

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**19(14)234(3)**  
zur öAnh am 16.11.2020 -  
Versorgungsverbesserungsgesetz  
5.11.2020



BUNDESVERBAND

**Stellungnahme des  
AOK-Bundesverbandes zur Anhörung des  
Gesundheitsausschusses  
am 16.11.2020**

**Zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der  
Gesundheitsversorgung und Pflege  
(Gesundheitsversorgungs- und  
Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG)  
Bundestags-Drucksache 19/23483**

Stand 04.11.2020

AOK-Bundesverband  
Rosenthaler Straße 31  
10178 Berlin  
Tel. 030/ 3 46 46 - 2299



## Inhaltsverzeichnis:

<b>I. Stellungnahme zur Umsetzung des Maßnahmenpakets zur Stabilisierung der Zusatzbeiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zur Umsetzung der „Sozialgarantie 2021“ .....</b>	<b>- 4 -</b>
<b>I. a.) Zusammenfassung.....</b>	<b>- 4 -</b>
Zusammengefasste Forderungen AOK-Gemeinschaft.....	- 8 -
<b>I. b.) Stellungnahme .....</b>	<b>- 9 -</b>
<b>Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....</b>	<b>- 9 -</b>
Art. 1 Nr. 7 § 221a SGB V Ergänzender Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds im Jahr 2021 .....	- 9 -
Art. 1 Nr. 8 § 242 SGB V Zusatzbeitrag.....	- 10 -
Art. 1 Nr. 9 § 260 Abs. 2 SGB V Betriebsmittel.....	- 13 -
Art. 1 Nr. 10 § 271 SGB V Gesundheitsfonds .....	- 15 -
Art. 1 Nr. 11 § 272 Abs. 1 und 2 SGB V Sonderregelungen für den Gesundheitsfonds im Jahr 2021 .....	- 16 -
<b>II. Stellungnahme zu den weiteren Regelungen des Gesetzentwurfs.....</b>	<b>- 20 -</b>
<b>II. a.) Zusammenfassung.....</b>	<b>- 20 -</b>
<b>II. b.) Stellungnahme .....</b>	<b>- 22 -</b>
<b>Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....</b>	<b>- 22 -</b>
Artikel 1 Nr. 1 § 32 SGB V Heilmittel.....	- 22 -
Art. 1 Nr. 2 § 85a SGB V - Sonderregelungen für Vertragszahnärzte aus Anlass der COVID-19-Epidemie.....	- 23 -
Artikel 1 Nr. 3 § 125 SGB V Verträge Heilmittel.....	- 24 -
Art. 1 Nr. 5 § 137g Absatz 2 SGB V – Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme.....	- 25 -
Art. 1 Nr. 6 a) § 140a Absatz 1 SGB V – Besondere Versorgung .....	- 26 -
Art. 1 Nr. 6 b) § 140a Absatz 2 SGB V – Besondere Versorgung (Abweichungsbefugnisse; Erfüllungsfiktion für Förderprojekte des Innovationsfonds; Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen).....	- 28 -
Art. 1 Nr. 6 c) § 140a Absatz 3 Satz 1 SGB V – Besondere Versorgung (Vertragspartner) .....	- 30 -
Art. 1 Nr. 6 d) § 140a Absatz 3 SGB V – Besondere Versorgung (Vertragsgegenstand)-	- 32 -
<b>Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG).....</b>	<b>- 33 -</b>

Artikel 2 Nr. 1 § 4 Absatz 10 KHEntgG Hebammenstellen-Förderungsprogramm ..... - 33 -

Artikel 2 Nr. 2 § 9 KHEntgG Vereinbarung auf Bundesebene (Sicherstellungszuschlag  
Kinder- und Jugendmedizin) und Nr. 3 § 5 KHEntgG Vereinbarung  
und Abrechnung von Zu- und Abschlägen (Höhe der Förderung  
durch Sicherstellungszuschläge) ..... - 36 -

**Artikel 3 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch..... - 39 -**

Art. 3 Nr. 2 § 18 Absatz 6a Satz 5 SGB XI Entfristung des Antragsverfahrens für  
Pflegehilfsmittel im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung der  
Pflegebedürftigkeit..... - 39 -

**Art. 3 Nr. 3 und 4 § 84 Abs. 9 – 11 SGB XI Vergütung der stationären Pflege:  
Bemessungsgrundsätze ..... - 40 -**

**III. Weiterer Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes ..... - 44 -**

**Zusammenfassung ..... - 44 -**

§ 87a Abs. 3 Satz 7 und 8 SGB V – Regionale Euro-Gebührenordnung,  
Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der  
Versicherten ..... - 45 -

§ 33a SGB V Digitale Gesundheitsanwendungen..... - 51 -

§ 197a SGB V Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen ..... - 53 -

## I. Stellungnahme zur Umsetzung des Maßnahmenpakets zur Stabilisierung der Zusatzbeiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zur Umsetzung der „Sozialgarantie 2021“

### I. a.) Zusammenfassung

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf zum GPVG beabsichtigt die Bundesregierung im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eine Umsetzung der im Rahmen des Konjunkturpaketes abgegebenen „Sozialgarantie 2021“ für die Gesamtsozialversicherung. Die Steigerung der Lohnnebenkosten über 40 Prozent soll im Jahr 2021 verhindert werden. Ohne Gegenmaßnahmen in der GKV, die unter Beibehaltung des gegenwärtigen durchschnittlichen Beitragsatzes Anfang 2021 eine Finanzierungslücke von 16,6 Milliarden Euro aufweisen würde und damit den GKV-Zusatzbeitragsatz auf 2,2 Prozent verdoppeln müsste, wäre diese Grenze nicht einzuhalten. Die Bundesregierung hatte deshalb angekündigt, *„[...] darüber hinaus gehende Finanzbedarfe aus dem Bundeshaushalt jedenfalls bis zum Jahr 2021 [zu] decken.“* Sie hat damit auch gegenüber den GKV-Beitragszahlern eine Garantie ausgesprochen, dass es im Jahr 2021 keine zusätzlichen Belastungen geben wird.

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht jedoch nunmehr vor:

- den Bundeszuschuss um fünf Milliarden Euro im Jahr 2021 auf insgesamt 19,5 Milliarden Euro zu erhöhen,
- Finanzreserven der Krankenkassen in Höhe von acht Milliarden Euro dem Gesundheitsfonds zufließen zu lassen und
- die Anhebungsverbotsgrenze für die Zusatzbeitragsätze bei Finanzreserven von 1,0 auf 0,8 Monatsausgaben abzusenken.

Darüber hinaus soll der GKV-durchschnittliche Zusatzbeitrag für das Jahr 2021 um 0,2 Beitragsatzpunkte auf insgesamt 1,3 Prozent angehoben werden.

Die AOK-Gemeinschaft sieht in den Umsetzungsvorschlägen zur Sozialgarantie einen eklatanten Widerspruch zu dem im Juni abgegebenen Versprechen und lehnt daher den Rückgriff auf die Finanzreserven der Krankenkassen zur Umsetzung der Sozialgarantie ab.

Das Maßnahmenpaket ist eine ungerechtfertigte Belastung von Beitragszahlern:

Die Rücklagen sind von den Beitragszahlern der jeweiligen Kassen aufgebracht worden. Diese sollen nun zum Großteil zur Finanzierung des in 2021 prognostizierten GKV-Defizits verwendet werden. Ursprünglich war zur Sozialgarantie folgendes vorgesehen: *„Um eine dadurch bedingte Steigerung der Lohnnebenkosten zu verhindern, werden wir im Rahmen einer „Sozialgarantie 2021“ die Sozialversicherungsbeiträge bei maximal 40 % stabilisieren, indem wir darüber hinaus gehende Finanzbedarfe aus dem Bundeshaushalt jedenfalls bis zum Jahr 2021 decken. Das schützt die Nettoeinkommen der Arbeitnehmer und bringt Verlässlichkeit und Wettbewerbsfähigkeit für die Arbeitgeber“* (Beschluss Koalitionsausschuss 03.06.2020). Wenn aus übergeordneten wirtschafts- und konjunkturpolitischen Gründen eine Sozialgarantie ausgesprochen wird, muss diese Zusage eingehalten werden. Der Gesetzgeber muss die Finanzierungsverantwortung vollständig übernehmen und die Sozialgarantie durch einen entsprechenden Bundeszuschuss absichern.

Das Maßnahmenpaket führt zu einer nahezu vollständigen Entmündigung der Selbstverwaltung und zur Auflösung der Haushaltsautonomie:

Neben der ungerechten Belastung der Beitragszahler stellt dies gleichzeitig einen massiven Eingriff in die Haushaltsautonomie der Kassen und eine weitere Entmündigung der von den Sozialpartnern getragenen Selbstverwaltung dar. Der Griff in die Reserven der Krankenkassen beschädigt das Vertrauen in eine seriöse Gesundheitspolitik der Bundesregierung. Für die Selbstverwaltung erschwert dieses Vorgehen eine verantwortungsvolle Steuerung der Krankenkassenhaushalte. Solide Finanzentscheidungen im Sinne der Beitragszahler sind unter diesen Rahmenbedingungen nicht zu gewährleisten.

Das Maßnahmenpaket ist nicht nachhaltig, sondern entfacht lediglich ein Strohfeuer für das Jahr 2021:

Die GKV hat gemeinsam mit dem BMG eine fachlich geeinte Einschätzung zum notwendigen Refinanzierungsbedarf im Jahr 2021 entwickelt. Konsens war dabei, dass ein Großteil der Ausgabensteigerungen nicht durch die Pandemie, sondern insbesondere durch ausgabentreibende Gesetze verursacht wird. Von den geschätzten Mehrkosten von 16,6 Milliarden Euro im Jahr 2021 entfallen lediglich 3,4 Milliarden Euro auf die Folgen der Pandemie. Zur Umsetzung der Sozialgarantie im Wahljahr 2021 werden dafür in einer einmaligen Hauruckaktion die Rücklagen der Kassen weitgehend aufgebraucht. Damit ist das Ausgabenproblem der GKV weder in 2021 noch für die Folgejahre nachhaltig gelöst.

Der Eingriff in die Finanzreserven führt zusätzlich zu Wettbewerbsverzerrungen insbesondere zulasten der AOK:

Der vorgesehene Rückgriff auf die Finanzreserven der einzelnen Krankenkassen ist nicht wettbewerbsneutral gestaltet. Insbesondere Krankenkassen, die mit einer soliden Finanzpolitik für schwierige Phasen vorgesorgt haben, werden durch die geplanten Maßnahmen bestraft und erleiden einschneidende Nachteile im Wettbewerb, während andere Krankenkassen, die wenig finanzielle Vorsorge betrieben haben, gar nicht bzw. nur geringfügig herangezogen werden.

Mit dem GPVG-Entwurf werden jegliche Anreize für Krankenkassen, ihren Versicherten ein qualitativ hochwertiges und gleichzeitig effizientes Versorgungsangebot bereitzustellen, konterkariert und der für Versicherte und Beitragszahler nützliche Wettbewerb um die beste Versorgung ad absurdum geführt. Wirtschaftliches und vorausschauendes Verhalten der Krankenkassen wird sinnlos.

Die Abführung von Beitragsrücklagen effizient wirtschaftender Krankenkassen an den Fonds führt insbesondere zulasten der AOK zu einer Wettbewerbsverzerrung in sehr großem Umfang: Die AOK trägt bei einem Marktanteil von rund 36 Prozent damit über 50 Prozent der an den Gesundheitsfonds abzuführenden Rücklagen. Gleichzeitig wird die AOK durch die Regelungen des „Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetzes“ (GKV-FKG) im Jahr 2021 und in den Folgejahren massiv und überproportional finanziell belastet.

Das Maßnahmenpaket hat fatale Wechselwirkungen zu den bestehenden GKV-VEG-Regelungen sowie weiteren Bestimmungen (Haushaltsrecht, Rechnungslegung, Regelungen im Kontext Insolvenz):

Mit dem Gesetzentwurf soll die Vermögensobergrenze auf 80 % einer Monatsausgabe abgesenkt werden. Das führt dazu, dass Krankenkassen, die schon im Jahr 2020 einen nicht kostendeckenden Beitragssatz erheben, um dem Auftrag aus dem GKV-VEG folgend Rücklagen abzubauen, ihren Beitragssatz für das Folgejahr nicht anheben dürfen, wenn die Rücklagen nach dem letzten vierteljährlichen Rechnungsergebnis noch über 80 % liegen. Diese Krankenkassen müssen den schon im Jahr 2020 nicht kostendeckenden Beitragssatz auch im Jahr 2021 erheben, obwohl sie wissen, dass im Jahr 2021 der außerordentliche Vermögenszugriff nach dem GPVG sowie die Auswirkungen der RSA-Reform nach dem GKV-FKG den Haushalt so stark belasten, dass am Ende des Haushaltsjahres kein ausreichendes Vermögen (0,2 Monatsausgaben) mehr ausgewiesen wird.

Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft muss der Rücklagenabbau nach GPVG entsprechend des Kabinettsbeschlusses im Jahr 2020 zwingend in der Rechnungslegung berücksichtigt werden, um eine Wirkung auf die Regelungen des Zusatzbeitragserhöhungsverbots (§ 242 SGB V), die Verteilung der Haftungssummen in der GKV im Haftungsfall (§ 167 SGB V) und auf die Haushaltsplanungen 2021 zu entfalten.

Die Jahresrechnung hat ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage der Krankenkassen zu vermitteln (§ 77 Abs. 1a Satz 1 SGB IV). Das Gesetz bestimmt hierfür in Anlehnung an das Handelsrecht (vgl. § 252 HGB) die Grundsätze, die bei der Bewertung der in der Jahresrechnung ausgewiesenen Vermögensgegenstände und Verbindlichkeiten zu beachten sind (§ 77 Abs. 1a Satz 3 SGB IV) (siehe auch BSG Urteil Audi BKK, Az.: B 1 A 2/19 R). Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes am 23.11.2020 ist für alle Krankenkassen auch unabhängig von einem Bescheid durch das BAS allein durch das Gesetz konkret festgelegt, welcher Betrag des Vermögens der jeweiligen Kasse an den Fonds abzuführen ist, welcher somit nicht mehr für anderweitige Zwecke zur Verfügung steht und - wie in der Begründung ausgeführt - durch die Kassen selber auch nicht mehr zu beeinflussen ist. Dieser Betrag ist als Verpflichtung in der amtlichen Statistik (KV 45 IV/2020) und in der Jahresrechnung (KJ1 2020) einzustellen.

Entsprechend zeitlich synchron ist dieser Betrag der abzuführenden Mittel bis zum 01.12.2020 durch Bescheid vom BAS den Kassen mitzuteilen und dabei festzulegen, dass die Kürzungen der monatlichen Zuweisungen in zwölf gleichen monatlichen Tranchen im Jahr 2021 vollzogen werden und die Forderung des Gesundheitsfonds an die Kassen entsprechend realisiert werden sollen. Die Verpflichtungen der Kassen werden entsprechend dieser Tranchen aufgelöst.

Ohne diese Anpassungen des Gesetzesentwurfs kollidieren die geplanten Neuregelungen der §§ 242, 260 und 272 SGB V insbesondere mit dem Aufsichtsrecht: Einerseits ist ein Haushaltsplan, in dem zum Ende des Haushaltsjahres die gesetzliche Mindestrücklage unterschritten wird, nicht genehmigungsfähig. Andererseits dürfen Aufsichtsbehörden keinen Haushaltsplan genehmigen, der eine Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes vorsieht, wenn die Krankenkasse zur letzten Vierteljahresrechnung noch Finanzreserven von mehr als 0,8 Monatsausgaben aufwies. Gerade weil sie ihren Zusatzbeitragssatz nicht erhöhen dürfen, werden jedoch viele Krankenkassen gezwungen sein, einen Haushaltsplan mit Unterschreitung der gesetzlichen Mindestrücklage ihrer

Aufsichtsbehörde vorzulegen. Die Aufsichten müssen dann jeweils eine Abwägung verschiedener Rechtsvorschriften vornehmen. Rechtssicher verbliebe dann nur der Weg der vorläufigen Haushaltsführung.

