



Spitzenverband

**Stellungnahme
des GKV–Spitzenverbandes
vom 30.04.2024**

**zum Referentenentwurf
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der
Gesundheitsversorgung in der Kommune
(Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)
vom 08.04.2024**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----------|
| I. Vorbemerkung | 4 |
| II. Stellungnahme zum Gesetz | 8 |
| Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) | 8 |
| § 10 – Versicherung der Familienangehörigen | 8 |
| § 33 Abs. 5c (neu) SGB V – Empfehlungen für die Versorgung mit Hilfsmitteln durch Ärzte in sozialpädiatrischen Zentren und medizinischen Behandlungszentren | 11 |
| § 34 – Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel | 14 |
| § 53 Absatz 3 – Wahltarife..... | 15 |
| § 63 – Grundsätze..... | 16 |
| § 87 Abs. 2b S. 5ff – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte | 18 |
| § 87 Abs. 2n – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte..... | 22 |
| § 87a – Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten | 24 |
| § 87b – Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung) | 37 |
| § 91 | 39 |
| § 92 | 41 |
| § 92 Absatz 3a – Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses..... | 42 |
| § 92 Absätze 5 S.1, 6 S. 2, 6 a) b) c), 7 b) c) g) | 44 |
| §92 Abs. 6 Satz 2 | 45 |
| § 92 Abs.7 h – neu..... | 46 |
| § 95 – Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung | 47 |
| § 96 – Zulassungsausschüsse..... | 48 |
| § 101 – Überversorgung | 49 |
| § 105 – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung | 50 |
| § 106b – Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen | 52 |
| § 116b Absätze 5a und 5b (NEU) – Ambulante spezialfachärztliche Versorgung | 54 |
| § 136 Absatz 3..... | 56 |
| § 136 b | 57 |
| § 137f – Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten..... | 58 |
| § 140f Absatz 2..... | 60 |
| § 197a Abs. 1 SGB V (neu) | 62 |
| § 197a Abs. 3 b Nr. 6 SGB V (neu)..... | 63 |
| § 197a Abs. 3 c SGB V (neu) | 67 |
| § 197a Abs. 7 SGB V (neu) | 68 |
| § 217f SGB V – Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen | 70 |

| | |
|--|-----------|
| § 226 – Beitragspflichtige Einnahmen während eines Freiwilligendienstes..... | 78 |
| Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) | 79 |
| § 25 – Versicherung der Familienangehörigen | 79 |
| § 37 – Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen | 80 |
| § 53 – Aufgaben auf Bundesebene..... | 82 |
| § 57 – Beitragspflichtige Einnahmen während eines Freiwilligendienstes..... | 84 |
| Artikel 3 (Änderung der Bundeshaushaltsordnung) | 85 |
| § 112 – Sonderregelungen..... | 85 |
| Artikel 5 (Änderung des Arzneimittelgesetzes) | 86 |
| § 78 – Preise | 86 |
| Artikel 5 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)..... | 87 |
| § 26 – Zusatzentgelt für Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 im Krankenhaus | 87 |
| III. Ergänzender Änderungsbedarf..... | 88 |

I. Vorbemerkung

Der Referentenentwurf 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:

1 Vorhaltepauschale und Versorgungspauschale als Ansatzpunkte zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung

Mit dem Referentenentwurf 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, ist im Gesetz eine finanzneutrale Umsetzung durch den Bewertungsausschuss festzuschreiben, da bestehende Vergütungen durch die Pauschalen ersetzt werden sollen. Dass der Bewertungsausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit ein Konzept zur Ausgestaltung sowie zur Auszahlung der Versorgungspauschale präventiv zur Genehmigung vorlegen soll, wird hingegen abgelehnt, da dies dem Prinzip der funktionalen Selbstverwaltung widerspricht. Dies wird auch aus der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG, Beschluss vom 27.01.2021, Az.: B 6 A 1/19 R, Rn. 9) deutlich.

2 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 – etwa durch die ebenfalls vorgesehene Umstellung auf jährliche Versorgungspauschalen für chronisch kranke Patientinnen und Patienten – 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 mit zusätzlichen Ausgaben von 2,6 Mrd. Euro und erheblichen Mengeneffekten zu rechnen.

3 Widersprüchliche Neuregelungen beim Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Der Referentenentwurf 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.

4 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 Referentenentwurf 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.

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

II. Stellungnahme zum Gesetz

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-Spitzenverbands 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 Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

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

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Referentenentwurf 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 insbesondere 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. Dabei wäre es zudem erforderlich, dass maschinell erkennbar wäre, ob eine solche Verordnung im Rahmen einer Empfehlung von einem SPZ oder MZEB ausgestellt wurde.

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

Der im Referentenentwurf eingefügte § 33 Absatz 5c SGB V wird um folgende Sätze ergänzt:
„Dies 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. 3

§ 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.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 53 Absatz 3 – Wahltarife

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 53 soll in Satz 1 die Angabe „§ 73b“ gestrichen werden, wonach Krankenkassen in ihrer Satzung zu regeln haben, dass für Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen teilnehmen, Tarife mit Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigung anzubieten sind.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nr. 6. Für die Teilnahme an einer hausarztzentrierten Versorgung soll die Krankenkasse künftig regelhaft einen Bonus nach § 65a gewähren. Eines gesonderten Wahltarifs bedarf es demnach nicht mehr. Die Abschaffung des HzV-Wahltarifes stellt eine Einschränkung des bisher auf Versorgungsverbesserungen ausgerichteten Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen dar. Die Einengung des Wettbewerbes einzig auf die Bonushöhe wird daher abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 63 – Grundsätze

A) Beabsichtigte Neuregelung

In der Regelung des § 6c Abs. 3c Satz 4 SGB V, wonach der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien festlegt, bei welchen Tätigkeiten im Rahmen von Modellvorhaben eine Übertragung von Heilkunde auf Pflegefachpersonen erfolgen kann, soll das Stellungnahmerecht der maßgeblichen Verbände der Pflegeberufe vor der Entscheidung des G-BA gestrichen werden.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine sachgerechte Folgeänderung zu Nr. 14 j), nach der den Berufsorganisationen der Pflegeberufe ein Antrags- und Mitberatungsrecht u.a. bei den Richtlinien nach § 63 Abs. 3c SGB V eingeräumt werden soll. Insoweit wird auf die Stellungnahme zu Nr. 14 j) verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 65a – Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zukünftig soll auch die Teilnahme an einer hausarztzentrierten Versorgung zum Erhalt eines Bonus in Höhe von mindestens 30 Euro berechtigen. Damit soll die Attraktivität der hausarztzentrierten Versorgung gesteigert werden. Die Krankenkasse muss für diese Leistung nachweisen, dass sich die Aufwendungen für die Boni nach spätestens drei Jahren durch Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch die Teilnahme der Versicherten an der besonderen Versorgungsform erzielt wurden, refinanzieren lassen. Werden entsprechende Einsparungen und Effizienzsteigerungen nicht erzielt, dürfen keine weiteren Boni gewährt werden.

B) Stellungnahme

Die Einengung des Wettbewerbes einzig auf die Bonushöhe wird abgelehnt. Bonusprogramme sollen gesundheitsbewusste Verhaltensänderungen befördern. Die alleinige Einschreibung in eine hausarztzentrierte Versorgung stellt keinen aktiven Einsatz für eigene Gesundheit dar. Insgesamt ist hier eher von Mitnahmeeffekten von jungen und gesunden Versicherten, z. B. Studierenden, auszugehen. Die geplante gesetzliche Bonifestschreibung von 30 Euro jährlich steht in keinem Verhältnis zu anderen Boni und verlangt überdies nach einem erheblichen Verwaltungsaufwand für die dazu gehörenden Auszahlungsprozesse.

Die aktuelle Gesetzeslage erscheint ausreichend, da sie den Krankenkassen bereits heute die Auszahlung eines Bonus vorschreibt, sofern durch den HzV-Vertrag Einsparungen erzielt werden. Ausgehend von laut Hausärztinnen- und Hausärzteverband aktuell rund 9 Mio. HzV-Teilnehmenden würden sich die Bonikosten auf mindestens 270 Mio. Euro pro Jahr belaufen, wobei auch höhere Boni erlaubt sind.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8 a)

§ 87 Abs. 2b S. 5ff – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einführung einer hausärztlichen Versorgungspauschale, die einmal jährlich abrechnungsfähig sein soll, soll die bisherige Chronikerpauschale des EBM ersetzt werden. Die Versorgungspauschale soll bei Versicherten abrechenbar sein, die mindestens eine lang andauernde, lebensverändernde Erkrankung haben und kontinuierlich mit bestimmten Arzneimitteln versorgt werden.

