

STELLUNGNAHME
BKK DACHVERBAND E.V.

vom 22.02.2021

**zum Entwurf eines Gesetzes zur
Weiterentwicklung der Gesundheitsver-
sorgung
(Gesundheitsversorgungsweiterentwick-
lungsgesetz – GVWG)**

BT-Drs. 19/26822

Inhalt

I. VORWORT	5
II. DETAILKOMMENTIERUNG	11
Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	11
Zu Nr. 13: Förderung von Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken (§ 39d SGB V neu)	11
Zu Nr. 22: Terminservicestelle (§ 75 Absatz 1a SGB V)	12
Zu Nr. 26: Korrekturverfahren der Bereinigung der MGV aus dem TSVG (§ 87a SGB V)	12
Zu Nr. 31: Qualitätsverträge (§ 110a Absatz 1 Satz 3 SGB V)	14
Zu Nr. 32: Psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 Abs. 2 Satz 6 – neu - SGB V)	15
Zu Nr. 33: Ersteinschätzung vor ambulanter Notfallbehandlung im Krankenhaus (§ 120 Abs. 3b neu SGB V)	16
Zu Nr. 41: Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus (§ 136b neuer Absatz 5 Satz 7 SGB V)	17
Zu Nr. 42: 100-prozentige Dokumentationspflicht für ambulante Leistungserbringer (§ 137 SGB V)	18
Zu Nr. 54: Informationspflicht der Krankenkassen bei Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze (§231 SGB V)	18
Zu Nr. 59: Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte (§ 269 SGB V)	19
Zu Nr. 66: Mitteilungspflichten (§ 277 Abs. 1 SGB V)	21
Zu Nr. 68: Erweiterung der Datenmeldungen (§ 295 Abs. 1b und Abs. 2 SGB V)	22
Zu Nr. 70: Elektronischer Datenaustausch Rehabilitation (§ 301 Abs. 4a neu SGB V)	22
Artikel 6: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	23
Zu Nr. 7: Erlösausgleiche bei NUB-Entgelten (§ 15 Abs. 3 KHEntgG)	23
Artikel 11: Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung	24
Zu Nr. 5: „Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates zu Zuweisungen für das Krankengeld“ (§10 RSAV)	24
III. WEITERER ÄNDERUNGSBEDARF	25
Sozialversicherungsbeiträge	25
Einbeziehung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung bei freiwillig versicherten Beschäftigten in den Gesamtsozialversicherungsbeitrag	25

Elektronisches Abrufverfahren zur Beitragsbemessung bei freiwillig Versicherten und Versicherungspflichtigen nach § 5 Absatz 1 Nummer 13	25
Erweiterung der Unterschriftsbefugnis zur Begründung einer Familienversicherung	26
Information der Mitglieder über eine Erhöhung des Zusatzbeitragsatzes (§ 175 Absatz 4 Satz 6 SGB V)	27
Risikostrukturausgleich	27
Anpassung der Behandlung von Erstattungen und Einnahmen	27
Abkopplung von RSA-Vorgaben zu den Regelungen des Kontenrahmens	28
Anpassung der Frist zum Abschluss der Prüfung der Bestandsbereinigung freiwilliger Mitgliedschaften	29
Arzneimittelversorgung	30
Arzneimitteldatenbanken und Software zur Verordnung ärztlicher Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung	30
Institutskennzeichen für Versandapotheken	31
Apothekenverzeichnis	31
Deckelung der Apothekenzuschläge für Fertigarzneimittel (§ 3 AMPPreisV)	31
Vorratshaltung in den Apotheken	32
Impfstoffversorgung	32
Krankenhausabrechnungsprüfung	33
Automatismus für Öffnung der Prüfquote bei Krankenhäusern mit unzureichender Abrechnungsgüte einführen	33
Zahnärztliche Versorgung	33
Bonusregelung Zahnersatz	33
Hilfsmittel	34
Externe Hilfsmittelberater	34
Soziale Selbstverwaltung	35
Beschlussfassung und Beratungen der Selbstverwaltungsorgane	35
Verfahren zur Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis (§291b Abs. 5 Satz 4 SGB V)	36
Durchführung von Sitzungen der Zulassungs-/Berufungsausschüsse nach § 96 f. SGB V als Videokonferenzen	38
Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte	38
Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte	40

Pandemiebedingter Änderungsbedarf Pflege	43
Qualitätsprüfungen (§ 114 SGB XI)	43
Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 (§ 147 SGB XI)	45
Beratungsbesuche nach § 37 (§ 148 SGB XI)	45
Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige (§ 150 SGB XI)	46
Vorauszahlung der Erstattungsbeträge aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung	47
Übermittlung von Leistungsdaten an die Krankenkassen	48
Unmittelbare Übermittlung von Leistungsdaten an Kassen als vorläufige Information	48

I. VORWORT

Mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) sollen zu Ende der Legislaturperiode noch Maßnahmen ergriffen werden, die unter anderem die Transparenz und Qualität der Versorgung verbessern, entstandene Verwerfungen aufgreifen, als erforderlich angesehenen Anpassungsbedarf im Mitgliedschafts- und Beitragsrecht der gesetzlichen Krankenkassen umsetzen und noch ausstehende Änderungen bei den Zuweisungen durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) vornehmen.

Die Betriebskrankenkassen befürworten einige der vorgesehenen Regelungen ausdrücklich, sehen bei anderen jedoch noch Änderungsbedarf.

Qualität und Transparenz

Eine **Ausweitung der Dokumentationspflicht** für ambulante Leistungserbringer wird vollumfänglich befürwortet. Ergänzend ist festzulegen, dass mit der konkreten Ausgestaltung der Abschlüsse im Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für Ärzte (EBM) der Bewertungsausschuss-Ärzte betraut wird.

Vor diesem Hintergrund ebenfalls für sinnvoll erachtet wird die Ermächtigung für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), eine Richtlinie mit einheitlichen Regelungen zur regelmäßigen Information der Öffentlichkeit über die Einhaltung von Qualitätskriterien durch **einrichtungsbezogene Vergleiche** der Leistungserbringenden zu schaffen.

Die Betriebskrankenkassen befürworten die Herstellung von Transparenz zu Ergebnissen der Qualitätssicherung in Einrichtungen der Rehabilitation durch Veröffentlichung, sowie angedachte Einrichtungsvergleiche durch den GKV-Spitzenverband anhand festgelegter QS-Kriterien. Von der Möglichkeit, Empfehlungen durch den GKV-Spitzenverband vornehmen zu lassen, ist hingegen abzusehen.

Die **Veröffentlichung des Pflegepersonalquotienten**, dem Verhältnis von eingesetztem Pflegepersonal zum Pflegeaufwand, ist ebenso ein wesentlicher Schritt zu mehr Transparenz in der Versorgung und wird daher ebenfalls ausdrücklich begrüßt. Die Regelungen setzt wichtige Anreize für Krankenhäuser, zum Erhalt der eigenen Wettbewerbsfähigkeit Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung zu ergreifen.

Wengleich die Betriebskrankenkassen den Anspruch **der Versicherten**, sich vor mengenanfälligen planbaren Eingriffen eine unabhängige **ärztliche Zweitmeinung** einzuholen, ausdrücklich unterstützen, ist die gesetzliche Regelung nicht erforderlich, da sie laufenden Prozesse vorgreift bzw. sie unterläuft. Einerseits finden bereits Beratungen beim G-BA für die Aufnahme weiterer Eingriffe statt, andererseits wurde das IQWiG beauftragt, noch in diesem Jahr für das Zweitmeinungsverfahren geeignete Eingriffe auf der Grundlage gesetzlicher Kriterien zu benennen.

Ambulante Versorgung

Die Betriebskrankenkassen unterstützen alle Regelungen, die dazu geeignet sind, das Angebot der **Terminservicestellen** niedrigschwelliger auszugestalten und damit den Zugang zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zu erleichtern. Dazu gehört für die Betriebskrankenkassen auch eine Verpflichtung von Vertragsärztinnen und -ärzten zur **verbindlichen Übermittlung von online buchbaren Terminen** an die Terminservicestelle.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen zudem ausdrücklich, dass der Gesetzgeber das **Bereinigungsverfahren** für die im **TSVG** vereinbarten extrabudgetären Leistungen anpassen will, um eine Verzerrung und eine sich daraus ergebende Doppelvergütung zu verhindern. Das nun geplante Korrekturverfahren greift allerdings zu kurz. Für eine sachgerechte Bereinigung der TSVG-Fälle ist es erforderlich, das Leistungsvolumen eines nicht durch die Corona-Pandemie beeinflussten Abrechnungszeitraumes von zwölf Monaten zu Grunde zu legen. Auch bedarf es einer gesetzlichen Nachbesserung in Form der Einführung einer Kennzeichnungspflicht für TSVG-Fallkonstellationen, um eine korrekte Abbildung der Leistungsmenge zu gewährleisten. Dessen ungeachtet ist die Beschränkung des geplanten Korrekturverfahrens auf lediglich drei Quartale nicht ausreichend und sollte – sofern der Gesetzgeber an seinem Vorschlag festhält – auf mindestens vier Quartale ausgeweitet werden.

Die Aufnahme einer Vorschrift zur Anpassung der Verträge für **psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs)** an die Vorgaben des G-BA zur berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings erachten es die Betriebskrankenkassen als notwendig, die Teilnahmemöglichkeit von PIAs verbindlicher auszugestalten.

Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die Umsetzung der Gutachtenempfehlung zur Neufassung der Zuweisungen für Auslandsversicherte sowie den vollständigen Ausgleich der Krankengeldausgaben bei Erkrankung des Kindes nach § 45 SGB V. Beide Anpassungen sind für das Ausgleichsjahr 2023 vorgesehen.

Mit dem GWB-Digitalisierungsgesetz wird die mögliche Bezugsdauer des Kinderkrankengeldes jedoch erheblich verlängert. Da zudem neben Krankheit auch Sondertatbestände wie die Schließung von Kinderbetreuungseinrichtungen als Anspruchsvoraussetzung anerkannt werden, ist mit erheblichen Mehraufwendungen bzw. einer Vervielfachung der bisherigen Leistungsausgaben für diesen Bereich zu rechnen. Diese Mehrbelastungen treffen die einzelnen Krankenkassen unterschiedlich, je nach Versichertenstruktur und individueller Betroffenheit (z.B. nach Wohnort der Versicherten).

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen sollte daher auch die **Regelung eines Ist-Ausgabenausgleichs für das Kinderkrankengeld bereits zum Ausgleichsjahr 2021** umgesetzt werden.

Notfallversorgung

Die Betriebskrankenkassen unterstützen die Einführung eines **einheitlichen Ersteinschätzungsverfahrens für die ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus**, wengleich die Einbettung in eine umfassendere Reform der Notfallversorgung wünschenswert gewesen wäre. Die Festlegung zu Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen sollte nach Auffassung der Betriebskrankenkassen nicht allein der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) überlassen werden. Regelungen hierzu existieren bereits jetzt in Form von dreiseitigen Vereinbarungen, in denen alle drei Vereinbarungspartner gleichberechtigt sind. Es ist begrüßenswert, dass in der Gesetzesbegründung hinsichtlich der Abrechnung auf die bereits im EBM enthaltene Notfallpauschale verwiesen wird, dies sollte auch im Gesetzestext spezifiziert werden. Ergänzend sollte ein Zeitrahmen für die Umsetzung der neuen Regelung definiert werden.

Arzneimittelversorgung

Die Fortentwicklung und Verpflichtung zum Abschluss des Rahmenvertrags über die Arzneimittelversorgung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Unternehmer auf Bundesebene inklusive einer Schiedsstellenregelung wird begrüßt. Die Betriebskrankenkassen schlagen jedoch vor, die Meldung, Prüfung und Korrektur der Arzneimitteldaten der Unternehmen in das Preis- und Produktverzeichnis nach § 131 an eine neutrale Datenstelle zu delegieren.

Mitgliedschafts- und Beitragsrecht

Wengleich die Informationspflicht der Krankenkassen bei Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze einen Aufwand darstellt, ist sie als konsequent zu bewerten. Flankierend sollte vorgesehen werden, dass die Krankenkassen auch bei der Beitragserstattung die Möglichkeit erhalten, GKV-Monatsmeldungen anzufordern. Dies würde das bislang größtenteils analoge Verfahren effizienter gestalten.

Medizinische Dienste

Die Konkretisierung der für Medizinische Dienste geltenden Mitteilungspflichten wird begrüßt. Das Einwilligungserfordernis bei der Weitergabe von Behandlungsfehlergutachten stellt eine Stärkung der Patientenrechte dar.

Stärkung medizinischer Vorsorgeleistungen

Die Betriebskrankenkassen begrüßen eine Umwandlung der ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten und der stationären Vorsorgeleistungen von Ermessens- in Pflichtleistungen. Hierdurch wird der wachsenden Bedeutung von Vorsorgeleistungen Rechnung getragen, um beispielsweise den Ausbruch einer Erkrankung oder deren Chronifizierung zu verhindern.

Weiterer Änderungsbedarf

- Die Betriebskrankenkassen schlagen vor, die Regelungen zur Beitragstragung im Sinne eines einheitlichen Verfahrens für alle Beschäftigten anzupassen. Damit würden **freiwillig versicherte Beschäftigte vor doppelter Beitragslast** bei Arbeitgeberinsolvenz **geschützt**.
- An der Etablierung eines **Meldeverfahrens zwischen den Finanzbehörden und den Krankenkassen** sollte unbedingt festgehalten werden. Diese Maßnahme würde die bisherigen Bemühungen des Gesetzgebers zur Verbeitragung anhand der tatsächlichen wirtschaftlichen Verhältnisse des jeweiligen Mitglieds weiter vorantreiben. Hier kann zur Reduzierung der Beitragsschulden ein wichtiger Schritt geleistet und die Digitalisierung der öffentlichen Verwaltung weiter gestärkt werden.
- Um das Risiko zu mindern, dass wegen der fehlenden Mitwirkung für ein Familienmitglied anstelle einer beitragsfreien Familienversicherung eine obligatorische Anschlussversicherung mit Höchstbeitrag begründet würde, sollte die **Unterschriftsbefugnis zur Begründung einer Familienversicherung ausgeweitet** werden.
- Die Betriebskrankenkassen weisen darauf hin, dass auch die Regelung zur **Information der Mitglieder über eine Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes** zeitgemäß ausgestaltet werden sollte: sofern die Mitglieder gegenüber ihrer Krankenkasse die Einwilligung zur Online-Kommunikation erteilt haben, sollte auch die Zustellung dieses Schreibens **online** erfolgen dürfen.
- Angesichts aktuell bestehender Fehlanreize und Rechtsunsicherheiten regen die Betriebskrankenkassen Änderungen in der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) an.
- Es ist absehbar, dass die mit § 410 (vormals § 323) SGB V verankerte Bereinigungsprüfung nicht bis zum 31.12.2020 abgeschlossen werden kann. Um eine **vollständige Prüfung der oAV-Bereinigung** bei den Kassen zu gewährleisten, muss die Prüfungsfrist sowie die damit einhergehende Verpflichtung zur Datenaufbewahrung bei den Kassen um ein Jahr verlängert werden. Andernfalls wären finanzielle Sanktionen nicht mehr durchsetzbar.
- Für eine transparente und rechtsichere Bereitstellung aktueller Arzneimittelinformationen nach § 131 SGB V und zertifizierter Software zur Verordnung von Arzneimitteln bedarf es einer **Neutralen Stelle für Arzneimitteldaten im Gesundheitswesen**. Die Betriebskrankenkassen schlagen vor, das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) zu beauftragen, diese Datenstelle zu errichten.
- Um die Abrechnung einer Botendienstpauschale nachvollziehen zu können, wird angeregt, dass inländischen Apotheken getrennte **Institutskennezeichen** für den Versandhandel und die dazugehörige niedergelassene Apotheke beantragen und bei der Abrechnung verwenden müssen.

- Änderungen am **bundeseinheitlichen Verzeichnis für Apotheken** werden derzeit nicht strukturiert und nicht als Vollverzeichnis übermittelt. Für transparente Abrechnungsprozesse ist ein aktuelles, vollständiges und historisiertes Verzeichnis erforderlich.
- Der linear prozentuale Vergütungsanteil der **Apothekenzuschläge für Fertigarzneimittel** sollte angesichts der vermehrten Neueinführung hochpreisiger Arzneimitte gedeckelt werden.
- Die **Bevorratung in den Apotheken** sollte nach Auffassung der Betriebskrankenkassen verbessert werden, um in einem weiteren Krisenfall besser gerüstet zu sein. Eine bessere Vorratshaltung macht zudem erleichterte Abgaberegulungen für Arzneimittel entbehrlich. Es wird vorgeschlagen, die in § 36 ApBetrO enthaltenen Ordnungswidrigkeiten nicht nur auf die Bevorratung von definierten Notfall-Arzneimitteln bzw. Wirkstoffen, sondern auch auf die reguläre Bevorratung zu beziehen.
- Hinsichtlich der **Versorgung der Patienten mit Impfstoffen** besteht Optimierungsbedarf. Es bedarf einheitlicher Regelungen zur Bereitstellung der Impfstoffe, um Überbevorratung und Verknappung in den einzelnen Arztpraxen zu vermeiden.
- Für den Bereich der **Krankenhausabrechnungsprüfung** fordern die Betriebskrankenkassen, einen **Automatismus für Öffnung der Prüfquote bei Krankenhäusern mit unzureichender Abrechnungsgüte** einzuführen.

