedarf einen Vorschlag, bei dem das entscheidende Kriterium für die Terminvergabe die Dringlichkeit der Behandlung ist.

Nachfolgend nimmt der GKV-Spitzenverband zu den einzelnen Regelungen im Detail Stellung.

II. Stellungnahme

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 – § 10 – Versicherung der Familienangehörigen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die mit dem Flexirentengesetz geschaffene stufenlose Wahl einer Teilrente zwischen 10 und 99 % der Vollrente ermöglicht es, den Zahlbetrag der Rente gerade soweit abzusenken, dass die Einkommensgrenze in der Familienversicherung nach § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 erster Teilsatz SGB V nicht (mehr) überschritten wird. Damit eröffnet sich für viele privat krankenversicherte Rentenbeziehende der Weg in die Familienversicherung des gesetzlich krankenversicherten Ehegatten oder Lebenspartners, ohne dass etwaige Beschränkungen dem Wechsel des Versicherungssystems entgegenstehen.

Mit der vorliegenden Regelung wird der Zugang zur GKV über die beitragsfreie Familienversicherung für privat krankenversicherte Rentenbeziehende ausgeschlossen, deren Vollrentenanspruch oberhalb der Gesamteinkommensgrenze der Familienversicherung liegt und die nur durch die Wahl einer Rente wegen Alters als Teilrente die Voraussetzungen für die Familienversicherung erfüllen.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt. Sie schließt die mit dem Flexirentengesetz entstandene Gesetzeslücke in der Systemabgrenzung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung.

Darüber hinaus ist dringend eine weitere Lücke in der Systemabgrenzung zu schließen.

Im Kern geht es darum, dass im Zusammenspiel von nationalem Recht und EU- bzw. Abkommensrecht durch die wechselseitige Anerkennung von Versicherungszeiten im jeweils anderen Staat beim Zugang in die sozialen Sicherungssysteme Personen, die zeitweise im Ausland gegen Krankheit versichert waren, in der Folge ein Zugang in die GKV ermöglicht wird, den sie ohne die zwischenzeitliche Versicherungszeit im Ausland nach inländischem Maßstab nicht gehabt hätten.

Dies gilt insbesondere für Personen, die das 55. Lebensjahr vollendet haben und in den letzten 5 Jahren nicht gesetzlich krankenversichert waren. Sie gelangen bei Aufnahme einer grundsätzlich versicherungspflichtigen Beschäftigung im Inland zumeist nicht mehr in die GKV, weil sie als versicherungsfrei gelten (§ 6 Absatz 3a SGB V). Diese restriktive Vorschrift dient der strikten Trennung der Krankenversicherungssysteme und soll die GKV davor schützen, dass langjährig privat versicherte Personen erst im Alter die Vorzüge des solidarischen Systems entdecken, das sie in jungen Jahren gemieden haben. Eine – ggf. auch kurze – Versicherungszeit im Ausland hebt die vorgenannte Ausschlussregelung allerdings aus.

Das bedeutet, dass beispielsweise die sich an die „Rückkehr“ anschließende Aufnahme einer mehr als geringfügigen Beschäftigung auch bei über 55-jährigen Personen den Eintritt der Versicherungspflicht nicht ausschließt, weil eben die für den gesetzlichen Ausschluss geforderten Voraussetzungen („... in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert ...“) nicht mehr erfüllt sind.

Ein Zugang der über 55-Jährigen in die ansonsten „verschlossene“ GKV wird ferner über die Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V ermöglicht. Denn über eine – ggf. zeitlich nur kurze – Erwerbstätigkeit im Ausland begründete Versicherungszeit wird das Tatbestandsmerkmal „zuletzt gesetzlich krankenversichert“ erfüllt, ohne dass die Altersgrenze oder der Umstand Berücksichtigung findet, dass in dem Zeitraum zuvor kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im Inland bestand.

Die Thematik ist regelungsbedürftig. Zwar sind entsprechende Mengengerüste nicht valide greifbar, jedoch nehmen in letzter Zeit auch mediale Berichte zu, in denen auf die Möglichkeiten eines GKV-Zugangs über den beschriebenen Weg hingewiesen und zugleich über Praktiken von auf diesen Weg fokussierten „Dienstleistern“ berichtet wird, die zumindest den Verdacht wecken, in missbräuchlicher Absicht zu agieren. Die Beobachtungen der Mitgliedskassen des GKV-Spitzenverbandes bestätigen diesen Eindruck.

Es bedarf daher einer Regelung, die einerseits die im Zusammenspiel von nationalem Recht und EU- bzw. Abkommensrecht verankerte wechselseitige Anerkennung von Versicherungszeiten im jeweils anderen Staat nicht in Frage stellt, andererseits aber den im hiesigen Sozialversicherungsrecht gleichermaßen verankerten Grundsatz der Systemabgrenzung zwischen GKV und privater Krankenversicherung angemessen Rechnung trägt und erkennbare Lücken sachgerecht schließt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner (betreffend die Regelung zur Familienversicherung).

Um die weitere Lücke in der Systemabgrenzung zu schließen, ist nach dem Vorbild des § 6 Absatz 3a SGB V eine Regelung über die Versicherungsfreiheit von Personen zu schaffen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres einen Tatbestand der Versicherungspflicht erfüllen (einschließlich der Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V) und deren (letzte) gesetzliche Versicherung auf einer Versicherungszeit im Ausland basiert, durch die jedoch bei sinngemäßer Anwendung des § 6 Absatz 3a SGB V in Deutschland es nicht zu einer gesetzlichen Krankenversicherung gekommen wäre.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 – § 28 – Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung in § 28 SGB V sieht vor, dass bei Vorliegen einer Überweisung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt künftig vor einer ambulanten Psychotherapie kein Konsiliarbericht mehr eingeholt werden muss.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung ist sachgerecht. Erfolgt die psychotherapeutische Behandlung auf Überweisung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt, kann davon ausgegangen werden, dass eine Einschätzung beispielsweise bezüglich weiterer ggf. notwendiger Untersuchungen oder Kontraindikationen für eine Psychotherapie erfolgt ist. Der Verzicht auf die Einholung des Konsiliarberichts erleichtert den Beginn einer Psychotherapie.

Ein weiterer Ansatzpunkt zur Vereinfachung der sektorenübergreifenden Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen ist der Verzicht auf die Einholung eines Konsiliarberichts nach einer stationären Behandlung gemäß § 39 SGB V bei einer erforderlichen ambulanten psychotherapeutischen Weiterbehandlung; entsprechend sollte der Konsiliarbericht unter bestimmten Bedingungen durch den Entlassbrief des Krankenhauses ersetzt werden. Dies kann eine schnellere Anschlussbehandlung ermöglichen, da das Aufsuchen einer Vertragsärztin oder eines Vertragsarztes im Anschluss an den stationären Aufenthalt nicht mehr erforderlich wäre.

Mit dieser Regelung wäre auch sichergestellt, dass die behandelnde Psychotherapeutin oder der behandelnde Psychotherapeut zeitnah über die durchgeführte stationäre Behandlung, deren Ergebnisse und über die noch vorhandene Symptomatik der Patientin oder des Patienten sowie über die Weiterbehandlungsempfehlungen des Krankenhauses informiert ist und somit die Behandlung wesentlich besser und zielgenauer planen kann.

C) Änderungsvorschlag

§ 92 Absatz 6a Satz 3 sollte folgendermaßen gefasst werden: „Die Richtlinien nach Satz 1 haben darüber hinaus Regelungen zu treffen über die inhaltlichen Anforderungen an den Konsiliarbericht und an die fachlichen Anforderungen des den Konsiliarbericht (§ 28 Abs. 3) abgebenden Vertragsarztes sowie die Erforderlichkeit nach einer stationären Behandlung gemäß § 39 für eine Verbesserung der sektorübergreifenden Versorgung.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 – § 33 Abs. 5c (neu) SGB V – Empfehlungen für die Versorgung mit Hilfsmitteln durch Ärzte in sozialpädiatrischen Zentren und medizinischen Behandlungszentren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzentwurf sieht eine Ergänzung in § 33 SGB V vor, wonach die Erforderlichkeit des beantragten Hilfsmittels vermutet wird, wenn sich der Versicherte in regelmäßiger Behandlung in einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) oder in einem medizinischen Behandlungszentrum für Erwachsene mit Behinderung (MZEB) befindet und die beantragte Hilfsmittelversorgung von dem dort tätigen behandelnden Arzt/Ärztin konkret empfohlen worden ist. Die ärztliche Empfehlung darf bei Antragstellung nicht älter als drei Wochen sein.

Die Regelung soll ausweislich der Gesetzesbegründung der Beschleunigung von Bewilligungsverfahren in der Hilfsmittelversorgung bei bestimmten Fallkonstellationen dienen. Dabei handelt es sich zum einen um die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit regelmäßig in einem SPZ nach § 119 SGB V behandelt werden, und zum anderen um die Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, die in einem medizinischen Behandlungszentrum nach § 119c SGB V betreut werden. In diesen Fällen bestehe eine besondere Eilbedürftigkeit der Hilfsmittelversorgung. Aufgrund der unter ärztlicher Leitung erfolgenden regelmäßigen, intensiven und interdisziplinären Betreuung in den SPZ haben die Krankenkassen hier von einer medizinischen Erforderlichkeit auszugehen; eine regelhafte gesonderte Prüfung der medizinischen Erforderlichkeit der Hilfsmittelversorgung durch die Krankenkassen und eine Beauftragung des Medizinischen Dienstes zur sozialmedizinischen Begutachtung könne in diesen Fällen daher unterbleiben. Die Prüfmöglichkeiten der Krankenkassen sollen auf Fälle einer offenkundig nicht vorliegenden medizinischen Erforderlichkeit beschränkt sein.

B) Stellungnahme

In den sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) und den medizinischen Behandlungszentren (MZEB) erfolgt eine intensive interdisziplinäre Betreuung unter der Leitung von Ärztinnen und Ärzten mit spezifischen Kompetenzen für die betroffenen Personengruppen und deren Erkrankungen. Insofern ist es nachvollziehbar, dass diese Kompetenzen im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln stärker berücksichtigt werden sollen, auch wenn in der Gesetzesbegründung nicht dargelegt wird, aufgrund welcher Erkenntnisse von einer Problemlage in der Versorgungspraxis ausgegangen wird, die eine entsprechende Regelung erforderlich machen würde. Auch wird nicht weiter ausgeführt, wann der Tatbestand einer „regelmäßigen“ Behandlung erfüllt ist. Das beschleunigte Verfahren kann nur qualitätsgesichert und bedarfsgerecht durchgeführt werden, wenn die/der Versicherte ausreichend bekannt ist und eine interdisziplinäre Betreuung bereits seit einiger Zeit erfolgt.

Unklar sind der grundsätzliche Charakter der Empfehlung und ihre Einbindung in die etablierten und zukünftigen Versorgungsprozesse. Um eine Umsetzung der vorgeschlagenen neuen Vorschrift zu ermöglichen, müsste geregelt werden, dass die Empfehlung auch in digitalisierte Versorgungsprozesse integriert werden kann. Dies ist grundsätzlich dann gewährleistet, wenn eine vertragsärztliche Verordnung im Sinne des § 33 Absatz 5a SGB V weiterhin erforderlich ist. Alternativ wäre eine Regelung sinngemäß wie § 360 Absatz 7 Satz 2 SGB V zielführend. In beiden Fällen ist zudem zwingend

erforderlich, dass maschinell erkennbar ist, ob eine solche Verordnung im Rahmen einer Empfehlung von einem SPZ oder MZEB ausgestellt wurde.

Allein mit einer Empfehlung der behandelnden Ärztinnen/Ärzte in den spezialisierten Einrichtungen ist nicht immer eine wirtschaftliche Hilfsmittelversorgung sichergestellt. Daher ist es folgerichtig, dass laut Gesetzesbegründung (nur) die „medizinische Erforderlichkeit“ von Hilfsmitteln unter bestimmten Voraussetzungen vermutet wird und sich die Vermutungswirkung nicht auf die Wirtschaftlichkeit erstreckt. Der Gesetzestext weicht an dieser Stelle von der Gesetzesbegründung ab. Dies führt zu Rechtsunsicherheit in der Praxis. Daher ist die Vermutungsregelung auch im Gesetzestext auf die medizinische Erforderlichkeit zu beschränken. Dies impliziert, dass die Krankenkassen hinsichtlich der Wirtschaftlichkeitsprüfung weiterhin im Interesse der Solidargemeinschaft ihre Aufgaben erfüllen können.

In vielen Fällen sind heute schon Nachfragen hinsichtlich möglicher Doppel- oder Überversorgungen oder anderer Wirtschaftlichkeitsaspekte notwendig. Zur Klärung dieser Fragen sind in der Regel ergänzende medizinische Angaben erforderlich. Diese Angaben dürfen die Krankenkassen nicht für sich selbst, sondern lediglich zu Begutachtungszwecken für die direkte Zusendung an den MD (§ 276 Abs. 2 S. 2 SGB V) anfordern.

Das zuvor dargestellte Prüfrecht der Krankenkasse ist ein wichtiger und wesentlicher Bestandteil einer wirtschaftlichen Leistungserbringung. Es besteht das Risiko von Versorgungsengpässen ohne ausreichende Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes. Dies würde zu entsprechenden Mehrausgaben bei den Krankenkassen führen, ohne dass dem ein Vorteil der Versichertengemeinschaft gegenübersteht. Für diese Wirtschaftlichkeitsprüfungen sollte nach wie vor eine Einbindung der Medizinischen Dienste möglich bleiben, insbesondere wenn es um die Beurteilung der Geeignetheit von wirtschaftlichen Versorgungsalternativen geht.

Außerdem sollte bei neuartigen Produkten, bei denen der medizinische Nutzen und die Unbedenklichkeit für den Einsatz im häuslichen Bereich wissenschaftlich nicht nachgewiesen sind, gerade auch im Interesse der Patientensicherheit weiterhin eine Einbindung des Medizinischen Dienstes erfolgen können. In diesen Fällen ist über die Wirkungsweise und über evtl. Anwendungsrisiken durch den medizinischen Laien nämlich zu wenig bekannt. Dies gilt insbesondere für solche Produkte, die noch nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind und bei denen die Indikationen und Anwendungsbereiche für eine Versorgung sowie die Sicherheit und Qualität der Produkte noch nicht im Rahmen eines Antragsverfahrens des Herstellers auf Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis geprüft wurden. In diesen Fällen sollte eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst gemäß § 275 Absatz 3 Nummer 1 SGB V weiterhin möglich sein, zumal dieser auch eine beratende Funktion der Versicherten hat, die ansonsten nicht mehr wahrgenommen werden könnte. Dies gilt auch für bereits etablierte Hilfsmittel, wenn die Empfehlung sich auf den Einsatz von Hilfsmitteln außerhalb der vom Hersteller angegebenen Zweckbestimmung bezieht, da hier zudem haftungsrechtliche Fragestellungen auftreten können.

Hinweise zum Nichteintritt der Vermutungswirkung („offenkundig nicht medizinische Erforderlichkeit“) finden sich nur in der Gesetzesbegründung. Da diese keine Verbindlichkeit entfaltet, sollten nähere Hinweise dazu auch in den Gesetzestext übernommen werden.

C) Änderungsvorschlag

In Satz 1 des Gesetzentwurfs eingefügte § 33 Absatz 5c SGB V werden die Wörter „Die Erforderlichkeit“ ersetzt durch die Wörter „Die medizinische Erforderlichkeit“.

Weiterhin wird die im Gesetzentwurf eingefügte Regelung des § 33 Absatz 5c SGB V um folgende Sätze ergänzt: „Für die Empfehlung gelten die Vorgaben des § 360 Absatz 7 Satz 2 SGB V entsprechend. Satz 1 gilt nicht, sofern es sich um ein neuartiges Produkt handelt, bei dem der medizinische Nutzen und die Unbedenklichkeit für den Einsatz im häuslichen Bereich wissenschaftlich nicht nachgewiesen ist; in diesem Fall bleibt auch die Beauftragung des Medizinischen Dienstes gemäß § 275 Absatz 3 Nummer 1 möglich. Die Beauftragung des Medizinischen Dienstes ist auch dann möglich, wenn die medizinische Erforderlichkeit offenkundig nicht vorliegt. Satz 2 gilt auch, wenn sich die Empfehlung nach Satz 1 auf den Einsatz von Hilfsmitteln außerhalb der vom Hersteller angegebenen Zweckbestimmung bezieht. Eine regelmäßige Behandlung liegt vor, wenn der Versicherte bereits mehrfach und wiederkehrend in einer Einrichtung nach Satz 1 behandelt wurde.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 – § 34 - Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 34 sollen aus der nicht amtlichen Überschrift „Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel“ die „Heilmittel“ gestrichen werden. Es handelt sich gemäß Gesetzesbegründung um eine redaktionelle Anpassung.

B) Stellungnahme

Die Streichung der Überschrift ist nachvollziehbar, da der Anwendungsbereich des § 34 für Heilmittel unter Verweis auf die Regelungskompetenz des G-BA bereits mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) zum 01.01.2021 aufgehoben wurde.

Durch die Streichung der Heilmittel in § 34 ist eine redaktionelle Anpassung auch in § 32 erforderlich.

Ferner sollte in den gesetzlichen Vorschriften der Plural „Heilmittel-Richtlinien“ verwendet werden, da der Gemeinsame Bundesausschuss zwei Richtlinien zur Heilmittelversorgung (Heilmittel-Richtlinie Ärzte und Heilmittel-Richtlinie-Zahnärzte) verabschiedet hat.

C) Änderungsvorschlag

§ 32 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln, soweit sie nicht ~~nach § 34~~ **in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6** ausgeschlossen sind.

In den Absätzen 1a und 1b wird der Begriff „Richtlinie“ durch den Plural „Richtlinien“ ersetzt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 a) – § 87 Abs. 2b S. 7ff. - Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mittels Einführung einer hausärztlichen Versorgungspauschale, die einmal pro Halbjahr oder einmal jährlich abrechnungsfähig sein soll, wird die hausärztliche Versorgung von Chronikern neu geregelt. Die Versorgungspauschale soll bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr abrechenbar sein, die eine chronische Erkrankung haben, kontinuierlich mit bestimmten Arzneimitteln versorgt werden und keinen intensiven Betreuungsbedarf haben. Die Versorgungspauschale soll in diesem Zeitraum je Erkrankung nur durch eine Hausarztpraxis und unabhängig von der Anzahl und der Art der Kontakte abgerechnet werden können. Die Regelung zur Versorgungspauschale durch den Bewertungsausschuss soll weder zu Mehrausgaben noch zu Minderausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung führen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband teilt die Zielstellung der Reduktion von medizinisch nicht erforderlichen Arzt-Patienten-Kontakten und begrüßt daher die Neuregelung mittels einer Versorgungspauschale nachdrücklich. Begrüßt wird entsprechend auch die Festlegung, dass die Versorgungspauschale unabhängig von der Anzahl und Art weiterer Kontakte in der Arztpraxis vergütet werden soll. Es ist sachgerecht, dem Bewertungsausschuss einen Entscheidungsspielraum über den von der Versorgungspauschale abzudeckenden Zeitraum einzuräumen.

Der GKV-Spitzenverband sieht geringfügigen Anpassungsbedarf an dem Gesetzentwurf zu diesem Absatz:

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes bedarf es Regelungen für Patienten mit mehr als einer chronischen Erkrankung und der Einnahme von mehr als einem Arzneimittel. Vor dem Hintergrund des Ziels der Reduzierung von Arzt-Patienten-Kontakten und zur Vermeidung einer Zergliederung der hausärztlichen Versorgung multimorbider chronisch kranker Patienten auf mehrere Hausärzte sollte geregelt werden, dass die Versorgungspauschale auch bei Patienten mit mehr als einer chronischen Erkrankung je Versicherten bzw. mit mehreren Arzneimittelverordnungen im Zusammenhang mit den chronischen Erkrankungen nur einmal und insgesamt nur durch eine Hausarztpraxis abgerechnet werden kann. Dies wird erreicht, indem in Satz 7 die Formulierung auf „wegen mindestens einer chronischen Erkrankung, die einer kontinuierlichen Versorgung mit mindestens einem Arzneimittel bedarf“ angepasst wird und in Satz 8 die Wörter „, die jeweilige Erkrankung“ und „bestimmten“ gestrichen werden.

Im Rahmen der Abbildung der neuen Versorgungspauschale werden eine Reihe weiterer Anpassungen im EBM notwendig, beispielsweise um eine sachgerechte Abbildung der Versorgung von Chronikern mit intensivem Betreuungsbedarf zu erreichen. Folgerichtig sollte die Vorgabe, dass insgesamt keine Mehrausgaben oder Minderausgaben der GKV durch die Abbildung der Versorgungspauschalen entstehen dürfen, ergänzt werden, um damit im Zusammenhang stehende Anpassungen im EBM zu

erfassen. Auch etwaige Wechselwirkungen mit den weiteren Gesetzesvorhaben sollten im Blick behalten werden.

Mit einer Erhöhung des Pauschalisierungsgrades geht grundsätzlich auch Transparenz über die Art und Menge der erbrachten Leistungen verloren. Um die Auswirkungen einer weitergehenden Pauschalierung auf die Versorgung der Versicherten regelmäßig zu evaluieren und ggf. frühzeitig steuernd einwirken zu können, sollte in dem gesetzlichen Auftrag an den Bewertungsausschuss auch ein Qualitätsmonitoring in Form einer Teilleistungsdokumentation aufgenommen werden. Im Rahmen dieser Teilleistungsdokumentation sollen u.a. die Zahl der Arzt-Patienten-Kontakte und relevante diagnostische oder therapeutische Leistungen im Zusammenhang mit der Versorgungspauschale dokumentiert werden.

Soweit es aus hausärztlicher Sicht möglich ist, die notwendige Versorgung der chronisch kranken Person mit lediglich einem jährlichen Arzt-Patienten-Kontakt sicherzustellen, wird das im Risikostrukturausgleich verwendete M2Q-Kriterium als zentrales Merkmal zur Validierung chronischer Krankheiten in seiner Wirkung eingeschränkt, sofern nicht zusätzlich in einem weiteren Quartal von einer anderen behandelnden Ärztin oder einem anderen behandelnden Arzt eine Diagnose derselben Krankheit gestellt wird. Da die Erfüllung dieses M2Q-Kriteriums direkte Auswirkungen auf morbiditätsorientierte Zuweisungen im Risikostrukturausgleich hat, ist durch einen Rückgang der im ambulanten Bereich übermittelten Diagnosen infolge des Rückgangs der Arzt-Patienten-Kontakte somit gleichermaßen ein Rückgang dieser morbiditätsorientierten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds möglich.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 2b S. 7 wird der Teilsatz „wegen einer chronischen Erkrankung“ wie folgt angepasst:

„wegen **mindestens** einer chronischen Erkrankung, die einer kontinuierlichen Versorgung mit **mindestens** einem bestimmten Arzneimittel bedarf“

In Absatz 2b S. 8 werden die Worte „, die jeweilige Erkrankung“ und „bestimmten“ gestrichen.

Satz 10 wird wie folgt gefasst:

„Die Regelungen über die Versorgungspauschale **und weitere in diesem Zusammenhang erfolgende Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen** sind so auszugestalten, dass sie **insgesamt** weder zu Mehrausgaben noch zu Minderausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung führen.“

Dem Absatz 2b wird folgender Satz angefügt:

„Der Bewertungsausschuss beschließt die Einführung einer Teilleistungsdokumentation ab dem Quartal vor dem Inkrafttreten des Beschlusses zu der Versorgungspauschale nach Satz 7; hierbei sollen u.a. die Zahl der Arzt-Patienten-Kontakte und relevante diagnostische oder therapeutische Leistungen dokumentiert werden.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6c) – § 87 Abs. 2q- Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung in § 87 Absatz 2q SGB V sieht die Einführung einer Vorhaltepauschale im hausärztlichen Versorgungsbereich vor. Die Vorhaltepauschale kann nur abgerechnet werden, wenn Hausarztpraxen bestimmte Voraussetzungen erfüllen wie z.B. eine Mindestanzahl betreuten Patienten, regelmäßige Hausbesuche, bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten oder die vorrangige Erbringung von originär hausärztlichen Leistungen. Der Bewertungsausschuss soll die konkreten Voraussetzungen festlegen und die Vorhaltepauschale in den EBM aufnehmen. Die bisher im EBM enthaltene Pauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags wird durch die vorgesehene Vorhaltepauschale ersetzt. Dabei sind die Regelungen über die Vorhaltepauschale so auszugestalten, dass sie weder zu Mehrausgaben noch zu Minderausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung führen.

B) Stellungnahme

Die Regelung mit dem Ziel der Verbesserung der hausärztlichen Versorgung der Versicherten wird ausdrücklich begrüßt. Durch die Knüpfung der Erfüllung der Voraussetzungen an die vorgesehene Vorhaltepauschale entstehen wirksame Anreize für die Arztpraxen, den hausärztlichen Versorgungsumfang vollumfänglich zu erfüllen. Hiermit wird die hausärztliche Versorgung für die Versicherten insgesamt gestärkt. Die vorgesehenen Voraussetzungen wie z.B. eine bestimmte Mindestanzahl an Hausbesuchen können eine Verbesserung der Versorgung von pflegebedürftigen Patienten in der Häuslichkeit bewirken. Auch der Einbezug von digitalen Anwendungen wie z.B. der regelhaften Nutzung der elektronischen Patientenakte und der kontinuierlichen Aktualisierung des Medikationsplanes wird dazu beitragen, die Qualität der hausärztlichen Behandlung zu verbessern. Zudem ist die gesetzliche Vorgabe zur konkreten Ausgestaltung der Praxiskriterien durch den Bewertungsausschuss zielführend. Die anzustrebende finanzneutrale Ausgestaltung der Regelungen zur Vorhaltepauschale wird vom GKV-Spitzenverband ausdrücklich begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7 – § 87a – Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird ein neuer Absatz 3c normiert, der die zukünftig vollständige Vergütung von Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung (alle Leistungen in Kapitel 3 EBM) einschließlich der hausärztlich durchgeführten Hausbesuche (Leistungen aus Abschnitt 1.4 EBM) mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung regelt. Von dieser Regelung ist zwar der weit überwiegende Teil der von Hausärztinnen und -ärzten abrechenbaren Leistungen, aber nicht alle ihre Leistungen betroffen; auch verbleiben alle hausärztlich tätigen Vertragsärztinnen und -ärzte grundsätzlich weiterhin in der Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). In Analogie zur bereits erfolgten sogenannten Entbudgetierung von spezifischen Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin nach Absatz 3b werden die betreffenden Leistungen im Rahmen der von den KVen vorgenommenen Verteilung der von den Krankenkassen entrichteten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) auf die Ärzteschaft von Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars ausgenommen (siehe hierzu auch die Regelung zu § 87b SGB V in Artikel 1 Nr. 8).