Der Bewertungsausschuss soll drei Monate nach Gesetzesverkündung dem BMG ein Konzept für die Umstellung auf die Versorgungspauschale vorlegen und nach Genehmigung des BMG sechs Monate nach Gesetzesverkündung beschließen. Bis zum 31.12.2028 ist eine Evaluation im Einvernehmen mit dem BMG durchzuführen.

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. Begrüßt wird entsprechend auch die Festlegung, dass die Versorgungspauschale unabhängig von weiteren Kontakten in der Arztpraxis vergütet werden soll und dass diese in Stufen abgebildet werden kann.

Mit einer Erhöhung des Pauschalisierungsgrades geht grundsätzlich jedoch 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, soll 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 dokumentiert werden.

Wünschenswert wäre auch, dem Bewertungsausschuss neben der Abstufungsmöglichkeit weitere Freiheiten bei der Ausgestaltung der Versorgungspauschale einzuräumen, um negative Auswirkungen der Vergütungsregelung auf die Patienten zu vermeiden und eine medizinisch ausreichende Versorgung auch von Chronikern mit hohem Versorgungsbedarf zu

gewährleisten. So findet heute bei über 70 % der Chroniker mehr als ein Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal statt, sodass neben der reinen Rezeptverschreibung auch andere Gründe für den Arztbesuch vorliegen müssen. Zur Sicherstellung der notwendigen Versorgung dieser Patientinnen und Patienten bei gleichzeitigem Beibehalt des Anreizes zur Reduktion von medizinisch nicht notwendigen Kontakten sollte dem Bewertungsausschuss die Möglichkeit gegeben werden, beispielsweise auch Halbjahrespauschalen oder Zuschläge für Mehrkontakte, welche bestimmte definierte Anforderungen erfüllen, in Betracht zu ziehen. Die vorgesehene Abstufung der Versorgungspauschale allein könnte aufgrund der prospektiven Perspektive der Vergütung nur schlecht erhöhte Versorgungsaufwände, die sich erst in Folgequartalen manifestieren, berücksichtigen.

Auch die starke Fokussierung der Chronikerpauschale auf einen kontinuierlichen Arzneimittelbedarf könnte unerwünschte finanzielle Anreize setzen, eine nach erfolgreicher Therapie nicht mehr erforderliche Arzneimittelleinnahme länger als erforderlich fortzusetzen. Dem Bewertungsausschuss sollte daher die Möglichkeit gegeben werden, Ausnahmeregelungen von dem Kriterium kontinuierlicher Arzneimittelbedarf festzulegen.

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.

§ 87 Abs. 2b Satz 8 bis 11 n. F. sieht vor, dass der Bewertungsausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit ein Konzept zur Ausgestaltung sowie zur Auszahlung der Versorgungspauschale zur Genehmigung vorlegt. Diese Regelung wird abgelehnt.

Grundsätzlich ist festzustellen, dass Eingriffe in die von der gemeinsamen Selbstverwaltung zu treffenden Regelungen wie z. B. dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab dem Ziel eines sachgerechten Interessenausgleichs und dem Funktionieren der Selbstverwaltung entgegenlaufen.

Die Regelung ist nicht erforderlich. Für den Fall dass der Bewertungsausschuss dem gesetzlichen Auftrag zur Beschlussfassung über die Versorgungspauschale nicht oder nicht

fristgemäß nachkommen sollte, sind die bestehenden aufsichtsrechtlichen Befugnisse nach § 87 Abs. 6 SGB V ausreichend. Sofern der Bewertungsausschuss die Beratungen oder die Beschlussfassung zur Versorgungspauschale nicht oder nicht in einem angemessenen Umfang vorbereiten oder durchführen sollte, hat das Bundesministerium für Gesundheit schon vor Fristablauf die Möglichkeit, nach § 87 Abs. 6 Satz 6 SGB V vorzugehen. Nach Fristablauf kann das Ministerium die Regelungen im Weg der Ersatzvornahme selbst festsetzen.

Darüber hinaus widerspricht die Pflicht zur Vorlage eines genehmigungspflichtigen Konzepts auch dem Prinzip der funktionalen Selbstverwaltung. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist die Aufsicht gegenüber dem Bewertungsausschuss auf eine Rechtskontrolle beschränkt (BSG, Beschluss vom 27.01.2021, Az.: B 6 A 1/19 R, Rn. 9). Das Bundessozialgericht bezieht sich dabei ausdrücklich auf die Rechtsprechung zum Gemeinsamen Bundesausschuss, wonach bei der untergesetzlichen Normsetzung ein substantieller Raum von Gestaltungsmöglichkeiten und von Weisungsfreiheit im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben verbleiben muss (BSG, Urteil vom 06.05.2009, Az.: B 6 A 1/08 R, Rn. 47). Die präventive Genehmigung eines Konzepts vor der eigentlichen Beschlussfassung ist hiermit nicht vereinbar.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 2b Satz 5 (neu) wird wie folgt ergänzt:

„Abweichend von Satz 1 erster Halbsatz beschließt der Bewertungsausschuss bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des 6. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] eine Versorgungspauschale, die die Behandlung eines Versicherten mit mindestens einer lang andauernden, lebensverändernden Erkrankung über einen quartalsübergreifenden Zeitraum umfasst und insbesondere die Aufwände bei der Betreuung von Patientinnen und Patienten mit einer kontinuierlichen Versorgung mit einem bestimmte Arzneimittel abbildet.“

Absatz 2b Satz 7 (neu) wird wie folgt geändert:

„Der Bewertungsausschuss hat die Höhe der Versorgungspauschale **in Abhängigkeit des Behandlungsbedarfes differenziert** ~~zur Abbildung des Behandlungsbedarfs~~ in Stufen zu beschließen.“

Nach Satz 7 wird folgender Satz eingefügt:

„Der Beschluss nach Satz 5 ist so auszugestalten, dass er nicht zu Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung führt.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 30.04.2024
zum Referentenentwurf Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der
Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) vom 08.04.2024
Seite 21 von 104

Absatz 2b Satz 8 bis 11 (neu): streichen.

Nach Absatz 2b Satz 12 (neu) wird folgender Satz ergänzt:

**„Der Bewertungsausschuss beschließt hierzu die Einführung einer
Teilleistungsdokumentation ab dem Quartal vor dem Inkrafttreten des Beschlusses für die
Versorgungspauschale; 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. 8 c)

§ 87 Abs. 2n – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung in § 87 Abs. 2n SGB V sieht die Einführung einer Vorhaltepauschale im hausärztlichen Versorgungsbereich vor. Die Vorhaltepauschale 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 hausärztliche Leistungen. Der Bewertungsausschuss soll die konkreten Kriterien festlegen und die Vorhaltepauschale in den EBM aufnehmen. Freiwerdende Finanzmittel durch eine verminderte Abrechnung durch Praxen, die die Kriterien nicht erfüllen, sind auf Zuschläge zu förderungswürdigen Leistungen (z. B. Hausbesuche) zu verwenden.

B) Stellungnahme

Die Regelung mit dem Ziel der Verbesserung der hausärztlichen Versorgung der Versicherten wird ausdrücklich begrüßt. Durch die Verknüpfung mit versorgungsbezogenen Anforderungen entstehen wirksame Anreize für die Arztpraxen, den hausärztlichen Versorgungsumfang vollumfänglich zu erfüllen. Hiermit wird die hausärztliche Versorgung für die Versicherten insgesamt gestärkt. Die vorgesehenen Kriterien wie z. B. einer bestimmten Mindestanzahl an Hausbesuchen können eine Verbesserung der Versorgung von pflegebedürftigen Patientinnen und 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. Da die vorgesehene Vorhaltepauschale die bestehende Leistung zur Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages (Gebührenordnungsposition 03040) ersetzen wird, soll der Bewertungsausschuss zu einer insgesamt finanzneutralen Umsetzung verpflichtet werden.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 30.04.2024
zum Referentenentwurf Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der
Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) vom 08.04.2024
Seite 23 von 104

C) Änderungsvorschlag

Nach § 87 Absatz 2n Satz 2 (neu) wird folgender Satz eingefügt:

„Der Beschluss nach Satz 1 ist so auszugestalten, dass er nicht zu Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung führt.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9

§ 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. 10).

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. Wird der MGV-Anteil hingegen bezogen auf den gesamten Zeitraum von vier aufeinanderfolgenden Quartalen nicht ausgeschöpft, haben die Gesamtvertragspartner über die Ausschüttung der Überschüsse in Form von Honorarzuschlägen zur zusätzlichen Förderung der hausärztlichen Versorgung zu verhandeln. Zuschläge im Rahmen der Honorarverteilung, die in der Vergangenheit innerhalb der MGV zusätzlich auf Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung entfielen, sind zudem in der MGV zweckgebunden zu verstetigen, wobei der Verwendungszweck mit den Krankenkassen zu vereinbaren ist und diese darüber nicht mehr nur ins Benehmen zu setzen sind. Der Bewertungsausschuss hat zur genauen Ausgestaltung des Verfahrens zur Festsetzung der auf die betreffenden Leistungen entfallenden MGV 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 die Hausärzteschaft vorgesehene Regelung zur Verhandlung über eine Ausschüttung erst bei Nichtausschöpfung bezogen auf einen Zeitraum von vier aufeinanderfolgenden Quartalen ersetzt.