Pandemiebedingter Änderungsbedarf

- Um während der Corona-Pandemie die Funktions- und Handlungsfähigkeit der Sozialversicherung aufrecht zu erhalten, wurde befristet geregelt, dass die **Selbstverwaltungsorgane ohne Sitzung schriftlich abstimmen** können. Diese Regelung wurde erneut festgeschrieben und bis Januar 2022 befristet. Für eine zeitgemäße Ausgestaltung der ehrenamtlichen Tätigkeit in den Selbstverwaltungsorganen ist eine **dauerhafte Geltung und Ausweitung der Regelung erforderlich**. Zudem ist die **Möglichkeit von elektronisch durchgeführten Sitzungen erforderlich**, um die Attraktivität der Tätigkeit in der Selbstverwaltung zu erhöhen.
- Der **außerordentliche Prüfzeitraum für Qualitätsprüfungen in den Pflegeeinrichtungen** sollte bis zum 31. Dezember 2022 verlängert werden.
- **Pflegbedürftigen Kindern** sollte eine **Pflegebegutachtung ohne persönliche Untersuchung** nicht verwehrt bleiben, insofern als, dass sie bei der Impfstrategie derzeit nicht berücksichtigt werden.
- Nach Auffassung der Betriebskrankenkassen muss ein **Konzept zum Wiedereinstieg in die Wiederholungsbegutachtungen** erarbeitet werden.

- Angesichts der Tatsache, dass mancherorts die Beratungseinsätze auch unter den pandemiebedingten Sonderregelungen nicht flächendeckend sichergestellt werden können, sollten bis einschließlich zum 31. Dezember 2021 **Sanktionierungsmechanismen ausgesetzt** werden, sodass bei Nicht-Inanspruchnahme von Pflegeberatungen – das Pflegegeld nicht gekürzt oder gänzlich entzogen wird. Zudem sollten Pflegekassen dazu verpflichtet werden, die Pflegebedürftigen auch zum Wiedereinsetzen der Sanktionierungen zum 01. Januar 2022 in geeigneter Form zu informieren.
- In Bezug auf die **Mindereinnahmen bei den zugelassenen Pflegeeinrichtungen infolge der Umsetzung behördlicher Auflagen und landesrechtlichen Regelungen zur Eindämmung der Coronavirus SARS-CoV-2-Pandemie** ist festzuschreiben, dass bei geprüften Mindereinnahmen eine Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige als Gesamterstattungsbeiträge erst im Folgemonat erfolgt.
- Um **Liquiditätsengpässe bei den Pflegekassen im Zusammenhang mit pandemiebedingten Erstattungen an Pflegeeinrichtungen** zu vermeiden, schlagen die Betriebskrankenkassen ergänzend vor, ein Melde- und Auszahlungsverfahren zu implementieren, wie es für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen geschaffen wurde. Dadurch könnten Pflegekassen eine Vorauszahlung der Erstattungsbeiträge aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung beim BAS zur direkten Weiterleitung an die Pflegeeinrichtungen anmelden.

II. DETAILKOMMENTIERUNG

Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nr. 13: Förderung von Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken (§ 39d SGB V neu)

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen sind funktionierende und effiziente Netzwerke – auch aufgrund des speziellen Charakters der Hospiz- und Palliativversorgung – entscheidend, um eine adäquate Versorgung und Unterstützung der Versicherten und Ihrer Angehörigen in dieser herausfordernden Lebensphase sicherzustellen.

Praktisch findet die Hospiz- und Palliativversorgung in Kooperation mit einer Vielzahl von Akteuren statt. Eine wichtige Rolle spielen insbesondere pflegerische Settings, bei denen die Unterstützung im Alltag – also vor allem pflegerische Beratung, Begleitung und Unterstützung – im Vordergrund steht. Beispielhaft seien hierbei ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, sowie SAPV-Teams oder stationäre bzw. ambulante Hospize genannt. Das bedeutet, dass auch die Versicherten zwischen diesen Angeboten und Institutionen je nach Bedarf migrieren.

Um der Intention einer „gemeinsamen Verantwortung verschiedener Akteure“ und den in § 39d Abs. 2 (neu) genannten Förderzielen Rechnung zu tragen, halten wir es für erforderlich, die Netzwerkkoordinierenden nicht nur im Sinne der „Aufgabenbeschreibung“ (n. Abs. 2) sondern zwingend an die tatsächlichen ggf. räumlich und strukturell bereits vorhandenen (beratenden und koordinierenden) Strukturen in den Ländern (als Voraussetzung für die Förderung) anzuknüpfen und zu bündeln. Beispielhaft seien hier die Pflegekoordinatoren (Bundesland Sachsen), Pflegestützpunkte n. § 7c SGB XI oder Versorgungsstrukturen und Konzepte n. § 45c SGB XI genannt. Ohne diese enge Anbindung ist eine Zergliederung mit Blick auf die bereits bestehenden Strukturen bzw. ein solitäres „Nebeneinander“ zu befürchten und die Intention der angedachten effizienten Vernetzung der Akteure würde konterkariert.

Das Verwaltungsverfahren zur Erhebung der Umlage n. § 39d Abs. 1 (neu) scheint an das geübte Förderverfahren der ambulanten Hospizdienste n. § 39a Abs. 2 SGB V angelehnt. Wir regen deshalb an, analog zum bestehenden Verfahren der ambulanten Hospizförderung die Anzahl der Versicherten (und nicht der Mitglieder) entsprechend der bundeslandbezogenen KM6-Statistik zugrunde zu legen. Zudem scheint die Beteiligung der privaten Krankenversicherungen (PKV) im Referentenentwurf als optionale Finanzierungssystematik angelegt zu sein. Da jedoch auch privat Krankenversicherte in den jeweiligen Kreisen bzw. kreisfreien Städten strukturell von der avisierten Netzwerkkoordination profitieren, ist aus unserer Sicht eine verbindliche Beteiligung der PKV in Höhe von zehn Prozent an der maximalen Fördersumme angemessen (siehe auch § 45c Abs. 1 Satz 2).

Zu Nr. 22: Terminservicestelle (§ 75 Absatz 1a SGB V)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich alle Regelungen die dazu geeignet sind, das Angebot der Terminservicestellen niedrighschwelliger auszugestalten und damit den Zugang zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zu erleichtern.

Die Möglichkeit telefonischer Arztkontakte im Rahmen des standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens ist grundsätzlich zu begrüßen. Dennoch ist fraglich, ob ein rein telefonischer Kontakt, der ausweislich der Gesetzesbegründung auch als Angebot eines Rückrufs ausgestaltet sein kann, tatsächlich als Substitut im Rahmen der Notfallversorgung das geeignete Mittel darstellt. Um Verbindlichkeit und Verlässlichkeit der ambulanten Versorgung auch zu sprechstundenfreien Zeiten zu gewährleisten, sollten mindestens die für eine rein telefonische Konsultation geeigneten Fälle im Gesetz selbst näher konkretisiert werden. Die Sachverhaltsschilderungen der Hilfesuchenden können aufgrund von vielen Faktoren (u.a. Sprachbarrieren, soziale Barrieren) kein definitives Entscheidungskriterium sein. Die vorgesehene Regelung birgt die Gefahr, die Zielsetzung Entlastung von Krankenhäusern und Rettungsdiensten zu konterkarieren, da in Zweifelsfällen, die Ankündigung eines Rückrufs nicht ausreicht, um vom Weg in die Notaufnahme eines Krankenhauses abzusehen. Als sachgerecht bewerten die Betriebskrankenkassen die Ausnahme vom Überweisungsgebot für die Inanspruchnahme der Terminservicestelle für alle Patienten, die in einer Notfallambulanz eines Krankenhauses vorstellig geworden sind. Gerade vor dem Hintergrund der andauernden Pandemie ist es dringlich, nicht unbedingt erforderliche Arztkontakte zu reduzieren.

Um den Zugang zur Terminservicestelle insgesamt für alle Versicherten zu verbessern, den prozessualen Aufwand der Terminvermittlung zu reduzieren und dem Wunsch der Versicherten nach Online-Terminbuchungen besser zu entsprechen, schlagen die Betriebskrankenkassen ergänzend vor, Vertragsärztinnen und -ärzte zur verbindlichen Übermittlung von online buchbaren Terminen an die Terminservicestelle zu verpflichten. Die Reduktion von telefonischen Kontakten zur reinen Terminabsprache in den Arztpraxen kann wesentlich zur Entlastung insbesondere des Praxispersonals beitragen, das – gerade auch in Zeiten einer Pandemie – bedarfsgerechter eingesetzt werden kann. Perspektivisch sollte angestrebt werden, das Überweisungsgebot für die Nutzung der Terminservicestelle auch für weitere Fallkonstellationen aufzuheben, insbesondere um Online-Terminbuchungen über die Terminservicestelle als Plattform für den Zugang zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung als Standard zu etablieren.

Zu Nr. 26: Korrekturverfahren der Bereinigung der MGV aus dem TSVG (§ 87a SGB V)

Die Änderung sieht vor, die in § 87a Absatz 3 in Satz 7 auf ein Jahr begrenzten Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) um die in Satz 5 Nummer 3 bis 6 genannten Leistungen unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals zu korrigieren. Der Bewertungsausschuss wird damit beauftragt die Vorgaben zum Korrekturverfahren sowie den im Rahmen des Korrekturverfahrens zusätzlich zu bereinigenden Leistungsbedarf für jede Kassenärztliche Vereinigung (KV) zu beschließen. Die Höhe des Leistungsbedarfs soll auf Grundlage der Abrechnungsdaten der

Jahre 2016 bis 2018 aus dem Verhältnis aus erwartetem TSVG-Leistungsbedarf zum jeweiligen Gesamtleistungsbedarf bestimmt werden. Bei Differenzen zwischen den zum Gesamtleistungsbedarf ins Verhältnis gesetzten TSVG-Leistungen der tatsächlichen Inanspruchnahme während des Bereinigungszeitraums und dem vom Bewertungsausschuss für die Zeit vor der Bereinigung ermittelten erwarteten regionalen Verhältnis soll eine zusätzliche Korrektur-Bereinigung der MGV in Höhe des durch den Bewertungsausschuss ermittelten zusätzlichen zu bereinigenden Leistungsbedarf durchgeführt. Das Korrekturverfahren soll für drei Quartale beginnend mit dem 1. Oktober 2021 angewendet werden.

Das Ansinnen des Gesetzgebers, die sich bereits abzeichnende Unterbereinigung der MGV zur korrigieren, um eine massive Doppelvergütung zu vermeiden, wird ausdrücklich begrüßt. Die vorgesehenen Maßnahmen erscheinen jedoch wenig zielführend und zudem unzureichend. Sie sollten daher dringend angepasst werden.

Wie Abrechnungsdaten der ersten Bereinigungsquartale zeigen, sind für die Unterbereinigung die nachfolgend dargestellten Ursachen auszumachen. Zum einen kommt es durch die Corona-Pandemie zu einem deutlichen Fallzahl- und damit Leistungsrückgang in der vertragsärztlichen Versorgung, der mit einem Absinken der zu bereinigenden Leistungsmenge einhergeht. Verschärft wird dieser Pandemieeffekt zusätzlich durch die unvollständige Kennzeichnung von TSVG-Fällen während der Pandemie. Ärztliche Leistungen, die aufgrund des klinischen Verdachts oder des Nachweises einer Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) erforderlich werden, werden gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V als nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs unmittelbar extrabudgetär gekennzeichnet und vergütet. Sie entfallen dabei gleichzeitig aus der TSVG-Bereinigungsmenge. Für eine sachgerechte Bereinigung der TSVG-Fälle aus der MGV ist es daher erforderlich, das Leistungsvolumen eines nicht durch die Corona-Pandemie beeinflussten Abrechnungszeitraumes von 12 Monaten zu Grunde zu legen.

Darüber hinaus ist zusätzlich bekannt, dass einige Kassenärztliche Vereinigungen ihren Mitgliedern empfohlen haben, im Bereinigungszeitraum TSVG-Fälle nicht in vollem Umfang zu kennzeichnen, da dies aufgrund der gesetzlichen Bereinigung zu einem Absinken der MGV führen würde. Erste Auswertungen der Abrechnungsdaten im Bereinigungszeitraum durch den GKV-Spitzenverband weisen dies deutlich aus (vgl. Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes zum GPVG). Es steht zu befürchten, dass sich die Bereitschaft der Leistungserbringer freiwillig korrekt zu kennzeichnen auch bei einer Verlängerung des Bereinigungszeitraumes aufgrund der monetären Anreize (Minderbereinigung) wiederholt nicht zeigen wird. Hier bedarf es zwingend einer gesetzlichen Nachbesserung in Form der Einführung einer Kennzeichnungspflicht für TSVG-Fallkonstellationen. Zur Verhinderung von unsachgemäßer Doppelfinanzierung ist sie insbesondere für TSVG-Fälle aufgrund der Terminvermittlung der Terminservicestelle, der Terminvermittlung bei Fachärzten durch Hausärzte und bei Behandlung in der offenen Sprechstunde erforderlich, da sich, anders als bei der Behandlung von Neupatienten, diese Konstellationen nicht aus den Abrechnungsdaten vergangener Jahre ableiten lassen.

Das im Gesetzesentwurf vorgeschlagene Korrekturverfahren weist nach Ansicht der Betriebskrankenkassen demgegenüber einige Schwachstellen auf. So ergibt sich durch die Aufnahme eines Korrekturverfahrens ein Jahr nach Durchführung der Bereinigung des TSVG-Volumens aus der MGV eine Verdopplung des Arbeitsaufwandes aller Beteiligten. Dies betrifft zum einen die Gremien des Bewertungsausschusses sowie das

Institut des Bewertungsausschusses sowie die Vertragspartner auf Landesebene (Kassenärztliche Vereinigungen und Verbände der Kranken- und Ersatzkassen) und zum anderen auch alle Kranken- und Ersatzkassen durch die konkrete Umsetzung. Darüber hinaus haben an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer erst nach mehr als zwei Jahren eine Sicherheit über das Ihnen zustehende Honorar im Bereinigungszeitraum.

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist eine vollumfängliche Bereinigung der MGV und eine Vermeidung von Doppelfinanzierungen zwingend erforderlich. Eine Beschränkung des geplanten Korrekturverfahrens auf lediglich drei Kalendervierteljahre kann dies nicht gewährleisten. Sollte der Gesetzgeber an einem Korrekturverfahren festhalten, sollten hier mindestens vier Kalendervierteljahre zu Grunde gelegt werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG:

In § 87a Absatz 3 SGB V werden die Sätze 7 und 8 durch die nachfolgenden Sätze ersetzt:

"Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragspartner haben die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in den Vereinbarungen nach Satz 1 um die in Satz 5 Nummer 3 bis 6 genannten Leistungen unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen sind, zu bereinigen. Die Bereinigung erfolgt ab dem Inkrafttreten der jeweiligen Vergütungsregelung und endet mit Ablauf des vierten Quartals, welches dem Quartal, in dem die Vergütung von Leistungen gemäß Satz 4 im Rahmen der Coronavirus-Pandemie (SARS-CoV-2) aufgehoben wird, folgt. Die vom Bewertungsausschuss zu beschließenden Vorgaben nach Absatz 5 Satz 7 sind dabei jeweils zu berücksichtigen. Alle Leistungen, die die Kriterien nach Satz 5 Nummer 3 bis 6 erfüllen, sind spätestens mit Wirkung zum ersten Abrechnungsquartal 2021 verpflichtend einheitlich durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen und medizinischen Versorgungszentren zu kennzeichnen und in den Abrechnungsunterlagen gemäß § 295 Absatz 1 und 2 zu übermitteln; der Bewertungsausschuss beschließt Vorgaben für eine einheitliche Kennzeichnung."

Zu Nr. 31: Qualitätsverträge (§ 110a Absatz 1 Satz 3 SGB V)

Die geplante Änderung soll eine Verlängerung von befristeten Qualitätsverträgen ermöglichen und wird bis zu entstehenden Empfehlungen hinsichtlich der Leistungsbereiche des G-BA zugelassen.

Eine Verlängerung der bisher befristeten Qualitätsverträge wird von den Betriebskrankenkassen begrüßt. Die vorgesehene Regelung unterstützt, dass eine höhere Anzahl von Qualitätsverträgen abgeschlossen werden können, da es somit weiteren Krankenkassen ermöglicht wird, sich an den bestehenden Verträgen zu beteiligen. Weiterhin wird eine breitere Datenbasis bei den bestehenden Qualitätsverträgen geschaffen. Durch eine größere Grundgesamtheit lässt sich die Wirksamkeit der Qualitätsverträge ebenfalls besser evaluieren.