Durch die geplanten Neuregelungen und die verknüpfte Bedingung an unterjährige KV 45 Ergebnisse können Krankenkassen darüber hinaus nicht auf aktuelle Finanzentwicklungen in der GKV reagieren. Durch den Zeitverzug entsteht eine Unterdeckung im laufenden Haushaltsjahr. Dies führt zwangsläufig zu unterjährigen Beitragssatzanpassungen, die dann deutlich höher ausfallen müssen als bei einer ganzjährigen Wirkung. Entsprechende Beitragssatzsprünge sollten unbedingt vermieden werden.

Die AOK-Gemeinschaft fordert daher, die Regelung nach § 242 Abs. 1 Satz 4 (Zusatzbeitragssatzerhöhungsverbot) ersatzlos zu streichen. Sollte der Zugriff auf Rücklagen umgesetzt werden, ist losgelöst von der Frage eines Zusatzbeitragssatzerhöhungsverbotes die Forderung:

- Der Bescheid nach § 272 Abs. 2 muss spätestens bis zum 01.12.2020 an die Krankenkassen versandt werden.
- Die Finanzierungsanteile sind in der Rechnungslegung des Jahres 2020 (KV45 IV/2020, KJ1 2020) zu berücksichtigen.
- Die Obergrenze für Rücklagen nach § 260 Abs. 2 SGB V und die Schwelle für das Anhebungsverbot nach § 242 SGB V (so nicht gestrichen) wird bei 1,0 Monatsausgaben belassen.

Durch das Maßnahmenpaket können unkontrollierte Haftungsfälle entstehen:

Die Finanzreserven der GKV sind bereits nach der Neuregelung des Haftungssystems der GKV durch das GKV-FKG dafür vorgesehen, Insolvenzen und Schließungen von Krankenkassen zu verhindern und – sollte es dazu kommen – für die daraus entstehenden Verpflichtungen zu haften, so dass Versicherten und Leistungserbringern kein Schaden entsteht (vgl. §§ 163 ff. SGB V). Genau diese notwendigen Finanzmittel werden durch die nun vorgesehene Regelung bereits aufgebraucht. Das Risiko steigt, dass es zu solchen Haftungsfällen kommt, gleichzeitig sinkt die Risikotragfähigkeit der GKV. Ein Haftungsfall in der GKV kann bereits zu Dominoeffekten bei anderen Krankenkassen führen.

Die AOK-Gemeinschaft lehnt das geplante Maßnahmenpaket in Gänze ab und fordert die bereits im Koalitionsausschuss am 03.06.2020 zugesagte Absicherung der Sozialgarantie über einen auskömmlich bemessenen Bundeszuschuss.

## Zusammengefasste Forderungen AOK-Gemeinschaft

### 1. §§ 221a und § 272 Abs. 1:

Die AOK-Gemeinschaft lehnt den Rückgriff auf die Finanzreserven der Krankenkassen zur Finanzierung des Gesundheitsfonds grundsätzlich ab. Zur Umsetzung der Sozialgarantie 2021 muss der Bundeszuschuss um zusätzlich 11,6 Mrd. Euro auf insgesamt 16,6 Mrd. Euro erhöht werden.

### 2. § 242:

Das Verbot der Anhebung von Zusatzbeiträgen wird grundsätzlich abgelehnt und ist ersatzlos zu streichen. Wenn das Anhebungsverbot nicht gestrichen wird, dann sind die für das Zusatzbeitragsanhebungsverbot relevanten Finanzreserven nach § 242 Abs. 1 Satz 4 SGB V um den vollständigen GPVG-Finanzierungsanteil nach § 272 Abs. 1 zu kürzen und der Schwellenwert bei 1,0 Monatsausgaben zu belassen.

### 3. § 272 Abs. 2:

Wenn der Rückgriff auf die Finanzreserven nach § 272 Abs. 1 wie vorgesehen umgesetzt wird, dann ist diese Belastung in der vollen, für das Gesamtjahr geltenden Höhe als Verpflichtung bereits in der Rechnungslegung 2020 (KV45 IV, KJ1) zu buchen. Hierfür ist der entsprechende Bescheid nach § 272 Abs. 2 den Krankenkassen bis zum 01.12.2020 zuzustellen. Damit wird Rechtssicherheit für weitere Regelungen geschaffen, die sich auf die Finanzreserven beziehen (Rücklagenobergrenze § 260 SGB V, Finanzierung von Finanzhilfen nach § 164 SGB V und Haftungssummen nach § 167 SGB V).

### 4. § 260 Abs. 2:

Die Obergrenze für die Finanzreserven nach § 260 Abs. 2 Satz 3 ist bei 1,0 Monatsausgaben zu belassen.

### 5. § 271:

Redaktionelle Anpassung.



## I. b.) Stellungnahme

### Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

#### Art. 1 Nr. 7 § 221a SGB V Ergänzender Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds im Jahr 2021

##### A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht für den Bereich der GKV im Jahr 2021 einen ergänzenden Bundeszuschuss in Höhe von 5 Milliarden Euro an den Gesundheitsfonds vor.

##### B Stellungnahme

**Es besteht ein inhaltlicher Zusammenhang zwischen den geplanten Regelungen in Artikel 1 Nr. 7 (§ 221a) und Artikel 1 Nr. 11 (§ 272). Daher wird auf die Begründung zu Artikel 1 Nr. 11 verwiesen.**

Der zusätzliche Bundeszuschuss muss aus Sicht der AOK-Gemeinschaft den gesamten geschätzten Fehlbetrag der GKV zur Vermeidung einer Zusatzbeitragserhöhung umfassen. Entsprechend der Sozialgarantie war dies auch so in Aussicht gestellt worden: „Um eine dadurch bedingte Steigerung der Lohnnebenkosten zu verhindern, werden wir im Rahmen einer „Sozialgarantie 2021“ die Sozialversicherungsbeiträge bei maximal 40 % stabilisieren, indem wir darüber hinausgehende Finanzbedarfe aus dem Bundeshaushalt jedenfalls bis zum Jahr 2021 decken. Das schützt die Nettoeinkommen der Arbeitnehmer und bringt Verlässlichkeit und Wettbewerbsfähigkeit für die Arbeitgeber“ (Beschluss Koalitionsausschuss 03.06.2020). Der zusätzliche Bundeszuschuss muss von daher 16,6 Mrd. Euro betragen.

Der zu geringe zusätzliche Bundeszuschuss hat zur Folge, dass die von der Politik einmalig für das Wahljahr 2021 versprochene „Sozialgarantie“ nicht einzuhalten ist. Entgegen der oben genannten Zusage werden die fehlenden Mittel für die Sozialgarantie nun aus den Finanzreserven der Krankenkassen eingezogen und damit aus den Geldern der Beitragszahler finanziert.

##### C Änderungsvorschlag

Satz 1 des vorgesehenen neuen § 221a wird wie folgt gefasst:

„Unbeschadet des § 221 Absatz 1 leistet der Bund im Jahr 2021 zur Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes gemäß § 242a im Jahr 2021 einen ergänzenden Bundeszuschuss in Höhe von 16,6 Milliarden Euro an den Gesundheitsfonds.“

## Art. 1 Nr. 8 § 242 SGB V Zusatzbeitrag

### A Beabsichtigte Neuregelung

§ 242 Abs. 1 Satz 4 SGB V verbietet es Krankenkassen, ihren kassenindividuellen Zusatzbeitrag zu erhöhen, solange ihr Vermögen nach § 260 Abs. 2 SGB V (Summe aus Betriebsmitteln, Rücklage sowie Geldmittel zur Anschaffung und Erneuerung von Verwaltungsvermögen) eine Monatsausgabe übersteigt. Die vorgeschlagene Neuregelung verschärft dieses Verbot dahingehend, dass der Zusatzbeitrag bereits ab einem Vermögen von über 0,8 Monatsausgaben nicht erhöht werden darf.

### B Stellungnahme

Der Zwangsabbau der Finanzreserven sowie das Verbot der Zusatzbeitragserrhöhung wurden mit dem „Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der GKV (GKV-VEG)“ eingeführt und sind aus denselben Gründen weiterhin abzulehnen (siehe Stellungnahme zu § 260 SGB V sowie zu Artikel 1 Nr. 9 in diesem Dokument).

Die AOK-Gemeinschaft lehnt die geplante Verschärfung des Zusatzbeitragserrhöhungsverbots daher ebenfalls ab. Die Regelung steht im Zusammenhang mit dem ebenfalls verschärften Zwangsabbau von Finanzreserven nach § 260 Abs. 2a SGB V.

#### Gefährliche Wechselwirkung auf die finanzielle Stabilität der GKV:

Die Regelungen nach § 242 Abs.1, § 260 Abs. 2a sowie § 272 (neu) entfalten in ihrer Gesamtheit eine sehr gefährliche Wechselwirkung auf die finanzielle Stabilität der GKV: Krankenkassen, die in der Vergangenheit hohe Finanzreserven aufgebaut haben, bauen diese bereits jetzt gemäß § 260 Abs. 2a in drei Schritten in den Jahren 2020 bis 2022 durch einen niedrigen, nicht-ausgabendeckenden Zusatzbeitrag ab und weisen daher ein negatives Finanzergebnis in den Jahren 2020 bis 2022 aus. Falls die Vermögensschwelle von 0,8 Monatsausgaben damit nicht schon unterschritten wird, dürfen diese Krankenkassen ihren Zusatzbeitrag auch 2021 nicht erhöhen, obwohl der GKV-durchschnittliche Zusatzbeitrag voraussichtlich um 0,2 Beitragssatzpunkte auf 1,3% ansteigen wird. Damit geht auch die Differenz zwischen dem Zusatzbeitrag der Kasse und dem GKV-durchschnittlich benötigten Zusatzbeitrag voll zu Lasten der betroffenen Krankenkasse. Zusätzlich muss diese Kasse im Jahr 2021 aufgrund ihrer Finanzreserven, die sie im 1. Halbjahr 2020 noch aufwies, einen sehr hohen Finanzierungsanteil für die 8 Mrd. Euro nach § 272 (neu) bezahlen. Alleine durch diese drei Effekte besteht die Gefahr, dass die Finanzreserven der Kasse zum Ende des Jahres 2021 die gesetzliche Mindestrücklage unterschreiten (siehe Tabelle unten). Dabei sind weder Risiken berücksichtigt, die den Krankenkassen aus der Reform des Morbi-RSA nach GKV-FKG (Zuweisungsverluste) entstehen können, noch wurden Risiken zu möglichen Finanzhilfen des GKV-Spitzenverbands nach § 164 SGB V eingerechnet.

**Darstellung für eine Beispielkasse**

	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
<b>Zusatzbeitrag</b>	0,9% (GKV 0,9%)	0,9% (GKV 1,1%)	0,9% <sup>3</sup> (GKV 1,3%)
<b>Finanzreserven</b>	<b>1,6 MA<sup>1</sup></b>	<b>-0,2 MA</b> durch Abbau nach § 260 Abs. 2a <b>-0,1 MA</b> durch Ausgabenüberschuss GKV <sup>2</sup> <b>-0,7 MA</b> durch Finanzierungsanteil GPVG (§ 272 SGB V neu) <sup>4</sup> <b>= 0,6 MA</b>	<b>-0,2 MA</b> durch Abbau nach § 260 Abs. 2a <b>-0,2 MA</b> durch ZBS-Anhebungsverbot nach § 242 Abs. 1 SGB V <b>= 0,2 MA</b> (= Mindestrücklage)

<sup>1</sup> MA = Monatsausgaben: Zur einfacheren Darstellung entspricht eine Monatsausgabe hier einem Beitragsatzpunkt

<sup>2</sup> Der rechnerische ausgabendeckende Zusatzbeitrag entspricht im GKV-Durchschnitt nach aktuellen Schätzungen etwa 1,2%

<sup>3</sup> Eine unterjährige Erhöhung des ZBS ist für die Beispielkasse nicht möglich, da zunächst die Mindestrücklage unterschritten sein muss (§ 242 Abs. 2 SGB V)

<sup>4</sup> Berechnungsgrundlage ist die 2. Vierteljahresrechnung 2020: Die Beispielkasse verfügte zum 30.06.2020 noch über Finanzreserven von 1,5 Monatsausgaben

Rechtlicher Konflikt für Aufsichtsbehörden

Die Aufsichtsbehörden der Krankenkassen geraten durch das Zusammenwirken der geltenden rechtlichen Vorgaben mit den geplanten Regelungen des GPVG für betroffene Krankenkassen in einen rechtlichen Konflikt bei der Prüfung der Haushaltspläne und der Zusatzbeitragsatzhöhe für das Jahr 2021, weil sie den Haushalt trotz absehbarer Gefährdung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit im Sinne des § 70 Abs. 5 S.4 SGB IV nicht beanstanden können: Dieser Konflikt ergibt sich daraus, dass einerseits nach den geplanten Regelungen des GPVG im Jahr 2021 die Finanzreserven der Krankenkassen durch die Abführung von 66,1% der 0,4 Monatsausgaben übersteigenden Finanzreserven nach § 272 Abs. 2 SGB V idF des GPVG-RegE als „Solidarbeitrag“ abgeschmolzen werden. Andererseits dürfen die Krankenkassen nach § 242 Abs. 1 S.4 SGB V ihren aufgrund der Vorgaben des GKV-VEG zur Abschmelzung der Finanzreserven auf den derzeit noch zulässigen Höchstbetrag von 1,0 Monatsausgaben bereits nicht ausgabendeckenden Zusatzbeitragsatz des Jahres 2020 für das Jahr 2021 nicht erhöhen, wenn nach dem zuletzt vorgelegten vierteljährlichen Rechnungsergebnis die Obergrenze von einer Monatsausgabe für die Finanzreserve noch nicht unterschritten ist. Das Zusammenwirken dieser rückwärtsgewandten Vorgabe zum Zusatzbeitragsatz mit den Regelungen zur Zwangsrücklagenentnahme bewirkt, dass trotz absehbarer nahezu vollständiger Aufzehrung der Rücklage bis hin zu einer drohenden bilanziellen Überschuldung keine Vorsorge im Haushalt getroffen werden kann.

Die Covid-19-Pandemie hat die gesamte Gesellschaft vor große Herausforderungen gestellt. Um die Maßnahmen zur Eindämmung zu finanzieren und Schäden für bestimmte gesellschaftliche Gruppen zu reduzieren, wurde die „Schuldenbremse“ in Bezug auf den Bundshaushalt ausgesetzt. Obwohl es sich um gesamtgesellschaftliche Aufgaben handelt, sollen die Krankenkassen

nach der Begründung des Gesetzgebers einen „Solidarbeitrag“ in Höhe von 8 Mrd. Euro leisten, der eine wettbewerbsverzerrende Zwangsentnahme aus den Beitragsrücklagen der Krankenkassen darstellt (vgl. hierzu Stellungnahme zu § 272). Angesichts dieser enormen finanziellen Belastung für die Krankenkassen ist das Verbot der Zusatzbeitragssatzerhöhung nach § 242 in der aktuellen Situation sowohl überflüssig als auch schädlich. Gerade jetzt brauchen die Krankenkassen die Freiheit, ihre Haushalte zu konsolidieren und ihre Leistungsfähigkeit trotz des enormen Abflusses von Finanzmitteln zu erhalten. Es ist daher völlig unverständlich, warum auf der einen Seite die „Schuldenbremse“ für den Bundeshaushalt zur Bekämpfung der Pandemie vorübergehend ausgesetzt wird und auf der anderen Seite die Haushaltsrestriktionen für die Krankenkassen – die demselben Ziel verpflichtet werden – sogar noch verschärft werden.

Gerade weil Krankenkassen mit hohen Finanzreserven durch das Anhebungsverbot ihren Zusatzbeitrag zum 01.01.2021 nicht erhöhen dürfen, werden die Finanzreserven unterjährig sehr schnell aufgebraucht sein, so dass eine Anhebung der Zusatzbeiträge nachträglich im Laufe des Jahres 2021 unvermeidbar ist.

**Die AOK-Gemeinschaft fordert daher, die Regelung nach § 242 Abs. 1 Satz 4 ersatzlos zu streichen.**

Sollte dies mit dem Willen des Gesetzgebers unvereinbar sein, muss der Rücklagenabbau in den für das Zusatzbeitragsanhebungsverbot maßgeblichen Finanzreserven berücksichtigt bzw. in Abzug gebracht werden. Die Schwelle für das Verbot nach § 242 Abs. 1 Satz 4 ist wie im Status Quo auf einer Monatsausgabe zu belassen.