Die betreffenden Leistungen verbleiben technisch innerhalb der MGV, die von den Krankenkassen in jedem Fall weiterhin unverändert zu zahlen ist. Jedoch haben die Krankenkassen für den Fall, dass der Wert der abgerechneten Leistungen den auf die allgemeine hausärztliche Versorgung entfallenden MGV-Anteil übersteigt, Ausgleichszahlungen zu entrichten. Dabei sind etwaige Unterschreitungen des auf die allgemeine hausärztliche Versorgung entfallenden MGV-Anteils durch die abgerechneten Leistungen aus Vorquartalen mit den Ausgleichszahlungen zu verrechnen. Wird der MGV-Anteil hingegen über einen Einjahreszeitraum vom zweiten Quartal eines Kalenderjahres bis zum ersten Quartal des folgenden Kalenderjahres insgesamt nicht ausgeschöpft, haben die Gesamtvertragspartner die Ausschüttung der Überschüsse in Form von Honorarzuschlägen zur zusätzlichen Förderung der hausärztlichen Versorgung zu vereinbaren. Zuschläge, die in der Vergangenheit im Rahmen der Honorarverteilung der MGV zusätzlich auf Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung ausgezahlt worden sind, sind in dem auf die allgemeine hausärztliche Versorgung entfallenden MGV-Anteil zu berücksichtigen. Der Bewertungsausschuss hat zur genauen Ausgestaltung des Verfahrens zur Festsetzung der auf die betreffenden Leistungen entfallenden MGV einschließlich der Datenlieferungen, die zur diesbezüglichen Transparenzherstellung erforderlich sind, Vorgaben zu beschließen.

Der Absatz 3b, der die Entbudgetierung von Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin betrifft, wird zum einen infolge der Einführung von Absatz 3c redaktionell angepasst. Zum anderen wird die ursprüngliche Regelung zur sofortigen Ausschüttung nicht ausgeschöpfter Geldmittel in Form von zu vereinbarenden Zuschlägen durch die nun für Leistungen der Hausärzte vorgesehene Regelung zur vorrangigen Verrechnung ersetzt. Ergänzt wird die Regelung auch um eine Beauftragung des Bewertungsausschuss mit der Beschlussfassung von Vorgaben zur Lieferung der für die diesbezügliche Transparenzherstellung erforderlichen Daten.

Zudem werden in Absatz 3 die obsolet gewordenen Regelungen zur TSVG-Bereinigungskorrektur und Neupatientenrückbereinigung gestrichen.

B) Stellungnahme

Nicht sachgerechte Anreiz- und Steuerungswirkungen

Die derzeit noch bestehende Budgetierung stellt für die nun zu begünstigenden hausärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte mehrheitlich schon seit längerer Zeit kein relevantes Problem dar. Laut KBV-Honorarbericht erhalten viele Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner bereits fast alle der von ihnen nach der Euro-Gebührenordnung abgerechneten Leistungen auch vollständig als Honorar ausgezahlt. Eine Ausnahme bilden die Stadtstaaten Berlin und Hamburg, in denen die Auszahlungsquoten der Hausärzte deutlich unter 100 % liegen und in welchen eine Entbudgetierung die höchsten Honorarsteigerungen bewirken würde.

Mit der vorgesehenen ungezielten Entbudgetierung wird demnach kein relevanter Anreiz für eine hausärztliche Tätigkeit in unterversorgten, vor allem ländlichen Regionen erzielt werden können. Vielmehr besteht die Gefahr einer weiteren Konzentration ärztlicher Tätigkeit sowie einer medizinisch nicht notwendigen und unwirtschaftlichen Leistungsausweitung in den bereits überversorgten Gebieten. Außerdem kann sogar ein Anreiz zur Leistungsreduktion entstehen, da die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung bei dauerhafter Nicht-Ausschöpfung über Zuschläge zwingend ausgeschüttet wird, das heißt, weniger Leistung führte zu einer höheren Vergütung und Überfinanzierung der in reduziertem Ausmaß tatsächlich erbrachten Leistungen. Die Versorgungsangebote sowie die Ausgestaltung und Qualität der Versorgung aus Sicht der Patientinnen und Patienten würden dadurch nicht verbessert. Im Gegenteil könnte es zu Engpässen für bestimmte Patientinnen und Patienten kommen, wenn die begrenzten Behandlungskapazitäten durch eine ungesteuerte und das Maß des Notwendigen überschreitende Inanspruchnahme ausgelastet würden. Zur flächendeckenden Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung und Lösung von Nachbesetzungsproblemen bei freiwerdenden Arztsitzen bedürfte es gezielterer Maßnahmen wie bspw. die Entwicklung neuer Arbeits- und Niederlassungsmodelle anstatt der finanziellen Anreizsetzung durch Aufhebung der Budgetierung nach dem Gießkannenprinzip. Zumal der Reinertrag der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner nach der Kostenstrukturstatistik des Statischen Bundesamtes von durchschnittlich 188.000 Euro je Praxisinhaber im Jahr 2019 um 17 % auf 220.000 Euro je Praxisinhaber im Jahr 2021 zuletzt bereits sehr deutlich zugenommen hat.

Auch generell ist es zur Einhaltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität erforderlich, wie bisher vorgesehen vertragsärztliche Leistungen im Regelfall innerhalb der MGV mit mengen- und honorarbegrenzenden Maßnahmen zu vergüten. Ohne morbiditätsbezogene Mengenbegrenzung entsteht das Risiko einer unangemessenen Leistungsmengenausweitung über das durch die Morbidität der Versicherten begründbare Maß hinaus, wodurch langfristig die Finanzierbarkeit der GKV gefährdet würde. Inwiefern sich die in der Gesetzesbegründung betonte Weitergeltung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V auch bei Entfall jeglicher Mengenbegrenzung und gleichzeitiger Definition der von Ärzten abgerechneten Leistungsmengen als „Leistungsbedarf“ praktisch auswirken wird, bleibt unbeantwortet. So rät auch der Bundesrechnungshof in seinem Bericht vom 13.11.2023 von weiteren ungezielten und nicht kritisch begleiteten Entbudgetierungen vor dem Hintergrund von Wirtschaftlichkeit und Versorgungsqualität, der schwierigen finanziellen Lage der GKV sowie der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung ab.

Erhebliche Ausgabenrisiken ohne adäquate Gegenleistung

Die vorgesehene Art der Entbudgetierung verbindet darüber hinaus die Honorargarantie der MGV im Falle eines Leistungsrückgangs mit der Honorargarantie der extrabudgetären Vergütung im Falle eines Leistungsanstiegs. Dazu wird für die Honorierung der allgemeinen hausärztlichen Leistungen mit den vollen Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung ein Teil der MGV als eigenständiger Honorartopf (im Folgenden Hausarzt-MGV) separiert und bei Bedarf um Ausgleichszahlungen aufgestockt, die gemäß Begründung explizit der extrabudgetären Vergütung zuzuordnen sind.

Selbst wenn die Menge der abgerechneten allgemeinen hausärztlichen Leistungen unverändert bliebe, verursacht die vorgesehene Entbudgetierungsregelung bereits Zusatzausgaben für die Krankenkassen von voraussichtlich mindestens 300 Mio. Euro pro Jahr in Form zusätzlich zu leistender Ausgleichszahlungen. Allerdings ist zu erwarten, dass es wie bei den jüngst entbudgetierten Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin auch bei den hausärztlichen Leistungen zu einem mehrprozentigen überproportionalen Mengenanstieg kommen wird, wobei jeder Prozentpunkt Mengenanstieg Mehrausgaben der Krankenkassen von jeweils rund 100 Mio. Euro pro Jahr verursacht.

Des Weiteren ist anzumerken, dass der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in Bezug auf § 105 Abs. 1a und 1b SGB V maßgeblich auch aus vorhandenen Mitteln der MGV erfüllt wird. Aus der von den gesetzlichen Krankenkassen an die KVen entrichteten MGV werden somit neben der arztindividuellen Vergütung für erbrachte Leistungen auch weitere, übergeordnete Aufgaben und Leistungen durch die KVen finanziert. Dies ist eine Ursache für die Quotierung der Honorare für MGV-Leistungen. Durch die vorgesehene Entbudgetierung müssten die Krankenkassen die bislang bereits über die MGV bereitgestellten Finanzmittel für diese übergreifenden Aufgaben zusätzlich in Form von Ausgleichszahlungen bereitstellen. Anstelle der bislang in § 105 Abs. 1a und 1b SGB V vorgesehenen paritätischen Beteiligung der KVen und Krankenkassen an der Finanzierung dieser Aufgaben müssten die Krankenkassen dann für beide Anteile allein aufkommen.

Im Ergebnis lehnt der GKV-Spitzenverband aus den genannten Gründen die vorgesehene Entbudgetierung der Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung generell ab.

Berücksichtigung der Fixkostendegression

Sofern an der Entbudgetierung dennoch festgehalten wird, sollten die gegenüber der ursprünglichen Regelung zur Entbudgetierung von Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin bereits vorgenommenen Anpassungen zur robusteren erstmaligen Festsetzung des MGV-Anteils, zur Verrechnung von Ausgleichszahlungen mit Unterschreitungen in Vorquartalen und zur konkreteren Beauftragung des Bewertungsausschusses noch um eine Regelung zur Berücksichtigung der Fixkostendegression ergänzt werden.

Während jeder Prozentpunkt Mengensteigerung zu einer Erhöhung der Ausgleichszahlungen der Krankenkassen um etwa 100 Mio. Euro pro Jahr führen würde, erhöhten sich die anfallenden Kosten der Hausärzteschaft unterproportional, da die Fixkosten bereits ausfinanziert sind. Daher sollte verpflichtend vorgesehen werden, dass die regionalen Gesamtvertragspartner entsprechend vom Bewertungsausschuss zu beschließender Vorgaben Punktwertabschläge vereinbaren, um eine Übervergütung der bei weiter steigender Menge bereits ausfinanzierten Fixkosten zu vermeiden. Im

Ergebnis würden einerseits alle Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung ohne Mengenbegrenzung vergütet und andererseits gleichzeitig Steuerungsanreize zur Eindämmung einer medizinisch nicht notwendigen Leistungserbringung aufrechterhalten.

Korrekturbedarf der Regelungen zur Kinder- und Jugendmedizin

Bei den Regelungen zur Entbudgetierung von Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin sollte zudem der Methodenfehler, durch welchen bei der erstmaligen Festsetzung des MGV-Anteils in Absatz 3b Satz 4 die Veränderungen des Behandlungsbedarfs nach Absatz 4 Satz 1 Nummern 1 bis 5 sowie die Veränderung des Punktwerts gemäß Absatz 2 Satz 1 vom Jahr 2022 zum Jahr 2023 unberücksichtigt geblieben sind, behoben werden. Auch die Heranziehung eines einzigen, eher leistungsarmen Quartals für die erstmalige Festsetzung des MGV-Anteils ist unzureichend für die Abbildung der in den einzelnen Quartalen eines Jahres tatsächlich in der MGV enthaltenen Vergütungsanteile für die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin. Beides führt derzeit zu einem zu niedrig angesetzten MGV-Anteil und einer unsachgemäßen Doppelvergütung durch stark überhöhte Ausgleichszahlungen. Daher sollte der Bewertungsausschuss mit einer entsprechenden Anpassung des Verfahrens zur Fortschreibung des auf die Kinder- und Jugendmedizin entfallenden MGV-Anteils mit Wirkung für das Kalenderjahr 2025 beauftragt werden, damit diese beiden Sachverhalte zumindest für die Zukunft basiswirksam korrigiert werden können.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Sofern der Gesetzgeber der Streichung nicht folgt, sollten in § 87a Absatz 3c die Sätze 8 und 9 wie folgt gefasst werden:

„⁸Die Vorgaben des Bewertungsausschusses nach Satz 7 haben insbesondere die Anpassung des nach Absatz 2 Satz 1 zu vereinbarenden Punktwertes und die Veränderung des auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden n nach Absatz 3 Satz 2 zu vereinbarenden Behandlungsbedarfs sowie jeweils darauf entfallende Bereinigungen einzubeziehen. ⁹Wenn in dem Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung die Differenz zwischen der festgesetzten, auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und dem mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 bewerteten hausärztlichen Leistungsbedarf ausschließlich der in Satz 6 genannten Zuschlägen und zusätzlichen Honorarauszahlungen in einem Kalenderquartal einen Wert von null unterschreitet, leisten die Krankenkassen unter Berücksichtigung des in Satz 12 genannten Verfahrens Ausgleichszahlungen an die jeweilige Kassenärzte Vereinigung in der Höhe **des Absolutbetrags** der Differenz, um die vollständige Vergütung des hausärztlichen Leistungsbedarfs zu gewährleisten.“

Darüber hinaus sollten die folgenden Sätze 16 bis 19 angefügt werden:

„¹⁶Die Kassenärztliche Vereinigung, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinbaren erstmals bis spätestens zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des 3. auf die Verkündung folgenden Kalendervierteljahres] und dann quartalsweise gemeinsam und einheitlich Punktwertabschläge für die in Satz 1 genannten Leistungen; dabei sind die Vorgaben des Bewertungsausschusses nach Satz 19 zwingend zu beachten.“

¹⁷Die Abschläge nach Satz 16 sind für alle in Satz 1 genannten Leistungen in einem KV-Bezirk einheitlich in der Höhe festzulegen, dass der Wert der mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 einschließlich der Abschläge bewerteten hausärztlichen Leistungsmenge insgesamt die Summe der auf die Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und drei Vierteln eines etwaigen Überschreibungsbetrags nach Satz 18 nicht überschreitet.

¹⁸Ein Überschreibungsbetrag liegt vor, wenn und soweit die mit dem regionalen Punktwert gemäß Absatz 2 Satz 1 bewertete hausärztliche Leistungsmenge die auf die Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung entfallende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung übersteigt.

¹⁹Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des 2. auf die Verkündung folgenden Kalendervierteljahres] Vorgaben zur Umsetzung der nach Satz 17 und 18 erforderlichen Berechnungen.“

Änderungsvorschläge zu Absatz 3b

Dem Absatz 3b sollte folgender Satz angefügt werden:

„¹³Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum 31. Januar 2025 eine Anpassung des Verfahrens nach Satz 7 zur Fortschreibung der auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung mit Wirkung für das Kalenderjahr 2025 sowie die zur transparenten Umsetzung erforderlichen Datenlieferungen nach Absatz 6; dabei ist mit Wirkung für die vier Quartale des Kalenderjahres 2025

- a. die Fortschreibung des für die erstmalige Festsetzung zugrunde gelegten Honorarvolumens des zweiten Quartals 2022 um die vereinbarten Anpassungen des Punktwertes und des Behandlungsbedarfs sowie der darauf entfallenden Bereinigungen zwischen dem zweiten Quartal 2022 und dem zweiten Quartal 2023 sowie
- b. eine Korrektur der jahreszeitlichen Schwankungen zwischen den Quartalen eines Kalenderjahres durch Anwendung eines Korrekturfaktors in Höhe des Quotienten aus dem durchschnittlichen Honorarvolumen für die in Satz 1 genannten Leistungen in den entsprechenden Quartalen der Jahre 2017 und 2018 sowie dem durchschnittlichen Honorarvolumen für die in Satz 1 genannten Leistungen in den zweiten Quartalen der Jahre 2017 und 2018, welche gemäß dem jeweiligen Verteilungsmaßstab ausgezahlt worden sind, zusätzlich zu berücksichtigen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8 – § 87b) Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung stellt klar, dass für Leistungen des Bereichs der allgemeinen hausärztlichen Versorgung einschließlich der in diesem Zusammenhang erbrachten Hausbesuche keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Honorarverteilung angewendet werden. Ausweislich der Gesetzesbegründung erfolgen die Maßnahmen für diesen Bereich sowie für die Leistungen der Kinder und Jugendmedizin, die gegenüber Patienten erbracht werden, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erst nach der Trennung der Vergütung in die Bereiche der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird abgelehnt. Die Aufhebung mengenbegrenzender Maßnahmen für diese Leistungen birgt erhebliche Risiken einer unwirtschaftlichen und medizinisch nicht notwendigen Leistungsausweitung.

Sofern der Gesetzgeber an dieser Regelung festhält, sollte ein gesetzlicher Verweis auf die korrespondierenden Regelungen in § 87a Absatz 3b und Absatz 3c SGB V aufgenommen werden. Zur Vermeidung unterschiedlicher Auslegungen des Gesetzeswortlautes sollte gesetzlich eindeutig klargestellt werden, dass die konkreten Leistungen, welche von mengenbegrenzenden Maßnahmen der Honorarverteilung in § 87b Absatz 1 Satz 3 SGB V ausgenommen werden, den Leistungen der Regelungen nach § 87a Absatz 3a bzw. Absatz 3b SGB V entsprechen. Darüber hinaus ist in den durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband zu bestimmenden Vorgaben zur Honorarverteilung gemäß § 87b Absatz 4 Satz 1 SGB V sicherzustellen, dass die beabsichtigte Neuregelung nicht zu Lasten anderer Arztgruppen geht. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben diese Vorgaben zwingend zu beachten.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Sofern der Gesetzgeber der Streichung nicht folgt, wird § 87b Absatz 1 Satz 3 wie folgt gefasst:

„Die Vergütung der Leistungen im Notfall und im Notdienst erfolgt aus einem vor der Trennung für die Versorgungsbereiche gebildeten eigenen Honorarvolumen mit der Maßgabe, dass für diese Leistungen im Verteilungsmaßstab keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars angewandt werden dürfen; im Verteilungsmaßstab dürfen ebenfalls keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars für die Leistungen des Versorgungsbereiches der Kinder und Jugendmedizin, die gegenüber Patienten erbracht werden, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben unter Beachtung der nach § 87a Absatz 3b Satz 7 beschlossenen Vorgaben, und des Versorgungsbereiches der allgemeinen hausärztlichen Versorgung einschließlich der in Zusammenhang mit diesem Versorgungsbereich erbrachten Hausbesuche unter Beachtung der nach § 87a Absatz 3c Satz 7 beschlossenen Vorgaben angewandt werden.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9a) b) – § 91

A) Beabsichtigte Neuregelung

a) Die inhaltlichen Vorgaben für die Geschäftsordnung des G-BA werden ergänzt. Voraussetzungen für die Durchführung von Sitzungen als hybride oder digitale Sitzungen werden eingefügt.

b) aa)

Im Bericht des G-BA an den Ausschuss für Gesundheit gemäß §91 Abs.1 SGB V waren bisher auch die zur Straffung des Verfahrens unternommenen Maßnahmen und die besonderen Schwierigkeiten einer Bewertung, die zu einer Fristüberschreitung geführt haben können, im Einzelnen verpflichtend darzulegen. Die bisherige Regelung, dass die o. g. Punkte im Einzelnen dargelegt werden müssen, wird in eine Kann-Regelung überführt.

b) bb)

§ 91 Absatz 11 Satz 2 adressiert die Dauer auch der nicht mit einer gesetzlichen Frist versehenen Beratungsverfahren über Entscheidungen und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zwischen Einleitung und noch nicht erfolgter abschließender Beschlussfassung, über die der Bericht anzufertigen ist. Die Änderung in Satz 2 verkürzt die bisher geltende Frist von 3 Jahren auf 2 Jahre.

B) Stellungnahme

Auch für den G-BA ist die Verankerung der Durchführung von Sitzungen als hybride oder digitale Sitzungen in der Geschäftsordnung zu begrüßen.

Die Einführung einer Kann-Regelung eröffnet dem G-BA den Spielraum selbst zu entscheiden, ob und inwieweit er über Maßnahmen und Schwierigkeiten zur Straffung von Verfahren und Gründe für Verzögerungen und Fristüberschreitungen berichtet. Ob der in der Gesetzesbegründung angeführte reduzierte Darlegungsaufwand zum Tragen kommt, bleibt angesichts des zu erwartenden Mehraufwands für die Erfüllung der geplanten Fristverkürzung gemäß Artikel 1 Nr. 13 b) bb) fraglich.

Der G-BA hat in den letzten Jahren seine Möglichkeiten der Verfahrensverkürzung schon weitgehend ausgeschöpft und konnte so eine sehr geringe Quote der Beratungsverfahren mit Zeitüberschreitungen im Bericht an den Ausschuss für Gesundheit belegen. Die Fristverkürzung auf 2 Jahre könnte auch dazu führen, dass der G-BA sich in Einzelfällen entscheiden muss, ob fachlich unausgereifte Vorlagen im Plenum beschlossen werden (nur um die Fristen einzuhalten) oder die Fristen verletzt werden.

C) Änderungsvorschlag

a) Keiner.

b) aa) Keiner.

b) bb) Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10 a) und c) – § 92

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 92 Absätze 1b, 1c und 4 soll ergänzt werden, dass einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften vor Entscheidungen zu Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 3, 4, 10 und 11 (Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft, medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft sowie Kryokonservierung, Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation), Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden muss und die Stellungnahmen in die Entscheidung einzubeziehen sind. Bei Beratungen zur Mutterschaftsrichtlinie erhalten die Hebammenverbände ein Beteiligungsrecht.

B) Stellungnahme

Diese Ergänzung entspricht dem aktuell bereits praktizierten Vorgehen im Gemeinsamen Bundesausschuss. In analoger Anwendung der Regelung in § 92 Absatz 7d Satz 1 Halbsatz 1 SGB V wurde den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften bereits jetzt die Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben und die Stellungnahmen wurden in die Entscheidung einbezogen. Neu ist nur die Erweiterung des Stellungnahmerechts auf die Deutsche Krebshilfe und die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren bei Entscheidungen, die die Früherkennung von Krebserkrankungen betreffen. Die Beteiligung von Vertretern der Hebammen bei den Beratungen zur Mutterschaftsrichtlinie erfolgt derzeit über die Sitze der Patientenvertretung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10b – § 92 Absatz 3a - Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die vorgesehene Änderung soll eine arzneimitteltherapeutische und pharmakologische Beratung des G-BA zu das Arzneimittelwesen betreffenden Fragen durch die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) gesetzlich verankert werden. Diese Beratung soll das Stellungnahmerecht der AkdÄ unberührt lassen und gegen einen angemessenen Aufwendungsersatz erfolgen.

B) Stellungnahme

Schon heute findet in vielen Bereichen, bspw. i.R.v. § 35a SGB V ein Austausch zwischen dem G-BA und Mitgliedern der AkdÄ statt. Der Austausch mit der AkdÄ kann für die Beratungen der Gremien des G-BA sinnvolle Hinweise aus der medizinischen Praxis liefern und auch der Kontextuierung beispielsweise klinischer Stellungnahmen anderer Fachgruppen dienen. Essenziell ist jedoch, dass eine Beratung unabhängig von Interessenskonflikten und neutral erfolgt.

Die Mitglieder der AkdÄ sind nach deren Statut zu Unabhängigkeit und Transparenz von Interessenskonflikten verpflichtet (§ 4 Statut der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft in der Fassung der Beschlüsse des Vorstandes der Bundesärztekammer vom 19.11.1993, 08.05.1994, 28.03.2003, 18.03.2005, 28.04.2017, 20.08.2020 und 16.09.2021).

Zu beachten ist jedoch, dass es sich bei der AkdÄ um einen ständigen Ausschuss der Bundesärztekammer handelt, dessen Aufgabe primär die unabhängige Beratung der Bundesärztekammer in den das Arzneimittelwesen betreffenden wissenschaftlichen Fragen und die Unterstützung des Vorstandes der Bundesärztekammer in seiner Meinungsbildung zu arzneimittelpolitischen Fragen ist (§ 1 ebd). Trotz der Unabhängigkeit ihrer Mitglieder ist die AkdÄ somit ein Gremium der Bundesärztekammer und damit dieser zuzuordnen. Die Bundesärztekammer ist als Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung Vertreterin der berufspolitischen Interessen der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland (siehe <https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns/aufgaben>, Abruf am 11.04.2024, 08:40 Uhr und Satzung der Bundesärztekammer, Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern in der vom 124. Deutschen Ärztetag 2021 beschlossenen Fassung).

Die Bundesärztekammer und damit auch die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft sind somit innerhalb der gemeinsamen Selbstverwaltung eine Partei.

Um im Einzelfall mögliche Konflikte zwischen ärztlichen Interessen und Interessen der gemeinsamen Selbstverwaltung in toto weitgehend auszuschließen, sollte die Neutralität und Unabhängigkeit einer Beratung des G-BA durch die AkdÄ im Rahmen dieses gesetzlichen Auftrags explizit verankert werden.

Im Weiteren ist festzustellen, dass die Formulierung des Beratungsauftrags in der vorgesehenen Regelung eine Unschärfe aufweist. Das Arzneimittelwesen beschreibt dem Grunde nach das regulatorische Regime für Arzneimittel und entspricht damit nur bedingt Fragestellungen, die der Regelungskompetenz des G-BA unterworfen sind. Der GKV-Spitzenverband schlägt daher eine Änderung der Formulierung vor, die den Beratungsauftrag klarer fasst.