Daneben soll den Krankenkassen ab dem Jahr 2022 ein Ausgabevolumen für die Erprobung der Qualitätsverträge in Höhe von 0,30 € pro Versicherten und pro Jahr vorgegeben werden. Schöpfen die Krankenkassen die vorgegebenen Mittel nicht aus, dann sollen die nicht verausgabten Mittel für die Durchführung der Qualitätsverträge im Folgejahr an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gezahlt werden. Bei der Berechnung des Ausgabevolumens soll pro Qualitätsvertrag eine Pauschale für die Vertragsvorbereitungen sowie für sämtliche Ausgaben der Krankenkasse zur Durchführung der Qualitätsverträge nach Vertragsabschluss berücksichtigt werden.

Die Betriebskrankenkassen schätzten das Instrument der Qualitätsverträge und sehen hier die Vorteile in der beabsichtigten Qualitätssteigerung der Patientenversorgung. Sollte es zu einer verpflichtenden Einführung von Qualitätsverträgen kommen, dann muss es allen Krankenkassen ermöglicht werden, den Qualitätsverträgen beizutreten (verpflichtendes Beitrittsrecht). Dabei darf einzelnen Krankenkassen der Beitritt zu bestehenden Qualitätsverträgen nicht verwehrt werden. Der Abschluss von Qualitätsverträgen sollte somit nicht als Wettbewerbsinstrument missbraucht werden können, da es aus unserer Sicht ethisch nicht vertretbar ist, dass Patienten z.B. einem Qualitätsvertrag zum Delir nicht beitreten können, weil der Eintritt nur den Versicherten einer bestimmten Krankenkasse ermöglicht wird. Der Zugang zu den Qualitätsverträgen sollte daher allen Patienten möglich sein. Insbesondere kleinere Krankenkassen dürfen an der Stelle nicht benachteiligt werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG:

§ 110a Absatz 1 SGB V wird wie folgt gefasst:

Satz 4 ist folgender Satz anzufügen. „Der Beitritt zu bestehenden Qualitätsverträgen darf einzelnen Krankenkassen nicht verwehrt werden.“

Zu Nr. 32: Psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 Abs. 2 Satz 6 – neu - SGB V)

Die Aufnahme einer Vorschrift zur Anpassung der Verträge nach § 118 Abs. 2 Satz 2 SGB V an Vorgaben der noch in Beratung befindlichen neuen Richtlinie nach § 92 Abs. 6b SGB V wird grundsätzlich begrüßt. Neben weiteren im SGB V verankerten Regelungen (u.a. Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung nach § 115d Abs. 2 SGB V, Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen nach § 64b SGB V) adressieren sowohl der § 118 Abs. 1 und 2 als auch § 92 Abs. 6b insbesondere die Versorgung von schwer psychisch erkrankten Versicherten mit komplexen Behandlungsbedarfen. Es ist daher sachgerecht im Sinne einer Verbesserung der Versichertenversorgung integrierte Strukturen vorzusehen und keine parallele, unverbundene Versorgungsstruktur mit u.U. weiteren Versorgungsbrüchen zu etablieren. Ebenfalls verweist die Begründung für die vorgesehene Regelung auf die Gesetzesbegründung zum PsychThAusbRefG (Drucksache 19/9770), nach der Psychiatrische Institutsambulanzen in die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung einzubeziehen sind sowie eine Vernetzung zur stationären oder stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung vorzusehen ist.

Um eine adäquate Beteiligung der Psychiatrischen Institutsambulanzen sicherzustellen sowie dem Risiko von Versorgungsbrüchen zu begegnen, die besonders vordringlich für die Gruppe der hier adressierten schwer psychisch kranken Versicherten vermieden werden sollen, schlagen die Betriebskrankenkassen vor, die intendierte Teilnahmemöglichkeit von Psychiatrischen Institutsambulanzen (*an der auf Basis der neuen Richtlinie nach § 92 6b SGB V zu etablierenden Versorgung*) - stärker inhaltlich zu präzisieren. Zur Klarstellung der Intention sollte die in der Begründung angegebene Zielrichtung in den Normtext selbst übernommen werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG:

§ 118 Abs. 2 wird folgender Satz 6 angefügt:

„Die Vereinbarung nach Satz 2 ist spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 6b zu überprüfen und an die Festlegungen der Richtlinie ~~dahingehend~~ anzupassen, damit das Versorgungsspektrum der psychiatrischen Institutsambulanzen den Vorgaben der Richtlinie entspricht und damit eine aktive Teilnahme an der Versorgung nach § 92 Absatz 6b ermöglicht wird.“

Wenig nachvollziehbar ist der Einbezug von psychosomatischen Institutsambulanzen in die vorgesehene Regelungsvorschrift. Während das adressierte Patientenkontinuum bei Psychiatrischen Institutsambulanzen und der Versorgung nach der neuen Richtlinie nach § 92 Abs. 6b SGB V ein hohes Maß an Kongruenz aufweist, wird dies bei den Psychosomatischen Institutsambulanzen regelmäßig nicht der Fall sein können. Aus diesem Grund schlagen die Betriebskrankenkassen vor, folgende Ergänzung in § 118 Abs. 3 SGB V zur Klarstellung aufzunehmen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG:

In § 118 Abs. 3 wird folgende Einfügung vorgenommen:

„Absatz 2 gilt mit Ausnahme von Satz 6 für psychosomatische Krankenhäuser [...]“

Zu Nr. 33: Ersteinschätzung vor ambulanter Notfallbehandlung im Krankenhaus (§ 120 Abs. 3b neu SGB V)

Die vorgesehene Regelung führt ein einheitliches Ersteinschätzungsverfahren für die ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus ein, wobei die Anwendung des einheitlichen Ersteinschätzungsverfahrens als Abrechnungsvoraussetzung für die ambulante Notfallbehandlung festgelegt wird. Weiterhin wird klargestellt,

dass ambulante Notfallleistungen von Krankenhäusern und Nichtvertragsärzten aus der Gesamtvergütung zu vergüten sind.

Die Einführung eines Ersteinschätzungsverfahrens zur Abklärung und Bewertung eines sofortigen Behandlungsbedarfs als Abrechnungsvoraussetzung von Leistungen der ambulanten Notfallbehandlung in Notfallambulanzen an Krankenhäusern wird grundsätzlich begrüßt. Die Regelung erscheint geeignet, nicht notwendige Behandlungen in Notfallambulanzen der Krankenhäuser zu vermeiden und diese damit zu entlasten. Weiterhin unterstützt das Instrument Krankenhäuser bei der Abweisung von Patienten ohne akuten Behandlungsbedarf, indem es haftungsrechtliche Bedenken ausräumt. Die Beauftragung des Gemeinsamen Bundesausschusses mit der Entwicklung des Ersteinschätzungsverfahrens sowie der Festlegung von Vorgaben zur Qualifikation des medizinischen Personals, welches die Ersteinschätzung durchführt, und den notwendigen Vorgaben zu Form und Inhalt des Nachweises der Durchführung der Ersteinschätzung wird begrüßt. Dass der G-BA Vorgaben für einen erforderlichen Nachweis gegenüber der Terminservicestelle zu treffen hat, wird ebenfalls begrüßt.

Die geplante Regelung, ambulante Leistungen im Rahmen der Notfallbehandlung nach § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V im Krankenhaus nur zu vergüten, wenn bei der durchzuführenden Ersteinschätzung ein sofortiger Behandlungsbedarf festgestellt wurde, wird begrüßt. Sachgerecht ist darüber hinaus auch die Beauftragung des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V mit der Überprüfung und ggf. Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztlichen Leistungen auf Grund der vom G-BA zu beschließenden Vorgaben.

Zu Nr. 41: Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus (§ 136b neuer Absatz 5 Satz 7 SGB V)

Die geplante Neuregelung beabsichtigt, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die Entscheidung (Widerlegung oder Bestätigung der Prognose der Mindestmengen) dem G-BA und den Landesbehörden standortbezogen ab dem Prognoseverfahren für das Jahr 2023 übermitteln.

Die Betriebskrankenkassen lehnen diese Regelung ab. Die Landesverbände der Krankenkassen übertragen dem G-BA sowie den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden in Form eines abgestimmten Formats bereits die Ergebnisse der Prognoseprüfungen gemäß § 5 Abs. 8 Mm-R und im Umfang des abgestimmten Formats auch Entscheidungsgründe. An der Stelle ist nicht nachvollziehbar, welche Intention die geplante Gesetzesänderung hat. Sollte die Änderung darauf abzielen, die Entscheidungsgründe detaillierter als bisher darzustellen, könnte dies einen nicht unerheblichen Mehraufwand für die Landesverbände der Krankenkassen bedeuten.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG:

In §136b neuer Absatz 5 SGB V wird Satz 7 gestrichen.

Zu Nr. 42: 100-prozentige Dokumentationspflicht für ambulante Leistungserbringer (§ 137 SGB V)

Die Ausweitung der 100-prozentigen Dokumentationspflicht im Rahmen der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung sowie die Übertragung der mit einer Unterschreitung der 100-prozentigen Dokumentationsrate einhergehenden Vergütungsabschläge auch auf ambulante Leistungserbringer durch den G-BA wird ausdrücklich begrüßt. Den G-BA mit der Festlegung der Höhe der Vergütungsabschläge zu betrauen, wird ebenfalls als sachgerecht erachtet. Mit der konkreten Ausgestaltung der Abschläge im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für Ärzte (EBM) sollte der Bewertungsausschuss-Ärzte betraut werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG:

§ 137 Abs. 2 Satz 2 SGB V wird wie folgt geändert und der nachfolgende Satz 3 ergänzt:

„Er hat bei der Unterschreitung dieser Dokumentationsrate Vergütungsabschläge in Form von Prozentangaben vorzusehen, es sei denn, der Leistungserbringer weist nach, dass die Unterschreitung unverschuldet ist. Spätestens sechs Monate nach Inkrafttreten der Vergütungsabschläge passt der Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 3 SGB V den Einheitlichen Bewertungsmaßstab entsprechend an.“

Zu Nr. 54: Informationspflicht der Krankenkassen bei Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze (§231 SGB V)

Die Krankenkassen sollen verpflichtet werden, die Mitglieder über ein Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze im Sinne des § 231 SGB V zu informieren. Dies stellt aus Sicht der Betriebskrankenkassen eine konsequente Ergänzung des bisherigen Verfahrens dar. Flankierend sollte den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben werden, auch im Kontext der Beitragserstattung nach § 231 SGB V GKV-Monatsmeldungen (§ 26 SGB IV) anzufordern. Denkbar wäre sodann eine Abkehr von dem Antragerfordernis des § 231 SGB V. Die Anforderung der GKV-Monatsmeldung auch in Verwaltungsverfahren nach § 231 SGB V würde maßgeblich dazu beitragen, das bislang überwiegend analoge Verfahren weitgehend zu digitalisieren und damit effizienter zu gestalten. Insofern schlagen die Betriebskrankenkassen folgende Änderung vor.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG:

§ 26 Abs. 4 SGB IV wird wie folgt gefasst:

„(4) In den Fällen, in denen eine Mehrfachbeschäftigung vorliegt oder das Arbeitsentgelt aus der Beschäftigung mit weiteren beitragspflichtigen Einnahmen zusammentrifft und nicht auszuschließen ist, dass die Voraussetzungen des § 22 Absatz 2 bzw. § 231 SGB V vorliegen, hat die Einzugsstelle nach Eingang der Entgeltmeldungen von Amts wegen die Ermittlung einzuleiten, ob Beiträge zu Unrecht entrichtet wurden. Die Einzugsstelle kann weitere Angaben zur Ermittlung der zugrunde zu legenden Entgelte

von den Meldepflichtigen anfordern. Die elektronische Anforderung hat durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung zu erfolgen. Dies gilt auch für die Rückübermittlung der ermittelten Gesamtentgelte an die Meldepflichtigen. Die Einzugsstelle hat das Verfahren innerhalb von zwei Monaten nach Vorliegen aller insoweit erforderlichen Meldungen abzuschließen. Das Verfahren gilt für Abrechnungszeiträume ab dem 1. Januar 2015. Das Nähere zum Verfahren, zu den zu übermittelnden Daten sowie den Datensätzen regeln die Gemeinsamen Grundsätze nach § 28b Absatz 1."

FOLGEÄNDERUNG:

Die Überschrift von § 11b DEÜV ist wie folgt anzupassen:

„Meldung von Arbeitsentgelten ~~bei Mehrfachbeschäftigung~~ auf Anforderung der Einzugsstelle“

Zu Nr. 59: Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte (§ 269 SGB V)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die Umsetzung der Gutachtenempfehlung zur Neufassung der Zuweisungen für Auslandsversicherte auf Basis der durchschnittlichen abgerechneten Rechnungsbeträge für die Auslandsversicherten eines Landes (landesspezifische Zuweisungen) als sachgerecht und folgerichtig.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen zudem den vollständigen Ausgleich der Krankengeldausgaben bei Erkrankung des Kindes nach § 45 SGB V.

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen sollte die angestrebte Regelung eines Ist-Ausgabenausgleichs für das Kinderkrankengeld bereits ab dem Ausgleichsjahr 2021 umgesetzt werden. Durch das GWB-Digitalisierungsgesetz wird die mögliche Bezugsdauer des Kinderkrankengeldes erheblich verlängert. Da zudem neben Krankheit auch Sondertatbestände wie die Schließung von Kinderbetreuungseinrichtungen als Anspruchsvoraussetzung anerkannt werden, ist mit erheblichen Mehraufwendungen bzw. einer Vervielfachung der bisherigen Leistungsausgaben für diesen Bereich zu rechnen. Auch die im GWB-Digitalisierungsgesetz veranschlagten Mehrausgaben i.H.v. 300 Mio. Euro werden absehbar überschritten werden. Diese Mehrbelastungen treffen die einzelnen Krankenkassen unterschiedlich, je nach Versichertenstruktur und individueller Betroffenheit (z.B. nach Wohnort der Versicherten). Die für Mitte 2022 vorgesehene Spitzabrechnung fließt allerdings nicht den Krankenkassen zu, sondern verbleibt in der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Folglich werden unterschiedliche Belastungen zwischen den Krankenkassen nicht ausgeglichen.

Bereits in der Vergangenheit waren die Ausgaben für Kinderkrankengeld von den Krankenkassen – durch gezieltes Krankengeldfallmanagement – nicht beeinflussbar. Im Rahmen der pandemiebedingten Ausweitung kann davon ausgegangen werden, dass ein Kostenmanagement der Krankenkassen für diesen Bereich explizit nicht zielführend wäre. Die Frage der Erhaltung oder Schaffung von Effizianzen für Krankenkassen stellt sich somit hierfür nicht. Der ohnehin ab dem Jahr 2023 vorgesehene Ist-Ausgabenausgleich stellt also bereits in diesem Jahr eine sinnvolle Anpassung des Zuweisungsalgorithmus dar.

Wegen der pandemiebedingten Sondersituation erscheint eine zeitliche Kopplung an die Umsetzung der Neuregelung für die Zuweisung für Auslandsversicherte nicht sachgerecht.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG:

§ 269 SGB V wird wie folgt gefasst:

„§ 269 Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte

(1) Für Risikogruppen nach § 266 Absatz 2, die nach dem Anspruch der Mitglieder auf Krankengeld nach § 44 zu bilden sind, kann das bestehende Standardisierungsverfahren für die Berücksichtigung des Krankengeldes um ein Verfahren ergänzt werden, das die tatsächlichen Leistungsausgaben der einzelnen Krankenkassen nach § 44 anteilig berücksichtigt.

(2) Ab dem Ausgleichsjahr ~~2023~~ 2021 werden die Leistungsausgaben der einzelnen Krankenkassen nach § 45 durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds vollständig ausgeglichen. Die Krankenkassen übermitteln ab dem Berichtsjahr ~~2023~~ 2021 für jedes Jahr bis zum 15. August des jeweiligen Folgejahres die Summe der Leistungsausgabe nach § 45 je Krankenkasse über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an das Bundesamt für Soziale Sicherung.

(3) Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten (Auslandsversicherte), sind gesonderten Risikogruppen zuzuordnen. Die Risikozuschläge für die Auslandsversicherten sind ab dem Ausgleichsjahr 2023 differenziert nach dem Wohnstaat zu ermitteln auf der Grundlage der

1. durchschnittlichen Leistungsausgaben der Krankenkassen und

2. durchschnittlichen abgerechneten Rechnungsbeträge nach Absatz 4 Satz 1.

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland, übermittelt ab dem Berichtsjahr 2020 für jedes Jahr bis zum 15. August des jeweiligen Folgejahres die Summe der von den Krankenkassen für die Auslandsversicherten beglichenen Rechnungsbeträge an das Bundesamt für Soziale Sicherung; die Übermittlung erfolgt differenziert nach dem Wohnstaat.