### **C Änderungsvorschlag**

§ 242 Abs. 1 Satz 4 SGB V wird gestrichen.

Sollte ein Wegfall des Zusatzbeitragserhöhungsverbots mit dem Willen des Gesetzgebers unvereinbar sein, wird Folgendes vorgeschlagen:

§ 242 Abs. 1 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Krankenkassen dürfen ihren Zusatzbeitragssatz nicht anheben, solange ausweislich der zuletzt vorgelegten vierteljährlichen Rechnungsergebnisse ihre nicht für die laufenden Ausgaben benötigten Betriebsmittel zuzüglich der Rücklage nach § 261 sowie der zur Anschaffung und Erneuerung der Vermögensteile bereitgehaltenen Geldmittel nach § 263 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 abzüglich der Mittel nach § 272 Abs. 1 Satz 1 den durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Betrag der Ausgaben für die in § 260 Absatz 1 Nummer 1 genannten Zwecke überschreiten; § 260 Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend.“

Zusätzlich:

Die beabsichtigte Neuregelung zu § 242 Abs. 1 Satz 4 ist zu streichen.

## Art. 1 Nr. 9 § 260 Abs. 2 SGB V Betriebsmittel

### A Beabsichtigte Neuregelung

§ 260 Abs. 2 legt die Obergrenze für Finanzreserven der Krankenkassen (Summe aus Betriebsmitteln, Rücklage sowie Geldmittel zur Erneuerung und Anschaffung von Verwaltungsvermögen) auf eine Monatsausgabe fest. Finanzreserven, die diesen Betrag überschreiten, müssen nach Abs. 2a abgebaut werden. Die vorliegende Neuregelung senkt diese Obergrenze auf das 0,8-fache einer Monatsausgabe ab, in der Folge müssen auch die Finanzreserven noch weiter abgeschmolzen und die Zusatzbeitragssätze ggf. noch weiter abgesenkt werden.

### B Stellungnahme

Die AOK-Gemeinschaft lehnt die geplante Begrenzung der zulässigen Finanzreserven vollumfänglich ab. Der Zwangsabbau der Finanzreserven sowie das Verbot der Zusatzbeitragserhöhung wurden mit dem „GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG)“ eingeführt und sind aufgrund der daraus entstehenden Folgewirkungen weiterhin abzulehnen. Im Folgenden werden die Gründe dargestellt, die die AOK-Gemeinschaft bereits in ihrer Stellungnahme zum GKV-VEG aufgeführt hat:

Der Gesetzgeber scheint zu vergessen, dass Versicherte und Beitragszahler nicht nur ein Interesse an niedrigen Beitragssätzen haben. Sie möchten auch über einen längeren Zeitraum stabile Beitragssätze bei einem gleichbleibend hohen Versorgungsniveau. Diesem berechtigten Anliegen der Versicherten können Krankenkassen nur gerecht werden, wenn sie ausreichende finanzielle Handlungsspielräume besitzen. Mit den geplanten Regelungen wird in hohem Maße und stark reglementierend in diese Spielräume eingegriffen und die mittel- bis langfristigen finanzstrategischen und auf Stabilität ausgerichteten Planungen von Krankenkassen konterkariert. Finanzstabilität ist für das System der Gesetzlichen Krankenversicherung jedoch von größter Bedeutung. Der Gesetzgeber hat in den vergangenen Jahren zahlreiche Gesetze beschlossen, die zwar die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen massiv in die Höhe treiben, für die Versicherten aber so gut wie keine Verbesserung der Versorgung bewirken. Mit dem Vermögensabbau nach § 260 SGB V soll offenbar kurzfristig kaschiert werden, dass die Beitragszahler letztlich für die teuren Gesetze bezahlen müssen spätestens wenn die Finanzreserven der Kassen aufgebraucht sind.

Darüber hinaus verletzt der erzwungene Abbau der Finanzreserven in einschneidender Weise die Kompetenzen der Selbstverwaltungen der Krankenkassen, deren zentrale Aufgabe es ist, eine mittelfristig solide und mit Blick auf die Versorgungsbedarfe der Versicherten ausgewogene Haushalts- und Beitragssatzentscheidung zu treffen. Die Selbstverwaltung wird dadurch entmündigt und ihrer finanziellen Gestaltungsfreiheit beraubt. Dieser Eingriff in die Autonomie der Selbstverwaltung ist abzulehnen.

Die GKV ist in der Corona-Krise eine wesentliche Stütze für das deutsche Gesundheitswesen. Die Beitragszahler in der GKV haben einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung der Gesundheitsver-

sorgung und Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben geleistet. Es ist daher inakzeptabel, dass die Kassen zusätzlich zu den entstehenden Ausgabenbelastungen ihre Finanzreserven noch weiter abschmelzen müssen, um die politisch induzierten Kostensteigerungen im Jahr 2021 auszugleichen. Der Griff in die Reserven der Krankenkassen beschädigt das Vertrauen in eine seriöse Gesundheitspolitik der Bundesregierung.

Die AOK-Gemeinschaft lehnt den Rückgriff auf die Finanzreserven der Krankenkassen zur Finanzierung des Gesundheitsfonds 2021 ab. Da der GKV dadurch bereits enorme Geldmittel entzogen würden, ist auch ein Absenken der Obergrenze für Finanzreserven überflüssig und wird abgelehnt.

### **C      Änderungsvorschlag**

Die vorgesehene Regelung ist zu streichen.

## Art. 1 Nr. 10 § 271 SGB V Gesundheitsfonds

### A Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber nimmt mit den Änderungen des § 271 überwiegend redaktionelle Überarbeitungen vor mit dem Ziel, die Lesbarkeit zu erhöhen.

Für die Entnahmen aus der Liquiditätsreserve für den Krankenhausstrukturfonds wird nun ein Gesamtentnahmebetrag angegeben, statt eines jährlichen Entnahmebetrags für vier Jahre. Zugleich wird der Zeitraum, für den Entnahmen möglich sind, von 2022 auf 2024 verlängert. Das Gesamtvolumen wird dadurch nicht geändert. In Bezug auf den Einkommensausgleich werden rechtliche Klarstellungen vorgenommen, die in der Praxis bereits Anwendung finden.

### B Stellungnahme

Zu a): Die Ergänzung der bisherigen Absätze 4 und 5 als neuer Sätze in Absatz 1 ist sachgerecht. Die Ergänzung der Auflistung der Paragraphen, für die der Gesundheitsfonds Mittel vorhalten muss, um die Paragraphen 270a und 271 entspricht bereits der Praxis und ist sachgerecht.

Zu b): Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Absatz 1. Diese ist sachgerecht.

Zu c) aa): § 271 Abs. 2 Satz 3 spricht von den Ausgaben des Gesundheitsfonds, § 242a dagegen von den Ausgaben der Krankenkassen und den voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds. Um hier für begriffliche Klarheit zu sorgen, sollte die Formulierung in § 271 Abs. 2 Satz 3 dahingehend angepasst werden, dass auch hier auf die voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds verwiesen wird. Da die voraussichtlichen Einnahmen den Ausgaben des Gesundheitsfonds entsprechen, entstehen hieraus in finanzieller Hinsicht keine Unterschiede.

Zu c) bb): Die Verschiebung der Sätze in die neuen Absätze 4 bis 6 ist sachgerecht.

Zu d): Die Liquiditätsreserve muss auch die Zahlungen aus dem Risikopool und der Mittel für Zusatzbeiträge sicherstellen. Die Anpassung ist daher sachgerecht.

Zu e) Die Verschiebung der bisherigen Sätze 6 bis 9 als neue Absätze 4 bis 6 sowie der Wegfall des bisherigen Absatzes 6 Satz 2 ist sachgerecht. Die Anpassung des Inanspruchnahmezeitraums sowie die Zusammenfassung der Mittel des Strukturfonds zu einem insgesamt zur Verfügung stehenden Betrag werden im Sinne der Entbürokratisierung begrüßt.

### C Änderungsvorschlag

Art. 1 Nr. 10 Buchstabe c) Doppelbuchstabe aa) wird wie folgt gefasst: In Satz 3 werden die Wörter „Ausgaben des Gesundheitsfonds“ ersetzt durch die Wörter „voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds auf Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a maßgeblichen Werte für dieses Geschäftsjahr“

## **Art. 1 Nr. 11 § 272 Abs. 1 und 2 SGB V Sonderregelungen für den Gesundheitsfonds im Jahr 2021**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Nach § 272 Abs. 1 Satz 1 werden den Einnahmen des Gesundheitsfonds einmalig im Jahr 2021 8 Mrd. Euro aus den Finanzreserven der am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen zugeführt. Der Gesetzgeber beabsichtigt mit dem Rückgriff auf die Finanzreserven der Krankenkassen, einen Zielwert des GKV-durchschnittlichen Zusatzbeitrages nach § 242a von 1,3 % zu erreichen, ohne die dafür notwendigen zusätzlichen Bundesmittel zur Verfügung stellen zu müssen. Die Mittel von 8 Mrd. kommen rechnerisch zustande, indem jede Krankenkasse rund 66,1 % ihrer Finanzreserven, die das 0,4-Fache einer Monatsausgabe überschreiten, an den Gesundheitsfonds abführen muss. Maßgeblich hierfür ist die gemeldete zweite Vierteljahresrechnung mit Stichtag vom 30.06.2020 (KV45 II/2020).

§ 272 Abs. 2 regelt das Verfahren der Geltendmachung der nach § 272 Absatz 1 auf die einzelnen Krankenkassen entfallenden Beträge. Das BAS erlässt Bescheide gegenüber den einzelnen Krankenkassen über die Höhe der an den Gesundheitsfonds abzuführenden Beträge.

### **B Stellungnahme**

#### **Zu § 272 Absatz 1**

Die AOK-Gemeinschaft lehnt den geplanten Einzug der Finanzreserven der Krankenkassen vollumfänglich ab. Deshalb wird auch das Verfahren zur Geltendmachung der jeweiligen Beträge sowie die monatliche Verrechnung mit den Zuweisungen abgelehnt.

Die GKV-Mitglieder und Arbeitgeber haben in Zeiten der Pandemie einen wichtigen Beitrag zur Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung und zur Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben geleistet. Es ist daher unfair, dass sie nun erneut mit fast 12 Mrd. Euro zur Kasse gebeten werden, damit die Politik trotz Pandemie ihre „Sozialgarantie 2021“ im Wahljahr 2021 realisieren kann. Zudem waren sich Vertreter des Bundesgesundheitsministeriums und des GKV-Spitzenverbands einig, dass von den 16,6 Mrd. Euro, die der GKV 2021 voraussichtlich fehlen, nur etwa 3,4 Mrd. Euro auf die Pandemie zurückzuführen sind. Der Rest kommt durch die ausgabentreibende Gesetzgebung der letzten Jahre zustande. Die Kosten hierfür als „Solidarbeitrag“ in der Pandemie zu bezeichnen, ist Augenwischerei. Wenn die Politik eine Sozialgarantie zur Bundestagswahl verspricht, sind die Kosten dafür auch aus dem Bundeshaushalt auszugleichen.

#### Entmündigung Selbstverwaltung – Auflösung Haushaltsautonomie

Die geplanten Regelungen des GPVG zur Abführung der Finanzreserven nach Absatz 1, und zur Reduzierung der zulässigen Rücklage auf 0,8 Monatsausgaben (§ 260 Abs. 2 SGB V idF des GPVG-RegE) bei gleichzeitigem Verbot einer Erhöhung des Zusatzbeitrags sind nicht nur zur Erreichung der zur Begründung im Regierungsentwurf formulierten Ziele nicht geeignet und lösen nicht nur



Zielkonflikte mit bestehenden gesetzlichen Regelungen aus, sondern stehen auch im Widerspruch zu dem durch Art. 87 Abs. 2 GG vorgegebenen Körperschaftsstatus der gesetzlichen Krankenkassen als sozialen Versicherungsträgern, der – vom Bundesgesetzgeber durch § 4 Abs. 1 SGB V und § 29 Abs. 1 SGB IV anerkannt – ein Recht auf Selbstverwaltung impliziert. Das Selbstverwaltungsrecht umfasst die Haushalts- und Finanzhoheit. Die Vorgaben des GPVG schließen die finanzielle Selbstbestimmung der Krankenkassen als Selbstverwaltungskörperschaften im Jahr 2021 weitestgehend aus.

#### Massive Wettbewerbsverzerrung

Der vorgesehene Rückgriff auf die Finanzreserven der einzelnen Krankenkassen ist nicht wettbewerbsneutral gestaltet. Insbesondere Krankenkassen, die mit einer soliden Finanzpolitik für schwierige Phasen vorgesorgt haben, werden durch die geplanten Maßnahmen bestraft und erleiden einschneidende Nachteile im Wettbewerb, während andere Krankenkassen, die wenig finanzielle Vorsorge betrieben haben, gar nicht bzw. nur geringfügig herangezogen werden. Welchen Anreiz hat eine Krankenkasse überhaupt noch, die qualitativ beste und gleichzeitig effizienteste Versorgung für ihre Versicherten zu bieten, wenn sie erzielte Erfolge sofort wieder abgeben muss? Der für Versicherte und Beitragszahler nützliche Wettbewerb um die beste Versorgung wird mit dem GPVG-Entwurf ad absurdum geführt. Wirtschaftliches und vorausschauendes Verhalten der Krankenkassen wird bestraft.

#### Keine Nachhaltigkeit – Zweckentfremdung der Finanzreserven

Die Finanzreserven der GKV sind dafür vorgesehen, Insolvenzen und Schließungen von Krankenkassen zu verhindern und – sollte es dazu kommen – für die daraus entstehenden Verpflichtungen aufzukommen, so dass Versicherten und Leistungserbringern kein Schaden entsteht (vgl. §§ 163 ff. sowie Finanzhilfenordnung in der Satzung des GKV-Spitzenverbands). Genau diese notwendigen Finanzmittel werden durch die vorgesehene Regelung aufgebraucht. Das Risiko, dass es zu solchen Haftungsfällen kommt, steigt jedoch 2021, die Risikotragfähigkeit der GKV hingegen sinkt.

Die Verteilung von Haftungssummen nach § 167 sieht vor, dass jede haftende Krankenkasse ihre Finanzreserven oberhalb von 75 % einer Monatsausgabe komplett abgeben muss, falls die Höhe der Haftungssumme dies erfordert. Maßgeblich zur Berechnung dieser Finanzreserven ist jeweils die letztgemeldete Vierteljahresrechnung (KV45). Wenn der Rückgriff auf die Finanzreserven nach § 272 Abs. 2 wie geplant umgesetzt wird, ist diese Regelung weitestgehend obsolet, da die wenigsten Krankenkassen überhaupt noch Finanzreserven oberhalb von 0,75 Monatsausgaben ausweisen können. Da die Finanzreserven der Krankenkassen nicht zweimal ausgegeben werden können, wird die komplette Haftungssumme voraussichtlich nach Mitgliedern auf die Krankenkassen umgelegt werden, sollte es 2021 unterjährig zu einem Haftungsfall kommen.

Der oben beschriebene Sachverhalt gilt auch für die Umlage von Finanzhilfen des GKV-Spitzenverbands nach § 164 Abs. 1. Die Umlageregelung ist in der Finanzhilfenordnung als Bestandteil der Satzung des GKV-Spitzenverbands beschrieben (vgl. § 13 Abs. 3 der Finanzhilfenordnung).

Die AOKs sollen gemäß den Vorgaben nach § 260 Abs. 2a ausgehend von den Regelungen im Versichertenentlastungsgesetz (VEG) in den Jahren 2020 bis 2022 planmäßig 3,9 Mrd. Euro an Finanzreserven durch abgesenkte Zusatzbeiträge abbauen. Für das Jahr 2020 wird ein Großteil

dieses Abbauvolumens bereits entsprechend den Planungen realisiert. Der Einzug von nun weiteren zusätzlichen Finanzreserven nach § 272 neu bedeutet für die AOKs, dass sie in 2021 weitere 4,2 Mrd. Euro an Finanzreserven abgeben müssen – eine Dimension, die in Kombination mit den anderen Gesetzeswirkungen nahezu die gesamten Rücklagen verzehrt, stark wettbewerbsverzerrend wirkt und zu einer massiven Destabilisierung führt.