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 Budgettierung 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 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 entsteht 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 führt zu einer höheren Vergütung und Überfinanzierung der verbleibenden 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 Budgettierung nach dem Gießkannenprinzip. Zumal der Reinertrag der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner 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 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 Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung ein Teil der MGV als eigenständiger Honorartopf („Honorarvolumen für die in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen“: 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 etwa 300 Mio. Euro pro Jahr in Form zusätzlich zu leistender Ausgleichszahlungen. Sollte es – etwa durch die ebenfalls vorgesehene Umstellung auf jährliche Versorgungspauschalen für chronisch kranke Patientinnen und Patienten – 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. 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. Sämtliche Anstiege der abgerechneten Leistungsmenge (durch Bewertungs- wie auch Mengeneffekte) sind vollständig durch die Krankenkassen zusätzlich zu vergüten, wobei jeder Prozentpunkt Mengenanstieg Mehrausgaben der Krankenkassen von jeweils rund 100 Mio. Euro pro Jahr verursacht. Die genaue Höhe der durch die Entbudgetierung der allgemeinen hausärztlichen Leistungen insgesamt ausgelösten Mehrausgaben hängt stark von der erst noch zu verhandelnden Ausgestaltung der ebenfalls vorgesehenen Anpassungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab ab.

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

Fachlicher Korrekturbedarf der vorgesehenen Regelungen

Sofern an der Entbudgetierung dennoch festgehalten wird, sollten die folgenden Regelungen korrigiert werden, bei denen der derzeitige Entwurf nicht konsistent in sich oder widersprüchlich zwischen Norm und Begründung erscheint:

Bezugszeitraum für die erstmalige Festsetzung der Hausarzt-MGV

Ob und in welcher Höhe die Krankenkassen Ausgleichszahlungen zu leisten haben, wird stark durch den Umfang der festzusetzenden Hausarzt-MGV bestimmt, der für die Honorierung der allgemeinen hausärztlichen Leistungen innerhalb der MGV separiert wird und hinsichtlich dessen eine Nachschusspflicht der Krankenkassen besteht. Anders als bei der Entbudgetierung von Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin – hier wurde ein einzelnes feststehendes, eher leistungsarmes Sommerquartal als Aufsatz herangezogen – soll die erstmalige Festsetzung der Hausarzt-MGV über einen Zeitraum von vier aufeinanderfolgenden Quartalen, beginnend mit dem dritten auf die Verkündung folgenden Quartal und unter Bezugnahme auf das jeweilige Vorjahresquartal erfolgen (Satz 4). Die damit einhergehende Berücksichtigung saisonaler Schwankungen der Leistungsanspruchnahme wird als sachgerecht bewertet. Allerdings können die KVen durch die nur im Benehmen mit den Krankenkassen vorzunehmende Honorarverteilung Einfluss auf die konkrete Höhe der Honorarauszahlungen im Aufsatzzeitraum nehmen, insbesondere dann, wenn der Aufsatzzeitraum zumindest teilweise noch in der Zukunft liegt. Aufgrund der zuletzt vermehrt zu beobachtenden zielgerichteten Anpassungen der Honorarverteilungsmaßstäbe in mehreren KV-Bezirken erscheint es daher angebracht, die aus der MGV zu separierende Hausarzt-MGV erstmals auf der Grundlage der Honorarvolumina der vier Kalenderquartale

des Jahres 2023 festzulegen, welche auf Basis von größtenteils noch nicht strategisch angepassten Verteilungsmaßstäben ausgezahlt worden sein dürften.

Beseitigung von Inkonsistenzen

Anders als bei der Entbudgetierung von Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin wird bei der erstmaligen Festsetzung der Hausarzt-MGV nicht auf das absolute Volumen der für diese Leistungen im Aufsatzzeitraum ausgezahlten Honorare abgestellt, sondern auf den Quotienten aus dem im jeweiligen Aufsatzquartal für die betreffenden hausärztlichen Leistungen gemäß dem Verteilungsmaßstab ausgezahlten Honorar einerseits sowie der Gesamtsumme des im jeweiligen Aufsatzquartal fachgruppenübergreifend gemäß dem Verteilungsmaßstab ausgezahlten Honorare andererseits, wobei dieser Quotient im entsprechenden aktuellen Quartal auf den dafür vereinbarten und bereinigten Behandlungsbedarf anzuwenden ist (Satz 4). Es erscheint deutlich sachgerechter als bei der Regelung für die Kinder- und Jugendmedizin, dass dadurch ein Einbezug aller maßgeblichen Vergütungsbestandteile und eine vollständige Fortschreibung auf die Höhe der MGV im aktuellen Quartal gewährleistet wird. Der Behandlungsbedarf entspricht allerdings nur der Mengenkomponekte (in Punkten) der MGV, aus der sich erst durch Multiplikation mit dem für das jeweils aktuelle Quartal nach § 87a Abs. 2 Satz 1 vereinbarten regionalen Punktwert (in Euro) die maßgebliche MGV ergibt, deren Hausarzt-Anteil festgesetzt werden soll. Dies ist zwingend anzupassen. Um Unklarheiten auszuräumen, sollte zudem die Begründung dahingehend an die Norm angepasst werden, dass die Anteile zur erstmaligen Festsetzung der Hausarzt-MGV nicht auf die MGV des Vorjahresquartals, sondern auf die MGV des aktuellen Quartals angewendet werden.

Auch Satz 5 bedarf einer sprachlichen Korrektur, damit deutlich wird, dass sämtliche Behandlungsbedarfsanpassungen, die allein die allgemeinen hausärztlichen Leistungen betreffen, adäquat bei der erstmaligen Festsetzung der Hausarzt-MGV zu berücksichtigen sind.

Für die in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten und, nach sachlicher und rechnerischer Prüfung anerkannten, abgerechneten Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung sollte zudem der passendere Begriff „hausärztliche Leistungsmenge“ anstelle des derzeit vorgesehenen Begriffs „hausärztlicher Leistungsbedarf“ verwendet werden, um nicht zu suggerieren, dass für diese Leistungen auch ohne Berücksichtigung des weiterhin bestehenden Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 72 Abs. 2 ein Bedarf bestünde, der ihre Erbringung in jedem Fall legitimiert. Der Begriff der Leistungsmenge für die Menge der tatsächlich erbrachten Leistungen eignet sich auch

deutlich besser im Vergleich zu dem bestehenden Begriff des Behandlungsbedarfs, der insbesondere aufgrund der Morbidität der Versicherten zu vereinbaren ist und als notwendige medizinische Versorgung gemäß § 71 Abs. 1 Satz 1 gilt.

Übertragung von Überzahlungen auf Folgequartale

Gemäß Satz 3 sind etwaige unverbrauchte Teile der Hausarzt-MGV-Zahlungen der Krankenkassen nicht im selben Quartal aufzulösen oder den Krankenkassen zu erstatten, sondern frühestens nach Ablauf von vier aufeinanderfolgenden Quartalen als zu verhandelnde Zuschläge zur Förderung der hausärztlichen Versorgung ausbezahlen, soweit die Mittel in diesem Zeitraum insgesamt nicht ausgeschöpft werden. Einerseits erscheint es deutlich sachgerechter als bei der bisherigen Regelung für die Kinder- und Jugendmedizin, dass diese Überzahlungen nicht jeweils unmittelbar für jedes einzelne Quartal als Zuschlag ausgekehrt werden müssen, sondern in Form einer quartalsübergreifenden Verrechnung zur Honorierung von Leistungen verwendet werden sollen, um die notwendigen Ausgleichszahlungen zu mindern. Andererseits bleibt nun offen, was mit Überzahlungen in einzelnen Quartalen geschehen soll, die auflaufen, ohne dass – bezogen auf einen Zeitraum von vier aufeinanderfolgenden Kalendervierteljahren – der Leistungsbedarf die Hausarzt-MGV nicht ausschöpft. Sinnvollerweise sollten Überzahlungen eines Quartals in das jeweilige Folgequartal übertragen werden und dort für die Honorierung der dann abgerechneten Leistungsmenge zur Verfügung stehen (Anpassung von Satz 11). Nur sofern nach einer solchen Anpassung auch nach der alljährlichen Grippewelle jeweils im zweiten Quartal eines Jahres weiterhin Überschüsse bestehen, sollten diese in Form von zu verhandelnden Zuschlägen im jeweiligen Folgequartal ausgezahlt werden, um ein unbefristetes Anwachsen nicht ausgeschütteter Überzahlungen zu vermeiden.