(5) Für die Untersuchungen nach § 266 Absatz 10 Satz 1 übermitteln die Krankenkassen an das Bundesamt für Soziale Sicherung ab dem Berichtsjahr 2022 für jedes Jahr bis zum 15. August des jeweiligen Folgejahres je Versicherten

1. die beitragspflichtigen Einnahmen aus nichtselbständiger Tätigkeit gemäß der Jahresarbeitsentgeltmeldung nach § 28a Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 Buchstabe b des Vierten Buches sowie den Zeitraum, in dem diese Einnahmen erzielt wurden,

2. die beitragspflichtigen Einnahmen aus selbständiger Tätigkeit sowie den Zeitraum, in dem diese Einnahmen erzielt wurden,
3. die beitragspflichtigen Einnahmen aus selbständiger Tätigkeit von Künstlern und Publizisten nach § 95c Absatz 2 Nummer 2 des Vierten Buches sowie den Zeitraum, in dem diese Einnahmen erzielt wurden,
4. die beitragspflichtigen Einnahmen aus dem Bezug von Arbeitslosengeld nach § 136 des Dritten Buches sowie die jeweiligen Bezugstage und
5. die Leistungsausgaben für Krankengeld nach § 44 sowie das Datum des Beginns und des Endes des Krankengeldbezugs.

Für die Übermittlung der Daten nach Satz 1 gilt § 267 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 3 entsprechend.

(6) In der bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung gelten die Vorgaben des Absatz 1 für die Ausgleichsjahre 2020 bis 2022 und die Vorgaben des Absatz 2 für das Ausgleichsjahr 2020 fort.

(7) Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt in der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 8 Satz 1 das Nähere

1. zur Umsetzung der Vorgaben nach den Absätzen 1 bis 3 und 6 und
2. zu den Fristen der Datenübermittlung und zum Verfahren der Verarbeitung der nach Absatz 2 Satz 2, Absatz 4 und 5 Satz 1 zu übermittelnden Daten.

(8) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung das Nähere zum Verfahren der Datenübermittlung nach Absatz 2 Satz 2, Absatz 4 und 5 Satz 1. Die Kosten für die Datenübermittlung nach Absatz 2 Satz 2 und Absatz 5 Satz 1 werden durch die betroffenen Krankenkassen getragen."

Zu Nr. 66: Mitteilungspflichten (§ 277 Abs. 1 SGB V)

Die Konkretisierung der für Medizinische Dienste geltenden Mitteilungspflichten nach § 277 Abs. 1 SGB V wird begrüßt. § 277 SGB V beschreibt in der geltenden Fassung die Pflicht des Medizinischen Dienstes sehr allgemein, wonach das Ergebnis der Begutachtung sowohl den Leistungserbringern, auf deren Leistungen sich die gutachtliche Stellungnahme bezieht, als auch den Krankenkassen mitzuteilen ist. Demgegenüber differenziert der Entwurf der Neuregelung: Bezogen auf Prüfungen nach § 275 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V, d.h. ob Versicherten bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern ein Schaden entstanden ist (§ 66), dürfen die Ergebnisse nur dann weitergegeben werden, wenn die betroffenen Versicherten in die Übermittlung an den Leistungserbringer eingewilligt haben. Dies wahrt den Status der Patienten als Rechteinhaber Ihrer Daten. Würde dieser Vorbehalt nicht eingeführt, so bestünde die Pflicht des MD zur direkten Übermittlung des Ergebnisses auch dieser Behandlungsfehlergutachten an die

betroffenen Leistungserbringer, die zugleich Schädiger i.S.d. Haftungsrechts sind, so dass eine Beeinträchtigung der Realisierung zivilrechtlicher Ansprüche der Versicherten - bzw. der Krankenkassen gem. § 116 SGB X - möglich ist und § 66 SGB V (Unterstützung der Versicherten durch die Krankenkassen bei Behandlungsfehlern) dadurch weitgehend leerläuft. Der Änderungsvorschlag dient nun der rechtlichen Klarstellung und Stärkung von Patientenrechten. Auch eine prozesstaktische Absicherung der Krankenkassen bei der Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen aus übergegangenem Recht bleibt möglich.

Zu Nr. 68: Erweiterung der Datenmeldungen (§ 295 Abs. 1b und Abs. 2 SGB V)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich die vorgesehene Erweiterung der Datenmeldungen, nach der bei Abrechnungsfällen nach den §§73b und 140a SGB V zukünftig auch die Verpflichtung besteht, den Zusammenhang zwischen Vertragsnummer nach §293a Absatz 1 Satz 4 SGB V und übermittelter Diagnose herzustellen.

Zu Nr. 70: Elektronischer Datenaustausch Rehabilitation (§ 301 Abs. 4a neu SGB V)

Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich, dass Rehabilitationseinrichtungen der Deutschen Rentenversicherung und der Unfallversicherung mit dem neuen Absatz 4a verpflichtet werden, der zuständigen Krankenkasse bestimmte Angaben, die für die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben (insbesondere Krankengeldberechnung) notwendig sind, im Rahmen des DTA Rehabilitation zu übermitteln. Bisherige gemeinsame Versuche der GKV und DRV zur Implementierung eines solchen Übermittlungswegs scheiterten an einer gesetzlichen Übermittlungsnorm. Um Unsicherheiten auszuschließen, sollte die Anpassung auch in der Gesetzesbegründung nachvollzogen werden, hier ist weiterhin von einer Übermittlungsbefugnis die Rede.

Artikel 6: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu Nr. 7: Erlösausgleiche bei NUB-Entgelten (§ 15 Abs. 3 KHEntgG)

Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können nach § 6 Absatz 2 Satz 6 KHEntgG im Rahmen einer vorgezogenen Vereinbarung vereinbart werden. Um eine frühzeitige Abrechnung der neuen NUBs zu ermöglichen, wird mit den meisten Krankenhäusern die NUB-Vereinbarung getrennt von der Budgetvereinbarung geschlossen. Dadurch wird auch sichergestellt, dass die NUBs möglichst frühzeitig in der Praxis angewendet werden und dem Patienten für seine Behandlung zur Verfügung stehen. Krankenhäuser erbringen NUB, die erstmalig vereinbart werden, bereits ab Beginn des Kalenderjahres und damit vor der Preisvereinbarung. Bisher konnten nur Leistungen, die nach der Genehmigung erbracht wurden, in Rechnung gestellt werden. Das Bundesverwaltungsgericht hat am 05.12.2019 (Az 3 C 28.17) festgestellt, dass Krankenhäusern bei verspäteter, d. h. unterjähriger, Vereinbarung von NUB ein Zahlbetragsausgleich nach § 15 Abs. 3 KHEntgG zusteht. Der Ausgleichsbetrag ist gemäß § 15 Abs. 3 Satz 2 KHEntgG über den Zu- oder Abschlag nach § 5 Abs. 4 KHEntgG abzurechnen.

Eine Abgeltung des Zahlbetrags für NUB nach § 15 Abs. 3 Satz 2 KHEntgG über den Zu- oder Abschlag nach § 5 Abs. 4 KHEntgG wäre jedoch nicht sachgerecht, da eine Vermengung mit Ausgleichen für Mengenabweichungen einer Kostenzuordnung nach dem Verursacherprinzip entgegensteht. NUB sollten daher von der Ausgleichsregelung nach § 15 Abs. 3 KHEntgG ausgenommen werden. Vielmehr sollten die anfallenden Kosten dem zuständigen Kostenträger in Rechnung gestellt werden und sichergestellt werden, dass keine unzumutbare Belastung einzelner Kostenträger entsteht wie dies über einen Ausgleich, insbesondere bei teuren Entgelten, der Fall wäre. Ebenfalls ist zu beachten, dass die fehlende Möglichkeit der Rechnungsprüfung gegen eine Ausgleichsregelung und für eine nachträgliche Abrechnung gegenüber dem jeweiligen Kostenträger spricht. Es muss sichergestellt sein, dass die Rechnungsprüfung durch die jeweilige Krankenkasse und u.U. den MD auch in dieser Konstellation grundsätzlich möglich ist. Die Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit der Leistung und der tatsächlichen Leistungserbringung der NUB-Entgelte kann jedoch nicht über den im Entwurf gewählten Regelungsvorschlag sichergestellt werden. Die mit der vorgesehenen Regelung zwangsläufig verbundene Verlagerung der Prüfung von Einzelfällen auf die NUB-Verhandlung/ Budgetverhandlung gilt es zwingend zu verhindern. Da ansonsten die ohnehin schon komplexen Verhandlungsverläufe weiter belasten würden und die kollektiven Vertragspartner diese Aufgaben der Einzelkassen auch nichts rechtssicher leisten können.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG:

Anstatt der vorgesehenen Regelung werden nach Satz 2 folgende neue Sätze 3 und 4 eingefügt:

„Satz 1 gilt nicht für Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 2, die im Vereinbarungszeitraum erstmalig vereinbart werden. Sofern im Vereinbarungsjahr erstmalig neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 2 KHEntgG vor Genehmigung der Vereinbarung nach § 14 erbracht wurden, erfolgt die Abrechnung dieser Leistungen nachträglich gegenüber dem jeweiligen Kostenträger.“

Artikel 11: Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Zu Nr. 5: „Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates zu Zuweisungen für das Krankengeld“ (§10 RSAV)

Die Betriebskrankenkassen befürworten die Vergabe eines weiteren Gutachtens zur Neufassung der Zuweisungen für das Krankengeld, da die bisher vorliegenden Gutachten nicht zu einer umsetzungsreifen Empfehlung gelangten. Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich die ergänzenden Hinweise in der Begründung des Gesetzesentwurfs.

Dies gilt in besonderem Maße zum einen für die Vorgabe, dass der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesamt für Soziale Sicherung insbesondere Modelle überprüfen soll, „bei denen die Zuweisungen für das Krankengeld nach § 44 SGB V ... auf der Grundlage von standardisierten Krankengeldbezugszeiten und versichertenindividuell geschätzten Krankengeldzahlbeträgen ... ermittelt werden.“ Und zum anderen gilt es für die Vorgabe, auch das aktuelle Verfahren für das Krankengeld nach § 44 SGB V mit der Bildung von Risikogruppen und einem anteiligen Ausgleich der tatsächlichen Leistungsausgaben im Jahresausgleich ein zu beziehen und dieses den anderen untersuchten Modellen gegenüber zu stellen. Beide Vorgaben betrachten die Betriebskrankenkassen als essenziell, um zu einem zielführenden Modell zu gelangen.

III. WEITERER ÄNDERUNGSBEDARF

Sozialversicherungsbeiträge

Einbeziehung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung bei freiwillig versicherten Beschäftigten in den Gesamtsozialversicherungsbeitrag

Während bei pflichtversicherten Arbeitnehmern die Sozialversicherungsbeiträge in Gänze vom Arbeitgeber im Rahmen der Entgeltabrechnung einbehalten und an die Krankenkassen als Einzugsstellen weitergeleitet werden, zählen die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung freiwillig versicherter Beschäftigter nicht zum Gesamtsozialversicherungsbeitrag im Sinne des § 28 d SGB IV.

Obwohl daraus folgend der Arbeitgeber für freiwillig versicherte Arbeitnehmer nicht verpflichtet ist, diese Beiträge einzubehalten und an die Krankenkasse abzuführen, ist es weit verbreitete Praxis, dass Arbeitgeber im Einverständnis mit den betreffenden Arbeitnehmern die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung dennoch einbehalten und direkt an die zuständige Krankenkasse abführen (sog. Firmenzahlverfahren).

Hieraus können sich für die Betroffenen erhebliche Nachteile ergeben, wie beispielsweise bei Insolvenz des Arbeitgebers oder, wie aktuell in der Corona-Pandemie deutlich erkennbar, bei Beitragsstundungen gegenüber dem Arbeitgeber. Auch bei Durchführung des Firmenzahlverfahrens bleiben die freiwillig versicherten Beschäftigten die originären Beitragsschuldner, d. h. sie müssen die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung an die Einzugsstelle zahlen, obwohl die Arbeitgeber u.U. diese Beitragsanteile bereits einbehalten, aber nicht an die Einzugsstellen abgeführt haben. Im Gegensatz zu den pflichtversicherten Beschäftigten tragen sie damit ein erhebliches Risiko und die doppelte Beitragslast im Falle der Zahlungsunfähigkeit des Arbeitgebers. Ein identischer Schutz für beide Personengruppen sollte angestrebt und diese Ungleichbehandlung zwischen pflicht- und freiwillig versicherten Beschäftigten korrigiert werden.

Gesetzestechisch bedarf es hierfür eines Verweises innerhalb des § 252 Abs. 1 SGB V auf eine entsprechende Geltung des Zweiten Titels des Dritten Abschnittes des SGB IV. Insbesondere die Regelungen zur Beitragstragung (§§ 249, 250 SGB V) wären im Sinne eines einheitlichen Verfahrens für alle Beschäftigten anzupassen; darüber hinaus wären die Regelungen über die Gewährung des Zuschusses für freiwillige Mitglieder der GKV (§ 257 Absätze 1 und 3 SGB V) zu streichen.

Elektronisches Abrufverfahren zur Beitragsbemessung bei freiwillig Versicherten und Versicherungspflichtigen nach § 5 Absatz 1 Nummer 13

Die Betriebskrankenkassen bedauern sehr, dass die noch im Referentenentwurf vorgesehene Etablierung eines elektronischen Meldeverfahrens zwischen den Finanzbehörden und den Krankenkassen hinsichtlich

der Ermittlung der Beitragsbemessungsgrundlage für die Personenkreise der freiwilligen Mitglieder und der Versicherungspflichtigen der sogenannten Auffangversicherungspflicht ersatzlos entfallen ist. So wird die allseits vorangetriebene Digitalisierung in der öffentlichen Verwaltung stark behindert.

Des Weiteren wird sehenden Auges eine Beitragseinstufung anhand der tatsächlichen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des jeweiligen Mitglieds konterkariert. Gerade weil eine realitätsgerechte Beitragseinstufung ein zentrales Instrument zur Bekämpfung der Beitragsschulden darstellt, sollte an dem im Referententwurf vorgesehenen Vorschlag festgehalten werden.

Erweiterung der Unterschriftsbefugnis zur Begründung einer Familienversicherung

Die Familienversicherung begründet sich aus der Rechtsbeziehung zwischen der Krankenkasse und dem Stammversicherten, abgeleitet von dessen Pflicht- bzw. freiwilligen Mitgliedschaft. Der Stammversicherte hat der Krankenkasse die für die Familienversicherung erforderlichen Angaben mittels eines Vordruckes mitzuteilen und diesen zu unterzeichnen. Bei vom Mitglied getrenntlebenden Familienangehörigen reicht es aus, wenn der Vordruck wahlweise vom Stammversicherten oder vom getrenntlebenden Familienangehörigen ausgefüllt und unterschrieben wird (vergleiche § 2 Absatz 5 Satz 3 der Einheitlichen Grundsätze zum Meldeverfahren bei Durchführung der Familienversicherung des GKV-Spitzenverbandes). Diese Ausnahmeregelung stellt sicher, dass derjenige die erforderlichen Auskünfte erteilen kann, der die Familienversicherung für sich begründen will, da er aufgrund der besonderen Umstände als einziger über die entsprechenden Informationen verfügt.

Dass ausschließlich in der vorgenannten Fallkonstellation eine Beibringung der notwendigen Informationen durch den betreffenden Familienangehörigen erfolgen kann, erschließt sich nicht. Vielmehr sollte die Datenbeibringung auch dann durch den Ehegatten/Lebenspartner bzw. das handlungsfähige Kind akzeptiert werden, wenn dieser/dieses im gemeinsamen Haushalt mit dem Stammversicherten lebt. Damit würde in gehörigem Maße das Risiko gemindert, dass wegen der fehlenden Mitwirkung des Stammversicherten für das Familienmitglied anstelle einer beitragsfreien Familienversicherung eine obligatorische Anschlussversicherung mit Höchstbeitrag begründet würde. Das hätte zur Folge, dass keine fiktiven Beitragsschulden entstünden und dass die betroffenen Familienangehörigen nicht unnötig finanziell belastet würden. Die Betriebskrankenkassen schlagen eine Ergänzung des § 10 SGB V wie folgt vor:

ÄNDERUNGSVORSCHLAG:

§ 10 ABSATZ 6 SGB V WIRD WIE FOLGT GEFASST:

„(6) Das Mitglied, der Ehegatte, der Lebenspartner oder das Kind, soweit es handlungsfähig im Sinne des § 36 SGB I ist und eine Familienversicherung für sich oder für das eigene Kind begehrt, hat die nach den Absätzen 1 bis 4 Versicherten mit den für die Durchführung der Familienversicherung notwendigen

Angaben sowie die Änderung dieser Angaben an die zuständige Krankenkasse zu melden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt für die Meldung nach Satz 1 ein einheitliches Verfahren und einheitliche Meldevordrucke fest.“

Information der Mitglieder über eine Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes (§ 175 Absatz 4 Satz 6 SGB V)

Erhebt eine Krankenkasse erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, hat sie eine Informationspflicht. Sie muss das Mitglied in einem gesonderten Schreiben auf das damit verbundene Kündigungsrecht, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen hinweisen.