Die Regelung einer angemessenen finanziellen Kompensation für die Beratung scheint nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft berät den Gemeinsamen Bundesausschuss ~~unabhängig auf Anfrage~~ im Zusammenhang mit seinen in Satz 1 genannten Entscheidungen ~~unabhängig und neutral~~ ~~arzneimitteltherapeutisch und pharmakologisch zu das Arzneimittelwesen~~ ~~betreffenden~~ **zu Fragen der Arzneimitteltherapie**; das Recht zur Stellungnahme sowie § 35a Absatz 3b Satz 8 und Absatz 7 Satz 4 bleiben unberührt. Der Gemeinsame Bundesausschuss gewährt der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft für die Wahrnehmung der in Satz 4 erster Halbsatz genannten Aufgaben einen angemessenen Aufwendungsersatz. Das Nähere zur Gewährung eines angemessenen Aufwendungsersatzes vereinbart der Gemeinsame Bundesausschuss mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10d) i) – § 92 Absätze 5 S.1, 6 S. 2, 6 a) b) c), 7 b) c) g)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass die Stellungnahmerechte der einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften auf weitere Arbeitsbereiche, d. h., auf die hier genannten Richtlinien des G-BA, ausgedehnt werden sollen. Bei im Einzelnen benannten Richtlinien (Psychotherapie-RL, RL Long Covid, SAPV RL, Soziotherapie RL, RL außerklinische Intensivpflege) sind die Stellungnahmen in die Entscheidung einzubeziehen, damit die Fachexpertise in die Entscheidungsfindung des G-BA einfließen kann.

B) Stellungnahme

Bereits jetzt wird bei anderen Richtlinien des G-BA den maßgeblichen (Spitzen-)Organisationen und einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften die Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Die Erweiterung der Stellungnahmerechte auf andere Richtlinien des G-BA erscheint nachvollziehbar und folgerichtig, ebenfalls die Zusatzregelung, die Stellungnahmen bei ausgewählten Richtlinien in die Entscheidung einbeziehen. Gleichwohl werden in Folge der beiden Neuregelungen für den G-BA der rechtsformale Organisations- und Auswertungsaufwand für die Stellungnahmeverfahren zunehmen und insgesamt die Beratungsverfahren längere Zeit in Anspruch nehmen. Das widerspricht der erklärten Absicht des Gesetzgebers an anderer Stelle, die Verfahren im G-BA durch Fristverkürzungen zu beschleunigen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10 e) – §92 Abs. 6 Satz 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass Stellungnahmerechte ausgebaut werden, indem die Stellungnahmerechte der einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften konkret auch auf die Heilmittel-Richtlinien des G-BA ausgedehnt werden.

B) Stellungnahme

Ein Stellungnahmerecht der einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften erscheint grundsätzlich sinnvoll, um die eher wirtschaftlichen, interessen geleiteten Stellungnahmen der Berufsverbände um medizinisch-fachliche, evidenz- und leitlinienorientierte Stellungnahmen zu ergänzen.

Gleichwohl steigt damit der Auswertungsaufwand für Stellungnahmeverfahren im G-BA und es kann nicht ausgeschlossen werden, dass Leistungserbringerinteressen durch Positionen der Fachgesellschaften, in denen teils auch Berufsverbände der Leistungserbringenden mitwirken, ein noch höheres Gewicht erhalten können. Fachgesellschaften werden heute schon bei Bedarf in das Stellungnahmeverfahren einbezogen.

Schwierig könnte sich für den Heilmittel-Bereich ggf. auch die Bestimmung der „einschlägigen“ wissenschaftlichen Fachgesellschaften erweisen. Der rechtsformale Aufwand für die Arbeit des G-BA wird sich erhöhen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10f. aa) – § 92 Abs. 6a - Psychotherapie-Richtlinie

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll mit der Neuregelung beauftragt werden, Vorgaben zur Vereinfachung der Durchführung von Kurzzeittherapien, insbesondere im Hinblick auf ein einstufiges Antragsverfahren vorzusehen.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird abgelehnt. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat im Zuge der Strukturreform 2016 Veränderungen im Antragsverfahren für eine ambulante Psychotherapie beschlossen, um einerseits Anreize zur Erbringung von Kurzzeittherapien zu setzen und andererseits Langzeittherapien gleichermaßen zu ermöglichen. Hierfür wurde ein zweistufiges Antragsverfahren in der Kurzzeittherapie implementiert und zugleich die Möglichkeit geschaffen bereits zu Beginn eine Langzeittherapie zu beantragen. Dieses Vorgehen stützte sich auch auf Datenanalysen der Krankenkassen, wonach die Hälfte aller Therapien bereits nach 12 Therapieeinheiten enden. Studien zur Wirksamkeit von psychotherapeutischen Behandlungen zeigen, dass die größten Effekte in den ersten Sitzungen erreicht werden.

Der Verzicht auf eine Differenzierung der Kurzzeittherapie führt zu einer Verlängerung von Therapien und zu einer Verknappung des therapeutischen Angebots. Die Vereinfachung und Beschleunigung des Antragsverfahrens könnte durch eine Digitalisierung des Antrags- und Genehmigungsverfahrens sinnvoller erreicht werden.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10g) – § 92 Abs.7 h - neu

A) Beabsichtigte Neuregelung

Den Berufsorganisationen der Pflegeberufe wird ein Antrags- und Mitberatungsrecht bei den Richtlinien und Beschlüssen über die Qualitätssicherung sowie bei weiteren Richtlinien des G BA, die die Berufsausübung der Pflegeberufe betreffen, eingeräumt. Außerdem wird ein Einvernehmenserfordernis mit den Berufsorganisationen der Pflegeberufe bei Entscheidungen über die Einrichtung einer Arbeitsgruppe und bei der Bestellung von Sachverständigen durch einen Unterausschuss eingeführt. Des Weiteren wird die Vertretung der Berufsorganisationen der Pflegeberufe zur Wahrnehmung der erweiterten Beteiligungsrechte finanziell durch den G-BA unterstützt.

B) Stellungnahme

Durch die Einführung eines Antrags- und Mitberatungsrechts für die Berufsorganisationen der Pflegeberufe sowie des Einvernehmenserfordernisses bei der Arbeitsgruppeneinrichtung und Sachverständigenbestellung kann die Arbeit der Unterausschüsse inhaltlich bereichert werden. Es soll jedoch nicht unerwähnt bleiben, dass die Beratungen dadurch organisatorisch komplexer und zeitaufwändiger werden. Dies kann die Bemühungen des G-BA zur weiteren Verfahrenskürzung – auch unter dem verschärften Fristendruck (s. o. Nr. 5 b) – zusätzlich erschweren.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11a) – § 95 - Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen sehen vor, dass auf Bundesebene zwischen GKV-Spitzenverband und Kassenärztlicher Bundesvereinigung bzw. der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung Rahmenvorgaben zur Festlegung der zu erbringenden Sicherheitsleistungen von MVZ zu vereinbaren sind. Die Gesellschafter sind künftig berechtigt, ihre Sicherheitsleistungen der Höhe nach zu begrenzen. Bisher gibt es keine Begrenzungen der Sicherheitsleistungen bei der Gründung kommunaler MVZ in der Rechtsform einer GmbH. Dies erschwert es insbesondere Kommunen MVZ aufzubauen, da sie aus kommunalrechtlichen Gründen keine unbeschränkten Bürgschaftserklärungen abgeben können und deshalb auf kostenpflichtige Bankbürgschaften angewiesen sind.

B) Stellungnahme

Die vorgesehenen Regelungen sind sachgerecht. Die Förderung der MVZ-Gründung durch Kommunen wird ausdrücklich begrüßt. Darüber hinaus bedarf es einer korrespondierenden Regelung in den Zulassungsverordnungen und einer Klarstellung, wie diese Regelung die bestehenden Sicherheitsleistungen beeinflusst. Zur Steigerung der rechtlichen Relevanz sollte anstelle einer Rahmenvorgabe eine Verortung im Bundesmantelvertrag vorgesehen werden. Es bedarf einem klaren rechtlichen Rahmen, der auch das dynamische Wachstum von MVZ berücksichtigt (inkl. nicht-ärztlichem Personal) und den Verwaltungsaufwand geringhält.

C) Änderungsvorschlag

Nach § 95 Absatz 2 Satz 6 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Die Gesellschafter können ihre Sicherheitsleistungen der Höhe nach begrenzen. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren jeweils mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen **in den Bundesmantelverträgen** mit Wirkung zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] bundeseinheitliche Rahmenvorgaben zur Festlegung der Höhe der gemäß Satz 7 begrenzten Sicherheitsleistungen. **Sicherheitsleistungen, die zum... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens] bereits abgegeben wurden, bestehen unverändert fort.**“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11 b) – § 95 - Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

aa) Die Einhaltung der sich aus der vertragsärztlichen Zulassung ergebenden Versorgungsaufträge sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) bundeseinheitlich zu prüfen. Die Ergebnisse sowie eine Übersicht über die ggf. getroffenen Maßnahmen sind den Landes- und Zulassungsausschüssen sowie der für die jeweilige KV zuständigen Aufsichtsbehörde zu übermitteln. Diese Übermittlungspflichten werden konkretisiert und um das der Prüfung zugrundeliegende Verfahren ergänzt. Zusätzlich wird eine Übermittlung an die KBV vorgesehen.

bb) Darüber hinaus erhält die KBV den Auftrag die Ergebnisse der Prüfung, das der Prüfung zugrundeliegende Verfahren und die ggf. getroffenen Maßnahmen zu evaluieren und hierrüber das BMG bis zum 31. Dezember jeden Jahres zu berichten. Gegenstand der Evaluation ist dabei auch, ob die Prüfungen bundeseinheitlich durchgeführt wurden.

B) Stellungnahme

Die vorgenommene Konkretisierung sowie die Erweiterung der Mitteilungspflichten werden begrüßt. Da die Erfüllung der Versorgungsaufträge für die Bewertung der Versorgungssituation essenziell ist, werden weitergehende Regelungen angeregt. Insbesondere erscheint eine Übermittlung der Evaluationsergebnisse durch die KBV an das BMG nicht ausreichend, um die erforderliche Transparenz herzustellen.

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurde der bestehende Prüfauftrag der KVen zur Einhaltung der Versorgungsaufträge konkretisiert. Gesetzlich geregelt wurde eine bundeseinheitliche Prüfung. Die Prüfaufträge werden regional von den KVen jedoch unterschiedlich umgesetzt. Das führt im Ergebnis je nach Region allerdings zu ähnlichen (unbefriedigenden) Ergebnissen im Hinblick auf den in § 19 Abs. 4 Ärzte-ZV geregelten Auftrag der Zulassungsausschüsse. Seit September 2019 stellt die KBV zur Umsetzung der bundeseinheitlichen Prüfung des Versorgungsauftrages nach § 95 Abs. 3 SGB V methodische Hinweise für ein datengestütztes Auffälligkeitsscreening zur Verfügung, das für die KVen allerdings nicht verbindlich ist und deshalb nicht bundeseinheitlich angewendet wird. Um eine bundesweit einheitliche Prüfung und Bewertung der Einhaltung der Versorgungsaufträge zu gewährleisten, erhalten die Bundesmantelvertragspartner künftig den Auftrag, bundesweit verbindliche Vorgaben zu treffen. Diese müssen Regelungen über die konkreten Prüfkriterien und Methoden enthalten. Dabei können einheitliche Vorgaben zu Arbeitszeitermittlung unter Berücksichtigung der individuellen Arbeitsverträge und von Korrekturfaktoren Berücksichtigung finden. Die Vorgaben der Bedarfsplanungsrichtlinie zur Bewertung von vertraglichen Arbeitszeiten angestellter Ärztinnen und Ärzte in Relation zu in der Bedarfsplanung anrechenbaren Versorgungsaufträgen ist zu überprüfen. Die Vorgaben müssen ebenfalls bundeseinheitliche Regelungen zur Ausgestaltung der Ergebnisberichte an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Zulassungs- und Landesausschüsse sowie der zuständigen Aufsichtsbehörde enthalten. Zur Nachvollziehbarkeit der nach § 95 Abs. 3 Satz 5 SGBV getroffenen Maßnahmen, sind diese in den Berichten transparent darzustellen. Der Empfängerkreis der Ergebnisberichte wird um die Krankenkassen erweitert. Generell sollten Berichte mit nicht personenbezogenen Daten auf den Internetseiten der KVen veröffentlicht

werden, um die Transparenz zu verbessern. Entscheidend ist daneben, dass die Zulassungsausschüsse (ZA) personenbezogene Daten erhalten, die eine Überprüfung im Einzelfall möglich machen. Eine Prüfung durch die ZA sollte künftig von Amts wegen mindestens einmal jährlich erfolgen, um verdeckte Versorgungsdefizite erkennen zu können.

Mit der Übernahme einer Zulassung ist eine entsprechende Versorgungsverpflichtung verbunden. Wenn die angebotene ärztliche Arbeitszeit regelmäßig geringer ist, als es dem Versorgungsauftrag entspricht, weicht das Versorgungsangebot in der Realität von den Angaben in der Bedarfsplanung ab. Eine unzureichende Erfüllung von Versorgungsaufträgen muss Konsequenzen haben. Wenn das erforderliche Angebot von den Ärzten selbst nicht geleistet werden kann, kann dies durch Vertretungen oder Anstellungen erreicht werden. Anderenfalls muss der Versorgungsauftrag auf das realistische Maß der Tätigkeit angepasst werden.

Um ein einheitliches, datengestütztes Prüfverfahren anwenden zu können, werden Routinedaten der KVen benötigt. Allerdings wurde der mit einer Zulassung verbundene Versorgungsauftrag vom Gesetzgeber nicht eindeutig definiert. Vorgegeben sind lediglich 25 Mindestsprechstundenzeiten. Die Sprechzeiten werden jedoch nicht in den Routinedaten erfasst. Die Prüfung sollte daher auf durchschnittlich 38 wöchentliche Arbeitsstunden erfolgen. Bei vielen Vertragsärztinnen und -ärzten in Einzelpraxis kann davon ausgegangen werden, dass die Arbeitszeit darüber liegt.

Die Prüfung der Versorgungsaufträge kann auch heute schon formal zu einer Reduzierung der Zulassungsumfänge führen. Dies geschieht bisher selten und hat i.d.R. nur geringe Effekte auf das reale Versorgungsangebot. Es wird daher vorgeschlagen, die Stringenz der Prüfungen ebenso zu erhöhen, wie die Transparenz der Prüfergebnisse. Anhand der übermittelten Ergebnisse sollen die Zulassungsausschüsse in die Lage versetzt werden ihren Prüfauftrag von Amts wegen auch erfüllen zu können.

C) Änderungsvorschlag

§ 95 Abs. 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) ¹Die Zulassung bewirkt, dass der Vertragsarzt Mitglied der für seinen Kassenarztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung wird und zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Umfang seines aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrages berechtigt und verpflichtet ist. ²Die Zulassung des medizinischen Versorgungszentrums bewirkt, dass die in dem Versorgungszentrum angestellten Ärzte Mitglieder der für den Vertragsarztsitz des Versorgungszentrums zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung sind und dass das zugelassene medizinische Versorgungszentrum insoweit zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist. ³Die vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung sind verbindlich. ⁴Die Einhaltung der sich aus den Sätzen 1 und 2 ergebenden Versorgungsaufträge sind von der Kassenärztlichen Vereinigung bundeseinheitlich, insbesondere anhand der abgerechneten Fälle und anhand der Gebührenordnungspositionen mit den Angaben für den zur ärztlichen Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand nach § 87 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz, zu prüfen. ⁵**Im Bundesmantelvertrag nach § 82 Abs. 1 sind insbesondere Regelungen zu treffen zu bundeseinheitlichen methodischen Grundlagen der Prüfung nach Satz 4 sowie für eine differenzierte Ausgestaltung der Ergebnisberichte, ihrer Übermittlung und Veröffentlichung; hierbei sind auch Regelungen zur Berücksichtigung von Anstellungsverhältnissen und zum**

Umgang mit ruhenden Zulassungen zu treffen. ⁶Die Ergebnisse sowie eine Übersicht über die gegebenenfalls getroffenen Maßnahmen sind **den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen**, den Landes- und Zulassungsausschüssen sowie der für die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörde personenbezogen jeweils zum 30. Juni des Jahres zu übermitteln **und nicht personenbezogen auf den Internetseiten der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu veröffentlichen.** ⁷**Die Regelungen nach Satz 6 müssen sicherstellen, dass die Zulassungsausschüsse Ergebnisberichte erhalten, die eine personenbezogene Zuordnung der Auswertungen und Ergebnisse ermöglichen und sie basierend auf den Ergebnissen und getroffenen Maßnahmen nach § 95 Abs. 3 Satz 7 von Amts wegen tätig werden können.“**

In § 95 Abs. 6 Satz 1 werden nach dem Wort „verletzt“ ein Semikolon und die folgenden Wörter angefügt:

„dies gilt auch für eine festgestellte Nichterfüllung des Versorgungsauftrages nach einer Prüfung gemäß Abs. 3 Satz 4 bis 8.“

In § 95 Absatz 6 wird der folgende Satz 2 eingefügt:

„²Der Zulassungsausschuss prüft eine erforderliche Anpassung der Versorgungsaufträge mindestens einmal jährlich.“

Der bisherige Satz 2 wird zu Satz 3, der bisherige Satz 3 wird zu Satz 4, der bisherige Satz 4 wird zu Satz 5, der bisherige Satz 5 wird zu Satz 6 und der bisherige Satz 6 wird zu Satz 7.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12 – § 101 – Überversorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, zukünftig nicht mehr in der Bedarfsplanungsgruppe der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten einbezogen werden. Anstelle der bisher bestehenden 20%-Quote erfolgt zukünftig eine Beplanung in einer eigenen Bedarfsplanungsgruppe (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie).

B) Stellungnahme

Die getrennte Beplanung von Erwachsenenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten beinhaltet zwar einige technische Schwierigkeiten, da viele ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten über beide Qualifikationen verfügen. Insbesondere hinsichtlich der Einführung der Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten ist jedoch mittelfristig eine stärkere Trennung der Versorgungsbereiche zu erwarten, die dann folglich auch unabhängig von der jeweils anderen Fachgruppe bewertet und beplant werden können. Bei der konkreten Umsetzung der anstehenden Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie ist darauf zu achten, dass durch technische Effekte bei der Trennung der bestehenden Arztgruppe der Psychotherapeuten keine zusätzlichen Sitze für Psychologische Psychotherapeut/-innen entstehen. Die zahlreichen zusätzlichen Sitze, die in den letzten Jahren in der Psychotherapie entstanden sind, haben nicht zu einer Verbesserung der Versorgung geführt. Um hier eine Veränderung zu erzielen sind strukturelle Maßnahmen erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13 – § 105 - Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung wird klargestellt, dass die in den Strukturfonds nach § 105 SGB V eingestellten Mittel grundsätzlich zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung genutzt werden können und somit nicht auf Gebiete begrenzt sind, in denen eine Unterversorgung droht oder festgestellt wurde.

B) Stellungnahme

Die Regelung dient der Klarstellung. Bereits mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz im Jahr 2015 wurde die Begrenzung für den Einsatz von Strukturfondsmittel auf Gebiete, in denen eine Unterversorgung droht oder festgestellt wurde, aufgehoben. Darüber hinaus besteht weiterhin der Bedarf, die Expertise der Landesverbände der Krankenkassen in die Entscheidungen zur Einsetzung der Strukturfondsmittel einfließen zu lassen. Ferner sind die Berichte über die Verwendung der Mittel des Strukturfonds, die die Kassenärztlichen Vereinigungen jährlich zu erstellen haben, stark aggregiert und lassen keine Rückschlüsse auf die konkreten Fördermaßnahmen in einzelnen Regionen zu. Die Transparenz über die Mittelverwendung ist dringend zu erhöhen.

C) Änderungsvorschlag

§ 105 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1a Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„Der Einsatz der Mittel des Strukturfonds erfolgt im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen.“

~~a) Nach Absatz 1a Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:~~

b) In Absatz 1a wird nach dem bisherigen Satz 4 folgender Satz eingefügt:

„Die Verwendung der Mittel setzt nicht voraus, dass der zuständige Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 3 getroffen hat“.

c) In Absatz 1a wird im bisherigen Satz 5 nach dem Wort Strukturfonds ein Komma und die Wörter „der die geförderten Maßnahmen und die jeweilige Förderhöhe einzeln listet“ eingefügt.

d) In Absatz 5 Satz 4 werden die Wörter „Satz 7 bis 10“ durch die Wörter „Satz 9 bis 12“ ersetzt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14 – § 106b – Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die vorgesehene Neuregelung soll in der Bundesrahmenvorgabe eine Bagatellgrenze von 300 Euro je Betriebsstättennummer, Krankenkasse und Quartal aufgenommen werden, bis zu dieser Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht durchzuführen sind. Diese Vorgabe ist in die regionalen Prüfvereinbarungen zu übernehmen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die vorgesehene Neuregelung ab. Die Prüfungsformen der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind Gegenstand regionaler Vereinbarungen. Eine bundesweite Vorgabe zu einer Bagatellgrenze ist vor diesem Hintergrund systemfremd, zumal die Form der Prüfung mit der Höhe einer Bagatellgrenze in Wechselwirkung steht. Bereits heute sieht die bundeseinheitliche Rahmenvorgabe in § 3 Abs. 5 eine Regelung vor, die Bagatellgrenzen explizit in regionalen Vereinbarungen erlaubt. Eine einheitliche pauschale und darüber hinaus noch sehr hoch angesetzte Bagatellgrenze ist nicht angemessen und würde das Instrument der Wirtschaftlichkeitsprüfungen erheblich gefährden.

Die regionalen Prüfvereinbarungen sehen in der Regel Bagatellgrenzen vor. Diese sind allerdings deutlich niedriger und liegen auf dem Niveau eines mittleren zweistelligen Betrags. Bei der nun gesetzlich vorgesehenen Höhe von 300 Euro pro Quartal kann, zuzüglich der Folgekosten, insbesondere bei Krankenkassen mit wenigen Versicherten nicht mehr von einer Bagatelle gesprochen werden.

Außerdem wird verkannt, dass allein die Möglichkeit von Prüfanträgen auch eine präventive Wirkung auf das Ordnungsverhalten der Leistungserbringer hat. Die Ergebnisse eines Prüfverfahrens schaffen Rechtssicherheit für Leistungserbringende und Krankenkassen und zeigen eventuelle Ordnungsfehler auf. Dadurch haben sie auch eine Steuerungswirkung, die zeitlich über das Quartal, das unmittelbar geprüft wurde, hinausgeht und personell nicht auf die unmittelbar Verfahrensbeteiligten beschränkt ist.

Zudem sieht der Sozialgesetzgeber bereits derzeit im Verhältnis zwischen den Krankenkassen untereinander, für Erstattungsansprüche in § 110 Satz 2 SGB X eine Bagatellgrenze für 50 Euro vor. Im Verhältnis zwischen Krankenkassen können somit ungerechtfertigte Beträge von mehr als 50 Euro unabhängig von der Höhe der „Bearbeitungskosten“ nicht hingenommen werden. Es wäre daher unangemessen, nunmehr Bereicherungen aufgrund rechtswidriger Ordnungen in deutlich höherem Umfang zu Lasten der Krankenkassen einseitig als tolerierbar zu erklären. Dies wäre ein erheblicher Wertungswiderspruch zu anderen, vergleichbaren Regelungen des Sozialgesetzbuchs.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15 – § 116b Absätze 5a und 5b (NEU) – Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen Absatz 5a wird der Kreis der Stellungnahmeberechtigten für Beschlüsse zur Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) analog den Änderungen in § 92 SGB V um einschlägige wissenschaftliche Fachgesellschaften erweitert. Neben der Stellungnahme zu neuen Anlagen sollen sich die wissenschaftlichen Fachgesellschaften auch zu Anträgen zwecks Ergänzung des Katalogs der ASV-Indikationen äußern.

Im neuen Absatz 5b wird die Bearbeitungszeit des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für die Konkretisierung einer neuen Erkrankung auf ein Jahr festgelegt. Je Kalenderjahr sollen zudem mindestens drei Erkrankungen beraten und entsprechende Ergänzungen in Form von Anlagen zur ASV-Richtlinie vorgenommen werden.

B) Stellungnahme

Bereits jetzt werden sowohl medizinische Fachgesellschaften als auch Anwenderinnen und Anwender aus der Praxis von den Trägerorganisationen und der Patientenvertretung im Rahmen der Beratungsprozesse zu Rate gezogen. Wenn wissenschaftlichen Fachgesellschaften nun regelhaft die Möglichkeit zur Stellungnahme eingeräumt werden soll, ist dies grundsätzlich zu begrüßen. Abzulehnen ist allerdings die geplante Anpassung, dass wissenschaftliche Fachgesellschaften bereits zu sich in einem Antragsverfahren befindlichen Ergänzungen des ASV-Katalogs Stellung nehmen sollen. Bei besagten Anträgen wird gemäß der Verfahrensordnung des G-BA zuerst die grundlegende Eignung für eine Aufnahme in die ASV bewertet. Die medizinische Ausgestaltung – für welche die Expertise der Fachgesellschaften durchaus begrüßt wird – erfolgt erst mit Erstellung einer Anlage. Zudem sollte sich der Kreis der Stellungnahmeberechtigten im Sinne von zielgerichteten und effizienten Beratungen jeweils eng an dem Erkrankungsbild orientieren, welches sich in Beratung befindet.

Gegenwärtig werden neben der jährlichen Beratung von zwei neuen Erkrankungen zur Ergänzung der ASV-Richtlinie und der zugehörigen Erstellung von Appendizes durch den Unterausschuss ASV im G-BA zudem jährlich die ICD-Kataloge und die Appendizes aller Bestandskonkretisierungen (derzeit 20 in Kraft) aktualisiert. Die verbindliche Vorgabe, zukünftig innerhalb eines Jahres drei Indikationen in die ASV zu überführen, wird mit einem merklichen Anstieg des Beratungs- und Arbeitsaufwandes einhergehen. Daher sollte diese Vorgabe grundsätzlich nur für Indikationen aus dem bisherigen Erkrankungsspektrum nach § 116b (alt) gelten. Während für diese Indikationen bereits Vorarbeiten aus der Vorgängerregelung vorliegen, müssen für Erkrankungen, die per Antrag neu in die ASV aufgenommen worden sind, weitaus umfangreichere Recherchen und Bewertungen vorgenommen werden. Gleichwohl sind die Beratungsprozesse im G-BA mittlerweile etabliert und anhand einer Erprobung wird aktuell aufgeschlüsselt, ob Teile der Appendixaktualisierungen vom G-BA in das Institut des Bewertungsausschusses verlagert werden können. Dies würde weitere Reserven heben, die fortan für die zusätzliche Indikation verwendet werden könnten.