Datentransparenz zu weiterzuführenden Zuschlagszahlungen

Gemäß Satz 7 haben die regionalen Gesamtvertragspartner Zuschläge innerhalb der MGV zu vereinbaren, insofern und insoweit das der erstmaligen Festsetzung der Hausarzt-MGV zugrunde gelegte Honorarvolumen Zuschlagszahlungen enthält, die im Rahmen der Honorarverteilung zusätzlich ausgekehrt wurden. Es erscheint sachgerechter, dass über derartige Zuschläge zukünftig nicht mehr einseitig durch die KV entschieden werden kann, sondern diese zwischen den Gesamtvertragspartnern zu vereinbaren sind. Bei der Umsetzung der entsprechenden Regelung für die kinderärztlichen Leistungen hat sich jedoch gezeigt, dass dieses sogenannte garantierte Zuschlagsvolumen in keinem einzigen KV-Bezirk gefüllt werden konnte, da keinerlei Zuschläge mit Verortung innerhalb der MGV und mit Bezug auf

die zu entbudgetierenden Leistungen in der vorhandenen Datengrundlage ausgewiesen wurden. Es ist zu befürchten, dass auch für Hausärztinnen und -ärzte MGV-Mittel in der Vergangenheit und weiterhin in Form von nicht leistungsbezogenen Zuschlägen oder anderweitigen Honorarausschüttungen einseitig und nicht nachvollziehbar durch die KVen an der mit Satz 7 intendierten Regelung vorbei ausgekehrt werden. Hier ist daher zwingend Transparenz zur Verwendung der MGV-Mittel im Rahmen der Honorarverteilungen herzustellen und nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses eine neue Datengrundlage zu schaffen, damit die erstmalige Festsetzung der Hausarzt-MGV einschließlich des Zuschlagsvolumens nach Satz 7 entsprechend der Intention des Gesetzgebers erfolgen kann.

Ermittlung der Ausgleichszahlungen

In Satz 11 sieht der Entwurf des Gesetzestextes für die Zahlung von Ausgleichszahlungen eine Anrechnung von Nicht-Ausschöpfungs-Zuschlägen nach Satz 3 und den garantierten Zuschlägen nach Satz 7 neben der Hausarzt-MGV beim Vergleich mit dem nach der regionalen Euro-Gebührenordnung abgerechneten Leistungsvolumen vor. Für die Berechnung der eigentlichen Höhe der Ausgleichszahlungen wird allerdings auf die vom Bewertungsausschuss beschlossenen Vorgaben zur Bestimmung der Ausgleichszahlungen für die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin verwiesen, bei denen diese Zuschläge nicht angerechnet werden. Um diese Inkonsistenz aufzulösen, ist der Verweis durch eine separate Beauftragung des Bewertungsausschusses mit der Beschlussfassung entsprechender Vorgaben für die kassenspezifische Bestimmung der Ausgleichszahlungen für die hausärztlichen Leistungen zu ersetzen. Dabei ist es aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zwingend erforderlich, dass der Bewertungsausschuss auch ein Verfahren vorgibt, nach dem die KVen zur Transparenzherstellung auf regionaler Ebene insbesondere die jeweils abgerechneten allgemeinen hausärztlichen Leistungen und die Verwendung von Nicht-Ausschöpfungen nach Satz 3 sowie von Zuschlägen nach Satz 7 gegenüber den Krankenkassen quartalsbezogen und zeitnah nachweisen. Dazu sollte auch die Möglichkeit genutzt werden, Datenlieferungen nach § 87a Abs. 6 SGB V zu beschließen.

Berücksichtigung der Fixkostendegression

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.

Übernahme der Anpassungen für die Regelungen zur Kinder- und Jugendmedizin

Die Änderungen in Absatz 3c Satz 3 sowie 11 zur Verrechnung nicht abgerufener MGV-Zahlungen mit zukünftigen Ausgleichszahlungen sollten zudem auf die Regelungen zur Entbudgetierung von Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin in Absatz 3b Satz 3 sowie 9 übertragen werden. Zudem sollte 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, um diese beiden Sachverhalte zumindest für die Zukunft basiswirksam zu korrigieren

C) Änderungsvorschläge zu Absatz 3c

Streichung der Regelung.

Sofern der Gesetzgeber der Streichung nicht folgt, wird § 87a Absatz 3c wie folgt gefasst:

„¹Die in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten und, nach sachlicher und rechnerischer Prüfung anerkannten, abgerechneten Leistungen der hausärztlichen Versorgung (hausärztlicher ~~Leistungs~~**Leistungs**mengenbedarf) sind ab dem [einsetzen: Datum des ersten Tages des 3. auf die Verkündung folgenden Kalendervierteljahres] von den Krankenkassen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 **unter Berücksichtigung der Abschläge nach Satz 14** vollständig zu vergüten.

²Abweichend von § 85 Absatz 1 und abweichend von Absatz 3 Satz 1 wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung hinsichtlich der in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen der hausärztlichen Versorgung nicht mit befreiender Wirkung gezahlt.

³Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien verhandeln über Zuschläge zur Förderung der hausärztlichen Versorgung, **soweit im jeweils zweiten bezogen auf den gesamten Zeitraum von vier aufeinanderfolgenden Kalendervierteljahren eines Jahres die mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 unter Berücksichtigung der Abschläge nach Satz 14 bewertete hausärztliche Leistungsmenge der hausärztliche Leistungsbedarf** die festgesetzte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung hinsichtlich der in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen der hausärztlichen Versorgung **zuzüglich etwaiger im jeweiligen Vorquartal nicht ausgeschöpfter Mittel** nicht ausschöpft.

⁴Für die erstmalige Festsetzung der auf die in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen der hausärztlichen Versorgung im Zeitraum vom [einsetzen: Datum des ersten Tages des 3. auf die Verkündung folgenden Kalendervierteljahres] bis [einsetzen: Datum des letzten Tages des 6. auf die Verkündung folgenden Kalendervierteljahres] entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung ist der prozentuale Anteil des Honorarvolumens, das für ~~den hausärztlichen Leistungsbedarf~~ **die hausärztliche Leistungsmenge einschließlich sämtlicher auf diese entfallender leistungsbezogener und nicht leistungsbezogener Zuschläge und zusätzlichen Honorarbestandteile im jeweiligen Vorjahresquartal entsprechenden Quartal des Jahres 2023** gemäß dem Verteilungsmaßstab ausgezahlt worden ist, am Honorarvolumen aller Arztgruppen des ~~jeweiligen Vorjahresquartals~~ **entsprechenden Quartals des Jahres 2023** für ~~den Leistungsbedarf~~ **die Leistungsmenge** aller Arztgruppen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung **einschließlich sämtlicher auf diese entfallender leistungsbezogener und nicht leistungsbezogener Zuschläge und zusätzlichen Honorarauszahlungen** zu bestimmen und mit ~~dem~~ **der** nach Absatz 3 Satz 1~~2~~ für das jeweilige **aktuelle** Quartal vereinbarten und bereinigten ~~Behandlungsbedarf~~ **morbiditätsbedingten Gesamtvergütung** zu multiplizieren.

⁵Soweit die insgesamt vereinbarte Veränderung des Behandlungsbedarfs nach Absatz 4 Satz 1 Nummern 1 bis 5 **einschließlich Abgrenzungsänderungen der nach Absatz 3 Satz 6 geförderten Leistungen** für das jeweilige Quartal gegenüber dem ~~Vorjahresquartal~~ **entsprechenden Quartal des Jahres 2023** von ~~der den anteiligen dem~~ **den anteiligen dem** Behandlungsbedarf für die in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen der hausärztlichen Versorgung **betreffenden Veränderung** abweicht, ist der nach Satz 4 zu bestimmende Anteil des Honorarvolumens entsprechend anzupassen.

⁶Satz 5 gilt für die gesetzlich vorgesehenen Bereinigungen des Behandlungsbedarfs entsprechend.

⁷Sofern das Honorarvolumen für die in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen der hausärztlichen Versorgung im ~~dem jeweiligen Vorjahresquartal~~ **Quartal** der erstmaligen Festsetzung **entsprechenden Quartal des Jahres 2023 leistungsbezogene und nicht leistungsbezogene Zuschläge und zusätzliche Honorarauszahlungen** enthält, haben die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 diese Zuschläge in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vereinbaren.

⁸Für die Zuschläge nach den Sätzen 3 und 7 sowie nach Absatz 2 Satz 2 und 3 gilt Satz 2 nicht.

⁹Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des 3. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] Vorgaben für ein Verfahren zur Festsetzung der auf die in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen der hausärztlichen Versorgung entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die erstmalig zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des 3. auf die Verkündung folgenden Kalendervierteljahres] für das laufende Kalenderjahr und danach jährlich für das folgende Kalenderjahr zu erfolgen hat.