Zunehmend erklären Mitglieder gegenüber ihrer Krankenkasse die Einwilligung zur Online-Kommunikation. Dass auch in diesem Fall die Information über eine Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes mittels eines gesonderten Schreibens erfolgen muss, erscheint nicht sachgerecht und ist auch gegenüber den Betroffenen schwer vermittelbar. Ein Nachteil für die Mitglieder wäre damit nicht verbunden, denn die Krankenkasse bliebe uneingeschränkt informationspflichtig und würde dieser Pflicht weiterhin erfüllen müssen, nur auf dem vom Betroffenen gewählten Kommunikationsweg. Mit Blick auf § 37 Absatz 2b SGB X, wonach mit Einwilligung des Beteiligten Verwaltungsakte elektronisch bekannt gegeben werden können, sollte dieses unter den entsprechenden Voraussetzungen auch für das Hinweisschreiben der Krankenkasse ermöglicht werden. Vorteilhaft wäre für alle Beteiligten bei einer Übertragung der entsprechenden Grundsätze dabei auch die Rechtssicherheit im Hinblick auf eine etwaige verspätete Hinweiserteilung im Sinne von § 175 Absatz 4 SGB V.

Risikostrukturausgleich

Anpassung der Behandlung von Erstattungen und Einnahmen

Mit der grundlegenden Überarbeitung der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) im Rahmen des GKV-Faire-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) wurde im §4 Abs. 3 Satz 1 RSAV das Wort "pauschal" eingefügt.

Diese Einfügung wird vielfach so verstanden, dass es sich hier – wie aus der Begründung des GKV-FKG hervorgeht – um eine Klarstellung handelt und damit keine neuen inhaltlichen Änderungen angestrebt wurden. Zudem wird mit dem Wort "pauschal" die bisherige Vorgehensweise, die von allen Verfahrensbeteiligten auch akzeptiert wurde, ausdrücklich legitimiert. Um Fehlinterpretationen zu vermeiden, schlagen die Betriebskrankenkassen entsprechend die Streichung des Wortes pauschal vor.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG:

In § 4 Absatz 3 RSAV wird der Satz 1 wie folgt gefasst:

„Erstattungen und Einnahmen, insbesondere nach § 19 des Bundesversorgungsgesetzes, § 39 Abs. 2 und § 49 Abs. 1 Nr. 3 in Verbindung mit § 50 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, dem Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), Artikel 63 des Gesundheits-Reformgesetzes und §§ 102 bis 117 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch, und Zahlungen ausländischer Stellen auf Grund zwischen- oder überstaatlicher Regelungen mindern ~~pauschal~~ die nach Absatz 1 zu berücksichtigenden Aufwendungen für Leistungen.“

Abkopplung von RSA-Vorgaben zu den Regelungen des Kontenrahmens

Die weitgehende Neuregelung der RSAV durch das GKV-FKG betraf den § 4 RSAV nur zum Teil. Insbesondere der Absatz 4 blieb unverändert. In diesem wird geregelt, dass die Leistungsausgaben der Krankenkassen für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs dem Ausgleichsjahr zuzuordnen sind, auf das sie nach § 37 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung und nach Maßgabe der Bestimmung des Kontenrahmens für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung entfallen. Die inzwischen als Vollerhebung gemeldeten versichertenbezogenen Leistungsausgaben werden einheitlich mit den Rechnungsergebnissen aller Krankenkassen abgeglichen und mittels Anpassungsfaktoren nivelliert. Aus dieser angepassten Datengrundlage werden die RSA-Risikogewichte und Risikopoolbeträge berechnet. Das Verfahren erscheint einheitlich, ist es aber nicht, denn die Rechnungslegungsvorschriften räumen den Krankenkassen gewisse Abgrenzungs- und Bewertungsspielräume ein, die aber mit Blick auf die Meldung der RSA-Leistungsausgaben verzerrend wirken. Zwar wurde eine Anpassung der Rechnungslegungsvorschriften diskutiert, gleichwohl wurden diese Vorschläge nicht vollständig übernommen und können nun, da jahresübergreifende Krankenhausfälle unterschiedlich behandelt werden, in der Meldung der versichertenindividuellen Ausgaben und somit im Risikopool führen. Es liegt ein Anreiz vor, bei in Frage kommenden Krankenhausfällen eine Zwischenrechnung anzufordern, wenn die übrigen Leistungsausgaben des Versicherten in dem Kalenderjahr – aufgrund anderer Ausgaben im Kalenderjahr – bereits oberhalb des Risikopoolschwellenwertes liegen. Da im Vorfeld keine sichere Einschätzung abgegeben werden kann, ob die Leistungsausgaben auch im Folgejahr oberhalb des Schwellenwertes liegen werden, ist es naheliegend diese Zwischenrechnung anzufordern und dadurch Ausgaben vorzuziehen. Bestenfalls werden 80 Prozent der Ausgaben für die Zwischenrechnung über den Risikopool refinanziert, eine Schlechterstellung ist dagegen in keinen Fall möglich.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG:

In § 4 Absatz 4 RSAV ist wie folgt zu fassen:

„Für die Durchführung des Risikostrukturausgleichs sowie dem Ausgleich über den Risikopool legt das Bundesamt für Soziale Sicherung im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband die Vorgaben zur Bewertung der Leistungsausgaben nach Absatz 1 abzüglich der Beträge nach Absatz 3 dem Grunde und der Höhe nach sowie deren zeitliche Abgrenzung fest.“

Anpassung der Frist zum Abschluss der Prüfung der Bestandsbereinigung freiwilliger Mitgliedschaften

Es ist absehbar, dass die mit § 410 SGB V (vormals § 323 SGB V) verankerte Bereinigungsprüfung nicht bis zum 31.12.2020 abgeschlossen werden kann. In der Folge wären finanzielle Sanktionen, wie in Absatz 5 vorgesehen nicht mehr durchsetzbar. Es ist daher erforderlich, die Frist von 31.12.2020 um ein Jahr zu verlängern.

Die Regelungen wurden im Rahmen des GKV-Versichertenentlastungsgesetzes (GKV-VEG) so gefasst, dass einerseits eine kurzfristige Bereinigung des Versichertenbestandes um freiwillige Mitgliedschaften, bei denen weder Leistungen und Beitragszahlungen vorlagen noch ein Kontakt ein Aufenthalt im Geltungsbereich des SGB V bestätigte. An diese Bereinigung sollte eine Prüfung der Bestandsbereinigung anschließen und bis zum 31.12.2020 durchgeführt werden. In der Folge wurden die Kassen verpflichtet die Daten nach § 7 Absatz 2 Satz 3 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung für das Berichtsjahr 2013 bis zum 31.12.2020 aufzubewahren.

Zum Jahreswechsel 2019/2020 wurde einige Besonderheiten in der Datenhaltung offenkundig, die zu weiteren Datenmeldungen und einer, der eigentlichen Prüfung der Bestandsbereinigung (der Bereinigungsprüfung) vorgeschalteten, Erstellungsprüfung führten. Ebenjene Erstellungsprüfung befindet sich gegenwärtig in der Bewertung, erst nach Abschluss dieser wird eine Bereinigungsprüfung begonnen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG:

In § 410 Absatz 5 SGB V werde die Sätze 4 und 5 wie folgt gefasst:

„Die Prüfung ist spätestens bis zum 31. Dezember 2021 durchzuführen. Die Krankenkassen sind verpflichtet, die Daten nach § 7 Absatz 2 Satz 3 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung für das Berichtsjahr 2013 bis zum 31. Dezember 2021 aufzubewahren.“

Arzneimittelversorgung

Arzneimitteldatenbanken und Software zur Verordnung ärztlicher Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung

Für eine transparente und rechtsichere Bereitstellung aktueller Arzneimittelinformationen nach § 131 SGB V und zertifizierter Software zur Verordnung von Arzneimitteln bedarf es einer Neutralen Stelle für Arzneimitteldaten im Gesundheitswesen. Die Betriebskrankenkassen schlagen vor, das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) zu beauftragen, diese Datenstelle zu errichten. Das DIMDI könnte die Meldung, Prüfung und Korrektur der Arzneimitteldaten der Unternehmen in einem geregelten Verfahren übernehmen und rechtssicher umsetzen.

Ebenso sollte die Zertifizierung der Arztsoftware nach § 73 Abs. 9 SGB V von dieser neutralen Stelle durchgeführt werden. Vertragsärzte dürfen für die Verordnung von Arzneimitteln, Verbandmitteln und Produkten, die gemäß den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können, nur solche elektronischen Programme nutzen, die bestimmte, definierte Inhalte mit dem jeweils aktuellen Stand enthalten. Diese Anforderungen an die Software in den Arztpraxen werden zwischen GKV-SV und KBV im "Anforderungskatalog nach § 73 SGB V für Verordnungssoftware" vereinbart. Die Softwarehäuser müssen diese Vorgaben beachten und die Programme müssen von der KBV zugelassen/zertifiziert werden. Es gibt allerdings immer wieder Hinweise der Apotheken und selbst der KBV, dass diese Vorgaben nicht (oder trotz entsprechender Vorlaufzeit nicht fristgerecht) umgesetzt werden. In dem Zusammenhang wird auch die Abbildung von Leitlinien kritisch gesehen. Die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) wird nach Pressemitteilung den Ärzten in ihrer Software Informationen aus medizinischen Leitlinien zur Verfügung stellen. Dieses ist kritisch zu beurteilen. Leitlinien erfüllen nicht immer die ihr gebotene Qualität und sind vor dem Hintergrund der Einflussmöglichkeit der pharmazeutischen Industrie kritisch zu sehen.

Daher bedarf es auch hinsichtlich der Zertifizierung einer neutralen Stelle.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG:

In § 131 SGB V wird ein neuer Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Zur Wahrnehmung der Aufgaben des § 73 Absatz 9 sowie § 131 Absatz 4 wird beim Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information eine Datenstelle für Arzneimitteldaten im Gesundheitswesen errichtet; die Stelle prüft auch die Einhaltung der Vorgaben nach § 35a Absatz 3a Satz 2. Die Stelle nach Satz 1 nimmt Ihre Aufgaben eigenverantwortlich wahr. Die Stelle nach Satz 1 gibt sich eine Geschäftsordnung und beschreibt in ihrer Geschäftsordnung ein einheitliches Verfahren zur Abwicklung von Korrekturen nach Absatz 4 Satz 5.“

Institutskennzeichen für Versandapotheken

Der Versand von Arzneimitteln erfolgt von inländischen Apotheken, aber auch von EU-Versandapotheken. Rechtlich wird der Versand von Arzneimitteln von der Übergabe eines Arzneimittels mittels Botendienst abgegrenzt. Es muss sichergestellt sein, dass die Botendienstpauschale nicht von Versandapotheken abgerechnet wird. EU-Versandapotheken sind über ein eigenes Institutskennzeichen identifizierbar. Dieses ist bei inländischen Apotheken, die zugleich eine niedergelassene Apotheke betreiben, nicht möglich. In der Regel nutzen inländische Apotheken nur ein einziges Institutskennzeichen. Somit ist bei diesen Apotheken eine Unterscheidung zwischen versendeten Arzneimitteln und Arzneimitteln, die an den Patienten direkt oder über einen Boten abgegeben werden, nicht möglich. Um die Abrechnung einer Botendienstpauschale nachvollziehen zu können, wird angeregt, dass inländischen Apotheken getrennte Institutskennzeichen für den Versandhandel und die dazugehörige niedergelassene Apotheke beantragen und bei der Abrechnung verwenden müssen.

Apothekenverzeichnis

Gemäß § 293 Abs. 5 SGB V führt die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker (DAV) ein bundeseinheitliches Verzeichnis über die Apotheken und stellt dieses dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verfügung. Dieses Verzeichnis soll zukünftig 14-tägig in Form eines elektronischen Vollverzeichnisses an den GKV-Spitzenverband übermittelt werden. Bislang werden Änderungen nicht strukturiert und nicht als Vollverzeichnis übermittelt. Lücken ergeben sich teilweise dadurch, dass nicht alle Apotheken Mitglied im DAV sind. Für transparente Abrechnungsprozesse ist ein aktuelles, vollständiges und historisiertes Verzeichnis erforderlich. Darin sollten zukünftig auch getrennte Institutskennzeichen für den Versandhandel mit Arzneimitteln und die dazugehörige niedergelassene Apotheke ausgewiesen werden.

Deckelung der Apothekenzuschläge für Fertigarzneimittel (§ 3 AMPreisV)

Die Preisbildung für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel ist durch die Arzneimittelpreisverordnung nach § 78 AMG bestimmt (AMPreisV). Apotheken erhalten bei der Abgabe von Fertigarzneimitteln einen Festzuschlag von 3 Prozent zuzüglich 8,35 Euro und 0,16 Euro Notdienstzuschlag auf den Einkaufspreis. Diese Deckelung gewinnt angesichts der vermehrten Neueinführung hochpreisiger Arzneimittel immer mehr an Bedeutung. Daher ist der linear prozentuale Vergütungsanteil von 3 Prozent zu deckeln. Der bislang nicht gedeckelte prozentuale Vergütungsanteil von drei Prozent setzt dabei den Anreiz zur Abgabe hochpreisiger Arzneimittel – wobei teurere Arzneimittel keinen höheren Aufwand bei der Abgabe erzeugen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG:

In § 3 Satz 1 AMPreisV werden nach den Wörtern „Festzuschlag von 3 Prozent“ die Wörter „bis zu einem Betrag von 30,00 Euro“ eingefügt.

Vorratshaltung in den Apotheken

Ein wichtiger Aspekt bei der Versorgung der Patienten ist auch die Vorratshaltung in Apotheken. Laut § 15 Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) sind Arzneimittel und apothekenpflichtige Medizinprodukte, die zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung notwendig sind, von Apotheken vorrätig zu halten. Die Menge muss mindestens dem durchschnittlichen Bedarf für eine Woche entsprechen. In Zeiten von Corona hat sich gezeigt, wie wichtig eine regelhafte und ausreichende Bevorratung unmittelbar in den Apotheken ist, um in einem weiteren Krisenfall besser gerüstet zu sein. Die Bevorratung darf nicht von der Apotheke auf den pharmazeutischen Großhandel verlagert werden. Die Situation der Bevorratung in den Apotheken selber sollte daher verbessert werden, um in einem weiteren Krisenfall besser gerüstet zu sein. Eine bessere Vorratshaltung macht zudem erleichterte Abgaberegulungen für Arzneimittel entbehrlich. Es wird entsprechend vorgeschlagen, die in § 36 ApBetrO enthaltenen Ordnungswidrigkeiten nicht nur auf die Bevorratung von definierten Notfall-Arzneimitteln bzw. Wirkstoffen, sondern auch auf die reguläre Bevorratung zu beziehen.

Impfstoffversorgung

Hinsichtlich der Versorgung der Patienten mit Impfstoffen besteht Optimierungsbedarf. Es reicht nicht aus, wie im § 106b SGB V vorgesehen, den erhöhten „Sicherheitszuschlag“ von dreißig Prozent von der Wirtschaftlichkeitsprüfung frei zu stellen. Dieses erhöht vielmehr den sorglosen Umgang mit den Ressourcen. Es bedarf einheitlicher Regelungen zur Bereitstellung der Impfstoffe, um Überbevorratung und Verknappung in den einzelnen Arztpraxen zu vermeiden. Bereits vor der Corona-Pandemie zeigte sich in der Praxis, dass hinsichtlich der Impfstoffbestellung der Ärzte ungeordnete Bestellungen nur aus bestimmten Apotheken oder Lieferungen aus speziellen Impfstoffversandapotheken vorgenommen werden. Auch jede einzelne Apotheke bevorratet sich individuell aufgrund von Schätzwerten oder Mitteilungen von Ärzten. Es findet keinerlei Koordination statt. Vermeintliche Engpässe in den vergangenen Jahren beim Grippeimpfstoff sind somit eher durch ein Verteilungsproblem begründet, zumal in einigen Bundesländern/Apotheken/Arztpraxen ausreichend Impfstoff vorhanden war. „Gehorteter Impfstoff“ wurde nicht verimpft und damit wertvolle Ressourcen verschwendet. In die Schätzung der erforderlichen Grippe-Impfdosen müssten künftig auch die Apotheken einbezogen werden, die die Grippeimpfung seit Inkrafttreten des Masernschutzgesetzes anbieten dürfen. Den Arztpraxen ist nicht bekannt, wie sich ihr Impfstoffbedarf durch weitere Impfanbieter ändert. Bestellten sie die gleichen Mengen wie bislang, blieben noch mehr Impfstoffe unverbraucht. Wichtig ist es daher, den Impfstoff nach Bedarf zu verteilen. Hierfür wäre z.B. die Wiedereinführung der regionalen kassenartenübergreifenden Ausschreibungen sinnvoll. Mit ihrer Hilfe könnten die Krankenkassen die Ressourcenverteilung steuern. Aktuell liegt die Beschaffung allein in den Händen der Ärzte bzw. deren Kassenärztlichen Vereinigungen und Apotheken.