Das Bestreben des Gesetzgebers, die Entwicklung der ASV weiter zu fördern, könnte unterstützt werden, indem die nach § 116b Absatz 8 SGB V bestehende Übergangsregelung angepasst wird. Derzeitig haben Krankenhäuser, die Leistungen nach der Vorgängerregelung „Ambulante Behandlung

im Krankenhaus“ (§ 116b (alt)) erbringen, drei Jahre Zeit, nach Inkrafttreten des entsprechenden Richtlinienbeschlusses des G-BA auf die ASV umzustellen. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass die Leistungserbringenden mit dieser Umstellung möglichst lange warten und so auch die Teambildung in der ASV verzögert wird. Eine Verkürzung der Übergangsfrist könnte schneller Impulse setzen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat nach § 116b Abs. 4 Satz 12 SGB V spätestens jeweils zwei Jahre nach Inkrafttreten eines Richtlinienbeschlusses die Auswirkungen hinsichtlich Qualität, Inanspruchnahme und Wirtschaftlichkeit sowie die Erforderlichkeit von Anpassungen zu prüfen und dem Bundesministerium für Gesundheit zu berichten. Gesetzlich ungeregt ist bislang die Datengrundlage, auf deren Basis dies geschehen soll. Damit der Gemeinsame Bundesausschuss seiner Prüf- und Berichtspflicht weiter in bisheriger Art und Weise nachkommen kann, bedarf es einer eigenständigen Regelung zur Datenübermittlung über den GKV-Spitzenverband. Mit der Umformulierung und Ergänzung von Absatz 4 Satz 12 erhalten die Krankenkassen datenschutzrechtliche Übermittlungsbefugnisse, die für die Prüfung erforderlichen statistischen Daten über den GKV-Spitzenverband bereitzustellen. Da mit den absehbar verfügbaren Datenkörpern wie auch bislang keine Aussagen zur Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen abgeleitet werden können, schlagen wir zudem vor, den Prüfauftrag insbesondere auf die Verfügbarkeit und die Inanspruchnahme zu fokussieren und den Bericht andererseits wie bisher praktiziert jährlich für sämtliche Indikationen vorzusehen.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 4 wird Satz 12 wie folgt neu gefasst:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat jährlich die Auswirkungen seiner Richtlinienbeschlüsse, die für Erkrankungen nach Absatz 1 Satz 2 getroffen wurden, insbesondere hinsichtlich der Verfügbarkeit und Inanspruchnahme der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sowie die Erforderlichkeit einer Anpassung dieser Beschlüsse zu prüfen; hierzu übermitteln die Krankenkassen nach Maßgabe der vom GKV-Spitzenverband zu bestimmenden inhaltlichen und verfahrensmäßigen Vorgaben die jeweiligen Patientenzahlen an den GKV-Spitzenverband, der diese Daten für den Bericht nach Satz 13 zusammenführt, aufbereitet und dem Gemeinsamen Bundesausschuss zur Verfügung stellt.“

In dem neu geplanten Absatz 5a ist der Verweis auf § 116b Absatz 5 zu streichen.

In dem neu geplanten Absatz 5b wird folgender Satz ergänzt: „Sollte es sich bei einer der in Beratung befindlichen Indikationen um eine per Antrag neu aufgenommene Indikation handeln, sind abweichend von Satz 2 für zwei Erkrankungen Anforderungen nach Absatz 4 festzulegen.“

Zusätzlich dazu sollte die Frist in § 116b Absatz 8 Satz 2 von drei Jahren auf zwei Jahre verringert werden.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16 – Hochschulambulanzen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Änderung soll die Vergütung der Weiterbildungsambulanzen für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zukünftig in § 120 Abs. 2 SGB V und nicht wie bisher in § 117 SGB V geregelt werden.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nr. 18, nach der für die Weiterbildungsambulanzen der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Möglichkeit geschaffen werden soll, ihre Vergütung nach § 120 Abs. 2 SGB V mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zu verhandeln. Es wird auf die Stellungnahme zu Nr. 18 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17 – § 119c – Medizinische Behandlungszentren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass Medizinische Behandlungszentren zukünftig auch Kooperationsvereinbarungen mit Ärztinnen und Ärzten, die auf Grundlage der in § 31 Abs. 1 S. 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte vorgesehenen Neuregelung ermächtigt werden, abschließen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der in § 31 Abs. 1 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte vorgesehenen Regelung. Als Voraussetzung für die Ermächtigung auf dieser Grundlage ist der Abschluss einer Kooperationsvereinbarung beispielsweise mit einem Medizinischen Behandlungszentrum nach § 119c SGB V vorgesehen.

Vor dem Hintergrund, dass in der bestehenden psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungssituation die Behandlung dieser spezifischen Patientengruppe bereits vorgesehen und möglich ist, wird die Schaffung eines zusätzlichen Ermächtigungstatbestands als nicht sinnvoll angesehen. Eine aus der Regelung entstehende Vorgabe von Kooperationsvereinbarungen wird daher – wie die Schaffung des Ermächtigungstatbestands – abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18 – § 120 – Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass die Weiterbildungsambulanzen der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ihre Vergütung zukünftig auf Landesebene mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen verhandeln sollen. Hierbei wird hervorgehoben, dass ausschließlich Leistungen zur Versorgung von Patientinnen und Patienten vergütet werden können.

B) Stellungnahme

Die Änderung wird abgelehnt. Die Regelung führt zu einer Ungleichbehandlung der noch bestehenden Ausbildungsinstitute und der Weiterbildungsambulanzen. Während die Ausbildungsinstitute verpflichtet werden, Anteile der Vergütung an die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung weiterzugeben, ist dies bei den Weiterbildungsambulanzen zukünftig nicht mehr vorgesehen. Die gesetzlichen Krankenkassen vergüten bereits heute die Leistungen der in Ausbildung oder Weiterbildung befindlichen Personen ohne Abschläge, obwohl keine abgeschlossene Fachkunde oder Weiterbildung vorliegt. Zudem werden durch die Neufassung die bestehenden Transparenzregelungen gemäß § 117 Absatz 3 c für Weiterbildungseinrichtungen ausgehebelt; eine Darstellung der Weiterbildungsangebote und des weitergegebenen Vergütungsanteils entfällt damit.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19 – § 136 Absatz 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

- a) Folgeänderung zu Nr. 10j) §92 Abs. 7 h (neu)

- b) Die Beteiligungsrechte zu den Qualitätssicherungs-Richtlinien des G-BA werden für die Berufsorganisationen der Pflegeberufe gestrichen und für die Hebammen-Verbände erweitert, soweit die Berufsausübung der Hebammen berührt ist. Dazu gehört das Mitberatungsrecht in den Gremien des G-BA.

B) Stellungnahme

Siehe Stellungnahme zu Nr. 10 a)

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 20 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20 – § 136 b

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nr. 14 j) nach der den Berufsorganisationen der Pflegeberufe ein Antrags- und Mitberatungsrecht bei den Richtlinien und Beschlüssen über die Qualitätssicherung sowie bei weiteren Aufgabenbereichen des G-BA, die die Berufsausübung der Pflegeberufe betreffen, eingeräumt wird.

B) Stellungnahme

Siehe Stellungnahme zu Nr. 10h).

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21 – § 137f - Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 137f Absatz 1 SGB V soll ergänzt werden, dass der G-BA die Erarbeitung und Aktualisierung von Richtlinien nach §137f Absatz 2 innerhalb von zwei Jahren abschließt.

B) Stellungnahme

Hinsichtlich der Frage, ob die neue Regelung nur für die Erstfassung einer Richtlinie oder auch für die Aktualisierung gilt, ist eine Klarstellung erfolgt. Der G-BA ist seiner Aufgabe der Aktualisierung bestehender DMP in der Vergangenheit immer in angemessenem Zeitraum nachgekommen. Eine Fristsetzung erscheint insofern nicht erforderlich und zielführend.

C) Änderungsvorschlag

Der in § 137f Absatz 1 angefügte Satz wird wie folgt gefasst:

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Erstfassung einer Richtlinie nach Absatz 2 für die Behandlung einer Krankheit ~~und deren Aktualisierungen~~ innerhalb von zwei Jahren nach Einleitung des jeweiligen Beratungsverfahrens zu beschließen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22 – § 140f Absatz 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

25 a) Es handelt sich um eine Klarstellung, dass die Patientenvertretung ein Antragsrecht auch bei Beschlüssen zu den Richtlinien nach § 63 Abs. 3c Satz 3 und §136 c hat.

25 b) Die Patientenvertretung erhält ein Vetorecht, eine Beschlussfassung im Plenum einmalig zu verhindern, damit die G-BA-Gremien sich mit Bedenken oder Einwänden der Patientenvertretung nochmals auseinandersetzen müssen.

B) Stellungnahme

Zu a) Kein Stellungnahmebedarf.

Zu b) Mit dem Vetorecht der Patientenvertretung können Beratungsverfahren im G-BA zum Zeitpunkt der vorgesehenen Beschlussfassung - auch bei mehrheitlicher oder einstimmiger Zustimmung der Trägerorganisationen und der Unparteiischen – einmalig und vorübergehend aufgehalten werden. Bereits heute legt der G-BA großen Wert auf eine umfassende Einbeziehung der Perspektive der Patientenvertretung. Bedenken oder Einwände der Patientenvertretung werden in den die Beschlüsse vorbereitenden Arbeitsgruppen und Unterausschüssen ausführlich diskutiert und – im Fall eines auf Unterausschussebene nicht ausräumbaren Dissenses - auch im Plenum diskutiert und zu Protokoll genommen. Eine erneute und erzwungene Wiederholung der Plenumsabstimmung mit dem Ziel einer nochmaligen Auseinandersetzung mit den Bedenken oder Einwänden der Patientenvertretung würde inhaltlich wenig neue Erkenntnisse für die Beschlussfassung mit sich bringen. Bei Beschlüssen, die eine Umsetzung zu einem bestimmten Datum vorsehen, könnte das Veto sogar zu einer Verkürzung von erforderlichen Vorbereitungszeiten und zu Planungsunsicherheiten für die an der Umsetzung Beteiligten führen, weil für die Beschlussfassung immer zusätzliche Zeit für den Fall einer möglichen Hemmung durch die Patientenvertretung in der Beratungsplanung vorgesehen werden müsste.

Insbesondere in Bereichen mit engen Entscheidungsfristen, wie den Beschlüssen zur Arzneimittel-Nutzenbewertung, führt die Änderung, dass der Beschluss als nicht getroffen gilt, unvermeidlich zu einem nicht antizipierbaren Fristverzug und damit zu einer weiteren Erschwernis der personellen und zeitlichen Planung der nachgelagerten Erstattungsbeitragsverhandlungen.

C) Änderungsvorschlag

Zu a) Keiner.

Zu b) Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23 a) – § 197a Abs. 1 SGB V (NEU)

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 und ihren Landesverbänden ist im Interesse einer effektiven Fehlverhaltensbekämpfung eine Vereinbarung über die Aufgabenverteilung zu treffen.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung wird begrüßt. Damit werden die Schlussfolgerungen einer neuen kriminologischen Studie zur Effektivität kriminalpräventiver Maßnahmen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen am Beispiel der Fehlverhaltens-bekämpfungsstellen aufgegriffen, deren Durchführung sowohl der GKV-Spitzenverband als auch die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen umfangreich unterstützt haben (vgl. Reinelt-Broll, Kriminalpräventive Maßnahmen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Eine empirische Analyse ihrer Effektivität am Beispiel der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der Gesetzlichen Krankenkassen nach § 197a SGB V, 2021).

Die empirische Studie belegt, dass stärker aufgestellte Fehlverhaltensbekämpfungsstellen eine deutlich höhere Aufklärungs-, Strafverfolgungs- und Vermögensrückführungsquote erzielen. Diese Effektivitätssteigerung ist auf ein höheres Implementationsniveau in deren Organisationsstruktur zurückzuführen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23 b) – § 197a Abs. 3 b Nr. 6 SGB V (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Erweiterung des Satzes 1 werden die datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen erweitert. Aufgrund des mit der Regelung des § 132l Abs. 7 SGB V eingeführten Informationsaustausches zwischen Krankenkassen und den für die infektionshygienische Überwachung des Infektionsschutzgesetzes zuständigen Gesundheitsämtern sowie aufgrund der mit der COVID 19-Pandemie teilweise verbundenen Abrechnungsverstöße von Testzentren werden nunmehr auch Gesundheitsämter, Heimaufsichten und nach Landesrecht zuständige Gesundheitsbehörden in die organisationsübergreifende Zusammenarbeit bei der Fehlverhaltensbekämpfung einbezogen.

Die Neufassung des Satzes 2 erweitert die Datenübermittlungsbefugnis zukünftig darüber hinaus auf sämtliche in Abs. 3b genannten Stellen.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung wird ausdrücklich begrüßt. Sie entspricht wörtlich den Positionen und Forderungen des GKV-Spitzenverbandes in seinem aktuellen Bericht über Arbeit und Ergebnisse der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen im Berichtszeitraum 2020-2021. Die Regelung sollte jedoch über die Gesundheitsämter, Heimaufsichten und nach Landesrecht zuständigen Gesundheitsbehörden hinaus 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 klargelegt 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:

Leistungsmissbrauch in der gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI)

Gerade im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung treten mit weiter zunehmender Tendenz Fälle der unberechtigten Inanspruchnahme von Leistungen zu Tage, vor allem durch Manipulationen bei Anträgen auf Erwerbsminderungsrenten. Nach umfangreichen Ermittlungen der Strafverfolgungsbehörden konnte bei diesen Sachverhalten nicht nur gewerbsmäßiger Betrug zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung (DRV) nachgewiesen werden, sondern zugleich gewerbsmäßiger Betrug zu Lasten der Pflegekassen, etwa durch Manipulation von Anträgen auf

Pflegegeld sowie in der Folge Verhinderungspflege, vgl. beispielhaft LG Dortmund, Urt. v. 25.10.2019 – 43 KLS 18/18.

Die dabei entstandenen Millionenschäden 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.

Leistungsmissbrauch bei den Trägern der Sozialversicherung nach den SGB II und III

1. Scheinfirmen und Scheinarbeitsverhältnisse

Die Mitgliedkassen des GKV-Spitzenverbandes berichten von wiederkehrenden Hinweisen, wonach gezielt Scheinfirmen und Scheinarbeitsverhältnisse begründet 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 der Bundesagentur für Arbeit und Jobcentern Millionenschäden.

Die in Rede stehenden Fallkonstellationen gehen regelmäßig dahin, in Scheinfirmen Personen als Arbeitnehmer anzustellen, indem mit diesen tatsächlich nicht bestehende Arbeitsverträge mit überhöhten Lohnentgelten geschlossen werden. Bei den Scheinarbeitnehmern handelt es sich zumeist um bereits längere Zeit arbeitssuchende Personen mit geringer Qualifikation. Handelt es sich um Langzeitarbeitslose, werden zusätzlich Eingliederungszuschüsse erschlichen. Darüber hinaus haben es die Täter typischerweise auf die unberechtigte Erlangung von Arbeitslosengeld I, Bürgergeld, Krankengeld und die Rückerstattung von Entgeltfortzahlungen im Krankheitsfall (Leistungen nach dem AAG) abgesehen, vgl. beispielhaft LG Berlin, Urt. v. 20.10.2020 – (512 KLS) 253 Js Js 116/21 (1/22) und LG Chemnitz, Urt. v. 30.06.2021 – 4 KLS 353 Js 19706/07.

Aus der spezifischen Perspektive der Krankenkassen fällt dabei ins Gewicht, dass sich die Scheinarbeitnehmer bereits kurz nach der angeblichen Arbeitsaufnahme arbeitsunfähig melden, mit der Folge, dass daraufhin Anträge auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall (Leistungen nach dem AAG) und schließlich Krankengeld gestellt werden. Tatsächlich waren die Scheinarbeitnehmer nicht erkrankt, oft wurden psychische Erkrankungen vorgeschoben. Als Nachweis für die angebliche Gehaltszahlung werden manipulierte Entgeltabrechnungen und Lohnsteuerbescheide vorgelegt.

2. Verhinderungspflege (§ 39 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGB XI)

Ferner berichten die Mitgliedkassen des GKV-Spitzenverbandes, dass zunehmend Anträge von Versicherten auf Erstattungsleistungen aus der Pflegeversicherung auffallen, die den Charakter eines gewerbs- und bandenmäßigen Betrugs haben, teilweise sogar der organisierten Kriminalität zugeordnet werden müssen. Auch dieser Sozialleistungsmissbrauch betrifft nicht nur Pflegekassen, sondern auch andere Sozialversicherungsträger.

Im Zusammenhang mit der Prüfung von Anträgen auf Erstattung der Kosten einer notwendigen Ersatzpflege (§ 39 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGB XI) falle zunehmend auf, dass bestimmte Personen mehrmals jährlich als Ersatzpflegeperson benannt wurden und dann auch mehrmals Höchstbeträge i. H. von jeweils 2.418,00 Euro ausgezahlt bekommen haben.

Teilweise will die gleiche Ersatzpflegeperson im laufenden Kalenderjahr bei bis zu neun verschiedenen Versicherten tätig gewesen sein. In so einem Fall waren Leistungen in Höhe von über 21.500 Euro auszuführen. Da die betreffende Ersatzpflegeperson typischerweise nicht bei der Kasse des Pflegebedürftigen versichert ist, konnte nur im Rahmen der proaktiven Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen nach § 197a Abs. 3a) SGB V festgestellt werden, dass diese Ersatzpflegeperson als Bürgergeldempfangende (SGB II) bei einer anderen Kasse versichert ist. Das privatrechtliche Entgelt für eine Verhinderungspflege wäre folglich als Einkommen nach § 11 SGB II anzurechnen. Ob und in welcher Höhe die Ersatzpflegeperson diese Einnahmen aus der erbrachten Verhinderungspflege aber beim Leistungsträger der SGB II-Bezüge angegeben hat, ist für die Krankenkasse nicht nachprüfbar.

Die wiederkehrenden Fallgestaltungen betreffen gleichermaßen Anträge auf Betreuungsleistungen nach § 45a SGB XI oder Haushaltshilfe nach § 38 SGB V, in denen die Leistungen von Freunden, Nachbarn oder Verwandten übernommen werden, die ihrerseits Leistungen nach dem SGB II oder SGB III beziehen.

Die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der Kassen 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 b), Doppelbuchstabe aa), Dreifachbuchstabe ccc) wird wie folgt gefasst:

„Nach Nummer 6 wird die folgende Nummer 7 angefügt:

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23c – § 197a Abs. 3 c SGB V (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung wird klargestellt, dass die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen Abrechnungsdaten zukünftig nicht nur bilateral untereinander austauschen, sondern auch zentral an einer Stelle kassenübergreifend zusammenführen dürfen, um datengestützte Verfahren zur Erkennung von Mustern zu entwickeln, die auf Fehlverhalten hindeuten.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung wird ausdrücklich begrüßt. Mit der klarstellenden Erweiterung der gesetzlichen Verarbeitungsgrundlage werden die entsprechenden Schlussfolgerungen aus mehreren Pilotprojekten ausgewählter Mitgliedskassen des GKV-Spitzenverbandes umgesetzt, die im Digitalausschusses im Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) beraten, anschließend im Rahmen des regelmäßigen Erfahrungsaustausches des GKV-Spitzenverbandes gem. § 197a Abs. 3 SGB V im Jahre 2021 vorgestellt und diskutiert und schließlich im Internetauftritt des Digitalausschusses des BAS veröffentlicht wurden (Stand: 10.12.2021).

Gerade den kleineren Kassen fehlt es bislang an einer ausreichenden eigenen Datenbasis, um Fehlverhalten systematisch anhand vorhandener elektronischer Abrechnungsdaten aufdecken bzw. verhindern zu können. Die derzeitige Verfahrensweise der Fehlverhaltens-bekämpfungsstellen ist deshalb noch zu einem Großteil von externen Hinweisen Dritter und der Verfolgung von Einzelfällen geprägt. Zukünftig kann die ggf. KI-gestützte Verarbeitung aus den kassenübergreifend zusammengeführten Abrechnungsdaten Verdachtsmuster analysieren, die auf Basis der eigenen Datenbestände nicht erkennbar sind. Damit wird die Möglichkeit geschaffen, den bestehenden Verarbeitungsansatz grundlegend zu verändern und zu einer neuen Qualität und Quantität der Fehlverhaltensbekämpfung zu führen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23d – § 197a Abs. 7 SGB V (neu)

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 des GKV-Spitzenverbandes.

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.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 24 – § 217f SGB V - Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-Spitzenverband soll innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes in einer Richtlinie verbindliche Vorgaben für die einheitliche Erhebung und Veröffentlichung von Kennzahlen zur Leistungstransparenz und zur Servicequalität der einzelnen Krankenkassen festlegen.

Der GKV-Spitzenverband soll verbindliche Vorgaben für die jährliche Übermittlung der Daten von den Krankenkassen an den GKV-Spitzenverband festlegen, für die definierten Kennzahlen zu Leistungsanträgen, Widersprüchen und Klagen den jeweiligen statistischen Mittelwert über sämtliche Krankenkassen sowie die jeweilige Spanne zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Wert der Krankenkassen ermitteln und die Daten der Krankenkassen sowie die ermittelten Informationen jährlich, erstmals für das Berichtsjahr 2025, auf einer digitalen und interaktiven Plattform mit Vergleichsmöglichkeiten für die Versicherten veröffentlichen. Drei Jahre nach erstmaliger Veröffentlichung ist ein externer Evaluationsbericht vorzulegen.

B) Stellungnahme

Vorbemerkungen

Der GKV-Spitzenverband hat nach § 217f Abs. 4 SGB V Entscheidungen zur Organisation des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs der Krankenkassen, insbesondere zu dem Erlass von Rahmenrichtlinien für den Aufbau und die Durchführung eines zielorientierten Benchmarkings der Leistungs- und Qualitätsdaten zu treffen. Vor diesem Hintergrund hat der GKV-Spitzenverband nach Beratungen in seinen Gremien mit dem Empfehlungspapier „Service- und Versorgungsqualität der Kranken- und Pflegekassen; Gemeinsame Empfehlungen zu Grundlagen von Transparenzberichten“ vom 07.12.2022 einheitliche definitorische und methodische Grundlagen für ausgewählte Kennzahlen entwickelt. Den Kranken- und Pflegekassen wurde empfohlen, die Veröffentlichung von Transparenzberichten zur Service- und Versorgungsqualität als Standard aller Kranken- und Pflegekassen vorzusehen und bei der Ausgestaltung der Berichte die Gemeinsamen Empfehlungen vom 07.12.2022 zugrunde zu legen.

Die Gemeinsamen Empfehlungen enthalten definitorische und methodische Grundlagen für über 50 Kennzahlen sowie weitergehende Bewertungen und Empfehlungen für die Darstellung von Aspekten der Servicequalität, Kundenzufriedenheit sowie besonderer Beratungs-, Versorgungs- und Unterstützungsangebote für Versicherte in den Transparenzberichten. Darüber hinaus ist in den Gemeinsamen Empfehlungen bereits deren inhaltliche Weiterentwicklung angelegt. So wird festgestellt, dass „in den Beratungen weitergehende grundsätzlich kennzahlfähige Leistungsbereiche und Ansätze für weitere mögliche Differenzierungen der Darstellungen identifiziert wurden, die unter Berücksichtigung notwendiger Vorlaufzeiten als umsetzbar eingeschätzt werden und damit perspektivisch Gegenstand von weiterentwickelten Gemeinsamen Empfehlungen sein könnten. Vor diesem Hintergrund werden die übergreifenden Beratungen unter Berücksichtigung der Erfahrungen mit der Umsetzung dieser Gemeinsamen Empfehlungen fortgesetzt.“

Die Gemeinsamen Empfehlungen wurden zur Umsetzung im Jahr 2023 (Berichtsjahr 2022) empfohlen; sofern dies Krankenkassen und Pflegekassen für einzelne Kennzahlen aufgrund fehlender Datenverfügbarkeit nicht möglich ist, sollte die Umsetzung insoweit spätestens für das Berichtsjahr 2023 erfolgen.

Auf diesen Grundlagen stellen Krankenkassen und Pflegekassen bereits aktuell sehr weitgehend Leistungs- und Servicedaten öffentlich verfügbar bereit bzw. bereiten solche Veröffentlichungen vor. Den Versicherten der Krankenkassen und Pflegekassen stehen damit für sie relevante Informationen zur Verfügung. Auf Seiten der GKV liegen keinerlei Hinweise darauf vor, dass die Versicherten der Krankenkassen und Pflegekassen über die in den verfügbaren Transparenzberichten enthaltenen Informationen hinaus weitere Informationsbedarfe haben.

Im Ergebnis folgen die dargestellten Entwicklungen zur Schaffung einheitlicher Grundlagen in Form von gemeinsamen Empfehlungen zur Umsetzung durch die Krankenkassen und Pflegekassen, die einerseits gewisse Mindeststandards zur Sicherung der Vergleichbarkeit der Kennzahlen setzen, andererseits aber den Krankenkassen und Pflegekassen den notwendigen Spielraum belassen, ggf. in die jeweilige Kommunikationsstrategie eingebettet auch weitergehende Darstellungen vorzunehmen, der gesetzlich intendierten Rolle und Funktion des GKV-Spitzenverbandes. Als Verband mit Aufgaben im wettbewerbsneutralen Bereich gestaltet er im Rahmen seiner gesetzlichen Aufgaben grundlegende Strukturen der Versorgung und unterstützt die Krankenkassen und Pflegekassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben. Mit der Rahmenvorgabe für die Aufgabenwahrnehmung durch die Krankenkassen und Pflegekassen trägt er zur einheitlichen Umsetzung bei, ohne dabei jedoch die kassenindividuelle Ausgestaltung des politisch gewollten Wettbewerbs zu limitieren.