### **Zu § 272 Absatz 2:**

Absatz 2 regelt, dass der Finanzierungsanteil nach Absatz 1 im RSA-Abschlagsverfahren in monatlich gleichen Tranchen mit den Fondszuweisungen an die Krankenkassen verrechnet wird, und zwar ab dem Monat, in dem das BAS den Betrag per Bescheid mitteilt. Der Betrag nach Absatz 1 basiert auf der zweiten Vierteljahresrechnung 2020 (KV45 II/2020) mit dem Stichtag 30.06.2020. Damit kann bereits jetzt jede Krankenkasse den an den Gesundheitsfonds zu entrichtenden Finanzierungsanteil auf den Cent genau berechnen. Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft ist daher der Betrag nach Absatz 1 bereits in der Rechnungslegung 2020 in voller Höhe zu berücksichtigen:

Die Jahresrechnung hat ein den tatsächlichen Verhältnissen entsprechendes Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage der Krankenkassen zu vermitteln (§ 77 Abs. 1a Satz 1 SGB IV). Das Gesetz bestimmt hierfür in Anlehnung an das Handelsrecht (vgl. § 252 HGB) die Grundsätze, die bei der Bewertung der in der Jahresrechnung ausgewiesenen Vermögensgegenstände und Verbindlichkeiten zu beachten sind (§ 77 Abs. 1a Satz 3 SGB IV) (siehe auch BSG Urteil Audi BKK, Az.: B 1 A 2/19 R). Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes am 23.11.2020 ist für alle Krankenkassen auch unabhängig von einem Bescheid durch das BAS allein durch das Gesetz konkret festgelegt, welcher Betrag des Vermögens der jeweiligen Kasse an den Fonds abzuführen ist, welcher somit nicht mehr für anderweitige Zwecke zur Verfügung steht und - wie in der Begründung ausgeführt – durch die Kassen selber auch nicht mehr zu beeinflussen ist. Dieser Betrag ist als Verpflichtung in der amtlichen Statistik (KV 45 IV/2020) und in der Jahresrechnung (KJ1 2020) einzustellen.

Entsprechend zeitlich synchron ist dieser Betrag der abzuführenden bis zum 01.12.2020 durch Bescheid vom BAS den Kassen mitzuteilen und dabei festzulegen, dass die Kürzungen der monatlichen Zuweisungen in zwölf gleichen monatlichen Tranchen im Jahr 2021 vollzogen werden und die Forderung des Gesundheitsfonds an die Kassen entsprechend realisiert werden sollen. Die Verpflichtungen der Kassen werden entsprechend dieser Tranchen aufgelöst.

Um zu gewährleisten, dass die Krankenkassen rechtssicher den Betrag nach Absatz 1 in ihrer Rechnungslegung 2020 und 2021 berücksichtigen können, ist der Bescheid des BAS nach Absatz 2 möglichst unmittelbar nach Inkrafttreten der Regelungen in Artikel 1 Nummer 7 bis 11 den Krankenkassen zuzustellen, spätestens bis zum 01.12.2020. Die Begründung des Kabinettsentwurfs verweist darauf, dass der Grundlagenbescheid I/2021 den Finanzierungsanteil nach Absatz 1 noch nicht enthalten kann, da zum Zeitpunkt des Bescheids das Gesetz noch nicht in Kraft getreten ist, ein Stichtag oder ein Zeitraum wird jedoch nicht genannt. So wäre es theoretisch mit dem Gesetzestext vereinbar, wenn das BAS der einen Kasse den Bescheid nach Absatz 2 Satz 1 im März 2021, der anderen Kasse erst im September zukommen lässt und die monatlichen Tranchen der Verrechnung sich jeweils unterschieden. Die AOK-Gemeinschaft fordert bei dem

Verfahren nach Absatz 2 dagegen klare Termine und Zeiträume. Es ist kein sachlogischer Grund erkennbar, warum das BAS nicht unmittelbar nach Inkrafttreten der Regelungen nach Artikel 1 Nummer 7 bis 11 einen entsprechenden Bescheid nach Absatz 2 verschicken kann.

## **C      Änderungsvorschlag**

### **Zu § 272 Abs. 1**

Die vorgesehene Regelung ist vollständig zu streichen. Die zur Finanzierung des Gesundheitsfonds benötigten 8 Mrd. Euro sind als zusätzlicher Bundeszuschuss dem Gesundheitsfonds zuzuführen (siehe Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nr. 7 (§ 221a)).

### **Zu § 272 Abs. 2**

§ 272 Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesamt für Soziale Sicherung berechnet den Betrag nach Absatz 1 Satz 1, der sich für jede betroffene Krankenkasse ergibt, und macht ihn spätestens bis zum 01.12.2020 durch Bescheid gegenüber der Krankenkasse geltend. Es verrechnet den festgesetzten Betrag mit den nach § 16 Absatz 5 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung für das Ausgleichsjahr 2021 an die Krankenkasse auszahlenden Zuweisungen in der Höhe, in der sich die Forderungen decken. Das Bundesamt für Soziale Sicherung verteilt die Verrechnung nach Satz 2 in zwölf monatlich gleichen Teilbeträgen auf die Ausgleichsmonate des Jahres 2021. Klagen gegen die Geltendmachung der Beträge haben keine aufschiebende Wirkung. Die Krankenkassen berücksichtigen den Betrag nach Absatz 1 Satz 1 in voller Höhe in der Rechnungslegung für das Jahr 2020.“

## II. Stellungnahme zu den weiteren Regelungen des Gesetzentwurfs

### II. a.) Zusammenfassung

#### **Erweiterung der Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen bei den Selektivverträgen grundsätzlich positiv - „Freifahrtscheine“ für Innovationsfondsprojekte fraglich**

Mit den vorliegenden Regelungen sollen die Gestaltungs- und Handlungsmöglichkeiten der Vertragspartner für Selektivverträge erweitert und flexibilisiert werden. Diese Ausrichtung der Regelungen wird im Grundsatz begrüßt. Gleichwohl wird die vertragswettbewerbliche Intention der vom Gesetzgeber skizzierten Reformperspektiven nicht ganz deutlich. Stellenweise könnte die Praktikabilität durch ergänzende Klarstellungen verbessert werden.

Die reine Anpassung von Bestandsverträgen auf die neuen Rechtsgrundlagen (Besondere Versorgung) schafft im Wesentlichen nur bürokratische Mehrbelastungen für die Vertragspartner. Durch die gegenüber dem Referentenentwurf um drei Jahre verlängerte Anpassungsfrist ist diese Vorgabe noch vertretbar, sollte jedoch um eine Klarstellung bezüglich des Vergaberechts und der Teilnahmeerklärungen ergänzt werden. Kritisch ist aus Sicht der AOK die geplante Einbindung der Privaten Krankenversicherung (PKV) zu bewerten. Da in der PKV das für die GKV konstituierende Sachleistungsprinzip für ihre Versicherten nicht gilt, würde ein gemeinsamer Vertragsschluss einen Systembruch darstellen und den „Wettbewerb der Systeme“ zu Lasten der GKV verschieben.

Besonders fragwürdig sind die intendierten Erleichterungen für Innovationsfondsprojekte. Hier soll künftig eine Fiktion der Erfüllung der Anforderungen zur besonderen Versorgung erfolgen, wenn eine neue Versorgungsform nach § 92a SGB V gefördert wird. Die Absicht, Hürden für innovative Versorgungsformen abzubauen, wird begrüßt, ob aber eine positive Förderentscheidung des Innovationsausschusses bereits einen ausreichenden Tatbestand für das Vorliegen einer Besonderen Versorgung sowohl während als auch nach der Förderung darstellt, scheint fraglich. Eine positive Förderentscheidung darf nicht als „Freifahrtschein“ für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit eines Versorgungsmodells angesehen werden. Zudem bieten die weiteren durch dieses Gesetzesvorhaben vorgesehenen Änderungen des § 140a SGB V den geförderten neuen Versorgungsformen genügend Freiraum und Grundlage, die Umsetzung sowohl während als auch nach der Förderphase auch ohne Erfüllungsfiktion zu ermöglichen.

Kritisch zu sehen ist die vorgesehene vertragliche "Förderung" von besonderen Versorgungsformen, die von Leistungserbringern selbständig durchgeführt wird. Denn durch diese Vorgabe wird deutlich, dass die Aufgaben der Krankenkassen bei der Ausgestaltung der Patientenversorgung auf die Rolle des „Zahlers“ eingeschränkt werden sollen.

**Stufenweise Aufbau von zusätzlichem Pflegepersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen ist ein wesentlicher Schritt, die Rahmenbedingungen für das Pflegepersonal zu verbessern**

Die Möglichkeit, für die zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen einschließlich der Kurzzeitpflege, zusätzliche Pflegehilfskräfte über gesonderte Vergütungszuschläge durch die Pflegeversicherung zu finanzieren, ist positiv zu bewerten, weil damit insbesondere zur Verbesserung der Arbeitssituation des Pflegepersonals beigetragen wird. Die Umsetzung der Finanzierung dieser zusätzlichen Stellen für Pflegehilfskräfte mittels eines Vergütungszuschlags wird begrüßt. Allerdings erschwert das vorgesehene vorgelagerte Verfahren mittels vereinfachter Mitteilung der Berechnungsdaten des Vergütungszuschlags durch die stationären Einrichtungen an die Kostenträger deutlich eine Überführung in das etablierte Pflegesatzverfahren. Es sollte deshalb gestrichen werden.

## II. b.) Stellungnahme

### Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

#### Artikel 1 Nr. 1 § 32 SGB V Heilmittel

##### A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung werden die Genehmigungsverfahren für Verordnungen außerhalb des Regelfalls für Heilmittelverordnungen mit Inkrafttreten des Gesetzes rückwirkend zum 01.10.2020 abgeschafft.

##### B Stellungnahme

Die Regelung wird grundsätzlich begrüßt und ist nachvollziehbar, da nach der derzeit gültigen Heilmittel-Richtlinie bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls eine Genehmigung der Krankenkasse erforderlich ist, sofern diese nicht auf das Genehmigungsverfahren verzichtet hat. Diese Regelung sollte durch das Inkrafttreten der neugefassten Heilmittel-Richtlinie bereits zum 01.10.2020 entfallen. Die bürokratische Entlastung durch die Genehmigungsfreiheit sollte jedoch unabhängig von der zeitlichen Verzögerung des Inkrafttretens der neuen Heilmittel-Richtlinie bereits ab dem 1. Oktober 2020 zur Geltung kommen.

Aufgrund der Rückwirkung der Regelung und der dadurch aufkommenden rechtlichen Fragestellungen im Umgang mit den Genehmigungen haben sich die AOKs dazu entschieden, bereits vor dem 01.10.2020 auf das Genehmigungsverfahren zu verzichten.

##### C Änderungsvorschlag

Keiner

## **Art. 1 Nr. 2 § 85a SGB V - Sonderregelungen für Vertragszahnärzte aus Anlass der COVID-19-Epidemie**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der vorgesehenen Regelung werden die Inhalte der Rechtsverordnung „Verordnung zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Zahnärztinnen und Zahnärzte, der Heilmittelerbringer und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen sowie zur Pflegehilfsmittelversorgung (COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung)“ bezüglich der Liquiditätshilfe für Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte (§1) zu einer gesetzlichen Norm. Grund ist, dass die Regelungsinhalte der Rechtsverordnung (RVO) bis in das Jahr 2022 hineinwirken, die RVO aber nur bis zum 30. März 2021 gilt und damit eine Regelungslücke entstehen würde.

### **B Stellungnahme**

Um Rechtssicherheit bei der Umsetzung der Liquiditätshilfe zu geben, ist die Überführung der Regelungen aus der RVO in ein Gesetz sinnvoll und sachgerecht. Die vorgesehenen Regelungen entsprechen den Inhalten der RVO, die bereits weitestgehend auf regionaler Ebene zwischen den Vertragspartnern umgesetzt sind.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## Artikel 1 Nr. 3 § 125 SGB V Verträge Heilmittel

### A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung wird die Frist für den Abschluss der Verträge zur Heilmittelversorgung nach § 125 SGB V sowie die Verträge nach § 125a SGB V zur „Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung“ auf den 01.01.2021 bzw. auf den 15.03.2021 verlängert. Zudem wird geregelt, dass die Schiedsverfahren bereits vor dieser Frist angerufen werden können, wenn mindestens ein Vertragspartner das Scheitern bzw. das teilweise Scheitern der Verhandlungen erklärt hat.

### B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht. Um ein zeitgleiches Inkrafttreten der Heilmittelverträge und der neu gefassten Heilmittel-Richtlinien zu gewährleisten, ist eine Verlängerung der Vertragsabschlussfrist dringend erforderlich.

### C Änderungsvorschlag

Keiner



## **Art. 1 Nr. 5 § 137g Absatz 2 SGB V – Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Im Rahmen des neuen § 140a Absatz 1 Satz 4 sollen Altverträge nach den §§ 73a, 73c und 140a in der bis 22. Juli 2015 geltenden Gesetzesfassung in aktuelles Recht überführt werden. Die Regelung im § 137g Absatz 2 beinhaltet eine Ausnahmeregelung für DMP-Verträge bzgl. dieser Überführungspflicht. Damit soll sichergestellt werden, dass die zur Durchführung von zugelassenen strukturierten Behandlungsprogrammen abgeschlossenen Verträge weiter gelten, auch wenn sie als Verträge auf früherer Rechtsgrundlage geschlossen wurden. Sie müssen damit weder neu geschlossen werden, noch ergibt sich im Fall einer freiwilligen Anpassung an die aktuelle Rechtsgrundlage des § 140a hieraus eine Vorlagepflicht gegenüber dem Bundesamt für Soziale Sicherung.

### **B Stellungnahme**

Die Ausnahmeregelung für DMP-Verträge ist zu begrüßen. Damit wird klargestellt, dass keine Pflicht zur Umwandlung von DMP-Verträgen in Verträge nach § 140a SGB V besteht. Dies ist unbürokratisch und löst keine erneute Zulassungspflicht für DMP-Verträge aus.

### **C Änderungsvorschlag**

Keiner

## Art. 1 Nr. 6 a) § 140a Absatz 1 SGB V – Besondere Versorgung

### A Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehenen Regelungen zu § 140a Abs. 1 SGB V ermöglichen die Weiterentwicklungen von Selektivverträgen der besonderen Versorgung:

- Neben den bisherigen Partnern aus der vertragsärztlichen Versorgung kommen nun auch weitere, nicht-ärztliche Leistungserbringer und deren Gemeinschaften als Vertragspartner in Frage.
- In den Verträgen sind nun auch explizit Regelungen zulässig, die die besondere Versorgung regional beschränken.
- Altverträge auf Grundlage der §§ 73a, 73c und 140a SGB V in der am 22. Juli 2015 geltenden Fassung sind bis Ende 2024 durch Verträge nach § 140a SGB V zu ersetzen oder zu beenden.

### B Stellungnahme

aa) Besondere Versorgungsverträge sollen auch mit nicht-ärztlichen Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften geschlossen werden, was der wachsenden Bedeutung und Rolle von nicht-ärztlichen Leistungserbringern in z.B. zunehmend komplexeren Versorgungsketten Rechnung trägt und im Sinne von interprofessionellen, teamorientierten Handlungsstrukturen in der Gesundheitsversorgung vom Grundsatz her zu begrüßen ist.

bb) Zu begrüßen ist insbesondere die Regelung, dass die Verträge auf regionale Besonderheiten eingehen und abweichend von der Regelversorgung auch eine besondere regionale Versorgung beinhalten können (regionale Versorgungsinnovationen). Dies stärkt den regionalen Versorgungs- und Gestaltungsanspruch zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen (regionale Versorgungsaufträge). Die Regelung kann insbesondere genutzt werden, um (regionaler) Fehlversorgung durch kassenübergreifende Kooperation zu begegnen.