Krankenhausabrechnungsprüfung

Automatismus für Öffnung der Prüfquote bei Krankenhäusern mit unzureichender Abrechnungsgüte einführen

Grundsätzlich sind die Krankenkassen in der Krankenhausabrechnungsprüfung in jedem Krankenhaus pro Quartal an eine Prüfquotenobergrenze gebunden. Im Jahr 2020 liegt diese quartalsbezogene Prüfquote bei 5 %, im Jahr 2021 bei 12,5 % und ab 2022 beträgt die Quote 5 %, 10 % oder 15 % in Abhängigkeit von der Abrechnungsgüte des vorvergangenen Quartals (vgl. § 275c Abs. 2 SGB V). Allerdings hat der Gesetzgeber den Krankenkassen in bestimmten Fällen die Befugnis eingeräumt, auch nach Erreichen der Prüfquote vor Ende des Quartals weitere Prüfungen durchzuführen. Diese Befugnis liegt vor, wenn wie in § 275c Abs. 2 Satz 6 SGB V, Alternative 1 beschrieben, der Anteil der unbeanstandeten Abrechnungen für ein Krankenhaus unterhalb von 20 Prozent liegt. Die anderen Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 Nr. 1 und 2 KHG haben das Vorliegen der Voraussetzungen jedoch zuvor unter Angabe der Gründe bei der für die Krankenhausversorgung zuständigen Landesbehörde gemeinsam anzuzeigen.

Ausgewiesen werden die Krankenhäuser, deren Anteil unbeanstandeter Abrechnungen unterhalb von 20 Prozent liegt, in der Quartalsauswertung des GKV-Spitzenverbandes nach § 275c Abs. 4 SGB V. Diese Quartalsstatistiken werden vom GKV-SV zum jeweiligen Stichtag veröffentlicht. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist es nicht notwendig, dass die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG in diesen Fällen das Vorliegen der Voraussetzungen nach § 275c Abs. 2 Satz 6 SGB V prüfen und gemeinsam bei der zuständigen Landesbehörde anzeigen. Die Betriebskrankenkassen sprechen sich dafür aus, dass das Ausweisen der Krankenhäuser, deren Abrechnungen besonders häufig vom Medizinischen Dienst als fehlerhaft markiert werden, in der Quartalsauswertung des GKV-Spitzenverbandes zur Legitimierung der Befugnis zur Prüfung gem. § 275c Abs. 2 Satz 6 SGB V ausreicht. Die Voraussetzung für eine Überschreitung der Prüfquote in den betreffenden Krankenhäusern wäre damit automatisch gegeben. Die Vertragsparteien hätten das Vorliegen der Voraussetzungen nicht weiter zu prüfen und zu begründen. Eine gemeinsame Anzeige könnte somit entfallen und weitere bürokratische Aufwände wären nicht mehr notwendig. Die Krankenkassen hätten den Medizinischen Dienst vor der Durchführung weiterer Prüfungen mit Verweis auf die Ausweisung des Krankenhauses in der Quartalsstatistik nach § 275c Abs. 4 SGB V zu informieren, damit dieser weitere Prüfaufträge von den Krankenkassen annimmt.

Zahnärztliche Versorgung

Bonusregelung Zahnersatz

Versicherte haben einen Anspruch auf Erhöhung des Festzuschusses für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege erkennen lässt und der Versicherte sich während der letzten fünf beziehungsweise zehn Jahre vor Beginn der Behandlung hat zahnärztlich untersuchen lassen. Die Jahre 1997 und 1998 haben durch Zeitablauf bei der Ermittlung der Festzuschüsse keine Relevanz mehr.

§ 55 Abs. 1 Satz 8 SGB V „Für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, gilt der Nachweis für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne für die Jahre 1997 und 1998 als erbracht.“ ist wegen gegenstandslos gewordener Vorgaben zu streichen.

Hilfsmittel

Externe Hilfsmittelberater

Die Betriebskrankenkassen regen an, die Versorgung mit Hilfsmitteln durch die Einbindung externer Hilfsmittelberater zu verbessern. Mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) wurde die Beauftragung von externen Hilfsmittelberatern durch die Kassen ausgeschlossen. Mehr als fünf Jahre danach kann festgestellt werden, dass dies negative Auswirkungen in der Versorgung mit Hilfsmitteln hat. In vielen Fällen wissen die niedergelassenen Ärzte nicht, was sie verordnen sollen. Lieferanten drängen Versicherte und Ärzte zu Produkten, die nicht nur unwirtschaftlich, sondern auch völlig ungeeignet sind. Der Medizinische Dienst kann zwar eine sozialmedizinische Beurteilung abgeben, für eine Beurteilung, ob das angebotene Produkt technisch ausgereift ist und den Anforderungen des Patienten entspricht, bedarf es fachlicher Expertise.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG:

Dem § 139 SGB V wird folgender Absatz 12 angefügt:

„(12) Zur Zusammenarbeit der Krankenkassen mit externen Hilfsmittelberatern beschließt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen einheitliche und gemeinsame Richtlinien bis zum 30. Juni 2021. Die Richtlinien regeln insbesondere die Anforderungen an die Qualifikation und die Objektivität externen Hilfsmittelberatungen sowie die Sicherstellung der Dienstleistungsorientierung im Beratungsverfahren. Die Richtlinien sind für die Krankenkassen verbindlich; sie bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.“

Nach § 284 wird folgender § 284a SGB V eingefügt:

„§ 284a Beauftragung externer Hilfsmittelberater

(1) Von den Krankenkassen gemäß § 139 Abs. 12 SGB V beauftragte externe Hilfsmittelfachberater sind berechtigt, personenbezogene Daten des Antragstellers zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, soweit dies für die Zwecke der Beratung gemäß § 139 erforderlich ist. Die Daten sind vertraulich zu behandeln. Durch technische und organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, dass die Daten nur den Personen zugänglich sind, die sie zur Erfüllung des dem Hilfsmittelfachberater von den Krankenkassen nach § 139 SGB V erteilten Auftrags benötigen.

(2) Externe Hilfsmittelfachberater dürfen das Ergebnis der Beratung gemäß § 139 SGB V an die sie beauftragende Krankenkasse übermitteln, soweit dies zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse erforderlich ist; § 35 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. Dabei ist sicherzustellen, dass das Ergebnis der Beratung gemäß § 139 nur den Personen zugänglich gemacht wird, die sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigen.

(3) Die personenbezogenen Daten sind nach fünf Jahren zu löschen; § 304 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend."

Als Folge ist in Artikel 1 Nummer 84 Buchstabe c in § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 16 der Punkt am Ende durch ein Komma zu ersetzen und folgende Nummer 17 anzufügen:

„17. die Beauftragung und Durchführung externer Hilfsmittelberatungen nach § 139 Abs. 12 SGB V.“

Soziale Selbstverwaltung

Beschlussfassung und Beratungen der Selbstverwaltungsorgane

Um während der Corona-Pandemie die Funktions- und Handlungsfähigkeit der Sozialversicherung gewährleisten zu können, wurde mit dem „Gesetz für den erleichterten Zugang zu sozialer Sicherung und zum Einsatz und zur Absicherung sozialer Dienstleister aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2“ (Sozialschutz-Paket) zunächst befristet bis Oktober 2020 in § 64 Absatz 3a SGB IV geregelt, dass die Selbstverwaltungsorgane ohne Sitzung schriftlich abstimmen können. Diese Regelung wurde mit dem Gesetz zur Änderung des Gesetzes über die internationale Rechtshilfe in Strafsachen erneut festgeschrieben und bis Januar 2022 befristet.

Die Regelung ist während der Corona-Pandemie zwingend notwendig und hat sich bereits bewährt. Für eine zeitgemäße Ausgestaltung der ehrenamtlichen Tätigkeit in den Selbstverwaltungsorganen ist eine dauerhafte Geltung und Ausweitung der Regelung erforderlich. Digitale Beratungen und Abstimmungen, die in anderen Bereichen von Wirtschaft und Gesellschaft bereits selbstverständlich sind, könnten so ermöglicht werden. Selbst im Aktiengesetz (§ 108 AktG) sind „schriftliche, fernmündliche oder andere vergleichbare Formen der Beschlussfassung vorgesehen. Mit dem „Gesetz zur Verbesserung der Transparenz in der Alterssicherung und der Rehabilitation sowie zur Modernisierung der Sozialversicherungswahlen“ soll die Selbstverwaltung zeitgemäß aufgestellt werden. Ziel des Gesetzes ist es Rahmenbedingungen für die Ausübung des Ehrenamtes zu verbessern. Eine wenn notwendig vermeidbare Reisetätigkeit würde Zeit- und Kostenersparnisse bedeuten und diese Zielsetzung unterstützen. Aufgrund der besseren Vereinbarung von Beruf und Ehrenamt würde die Attraktivität einer Tätigkeit im Rahmen der Selbstverwaltung vor allem auch für jüngere Personen gesteigert werden. Auch mit Blick auf das politische Ziel die Digitalisierung im Gesundheitswesen weiter voranzutreiben, wäre eine solche dauerhafte Regelung zeitgemäß.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG:

§ 63 Absatz 3 SGB IV wird wie folgt gefasst:

„(3) Die Sitzungen des Vorstands sind nicht öffentlich. Die Sitzungen der Vertreterversammlung sind öffentlich, soweit sie sich nicht mit personellen Angelegenheiten des Versicherungsträgers, Grundstücksgeschäften oder geheimhaltungsbedürftigen Tatsachen (§ 35 des Ersten Buches) befassen. Für weitere Beratungspunkte kann in nicht-öffentlicher Sitzung die Öffentlichkeit ausgeschlossen werden; der Beschluss ist in öffentlicher Sitzung bekannt zu geben. Die Sitzungen können elektronisch stattfinden, hierbei ist die Öffentlichkeit der Sitzungen der Vertreterversammlungen in geeigneter Weise herzustellen.“

§ 64 Absatz 2 SGB IV wird wie folgt gefasst:

„(2) Die Beschlüsse werden, soweit Gesetz oder sonstiges Recht nichts Abweichendes bestimmt, mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst. Die Stimmen können auch in elektronischer Sitzung abgegeben werden. Bei Stimmgleichheit wird die Abstimmung nach erneuter Beratung wiederholt; bei erneuter Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.“

§ 64 Absatz 3a SGB IV wird wie folgt gefasst:

„(3a) Abweichend von Absatz 3 können die Selbstverwaltungsorgane und besonderen Ausschüsse nach § 36a aus wichtigen Gründen ohne Sitzung abstimmen. Die Abstimmung muss schriftlich oder elektronisch dokumentiert werden.“

Die mit dem Gesetz zur Änderung des Gesetzes über die internationale Rechtshilfe in Strafsachen in Artikel 2b festgelegte befristete Geltung des § 64 Absatz 3a SGB IV bis zum 31.12.2021 wird aufgehoben. Durch die Möglichkeit Sitzungen der Selbstverwaltungsorgane auch elektronisch abzuhalten, wird die Attraktivität der Tätigkeit in den Selbstverwaltungsorganen erhöht und an in anderen Bereichen etablierte Vorgehensweisen angepasst.

Verfahren zur Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis (§291b Abs. 5 Satz 4 SGB V)

Nach § 291b Abs. 5 Satz 4 SGB V ist die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen, bei denen keine Überprüfung der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung vorgenommen wurde, ab dem 01.01.2021 um 2,5 Prozent zu kürzen. Dies gilt auch für jene Leistungserbringer, die nicht zu den Vertragsärzten zählen, die aber die von ihnen erbrachten Leistungen nach Preis und Inhalt gemäß den vertragsärztlichen Regelungen abrechnen und diese unmittelbar von den Krankenkassen vergütet bekommen (ambulante Leistungen im Krankenhaus).

Die derzeitige gesetzliche Regelung ist grundsätzlich richtig, allerdings bestehen erhebliche Schwierigkeiten in der technischen Umsetzung der gesetzlichen Vorgabe. Eine Fristverlängerung um ein Jahr ist daher sachgerecht.

Derzeit ist eine Information über die durch den Leistungserbringer durchgeführte Prüfung nach § 291b Abs. 2 SGB V nicht im Datenträgeraustausch nach § 301 SGB V hinterlegt und kann damit trotz rechtlicher Verpflichtung nach § 291b Abs. 3 Satz 2 SGB V auch nicht übermittelt werden. Eine entsprechende Erweiterung des Datensatzes ist voraussichtlich erst im Jahr 2022 möglich.

Sollte an der Abschlagsregelung in der derzeitigen Form festgehalten werden, entstehen erhebliche Verwaltungsaufwände bei Leistungserbringern und Krankenkassen. Ein diesen Aufwand zu rechtfertigenden Ertrag ist nicht erkennbar, da in aller Regel Patienten, für die eine Leistungspflicht der Kassen gegeben ist, behandelt wurden.

Für die stationäre Abrechnung nach dem KHEntG ist eine Frist zur Umsetzung bis zum Jahr 2022 vorgesehen (vgl. § 5 Abs. 3e KHEntG). In der stationären Leistungserbringung ist damit eine längere Frist bestimmt worden, die jedoch bei den ambulanten Leistungen der Krankenhäuser nicht greift.

Die Anpassung der Fristen im Sinne einer einheitlichen Handhabung in der Abrechnung und deren Prüfung ist sachgerecht.

Zuletzt bedarf es im Gesetz einer Klarstellung, dass die Frist auch für vertragsärztliche Leistungserbringer greift, die gleichfalls unmittelbar durch die Krankenkassen nach § 120 SGB V vergütet werden, aber nicht zwingend an ein Krankenhaus angegliedert sind.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG:

In § 291b Abs. 5 SGB V werden in Satz 4 die Wörter „zum 31. Dezember 2020“ durch die Wörter „zum 31. Dezember 2021“ ersetzt.

Es wird folgender Satz 5 hinzugefügt:

„Der Satz 4 gilt entsprechend für weitere vertragsärztliche Leistungserbringer, die nach § 120 SGB V direkt durch die Krankenkassen vergütet werden.“

Durchführung von Sitzungen der Zulassungs-/Berufungsausschüsse nach § 96 f. SGB V als Videokonferenzen

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

1. Nach § 36 Abs. 1 Satz 2 wird folgender Satz 3 eingefügt:

„³Die entscheidungsrelevanten Unterlagen werden den Mitgliedern des Zulassungsausschusses in elektronischer Form zur Verfügung gestellt.“

2. Nach § 36 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV), wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) ¹Abweichend von Absatz 1 kann die Vorsitzende bzw. der Vorsitzende des Zulassungsausschusses aus wichtigen Gründen entscheiden, dass die Sitzung ohne physische Präsenz der übrigen Mitglieder stattfindet. ²Die Vorsitzende bzw. der Vorsitzende kann im Benehmen mit den Ausschussmitgliedern festlegen, dass die Sitzung

a. als virtuelle Sitzung (Video- oder Telefonkonferenz) oder

b. per Abstimmung in Textform

stattfindet. ³Dies gilt nicht in den Fällen des § 37 Absatz 1 Satz 1, in denen die Zulassung entzogen werden soll. ⁴Die wichtigen Gründe sind in dem Beschluss nach § 41 Abs. 4 sowie der Niederschrift nach § 42 darzulegen. ⁵Mitberatungsrechte gemäß §§ 96 Abs. 2a, 14 of Abs. 3 S. 1 Nr. 3 und 4 SGB V sind entsprechend einzuräumen. ⁶In den Fällen des Satzes 1 Buchstabe a hat die Ton- und/oder Bildübertragung über die gesamte Sitzungsdauer hinweg zu erfolgen. ⁷Die Ausübung des Stimmrechtes erfolgt per mündlicher Willenserklärung jedes Mitgliedes. ⁸In den Fällen des Satzes 1 Buchstabe b erfolgt die Abstimmung auf der Grundlage des schriftlich niedergelegten, ggf. zusammengefassten Antragsbegehrens, dabei ergänzt durch die aus rechtlichen Gründen zur Sache weiterhin erforderlichen Einzelheiten. ⁹Ein Beschluss kommt nur zustande, wenn sämtliche Mitglieder des Zulassungsausschusses ein Votum in Textform abgegeben haben. ¹⁰Soweit der Sachverhalt aus den vorliegenden Unterlagen nicht ersichtlich wird, kann die Vorsitzende bzw. der Vorsitzende der schriftlichen Niederlegung des Antragsbegehrens eine kurze Darstellung des Sachverhaltes und eine Stellungnahme dazu begeben. ¹¹Die Vorsitzende bzw. der Vorsitzende hat eine angemessene und dabei kalendermäßig zu bestimmende Frist für den Eingang des Votums in Textform bei der Geschäftsstelle zu setzen. ¹²Liegt ein Votum in Textform aller Mitglieder des Zulassungsausschusses vor, wird der Beschluss gemäß diesem Votum gefasst. Abweichend von § 41 Abs. 4 Satz 3 wird der Beschluss ausschließlich von der Vorsitzenden bzw. dem Vorsitzenden unterschrieben.“

3. In § 37 Abs. 2 werden nach dem Satz 1 folgende Sätze 2 bis 3 eingefügt:

„²Für die mündliche Verhandlung gilt § 36 Abs. 1a entsprechend, mit der Maßgabe, dass die Beteiligten in der Ladung angemessen über den Ablauf einer virtuellen Sitzung informiert werden.³Die am Verfahren beteiligten Ärzte haben die Möglichkeit einer mündlichen Verhandlung in Form einer virtuellen Verhandlung zu widersprechen.“

Der bisherige Satz 2 wird zu Satz 4.