Stellungnahme

Mit dem vorgelegten Gesetzentwurf würde die Rolle und Funktion des GKV-Spitzenverbandes als wettbewerbsneutraler Verband der gesetzlichen Krankenversicherung im Vergleich zum Status quo verändert werden. Mit der vorgesehenen verbindlichen Festlegung von Leistungs- und Qualitätsdaten, die umfassend die Verwaltungs- und Servicequalität der Krankenkassen abbilden sollen, deren Aufbereitung und frei verfügbaren vergleichenden Veröffentlichung im Internet soll der GKV-Spitzenverband erstmals Instrumente entwickeln, mit denen unmittelbar in den Wettbewerb der Krankenkassen eingewirkt werden kann. Dies geht qualitativ über den in der Vorbemerkung dargestellten und in der Kassenpraxis umgesetzten Ansatz zur Herstellung von Transparenz auf Basis einer Rahmenvorgabe durch den GKV-Spitzenverband hinaus, ohne dass ersichtlich ist, dass von Seiten der Versicherten die durch die Krankenkassen bisher hergestellte Transparenz als unzureichend eingeschätzt wird. Vor diesem Hintergrund wird die im Gesetzentwurf vorgesehene Erweiterung der Aufgabenstellung des GKV-Spitzenverbandes im Sinne einer abschließenden Richtlinienkompetenz als nicht erforderlich und mit Blick auf die Veröffentlichungspflicht auf einem Vergleichsportal als inkonsistent zur Aufgaben- und Kompetenzstruktur innerhalb des GKV-Systems eingeschätzt.

Sofern dennoch an den Intentionen des Gesetzentwurfs festgehalten wird, werden die darin vorgesehenen Regelungen wie folgt bewertet:

Kennzahlen zur Leistungstransparenz

Die in § 217f Abs. 4 SGB V (neu) vorgesehenen Kennzahlen zur Leistungstransparenz umfassen mit der Ausweisung der Anzahl von Leistungsanträgen, deren Erledigung in Form von Bewilligung und Ablehnung, von Widersprüchen und Klagen im Grundsatz die Kennzahlbereiche, die auch bereits Gegenstand von Kennzahlen im Rahmen der unter der Vorbemerkung dargestellten Gemeinsamen Empfehlungen der GKV sind. Der insoweit in der Begründung zum Gesetzentwurf enthaltenen Einordnung, dass insbesondere Leistungsbereiche aufgenommen werden sollen, in denen Krankenkassen Entscheidungsmöglichkeiten zu Leistungsanträgen ihrer Versicherten besitzen und dass dies insbesondere in den Leistungsbereichen Hilfsmittel, Rehabilitation und Zahnersatz der Fall ist, ist zuzustimmen. Auch der in dieser „Insbesondere“-Darstellung und der weiteren Darstellung, wonach „eine weitere Differenzierung nach Unterbereichen oder nach einzelnen, für Versicherte besonders relevanten Leistungen durch den GKV-Spitzenverband vorgegeben werden kann“, zum Ausdruck kommende Gestaltungsspielraum hinsichtlich eines schrittweisen Aufbaus des Kennzahlsystems und deren Differenzierung ist sachgerecht und bestätigt das Vorgehen bei den Beratungen zu den o. g. Gemeinsamen Empfehlungen. Bei den Weiterentwicklungen wird bezogen auf den jeweils einzelnen Kennzahlbereich abzuwägen sein, welcher Aufwand mit der digitalen Erfassung von Verwaltungsprozessen zur Ermittlung der Kennzahl auf der einen Seite entsteht und welche Aussagekraft bzw. Relevanz die Kennzahl im Hinblick auf den Gesamtkontext auf der anderen Seite hat.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Darstellung auch der durchschnittlichen Bearbeitungsdauer relevanter Anträge (§ 217f Abs. 4 Satz 4 Nr. 2 SGB V n.F.) folgt im Ergebnis der Einschätzung im GKV-internen Beratungsprozess zu den Gemeinsamen Empfehlungen, dass dies als Kenngröße zu betrachten ist, die aus der Perspektive der Versicherten relevant sein kann. Aufgrund der Komplexität der abzubildenden Sachverhalte und der nicht durchgängig vorhandenen Datenverfügbarkeit musste in den Gemeinsamen Empfehlungen jedoch zunächst auf die Angabe von Bearbeitungslaufzeiten als gemeinsam definierter Mindeststandard der ausgewählten Kennzahlen verzichtet werden. Bei der Entwicklung von entsprechenden Kennzahlen sind von daher angemessene Vorlaufzeiten zu berücksichtigen (s. dazu unter Umsetzungsfristen).

Die in § 217f Abs. 4 Satz 4 Nr. 4 SGB V n.F. vorgesehene verpflichtende Darstellung auch von Bearbeitungsdauern für Widersprüche sollte gestrichen und damit der Entscheidungskompetenz des Richtliniengebers überlassen bleiben. Insoweit ist zu berücksichtigen, dass Widerspruchsverfahren besonderen Anforderungen unterliegen, die die Aussagekraft dieser Kennzahl beeinträchtigen können.

Zu den in § 217f Abs. 4 Satz 4 Nr. 3 und 5 SGB V n.F. vorgesehenen Kennzahlen „Anzahl der Widersprüche“ und „Anzahl der Klagen“ ist die jeweils vorgesehene Darstellung der aus Sicht der Leistungsberechtigten erfolgreichen Widersprüche und Klagen differenziert nach Leistungsbereichen nachvollziehbar. Die weiteren vorgesehenen Darstellungen im Verhältnis zu Anträgen/eingeleagten Widersprüchen bzw. eingelegten Widersprüchen/erhobenen Klagen sollten als verpflichtende Angaben gestrichen und damit der Festlegung durch den Richtliniengeber überlassen bleiben, zumal die Aussagekraft insbesondere bei den Klagen aufgrund der oftmals langjährigen Klageverfahren begrenzt ist.

Nach § 217f Abs. 4 Satz 5 und 6 SGB V n.F. ist bei der Festlegung der Vorgaben für die einheitliche Erhebung und Veröffentlichung von Kennzahlen zur Leistungstransparenz und zur Servicequalität für die Leistungsbereiche der Rehabilitation und Teilhabe der einzelnen Krankenkassen die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. einzubeziehen, um die Vorgaben der Richtlinie mit

den für den Teilhabeverfahrensbericht nach § 41 Absatz 1 SGB IX zu erfassenden Angaben und den Verfahren zur Erfassung dieser Angaben abzustimmen. Die damit ausweislich der Gesetzesbegründung verfolgte Zielsetzung, Parallelstrukturen zu vermeiden und Vergleichbarkeiten sicherzustellen, kann im Grundsatz nachvollzogen werden; einer Abstimmung mit der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. – in der die GKV vertreten ist und somit an der Entwicklung der Variablenbeschreibungen beteiligt war – bedarf es insoweit jedoch nicht.

Zum einen ist zu berücksichtigen, dass die Zielsetzungen des Teilhabeverfahrensberichtes einerseits und der Kennzahlentwicklung und Veröffentlichung nach § 217f Abs. 4 SGB V n.F. andererseits unterschiedlich sind. Der Teilhabeverfahrensbericht soll im Wesentlichen Erkenntnisse zu der Frage liefern, ob und wie die mit der Novellierung des SGB IX (gesetzlich) vorgegebenen neuen Koordinierungs- und Verfahrensabläufe in der (Reha-)Praxis Anwendung finden und damit eine Grundlage für einen trägerübergreifenden Austausch über ggf. anzupassende Verfahrensgrundlagen schaffen. Diesem Zweck folgen die dem Teilhabeverfahrensbericht zugrundeliegenden Variablenbeschreibungen und tragen insoweit auch den jeweiligen Spezifika der unterschiedlichen Rehabilitationsträger (§ 6 SGB IX) Rechnung. Transparenz über Leistungs- und Servicekennzahlen einzelner Rehabilitationsträger - und damit auch der Krankenkassen in der Funktion als Rehabilitationsträger - im Sinne eines Benchmarkings verschafft der Teilhabeverfahrensbericht vor diesem Hintergrund zu Recht nicht; Letzteres ist aber die zentrale und damit von der Intention des Teilhabeverfahrensberichtes abweichende Zielsetzung der Richtlinie nach § 217f Abs. 4 SGB V n.F..

Zum anderen ist zu berücksichtigen, dass im Bereich der GKV mit der „Statistik KG 5, Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen“ eine sehr differenzierte amtliche Statistik zum Antrags- und Bewilligungsgeschehen im Bereich der Rehabilitation vorliegt, an die bereits die unter den Vorbemerkungen dargestellten Gemeinsamen Empfehlungen der GKV mit dem Ziel der Aufwandsminimierung in Bezug auf die Datendefinitionen und Berechnungsgrundlagen anknüpfen. Von daher sind die Prozesse in der GKV bereits mit Blick auf die notwendigen Datenlieferungen für die amtlichen Statistiken einerseits und den Teilhabeverfahrensbericht andererseits auf Verknüpfungen mit bestehenden Regelwerken ausgerichtet. Eines zusätzlichen Verfahrensschrittes durch Beteiligung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. bedarf es von daher nicht, zumal die Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 217f Abs. 4 Satz 2 SGB V n.F. der Genehmigung durch das BMG bedarf.

Die vorgesehenen Regelungen des § 217f Abs. 4 Satz 5 und 6 SGB V n.F. sollten deshalb gestrichen werden; sofern Hinweise auf Schnittmengen mit der amtlichen Statistik KG 5 und den Datenlieferungen zum Teilhabeverfahrensbericht für erforderlich gehalten werden, könnten klarstellende Ausführungen in der Gesetzesbegründung erfolgen.

Kennzahlen zur Qualität von Beratungs- und Unterstützungsangeboten

Bei den in § 217f Abs. 4 Satz 4 Nr. 6 SGB V n.F. vorgesehenen Kennzahlen handelt es sich um differenzierte Kennzahlen zum Servicebereich der Krankenkassen. In den Beratungen zu den unter den Vorbemerkungen dargestellten Gemeinsamen Empfehlungen der GKV wurde intensiv über die Kennzahlfähigkeit der Angebote und Strukturen in diesem Bereich insbesondere unter dem Aspekt der Vergleichbarkeit beraten. Im Ergebnis wurde insoweit „lediglich“ die Kennzahlfähigkeit des Bereichs

Patientensicherheit unter dem Aspekt der Unterstützung der Versicherten bei Behandlungs- und Pflegefehlern festgestellt.

Aktuell veröffentlichte Transparenzberichte von Krankenkassen enthalten regelhaft zwar auch Ausführungen insbesondere zur Servicequalität, Kundenzufriedenheit sowie zu besonderen Beratungs-, Versorgungs- und Unterstützungsangeboten für Versicherte. Die Ausgestaltung der Rahmenbedingungen, die bei der Bewertung dieser Aspekte von zentraler Bedeutung sind, liegt jedoch sehr weitgehend im Gestaltungsspielraum der Krankenkassen und ist nicht selten auch Folge bewusst getroffener Unternehmensentscheidungen im Wettbewerb unter Berücksichtigung unterschiedlichster Gesichtspunkte (z. B. Versichertenstruktur, Zielgruppen, regionale/überregionale Verankerung, Leitbild und strategische Ausrichtung), sodass eine Ausweisung als Kennzahl, die als Messgröße für eine vergleichende Bewertung herangezogen werden kann, nicht sachgerecht wäre.

Die Gemeinsamen Empfehlungen berücksichtigen diese Limitierungen, indem sie den Krankenkassen für die Gestaltung ihrer individuellen Transparenzberichte folgende Handlungsempfehlungen in Bezug auf nicht kennzahlfähige Bereiche geben:

- Die **Erreichbarkeit der Krankenkassen** für ihre Versicherten ist aus der Kundenperspektive ein besonders relevanter Aspekt der Servicequalität. Entsprechende Ausführungen sollten deshalb Bestandteil von Transparenzberichten sein.
- Aus der Perspektive der Versicherten können Hinweise zum Verfahren eines **Beschwerdemanagements** der Krankenkasse von Relevanz sein. Entsprechende Ausführungen sollten deshalb Bestandteil von Transparenzberichten sein.
- Aus der Perspektive der Versicherten können Ergebnisse aus Kundenbefragungen und spezifische Erkenntnisse zur **Kundenzufriedenheit** (z. B. zur gemessenen Servicequalität, „Kanalqualität“, Weiterempfehlungswahrscheinlichkeit) von Relevanz sein. Es kommen hier sowohl die Ergebnisse externer Marktforschungsinstitute als auch kasseneigene Befragungsergebnisse in Betracht. Sofern Krankenkassen Angaben zur Kundenzufriedenheit in ihre Transparenzberichte aufnehmen, sollte die erhebende Stelle (intern, extern, ggf. Marktforschungsinstitut) angegeben werden.
- Ob Ausführungen zu besonderen **Beratungs-, Versorgungs- und Unterstützungsangeboten für Versicherte** Gegenstand eines Transparenzberichtes der Krankenkasse sind oder für die Versicherten über andere Informationsquellen und Instrumente verfügbar gemacht werden, ist im Rahmen der jeweiligen Kommunikationsstrategie der Krankenkasse zu entscheiden.

Die Ausführungen in der Begründung zum Gesetzentwurf unterstreichen im Ergebnis die vorgenannten Bewertungen, da sie eindeutig die qualitativen Unterschiede zu den Kennzahlen in § 217f Abs. 4 Satz 4 Nr. 1 bis 5 SGB V n.F. erkennen lassen und damit die fehlende Kennzahlfähigkeit bestätigen. Dies wird insbesondere an folgenden Aussagen in der Begründung deutlich.

- Die Abbildung der zeitlichen Erreichbarkeit der Krankenkassen wird als Merkmal zwar erwähnt, es erfolgt aber keinerlei Hinweis, wie dies in einer vergleichenden Kennzahl mit Aussagewert für die Versicherten dargestellt werden könnte.

- In Bezug auf die Qualität der Beratungs- und Unterstützungsangebote zum Antragsprozess im Leistungsgeschehen wird ausgeführt, dass insoweit „beispielsweise die Anzahl entsprechend qualifizierter Ansprechpartner im Leistungsbereich einer Krankenkasse je 100.000 Versicherte“ sowie „die Angabe relevant sein kann, wie häufig Mitarbeitende im jeweiligen Leistungsbereich geschult werden, um stets aktuelle Kenntnisse über die jeweils geltende Rechtslage zu besitzen“. Diese Ausführungen vernachlässigen Unterschiede bei der Aufbau- und Ablauforganisation der Krankenkassen, den gesetzlich und untergesetzlich festgelegten Antragsprozessen in den jeweiligen Leistungsbereichen sowie bei den Beratungs- und Unterstützungsbedarfen der Versicherten, die den Aussagewert der genannten Parameter beeinflussen und damit der Kennzahlfähigkeit entgegenstehen.
- Zum Beschwerdemanagement wird zutreffend ausgeführt, dass „der Umgang mit Beschwerden immer auch ein wichtiges Qualitätssicherungsinstrument einer Krankenkasse darstellen kann. Transparenz hierüber könnten beispielsweise Informationen zur Prozess- und Strukturqualität, aber auch zu den Ergebnissen von Beschwerden und ihrer Bearbeitung herstellen“. Diese Ausführungen verdeutlichen, dass komplexe Verfahren der Prozess- und Strukturqualität unter Berücksichtigung der jeweiligen „Beschwerdekultur“ einer Krankenkasse zu bewerten wären. Es ist nicht ersichtlich, wie dies in einer Kennzahl, die den Versicherten einen aussagefähigen Vergleich ermöglichen würde, dargestellt werden könnte.

Im Ergebnis sollten die vorgesehenen Regelungen in § 217f Abs. 4 Satz 4 Nr. 6 Buchstaben a) und b) SGB V n.F. gestrichen werden.

Kennzahlen zum Stand der Digitalisierung

Die in § 217f Abs. 4 Satz 4 Nr. 7 SGB V n.F. vorgesehenen Kennzahlen zum Stand der Digitalisierung der Krankenkassen sowie der Nutzung der digitalen Leistungen der Krankenkassen durch die Versicherten in Bezug auf die Ausstattung der Versicherten mit der elektronischen Gesundheitskarte mit einer kontaktlosen Schnittstelle und mit deren persönlicher Identifikationsnummer, die Nutzung der elektronischen Patientenakte nach § 341 SGB V sowie die Bereitstellung der sicheren digitalen Identitäten nach § 291 Absatz 8 SGB V und ihre Nutzung durch die Versicherten wären mit erheblichem Aufwand grundsätzlich darstellbar. Sie werfen jedoch die Frage auf, ob insoweit ein dauerhaftes reales Erkenntnisinteresse von einzelnen Versicherten besteht, das den Aufwand bis hin zur Darstellung in einem Versichertenportal rechtfertigt. So stellt sich aus der Versichertenperspektive z. B. im Hinblick auf die ePA die Frage, welche Erkenntnis sich für einzelne Versicherte aus einem - den unterschiedlichsten Aspekten und Einflüssen unterliegendem - diesbezüglichen Nutzungsverhalten der Gesamtheit der Versicherten einer Krankenkasse ableiten lässt. Nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes dürfte - gestützt auf Aussagen in der Begründung zum Gesetzentwurf - eher ein temporäres, übergreifend strategisches und in erster Linie auch politisches Interesse an entsprechenden Daten bestehen. Dies rechtfertigt jedoch nicht den Einbezug in die vorgesehene Richtlinie, sodass § 217f Abs. 4 Satz 4 Nr. 7 SGB V n.F. gestrichen werden sollte.

Veröffentlichung, Evaluation und Umsetzungsfristen

Abhängig von der Bewertung und ggf. Umsetzung der vorgenannten Aspekte im weiteren Gesetzgebungsverfahren werden die

- Anforderungen an die Auswertung von Mittelwerten, der Spanne zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Wert der Kennzahlen der Krankenkassen sowie die vorgesehene Veröffentlichung der Daten auf einer digitalen und interaktiven Plattform,
- Anforderungen und Zielsetzungen der Verpflichtung zur externen Evaluation und
- jeweiligen Umsetzungsfristen

zu bewerten sein. Sofern im Wesentlichen an den Regelungen des Gesetzentwurfs festgehalten wird, sind die Umsetzungsfristen unrealistisch knapp bemessen. Dies gilt sowohl für die Fertigstellung der Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes als auch für die erstmalige Veröffentlichung der Daten auf der vorgesehenen Plattform für das Berichtsjahr 2025. Die erstmalige Veröffentlichung dürfte auch vor dem Hintergrund, dass für entsprechende Datenerhebungen ein ausreichender zeitlicher Vorlauf für ggf. erforderliche Programmierungen in den Kassensystemen nach Vorlage der Richtlinie eingeplant werden muss, frühestens für das Berichtsjahr 2026 möglich sein.

Berücksichtigung des Sondersystems der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

Nach den Ausführungen in der Begründung zum Gesetzentwurf soll durch eine einheitliche und verbindliche Festlegung von zu veröffentlichenden Kennzahlen und Informationen die Vergleichbarkeit zwischen den Kranken- und Pflegekassen bundesweit gewährleistet und so der Qualitätswettbewerb zwischen den Kranken- und Pflegekassen gestärkt werden. Diesem Wettbewerb unterliegt die SVLFG als Sondersystem nicht; sowohl aus dieser Sonderstellung als auch aus besonderen rechtlichen Regelungen würde sich in Bezug auf die landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK) die Notwendigkeit zusätzlicher Einordnungen und Kommentierungen der Kennzahlen ergeben, sodass die LKK entweder von der Regelung des § 217f Abs. 4 SGB V n.F. ausgenommen oder in der gesetzlichen Richtlinienkompetenz zum Ausdruck gebracht werden sollte, dass die Besonderheiten der LKK zu berücksichtigen sind.

C) Änderungsvorschlag

Wie im Abschnitt Stellungnahme mit detaillierten Bewertungen dargestellt, wird die vorgesehene Erweiterung des aktuellen gesetzlichen Auftrages des GKV-Spitzenverbandes nach § 217f Abs. 4 SGB V hin zu einer Richtlinienkompetenz mit abschließendem Regelungsauftrag vor dem Hintergrund der bereits mit dem Empfehlungspapier „Service- und Versorgungsqualität der Kranken- und Pflegekassen; Gemeinsame Empfehlungen zu Grundlagen von Transparenzberichten“ vom 07.12.2022 umgesetzten Aktivitäten als nicht erforderlich und die Veröffentlichungspflicht auf einem Vergleichsportal als inkonsistent zur Aufgaben- und Kompetenzstruktur innerhalb des GKV-Systems bewertet.

Sofern an der vorgesehenen Erweiterung der Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes dennoch festgehalten wird, sind folgende Änderungen erforderlich:

In Artikel 1 Nr. 24 Buchstabe b) wird Absatz 4 wie folgt geändert:

1. In Satz 4 wird der Klammerzusatz wie folgt gefasst:
„[einsetzen: Datum sechs **zwölf** Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 7]“
2. In Satz 4, 2. Teilsatz, werden

- Nr. 4 gestrichen,
 - Nr. 5 wie folgt gefasst „die Anzahl der Klagen gegen Leistungsentscheidungen ~~im Verhältnis zur Anzahl der insgesamt erhobenen Widersprüche~~ und die Anzahl der Klagen, denen teilweise oder vollumfänglich stattgegeben wurde, im Verhältnis **zu einem jeweils in der Richtlinie festzulegenden Basiswert** zur Anzahl der insgesamt erhobenen Klagen, jeweils differenziert nach den für die in Nummer 1 genannte Differenzierung verwendeten Leistungsbereichen
 - Nr. 6 wie folgt gefasst „die ~~Qualität von~~ Beratungs- und Unterstützungsangeboten der Krankenkassen, ~~insbesondere die Qualität~~
 - a) ~~des Prozesses bei der Bearbeitung von Leistungsanträgen,~~
 - b) ~~des Beschwerdemanagements und~~
 - c) ~~der zur Förderung der Patientensicherheit~~
 - Nr. 7 gestrichen.
3. Die Sätze 5 und 6 werden gestrichen
 4. Im (bisher vorgesehenen) Satz 11 wird die Angabe „2025“ durch die Angabe „2026“ ersetzt.
 5. Regelungen zur Berücksichtigung des Sondersystems der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25 – § 226 - Beitragspflichtige Einnahmen während eines Freiwilligendienstes

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung des § 226 SGB V um den neuen Absatz 6 werden die Waisenrente oder entsprechende Hinterbliebenenversorgungsleistungen auch während der Ableistung eines Freiwilligendienstes für Dienstleistende bis zum 25. Lebensjahr beitragsfrei gestellt.

B) Stellungnahme

Gegen die Neuregelung bestehen keine Einwände. Die Regelung vervollständigt vielmehr das Regelungskonzept, wonach die besondere Lebens- und Einkommenssituation von Waisenrentnern es rechtfertigt, sie von der Beitragspflicht aufgrund des Waisenrentenbezugs freizustellen, solange sie minderjährig oder nicht erwerbstätig sind oder sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden. Insofern ist es konsequent, den besonderen beitragsrechtlichen Status auch auf die Zeit der Ableistung eines zur Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 SGB V führenden Freiwilligendienstes bis zum 25. Lebensjahr auszudehnen. Die Beitragspflicht des Trägers des Freiwilligendienstes bleibt hiervon unberührt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 – § 25 - Versicherung der Familienangehörigen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich bei der Änderung des § 25 SGB XI um eine notwendige Folgeänderung zur Neuregelung in § 10 Absatz 1 SGB V (vgl. Artikel 1 Nummer 1), die sicherstellt, dass die Systemabgrenzung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung auch bei der Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung nachvollzogen wird.

B) Stellungnahme

Die Folgeänderung ist sachgerecht und im Sinne des in § 1 Absatz 2 SGB XI enthaltenen Programmsatzes „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 – § 47 a Abs. 3 Nr. 7 SGB XI (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung des § 47a Abs. 3 Satz 1 um eine neue Nummer 7 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 Art. 1 Nr. 23 b) eingefügten Vorschrift des

§ 197a Abs. 3b Nr. 6 SGB V. Auf die o.g. Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 23 b) wird deshalb Bezug genommen.

C) Änderungsvorschlag

Nach Nummer 7 wird die folgenden Nummern 8 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.

Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„**Die in Satz 1 genannten Stellen** dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Buch erhoben oder an sie übermittelt wurden, an die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 erforderlich ist. Personenbezogene Daten von Versicherten sind vor einer Übermittlung zu pseudonymisieren, wenn keine Hinweise auf eine Mitwirkung der Versicherten am Fehlverhalten vorliegen; sie sind zu anonymisieren, sobald dies im Rahmen der Verarbeitung für den Zweck nach Satz 3 möglich ist.“

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 – § 53 - Aufgaben auf Bundesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem in § 53 SGB XI neu angefügten Satz wird normiert, dass der durch den Gesetzentwurf neu geregelte § 217f Absatz 4 SGB V entsprechend für die Pflegekassen und den Bereich der Pflegeversicherung gilt. Dies mit der Maßgabe, dass der GKV-Spitzenverband in der nach § 217f Absatz 4 Satz 1 und 4 SGB V zu erlassenden Richtlinie auch verbindliche Vorgaben für die einheitliche Erhebung und Veröffentlichung von Kennzahlen zur Durchführung und Inanspruchnahme der Pflegeberatung nach § 7a (differenziert nach der Durchführung als persönliche Beratung in der häuslichen Umgebung der anspruchsberechtigten Person oder in der Einrichtung, in der die anspruchsberechtigte Person lebt, in Pflegestützpunkten, Pflegeberatungsstellen oder sonst vor Ort, als Videokonferenz und als telefonische Beratung) und der Pflegekurse nach 45 SGB XI (mindestens differenziert nach Schulungskursen vor Ort, Schulungen in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person und digitalen Pflegekursen) festlegt. Für die Kennzahlen zur Durchführung der Pflegeberatung und der Pflegekurse sollen die Kapazitäten der Pflegekassen mindestens bezogen auf die Anzahl der bei ihnen Versicherten sowie die Anzahl der bei ihnen versicherten pflegebedürftigen Personen maßgeblich sein. Ziel der Richtlinie soll es sein, für die Versicherten sowie für die Öffentlichkeit und die Politik, mehr Transparenz über die Servicequalität der Pflegekassen und über das Leistungsgeschehen durch eine einheitliche Erhebung und Veröffentlichung von entsprechenden Kennzahlen in der sozialen Pflegeversicherung zu schaffen. Die Pflegekassen haben die Daten jährlich zu einem festgelegten Stichtag dem GKV-Spitzenverband zu übermitteln, der auf dieser Grundlage jährlich, erstmals für das Berichtsjahr 2025, auf einer digitalen und interaktiven Plattform, transparente, nutzerfreundliche und barrierefreie Informations- und Vergleichsmöglichkeiten für Versicherte veröffentlicht. Ein externer Evaluationsbericht ist drei Jahre nach erstmaliger Veröffentlichung vorzulegen.