¹⁰Die Vorgaben nach Satz 9 zur jährlichen Fortschreibung der auf die in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen der hausärztlichen Versorgung entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung haben insbesondere die vereinbarten Anpassungen des Punktwertes und des Behandlungsbedarfs, der auf die in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen der hausärztlichen Versorgung entfällt, sowie darauf entfallende Bereinigungen zu berücksichtigen.

¹¹Wenn und soweit in dem Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung **die Differenz zwischen** ~~der Quotient~~ aus der festgesetzten, auf die § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen der hausärztlichen Versorgung entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung einschließlich der Zuschläge nach den Sätzen 3 und 7 **zuzüglich Unterschreitungen der auf die in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen der hausärztlichen Versorgung entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch die mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 unter Berücksichtigung der Abschläge nach Satz 14 bewertete hausärztliche Leistungsmenge im jeweiligen Vorquartal, soweit diese noch nicht durch Zuschläge nach Satz 3 ausgezahlt worden sind, einerseits und der mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 unter Berücksichtigung der Abschläge nach Satz 14 bewerteten hausärztlichen Leistungsmenge** ausschließlich der Zuschläge nach den Sätzen 3

und 7 **andererseits** den Wert von **null unterschreitet**, leisten die Krankenkassen entsprechend ihres leistungsmengenbezogenen Anteils und des Verfahrens nach **Satz 12 Absatz 3b Satz 8 bis 10** Ausgleichszahlungen, um die vollständige Vergütung ~~des hausärztlichen Leistungsbedarfs~~ **der hausärztlichen Leistungsmenge** ~~Leistungsmenge~~ ausschließlich der Zuschläge nach den Sätzen 3 und 7 **andererseits** den Wert von **null unterschreitet** ~~eins nicht überschreitet~~, leisten die Krankenkassen entsprechend ihres leistungsmengenbezogenen Anteils und des Verfahrens nach **Satz 12 Absatz 3b Satz 8 bis 10** Ausgleichszahlungen, um die vollständige Vergütung ~~des hausärztlichen Leistungsbedarfs~~ **der hausärztlichen Leistungsmenge** zu gewährleisten; **dabei sind die Ausgleichszahlungen in einem KV-Bezirk insgesamt in der Höhe zu bemessen, dass die Summe dieser Ausgleichszahlungen und der Differenz im ersten Halbsatz zusammen null ergibt.**

^{12neu}Der **Bewertungsausschuss beschließt bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des 3. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung des auf die jeweilige Krankenkasse entfallenden Anteils an Ausgleichszahlungen, der sich nach ihrem jeweiligen leistungsmengenbezogenen Anteil an dieser Ausgleichszahlung bemisst.**

^{13neu}Der **Bewertungsausschuss beschließt zudem bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des 3. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] Datenlieferungen nach Absatz 6, mit denen die Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen quartalsweise die erstmalige Festsetzung und die Fortschreibung der auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die Entwicklung der hausärztlichen Leistungsmenge, die etwaige Nicht-Ausschöpfung der auf die Leistungen nach Satz 1 entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach Satz 3, die Zuschläge nach 3, die Zuschläge nach Satz 7 sowie die Ausgleichszahlungen nach Satz 11 nachweist.**

^{14neu}Die **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 Leistungen der in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung; dabei sind die Vorgaben des Bewertungsausschusses nach Satz 17 zwingend zu beachten.**

^{15neu}Die **Abschläge nach Satz 14 sind für alle Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung 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 16 nicht überschreitet.

^{16neu}Ein Überschreibungsbetrag liegt vor, wenn und soweit die **auf die Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung entfallende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung übersteigt.**

^{17neu}**Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des 2. auf die Verkündung folgenden Kalendervierteljahres] Vorgaben zur Umsetzung der nach Satz 15 und 16 erforderlichen Berechnungen.**

¹⁸Der Bewertungsausschuss analysiert die Auswirkungen der Regelungen dieses Absatzes sowie der Regelungen in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz insbesondere auf die hausärztliche Versorgung der Versicherten, die Honorare sowie die Ausgaben der Krankenkassen und berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum [einsetzen: Datum des letzten Tages des 8. auf die Verkündung folgenden Kalendervierteljahres] über die Ergebnisse.“

Änderungsvorschläge zu Absatz 3b

Art. 1 Nr. 21 Buchstabe b), Doppelbuchstabe bb) wird wie folgt gefasst:

„In Satz 2, 3, 7, ~~9~~**10** und ~~10~~**11** werden jeweils die Wörter „§ 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz“ durch die Wörter „Satz 1“ ersetzt.“

Art. 1 Nr. 21 Buchstabe b) Doppelbuchstabe cc) wird wie folgt gefasst:

„Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien verhandeln über Zuschläge zur Förderung der Kinder- und Jugendmedizin, soweit **im jeweils zweiten bezogen auf den Zeitraum von vier aufeinanderfolgenden Kalendervierteljahren eines Jahres die mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 bewerteten Leistungen nach Satz 1 der Leistungsbedarf** die festgesetzte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung hinsichtlich der in Satz 1 genannten Leistungen **zuzüglich etwaiger im jeweiligen Vorquartal nicht ausgeschöpfter Mittel** nicht ausschöpft.“

Art. 1 Nr. 21 Buchstabe b) Doppelbuchstabe ee) wird wie folgt angefügt:

„Satz 9 wird wie folgt gefasst:

„Eine Ausgleichszahlung ist dann zu leisten, wenn **und soweit in dem Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung die Differenz zwischen der** auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung **einschließlich der Zuschläge**

nach den Sätzen 3 und 5 zuzüglich Unterschreitungen der auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch die mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 bewerteten in Satz 1 genannten Leistungen im jeweiligen Vorquartal, soweit diese noch nicht durch Zuschläge nach Satz 3 ausgezahlt worden sind, einerseits, und dem mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 bewerteten in Satz 1 genannten Leistungen ausschließlich der Zuschläge nach den Sätzen 3 und 5 andererseits den Wert von null unterschreitet, um die vollständige Vergütung nach Satz 1 zu gewährleisten; dabei sind die Ausgleichszahlungen in einem KV-Bezirk insgesamt in der Höhe zu bemessen, dass die Summe dieser Ausgleichszahlungen und der Differenz im ersten Halbsatz zusammen null ergibt.“

Art. 1 Nr. 21 Buchstabe b) Doppelbuchstabe ff) wird wie folgt angefügt:

„Dem Absatz 3b wird folgender Satz angefügt:

„¹²Der 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. 10

§ 87b – Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung stellt klar, dass für Leistungen des Bereichs der allgemeinen hausärztlichen Versorgung keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Honorarverteilung angewendet werden. Ausweislich der Gesetzesbegründung handelt es sich bei den allgemeinen hausärztlichen Leistungen, um Leistungen des Kapitels 3 des EBM einschließlich der hausärztlich durchgeführten Hausbesuche gemäß Kapitel 1.4 des EBM.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird abgelehnt. Obwohl gemäß der Gesetzesbegründung eine Eingrenzung der Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung auf Leistungen des Kapitels 3 des EBM sowie hausärztlich durchgeführte Hausbesuche gemäß des Kapitels 1.4. des EBM vorgesehen ist und grundsätzlich aufgrund der Analogie zu bestehenden Regelungen für Leistungen des Bereichs der Kinder- und Jugendmedizin nachvollzogen werden kann, birgt die Aufhebung mengenbegrenzender Maßnahmen für diese Leistungen erhebliche Risiken einer unwirtschaftlichen und medizinisch nicht notwendigen Leistungsausweitung.

Sofern der Gesetzgeber an dieser Regelung festhält, sollte klargestellt werden, dass die Vergütung der Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin sowie der Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung ohne Anwendung mengenbegrenzender Maßnahmen im Rahmen der Honorarverteilung erst nach der Trennung in die für die Versorgungsbereiche gebildeten eigenen Honorarvolumen aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich vorzusehen ist und damit alle Vertragsärzte an der Finanzierung gesetzlicher Aufgaben zu beteiligen sind. 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 geplante Regelung 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:

„³Die 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; Gleiches gilt **nach der Trennung in die für die Versorgungsbereiche gebildeten eigenen Honorarvolumen bezogen auf den hausärztlichen Versorgungsbereich** unter Beachtung der nach § 87a Absatz 3b Satz 7 beschlossenen Vorgaben für die Vergütung der Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin, die gegenüber Patienten erbracht werden, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie unter Beachtung der nach § 87a Absatz 3c Satz 9 beschlossenen Vorgaben für die Vergütung der Leistungen des Versorgungsbereichs der allgemeinen hausärztlichen Versorgung.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11 a) 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. 12 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. 12b

§ 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 Interessenkonflikten 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 Vorstands 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 Regelung wird wie folgt gefasst:

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft berät den Gemeinsamen Bundesausschuss ~~unabhängig auf Anfrage~~ im Zusammenhang mit seinen Entscheidungen nach Satz 1 **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 für die unabhängige Wahrnehmung der Aufgaben nach Satz 4 erster Halbsatz einen angemessenen Aufwendersersatz. Das Nähere hierzu vereinbart der Gemeinsame Bundesausschuss mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12 d)

Nr. 12 f) – 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. 12 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, interessengeleiteten 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. 12 j)

§ 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 Einvernehmensefordernis 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 Einvernehmensefordernisses 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. 13

§ 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 eines klaren rechtlichen Rahmens, 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. 14

§ 96 – Zulassungsausschüsse

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen sehen vor, dass den Landesbehörden bei Entscheidungen des Zulassungsausschusses zukünftig nicht nur ein Informations- und ein Mitberatungsrecht eingeräumt wird, sondern es soll zudem das Recht eingeräumt werden, jede Entscheidung zu blockieren, da sie das Einvernehmen erteilen müssen.