Der begründende Hinweis, dass unter dem Dach der besonderen Versorgung keine landes- bzw. kassenartbezogenen Kollektivverträge möglich sind, stellt eine wichtige Abgrenzung zur kollektivvertraglichen Regelversorgung dar.

cc) Die verpflichtende Umwandlung von sogenannten Altverträgen nach den §§ 73a, 73c und 140a SGB V in der bis 22. Juli 2015 geltenden Fassung in Verträge der besonderen Versorgung war laut Referentenentwurf bis Ende 2021 vorgesehen. In der Kabinettsfassung wurde diese Frist um drei Jahre bis Ende 2024 verlängert. Die grundsätzliche Einschätzung, dass die Regelung bei den Krankenkassen und ihren Vertragspartnern angesichts nur schwach ausgeprägter rechtlicher Unterschiede zu unnötigem und vermeidbarem bürokratischen Aufwand führt, bleibt bestehen. Durch die gegenüber dem Referentenentwurf um drei Jahre verlängerte Anpassungsfrist ist die Pflicht zur Überführung der Verträge zur Beendigung des Nebeneinanders von Rechtsgrundlagen jedoch vertretbar. Begrüßt wird die in der Gesetzesbegründung genannte Option, die Verträge ohne weitergehende inhaltliche Änderungen anpassen zu können. Eine solche Anpassung wird in der Regel als unwesentliche Vertragsänderung einzuordnen sein und somit kein erneutes Vergabeverfahren erforderlich machen. Um sicherzustellen, dass die Anpassung der

Vertragsgrundlage in allen Konstellationen ohne unangemessenen Aufwand erfolgen kann, sollten bei diesen Anpassungen nur die Grundanforderungen der Transparenz und der Gleichbehandlung gem. § 69 Abs. 4 S. 1 SGB V zu beachten sein und die Beschränkung des § 69 Abs. 4 S. 2 SGB V nicht gelten. Auch sollte gesetzlich fixiert werden, dass eine erneute Abgabe von Teilnahmeerklärungen nicht erforderlich ist.

Ergänzend ist aufzuführen, dass es durch die Neuordnung der Sätze in Absatz 1 eine Folgeänderung im neuen Satz 6 bedarf. Dort ist die Bezugnahme auf den Satz davor zu aktualisieren.

### **C      Änderungsvorschlag**

Dem neuen Satz 4 sollte folgender Halbsatz sowie einer neuer Satz 5 angefügt werden: „; § 69 Absatz 4 Satz 2 gilt nicht. Die erneute Abgabe einer Teilnahmeerklärung ist nicht erforderlich.“

Fehlende redaktionelle Folgeänderung: Im neuen Satz 6 ist die Zahl „4“ durch den korrekten Bezug zu ersetzen.

## **Art. 1 Nr. 6 b) § 140a Absatz 2 SGB V – Besondere Versorgung (Abweichungsbefugnisse; Erfüllungsfiktion für Förderprojekte des Innovationsfonds; Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen)**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Der bisherige Satz 3 wird ohne Änderung des inhaltlichen Regelungsgehalts redaktionell in zwei Sätze aufgeteilt. Zudem wird der bisherige Satz 4 gestrichen, wonach die Wirtschaftlichkeit der besonderen Versorgung spätestens nach vier Jahren nachweisbar sein muss und die Aufsichtsbehörde auch ohne konkreten Hinweis auf einen Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechende Nachweise nach § 88 Absatz 2 SGB IV verlangen kann. An gleicher Stelle wird ergänzt, dass für Verträge über eine besondere Versorgung, die zur Durchführung einer vom Innovationsausschuss beim G-BA geförderten neuen Versorgungsform geschlossen werden, die Anforderungen nach Absatz 1 Satz 1 und 2 sowie Absatz 2 Satz 4 als erfüllt gelten. Die Erfüllungsfiktion bezieht sich somit

1. auf das Vorliegen einer verschiedenen Leistungssektoren übergreifenden oder einer interdisziplinär fachübergreifenden Versorgung (integrierte Versorgung) oder das Vorliegen eines besonderen Versorgungsauftrags unter Beteiligung von Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften, sowie
2. darauf, dass die abweichenden Regelungen der neuen Versorgungsform dem Sinn und der Eigenart der besonderen Versorgung entspricht und sie insbesondere darauf ausgerichtet ist, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern.

Diese Erfüllungsfiktion gilt auch für die Fortführung der neuen Versorgungsformen (oder wesentliche Teile daraus) nach Auslaufen der Förderung sowie für Verträge zur Übertragung solcher Versorgungsformen in andere Regionen.

Die Änderungen unter Doppelbuchstabe bb legen fest, dass die Vertragspartner einer besonderen Versorgung sogenannte Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen füreinander wahrnehmen oder auch geeignete Dritte mit dieser Aufgabe beauftragen können (in Abgrenzung zum Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V).

### **B Stellungnahme**

Im Referentenentwurf war noch vorgesehen, die Abweichungsbefugnisse auch auf das zehnte Kapitel SGB V (analog zu den Modellvorhaben) zu erweitern. Diese Flexibilisierung ist in der Kabinettsfassung bedauerlicherweise nicht mehr enthalten, so dass es diesbezüglich beim Status quo bleiben würde.

aa) Im Sinne der Entbürokratisierung ist zu begrüßen, dass die besonderen Nachweispflichten für die Wirtschaftlichkeit der Verträge nach spätestens vier Jahren sowie das Vorlegen von entsprechenden Nachweisen bei Verlangen der Aufsichtsbehörden ohne konkrete Hinweise auf einen Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot wegfallen, da die allgemeinen Wirtschaftlichkeitsvoraussetzungen des SGB ausreichend sind.

Im Gegenzug wird eine Regelung zu nach § 92a SGB V geförderten neuen Versorgungsformen eingefügt. Dass damit nun geförderte Vorhaben des Innovationsfonds als Verträge nach § 140a SGB V durchgeführt und fortgesetzt werden können, ist insbesondere ein Signal für die Fortführung von (Elementen von) Innovationsfondsprojekten in der GKV-Versorgung. Mit der Förderentscheidung sollen die Anforderungen an das Vorliegen einer integrierten oder besonderen Versorgung (§ 140a Abs. 1 SGB V) sowie auch die Anforderungen an die Zweckrichtung der Abweichung von der Regelversorgung als erfüllt angesehen werden („Erfüllungsfiktion“).

Die Absicht, Hürden für innovative Versorgungsformen abzubauen, wird zwar begrüßt, ob aber eine positive Förderentscheidung des Innovationsausschusses – bei beendeten Projekten sogar ohne explizite Berücksichtigung der Ergebnisse des Förderprojekts – bereits einen ausreichenden Tatbestand für das Vorliegen einer besonderen Versorgung darstellt, scheint fraglich und schießt über das Ziel hinaus. Insbesondere darf eine Förderentscheidung des Innovationsausschusses nicht als „Freifahrtschein“ für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit einer Versorgung angesehen werden. Vergütungsniveaus, die während der Implementierungs- und Pilotphase einer neuen Versorgungsform angemessen sind, können nicht 1:1 auf den „Normalbetrieb“ übertragen werden. Problematisch ist, dass mit dieser Regelung die Beurteilungskompetenzen der Aufsichten einer auf bestimmten Förderkriterien beruhenden Förderentscheidung des Innovationsausschusses untergeordnet werden sollen. Zudem bieten die weiteren durch dieses Gesetzesvorhaben vorgesehenen Änderungen am § 140a SGB V den geförderten neuen Versorgungsformen genügend Spielraum und Grundlage, die Umsetzung sowohl während als auch nach der Förderphase auch ohne Erfüllungsfiktion umzusetzen.

bb) Es wird begrüßt, dass Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen der Leistungserbringer und der Krankenkassen zur Versorgung der Versicherten künftig auch von Vertragspartnern oder Dritten erbracht werden können. Damit wird aufgezeigt, inwieweit sich Krankenkassen über den gesetzlich zugewiesenen Aufgabenbereich der Regelversorgung hinaus im Versorgungsmanagement engagieren dürfen. Dies eröffnet im Interesse der Patienten erweiterte Möglichkeiten für eine bessere Koordination von Gesundheitsleistungen im stark sektoral orientierten Gesundheitswesen. Aus Sicht der AOK sind Case Management und damit verbundene Lotsenfunktionen integrale Bestandteile der Basisversorgung. Tendenziell ist hier durchaus ein neuer Leistungsbereich zu erwarten, so dass die Umsetzungserfahrungen, die mit der nun vorgeschlagenen Lösung unter dem Dach der besonderen Versorgungsverträge gewonnen werden können, einen wichtigen Schritt zur Etablierung und Weiterentwicklung von Case-Management darstellen.

### **C      Änderungsvorschlag**

In Satz 1 werden die Wörter „dieses Kapitels“ durch die Wörter „des Vierten und des Zehnten Kapitels“ und werden vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „§ 63 Absatz 3 Satz 4 gilt entsprechend“ eingefügt.

Die Streichung des Absatzes 2 Satz 4 wird begrüßt. Auf die ersetzenden neuen Sätze 5 und 6 sollte verzichtet werden.

## **Art. 1 Nr. 6 c) § 140a Absatz 3 Satz 1 SGB V – Besondere Versorgung (Vertragspartner)**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Selektivverträge der besonderen Versorgung können Krankenkassen nun mit weiteren Vertragspartnern abschließen. Die Beteiligung von anderen Leistungsträgern nach § 12 SGB I sowie auch der privaten Kranken- und Pflegeversicherung sollen versicherungsübergreifende Versorgungsformen ermöglichen. Darüber hinaus können neben Kassenärztlichen Vereinigungen andere Berufs- und Interessenverbände ärztlicher und nicht-ärztlicher Leistungserbringer zur Unterstützung ihrer Mitglieder bei Teilnahme an der besonderen Versorgung einbezogen werden. Ferner werden auch Anbieter digitaler Dienste und Anwendungen nach § 68a SGB V (Entwickler digitaler Innovationen, die von Kassen gefördert werden) als weitere Vertragspartner ermöglicht.

### **B Stellungnahme**

aaa) Positiv beurteilt werden aus Kassensicht die erweiterten Möglichkeiten, künftig – neben der Pflegeversicherung - auch mit anderen Sozialversicherungszweigen und Leistungsträgern nach § 12 SGB I Verträge über eine besondere Versorgung abschließen zu können (z.B. Rehabilitations-, Sozialhilfeträgern). Diese Erweiterung in Bezug auf mögliche Vertragspartner der Krankenkassen adressiert wichtige Lösungsoptionen für eine stärkere sektoren- und kostenträgerübergreifende Versorgung vorbehaltlich einer stets auf das konkrete Vorhaben bezogenen Klärung von zentralen Umsetzungs- und Finanzierungsfragen sowie Verantwortlichkeiten. Unklar bleibt, ob damit auch mit nicht-ärztlichen Leistungserbringern (z.B. Patientenheimversorgung, Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation) Versorgungsverträge abgeschlossen werden können, die über die Sach- und Dienstleistungen im Kapitel 40 des EBM hinausgehen. Eine gesetzgeberische Klarstellung wäre hilfreich.

Neben der Beteiligung anderer Sozialleistungsträger sollen die Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen auch dahingehend erweitert werden, dass nun zusammen mit privaten Kranken- und Pflegeversicherungen besondere Versorgungsformen für gesetzliche und zugleich private Versicherte geschaffen werden können. Diese Regelung wird abgelehnt. Das Geschäftsmodell der Privaten Krankenversicherung beruht auf dem Kostenerstattungsprinzip; sie schließen keine Versorgungsverträge. Ihnen fehlt das für die GKV konstituierende Sachleistungsprinzip für ihre Versicherten. Ein gemeinsamer Vertragsschluss würde somit einen Systembruch darstellen und den „Wettbewerb der Systeme“ zu Lasten der GKV beschädigen.

bbb) Bislang sind nur kassenärztliche Vereinigungen legitimiert, bei Teilnahme an der besonderen Versorgung ihre Mitglieder zu unterstützen. Die nun vorgeschlagene Erweiterung auf andere Berufs- und Interessenverbände ärztlicher und nicht-ärztlicher Leistungserbringer ist sachlogisch und trägt dem vorgeschlagenen erweiterten Kreis an möglichen Vertragspartnern entsprechend Rechnung.

ccc) Dass Krankenkassen eine besondere Versorgung nun auch mit den Entwicklern digitaler Versorgungsinnovationen (§ 68a SGB V) eingehen können, stellt klar, dass die entsprechenden

Innovationen im Rahmen selektivvertraglicher Versorgungsformen genutzt werden können. Krankenkassen werden auf diese Weise der (Weiter-) Entwicklung von digitalen Innovationen entscheidende Impulse geben. Grundsätzlich ist in Bezug auf § 68a SGB V aber weiterhin zu bedenken (vgl. Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zum DVG), dass die Förderung der Entwicklung digitaler Innovationen durch die Krankenkassen mit GKV-Finanzmitteln als „Wagniskapital“ in einem Spannungsverhältnis zum Wirtschaftlichkeitsgrundsatz und den damit vorgesehenen Rahmenbedingungen und einzuhaltenden Vorschriften steht. Der AOK-Bundesverband ist weiterhin der Auffassung, dass das gewünschte Engagement der Krankenkassen - auch anhand der sich daraus ergebenden praktischen Erfahrungen - durch maßvolle Folgeregelungen und Auslegungen begleitet werden sollte, damit diese Regelung den gewünschten Effekt in Bezug auf Engagement der Krankenkassen zur Entwicklung versorgungsnaher und bedarfsgerechter digitaler Innovationen umfänglich erreicht.

### **C      Änderungsvorschlag**

Auf die Einfügung von Absatz 3 Satz 1 Nummer 3b sollte verzichtet werden.

## **Art. 1 Nr. 6 d) § 140a Absatz 3 SGB V – Besondere Versorgung (Vertragsgegenstand)**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Mit dem neuen Absatz 3a sollen u.a. nun auch besondere Versorgungsformen gefördert werden können, die von den Leistungserbringern selbständig durchgeführt werden, d.h. also nicht von Krankenkassen initiiert oder betrieben werden (z.B. Innovationsfondsprojekte ohne versorgungsvertragliche Grundlage, regionale Kooperationen, Versorgungsnetzwerke).

Der neue Absatz 3b ermöglicht eine aus medizinischen sowie auch sozialen Gründen erforderliche Einzelfallversorgung. Zugleich ermöglicht er eine Versorgung im Wege der Sach- und Dienstleistung in Fällen von Kostenerstattungsansprüchen für selbstbeschaffte Leistungen auch außerhalb der Regelversorgung.

### **B Stellungnahme**

Abs. 3a (neu): Die Regelung zur vertraglichen "Förderung" wird abgelehnt. Die Abgrenzung zu einem "normalen" Versorgungsvertrag bleibt unklar, denn Versorgungsleistungen werden ohnehin von den Leistungserbringern selbständig erbracht. Krankenkassen finanzieren die vereinbarten Leistungen. Hier eine vertragliche Förderfunktion quasi als Fortsetzung der Förderung durch den Innovationsfonds einzuführen, wird ordnungspolitisch als kritisch angesehen. Die Krankenkassen werden damit in eine reduzierte Rolle eines finanziellen Unterstützers gedrängt. Unklar bleibt auch, ob und wie eine Teilnahmeerklärung der Versicherten nach Absatz 4 Satz 1 erfolgen soll. Die bestehenden und mit diesem Gesetzesvorhaben noch erweiterten Regelungen zur besonderen Versorgung reichen für die Umsetzung der adressierten Versorgungsformen und Versorgungsinnovationen aus.

Abs. 3b (neu): Durch den § 2 Abs. 1a SGB V ist das sog. Nikolausurteil im Leistungskatalog verankert und ermöglicht den gesetzlichen Krankenkassen bereits große Flexibilität bei der Behandlung. Kassenwettbewerb bei Leistungen der sogenannten verfassungsgemäßen Auslegung des Leistungsrechts ist hier kontraproduktiv in Bezug auf eine geordnete transparente medizinische Forschung und höhlt das Qualitätsgebot nach § 2 Abs.1 SGB V aus. Auf die Regelung sollte deshalb verzichtet werden. Eine vertragliche Regelung als besondere Versorgungsform im Einzelfall ist bereits in sich ein Widerspruch. Auch die Ausweitung auf nicht zugelassene Leistungserbringer kann nicht überzeugen, vielmehr wäre diese Regelung dazu geeignet, strukturierte Versorgungsangebote zu unterlaufen. Eine unstrukturierte Öffnung im Rahmen der besonderen Versorgung liefe den gemeinsamen Bemühungen nach besserer Versorgungsstrukturierung insbesondere unter qualitativen Aspekten zuwider und würde ein Tor für dysfunktionalen Wettbewerb öffnen.