B) Stellungnahme

Hinsichtlich der durch den Gesetzentwurf geregelten entsprechenden Anwendung des § 217f Absatz 4 SGB V (NEU Gesetzentwurf GVSG) wird auf die Ausführungen im Rahmen der Stellungnahme zu § 217f Absatz 4 SGB V (Neu Gesetzentwurf GVSG) und zu den „gemeinsamen Empfehlungen zu Grundlagen von Transparenzberichten“ vom 07.12.2022 verwiesen. Die Kranken- und Pflegekassen stellen bereits aktuell sehr weitgehend Leistungs- und Servicedaten öffentlich verfügbar bereit bzw. bereiten solche Veröffentlichungen vor. Den Versicherten der Kranken- und Pflegekassen stehen damit für sie relevante Informationen zur Verfügung. Auf Seiten der GKV liegen keinerlei Hinweise vor, dass die Versicherten der Kranken- und Pflegekassen über die in den verfügbaren Transparenzberichten enthaltenen Informationen hinaus weitere Informationsbedarfe haben. Im Ergebnis wird die im Gesetzentwurf vorgesehene Erweiterung der Aufgabenstellung des GKV-Spitzenverbandes im Sinne einer abschließenden Richtlinienkompetenz als nicht erforderlich und mit Blick auf die Veröffentlichungspflicht auf einem Vergleichsportal als inkonsistent zur Aufgaben- und Kompetenzstruktur innerhalb des GKV-Systems eingeschätzt.

Hinsichtlich der ergänzenden Erhebung von Kennzahlen zur Pflegeberatung ist zu berücksichtigen, dass bereits mit der regelmäßigen veröffentlichten Evaluation nach § 7a Absatz 9 SGB XI Transparenz über die Pflegeberatungsstrukturen nach § 7a SGB XI geschaffen wird.

C) Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Erweiterung des aktuellen gesetzlichen Auftrages des GKV-Spitzenverbandes nach § 53 SGB XI i. V. m. § 217f Abs. 4 SGB V hin zu einer Richtlinienkompetenz mit abschließendem Regelungsauftrag wird vor dem Hintergrund der bereits mit dem Empfehlungspapier „Service- und Versorgungsqualität der Kranken- und Pflegekassen; Gemeinsame Empfehlungen zu Grundlagen von Transparenzberichten“ vom 07.12.2022 umgesetzten Aktivitäten als nicht erforderlich und die Veröffentlichungspflicht auf einem Vergleichsportal als inkonsistent zur Aufgaben- und Kompetenzstruktur innerhalb des GKV-Systems bewertet und deshalb abgelehnt.

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5 – § 57 - Beitragspflichtige Einnahmen während eines Freiwilligendienstes

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Ergänzung eines neuen Absatzes 6 in § 226 SGB V (vgl. Artikel 1 Nummer 29), die sicherstellt, dass Waisenrenten oder entsprechende Hinterbliebenenversorgungsleistungen für das Mitglied während der Ableistung eines Freiwilligendienstes von der Beitragspflicht zur Pflegeversicherung freigestellt sind.

B) Stellungnahme

Die Folgeänderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung der Bundeshaushaltsordnung)

§ 112 - Sonderregelungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

In §112 Absatz 1 Satz 3 soll der Punkt am Ende durch die Wörter „vorbehaltlich besonderer Regelungen im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung“ ersetzt werden.

B) Stellungnahme

Die Folgeänderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 4 (Änderung des Arzneimittelgesetzes)

§ 78 - Preise

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 1 war bisher geregelt, dass das „Bundesministerium für Wirtschaft und Energie“ – jetzt Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (BMWK) - ermächtigt wird, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) durch Rechtsverordnung die Arzneimittelpreise zu regeln („Arzneimittelpreisverordnung“ – AMPPreisV). Hierfür ist mit Ausnahme des Festzuschlags für Fertigarzneimittel, der nicht der Förderung der Sicherstellung des Notdienstes dient, auch eine Zustimmung des Bundesrates erforderlich. Diese Rechtsverordnung soll zukünftig alleine durch das BMG erlassen werden können.

B) Stellungnahme

Durch die vorgesehene Neuregelung liegen nun alle Aspekte der Apotheken in der Hand des BMG. Der GKV-Spitzenverband geht davon aus, dass Vorarbeiten des BMWK zur Überarbeitung der Arzneimittelpreisverordnung, wie das wissenschaftliche Gutachten zur Apothekenvergütung „Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung geregelten Preise“ nun vom BMG bei der Verordnungsgebung berücksichtigt werden.

Die Regelung erfolgt bereits im Vorgriff auf den Gesetzentwurf eines Apothekenreform-Gesetzes, in dessen Rahmen Änderungen an den Regularien für Apotheken vorgesehen sind.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 5 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

§ 26 – Zusatzentgelt für Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 im Krankenhaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung zur Finanzierung von Zusatzentgelten für Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 im Krankenhaus regelt, soll aufgehoben werden.

B) Stellungnahme

Nach dem Ende der Pandemie ist eine coronabedingte Sonderregelung zur Vergütung von entsprechenden Tests in Krankenhäusern nicht mehr erforderlich. Die Aufhebung dieser Regelung wird ausdrücklich begrüßt, da mit ihr eine Entlastung der Versichertengemeinschaft einhergeht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 6 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

§ 31

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird vorgesehen, dass Ärzte, die über eine zur Behandlung erforderlichen abgeschlossenen Weiterbildung verfügen, vom Zulassungsausschuss auf Antrag zur ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Personen, die intellektuell beeinträchtigt sind, unter einer bestehenden Suchterkrankung leiden oder aufgrund eines erheblich eingeschränkten Funktionsniveaus sozial benachteiligt sind, zu ermächtigen sind. Als Voraussetzung für die Ermächtigung muss der Nachweis einer entsprechenden Kooperationsvereinbarung mit einem medizinischen Behandlungszentrum nach § 119c SGB V, einer Einrichtung der Suchthilfe, der Krisenhilfe, der sozialpsychiatrischen Dienste oder einer vergleichbaren Einrichtung vorliegen.

B) Stellungnahme

Die psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung von Menschen, die intellektuell beeinträchtigt sind, unter einer bestehenden Suchterkrankung leiden oder aufgrund eines erheblich eingeschränkten Funktionsniveaus sozial benachteiligt sind, ist von dem bereits bestehenden Leistungsangebot umfasst. Eine zusätzliche Ermächtigungsgrundlage ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes daher entbehrlich. Zudem bestehen für die Arztgruppen der Nervenärztinnen und -ärzte sowie für ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten i.d.R. freie Zulassungsmöglichkeiten, so dass keine weiteren Zulassungstatbestände erforderlich sind.

Bei einer Ermächtigungslösung ist der Nachweis einer entsprechenden Kooperationsvereinbarung zwar grundsätzlich sinnvoll. Allerdings müsste die Ermächtigung dann auch in regelmäßigen Abständen überprüft und mit der Versorgungssituation vor Ort abgeglichen werden; eine zeitlich unbegrenzte Ermächtigung erscheint nicht sachgerecht. Zudem ist durch die vorgesehenen Regelungen nicht vorgesehen, dass ausschließlich das konkret adressierte Patientenkontinuum zu versorgen ist.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

III. Ergänzender Änderungsbedarf

Artikel 1 (Änderung Fünftes Buches Sozialgesetzbuch)

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

A) Neuregelungsbedarf

Nach ersten Erfahrungen mit der anwendungsbegleitenden Datenerhebung als Teil der Nutzenbewertungsverfahren bei neuen Arzneimitteln bestehen Anpassungsbedarfe zur Klarstellung sowie zur Weiterentwicklung der Prozesse um eine möglichst effiziente, standardisierte Umsetzung der Evidenzgenerierung sicherzustellen. Der aufgezeigte Änderungsbedarf zur anwendungsbegleitenden Datenerhebung greift den Vorschlag der hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des G-BA aus ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf zum GVSG vom 30.04.2024 auf:

1. Klarstellung, dass auch im Bereich der Orphan Drugs nach § 35a Absatz 3b Satz 1 Nummer 2 SGB V trotz Wegfall des Orphan-Drug-Status im Nachgang zur Zulassung die Weiterführung einer anwendungsbegleitenden Datenerhebung zur Schließung der fortbestehenden Evidenzlücken vom G-BA gefordert werden kann
2. bis 6. Ermächtigung des G-BA bereits abgestimmte Studienunterlagen zu einer geforderten AbD über das laufende Verfahren hinaus im Rahmen der Festlegungen zur Durchführung von weiteren AbD im selben Indikationsgebiet zu nutzen sowie

über die Stellungnahme des G-BA hinausgehend: Berücksichtigung der Möglichkeit der Verwendung von vom G-BA erstellten oder in Auftrag gegebenen Studienunterlagen

Zu 1.

Während einer laufenden anwendungsbegleitenden Datenerhebung (AbD) von bis zu 7 Jahren kann es zu Änderungen des zulassungsrechtlichen Status der betroffenen Arzneimittel kommen. Für die Fortführung einer AbD ist nicht das Fortbestehen des regulatorischen Status, sondern das Weiterbestehen einer Evidenzlücke ausschlaggebend, deren Beseitigung das Hauptziel der Forderung einer anwendungsbegleitenden Datenerhebung und von Auswertungen ist. Die Weiterführung einer AbD ist somit trotz Wegfall des Orphan-Drug-Status im Nachgang zur Zulassung in der Regel weiterhin erforderlich, da die bestehenden Evidenzlücken nicht behoben sind. Die vorgeschlagene Änderung beschränkt die erforderliche Tatbestandsvoraussetzung für die Forderung nach einer AbD allein auf den zulassungsrechtlichen Status zum Zeitpunkt der Zulassung. Dabei handelt es sich um eine Klarstellung nach dem Sinn und Zweck der gesetzlichen Regelung entsprechend der Gesetzesbegründung zur ursprünglichen Fassung durch das Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung. Somit wäre eine Rücknahme des Orphan-Drug-Status im Nachgang zur Zulassung durch die Europäische Arzneimittelkommission oder aber auch die freiwillige Rückgabe des

Orphan Drug Status allein aufgrund strategischer Erwägungen durch den pharmazeutischen Unternehmer kein Grund, um seitens des G-BA von der Weiterführung einer AbD abzusehen. Der erste Regelungsvorschlag enthält daher eine entsprechende Klarstellung des Wortlautes.

Zu 2. bis 6.

Mit den Änderungsvorschlägen soll dem G-BA die weitergehende Nutzung von zum Zwecke der Durchführung einer AbD erstellten Studienunterlagen im gleichen Indikationsgebiet ermöglicht werden. Dies soll die Datenerhebung in indikationsspezifischen Registern fördern und vereinheitlichen. Die jeweiligen, an der Erstellung der Studienunterlagen beteiligten pharmazeutischen Unternehmer, sollen als Ausgleich eine angemessene Entschädigung erhalten.

Die Berücksichtigung von bereits abgestimmten Studienunterlagen zu einer geforderten AbD in einem weiteren Verfahren im selben Indikationsgebiet macht Synergieeffekte bereits erfolgter sowie während der AbD notwendiger Abstimmungen und Änderungen zwischen pharmazeutischen Unternehmen und Registerbetreibenden nutzbar und ermöglicht insgesamt eine effizientere Umsetzung der Evidenzgenerierung. Weiterhin können Daten zu später zugelassenen und für die folgende Nutzenbewertung relevanten Arzneimitteln auch vom erstmalig im Indikationsgebiet betroffenen pharmazeutischen Unternehmer in seinen Auswertungen einbezogen werden. Die Daten von behandelten Personen unter der Vergleichstherapie werden für alle geforderten anwendungsbegleitenden Studien innerhalb eines Indikationsgebiets nutzbar. Somit wäre die AbD besser an Veränderungen im Versorgungskontext anpassbar.

Über den Änderungsvorschlag der unparteiischen Vorsitzenden des G-BA zum Referentenentwurf des GSVG hinausgehend, wird die Notwendigkeit gesehen, dass in Verfahren zur AbD und Auswertung auch Studienunterlagen zu Grunde gelegt werden können, die vom G-BA erstellt oder bei einer unabhängigen wissenschaftlichen Institution in Auftrag gegeben wurden. Dies ist z.B. für Indikationsgebiete relevant, in denen parallel oder in kurzer zeitlicher Abfolge mehrere Wirkstoffe einer AbD zugeführt werden. In diesen Fällen stehen noch keine abgestimmten Studienunterlagen aus einer zuvor geforderten AbD zur Verfügung, auf die zurückgegriffen werden kann. Gleichwohl sind auch hier die Vereinheitlichung und Effizienzsteigerung der Datenerhebungen aus den o.g. Gründen erstrebenswert. Diese Erweiterung wird daher im hier vorliegenden Vorschlag zur Neuregelung mitberücksichtigt.

B) Änderungsvorschlag

In § 35a SGB V wird nach Nummer 3 folgende Nummer 3a eingefügt:

„3a. § 35a Absatz 3b wird wie folgt geändert:

1. In Satz 1 Nummer 2 wird das Wort „sind“ durch das Wort „wurden“ ersetzt.
2. Nach Satz 4 werden folgende Sätze 5 und 6 eingefügt: „Dabei können auch methodische Vorarbeiten und Studienunterlagen, die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, eine von ihm beauftragte Institution oder andere pharmazeutische Unternehmer erstellt wurden, zugrunde gelegt werden. Hierfür können pharmazeutische Unternehmer gegen eine angemessene Entschädigung verpflichtet werden, die von

ihnen erstellten Studienunterlagen zum Zwecke der Verwendung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in weiteren Verfahren der anwendungsbegleitenden Datenerhebung im gleichen Indikationsgebiet zur Verfügung zu stellen.“

3. Der Satz 5 wird Satz 7 und die Wörter „dabei soll er“ werden durch die Wörter „Bei der Forderung einer anwendungsbegleitenden Datenerhebung soll der Gemeinsame Bundesausschuss“ ersetzt.
4. Die Sätze 6 bis 8 werden die Sätze 8 bis 10.
5. Der Satz 9 wird Satz 11 und nach der Angabe „Satz 4,“ werden die Wörter „sowie zur Entschädigung nach Satz 6“ eingefügt.
6. Die Sätze 10 bis 12 werden die Sätze 12 bis 14.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 85 Abs. 3 Satz 2

A) Neuregelungsbedarf

Um die aufwachsende Finanzierungslücke in der GKV zu schließen, wurde mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz der Spielraum für die Veränderungen der Gesamtvergütungsvolumina im Bereich der zahnärztlichen Leistungen ohne Zahnersatz begrenzt, indem die Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 3 SGB V im Jahr 2023 höchstens um die um 0,75 Prozentpunkte verminderte durchschnittliche Veränderungsrate, im Jahr 2024 höchstens um die um 1,5 Prozentpunkte verminderte durchschnittliche Veränderungsrate angehoben werden durften. Diese Begrenzungsregelungen laufen zum 01.01.2025 aus. Aufgrund der nach wie vor bestehenden angespannten Finanzsituation der GKV ist es erforderlich, die Veränderung der Gesamtvergütungsvolumina für die zahnärztlichen Leistungen ohne Zahnersatz weiterhin zu begrenzen. Eine sinnvolle Begrenzung lässt sich durch eine Wiedereinführung der bis zum 31.12.2011 geltenden Beitragssatzstabilität erreichen. Bis zu diesem Zeitpunkt war der Anstieg der Gesamtvergütungen für die zahnärztlichen Leistungen ohne Zahnersatz auf die Höhe der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V begrenzt (Grundsatz der Beitragssatzstabilität). Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurde diese Begrenzung zum 01.01.2012 aufgehoben. Bei der Vereinbarung der Veränderungen der Gesamtvergütungen war der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71) nur noch zu berücksichtigen. Auf diese Weise sollten für die regionalen Vertragspartner größere Verhandlungsspielräume für die Vereinbarungen der Gesamtvergütungen eröffnet werden. Angesichts der anhaltend schlechten Finanzsituation der GKV sind diese Spielräume nicht mehr vorhanden. Vielmehr ist die (Wieder)einführung einer starren Begrenzung erforderlich, indem bei der Veränderung der Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 3 SGB V die Beitragssatzstabilität zu beachten ist.

B) Änderungsvorschlag

In § 85 Abs. 3 Satz 2 wird das Wort „berücksichtigen“ durch das Wort „beachten“ ersetzt

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 87 - Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

§ 92 - Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

A) Neuregelungsbedarf

Die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von ambulanter Psychotherapie sind in der Psychotherapie-Richtlinie und der Psychotherapievereinbarung (Anlage 1 BMV-Ä) geregelt. Bei der Beantragung einer ambulanten Psychotherapie wird durch die Krankenkasse geprüft, ob die Voraussetzungen für eine Psychotherapie erfüllt sind.

Eine wesentliche Funktion des Antragsverfahrens und der mit der Genehmigung des Antrages durch die Krankenkassen einhergehenden vorgezogenen Wirtschaftlichkeitsprüfung ist die Schaffung eines sicheren Rahmens für die psychotherapeutische Behandlung. Die Genehmigung des Therapiekontingents ermöglicht eine Behandlungsplanung, die ein strukturiertes Vorgehen der Therapeutin oder des Therapeuten fördert und bei den Patientinnen und Patienten ein Verständnis für die vorgesehene Behandlung schafft.

Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung wurde der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt Regelungen für ein einrichtungsübergreifendes sektorenspezifisches Qualitätssicherungsverfahren zu treffen. Da zunächst keine bundesweite Umsetzung, sondern eine mehrjährige regionale Erprobung des QS-Verfahrens erfolgt und zu erwarten ist, dass das neu einzuführende QS-Verfahren das Gutachterverfahren inhaltlich nicht ersetzen kann, ist kurzfristig eine Überprüfung des Verfahrens vorzusehen.

Das QS-Verfahren prüft zunächst die Qualität der psychotherapeutischen Einrichtung, die Bewertung des jeweiligen Leistungsanspruchs der einzelnen Patientinnen und Patienten erfolgt jedoch nicht. Für Patientinnen und Patienten sowie Therapeutinnen und Therapeuten wird erst durch den Prozess des Antrags- und Genehmigungsverfahrens ein sicherer Behandlungsrahmen geschaffen. Die Einführung eines elektronischen Antrags- und Gutachterverfahrens und einer damit einhergehenden elektronischen Genehmigung durch die Krankenkassen entbürokratisiert und beschleunigt den Prozess erheblich.

B) Änderungsvorschlag

In § 87 Absatz 1 werden nach Satz 12 folgende Sätze eingefügt:

„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regeln im Bundesmantelvertrag für Ärzte bis zum 31.12.2025 das Nähere zu einem elektronischen Antrags- und Gutachterverfahren für genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen. Zur Durchführung des elektronischen Antrags- und Gutachterverfahrens sind die an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, die jeweilige Krankenkasse insbesondere zur Genehmigung der Leistungen sowie die oder der von der Krankenkasse ausgewählte Gutachterin oder Gutachter befugt, die hierfür erforderlichen versichertenbezogenen Angaben nach Maßgabe des Bundesmantelvertrags zu verarbeiten; die Sätze 9 und 12 gelten entsprechend.“

In § 92 Absatz 6a SGB V 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.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 87a Absatz 3 – Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

A) Neuregelungsbedarf

Durch die Anhebung und Ausweitung der Zuschläge für fachärztliche Behandlungen nach vorheriger Terminvermittlung mit dem GKV-FinStG steigen diese extrabudgetär abrechenbaren Behandlungen seit dem 1. Januar 2023 deutlich an. Zur Beendigung der hierdurch ausgelösten Doppelfinanzierung ist eine Bereinigungsregelung analog zu der bei der Einführung der extrabudgetären Förderung von Leistungen durch das TSVG zu ergänzen. Mit dem GKV-FinStG wurden die Zuschläge für fachärztliche Behandlungen nach vorheriger Terminvermittlung deutlich angehoben und neben der Vermittlung durch Terminservicestellen auf die Vermittlung durch Hausärzte ausgeweitet. Dadurch kommt es zu einer starken Anreizwirkung, vor einer fachärztlichen Behandlung möglichst eine vorherige Vermittlung einzufordern. Da die fachärztlichen Behandlungen nach einer solchen Terminvermittlung seit dem TSVG zudem extrabudgetär vergütet werden, führen die hierdurch ausgelösten Mengensteigerungen unmittelbar zu einer Doppelfinanzierung, da bislang keine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung hierfür vorgesehen ist. In den bisher vorliegenden Daten zu den ersten drei Quartalen des Jahres 2023 ist eine Verdreifachung der extrabudgetär abgerechneten Leistungsmenge in Behandlungsfällen mit vorheriger Terminvermittlung festzustellen. Somit ergibt sich eine jährliche Doppelfinanzierung von mindestens 230 Mio. Euro, wobei der mit rund 200 Mio. Euro größte Teil auf den Anstieg der durch Hausärzte vermittelten Fälle zurückzuführen ist. Da die Zahl der Behandlungsfälle insgesamt nicht entsprechend ansteigt, ist davon auszugehen, dass hier keine Leistungsausweitung vorliegt, sondern die nochmalige extrabudgetäre Bezahlung von Behandlungen, die bereits mit befreiender Wirkung über die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung finanziert worden sind. Dies kritisiert auch der Bundesrechnungshof in seinem Bericht vom 13.11.2023 (Seite 36).

B) Änderungsvorschlag

An § 87a Abs. 3 SGB V werden folgende Sätze angefügt:

„²¹Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragspartner haben in jedem Quartal des Jahres 2025 den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf in den Vereinbarungen nach Satz 1 basiswirksam um die Veränderung des Punktzahlvolumens der in Satz 5 Nummern 3 und 4 genannten Leistungen gegenüber dem jeweiligen Quartal des Jahres 2022 anzupassen; dabei sind die honorarwirksamen Begrenzungsregelungen des entsprechenden Quartals des Jahres 2022 zu beachten. ²²Der Bewertungsausschuss beschließt das Nähere zur Bereinigung bzw. Rückführung des Behandlungsbedarfs nach Satz 21 bis spätestens zum 31. Januar 2025.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

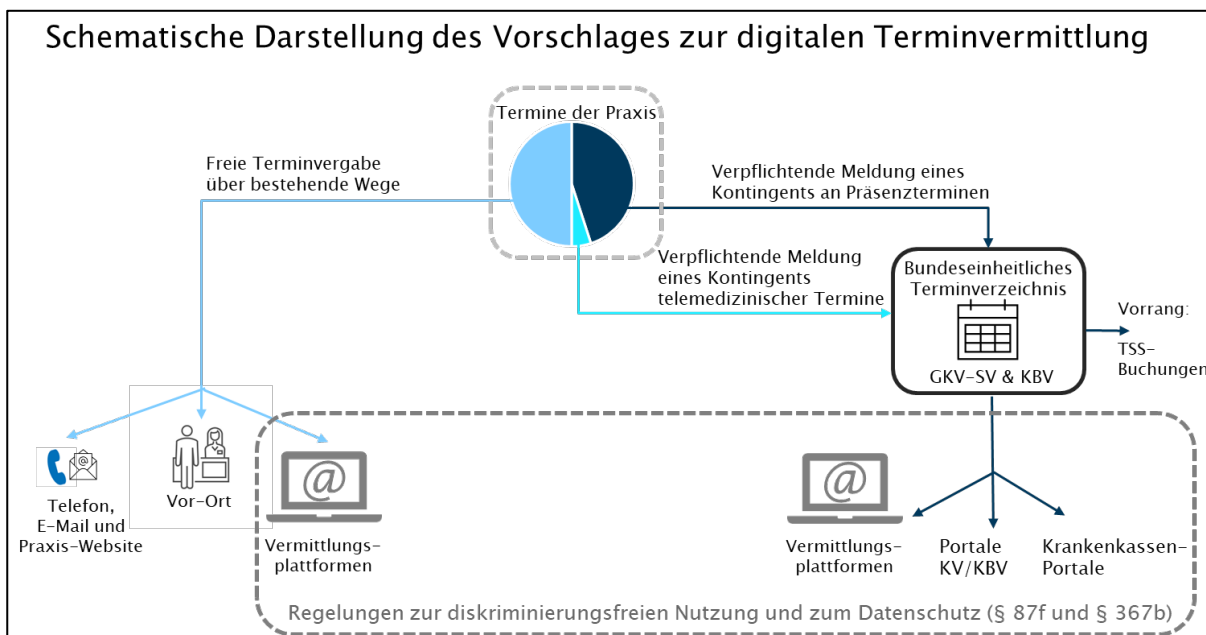
§ 87f NEU

A) Neuregelungsbedarf

Mit der Aufnahme des § 87f werden der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung beauftragt, Vorgaben für Portale zu vereinbaren, die Behandlungstermine für vertragsärztliche Leistungen an GKV-Versicherte vermitteln. Die Festlegungen nach § 87f gelten sowohl für die Vermittlung von Terminen, die aus dem elektronischen System nach § 370a Absatz 1 Satz 6 bezogen werden als auch für die Vermittlung von zusätzlichen Behandlungsterminen, die über die vorgesehene Meldepflicht nach § 87g Absatz 2 hinaus über Vermittlungsportale angeboten werden.