B) Stellungnahme

Die vorgesehenen Regelungen geben den Landesbehörden weitere Kompetenzen, die Entscheidungen der Zulassungsausschüsse stark verzögern oder ggf. sogar verhindern können. In den Zulassungsausschüssen nach § 96 SGB V werden jährlich mehrere zehntausend Zulassungsverfahren bearbeitet. Der zusätzliche bürokratische Aufwand, der durch die Kompetenzerweiterung der Länder entsteht, erscheint dabei keinesfalls gerechtfertigt. Zudem sollte berücksichtigt werden, dass der Sicherstellungsauftrag bei den Kassenärztlichen Vereinigungen liegt und bei Nichterfüllung auf die gesetzlichen Krankenkassen übergeht. Entsprechend ist nicht nachvollziehbar, warum den Landesbehörden, die keine Verantwortung für die ambulante Leistungserbringung tragen, derart weitreichende Kompetenzen eingeräumt werden sollten. Die Länder tragen für die ambulante Versorgung weder eine Finanzierungsverantwortung noch eine Gestaltungsaufgabe. Es ist daher nicht nachvollziehbar, dass der Gesetzgeber beabsichtigt, den Ländern weitere Kompetenzen außerhalb ihres Zuständigkeitsgebietes einzuräumen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15

§ 101 – Überversorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und –therapeuten, 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 Psychotherapeutinnen und –therapeuten über beide Qualifikationen verfügen. Insbesondere hinsichtlich der Einführung der Fachpsychotherapeutinnen und –therapeuten 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. 16

§ 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 Strukturfondsmitteln auf Gebiete, in denen eine Unterversorgung droht oder festgestellt wurde, aufgehoben. Darüber hinaus besteht weiterhin der Bedarf, die Expertise der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen 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 den 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 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. 17

§ 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 beantragt werden können. 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 kann 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 Leistungserbringer 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 Verordnungen im zehnfachen Umfang zu Lasten der Krankenkassen einseitig
als tolerierbar zu erklären. Dies wäre ein erheblicher Wertungswiderspruch zu anderen,
vergleichbaren Regelungen des Sozialgesetzbuchs.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18

§ 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 der 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.

C) Änderungsvorschlag

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. 19

§ 136 Absatz 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

- a) Folgeänderung zu Nr. 14 j) §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. 14 a)

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (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. 14j).

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 von Richtlinien nach §137f Absatz 2 innerhalb von zwei Jahren abschließt.

B) Stellungnahme

Es ist zu begrüßen, dass die Beratungen des G-BA zu neuen strukturierten Behandlungsprogrammen auch zukünftig zeiteffizient ausgestaltet werden sollen. Allerdings wird die Festsetzung eines Zeitraums von zwei Jahren bis zur Fertigstellung eines neuen strukturierten Behandlungsprogramms aus nachfolgenden Gründen als nicht sachgerecht eingeschätzt. Begründet wird dies durch die gemäß § 137f SGB V festgelegten Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme und den damit verbundenen Prozessschritten.

Strukturierte Behandlungsprogramme basieren auf evidenzbasierten Leitlinien, aus denen die versorgungsrelevanten Inhalte extrahiert werden. Aus diesem Grund wird bei der Erarbeitung eines neuen strukturierten Behandlungsprogramms regelhaft das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Erstellung einer Leitliniensynopse beauftragt. Dieser wissenschaftliche Prozess kann nicht beliebig verkürzt werden, ohne Qualitätseinbußen zu verursachen. Diese würden dann den Beratungsprozess beim G-BA beeinträchtigen und wären durch diesen auch nicht mehr kompensierbar.

Die Erstellung eines neuen strukturierten Behandlungsprogramms erfordert einen umfassenden Diskussions- und Abwägungsprozess im G-BA. Dieser ist notwendig, um entscheidende Leistungsinhalte zu identifizieren und hieraus Richtlinienempfehlungen für eine evidenzbasierte sektorenübergreifende Versorgung abzuleiten. Anders als in Methodenbewertungsverfahren oder QS-Verfahren zu einzelnen Interventionen geht es bei DMP um umfassende und komplexe Versorgungsangebote jeweils mit einer Kombination von und Vielzahl an Interventionen, die strukturiert miteinander zu kombinieren sind. Deshalb wird auch eine reine Beratungszeit von mindestens zwei Jahren bei der Erstellung von Richtlinien zu neuen strukturierten Behandlungsprogrammen als erforderlich angesehen. Der im Vorfeld als Beratungsgrundlage zu erstellende IQWiG-Bericht sollte insofern nicht in die Beratungszeit des G-BA eingerechnet werden.

Mit dem hinzugekommenen umfassenden Prüferfordernis auf der Grundlage zu §137f Abs. 8 Satz 1 SGB V bezüglich digitaler medizinischer Anwendungen hat sich die Beratungszeit faktisch nochmals um mehrere Monate verlängert.

Zudem wäre es wichtig klarzustellen, dass sich die neue Regelung ausschließlich auf die Erarbeitung neuer DMP-Programmanforderungen bezieht und nicht auf die Aktualisierungen gemäß §137f Abs. 2 Satz 6.

C) Änderungsvorschlag

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll die Neu-Erarbeitung von Richtlinien nach Absatz 2 innerhalb von zwei Jahren nach Vorlage des einschlägigen IQWiG-Berichts abschließen.

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 eine Hemmung der Beschlussfassung unvermeidlich zu einem nicht antizipierbaren Fristverzug und damit zu einem weiteren Erschwernis der personellen und zeitlichen Planung der nachgelagerten Erstattungsbeitragsverhandlungen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 30.04.2024
zum Referentenentwurf Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der
Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) vom 08.04.2024
Seite 61 von 104

C) Änderungsvorschlag

- a) Keiner.
- 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 Fehlverhaltensbekämpfungsstellen 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 § 132I 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 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 klargestellt werden. Dadurch wurde früheren Erkenntnissen aus der Praxis der Fehlverhaltensbekämpfung der gesetzlichen Krankenkassen bereits Rechnung getragen.

Mit fortschreitender organisationsübergreifender Zusammenarbeit sind in der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen aber neue Rechtsunsicherheiten zutage getreten, denen durch eine weitergehende gesetzliche Klarstellung ebenfalls abgeholfen werden muss. Die Unsicherheiten betreffen typische Informationsflüsse zwischen Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

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

I. 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.

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

1. Scheinfirmen und Scheinarbeitsverhältnisse

Die Mitgliedskassen des GKV-Spitzenverbandes berichten von wiederkehrenden Hinweisen, wonach gezielt Scheinfirmen und Scheinarbeitsverhältnisse begründet und betrieben werden, um mittels fingierten, tatsächlich nicht bestehenden Beschäftigungsverhältnissen, 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 ernst gemeinte 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 Mitgliedskassen 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 Sozialleistungsmisbrauch 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 5 werden die folgenden Nummern 6 und 7 angefügt:

6. die Gesundheitsämter, Heimaufsichten und nach Landesrecht zuständigen
Gesundheitsbehörden,

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. 23 c)

§ 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 Fehlverhaltensbekämpfungsstellen 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. 23 d)

§ 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.

Fraud Pools unterliegen datenschutzrechtlich darüber hinaus strengen und restriktiven Anforderungen. Die Aufsichtsbehörden haben sich jedoch mehrheitlich bereits auf konkrete Voraussetzungen verständigt, die solche Betrugspräventionssysteme in den Phasen der Einmeldung in den Pool, der Verarbeitung im Pool und der Beauskunftung aus dem Pool erfüllen müssen.

Richtigerweise sollten in dem Konzept Vorschläge berücksichtigt werden, welche Stellen einen aktiven Zugriff auf die Datenbank erhalten können und wie diese neben einem lesenden Zugriff auch Daten einpflegen zu können. Dies darf nicht allein auf die bereits genannten Fehlverhaltensbekämpfungsstellen beschränkt bleiben, sondern muss

notwendigerweise u.a. auch die Organisationseinheiten der Krankenkassen einbeziehen, die für die Vertragsbeziehungen mit den Leistungserbringern zuständig sind.