### **C Änderungsvorschlag**

Streichung



## Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

### Artikel 2 Nr. 1 § 4 Absatz 10 KHEntgG Hebammenstellen-Förderungsprogramm

#### A Beabsichtigte Neuregelung

Die geplante Maßnahme zielt darauf ab, die Betreuungsrelationen von Hebammen/Entbindungspflegern und Schwangeren zu verbessern. Damit soll zum einen die Arbeitsbelastung von Hebammen verringert und zum anderen die Patientensicherheit erhöht werden. Dabei wird eine Betreuungsrelation von 1:2 bzw. bei optimalen Bedingungen von 1:1 angestrebt. Dadurch werden für Krankenhäuser zusätzliche finanzielle Mittel bereitgestellt, mit denen die Neueinstellung und Aufstockung von Hebammen und von assistierendem medizinischem Fachpersonal zur Versorgung von Schwangeren in der Geburtshilfe gefördert wird. Mit den geförderten zusätzlichen Personalstellen soll die Versorgung von Schwangeren in der Geburtshilfe verbessert werden.

Die Förderung sieht vor, dass pro 500 Geburten jeweils 0,5 Vollzeitstellen förderungsfähig sind. Ebenso ist eine Förderung von assistierendem medizinischem Fachpersonal, medizinischer Fachangestellter und Pflegefachkräften, zur Entlastung der Hebammen vorgesehen, welche auf 10 Prozent der in Vollzeitkräften umgerechneten Gesamtzahl beschäftigter Hebammen in der Fachabteilung für Geburtshilfe des zu fördernden Krankenhauses begrenzt ist. Der Förderbetrag wird als Zuschlag zum Entgelt bezahlt.

Voraussetzung für die Förderung durch das Hebammenstellen-Förderprogramm ist, dass im Vergleich zum Stichtag 1. Januar 2020 zusätzliche Hebammen/Entbindungspfleger und zusätzliches assistierendes medizinisches Fachpersonal neu eingestellt oder Teilzeitstellen aufgestockt werden. Um möglichem Missbrauch vorzubeugen, hat das Krankenhaus durch eine schriftliche Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung die Schaffung neuer Stellen auf Stationen der Geburtshilfe zu belegen. Zuviel bezahlte Förderbeträge sind zurückzuzahlen.

In einem Bericht hat der GKV-SV neben der Anzahl der zusätzlich finanzierten Stellen auch darzulegen, ob die Förderung dazu beigetragen hat, das durchschnittliche Betreuungsverhältnis von Hebammen/Entbindungspflegern zu Schwangeren von mindestens 1:2 zu erzielen.

Der Förderzeitraum ist auf die Jahre 2021 bis 2023 begrenzt.

#### B Stellungnahme

Grundsätzlich ist ein Hebammenförderprogramm nicht das geeignete Mittel, um mögliche Engpässe in der Geburtshilfe zu beheben. Vielmehr bestehen für Hebammen Anreize, sich direkt nach der Ausbildung unter finanziell attraktiven Arbeitsbedingungen ohne Nacht- und Wochenenddienste durch Kurse und ggf. wenige Geburten zu etablieren. Um die Anzahl von Hebammen in Kreißsälen dauerhaft zu steigern, wäre beispielsweise eine fünfjährige Pflichtweiterbildung – analog zur Facharztweiterbildung – eine geeignete Maßnahme. Um den Qualitätsaspekt und eine leitlinienkonforme Behandlung verstärkt in den Vordergrund zu rücken, wäre aus Sicht der

AOK auch die Förderfähigkeit von 0,5 Vollzeitstellen auf 500 Geburten zu ändern. Vielmehr sollte bei mindestens 800 Geburten eine Vollzeitstelle förderfähig sein. Da bei 800 Geburten eine Fachabteilung für Geburtshilfe wirtschaftlich tragfähig ist, würde mit dieser Änderung erreicht, dass die in den Leitlinien geforderte Facharztpräsenz unter der Geburt deutlich besser realisiert werden kann. Denn durch die Anhebung auf 800 Geburten würden im Ergebnis die Qualität und die Zentralisierung gestärkt.

Der Wille des Gesetzgebers ist anzuerkennen, Konstruktionsfehler der Pflegesonderprogramme nicht zu wiederholen. Trotzdem ist darauf hinzuweisen, dass in einen Bericht über die Effekte der Maßnahme nicht nur über die neu geschaffenen Stellen zu berichten ist. Vielmehr muss auch die qualitative Verbesserung der Versorgung, z.B. bei der Vermeidung unerwünschter Ereignisse in der Patientenversorgung, nachgewiesen werden. Ansonsten handelt es sich um ein reines Beschäftigungsprogramm für Hebammen.

Abzulehnen ist die vorgesehene Förderung von Pflegefachkräften nach § 4 Abs. 10 Satz 3 und 4. Pflegefachkräfte sind ab dem Jahr 2020 bereits mit dem vollen Kostenansatz im Pflegebudget abgebildet. Zwar stellt die Förderung hier auf eine nicht unmittelbare Patientenversorgung ab, die zweifelsfreie Nachweisführung und deren Überprüfung ist jedoch nur durch einen unverhältnismäßigen Dokumentations- und Kontrollaufwand für alle Beteiligten leistbar. Somit besteht die große Gefahr einer nochmaligen Finanzierung von über bereits mit dem Pflegebudget vergüteten Pflegefachkräften im Rahmen eines Hebammenstellen-Förderprogramms. In diesem Zusammenhang sei auf die aktuellen Probleme bei der Normierung des DRG-Katalogs 2021 verwiesen.

Schließlich muss eine Kontrolle der Mittelverwendung für die zusätzlichen Stellen nicht nur während des Förderprogramms erfolgen, sondern bis zu drei Jahren nach Abschluss des Hebammenstellenförderprogramms gefordert werden, um die Nachhaltigkeit des Programms zu sichern. Aus diesem Grund sind zudem nur dauerhafte Arbeitsverhältnisse mit dem Krankenhausträger zu finanzieren.

Das BMG schätzt den zusätzlichen Finanzbedarf auf 65 Mio. € jährlich. Soweit die Erfahrungen der Pflegesonderprogramme herangezogen werden können, ist zumindest in den ersten beiden Jahren nicht mit einer vollständigen Ausschöpfung der Mittel durch die Krankenhäuser zu rechnen.

## **C      Änderungsvorschlag**

Änderung des Förderverhältnisses auf 800 Geburten pro eine förderfähige Vollzeitstelle

Streichung von § 4 Abs. 10 Satz 3 und 4 mit den damit verbundenen Folgeänderungen im § 4 Abs. 10.

Einfügen eines neuen Satzes 8: „Das vereinbarte Arbeitsverhältnis muss dabei den Förderzeitraum um mindestens zwei Jahre überschreiten.“

Einfügen eines neuen Satz 17: „Die Nachweise des Krankenhauses sind bis zum Ablauf von drei Jahren nach dem Ende des Förderzeitraums zu erbringen.“

Erweiterung des Auftrags nach Satz 14 um qualitative Aspekte wie z.B. die Vermeidung von unerwünschten Ereignissen im Vergleich zum Prä-Förderzeitraum.

## **Artikel 2 Nr. 2 § 9 KHEntg Vereinbarung auf Bundesebene (Sicherstellungszuschlag Kinder- und Jugendmedizin) und Nr. 3 § 5 KHEntg Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen (Höhe der Förderung durch Sicherstellungszuschläge)**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben nach geltender Rechtslage jährlich bis zum 30. Juni eine Liste von Krankenhäusern zu erstellen, welche die Vorgaben der Regelungen des G-BA für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 Satz 2 SGB V erfüllen und in der Folge eine pauschale Förderung von jeweils 400.000 Euro im Jahr erhalten. Mit der anstehenden Beschlussfassung des G-BA im Laufe des Jahres 2020 werden Kinderkliniken und die Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin in die genannten Vorgaben einbezogen.

Mit der Regelung in Artikel 2 Nr. 2 § 9 (KHEntg) wird für das Jahr 2020 eine Ausnahme geschaffen, damit die von den Vertragsparteien auf Bundesebene erstellte Liste vom 30. Juni 2020 noch im Jahr 2020 um die Kinderkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin erweitert werden kann, die den Vorgaben des Ergänzungsbeschlusses des G-BA entsprechen. Hierzu ist die erweiterte Liste spätestens bis zum 31. Dezember 2020 von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbaren. Dabei kann die Liste vom 30. Juni 2020 lediglich zusätzliche Krankenhausstandorte aufnehmen. Bereits gelistete Krankenhausstandorte werden nicht neu bewertet. Durch die Regelung können Kinderkrankenhäuser und Krankenhäuser mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin, sofern sie die Vorgaben gemäß § 136c Absatz 3 Satz 2 SGB V erfüllen, bereits ab dem Jahr 2021 von der pauschalen Förderung für bedarfsnotwendige, ländliche Krankenhäuser profitieren und nicht erst ab dem Jahr 2022. Mit der Regelung in Artikel 2, Nr.: 3, § 5 (KHEntg) soll die Höhe der Förderung bei einem Sockelbetrag von 400.000 Euro liegen und bei Vorhaltung von mehr als zwei Fachabteilungen mit Sicherstellungsstatus zusätzlich weitere 200.000 Euro je weiterer vorgehaltener bedarfsnotwendiger Fachabteilung betragen. Damit soll eine wohnortnahe medizinische Versorgung für Kinder und Jugendliche in ländlichen Regionen gestärkt werden. Gelingt den Vertragsparteien auf Bundesebene keine Einigung, entscheidet nach Absatz 2 die Bundesschiedsstelle über die Erweiterung der Liste. Ab dem Jahr 2021 ist die Liste unter Einbeziehung der Kinderkrankenhäuser und der Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin wieder bis zum 30. Juni des Jahres zu erstellen.

### **B Stellungnahme**

Zu Artikel 2 Nr. 2 § 9 (KHEntg):

Die Aufnahme der Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin als eigenständige bedarfsnotwendige Vorhaltung in die Sicherstellungszuschläge-Regelungen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V kann hilfsweise herangezogen werden, um kurzfristig Finanzierungsprobleme zu adressieren, wird aber der originären Problemstellung nicht gerecht.

Sollen die bestehenden Versorgungsprobleme dem Grunde nach angegangen werden, ist eine Anpassung der Versorgungsstrukturen durch Zentralisierung und Spezialisierung von Leistungen

auch in der Pädiatrie aus Qualitätsgründen unerlässlich. Die Sicherstellung eines wohnortnahen Zugangs zu der Versorgung von Kindern und Jugendlichen kann im ländlichen Raum nicht durch die Vorhaltung klassischer stationärer Fachabteilungen erreicht werden.

Um in der Fläche eine pädiatrische Versorgung wohnortnah aufrecht zu erhalten, sind neue Versorgungsformen erforderlich. Dazu sollten ambulante und stationäre Versorgungsanteile in integrierten Strukturen zusammengefasst werden. In diesen Strukturen findet überwiegend ambulante Versorgung statt – daneben besteht die Möglichkeit, Kinder für ein bis drei Tage auch stationär zu behandeln. Damit diese Versorgungsformen auch realisiert werden können, ist eine ausreichende Investitionsfinanzierung sicherzustellen. Wenn tatsächlich eine wohnortnahe Kinder- und Jugendmedizin politisch gewollt ist, muss diese auch auskömmlich finanziert sein. Hier sind die Länder in der Pflicht, in entsprechende Strukturen zu investieren.

Darüber hinaus ist auch eine weitere Differenzierung des DRG-Katalogs zu prüfen, um die Spezifika der stationären Leistungen für Kinder noch genauer abzubilden.

Kurzfristig kann die finanzielle Situation der Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin im ländlichen Raum durch Sicherstellungszuschläge stabilisiert werden. Bei der Umsetzung sind folgende Punkte zu beachten:

Die bislang geplanten Regelungen für Sicherstellungszuschläge können nur übergangsweise zur Stabilisierung der Kinder- und Jugendmedizin beitragen. Es ist daher eine Befristung der Regelungen auf zunächst 3 Jahre vorzusehen. In der Zwischenzeit sind die Rahmenbedingungen für sektorenübergreifende Versorgungskonzepte der Kinder- und Jugendmedizin gesetzlich zu verankern und durch den G-BA zu konkretisieren. Sofern Kliniken oder Fachabteilungen der Kinder- und Jugendmedizin Sicherstellungszuschläge erhalten, sind sie verpflichtet, die pädiatrischen Leistungen der Grund- und Regelversorgung vorzuhalten. Insbesondere in der Pädiatrie ist eine Fokussierung auf erlösoptimierende Spezialleistungen auszuschließen. Entsprechende gesetzliche Regelungen sind zu verankern. Nimmt eine bedarfsnotwendige Fachabteilung den Versorgungsauftrag nicht wahr, verliert das Krankenhaus den Anspruch auf einen Sicherstellungszuschlag. Darüber hinaus sollte auch für die Pauschalförderung von bedarfsnotwendigen Krankenhäusern im ländlichen Raum die Anspruchsvoraussetzung eines wirtschaftlichen Defizits gelten, damit Sicherstellungszuschläge nicht an Krankenhäuser gehen, die eine hohe Rendite erwirtschaften.

Zu Artikel 2 Nr. 3 § 5 (KHEntgG):

Die beabsichtigte Ergänzung des Sockelbetrags des pauschalen Sicherstellungszuschlags i. H. v. 400.000 Euro um 200.000 Euro je weiterer vorgehaltener bedarfsnotwendiger Fachabteilung ist abzulehnen, da Mehrausgaben induziert werden, ohne grundlegende Probleme der Systematik zu bereinigen. Nachvollziehbarer wäre es gewesen, eine wie vom GKV Spitzenverband geforderte gestaffelte Zuschlagszahlung zu Grunde zu legen, bei der beispielsweise die Vorhaltung einer einzelnen Fachabteilung mit jeweils 200.000 Euro gefördert wird. Somit würde ein besserer Anreiz für den Erhalt von mehr als einer bedarfsnotwendigen Fachabteilung geschaffen. Bei der Vorhaltung aller Fachabteilungen ergäbe sich in der Summe ebenso eine Förderung von 800.000 Euro, bei der Vorhaltung einer einzelnen Fachabteilung jedoch nur 200.000 Euro im Vergleich zu 400.000 Euro mit der beabsichtigten Regelung.

### **C      Änderungsvorschlag**

Befristung der Aufnahme der Kinder- und Jugendmedizin in die Liste nach § 136c Abs. 3 Satz 2 SGB V auf zunächst drei Jahre.

Gesetzlicher Auftrag zur Etablierung sektorenübergreifender Versorgungskonzepte in der Kinder- und Jugendmedizin insbesondere in ländlichen Räumen.

Verankerung einer gesetzlichen Regelung, die sicherstellt, dass bedarfsnotwendige Fachabteilungen die pädiatrischen Leistungen der Grund- und Regelversorgung vorhalten. Nimmt eine bedarfsnotwendige Fachabteilung den Versorgungsauftrag nicht wahr, verliert das Krankenhaus den Anspruch auf einen Sicherstellungszuschlag.

Hilfsweise kann folgender Änderungsvorschlag umgesetzt werden:

In § 5 Absatz 2a Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon eingefügt und wird der Satz wie folgt geändert: „200.000 Euro je vorgehaltene bedarfsnotwenige Fachabteilung gemäß den Regelungen nach § 136c Absatz 3 Satz 2 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, jedoch maximal 800.000 Euro jährlich je Krankenhausstandort.“

## Artikel 3 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

### Art. 3 Nr. 2 § 18 Absatz 6a Satz 5 SGB XI Entfristung des Antragsverfahrens für Pflegehilfsmittel im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

#### A Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber entfristet das - bis dato auf den 31.12.2020 - befristete Antragsverfahren für Pflegehilfsmittel im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

#### B Stellungnahme

Die beabsichtigte zeitliche Entfristung ist schlüssig und nachvollziehbar.