4. In § 41 Abs. 2 werden nach dem Satz 1 folgende Sätze 2 bis 5 eingefügt:

„²Von dieser Regelung kann in dringenden Ausnahmefällen insoweit abgewichen werden, dass eine Beschlussfähigkeit auch gegeben ist, wenn mindestens zwei Vertreter der Ärzte und zwei Vertreter der Krankenkassen anwesend sind. ³Sind bei einer Sitzung mehr Vertreter der Ärzte als der Krankenkassen oder umgekehrt anwesend, so ist ein Mitglied der Gruppe, die mit mehr Mitgliedern vertreten ist, bei der Abstimmung nicht stimmberechtigt, so dass die erforderliche paritätische Besetzung gewahrt bleibt. ⁴Die Mitglieder der Gruppe bestimmen, welches ihrer Mitglieder an der Abstimmung nicht teilnimmt. ⁵Können sich die Mitglieder nicht einigen, entscheidet der Vorsitzende.“

Der bisherige Satz 2 wird zu Satz 6.

5. In § 41 Abs. 5 Satz 1 werden nach den Wörtern „Ausfertigung des Beschlusses“ die Wörter „wenn möglich in elektronischer Form“ angefügt.

BEGRÜNDUNG:

1. Derzeit werden die entscheidungsrelevanten Unterlagen häufig noch in Papierform und nicht in elektronischer Form zur Verfügung gestellt, obwohl die technischen Möglichkeiten hierzu bestehen. Vor allem zur Durchführung von schriftlichen Abstimmungen und zur einfacheren Umsetzung von virtuellen Sitzungen aber auch zur Schonung von Ressourcen und Minimierung der Ansteckungsgefahr, sollte auf den elektronischen Versand umgestellt werden.

2. Die Regelung ermöglicht die rechtssichere Durchführung der Sitzung des Zulassungsausschusses als virtuelle Sitzung (Video- oder Telefonkonferenz) oder im Wege der schriftlichen Abstimmung und trägt damit der aktuellen Corona-Krise Rechnung. Gleichwohl das Bundesministerium für Gesundheit mit Schreiben an die für die Sozialversicherung zuständigen Ministerien und Senatsverwaltungen der Länder vom 30. März 2020 über deren Rechtsauffassung informierte, wonach Sitzungen der Zulassungsausschüsse als Videokonferenzen bereits nach aktueller Fassung möglich sind, erging inzwischen ein erster anderslautender Beschluss (Sozialgericht Schwerin, Aktenzeichen: S 3 KA 36/20 ER). Insofern ist eine Anpassung der Zulassungsverordnungen dringend geboten.

Abweichend von § 36 Absatz 1 sollen die Zulassungsausschüsse aus wichtigen Gründen ohne physische Präsenzsitzung abstimmen können. Mit Blick auf § 45 Abs. 3 gelten die Regelungen für den Berufungsausschuss entsprechend.

Insbesondere im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung sind dringende Beschlüsse zur Aufrechterhaltung der Versorgung der Bevölkerung zu fassen. Ein Fall ist dringend, wenn die Beschlussfassung nicht ohne Schaden oder Gefahr bis zur nächsten physischen Sitzung des Organs aufgeschoben werden kann.

Zum anderen muss es für die Zulassungsausschüsse möglich sein, Beschlüsse ohne physische Präsenzsitzung zu fassen, solange Sitzungen aufgrund der Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von Infektionen mit dem Corona Virus Sars Cov-2 nicht durchgeführt werden können.

Anträge auf Zulassungsentziehung sind in diese Regelung nicht einbezogen. Diese sind weiter in Sitzungen zu entscheiden, um dem Grundsatz des rechtlichen Gehörs Rechnung zu tragen.

Vor dem Hintergrund der derzeitigen guten Erfahrungen mit Videokonferenzen und der Zeit- und Kostensparnisse sollte perspektivisch über die generelle Möglichkeit von Sitzungen in Videokonferenzen nachgedacht werden.

3. Die Regelung stellt klar, dass die in § 37 vorgesehene mündliche Verhandlung auch die mündliche Verhandlung in einer virtuellen Sitzung nach § 36 Abs. 1a umfasst. Außerdem wird ein Widerspruchsrecht eingeführt, von dem der an dem Verfahren beteiligte Arzt u. a. aufgrund fehlender technischer Möglichkeiten Gebrauch machen kann.

4. Wenn Mitglieder des Zulassungsausschusses kurzfristig, beispielsweise aufgrund einer Erkrankung, ausfallen und es aufgrund der Kurzfristigkeit nicht oder nur unter erschwerten Bedingungen möglich ist, Ersatz in Form einer Stellvertretung zu organisieren, sollte über diese Ausnahmeregelung eine Beschlussfassung möglich sein.

5. Neben der unter 1. ausgeführten Begründung erfolgt die Archivierung der Beschlüsse elektronisch, weswegen die Zustellung ebenso in elektronischer Form erfolgen sollte. Dabei muss sichergestellt werden, dass der Empfänger die technischen Voraussetzungen erfüllt, das zugestellte Dokument anzunehmen.

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte

1. Nach § 36 Abs. 1 Satz 2 wird folgender Satz 3 eingefügt:

„³Die entscheidungsrelevanten Unterlagen werden den Mitgliedern des Zulassungsausschusses in elektronischer Form zur Verfügung gestellt.“

2. Nach § 36 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV), wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) ¹Abweichend von Absatz 1 kann die Vorsitzende bzw. der Vorsitzende des Zulassungsausschusses aus wichtigen Gründen entscheiden, dass die Sitzung ohne physische Präsenz der übrigen Mitglieder stattfindet. ²Die Vorsitzende bzw. der Vorsitzende kann im Benehmen mit den Ausschussmitgliedern festlegen, dass die Sitzung

- a. als virtuelle Sitzung (Video- oder Telefonkonferenz) oder
- b. per Abstimmung in Textform

stattfindet. ³Dies gilt nicht in den Fällen des § 37 Absatz 1 Satz 1, in denen die Zulassung entzogen werden soll. ⁴Die wichtigen Gründe sind in dem Beschluss nach § 41 Abs. 4 sowie der Niederschrift nach § 42 darzulegen. ⁵Mitberatungsrechte gemäß §§ 96 Abs. 2a, 140f Abs. 3 S. 1 Nr. 3 und 4 SGB V sind entsprechend einzuräumen. ⁶In den Fällen des Satzes 1 Buchstabe a hat die Ton- und/oder Bildübertragung über die gesamte Sitzungsdauer hinweg zu erfolgen. ⁷Die Ausübung des Stimmrechtes erfolgt per mündlicher Willenserklärung jedes Mitgliedes. ⁸In den Fällen des Satzes 1 Buchstabe b erfolgt die Abstimmung auf der Grundlage des schriftlich niedergelegten, ggf. zusammengefassten Antragsbegehrens, dabei ergänzt durch die aus rechtlichen Gründen zur Sache weiterhin erforderlichen Einzelheiten. ⁹Ein Beschluss kommt nur zustande, wenn sämtliche Mitglieder des Zulassungsausschusses ein Votum in Textform abgegeben haben. ¹⁰Soweit der Sachverhalt aus den vorliegenden Unterlagen nicht ersichtlich wird, kann die Vorsitzende bzw. der Vorsitzende der schriftlichen Niederlegung des Antragsbegehrens eine kurze Darstellung des Sachverhaltes und eine Stellungnahme dazu begeben. ¹¹Die Vorsitzende bzw. der Vorsitzende hat eine angemessene und dabei kalendermäßig zu bestimmende Frist für den Eingang des Votums in Textform bei der Geschäftsstelle zu setzen. ¹²Liegt ein Votum in Textform aller Mitglieder des Zulassungsausschusses vor, wird der Beschluss gemäß diesem Votum gefasst. Abweichend von § 41 Abs. 4 Satz 3 wird der Beschluss ausschließlich von der Vorsitzenden bzw. dem Vorsitzenden unterschrieben.“

3. In § 37 Abs. 2 werden nach dem Satz 1 folgende Sätze 2 bis 3 eingefügt:

“²Für die mündliche Verhandlung gilt § 36 Abs. 1a entsprechend, mit der Maßgabe, dass die Beteiligten in der Ladung angemessen über den Ablauf einer virtuellen Sitzung informiert werden.³Die am Verfahren beteiligten Ärzte haben die Möglichkeit einer mündlichen Verhandlung in Form einer virtuellen Verhandlung zu widersprechen.“

Der bisherige Satz 2 wird zu Satz 4.

4. In § 41 Abs. 2 werden nach dem Satz 1 folgende Sätze 2 bis 5 eingefügt:

“²Von dieser Regelung kann in dringenden Ausnahmefällen insoweit abgewichen werden, dass eine Beschlussfähigkeit auch gegeben ist, wenn mindestens zwei Vertreter der Ärzte und zwei Vertreter der Krankenkassen anwesend sind. ³Sind bei einer Sitzung mehr Vertreter der Ärzte als der Krankenkassen oder umgekehrt anwesend, so ist ein Mitglied der Gruppe, die mit mehr Mitgliedern vertreten ist, bei der Abstimmung nicht stimmberechtigt, so dass die erforderliche paritätische Besetzung gewahrt bleibt. ⁴Die Mitglieder der Gruppe bestimmen, welches ihrer Mitglieder an der Abstimmung nicht teilnimmt. ⁵Können sich die Mitglieder nicht einigen, entscheidet der Vorsitzende.“

Der bisherige Satz 2 wird zu Satz 6.

5. In § 41 Abs. 5 Satz 1 werden nach den Wörtern „Ausfertigung des Beschlusses“ die Wörter „wenn möglich in elektronischer Form“ angefügt.

BEGRÜNDUNG:

1. Derzeit werden die entscheidungsrelevanten Unterlagen häufig noch in Papierform und nicht in elektronischer Form zur Verfügung gestellt, obwohl die technischen Möglichkeiten hierzu bestehen. Vor allem zur Durchführung von schriftlichen Abstimmungen und zur einfacheren Umsetzung von virtuellen Sitzungen aber auch zur Schonung von Ressourcen und Minimierung der Ansteckungsgefahr, sollte auf den elektronischen Versand umgestellt werden.

2. Die Regelung ermöglicht die rechtssichere Durchführung der Sitzung des Zulassungsausschusses als virtuelle Sitzung (Video- oder Telefonkonferenz) oder im Wege der schriftlichen Abstimmung und trägt damit der aktuellen Corona-Krise Rechnung. Gleichwohl das Bundesministerium für Gesundheit mit Schreiben an die für die Sozialversicherung zuständigen Ministerien und Senatsverwaltungen der Länder vom 30. März 2020 über deren Rechtsauffassung informierte, wonach Sitzungen der Zulassungsausschüsse als Videokonferenzen bereits nach aktueller Fassung möglich sind, erging inzwischen ein erstes anderslautendes Urteil (Sozialgericht Schwerin, Aktenzeichen: S 3 KA 36/20 ER). Aufgrund der dadurch ausgelösten rechtlichen Unsicherheit ist eine kurzfristige Anpassung der Zulassungsverordnung dringend geboten.

Abweichend von § 36 Absatz 1 sollen die Zulassungsausschüsse aus wichtigen Gründen ohne physische Präsenzsitzung abstimmen können. Mit Blick auf § 45 Abs. 3 gelten die Regelungen für den Berufungsausschuss entsprechend.

Insbesondere im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung sind dringende Beschlüsse zur Aufrechterhaltung der Versorgung der Bevölkerung zu fassen. Ein Fall ist dringend, wenn die Beschlussfassung nicht ohne Schaden oder Gefahr bis zur nächsten physischen Sitzung des Organs aufgeschoben werden kann.

Zum anderen muss es für die Zulassungsausschüsse möglich sein, Beschlüsse ohne physische Präsenzsitzung zu fassen, solange Sitzungen aufgrund der Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von Infektionen mit dem Corona Virus Sars Cov-2 nicht durchgeführt werden können.

Anträge auf Zulassungsentziehung sind in diese Regelung nicht einbezogen. Diese sind weiter in Sitzungen zu entscheiden, um dem Grundsatz des rechtlichen Gehörs Rechnung zu tragen.

Vor dem Hintergrund der derzeitigen guten Erfahrungen mit Videokonferenzen und der Zeit- und Kostensparnisse sollte perspektivisch über die generelle Möglichkeit von Sitzungen in Videokonferenzen nachgedacht werden.

3. Die Regelung stellt klar, dass die in § 37 vorgesehene mündliche Verhandlung auch die mündliche Verhandlung in einer virtuellen Sitzung nach § 36 Abs. 1a umfasst. Außerdem wird ein Widerspruchsrecht eingeführt, von dem der an dem Verfahren beteiligte Arzt u. a. aufgrund fehlender technischer Möglichkeiten Gebrauch machen kann.

4. Wenn Mitglieder des Zulassungsausschusses kurzfristig, beispielsweise aufgrund einer Erkrankung, ausfallen und es aufgrund der Kurzfristigkeit nicht oder nur unter erschwerten Bedingungen möglich ist, Ersatz in Form einer Stellvertretung zu organisieren, sollte über diese Ausnahmeregelung eine Beschlussfassung möglich sein.

5. Neben der unter 1. ausgeführten Begründung erfolgt die Archivierung der Beschlüsse elektronisch, weswegen die Zustellung ebenso in elektronischer Form erfolgen sollte. Dabei muss sichergestellt werden, dass der Empfänger die technischen Voraussetzungen erfüllt, das zugestellte Dokument anzunehmen.

Pandemiebedingter Änderungsbedarf Pflege

Qualitätsprüfungen (§ 114 SGB XI)

Wenngleich die Betriebskrankenkassen ausdrücklich die Regelung im EpiLage-Fortgeltungsgesetz begrüßen, einerseits die notwendigen Qualitätsprüfungen (Regelprüfungen) – trotz festgestellter epidemischer Lage von nationaler Tragweite – unter zu definierenden Rahmenbedingungen wieder anlaufen zu lassen und andererseits eine gewisse Flexibilität beim vorgegebenen Prüfrhythmus mit Blick auf das pandemische Geschehen zu ermöglichen, erscheint eine Verlängerung des außerordentlichen Prüfzeitraums nochmals bis zum 31. Dezember 2022 angezeigt

Anzumerken ist, dass mit dem KHZG der in § 114 Absatz 2 Satz 2 ursprünglich verlängerte Prüfrhythmus zurecht damit begründet wurde, dass eine Durchführung der Regelprüfungen in allen zugelassenen Pflegeeinrichtungen innerhalb eines Jahres – wie in § 114 Absatz 2 Satz 1 bestimmt – damals nicht realistisch durchführbar eingeschätzt wurde. Gleichzeitig wird in der hier vorliegenden Gesetzesbegründung darauf verwiesen, dass der Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in Übereinstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Verband der privaten Krankenversicherung zwischenzeitlich die Empfehlung gegeben hatte, von November 2020 bis Ende Februar 2021 (4 Monate) keine Regelprüfungen mehr durchzuführen. Folglich wäre – im Idealfall – in den für 2021 verbleibenden 10 Monaten jede zugelassene Pflegeeinrichtung zu prüfen, was in der Realität schwierig umzusetzen sein dürfte. Dies führt zum Ergebnis, dass der mit dem KHZG definierte außerordentliche Prüfzeitraum nochmals bis zum 31. Dezember 2022 verlängert werden sollte. Damit würden die Anforderungen vor Ort bei den verantwortlichen Akteuren (Pflegeeinrichtungen, MDK, PKV-Prüfdienst, Landesverbände der Pflegekassen) mit Blick auf die anhaltende epidemische Lage von nationaler Tragweite entzerrt.