C) Änderungsvorschlag

Art. 1 Nr. 23 Buchstabe d) wird wie folgt gefasst (Änderungen sind kenntlich gemacht):

„Nach Absatz 6 wird folgender Absatz 7 eingefügt:

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit auf der Grundlage eines von ihm zu beauftragenden Gutachtens bis zum <Datum> ein Konzept zum Aufbau und Betrieb einer zentralen Datenbank vor, die den Krankenkassen Informationen über Sachverhalte oder Auffälligkeiten zur Verfügung stellt, welche auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen hindeuten (Betrugspräventionsdatenbank). Das Konzept zum Aufbau und Betrieb einer Betrugspräventionsdatenbank hat insbesondere zu beinhalten:

1. eine Empfehlung zur Zuweisung der Trägerschaft der Datenbank an eine bestimmte Stelle,
2. Empfehlungen, welche Informationen zu welchem Zweck in der Datenbank erfasst werden sollen einschließlich der Anforderungen an die Qualität der einzutragenden Hinweise,
3. Vorschläge, ~~wie die~~ welche Stellen zur ~~Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen~~ einen aktiven Zugriff auf die Datenbank erhalten können, ~~um und wie diese~~ neben einem lesenden Zugriff auch Daten einpflegen zu können sowie
4. eine Darstellung etwaiger datenschutzrechtlicher Hindernisse bei dem Aufbau und dem Betrieb einer solchen Datenbank sowie möglicher Lösungsoptionen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 24

§ 217f SGB V – Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-SV 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 Kranken- 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 Kranken- und Pflegekassen 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 darauf vor, dass die Versicherten der Kranken- 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 Kranken- und Pflegekassen, die einerseits gewisse Mindeststandards zur Sicherung der Vergleichbarkeit der Kennzahlen setzen, andererseits aber den Kranken- 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 Kranken- und Pflegekassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben. Mit der Rahmgebung für die Aufgabenwahrnehmung durch die Kranken- und Pflegekassen trägt er

zur einheitlichen Umsetzung bei, ohne dabei jedoch die kassenindividuelle Ausgestaltung des politisch gewollten Wettbewerbs zu limitieren.

Stellungnahme

Mit dem vorgelegten Referentenentwurf 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 Referentenentwurf 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 Referentenentwurfs 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 Kennzahlen der Gemeinsamen Empfehlungen der GKV sind. Der insoweit in der Begründung zum Referentenentwurf 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 Kennzahlensystems 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 Referentenentwurf 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/eingelegten 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.

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 Referentenentwurf 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 in Bezug auf die Ausstattung der Versicherten mit der elektronischen Gesundheitskarte mit einer kontaktlosen Schnittstelle und deren persönlicher Identifikationsnummer, die Bereitstellung und Nutzung der elektronischen Patientenakte nach § 341 SGB V sowie die Bereitstellung und Nutzung der sicheren digitalen Identitäten nach § 291 Absatz 8 SGB V 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 Referentenentwurf – 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 Referentenentwurfs 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.

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

Nach den Ausführungen in der Begründung zum Referentenentwurf 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) Änderungsvorschläge

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.

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

§ 37 – Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Pflegebedürftige Personen, die Pflegegeld beziehen, haben gemäß den in § 37 Absatz 3 SGB XI gesetzlich geregelten Intervallen eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit insbesondere zur Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und Unterstützung der Pflegeperson abzurufen. Aufgrund der COVID-19-Pandemie bestand die befristete Möglichkeit, die Beratung unter anderem per Videokonferenz in Anspruch nehmen zu können. Mit dem Pflegebonusgesetz wurde so dann geregelt, dass in dem Zeitraum vom 01.07.2022 bis einschließlich 30.07.2024 auf Wunsch der pflegebedürftigen Person jede zweite Beratung per Videokonferenz erfolgen kann. Gemäß dem Referentenentwurf zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz soll die Befristung nun bis zum 31.03.2027 verlängert werden. Es ist vorgesehen, auf der Grundlage der Ergebnisse der nächsten Evaluation gemäß § 7a Absatz 9 SGB XI unter anderem zu der Durchführung und den Beratungsstrukturen nach § 37 SGB XI über die zukünftige Entfristung der Regelung zu entscheiden.

B) Stellungnahme

Dass die pflegebedürftige Person auch weiterhin die Möglichkeit haben soll, auf Wunsch jede zweite Beratung im Rahmen des § 37 Absatz 3 SGB XI per Videokonferenz in Anspruch zu nehmen, begrüßt der GKV-Spitzenverband. Die erneute Befristung bis zum 31.03.2027 und die ausstehende Entscheidung über eine Entfristung auf der Grundlage der Evaluationsergebnisse zu § 37 Absatz 3 SGB XI sind nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 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 6 werden die folgenden Nummern 7 und 8 angefügt:

7. die Gesundheitsämter, Heimaufsichten und nach Landesrecht zuständigen Gesundheitsbehörden,

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.

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 53 – Aufgaben auf Bundesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem in § 53 SGB XI neu angefügten Satz wird normiert, dass der durch den Referentenentwurf 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 persönlicher Beratung bei den Anspruchsberechtigten in ihrer häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der sie wohnen, in Pflegestützpunkten, Pflegeberatungsstellen oder sonst vor Ort, als Videokonferenz sowie als telefonische Beratung) und der Pflegekurse nach 45 SGB XI (insgesamt betrachtet sowie mindestens differenziert nach Gruppenkursen vor Ort, Schulungen in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person und digitalen Pflegekursen) festlegt. 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 Referentenentwurf geregelten entsprechenden Anwendung des § 217f Absatz 4 SGB V (NEU Referentenentwurf GVSG) wird auf die Ausführungen im Rahmen der Stellungnahme zu § 217f Absatz 4 SGB V (Neu Referentenentwurf 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 Referentenentwurf 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 5 (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 die angekündigten Eckpunkte einer Apothekenreform, in deren 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 Sonderregelungen zur Vergütung von entsprechenden Tests in Krankenhäusern nicht mehr erforderlich. Die Aufhebung dieser Regelung wird ausdrücklich begrüßt, da mit ihr eine Entlastung der Versicherungsgemeinschaft einhergeht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

III. Ergänzender Änderungsbedarf

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) Änderungsbedarf

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) Neuregelung

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 Krankenversicherungsnummer nach § 290 Absatz 1 Satz 2 oder, sofern eine Krankenversicherungsnummer nicht besteht, das krankenhauserne 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 stationersetzenden Eingriffe und stationersetzenden 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.

⁵Die 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. ⁶Für 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. ⁷Die 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. ⁸Kommt die Vereinbarungen nach Satz 7 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a. ⁹Die 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. ¹⁰Kommt eine Vereinbarung nach Satz 9 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf

Bundesebene gemäß § 89a. ¹¹Das 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.

f,„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,“

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

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

A) Änderungsbedarf

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) Neuregelung

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.“

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 197b SGB V – Aufgabenerledigung durch Dritte

A) Änderungsbedarf

Das Bundessozialgericht hat am 30.08.2023 in zwei Revisionsverfahren (B 3 A 1/23 R und B 3 A 1/22 R) entschieden, dass Pflegekassen nicht zu einer Übertragung von Aufgaben nach dem SGB XI auf private Dritte berechtigt sind. Es fehle an der erforderlichen gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage in der sozialen Pflegeversicherung. § 197b SGB V, der dies in der gesetzlichen Krankenversicherung ermögliche, sei in der sozialen Pflegeversicherung nicht, auch nicht analog, anwendbar. Abweichungen vom Grundsatz der eigenverantwortlichen Aufgabenwahrnehmung könnten ausschließlich auf Entscheidungen des Bundesgesetzgebers im Rahmen seiner Regelungskompetenz zur Organisation der Sozialversicherung beruhen. § 197b SGB V wurde durch das GKV-WSG mit dem Ziel eingeführt, den gesetzlichen Krankenkassen die Übertragung der Aufgabenerledigung zu ermöglichen, soweit dies zweckmäßig ist. Kernaufgaben zur Erfüllung der Versorgungsansprüche von Versicherten sollten nicht betroffen sein.

Das Bundessozialgericht hat in den eingangs genannten Entscheidungen zudem ausgeführt, dass eine nähere Differenzierung, wann eine Aufgabe zu den „*wesentlichen Aufgaben zur Versorgung der Versicherten*“ gehört und ihre Erledigung deshalb gem. § 197b SGB V nicht in Auftrag gegeben werden darf, unmittelbar vom Gesetzgeber vorgegeben werden müsse (Rn. 26 bzw. 27). Gleichzeitig betont das Gericht die Organisationshoheit und Gestaltungsspielräume der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben.