#### C Änderungsvorschlag

Keiner.

## **Art. 3 Nr. 3 und 4 § 84 Abs. 9 – 11 SGB XI Vergütung der stationären Pflege: Bemessungsgrundsätze**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen einschließlich der Kurzzeitpflege erhalten die Möglichkeit, zusätzliche Pflegehilfskräfte über gesonderte Vergütungszuschläge von der Pflegeversicherung finanziert zu bekommen. Dabei ist zu gewährleisten, dass die von der Pflegeeinrichtung versorgten Pflegebedürftigen dadurch nicht zusätzlich finanziell belastet werden.

Jede vollstationäre Pflegeeinrichtung kann für diese zusätzlichen Stellenanteile Vergütungszuschläge von bis zu 0,016 bis 0,036 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigem in den einzelnen Pflegegraden vereinbaren. Damit auch kleine Einrichtungen die Chance haben, zusätzliche Stellenanteile auch faktisch besetzen zu können, wird mindestens eine halbe Vollzeitstelle je vollstationärer Pflegeeinrichtung finanziert. Für diese zusätzlich eingesetzten Pflegehilfskräfte sind natürlich bestimmte Mindestanforderungen hinsichtlich deren Qualifikation zu erfüllen.

Die zusätzlichen Stellen für Pflegehilfskräfte werden mittels eines Vergütungszuschlags finanziert, der das bereits etablierte Verfahren der Vergütungszuschläge für die zusätzliche Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen aufgreift. Um eine schnelle und effiziente Umsetzung der ersten Stufe des Personalbemessungsverfahrens zu ermöglichen, ist zu Beginn ein vereinfachtes Verfahren vorgesehen, nach dem die vollstationären Pflegeeinrichtungen bis zur Vereinbarung des Vergütungszuschlages den von ihnen ermittelten Vergütungszuschlag inklusive der wesentlichen Ausgangsdaten für dessen Berechnung den beteiligten Kostenträgern mitteilen. Dieses vorgelagerte Verfahren soll regelmäßig im Rahmen der nächsten Pflegesatzverhandlung durch eine Vereinbarung des Vergütungszuschlages abgelöst werden.

Durch diesen Vorgriff auf die Etablierung eines Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Pflegepersonals in Pflegeeinrichtungen nach § 113c SGB XI verbindet der Gesetzgeber die Intention, die Personalausstattung in vollstationären Pflegeeinrichtungen um 20.000 zusätzliche Stellen für Pflegehilfskräfte zu erhöhen und damit einen ersten Schritt in Richtung einer bedarfsgerechten Personalausstattung in vollstationären Pflegeeinrichtungen auf den Weg zu bringen.

### **B Stellungnahme**

*Der stufenweise Aufbau von Pflegepersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen ist ein wesentlicher Schritt, die Rahmenbedingungen für das Pflegepersonal zu verbessern und trägt der aktuellen Arbeitsmarktsituation Rechnung!*

Eine ausreichende sowie eine qualitativ und quantitativ am Bedarf ausgerichtete Personalausstattung der vollstationären Pflegeeinrichtungen gehört u.a. zu den Rahmenbedingungen einer guten und motivierten Pflege. Deshalb wird die Intention dieses Gesetzes, die Arbeitssituation des Pflegepersonals in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu verbessern und damit der Arbeitsverdichtung entgegen zu wirken, begrüßt. Zudem greift diese gesetzliche Neuregelung auch die Absicht der Konzertierte Aktion Pflege auf, die Rahmenbedingungen für das Pflegepersonal in



der Langzeitpflege zu verbessern; es stellt einen ersten Schritt in Richtung eines verbindlichen Personalbemessungsinstruments für Pflegeeinrichtungen dar.

Mit der Förderung von 20.000 zusätzlichen Pflegeassistenten- und Pflegehilfskraftstellen in vollstationären Einrichtungen verfolgt der Gesetzgeber das Ziel, in Anlehnung an den prognostizierten Bedarf an zusätzlichen Pflegehilfskräften aus dem Bericht zur Entwicklung eines Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Pflegepersonals in Pflegeeinrichtungen nach § 113c SGB XI, bereits vor dessen Etablierung schrittweise das Pflegepersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen aufzubauen, ohne dabei den Eigenanteil der Bewohner für die pflegebedingten Aufwendungen zu erhöhen. Zudem wird die Forderung des AOK-Bundesverbandes jetzt auch in der Gesetzesbegründung berücksichtigt, dass der Verteilungsschlüssel für diese zusätzlichen Stellenanteile sich an dem Roadmap-Prozess zur Implementierung des Personalbemessungsverfahrens nach § 113c SGB XI orientieren soll. Dabei bleibt jedoch abzuwarten, ob bei dem Umsetzungsprozess für die Etablierung eines einheitlichen Personalbemessungsverfahrens dahingehend auch die Bedarfslagen bzw. die jeweilige Bewohnerstruktur in den Einrichtungen betrachtet werden.

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung hat bei der Festlegung, auf welcher Grundlage die Vergütungszuschläge zur Finanzierung von zusätzlichem Pflegehilfskraftpersonal vereinbart werden können, die vom AOK-Bundesverband geforderten Qualifikationsstandards für dieses Personal berücksichtigt. Es ist daher richtig und wird begrüßt, dass der Gesetzentwurf für die Finanzierung von zusätzlichen Stellen für Pflegehilfskräfte nun grundsätzlich die Mindestanforderung einer abgeschlossenen Ausbildung des QN 3 vorsieht und zusätzlich auf die föderal gestalteten Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege hinweist.

*Auf bewährte Verfahren zur Umsetzung der Finanzierung der Pflegehilfskraftstellen ist zurückzugreifen!*

Der AOK-Bundesverband befürwortet die Umsetzung der Finanzierung von zusätzlichen Stellen für Pflegehilfskräfte mittels eines Vergütungszuschlags, dessen Verfahren sich jetzt an den gesetzlichen Bestimmungen des § 84 Abs. 8 SGB XI und § 85 Abs. 8 SGB XI zur Entrichtung von Vergütungszuschlägen für die zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 43b SGB XI in stationären Pflegeeinrichtungen orientiert und damit in das bestehende Verfahren der Pflegesatzvereinbarungen integriert wird. Zur Klarstellung und für die Rechtssicherheit ist nun analog zum Vorschlag des AOK-Bundesverbandes eine explizite Regelung in den Bemessungsgrundsätzen und für das Pflegesatzverfahren nach §§ 84 und 85 SGB XI vorgesehen. Dabei wird jetzt der Refinanzierungsanspruch für die zusätzlichen Betreuungskräfte als systemgleiche Regelung in stationären Einrichtungen herangezogen.

Besonders kritisch wird vom AOK-Bundesverband dagegen das vorgelagerte Verfahren mittels vereinfachter Mitteilung der Berechnungsdaten des Vergütungszuschlags durch die stationären Einrichtungen an die Kostenträger bewertet, mit dem Ziel, eine zügige und effiziente Umsetzung der Erhöhung dieser Personalausstattung sicherzustellen. Nicht nur, dass nach dem Wortlaut des Gesetzes Anreize bei den Trägern von vollstationären Pflegeeinrichtungen gesetzt werden, lediglich nach dem vereinfachten Mitteilungsverfahren nach Absatz 11 Zuschläge zur Finanzierung festsetzen zu lassen, es erschwert auch durch die divergierenden Regelungen der Absätze

9 und 11 eine Überführung vom vereinfachten Mitteilungsverfahren in das Pflegesatzverfahren nach Absatz 9:

- Solange der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung keine Vereinbarung für einen Vergütungszuschlag für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal abgeschlossen hat, hat er die Möglichkeit, mit Mitteilung relevanter Informationen den Vergütungszuschlag festsetzen zu lassen; dabei ist es unerheblich nach dem Gesetzeswortlaut, ob die Pflegesatzvereinbarung zur Anpassung der Pflegesätze nach Absatz 1 oder die Zuschläge für die Finanzierung von zusätzlichem Betreuungspersonal auf dem Prüfstand steht. Das vereinfachte Mitteilungsverfahren ist nicht befristet bis zum Abschluss des nächsten Pflegesatzverfahrens zur Vereinbarung von Pflegesätzen resp. Zuschläge für zusätzliche Betreuungskräfte; der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung hat bei jeder Veränderung in der Bewohnerstruktur oder im Personal (sowohl bei der Qualifikation als auch bei den Personalkosten) den Zuschlag neu festsetzen zu lassen.
- Während im Ergebnis des Verhandlungsverfahrens nach § 85 Absatz 9 ein **Zuschlag je Versicherten** erhoben wird – in Analogie zum Betreuungskräftezuschlag –, wird nach dem vereinfachten Mitteilungsverfahren ein **Zuschlag je Einrichtung** vermutet. Denn der Gesetzgeber zieht auch Vergleiche zum Pflegestellenförderprogramm nach § 8 Abs. 6 (Zuschlag je Einrichtung) und erweitert für alle versorgten Pflegebedürftigen in der Einrichtung ihren Anspruch auf Pflege und Betreuung im Umfang des Stellenzuwachses.

Eine Analogie zu § 92f SGB XI – die mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff erforderliche Überführung alter Pflegesatzvereinbarungen in das neue Recht – zu ziehen, ist zwar augenscheinlich nachvollziehbar, es greift aber nicht die unterschiedlichen Ausgangsbedingungen des § 92f und des § 85 Absatz 9 in Verbindung mit Absatz 11 SGB XI auf:

Das vereinfachte Mitteilungsverfahren des § 92f SGB XI betraf eine alternative Methode zur Überführung von bereits bestehenden Pflegesatzvereinbarungen in das neue Recht, die nur dann zur Anwendung kam, wenn sich die Pflegesatzparteien nicht bis zum 30.09.2016 auf neue Pflegesätze geeinigt hätten. Darüber hinaus hatten die Kostenträger bereits wesentliche Informationen aus den Ausgangsdaten der vorangegangenen Pflegesatzvereinbarung. Hingegen kann bei der Festlegung des Vergütungszuschlags für das zusätzliche Pflegeassistentenpersonal nicht auf Vorvereinbarungen zurückgegriffen werden.

Eine schnelle und effiziente Vereinbarung über die Zuschläge für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal ist durch die analoge Anwendung des Pflegesatzverfahrens für die zusätzlichen Betreuungskräfte nach § 85 Abs. 8 bereits gewährleistet, insbesondere dann, wenn die hierfür erforderlichen Informationen über ein Kalkulationsschema in die Verhandlung eingebracht werden. Darüber hinaus stellt es - anders als das vereinfachte Mitteilungsverfahren - sicher, dass über den prospektiv vereinbarten Vergütungszeitraum die Zuschlagshöhe von quantitativen und qualitativen Veränderungen in der Bewohnerstruktur unabhängig ist.

Da auch die Möglichkeit der Vertragsparteien besteht, losgelöst von der laufenden Pflegesatzvereinbarung, diesen Vergütungszuschlag für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal zu vereinbaren, ist ein solches vorgelagertes vereinfachtes Mitteilungsverfahren nicht nachvollziehbar. Der § 84 Abs. 11 SGB XI ist in der Konsequenz zu streichen.

Sofern trotz der Bedenken des AOK-Bundesverbandes abschließend die Beibehaltung des vereinfachten Mitteilungsverfahrens nach Absatz 11 festgehalten wird, sind zum Zweck einer rechtssicheren Gewährleistung zur tatsächlichen Durchführung des vereinfachten Mitteilungsverfahrens entsprechende Anpassungen vorzunehmen.

### **C      Änderungsvorschlag**

Der beabsichtigte Neuregelung im § 84 Abs. 11 SGB XI ist zu streichen. In der Folge sind in § 85 Absatz 9 Satz 1 Spiegelstrich c) die Wörter „oder nach der Mitteilung nach Absatz 11 Satz 1“ zu streichen.

Sofern die beabsichtigte Neuregelung beibehalten wird, ist diese Regelung wie folgt zu ändern:

Der § 84 Abs. 11 SGB XI 1. Halbsatz wird wie folgt gefasst:

„Der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung kann, nachdem dieser zu Verhandlungen nach den Absätzen 1 und/oder 8 aufgefordert hat, bis zum Abschluss einer Vereinbarung nach § 84 Absatz 9 Satz 1 einen Vergütungszuschlag je Versicherten für zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal nach § 84 Absatz 9 Satz 2 berechnen,“

In § 84 Absatz 11 SGB XI Satz 1 wird Ziffer 3 wie folgt gefasst:

„die tatsächlichen Aufwendungen für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal“.

In § 84 Absatz 11 SGB XI Satz 1 wird in Ziffer 5 der Punkt durch ein Komma ersetzt und eine neue Ziffer 6 wie folgt eingefügt:

„die Erklärung, dass das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal die Voraussetzungen nach Absatz 9 Satz 1 Ziffer 1 Buchstabe a) bis c) erfüllt.“

### III. Weiterer Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes

#### Zusammenfassung

##### **Unvollständige Bereinigung der TSVG-Förderung führt zur Doppelfinanzierung in der vertragsärztlichen Vergütung**

Zusätzlicher Regelungsbedarf wird durch die im Rahmen des TSVG eingeführte extrabudgetäre Vergütung vertragsärztlicher Leistungen bei Terminvermittlungen, bei offenen Sprechstunden und bei Neupatienten (TSVG-Konstellationen) gesehen. Bei der extrabudgetären Förderung bestehender Leistungen durch Verschiebung aus der mit befreiender Wirkung pauschal gezahlten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) in den Bereich der ohne Mengenbegrenzung unquotiert zu zahlenden extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV) ist eine unvollständige Bereinigung der MGV zu beobachten: In dem auf ein Jahr begrenzten Bereinigungszeitraum wurde, pandemiebedingt, aber auch auf mehr oder weniger expliziten Hinweis einer Reihe von Kassenärztlichen Vereinigungen hin, ein weitaus geringeres Leistungsvolumen als potenziell vorhanden als TSVG-förderwürdig gekennzeichnet und abgerechnet, womit die MGV nicht im erwarteten Umfang abgesenkt werden konnte. Nach Ablauf des jeweiligen Bereinigungszeitraums (d.h. größtenteils bereits seit dem 01.09.2020) werden somit durch die Krankenkassen nicht nur die geförderten Leistungen im Umfang von rund 5 Mrd. Euro jährlich extrabudgetär vergütet, sondern zusätzlich Jahr für Jahr pauschal MGV-Anteile zu zahlen sein, denen gar keine MGV-Leistungen mehr gegenüberstehen, weil sie extrabudgetär TSVG-gefördert werden. Der Umfang der hierdurch hervorgerufenen Doppelfinanzierung wird nach aktuellen Prognosen, die auf der Analyse von Abrechnungsdaten beruhen, auf mehr als 2 Mrd. Euro jährlich geschätzt.

##### **Vorgesehene Bereinigungsregelung im Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung kommt zu spät**

Um diese sachlich nicht gerechtfertigte Überzahlung zu verhindern und dem eigentlichen Gesetzeswillen Rechnung zu tragen, muss die Bereinigungsnorm in § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V ergänzt werden um ein unmittelbar nach Ende des Bereinigungszeitraums einsetzendes Korrekturverfahren, das mind. vier Quartale über die Coronavirus-Pandemie hinauslaufen sollte, damit das „normale“ Versorgungsgeschehen in den Abrechnungen abgebildet ist. Die im Referentenentwurf zum Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) vorgesehene Ergänzung der Bereinigungsregelung würde zu spät Inkrafttreten, als dass eine Korrektur für den Zeitraum September bis Dezember 2020 (mit der Abrechnungslegung für das jeweilige Abrechnungsquartal) noch erfolgen könnte. Deshalb sollte eine entsprechende Ergänzung der Bereinigungsnorm in § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V bereits und spätestens mit dem GPVG geregelt werden.