Falls am jetzt definierten außerordentlichen Prüfzeitraum festgehalten werden soll, würde hingegen im Verlauf des Jahres 2021 konkret zu prüfen sein, ob ggf. der mit dem KHZG erstmals definierte und jetzt im neuen Absatz 2 fortzuschreibende außerordentliche Prüfzeitraum bis 31. Dezember 2021 auch grundsätzlich ausreicht, um dem Ziel gerecht zu werden, möglichst alle zugelassenen Pflegeeinrichtungen einmal zu prüfen. Hierfür bietet sich der avisierte Bericht des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zum 30. September 2021 an. Da im Wortlaut des Gesetzentwurfs hinsichtlich der Zielrichtung des Berichts allerdings nur auf

die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Durchführung von Qualitätsprüfungen unter Pandemiebedingungen abgestellt wird, sollte dies mit Blick auf die bis dato durchgeführten Qualitätsprüfungen konkretisiert werden, um ggf. eine Grundlage für eine weitere gesetzgeberische (außerordentlichen) Anpassung des Prüfrhythmus zu haben. Zu diesem Zweck muss dann auch der Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und auch der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung in die Berichtserstellung eingebunden werden, da eine plausible Datenerhebung nur mit Unterstützung dieser Institutionen gelingen wird.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

§ 114 Abs. 2a SGB XI wird wie folgt gefasst:

„(2a) Abweichend von Absatz 2 Satz 1 ist in dem Zeitraum vom 1. Oktober 2020 bis zum 31. Dezember ~~2021~~ 2022 in allen zugelassenen Pflegeeinrichtungen eine Regelprüfung durchzuführen, wenn die Situation vor Ort es aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie zulässt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt im Benehmen mit dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich das Nähere zur Durchführbarkeit von Prüfungen, insbesondere unter welchen Voraussetzungen Prüfaufträge angesichts der aktuellen Infektionslage angemessen sind und welche spezifischen Vorgaben, insbesondere zur Hygiene, zu beachten sind. Dabei sind insbesondere die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse zu berücksichtigen. Der Beschluss nach Satz 2 ist entsprechend der Entwicklung der SARS-CoV-2-Pandemie zu aktualisieren. Er ist für die Landesverbände der Pflegekassen, die Medizinischen Dienste und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. verbindlich. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung zum 31. Dezember ~~30. September~~ 2021 über die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Durchführung von Qualitätsprüfungen im Zusammenhang mit den SARS-CoV-2-Pandemiebedingungen in dem in Satz 1 genannten Zeitraum und unter Berücksichtigung der Anzahl der nach Satz 1 bis dahin durchgeführten Qualitätsprüfungen.“

Sollte am Prüfzeitraum (1. Oktober 2020 bis zum 31. Dezember 2021) festgehalten werden, wie im Entwurf des EpiLage-Fortgeltungsgesetz angedacht, wird § 114 Abs. 2a Satz 6 SGB XI wie oben vorgeschlagen gefasst:

„...Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung zum 31. Dezember ~~30. September~~ 2021 über die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Durchführung von Qualitätsprüfungen im Zusammenhang mit den SARS-CoV-2-Pandemiebedingungen in dem in Satz 1 genannten Zeitraum und unter Berücksichtigung der Anzahl der nach Satz 1 bis dahin durchgeführten Qualitätsprüfungen.“

Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 (§ 147 SGB XI)

Bezogen auf die mit dem EpiLage-Fortgeltungsgesetz verlängerten Regelung zu einer möglichen Begutachtung ohne persönliche Untersuchung auch für Anträge auf Pflegeleistungen, die zwischen dem 1. April 2021 und dem 30. Juni 2021 gestellt raten die Betriebskrankenkassen eine Ausweitung Zeitraumes an.

Die jetzt angelaufene Impfstrategie dürfte bis zum 30. Juni 2021 nicht alle Pflegebedürftigen erreicht haben. Dies betrifft beispielsweise pflegbedürftige Kinder, denen eine Begutachtung ohne persönliche Untersuchung mit Blick auf den Infektionsschutz dann nicht verwehrt bleiben sollte. Daher wird empfohlen, die adressierte Verlängerung großzügig bis zum 31. Dezember 2021 fortzuschreiben und damit dann auch ein sukzessives Ausschleichen der Sonderregelung zu ermöglichen.

Gleichwohl muss angemerkt werden, dass auch die Pflegekassen derzeit mit den erheblichen pandemiebedingten Herausforderungen zu kämpfen haben (Homeoffice/ Kinderbetreuung/ Krankenstand). Es ist festzustellen, dass die Zahl der im vierten Quartal 2020 durchgeführten Begutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit mit 602.000 Begutachtungen 13,9 Prozent über dem Vorjahresquartal lag. Im gesamten Jahr wurden 11,2 Prozent mehr Begutachtungen als im Jahr 2019 durchgeführt. Mit bundesweit 708.000 Aufträgen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit im vierten Quartal lagen die Auftragszahlen 9,9 Prozent über dem Vorjahreswert. In dieser Gemengelage sollte einerseits überlegt werden, die Regelung des § 147 Absatz 3 GB XI in der bis 30.09.2020 gültigen Fassung zu reaktivieren und damit die Unbeachtlichkeit der Frist nach § 18 Absatz 3 Satz 2 SGB XI befristet zuzulassen und andererseits die Kriterien für das Vorliegen, die Gewichtung und die Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs wiederzubeleben.

Mit Blick auf die bislang in Absatz 2 verorteten Aussetzung der Wiederholungsprüfungen nach § 18 Absatz 2 Satz 5 SGB XI – welche offenbar nicht mehr für eine Verlängerung vorgesehen ist – wird angemerkt, dass diese nach dem Auslaufen der Sonderregelung in verstärktem Maße durchzuführen sein werden, was sich allein aus der Anwendung der strukturierten Telefoninterviews als Möglichkeit einer Begutachtung ohne persönliche Untersuchung ergibt. Hier besteht ggf. die Gefahr eines Bearbeitungsstaus – ähnlich dem Wiedereinstieg in die Begutachtungen nach Umsetzung des PSG II – der folglich auch Auswirkungen auf etwaige Erstbegutachtungen haben kann. Um diesem Szenario vorzubeugen, sollte ggf. ein Konzept zum Wiedereinstieg in die Wiederholungsbegutachtungen angedacht und mithin gesetzlich normiert und damit beauftragt werden.

Beratungsbesuche nach § 37 (§ 148 SGB XI)

Die Verlängerung der bislang bis zum 31. März 2021 befristete Sonderregelung, welche die Beratungsbesuche n. § 37 Absatz 3 SGB XI telefonische, digital oder per Videokonferenz ermöglicht, wird ausdrücklich unterstützt. Es soll damit dem Bedarf nach Beratung und Unterstützung bei gleichzeitiger Berücksichtigung des Infektionsrisikos Rechnung getragen werden. Im Hinblick auf die außerordentlich dynamische Entwicklung des Pandemiegeschehens in den vergangenen Wochen und Monaten besteht zudem die Notwendigkeit, die bis 30.09.2020 gültige Regelung des § 148 nochmals aufzugreifen, nach der das Pflegegeld abweichend von § 37 Absatz 6 SGB XI nicht gekürzt oder entzogen werden durfte, wenn die Pflegebedürftigen

keine Beratungseinsätze abrufen bzw. nachweisen konnten. Berichte aus der Praxis zeichnen hier mancherorts ein Bild, dass die Beratungseinsätze auch unter den Bedingungen der oben genannten Sonderregelungen nicht flächendeckend sichergestellt werden können. Hierbei sollte der Übergangszeitraum nach dem ursprünglichen Wiedereinstieg in die Sanktionierungsmechanismen berücksichtigt werden. Gleichwohl sollten die Pflegekassen dazu verpflichtet werden, die Pflegbedürftigen auch zum Wiedereinsetzen der Sanktionierungen zum 01. Januar 2022 zu informieren.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

§ 148 SGB XI wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Abweichend von § 37 Absatz 3 Satz 1 erfolgt die von den Pflegebedürftigen abzurufende Beratung bis einschließlich 30. Juni 2021 telefonisch, digital oder per Videokonferenz, wenn die oder der Pflegebedürftige dies wünscht.

(2) Abweichend von § 37 Absatz 6 darf die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen das Pflegegeld nicht kürzen oder entziehen, wenn der Pflegebedürftige in dem Zeitraum vom 1. Oktober 2020 bis einschließlich 31. Dezember 2021 keine Beratung nach § 37 Absatz 3 Satz 1 abrufen. Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen haben diese Ausnahmeregelung unter Beachtung des Wiedereinsetzens der Maßgaben nach § 37 Absatz 6 zum 1. Januar 2022 den Pflegegeldempfängern in geeigneter Form zur Kenntnis zu bringen.“

Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige (§ 150 SGB XI)

Hinsichtlich des pandemiebedingte Kostenerstattungsverfahrens nach § 150 Absatz 2 bis 4 SGB XI, welche mit dem EpiLage-Fortgeltungsgesetz verlängert und dahingehend modifizierte werden sollen, sich zukünftig auf die Mindereinnahmen zu konzentrieren, welche unmittelbar durch die Umsetzung von behördlichen Auflagen sowie von landesrechtlichen Regelungen zur Eindämmung der Coronavirus SARS-CoV-2-Pandemie entstanden sind, ist für die Operationalisierung bei den zuständigen Pflegekassen darauf hinzuweisen, dass gem. § 140 Absatz 2 Satz 3 SGB XI die betreffende Auszahlung der gesamten Erstattungsbeträge innerhalb von 14 Kalendertagen zu erfolgen hat.

Mit Blick auf den im Entwurf des EpiLage-Fortgeltungsgesetzes in § 150 Abs. 2a Satz 2 SGB XI (n.F.) explizit formulierten Prüfauftrag vor Auszahlung muss angemerkt werden, dass eine sinnvolle Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen voraussetzungsvoll sein dürfte, da der hierfür erforderliche Informationsfluss zu den behördlichen Auflagen zumeist die regionalen Entscheidungsstrukturen (Landratsämter, Gesundheitsämter, kreisfreie Städte, regionale Krisenstäbe) betrifft und in der Praxis bspw. durch fehlende Ansprechpartner und mangelnde telefonische Erreichbarkeit und – bezüglich der landesrechtlichen Regelungen – auch durch föderal gegenläufiges Vorgehen gekennzeichnet ist. Außerdem liegt den Pflegekassen häufig keine umfassende und aktuelle Listung der behördlichen Auflagen sowie landesrechtlicher Regelungen zur Eindämmung der Coronavirus SARS-CoV-2-Pandemie vor. Insofern verunmöglicht diese 14-Kalendertagefrist den Anspruch einer ordnungsgemäßen Prüfung. Auch wenn der Sinn der zugrundeliegenden Auszahlungsfrist nachvollziehbar ist und zudem die Möglichkeit zur Vorläufigkeit der Auszahlung gegeben ist, er-

fordert die Geltendmachung etwaiger Korrekturen und nachfolgender Rückforderungen zusätzlichen Aufwand. Insofern sollte geprüft werden, ob für die neugefasste Anspruchsgrundlage bei der Geltendmachung der Mindereinnahmen nach Absatz 2a (neu) eine weitergefasste Frist normiert werden sollte, bspw. indem Erstattungen ausschließlich für angezeigte Mindereinnahmen immer im Rahmen der bislang praktizierten Gesamterstattung im Folgemonat angewiesen werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

§ 150 Abs. 2a SGB XI, wird wie folgt gefasst:

„(2a) Absatz 2 findet entsprechende Anwendung bei Mindereinnahmen, die den zugelassenen Pflegeeinrichtungen infolge der Umsetzung behördlicher Maßnahmen sowie von landesrechtlichen Regelungen zur Verhinderung und Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) unmittelbar entstehen. Die in Satz 1 genannte Voraussetzung für die Erstattung von Mindereinnahmen ist von der Pflegekasse vor der Auszahlung zu überprüfen. Abweichend von Absatz 2 Satz 3 erfolgt die Auszahlung Erstattungen aus den Mindereinnahmen nach Satz 1 als Gesamterstattungsbeträge im Folgemonat.“

Vorauszahlung der Erstattungsbeträge aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung

Bestimmte Pflegekassen leisten im Rahmen der vom Deutschen Bundestag festgestellten epidemischer Lage von nationaler Tragweite und im Kontext der Corona-Rettungsschirme n. § 150 Absatz 2 bis 4 und 5a SGB XI und der Coronavirus-Testverordnung – TestV monatlich Kostenerstattungen in erheblicher Höhe. Dies dürften angesichts der hier avisierten Verlängerung der Maßnahmen der Corona-Rettungsschirme und der fortwährenden Nationalen Teststrategie, die insbesondere auch auf die vulnerablen Gruppen in Pflegeeinrichtungen abzielt, weiterhin Bestand haben. Die involvierten Pflegekassen sehen sich angesichts der dadurch prognostizierten Summen, welche in einem kurzen Zeitfenster ausbezahlt sind, und auch angesichts der Systematik des Finanzausgleichs i. S. d. §§ 66 ff. SGB XI kurzfristigen Liquiditätsengpässen gegenüber. Abhilfe könnte hier die Adaption der Maßgaben n. § 111d Absatz 4 SGB V für die Regelungen in § 150 SGB XI sein.

Mit der Regelung in § 111d SGB V sollen die negativen finanziellen Folgen der Corona-Pandemie auf Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen abgemildert werden, um den Bestand dieser Einrichtungen zu sichern. Das hier implementierte Melde- und Auszahlungsverfahren sieht vor, dass die für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen aufsummierten Beträge für pandemiebedingte Ausgleichszahlungen unverzüglich an das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) übermittelt werden müssen. Das BAS wiederum zahlt auf Grundlage dieser angemeldeten Mittelbedarfe die Beträge an das jeweilige Land oder die benannte Krankenkasse zur Weiterleitung an die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds.

Analog dieser Systematik sollte für die zuständigen Pflegekassen i. S. d. in § 150 Abs. 2 bis 5a SGB XI niedergelegten Verfahren bzw. die zuständigen Pflegekassen i. S. d. § 7 Absatz 2 Satz 3 TestV ein fakultatives Verfahren ermöglicht werden, bei welchem die Pflegekassen eine Vorauszahlung der Erstattungsbeträge aus

dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung n. § 65 SGB XI beim BAS zur Weiterleitung an die Pflegeeinrichtungen anmelden können, welche etwaige pandemiebedingte Erstattungen ersuchen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Nach § 150 Abs. 5d SGB XI wird folgender neuer Absatz 6 eingefügt:

(6) Die zuständigen Pflegekassen in den Verfahren nach Absatz 2 bis 5a können zum Zweck der Liquiditätssicherung die aufsummierten Erstattungsbeträge der nach Absatz 2 bis 5a niedergelegten Verfahren jeweils unverzüglich an das Bundesamt für Soziale Sicherung übermitteln. Das Bundesamt für Soziale Sicherung zahlt auf Grundlage der nach Satz 1 angemeldeten Mittelbedarfe an die dafür zuständige Pflegekasse nach Satz 1 die gemeldeten Erstattungsbeträge der nach Absatz 2 bis 5a niedergelegten Verfahren zur Weiterleitung an die Pflegeeinrichtungen aus dem Ausgleichsfonds nach § 65. Um eine schnellstmögliche Zahlung zu gewährleisten, kann die zuständige Pflegekasse beim Bundesamt für Soziale Sicherung ab dem XX.XX.2021 Abschlagszahlungen beantragen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt das Nähere zum Verfahren der Übermittlung der aufsummierten Erstattungsbeträge sowie der Zahlung aus dem Ausgleichsfonds nach § 65 einschließlich der Abschlagszahlungen.

Absatz 6 wird Absatz 7 (unter Berücksichtigung von Artikel 7 Nr. 7e).

Übermittlung von Leistungsdaten an die Krankenkassen

Unmittelbare Übermittlung von Leistungsdaten an Kassen als vorläufige Information

Heute werden die Daten der Leistungen, die in der vertragsärztlichen bzw. vertragszahnärztlichen Versorgung erbracht werden, im Rahmen der Abrechnung mit sechs bis neunmonatigem Zeitverzug von den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen an die Krankenkassen übermittelt. Eine Auskunft an den Versicherten ist damit im Hinblick auf diese Daten, die für den Versicherten von hoher Relevanz sein können, unvollständig. Gleichzeitig zeigt sich gerade auch während der Corona-Pandemie, dass dieser zeitliche Verzug wichtige Maßnahmen, wie z.B. die zeitgenaue Feststellung einer Anspruchsberechtigung an FFP2-Masken, erschwert. Um diese Defizite zu schließen, werden die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen verpflichtet, diese Informationen den Krankenkassen zeitnah als vorläufige Informationen zur Verfügung zu stellen. Grundlage der Abrechnung bleiben die nach sechs bis neun Monaten im Rahmen der Abrechnung übermittelten Daten.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG:

In § 67 SGB V wird ein Absatz 4 eingefügt:

„(4) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind ab 01. Januar 2023 unmittelbar nach Ablauf des Abrechnungsquartals und ungeachtet etwaiger Prüf- und Bearbeitungspflichten verpflichtet, die Abrechnungsdaten ihrer Mitglieder versichertenbezogen an die jeweils zuständige Krankenkasse zu übermitteln. Das Nähere zu den Lieferungen nach Satz 1 vereinbaren Kassenärztliche Bundesvereinigung und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 30. Juni 2022 als Bestandteil der Bundesmantelverträge. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 nicht innerhalb der gesetzten Frist zustande, legt die Schiedsstelle nach § 129 Absatz 8 auf Antrag einer Vertragspartei oder des Bundesministeriums für Gesundheit innerhalb einer Frist von zwei Monaten den Vereinbarungsinhalt fest.“