Den gesetzlichen Krankenkassen sind eine Vielzahl von Aufgaben übertragen. Neben Routinevorgängen und Kernaufgaben sind dies auch immer wieder Sonderaufgaben wie zum Beispiel der Versand von Informationsschreiben über Schutzimpfungen an Versicherte. Diese nehmen sie mit großer Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit wahr. Bei der Aufgabenerledigung nutzen sie vereinzelt Unterstützungsleistungen in Form von Hilfsarbeiten durch Dritte, soweit dies wirtschaftlicher ist als die Erledigung durch eigenes Personal. Damit leisten sie einen positiven Dämpfungsbeitrag mit Blick auf die Verwaltungskosten.

Vor diesem Hintergrund wird vorgeschlagen, in § 197b SGB V eine gesetzliche Konkretisierung vorzunehmen, ohne die Möglichkeiten und Grenzen einer zulässigen Aufgabenerledigung durch Dritte zu verändern.

Mit dem Ausschluss der Wahrnehmung von Aufgaben, die unmittelbar die Leistungsgewährung an Versicherte nach dem dritten Kapitel betreffen, wird die vom BSG geforderte Differenzierung umgesetzt, wonach die Versicherten unmittelbar berührende qualifizierte Sachbearbeitungen mit inhaltlicher Prüfung der versicherungs- und leistungsrechtlichen Voraussetzungen nicht an Dritte übertragen werden dürfen (Rn. 28 bzw. 29). Auf diese Weise wird sichergestellt, dass die alleinige, ausschließliche und abschließende Entscheidung über zugrundeliegende Leistungsansprüche der Versicherten bei der Krankenkasse verbleibt.

Von der Änderung unberührt bleibt die bereits bestehende Rechtslage (einschließlich der zugehörigen aufsichtsrechtlichen Praxis), dass die Übertragung von Aufgaben auf Arbeitsgemeinschaften, deren Mitglied die beauftragende Krankenkasse ist, nicht dem Anwendungsbereich des § 197b SGB V bzw. § 47b SGB XI unterfällt, sondern sich ausschließlich nach § 94 SGB X richtet. Die auch bisher bestehende Möglichkeit der Beauftragung einer juristischen Person des privaten Rechts, über die die Krankenkasse eine ähnliche Kontrolle ausübt wie über ihre eigenen Dienststellen, bleibt ebenso unberührt (vgl. § 108 GWB, i. E. ebenso LSG Hamburg vom 29.11.2012, Az.: L 1 KR 156/11 KL, Rn. 70).

B) Neuregelung

In § 197b SGB V wird folgende Änderung vorgenommen:

Krankenkassen können die ihnen obliegenden Aufgaben durch Arbeitsgemeinschaften von Krankenkassen oder durch Dritte mit deren Zustimmung wahrnehmen lassen, wenn die Aufgabenwahrnehmung durch die Arbeitsgemeinschaft oder den Dritten wirtschaftlicher ist, es im wohlverstandenen Interesse der Betroffenen liegt und Rechte der Versicherten nicht beeinträchtigt werden. ~~Wesentliche Aufgaben zur Versorgung der Versicherten dürfen nicht in Auftrag gegeben werden.~~ **Aufgaben, die unmittelbar die Leistungsgewährung an Versicherte nach dem dritten Kapitel betreffen, dürfen nicht in Auftrag gegeben werden.** § 88 Absatz 3 und 4 und die §§ 89, 90 bis 92, 94 und 97 des Zehnten Buches gelten entsprechend.

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 47b SGB XI– Aufgabenerledigung durch Dritte

A) Änderungsbedarf

Das Bundessozialgericht hat am 30.08.2023 in zwei Revisionsverfahren (B 3 A 1/23 R und B 3 A 1/22 R) entschieden, dass Pflegekassen nicht zu einer Übertragung von Aufgaben nach dem SGB XI auf private Dritte berechtigt sind. Es fehle an der erforderlichen gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage in der sozialen Pflegeversicherung. § 197b SGB V, der dies in der gesetzlichen Krankenversicherung ermögliche, sei in der sozialen Pflegeversicherung nicht, auch nicht analog, anwendbar. Abweichungen vom Grundsatz der eigenverantwortlichen Aufgabenwahrnehmung könnten ausschließlich auf Entscheidungen des Bundesgesetzgebers im Rahmen seiner Regelungskompetenz zur Organisation der Sozialversicherung beruhen. § 197b SGB V wurde durch das GKV-WSG mit dem Ziel eingeführt, den gesetzlichen Krankenkassen die Übertragung der Aufgabenerledigung zu ermöglichen, soweit dies zweckmäßig ist. Kernaufgaben zur Erfüllung der Versorgungsansprüche von Versicherten sollten nicht betroffen sein.

Das Bundessozialgericht hat in den eingangs genannten Entscheidungen zudem ausgeführt, dass eine nähere Differenzierung, wann eine Aufgabe zu den „wesentlichen Aufgaben zur Versorgung der Versicherten“ gehört und ihre Erledigung deshalb gem. § 197b SGB V nicht in Auftrag gegeben werden darf, unmittelbar vom Gesetzgeber vorgegeben werden müsse (Rn. 26 bzw. 27). Gleichzeitig betont das Gericht die Organisationshoheit und Gestaltungsspielräume der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben.

Den gesetzlichen Pflegekassen ist eine Vielzahl von Aufgaben übertragen. Neben Routinevorgängen und Kernaufgaben sind dies auch immer wieder Sonderaufgaben. Diese nehmen sie mit großer Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit wahr. Bei der Aufgabenerledigung nutzen sie vereinzelt Unterstützungsleistungen in Form von Hilfsarbeiten durch Dritte, soweit dies wirtschaftlicher ist als die Erledigung durch eigenes Personal. Damit leisten sie einen positiven Dämpfungsbeitrag mit Blick auf die Verwaltungskosten.

Vor diesem Hintergrund wird eine gesetzliche Konkretisierung, ohne die Möglichkeiten und Grenzen einer zulässigen Aufgabenerledigung durch Dritte zu verändern, vorgeschlagen. Denn die Gründe, die für die Einführung von § 197b SGB V ins SGB V gesprochen haben, bestehen ebenso in der sozialen Pflegeversicherung, so dass eine entsprechende Regelung im

SGB XI erforderlich und sachgerecht ist. Zu diesem Zweck wird eine solche Regelung, nach näherer Maßgabe der nachfolgenden Konkretisierungen, als neuer § 47b ins SGB XI eingefügt.

Mit dem Ausschluss der Wahrnehmung von Aufgaben, die unmittelbar die Leistungsgewährung an Versicherte nach dem vierten Kapitel betreffen, wird die vom BSG geforderte Differenzierung umgesetzt, wonach die Versicherten unmittelbar berührende qualifizierte Sachbearbeitungen mit inhaltlicher Prüfung der versicherungs- und leistungsrechtlichen Voraussetzungen nicht an Dritte übertragen werden dürfen (Rn. 28 bzw. 29). Auf diese Weise wird sichergestellt, dass die alleinige, ausschließliche und abschließende Entscheidung über zugrundeliegende Leistungsansprüche der Versicherten bei der Pflegekasse verbleibt.

Von der Änderung unberührt bleibt die bereits bestehende Rechtslage (einschließlich der zugehörigen aufsichtsrechtlichen Praxis), dass die Übertragung von Aufgaben auf Arbeitsgemeinschaften, deren Mitglied die beauftragende Pflegekasse ist, nicht dem Anwendungsbereich des § 47b SGB XI unterfällt, sondern sich ausschließlich nach § 94 SGB X richtet. Die auch bisher bestehende Möglichkeit der Beauftragung einer juristischen Person des privaten Rechts, über die die Pflegekasse eine ähnliche Kontrolle ausübt wie über ihre eigenen Dienststellen, bleibt ebenso unberührt (vgl. § 108 GWB, i. E. ebenso LSG Hamburg vom 29.11.2012, Az.: L 1 KR 156/11 KL, Rn. 70).

B) Neuregelung

§ 47b SGB XI wird wie folgt neu eingefügt:

Pflegekassen können die ihnen obliegenden Aufgaben durch Arbeitsgemeinschaften von Pflegekassen oder durch Dritte mit deren Zustimmung wahrnehmen lassen, wenn die Aufgabenwahrnehmung durch die Arbeitsgemeinschaft oder den Dritten wirtschaftlicher ist, es im wohlverstandenen Interesse der Betroffenen liegt und Rechte der Versicherten nicht beeinträchtigt werden. Aufgaben, die unmittelbar die Leistungsgewährung an Versicherte nach dem vierten Kapitel betreffen, dürfen nicht in Auftrag gegeben werden. § 88 Absatz 3 und 4 und die §§ 89, 90 bis 92, 94 und 97 des Zehnten Buches gelten entsprechend.