Mit der Aufnahme des Absatz 7 in § 370a werden der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung beauftragt, Vorgaben für die Weiterentwicklung des bestehenden Portals nach § 370a in ein bundeseinheitliches elektronisches Verzeichnis für Behandlungstermine zu vereinbaren. Auf Basis der Vorgaben nach § 87g Absatz 2 melden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte künftig freie Termine in einem von den Partnern des Bundesmantelvertrag festzulegenden Umfang bundeseinheitlich und zentral an das elektronische System nach § 370a Absatz 1 Satz 6. Des Weiteren soll das Verzeichnis Angaben zu ärztlichen Schwerpunkten, Sprechstundenzeiten und den jeweiligen Leistungsangeboten enthalten. Mit den Vorgaben in § 370a Absatz 9 wird der vorrangige Zugriff der Terminservicestellen zur Vermittlung in medizinisch dringenden Fällen auf die im elektronischen Verzeichnis hinterlegten Behandlungstermine sichergestellt. Die Festlegungen in § 370a Absatz 10 verpflichten den GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung zur Schaffung einer offenen Schnittstelle zum elektronischen System, sodass Dritte (z.B. Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Vermittlungsplattformen) Zugriff auf die Behandlungstermine zum Angebot der Terminvermittlung an GKV-Versicherte über ihre jeweiligen Portale erhalten. Für die digitale Vermittlung dieser Termine an GKV-Versicherte müssen die zugangsberechtigten Dritte die Einhaltung der Vorgaben nach § 87f sowie der vorgesehenen technischen Anforderungen nach § 367b nachweisen.

Mit der vorgesehenen Neufassung der Sätze 20 und 21 sowie der Ergänzung um Satz 22 und 23 in § 75 Absatz 1a wird sichergestellt, dass Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ab dem Start des weiterentwickelten elektronischen System nach § 370a Absatz 1 Satz 6 künftig ihre freien Behandlungstermine zum Zwecke der Vermittlung über die Terminservicestelle ausschließlich an das elektronische System melden und die TSS zur Erfüllung ihrer Aufgaben auf diese Termine unter Beachtung der Einhaltung der Vorgaben nach § 87f sowie der vorgesehenen technischen Anforderungen nach § 367b zugreift. Eine Meldung der Termine durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte an verschiedenen Stellen wird so vermieden.



Digitale Terminvermittlungen können den Prozess der Terminvereinbarung beschleunigen und die Transparenz über die Versorgungsstrukturen und -kapazitäten verbessern. Sie stellen für den Versicherten einen komfortablen und schnellen Zugang zu Leistungserbringenden dar. Aber auch Leistungserbringende profitieren von der digitalen Terminvermittlung, da nicht-ärztliches Personal entlastet und Praxisabläufe effizienter werden. Für die Einbettung der digitalen Terminvermittlung in die gesetzliche Krankenversicherung werden Leitplanken benötigt, um flächendeckend einen gleichrangigen und diskriminierungsfreien Zugang zur medizinischen Versorgung für Versicherte zu gewährleisten. Die zwischen GKV-Spitzenverband und Kassenärztlicher Bundesvereinigung zu vereinbarenden Vorgaben nach § 87f richten sich an Vermittlungsportale, die Behandlungstermine an GKV-Versicherte vermitteln. Auf Basis der Vorgaben soll die Vermittlung über Portale so erfolgen, dass ein zeitnaher und diskriminierungsfreier Zugang der Versicherten zu ärztlicher Versorgung und sowie eine Versorgung vor Ort durch wohnortnahe Vermittlung gewährleistet wird.

Neben Leitplanken zur Integration der Terminvermittlungsportale in die gesetzliche Krankenversicherung müssen zudem die Voraussetzungen für eine bundeseinheitliche und flächendeckende digitale Terminvermittlung in der vertragsärztlichen Versorgung geschaffen werden. Hierzu soll künftig eine bundeseinheitliche und zentrale Erfassung eines relevanten Terminkontingentes aller Vertragsärztinnen und Vertragsärzte erfolgen, auf das mit Hilfe einer offenen Schnittstelle Terminvermittlungslösungen verschiedener Anbieter sowie die Terminservicestellen zugreifen können. Die Ausbildung von Monopolstrukturen mit dem Einhergehen von Abhängigkeitsverhältnissen zwischen Plattformbetreibern und Versicherten sowie Leistungserbringenden kann dadurch vermieden werden. Stattdessen wird ein Wettbewerb verschiedenster Anbieter um die beste Terminvermittlungslösung für die Versicherten ermöglicht.

Mit der gesetzlichen Verpflichtung zur Meldung eines relevanten Terminkontingents der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte an das elektronische System nach § 370a Absatz 1 Satz 6, der Schaffung einer offenen Schnittstelle für Dritte und den Vorgaben für den Einsatz von Vermittlungsportalen für die Vermittlung von Terminen an GKV-Versicherte wird die flächendeckende Transformation zur digitalen Terminvermittlung ermöglicht.

B) Änderungsvorschlag

1. Nach § 87e wird folgender § 87f eingefügt:

§ 87f Vorgaben zur Vermittlung von Terminen für vertragsärztliche Leistungen

¹Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren als Bestandteil des Bundesmantelvertrages bis zum 30. Juni 2026 Vorgaben für den Einsatz von Vermittlungsportalen zur Vermittlung vertragsärztlicher Leistungen, insbesondere zur Sicherstellung eines gleichrangigen und diskriminierungsfreien Zugangs von Versicherten zu ärztlicher Versorgung und der Gewährleistung einer Versorgung vor Ort. ²Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren in den Vorgaben nach Satz 1 das Nähere zu den Nachweispflichten und -verfahren.

Für Begründung im Gesetzentwurf:

Im Rahmen der zwischen GKV-Spitzenverband und Kassenärztlicher Bundesvereinigung zu schließenden Vereinbarung nach § 87f sollen Vorgaben für digitale Vermittlungsplattformen aufgenommen werden, die einen diskriminierungsfreien Zugang zu Behandlungsterminen für Versicherte unabhängig beispielsweise von Alter, Geschlecht und weiteren Angaben (z. B. Bereitschaft zur Akzeptanz von Selbstzahlerleistungen) ermöglichen. Bei der Vermittlung von vertragsärztlichen Leistungen soll bevorzugt eine Vermittlung an Vertragsärzte in der Nähe des Wohnortes des Versicherten erfolgen. Portale, die Behandlungstermine für vertragsärztliche Leistungen vermitteln, müssen künftig nachweisen, dass die Funktionsweise des Portals, die bei GKV-Versicherten erhobenen Angaben als auch die durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte vorzunehmenden Einstellungen für die Terminvermittlung das oben genannte Ziel gewährleisten und hiervon abweichende Funktionen und Einstellungen im Rahmen des Angebots und der Vermittlung vertragsärztlicher Leistungen nicht möglich sind. Das Nähere zu den konkreten Nachweispflichten und -verfahren sowie die zu akkreditierende Stelle vereinbaren der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Rahmen der Vereinbarung nach § 87f SGB V. Die Festlegungen nach § 87f gelten sowohl für die Vermittlung von Terminen, die von Vermittlungsportalen aus dem elektronischen System nach § 370a Absatz 1 Satz 6 bezogen werden als auch für die Vermittlung von weiteren Behandlungsterminen, die über Vermittlungsportale angeboten werden.

2. Nach § 87f wird folgender § 87g eingefügt:

§ 87g Vereinbarung zur Meldung von Terminen und weiteren Informationen an das elektronische System nach § 370a

- (1) ¹Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren als Bestandteil des Bundesmantelvertrages für die vertragsärztliche Versorgung bis zum 30. Juni 2025 Vorgaben für die verpflichtende Meldung von Terminen gemäß Absatz 2 sowie weiterer Daten gemäß Absatz 3 an das elektronische System nach § 370a Absatz 1 Satz 6.**
- (2) ¹Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer sind ab dem 1. Juli 2026 verpflichtet, zum Zweck der digitalen Terminvermittlung an das elektronische System nach § 370a Absatz 1 Satz 6 freie Termine für die unmittelbare persönliche**

Behandlung der Versicherten an das elektronische Verzeichnis nach Absatz 1 zum Zwecke der digitalen Terminvermittlung zu melden. ²Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legen in der Vereinbarung nach Absatz 1 differenziert nach Fachgruppen den Anteil der zu meldenden Termine, der zwischen 25 Prozent und 75 Prozent der Mindestsprechstundenzeit gemäß § 19a Absatz 1 Satz 2 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte liegen muss, fest. ³Zusätzlich melden die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer freie Termine für telemedizinische Leistungen gemäß § 370a Absatz 1 Satz 3. ⁴Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen die Einhaltung der Vorgaben nach Satz 1 und 3.

- (3) ¹Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln an das elektronische System nach § 370a Absatz 1 Satz 6 Daten zu Sprechzeiten, Erreichbarkeitszeiten, ärztlichen Schwerpunkten und Weiterbildungen sowie dem Leistungsangebot der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer. ²Das Nähere hierzu bestimmen die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in der Vereinbarung nach Absatz 1.

Für Begründung im Gesetzentwurf:

Mit der in § 87g vorgesehenen Vereinbarung der Partner des Bundesmantelvertrages sollen die Voraussetzungen für eine bundeseinheitliche und flächendeckende digitale Terminvermittlung in der vertragsärztlichen Versorgung geschaffen werden. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte werden verpflichtet, in Abhängigkeit ihrer Fachgruppe kostenfrei einen bestimmten Anteil an der gesetzlich vorgegebenen Mindestsprechstundenzeit von 25 Stunden pro Woche an das elektronische System nach § 370a Absatz 1 Satz 6 zu melden. In der Vereinbarung nach Absatz 1 können auch Ausnahmen von der Meldepflicht definiert werden (z.B. für Fachärzte mit einem geringen Anteil an persönlichen Arzt-Patienten-Kontakten wie Fachärzte für Laboratoriumsmedizin). Den konkreten Umfang der zu meldenden persönlichen Behandlungstermine vereinbaren der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung innerhalb des im Gesetz zwingend vorzugegebenen Rahmens zwischen 25 Prozent und 75 Prozent der Mindestsprechstundenzeit. Zusätzlich zu diesen zu meldenden Präsenzterminen werden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte verpflichtet, Termine für telemedizinische Leistungen wie z.B. Videosprechstunden an das elektronische System nach § 370a Absatz 1 Satz 6 zu melden. Auch hierfür werden der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung beauftragt, den konkreten Umfang in Abhängigkeit der Fachgruppe festzulegen. Darüber hinaus werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, aktuelle Daten zu Sprechzeiten, telefonischen Erreichbarkeitszeiten, Schwerpunkten, Qualifikationen und dem jeweiligen Leistungsangebot der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte an das elektronische System zu melden und in regelmäßigen Abständen zu aktualisieren.

3. In § 75 Absatz 1a werden die Sätze 20 und 21 neu gefasst und die Sätze 22 und 23 ergänzt:

(...) ²⁰Die Vertragsärzte sind **bis zum 30. Juni 2026** verpflichtet, der Terminservicestelle freie Termine zu melden. ²¹~~Soweit~~ Vertragsärzte **Leistungen in Form von Videosprechstunden anbieten**, können **die Vertragsärzte** den Terminservicestellen **bis zum 30. Juni 2026** freie Termine, zu denen Leistungen in Form der Videosprechstunde angeboten werden, freiwillig melden. ²³**Ab dem 1. Juli 2026 gelten für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte die Vorgaben gemäß § 87g Absatz 2. Ab dem 1. Juli 2026**

greift die Terminservicestelle zur Erfüllung ihrer Aufgaben unter Beachtung der Vorgaben gemäß § 367b sowie der Festlegungen nach § 87f auf die Termine gemäß § 370a Absatz 9 zu.

Für Begründung im Gesetzentwurf:

Mit der vorgesehenen Neuregelung wird sichergestellt, dass sowohl die Meldung freier Termine durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte als auch der Zugriff der Terminservicestelle einheitlich über das weiterentwickelte elektronische System nach § 370a Absatz 1 Satz 6 erfolgt. Zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrages zur Vermittlung von Terminen in dringenden Fällen greift die TSS künftig vorrangig auf freie Behandlungstermine im elektronischen System zu. Für die Vermittlung dieser Termine an Versicherte sind die Vorgaben nach § 87f und § 367b zu beachten.

4. § 370 a Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

§ 370a Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Vermittlung von Behandlungsterminen und telemedizinischer Angebote durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung, ~~Verordnungsermächtigung~~

(1) ¹Bis zur Aufnahme des Betriebes des elektronischen Systems nach Satz 6 betreibt die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Rahmen ihrer Aufgaben nach § 75 Absatz 1a Satz 16 ~~betreibt die Kassenärztliche Bundesvereinigung~~ zur Vermittlung von Behandlungsterminen bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 einschließlich von Terminen über telemedizinische Leistungen an Versicherte und zur Unterstützung der Versorgung der Versicherten mit telemedizinischen Leistungen ein elektronisches System. ²Die Kassenärztliche Bundesvereinigung errichtet das elektronische System nach Satz 1 bis zum 30. Juni 2024 für die Vermittlung von Terminen über telemedizinische Leistungen und bis zum 30. Juni 2025 für Behandlungstermine. ³Die in Satz 1 genannten telemedizinischen Leistungen umfassen insbesondere Videosprechstunden, telemedizinische Konsilien einschließlich der radiologischen Befundbeurteilung, telemedizinisches Monitoring, Videofallkonferenzen, Zweitmeinungen nach § 27b und telemedizinische Funktionskontrollen. ⁴Das elektronische System muss mit den von den Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 75 Absatz 1a Satz 17 bereitgestellten digitalen Angeboten kompatibel sein. **⁵Bis zur Aufnahme des Betriebes des elektronischen Systems nach Satz 6 übermitteln** die Kassenärztlichen Vereinigungen ~~übermitteln~~ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hierzu die nach § 75 Absatz 1a Satz 20 und 21 gemeldeten Termine. **⁶Ab dem 1. Juli 2026 betreibt die Kassenärztliche Bundesvereinigung das elektronische System als Grundlage für die digitale Vermittlung von Behandlungsterminen einschließlich der Termine für telemedizinische Leistungen im Rahmen der Vorgaben gemäß Absatz 7. ⁷Hierzu übermitteln die Leistungserbringer nach § 95 Abs 1 Satz 1 Termine gemäß den Vorgaben der Vereinbarung nach § 87g Absatz 2.**

5. In § 370a Absatz 1a wird wie folgt geändert:

a) Der Nr. 1 wird die folgende Nummer 1 vorangestellt:

(1a) Das elektronische System nach Absatz 1 ~~Satz 1~~ hat insbesondere folgende Funktionen:

1. Ab dem 1. Juli 2026 Zusammenführung der nach § 87g Absatz 2 gemeldeten Termine einschließlich der Termine für Videosprechstunden und weitere telemedizinische Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zum Zweck der Terminvermittlung

b) Die bisherigen Nummern 1 bis 5 werden zu Nummer 2 bis 6.

c) Nummer 6 wird wie folgt gefasst:

5.6. Bereitstellung einer Schnittstelle für die Integration der Funktionalitäten nach den Nummern 1 bis 4 **5** in informationstechnische Systeme in der vertragsärztlichen Versorgung.

6. An § 370a werden die Absätze 7 bis 13 aufgenommen:

- (7)** ¹Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren als Bestandteil des Bundesmantelvertrages für die vertragsärztliche Versorgung bis zum 30. Juni 2025 Vorgaben für den Betrieb des elektronischen Systems nach Absatz 1 Satz 6 als Grundlage für die digitale Terminvermittlung in der vertragsärztlichen Versorgung. ²In der Vereinbarung nach Satz 1 sind insbesondere Regelungen zur Sicherstellung und regelmäßigen Überprüfung der Verfügbarkeit, Leistungsfähigkeit und Qualität des elektronischen Systems nach Absatz 1 Satz 6 vorzusehen.
- (8)** ¹Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen haben in der Vereinbarung nach Absatz 7 die erforderlichen technischen Festlegungen zu treffen, damit nach § 87g Absatz 2 zu meldende Termine von den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern durch die informationstechnischen Systeme in der vertragsärztlichen Versorgung direkt an das elektronische System nach Absatz 1 Satz 6 übermittelt werden können. ²Die Festlegungen sind bis zum 31. Dezember 2025 zu veröffentlichen. ³Die Kassenärztliche Bundesvereinigung zertifiziert bis zum 30. Juni 2026 die informationstechnischen Systeme zur Gewährleistung der Vorgabe zur direkten Terminmeldung nach Satz 1.
- (9)** ¹Die Terminservicestelle erhält zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 75 Absatz 1a Satz 3 bis Satz 7 ab dem 1. Juli 2026 vorrangig Zugriff auf die in das elektronische System nach Absatz 1 gemeldeten Termine zum Zwecke der Terminvermittlung in den Fällen nach § 75 Absatz 1a Satz 3 bis Satz 4 sowie Satz 7. ²Das Nähere hierzu vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in der Vereinbarung nach Absatz 7.
- (10)** ¹Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ermöglichen den Zugriff von Dritten auf die dem elektronischen System nach § 87g Absatz 2 gemeldeten Termine sowie die Daten nach § 87g Absatz 3 ausschließlich zum Zweck der Terminvermittlung für gesetzlich Versicherte. ²Das Nähere zur Nutzung durch Dritte bestimmen die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in der Vereinbarung nach Absatz 7. ³Hierzu veröffentlichen sie eine Schnittstelle bis zum 31. Dezember 2025.
- (11)** ¹Die Nutzung der in dem elektronischen System nach Absatz 1 Satz 6 bereitgestellten Informationen durch Dritte ist gebührenpflichtig. ²Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmen in der Vereinbarung nach Absatz 7 die gebührenpflichtigen Tatbestände und sehen dabei feste Sätze oder Rahmensätze vor. ³Sie treffen darüber hinaus Regelungen über die Gebührenentstehung, die Gebührenerhebung, die Erstattung der Auslagen, den Gebührenschildner,

Gebührenbefreiungen, die Fälligkeit, die Stundung, die Niederschlagung, den Erlass, Säumniszuschläge, die Verjährung und die Erstattung. ⁴In der Vereinbarung nach Absatz 7 ist eine Gebührenbefreiung der Nutzung der in dem elektronischen System bereitgestellten Informationen durch Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen sowie gemeinnützige juristische Personen des Privatrechts vorzusehen.

(12) ¹Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen führen spätestens zum 30. Juni 2028 eine Evaluation der Umsetzung der Vorgaben nach den Absätzen 1 und 1a, den Absätzen 7 bis 11 sowie der Regelungen nach § 87g, insbesondere zur Anzahl der gemeldeten und vermittelten Termine, durch. ²Die hierfür notwendigen Datengrundlagen sind den Vertragspartnern nach Absatz 7 zur Verfügung zu stellen.

(13) Die Absätze 2 bis 6 werden mit Wirkung zum 1. Juli 2026 aufgehoben.

Für Begründung im Gesetzentwurf:

Mit den Anpassungen an § 370a soll das bestehende Portal der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Vermittlung von Behandlungsterminen und telemedizinischen Leistungen auf Basis der zwischen GKV-Spitzenverband und Kassenärztlicher Bundesvereinigung zu vereinbarenden Vorgaben ab dem 1. Juli 2026 zu einem bundeseinheitlichen und verbindlichen Terminverzeichnis weiterentwickelt werden.

Nach Absatz 7 vereinbaren die Partner des Bundesmantelvertrages die konkreten Vorgaben für die Weiterentwicklung des elektronischen Systems nach § 370a bis zum 30. Juni 2025. Die Umsetzung der Vorgaben und der Betrieb des elektronischen Systems gemäß den Vorgaben nach § 370a Absatz 7 erfolgt durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung bis zum 1. Juli 2026. In der Vereinbarung nach Absatz 7 sind insbesondere Vorgaben zur Sicherstellung und regelmäßigen Überprüfung der Verfügbarkeit, Leistungsfähigkeit und Qualität des elektronischen Systems nach Absatz 1 Satz 6 vorzusehen, um die Funktionen des elektronischen Systems gemäß Absatz 1a hinsichtlich der Qualität und Attraktivität für die Nutzung durch die Versicherten kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Das elektronische System der Kassenärztlichen Bundesvereinigung führt ab 1. Juli 2026 alle Behandlungstermine inklusive Termine für telemedizinische Leistungen zusammen, die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte auf Basis der Vereinbarung nach § 87g Absatz 1 jeweils festgelegten Umfang melden. Auf Basis der in Absatz 8 vorgesehenen technischen Festlegungen soll eine Schnittstelle definiert werden, die eine einfache und aufwandsarme Übertragung der freien Termine aus den Praxisverwaltungssystemen direkt in das elektronische System nach Absatz 1 Satz 6 ermöglichen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird in diesem Zusammenhang damit beauftragt, PVS-Systeme zu zertifizieren, die die Umsetzung dieser Schnittstelle nachweisen.

Künftig erhalten die Terminservicestellen freie Termine zur Vermittlung in den in § 75 Absatz 1a SGB V genannten Konstellationen ausschließlich aus dem elektronischen System. Zur Sicherstellung desmittlungsauftrages in medizinisch dringenden Fällen stellen der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung in der zu schließenden Vereinbarung nach § 370a Absatz 7 einen vorrangigen Zugriff der TSS auf die freien Termine sicher.

Mit den Vorgaben nach Absatz 10 und Absatz 11 wird sichergestellt, dass Dritte (z.B. Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Vermittlungsplattformen) Zugriff auf die Behandlungstermine zum Zwecke der Terminvermittlung an GKV-Versicherte erhalten. Für die weitere Vermittlung dieser Termine an GKV-Versicherte müssen die zugangsberechtigten Dritten die Einhaltung der Vorgaben nach § 87f sowie der vorgesehenen technischen Anforderungen nach § 367b nachweisen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband werden gemäß Absatz 12 mit einer Gesamtevaluation der Umsetzung der Regelungen zur digitalen Terminvermittlung beauftragt. Hierbei ist insbesondere die Umsetzung der Meldepflicht der Termine nach § 87g sowie die Funktionalität und Nutzung des elektronischen Systems nach Absatz 1 Satz 6 einzubeziehen.

Mit der Regelung in Absatz 13 wird klargestellt, dass die bestehenden gesetzlichen Anforderungen an das Portal der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Vermittlung von Terminen für Behandlungen und telemedizinischen Leistungen bis zur Aufnahme des Betriebes des weiterentwickelten elektronischen Systems nach Absatz 1 Satz 6 bis zum 1. Juli 2026 gelten.

§ 367b Vereinbarung über technische Anforderungen an Vermittlungsportale zur Vermittlung von Terminen für vertragsärztliche Leistungen

A) Neuregelungsbedarf:

Mit der Aufnahme des § 367b SGB V erhalten der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung den gesetzlichen Auftrag zur Vereinbarung von technischen Anforderungen an Vermittlungsportale, die Termine für vertragsärztliche Leistungen an GKV-Versicherte vermitteln.

Anbieter von Vermittlungsportalen sind neue Akteure im Gesundheitswesen, die mit sensiblen personenbezogenen Daten umgehen. Studien, wie die des Verbraucherzentrale Bundesverbands zur Online-Buchung von Arztterminen vom Dezember 2023 (vgl. „Online-Buchung von Arztterminen: Verbraucheraufruf zeigt Schwächen auf“; Quelle: www.vzbv.de) zeigen, dass politischer Handlungsbedarf besteht. Neben einer Benachteiligung gesetzlich Versicherter betrifft dies insbesondere Tracking und Profilbildung durch Anbieter. Zum Schutz der sensiblen personenbezogenen Daten und der Vermeidung der Nutzung für Werbe- und Marketingzwecke braucht es daher Anforderungen an die technischen Verfahren, die den Vermittlungsportalen zugrunde liegen. Ziel der nach § 367b vorgesehenen Anforderungen ist insbesondere eine Erhebung und befristete Speicherung nur jener Versichertendaten, die zur Terminvermittlung zwingend benötigt werden.

B) Änderungsvorschlag:

Nach § 367a wird der folgende § 367b eingefügt:

§ 367b Vereinbarung über technische Anforderungen an Vermittlungsportale zur Vermittlung von Terminen für vertragsärztliche Leistungen

(1) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren im Benehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, dem Bundesamt für die Sicherheit in der Informationstechnik bis

zum 30. Juni 2026 die Anforderungen an Vermittlungsportale, die Termine für vertragsärztliche Leistungen an Versicherte vermitteln.

- (2) ¹In der Vereinbarung sind insbesondere festzulegen die technischen Anforderungen an die einzusetzenden Vermittlungsportale, Vorgaben für die Interoperabilität der einzusetzenden Vermittlungsportale zu informationstechnischen Systemen, die im Gesundheitswesen zur Verarbeitung von personenbezogenen Gesundheitsdaten angewendet werden und zum elektronischen System nach § 370a Absatz 1 Satz 6, die Anforderungen an den Datenschutz und die Informationssicherheit sowie, falls erforderlich, die Verwendung von Diensten und Anwendungen der Telematikinfrastruktur festzulegen. ²Insbesondere sind in der Vereinbarung auch Regelungen zu treffen, die eine Verwendung der sensiblen personenbezogenen Daten für Werbe- und Marketingzwecke ausschließen.**
- (3) Kommt die Vereinbarung nach Absatz 1 nicht zustande, so ist auf Antrag eines der Vereinbarungspartner ein Schlichtungsverfahren nach § 370 bei der Schlichtungsstelle nach § 319 einzuleiten.**
- (4) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren das Nähere zu den Nachweispflichten und -verfahren.**

Für Begründung im Gesetzentwurf:

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband werden beauftragt, flankierend zu den Vorgaben nach § 87f Anforderungen an technische Verfahren für Vermittlungsportale zu vereinbaren, die Termine für vertragsärztlichen Leistungen an Versicherte vermitteln. Neben Vorgaben zur Interoperabilität, insbesondere zu dem elektronischen Verzeichnis nach § 370a Absatz 1 Satz 6, der Verwendung von Diensten und Anwendungen der Telematikinfrastruktur sollen im Schwerpunkt verbindlich umzusetzende Standards zum Schutz der Daten der Versicherten sowie zur Sicherstellung der Informationssicherheit vereinbart werden. Ziel der Vereinbarung ist es, dass Vermittlungsportale nur jene Daten erheben und für einen begrenzten Zeitraum speichern dürfen, die zum Zwecke der Terminvermittlung zwingend notwendig sind. Mit der Vereinbarung ist insbesondere eine Verwendung der sensiblen personenbezogenen Daten für Werbe- und Marketingzwecke auszuschließen. Die Regelung nach § 367b umfasst auch Regelungskompetenzen der Vereinbarungspartner hinsichtlich der Nachweispflichten und -verfahren gegenüber den Anbietern von Vermittlungsportalen.

Artikel 1 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 123 - Übermittlung und Nutzung von Daten ambulanter Krankenhausleistungen (neu)

§ 115b - Ambulantes Operieren im Krankenhaus

§ 115f - Spezielle sektorengleiche Vergütung, Verordnungsermächtigung

Änderung des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG)

§ 21 - Übermittlung und Nutzung von Daten

A) Neuregelungsbedarf

Die vorgeschlagene Änderung zielt auf die Übermittlung und Nutzung von Daten ambulanter Krankenhausleistungen nach den §§ 115b und 115f SGB V ab und sieht hierfür einen neuen § 123 vor. Der Vorschlag beinhaltet zudem zwei konkrete gesetzliche Verwendungszwecke: die Kalkulation von Fallpauschalen für die spezielle sektorengleiche Vergütung gemäß § 115f Absatz 1 SGB V sowie die Kalkulation von leistungsbezogenen Sachkostenpauschalen für die einheitliche Vergütung von AOP-Leistungen gemäß § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V. Ziel ist es, Leistungsdaten ambulanter Fälle in Krankenhäusern nach den §§ 115b und 115f SGB V, von allen nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern über die Datenstelle des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu erheben. Mit dieser Datenerhebung wird das tatsächlich erbrachte ambulante Leistungsgeschehen von Krankenhäusern nach den §§ 115b und 115f SGB V erstmals transparent dargelegt. Nur durch die Erhebung ambulanter Leistungsdaten von Krankenhäusern ist es möglich, vorhandene Versorgungsstrukturen nachzuvollziehen, zu analysieren und anschließend weiterzuentwickeln. Zudem ermöglicht die Datenerhebung, die Qualität der medizinischen Versorgung zu erfassen und diese vor dem Hintergrund knapper Ressourcen zu optimieren. Die Versorgungsstrukturen, insbesondere im ambulanten Versorgungsbereich, sind in den letzten Jahren immer komplexer geworden. Aktuelle Änderungen stellen insbesondere die Erweiterung des AOP-Katalogs und die Weiterentwicklung der Regelungen zum ambulanten Operieren von Krankenhäusern sowie die Einführung einer speziellen sektorengleichen Vergütung für ausgewählte Leistungen des AOP-Katalogs (Hybrid-DRG) dar. Um Versorgungsdefizite in der derzeitigen ambulanten Versorgung nach den §§ 115b und 115f SGB V erkennen und ineffiziente Versorgungsstrukturen abbauen zu können, bedarf es einer Darstellung der tatsächlichen ambulanten Versorgungsleistungen der Krankenhäuser nach den §§ 115b und 115f SGB V. Damit bietet sich die Möglichkeit, auf Basis empirisch erhobener ambulanter Leistungsdaten von Krankenhäusern die ambulanten Versorgungsstrukturen aktiv zu gestalten, die Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten zu verbessern sowie Leistungserbringende zu entlasten. Zudem wird mit dieser Regelung ein erster Baustein dafür umgesetzt, zukünftig neben den Daten über die stationäre Leistungserbringung von Krankenhäusern nach § 21 KHEntgG auch Daten über die ambulante Leistungserbringung von Krankenhäusern zu erheben und damit einen umfassenden Überblick über das gesamte Leistungsgeschehen von Krankenhäusern gesetzlich zu etablieren.

Ein weiteres zentrales Ziel ist es, empirische Kostendaten von ambulanten Krankenhausleistungen nach den §§ 115b und 115f SGB V zu erheben und damit eine Datengrundlage für die Vereinbarung und Weiterentwicklung der Vergütung dieser ambulanten Krankenhausleistungen zu schaffen. Insbesondere die spezielle sektorengleiche Vergütung nach § 115f SGB V schreibt die Kalkulation von Fallpauschalen auf Grundlage empirischer Kostendaten vor. Des Weiteren sollen bei AOP-Leistungen

nach § 115b SGB V anfallende Sachkosten pauschaliert vergütet werden. Für diese Verwendungszwecke liefert § 123 SGB V die notwendige Datengrundlage.

Die in dem Gesetzgebungsvorschlag hinterlegte Zeitschiene sieht vor, dass in einem ersten Schritt die ambulanten Leistungsdaten aller nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser erhoben werden. Damit liegt dann erstmals und ab dann jährlich vollständige Transparenz über das ambulante Leistungsgeschehen der Krankenhäuser in Deutschland vor. Auf dieser neuen Datenbasis ist es dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) dadurch erstmals möglich, diejenigen Krankenhäuser zu bestimmen, die zusätzlich zu den Leistungsdaten auch die Kostendaten ihrer ambulanten Leistungserbringung nach den §§ 115b und 115f SGB V zu übermitteln. Die empirischen ambulanten Kostendaten von Krankenhäusern können demnach immer erst ein Jahr später als die Übermittlung der ambulanten Leistungsdaten aller Krankenhäuser erfolgen. Dies bedeutet, wenn die Krankenhäuser gemäß des neuen § 123 SGB V gesetzlich verpflichtet werden, ihre ambulanten Leistungsdaten nach den §§ 115b und 115 SGB V jährlich zum 31.03., erstmals zum 31.03.2025, an die Datenstelle des InEK zu übermitteln, ist eine Erhebung empirischer ambulanter Kostendaten von Krankenhäusern im Wege einer repräsentativen Stichprobe erstmals erst zum 31.03.2026 umsetzbar. Die Erhebung, Auswertung und Bereitstellung von Daten vertragsärztlicher Leistungserbringer zum Zweck der Anpassung und Weiterentwicklung der Hybrid-Fallpauschalen erfolgt durch das Institut des Bewertungsausschusses im Auftrag des ergänzten Bewertungsausschusses. Dem folgend können dann erstmals mit Wirkung zum 01.01.2027 Hybrid-DRG Fallpauschalen auf Basis empirischer stationärer und ambulanter Kostendaten von Krankenhäusern sowie empirischer Kostendaten von Vertragsärzten kalkuliert und festgelegt werden.

Für die Umsetzung sieht der Gesetzgebungsvorschlag vor, dass der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V spätestens mit Wirkung zum 1. Januar 2026 auf Grundlage der dann vorliegenden fallbezogenen ambulanten und stationären Kostendaten die Fallpauschalen für eine sektorenübergreifende Vergütung beschließt. Mit der Übertragung dieser Aufgabe auf den ergänzten Bewertungsausschuss werden die umfangreichen und erforderlichen Maßnahmen bis hin zur Entscheidungsfindung auf eine etablierte Gremien- und Arbeitsstruktur übertragen. Kommt eine Entscheidung des ergänzten Bewertungsausschusses ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet gemäß § 87 Absatz 5a SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss in erweiterter Besetzung. Darüber hinaus wird durch die Ergänzung in § 115f Absatz 4 klargestellt, dass die Regelungen des § 87 Absatz 6 SGB V gleichfalls entsprechend gelten und damit dem Bundesministerium für Gesundheit die Möglichkeit gegeben wird, Entscheidungen des Gremiums herbeizuführen.

Die vereinbarten Leistungen sind auf der Grundlage der vereinbarten sektorengleichen Vergütung durch die Krankenkassen zu vergüten. Das Gesetz spricht in § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 von einer „speziellen“ sektorengleichen Vergütung und hat als spezielle Regelung Anwendungsvorrang gegenüber anderen als der sektorengleichen Vergütung. Eine alternative Abrechnungsmöglichkeit (z. B. einheitlicher Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen nach § 87 Absatz 1) für Leistungserbringer ist daher ausgeschlossen. Zur Klarstellung wird § 115 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ergänzt.

Mit der ergänzenden Formulierung in § 115f Absatz 3 wird klargestellt, dass die Vertragspartner das Nähere zum Abrechnungsverfahren sowie den erforderlichen Vordrucken zu vereinbaren haben.

B) Änderungsvorschlag

Es wird folgender § 123 SGB V („Übermittlung und Nutzung von Daten ambulanter

Krankenhausleistungen“) neu eingefügt:

- (1) Das nach § 108 zugelassene Krankenhaus übermittelt auf elektronischem Wege jährlich jeweils zum 31.03., erstmals zum 31.03.2025, für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr zum Zweck der Vereinbarung und Weiterentwicklung der Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen nach den §§ 115b und 115f die Daten nach Absatz 2 an die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus geführte Datenstelle auf Bundesebene.
- (2) ¹Zu übermitteln sind je ambulantem Fall im Krankenhaus nach den §§ 115b und 115f ein Datensatz mit folgenden ambulanten Leistungsdaten:
 1. unveränderbarer Teil der Krankenversichertennummer nach § 290 Absatz 1 Satz 2 oder, sofern eine Krankenversichertennummer nicht besteht, das krankenhausinterne Kennzeichen des ambulanten Behandlungsfalls,
 2. Institutionskennzeichen des Krankenhauses sowie das Standortkennzeichen nach § 293 Absatz 6 für den behandelnden Standort oder die Betriebsstättennummer,
 3. Institutionskennzeichen der Krankenkasse,
 4. Geburtsjahr und Geschlecht der Patientin bzw. des Patienten sowie die Postleitzahl und der Wohnort der Patientin bzw. des Patienten, in den Stadtstaaten der Stadtteil, bei Kindern bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres außerdem der Geburtsmonat,
 5. Tag des Zugangs, Tage der Behandlung, Überweisungsdiagnosen, behandelnde Fachabteilungen,
 6. Behandlungsdiagnosen sowie sonstige Diagnosen und deren Art, Datum und Art der durchgeführten Operationen und Prozeduren nach den jeweils gültigen Fassungen der Schlüssel nach § 301 Absatz 2 Satz 1 und 2, einschließlich der Angabe der jeweiligen Versionen,
 7. Verarbeitungskennzeichen,
 8. alle Angaben aus der Abrechnung zu der Version, der Art, der Anzahl und der Höhe aller abgerechneten Entgelte einschließlich der Gebührenordnungspositionen, Sachkosten und Pauschalen je Behandlungstag sowie Zuzahlungsbetrag und Rechnungsbetrag,
 9. Angabe, ob Leistungen durch eine am Krankenhaus tätige Belegärztin bzw. einen dort tätigen Belegarzt bzw. eine kooperierende Vertragsärztin bzw. einen kooperierenden Vertragsarzt erbracht wurden.

²Zu übermitteln sind je Fall im Krankenhaus nach § 115f ein Datensatz nach § 21 Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes sowie zusätzlich je Fall im Krankenhaus nach § 115f Angaben zu den Einweisungsdiagnosen und den Aufnahmediagnosen.

- (3) ¹Die Datenstelle prüft die Daten nach Absatz 2 auf Plausibilität und übermittelt jährlich bis zum 01.07., erstmals bis zum 01.07.2025, die Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 in pseudonymisierter Form, die Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 bis 9, sowie die Daten nach Absatz 2 Satz 2 an die Deutsche Krankenhausgesellschaft, den GKV-Spitzenverband und den Verband der Privaten Krankenversicherung. ²Nach Abschluss der Plausibilitätsprüfung darf die Herstellung eines Personenbezugs nicht mehr möglich sein. ³Die Daten nach Satz 1 dürfen ausschließlich für in diesem Gesetz vorgesehene Zwecke verwendet werden. ⁴Die Datenstelle veröffentlicht die Daten nach Satz 1 jeweils bis zum 01.09., erstmals bis zum 01.09.2025, in anonymisierter und zusammengefasster Form, gegliedert nach bundes- und landesweiten Ergebnissen, barrierefrei auf der Internetseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus; eine Nutzung der veröffentlichten Daten durch Dritte ist ausschließlich zu nicht-kommerziellen Zwecken zulässig. ⁵Näheres zu den Daten nach Absatz 2 ist bis zum 31.12.2024 auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus von der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem GKV-Spitzenverband zu vereinbaren. ⁶Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband vereinbaren im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung, dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und dem Bundesamt für die Sicherheit in der Informationstechnik bis zum 31.12.2024 die weiteren Einzelheiten der Datenübermittlung. ⁷Kommt eine Vereinbarung nach Satz 5 und oder 6 ganz oder teilweise nicht zustande, erlässt das Bundesministerium für Gesundheit die Vorgaben nach Satz 5 und oder 6 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates. ⁸Die notwendigen Aufwendungen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Erfüllung dieser Aufgaben sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz zu finanzieren, der erforderlichenfalls entsprechend zu erhöhen ist.
- (4) ¹Für den Fall der Nichterfüllung, der nicht vollständigen oder nicht rechtzeitigen Erfüllung von Datenübermittlungspflichten nach Absatz 1 vereinbaren die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband, im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung, bis zum 31.03.2025 die Höhe und nähere Ausgestaltung der Vergütungsabschläge.

²Der Abschlag hat mindestens 20 000 Euro für jeden Standort des Krankenhauses zu betragen, soweit hierdurch für das Krankenhaus keine unbillige Härte entsteht; die Datenstelle regelt das Nähere zu den Voraussetzungen unbilliger Härtefälle. ³Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht zustande, erlässt das Bundesministerium für Gesundheit die Vorgaben nach Satz 1 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates. ⁴Erfüllen Krankenhäuser ihre Datenübermittlungspflichten nach Absatz 1 nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig, erfolgen Vergütungsabschläge entsprechend der Vereinbarung nach Satz 1 oder Rechtsverordnung nach Satz 3. ⁵Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus unterrichtet jeweils die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft, den GKV-Spitzenverband und den Verband der Privaten Krankenversicherung, über Verstöße gegen Datenübermittlungspflichten nach Absatz 1.

- (5) ¹Zur Unterstützung der Vereinbarung und Weiterentwicklung der Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen nach den §§ 115b und 115f übermitteln die nach Satz 6 festgelegten Krankenhäuser die Kostendaten ihrer ambulanten Fälle nach den §§ 115b und 115f jährlich zum 31.03. für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr, erstmals bis zum 31.03.2026, an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus auf elektronischem Wege. ²Für die Datenübermittlung nach Satz 1 erstellt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus einen Vorschlag für ein Konzept zur Abfrage und Übermittlung von repräsentativen Kostendaten der ambulanten Fälle in Krankenhäusern nach den §§ 115b und 115f und übermittelt diesen Vorschlag erstmalig bis zum 30.09.2025 an die Deutsche Krankenhausgesellschaft, den GKV-Spitzenverband und den Verband der Privaten Krankenversicherung. ³Der Konzeptvorschlag nach Satz 2 muss Art und Umfang der zu übermittelnden Daten beschreiben. ⁴Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband vereinbaren im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung unter Berücksichtigung des Vorschlags des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach Satz 2 ein Konzept zur Datenerhebung erstmalig bis zum 31.12.2025. ⁵Soweit für die Herstellung der repräsentativen Datengrundlage nicht Daten aller nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser erforderlich sind, bestimmt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus die näheren Anforderungen, insbesondere Kalkulationsvorgaben und Mindestfallzahlen für ambulante Krankenhausleistungen für diejenigen Krankenhäuser, die Daten nach Satz 1 zu übermitteln haben, sowie Maßnahmen, die die Abgrenzung zu stationären und weiteren ambulanten Leistungen gewährleisten und die Überprüfung der Richtigkeit der übermittelten Daten ermöglichen. ⁶Zur Herstellung einer repräsentativen Datengrundlage legt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus auf der Grundlage der Vereinbarung nach Satz 4 aus der Gruppe der an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäuser diejenigen sowie falls erforderlich weitere Krankenhäuser fest, die Daten nach Satz 1 zu übermitteln haben; diese Krankenhäuser sind zur Übermittlung der für die Kalkulation erforderlichen Daten an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus verpflichtet. ⁷Kommt eine Vereinbarung nach Satz 4 ganz oder teilweise nicht zustande, erlässt das Bundesministerium für Gesundheit die Vorgaben nach Satz 4 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates. ⁸Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht jährlich in geeigneter Weise die Ergebnisse der Datenerhebung nach Satz 1 zu den Kosten ambulanter Krankenhausleistungen nach den §§ 115b und 115f in anonymisierter und zusammengefasster Form barrierefrei auf der Internetseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus; die der Datenauswertung zugrundeliegenden Daten einzelner Krankenhäuser sind vertraulich. ⁹Die notwendigen Aufwendungen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Erfüllung dieser Aufgaben sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz zu finanzieren, der erforderlichenfalls entsprechend zu erhöhen ist.
- (6) ¹Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband vereinbaren im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum 31.03.2026 Pauschalen, mit denen der Aufwand abgegolten wird, der bei den Krankenhäusern für die Übermittlung der Daten nach Absatz 5 Satz 1 entsteht. ²Die Pauschalen sollen in Abhängigkeit von Anzahl und Qualität der übermittelten Datensätze gezahlt werden. ³Die Pauschalen nach Satz 1 sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren, der erforderlichenfalls entsprechend zu erhöhen ist. ⁴Die notwendigen Aufwendungen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 5 sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren, der

erforderlichenfalls entsprechend zu erhöhen ist. ⁵Für den Fall der Nichterfüllung, der nicht vollständigen oder nicht rechtzeitigen Erfüllung von Datenübermittlungspflichten nach Absatz 5 Satz 1 vereinbaren die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband, im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung, bis zum 31.03.2026 die Höhe und nähere Ausgestaltung der Vergütungsabschläge. ⁶Der Abschlag nach Satz 5 ergibt sich aus der Multiplikation der Anzahl der ambulanten Krankenhausfälle nach den §§ 115b und 115f, deren Daten durch das Krankenhaus je Krankenhausstandort nicht übermittelt werden oder zwar übermittelt werden, aber durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nicht verwertbar sind, mit einem fallbezogenen Abschlagswert. ⁷Der fallbezogene Abschlagswert beträgt im ersten Jahr der Datenübermittlung, in dem eine Übermittlung nicht, nicht vollständig oder nicht fristgerecht erfolgt, 20 Euro je ambulanten Krankenhausfall nach den §§ 115b und 115f, dessen Daten nicht übermittelt werden oder zwar übermittelt werden, aber durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nicht verwertbar sind. ⁸Für jedes weitere Jahr der Datenübermittlung, in dem eine Übermittlung nicht, nicht vollständig oder nicht fristgerecht erfolgt, erhöht sich der fallbezogene Abschlagswert nach Satz 7 um jeweils 10 Euro. ⁹Eine Übermittlung gilt als nicht vollständig, wenn die Daten der für den jeweiligen Standort eines Krankenhauses an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelten ambulanten Fälle im Krankenhaus nach den §§ 115b und 115f zu weniger als 95 Prozent verwertbar sind. ¹⁰Kommt eine Vereinbarung nach Satz 5 ganz oder teilweise nicht zustande, erlässt das Bundesministerium für Gesundheit die Vorgaben nach Satz 5 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates. ¹¹Erfüllen Krankenhäuser ihre Datenübermittlungspflichten nach Absatz 5 Satz 1 nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig, erfolgen Vergütungsabschläge entsprechend der Vereinbarung nach Satz 5 oder Rechtsverordnung nach Satz 10. ¹²Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus unterrichtet jeweils die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft, den GKV-Spitzenverband und den Verband der Privaten Krankenversicherung über Verstöße gegen Datenübermittlungspflichten nach Absatz 5 und die Höhe des jeweiligen Abschlags nach Satz 6.

- (7) Die Verwendung der durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach Absatz 1 und Absatz 5 Satz 1 erhobenen Daten ambulanter Krankenhausleistungen nach den §§ 115b und 115f ist ausschließlich in den jeweils durch oder auf Grund dieses Gesetzes vorgesehenen Fällen nach Maßgabe der jeweiligen Regelungen zulässig.

In § 115b SGB V werden folgende Ergänzungen vorgenommen:

- (1) „¹Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren auf der Grundlage des Gutachtens nach Absatz 1a bis zum 31.01.2022

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen,

2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.

²Die Vereinbarung nach Satz 1 tritt mit ihrem Wirksamwerden an die Stelle der am 31.12.2019 geltenden Vereinbarung. ³In die Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 sind die in dem Gutachten nach

Absatz 1a benannten ambulant durchführbaren Operationen und die stationsersetzenden Eingriffe und stationsersetzenden Behandlungen aufzunehmen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, sowie allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. ⁴Die Vergütung nach Satz 1 Nummer 2 ist nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren und erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage, ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen. ⁵**Die einheitliche Vergütung nach Satz 1 Nummer 2 hat für die Sachkosten einer Leistung aus dem Katalog nach Satz 1 Nummer 1 in der Regel pauschaliert zu erfolgen.** ⁶**Für die Vereinbarung und Weiterentwicklung der Vergütung von Sachkosten nach Satz 5 hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstmalig bis zum 30.06.2026 einen Vorschlag für ein Konzept zur Auswertung von Daten nach § 123 zu erstellen, der die Verteilung der Sachkosten von ambulanten Fällen in Krankenhäusern in sachgerechter Differenzierung darstellt und leistungsbezogene Sachkostenpauschalen für Leistungen des Katalogs nach Satz 1 Nummer 1 kalkuliert.** ⁷**Die Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbaren unter Berücksichtigung des Vorschlags nach Satz 6 ein Konzept zur Datenauswertung und Kalkulation von leistungsbezogene Sachkostenpauschalen erstmalig bis zum 30.09.2026.** ⁸**Kommt die Vereinbarungen nach Satz 7 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.** ⁹**Die Leistungen des Katalogs nach Satz 1 Nummer 1, für die Auswertungen von Daten nach § 123 erstellt und leistungsbezogene Sachkostenpauschalen kalkuliert werden, werden jährlich zum 31.03., erstmals zum 31.03.2025, von den Vertragsparteien nach Satz 1 auf Grundlage eines Vorschlags vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für das Folgejahr vereinbart.** ¹⁰**Kommt eine Vereinbarung nach Satz 9 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.** ¹¹**Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt jährlich zum 01.11. die Auswertungen der Daten nach § 123, erstmals zum 01.11.2026, an die Vertragsparteien nach Satz 1.** ¹²In der Vereinbarung **nach Satz 1** sind die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Absatz 2 sowie die Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 und den §§ 136 bis 136b zu berücksichtigen. ¹³In der Vereinbarung **nach Satz 1** ist vorzusehen, dass die Leistungen nach Satz 1 auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht werden können. ¹⁴Die Vereinbarung **nach Satz 1** ist mindestens alle zwei Jahre, erstmals zum 31.12.2023, durch Vereinbarung an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. ¹⁵Der Vereinbarungsteil nach Satz 1 Nummer 1 bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.“

In § 115f SGB V werden folgende Ergänzungen vorgenommen:

(1) „¹Die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 vereinbaren bis zum 31.03.2023

1. eine spezielle sektorengleiche Vergütung, die unabhängig davon erfolgt, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär erbracht wird, und

2. für welche der in dem nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog genannten Leistungen die Vergütung ausschließlich nach Nummer 1 erfolgt.

²Die nach Satz 1 Nummer 1 vereinbarte Vergütung ist für jede nach Satz 1 Nummer 2 vereinbarte Leistung individuell als Fallpauschale zu kalkulieren. ³Unterschiede nach dem Schweregrad der Fälle sind dabei durch die Bildung von Stufen zu berücksichtigen. ⁴Bei der erstmaligen Kalkulation sind die für die jeweilige Leistung im stationären und ambulanten Bereich für das zum Zeitpunkt der Kalkulation letzte Abrechnungsjahr gezahlten Vergütungsvolumina sowie die Anzahl der erbrachten Fälle zu berücksichtigen. ⁵Berücksichtigt werden können auch die jeweiligen Anteile der ambulanten und stationären Fälle an der Gesamtzahl der Fälle und die Kosten der ausschließlich stationären Behandlung. ⁶Spätestens ab dem Jahr 2026 ist die Fallpauschale auf Grundlage **fallbezogener ambulanter Kostendaten der Krankenhäuser nach § 123, fallbezogener stationärer Kostendaten der Krankenhäuser sowie fallbezogener Kostendaten vertragsärztlicher Leistungserbringer zu kalkulieren und jährlich anzupassen.** ⁷Hierzu trifft der **ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 5a SGB V spätestens bis zum 30.09.2026 mit Wirkung zum 01.01.2027 erstmalig einen Beschluss.** ⁸Die aggregierten Daten nach § 123 dürfen für die Zwecke des Satzes 7 verarbeitet werden. ⁹Die den Datenauswertungen zugrundeliegenden Daten einzelner Krankenhäuser sind vertraulich. ¹⁰Das Institut des Bewertungsausschusses sowie das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus können insbesondere zum Zweck der für den Beschluss nach Satz 7 erforderlichen Datenauswertungen, der Erstellung eines Kalkulationskonzeptes sowie der Kalkulation von Fallpauschalen beauftragt werden. ¹¹Das Institut des Bewertungsausschusses kann darüber hinaus für den Zweck der für den Beschluss nach Satz 7 erforderlichen Datenerhebung und -bereitstellung beauftragt werden. ¹²Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus kann an Sitzungen des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V sowie von diesen gebildeten Unterausschüssen und Arbeitsgruppen teilnehmen.“

In § 115f Absatz 3 wird der folgende Satz angefügt:

„Das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie über die erforderlichen Vordrucke wird von den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 vereinbart.“

In § 115f Absatz 4 wird der folgende Satz angefügt.

„Für Beschlüsse des ergänzten Bewertungsausschusses nach Absatz 1 Satz 7 gelten die Regelungen des § 87 Absatz 6 entsprechend.“

In § 21 KHEntgG werden folgende Ergänzungen vorgenommen:

(1) „Die Datenstelle prüft die Daten nach Absatz 1 auf Plausibilität und übermittelt jeweils bis zum 01.07. die

1. Daten nach Absatz 2 Nummer 1 und Nummer 2 Buchstabe b bis h zur Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie zur Weiterentwicklung des Entgeltsystems nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Investitionsbewertungsrelationen nach § 10 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie zur Weiterentwicklung der Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen nach den §§ 115b und 115f des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch an die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes,“