Des Weiteren greift die im Referentenentwurf zum GVWG vorgesehene Ausgestaltung des Korrekturverfahrens zu spät – ab dem vierten Quartal 2021, womit in den Quartalen 2020/4 bis 2021/3 mit einer Überzahlung von über 1,5 - 2 Mrd. Euro zu rechnen ist. Sie bezieht sich zudem lediglich auf drei und nicht vier Abrechnungsquartale und setzt auf Abrechnungsdaten auf, die die Verwerfungen der Coronavirus-Pandemie abbilden. Die ab 2022 zu erwartende Doppelfinanzierung wird auf rd. 600 Mio. Euro (unter Ignorierung der Pandemieauswirkungen) bis über 1 Mrd. Euro (unter Einkalkulierung von Pandemieauswirkungen) jährlich prognostiziert. Damit

würde die Doppelfinanzierung lediglich abgemildert, aber nicht in vollem Umfang beseitigt und Unwirtschaftlichkeit durch den Gesetzgeber gefördert.

## **§ 87a Abs. 3 Satz 7 und 8 SGB V – Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten**

### **A Vorgeschlagene Neuregelung**

Das im Mai 2019 in Kraft getretene Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) sieht zur Förderung der Erbringung ambulanter ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen in bestimmten Konstellationen eine extrabudgetäre Leistungsvergütung sowie neue Zuschläge bei schnellen Terminvermittlungen bzw. -vergaben vor. So werden unter festgelegten Voraussetzungen

- (1) die (Weiter-)Behandlung von Patienten, bei denen ein Hausarzt oder Kinder- und Jugendarzt oder die Terminservicestelle (TSS) den entsprechenden Termin vermittelt hat (HA-Vermittlungsfall, TSS-Terminfall, TSS-Akutfall)
- (2) die Behandlung von Patienten, die erstmals oder erstmals nach zwei Jahren (d.h. nach mindestens acht Quartalen) eine Praxis (wieder) aufsuchen (Neupatient)
- (3) die Behandlung von Patienten, die eine Praxis im Rahmen der offenen Sprechstunden aufsuchen, welche von Fachärzten bestimmter Arztgruppen anzubieten sind (offene Sprechstunde)

außerhalb des Budgets vergütet und zusätzlich die hausärztliche Terminvermittlung bzw. das Angebot eines kurzfristigeren Termins in den TSVG-Konstellationen nach (1) extra über einen Zuschlag honoriert.

Durch die extrabudgetäre Förderung wird ein Teil der Leistungen, für welche die gesetzlichen Krankenkassen nach wie vor mit befreiender Wirkung ein Budget in Form der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) zahlen, finanziell wie Leistungen behandelt, die dem Bereich der extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV) zugeordnet sind. Im Rahmen letzterer sind die betreffenden Leistungen ohne Mengenbegrenzung, d.h. unquotiert zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung in voller Höhe zu finanzieren. Durch die extrabudgetäre Förderung von TSVG-Leistungen kommt es damit zu einer finanziellen Verschiebung von Leistungsanteilen, die der MGV zugeordnet sind, in die EGV.

Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des TSVG betrafen die im Rahmen der o.g. TSVG-Konstellationen erbringbaren Behandlungen ein von der MGV abgedecktes Leistungsvolumen von schätzungsweise jährlich rund 5 Mrd. Euro brutto. Anders als etwaige zukünftige Mengensteigerungen sind solche bereits zuvor unter Budgetbedingungen erbrachten und von den Krankenkassen innerhalb der MGV vergüteten Leistungsvolumina aus der MGV zu bereinigen, um eine Doppelfinanzierung sowohl über das Budget wie auch extrabudgetär auszuschließen. Das TSVG sieht

diesbezüglich vor, dass die MGVen in den KV-Bezirken um die in den ersten 12 Monaten nach Inkrafttreten der jeweiligen TSVG-Konstellation erbrachten bzw. entsprechend abgerechneten Leistungsmengen basiswirksam nettobereinigt, d.h. auf Dauer quotiert abgesenkt werden. Fortan vergüten die Krankenkassen die TSVG-Behandlungen extrabudgetär in voller Höhe zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung, im Bereinigungszeitraum allerdings bekommen sie gleichzeitig einen Teil dieser Gelder mit Folgewirkung für die Zeit nach der Bereinigungsphase aus der MGV zurückverrechnet. Im Ergebnis bedeutet dies, dass im Bereinigungszeitraum je 100 Euro extrabudgetärer Vergütung von TSVG-Leistungen gleichzeitig die jeweilige MGV um im Schnitt rund 90 Euro dauerhaft vermindert wird. Gesetzlich ergeben sich folgende Bereinigungszeiträume:

- HA-Vermittlungs- und TSS-Terminfall: 11. Mai 2019 bis 10. Mai 2020
- Neupatient: 1. September 2019 bis 31. August 2020
- Offene Sprechstunde: 1. September 2019 bis 31. August 2020
- TSS-Akutfall: spätestens 1. Januar 2020 bis spätestens 31. Dezember 2020

Bei voller Wirksamkeit der TSVG-Vergütungsregelungen und -Bereinigung ab Inkrafttreten der gesetzlichen Vorgaben sollten die Krankenkassen somit jährlich rund 500 Mio. Euro (5 Mrd. Euro extrabudgetäre TSVG-Vergütung, die einer dauerhaften MGV-Absenkung um 4,5 Mrd. Euro gegenüberstehen) zusätzlich für auch schon bislang erbrachte, nur über Budget quotiert bezahlte Leistungsvolumina aufbringen. Zusätzlich sind nach Ablauf des jeweiligen Bereinigungszeitraums sämtliche zukünftigen Mengensteigerungen in diesem Bereich vollständig von den Krankenkassen zu finanzieren.

Nach Ablauf des ersten Jahres des Inkrafttretens des TSVGs kann auch empirisch gestützt nicht länger von einer vollen Wirksamkeit der entsprechenden Vergütungsregelungen und MGV-Bereinigung ausgegangen werden. Damit verbunden sind zusätzliche Belastungen der Krankenkassen in Form einer Doppelfinanzierung von vertragsärztlichen Leistungen im einstelligen Milliardenbereich. Mit der vorgeschlagenen Neuregelung eines Korrekturverfahrens zur MGV-Bereinigung im Rahmen des TSVG soll diese ungerechtfertigte und zusatzbeitragsatzrelevante Überzahlung auf Dauer vermieden werden.

## **B Stellungnahme**

### ***Beobachtete Unterbereinigung***

Sofern die durch das TSVG geförderte und bereits bestehende Leistungserbringung im Bereinigungszeitraum nicht in vollem Umfang stattfindet oder nicht wie vorgesehen gekennzeichnet und abgerechnet wird, können die entsprechenden Leistungsvolumina nur unvollständig aus der MGV bereinigt werden. Die MGV bleibt unterbereinigt und vermindert sich nicht im erwarteten Umfang. Nach Ablauf des jeweiligen Bereinigungszeitraums (d.h. in der Hauptsache bereits seit dem 1. September 2020) werden damit von den Krankenkassen bei voller Wirksamkeit der TSVG-Vergütungsregelungen nicht nur alle bislang schon erbrachten und nunmehr TSVG-geförderten Leistungen im Umfang von bis zu 5 Mrd. Euro jährlich extrabudgetär zu vergüten sein, sondern die MGVen zusätzlich Jahr für Jahr Finanzmittel für einen Teil der gleichen extrabudgetär geförderten Leistungen umfassen: Für diese wird damit von der GKV doppelt gezahlt.

Dafür, dass während der ersten 12 Monate nach Inkrafttreten der jeweiligen TSVG-Konstellation die Abrechnung von TSVG-Leistungen niedriger als erwartet war – und auch vom Gesetzgeber während des TSVG-Gesetzgebungsprozesses vermutet wurde<sup>1</sup>–, sprechen verschiedene Gründe:

- a. Gerade unmittelbar nach Inkrafttreten von neuen Vergütungs- und Verfahrensregelungen entwickelt sich die damit verbundene Leistungserbringung erst langsam und ist naturgemäß zunächst weit von einem „Sättigungsgrad“ entfernt. Dies ist bspw. auch bei Einführung von neuen Leistungen so, bei denen i.d.R. von einem Anwachsen des angeforderten Leistungsbedarfs über einen Zeitraum von mehreren Jahren auszugehen ist. Im Falle des TSVG ist dies insbesondere beim Angebot von offenen Sprechstunden durch Fachärzte bestimmter Arztgruppen beobachtbar, zu dem sie seit Inkrafttreten des Gesetzes verpflichtet sind.
- b. Zu einer Unterbereinigung kommt es auch dann, wenn die entsprechenden Leistungen in den ersten 12 Monaten nur in reduziertem Umfang erbracht werden oder wenn sie nicht als TSVG-Leistungen gekennzeichnet und abgerechnet werden. Neben diversen mehr oder weniger expliziten Appellen der KVen an ihre Mitglieder, die TSVG-Kennzeichnung im Bereinigungsjahr zurückhaltend vorzunehmen, sind seit August 2020 spätestens auch Aufrufe zu einem anschließenden zügigen Hochfahren der TSVG-Abrechnung zu verzeichnen.<sup>2</sup> Gleichzeitig haben die KVen ihre IT-basierte Unterstützungsangebote an die Ärzte und Psychotherapeuten bei der Kennzeichnung und Abrechnung von Behandlungen mit TSVG-Konstellation (automatisiertes Zusetzen der ordnungsgemäßen Kennzeichnung durch die jeweilige KV bei der sachlich-rechnerischen Richtigstellung) nur peu à peu aufgebaut, so dass diese, wenn, meist erst zum Ende des Bereinigungszeitraums hin – oder danach – greift.

Entsprechend unterschiedlich fallen die extrabudgetär geförderten Leistungsmengen- MGV-Bereinigungsanteile in den KV-Bezirken aus. Während im 4. Quartal 2019 in den KV-Bezirken Niedersachsen und Schleswig-Holstein knapp über 10 % aller Leistungen als TSVG-Leistungen gekennzeichnet und somit bereinigt wurden, beträgt dieser Anteil im KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern lediglich 0,25 %; die Quoten ordnungsgemäßer Kennzeichnung von „theoretischen“ Neupatienten variieren zwischen rund 90 % in den KV-Bezirken Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Hamburg und Westfalen-Lippe einerseits und ca. 2 % in Mecklenburg-Vorpommern und Rheinland-Pfalz andererseits. Sachlich lassen sich diese Unterschiede nicht begründen. Die starken Abweichungen zwischen den KV-Bezirken bei der

---

<sup>1</sup> Siehe TSVG-Gesetzentwurf der Bundesregierung, Abschnitt 4. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand, Nr. 4.1.3. Vergütungsanreize: „Die jährlichen Mehrbelastungen der gesetzlichen Krankenversicherung für die vertragsärztliche Vergütung können sich je nach Ausgestaltung durch den Bewertungsausschuss bei voller Wirksamkeit auf einen mittleren dreistelligen Millionenbetrag belaufen. [...] Aufgrund schwer prognostizierbarer Entwicklungen der extrabudgetären vertragsärztlichen Leistungen im Verlauf der nächsten Jahre kann es zu nicht quantifizierbaren Minder- oder Mehrausgaben kommen. [...]“ (im weiteren Gesetzgebungsprozess unverändert geblieben).

<sup>2</sup> Siehe bspw. KV Mecklenburg-Vorpommern: Rundschreiben 5/2019 vom 26.04.2019; KV Westfalen-Lippe: KVWL kompakt Nr. 8 vom 27.08.2020 (S. 39); KV Baden-Württemberg: Merkblätter zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) (bis Version 10, Oktober 2020).

TSVG-Kennzeichnung und -Abrechnung im ersten Jahr des Inkrafttretens löst zudem eine Divergenz der vertragsärztlichen Honorare in den verschiedenen Regionen aufgrund des unterschiedlichen Bereinigungsumfangs und der damit einhergehenden Doppelfinanzierung aus: Es profitieren vornehmlich Ärzte aus KV-Bezirken, die die gesetzlichen Vorgaben hinsichtlich der ausgelobten Vergütungsverbesserungen aus strategischem Kalkül nur zeitverzögert umgesetzt haben.

- c. Seit März 2020 wird darüber hinaus das Versorgungsgeschehen von der Coronavirus-Pandemie überlagert. Diese wirkt sich in zweierlei Hinsicht auf die abrechenbaren TSVG-Leistungen aus:
- Zum einen gab und gibt es insbesondere während der (Teil-)Lockdown-Perioden einen allgemeinen Fallzahlrückgang, der unmittelbar auch die TSVG-Leistungserbringung betrifft. Nicht nur während eines Teils der Bereinigungszeiträume, sondern bis weit ins Jahr 2021 hinein und ggf. darüber hinaus wurden und werden z.T. erheblich weniger Leistungen erbracht als in regulären, also unter Normalbedingungen ablaufenden Vergleichszeiträumen der Vergangenheit.<sup>3</sup> Innerhalb wie außerhalb der Bereinigungszeiträume ist damit auch die Abrechnung von TSVG-Leistungen ggf. generell reduziert.
  - Zum anderen werden aufgrund der gesetzlichen Regelung in § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V seit dem 1. Februar 2020 alle ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen, die im Zusammenhang mit dem klinischen Verdacht auf das oder dem Nachweis einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 erbracht werden, als nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs (sogenannter NiVA) unmittelbar in voller Höhe extrabudgetär vergütet. Die NiVA-Vergütung stellt sicher, dass pandemiebedingter zusätzlicher MGV-Leistungsbedarf, der über die vereinbarte Budgetanpassung hinausgeht, außerhalb des Budgets extra von den Krankenkassen finanziert wird. Dabei konkurriert die entsprechende NiVA-Kennzeichnung und -Abrechnung mit der Kennzeichnung und extrabudgetären Förderung von TSVG-Leistungen: insbesondere bei den TSVG-Konstellationen Neupatient und offene Sprechstunde, für welche von März bis August 2020 die zweite Hälfte des Bereinigungszeitraums (ab)lief, sollte ein Teil der Leistungen, die im Rahmen der TSVG-Förderung hätten gekennzeichnet und bereinigt werden können, als NiVA ohne MGV-Bereinigung abgerechnet worden sein. Angesichts der aktuell steigenden Infektionszahlen ist zu erwarten, dass wegen der NiVA-Leistungskennzeichnung weit in das Jahr 2021 und ggf. darüber hinaus eine unvollständige TSVG-Abrechnung vorliegen wird.

---

<sup>3</sup> Um den mit Fallzahlrückgängen einhergehenden Honorareinbußen der Ärzte zu begegnen, wurden und werden die Budgets von den Krankenkassen auf dem jeweils vereinbarten Niveau weitergezahlt und erfolgt ein Ausgleich für EGV-Einbußen i.H.v. mind. 90% des entsprechenden vertragsärztlichen Honorars im Vorjahr (siehe auch §§ 87b Abs. 2a und 87a Abs. 3b SGB V i.d.F. des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes).



Auch wenn in einigen KV-Bezirken über die Quartale hinweg durchaus ein Hochlauf an TSVG-Abrechnungen festzustellen sein mag, zeigt die Analyse der Abrechnungsdaten bis zum 1. Quartal 2020 einschließlich auch auf, dass bis Ende März 2020 tatsächlich im Schnitt nur rund die Hälfte des vorhandenen Potenzials an TSVG-Leistungen als solche extrabudgetär abgerechnet und aus der MGV bereinigt wurde. Der daraus ableitbare Umfang an Doppelfinanzierung von extrabudgetär vergüteten TSVG-Leistungen über die MGV beträgt über 2 Mrd. Euro pro Jahr. Allein in den letzten vier Monaten des Jahres 2020, d.h. nach Ablauf des Bereinigungszeitraums für die beiden TSVG-Konstellationen Neupatient und offene Sprechstunde (zum 31. August d.J.), beläuft sich die Doppelfinanzierung entsprechender TSVG-Leistungen auf gut 800 Mio. Euro. Für den Zeitraum September 2020 bis September 2021 ist damit mit einer erheblichen Überzahlung von über 2 Mrd. Euro in allen TSVG-Konstellationen zu rechnen, wenn die Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie auf das Versorgungs- und Abrechnungsgeschehen unberücksichtigt sind; werden sie mit einkalkuliert, bewegt sich die Doppelfinanzierung in dem Zeitraum noch bei über 1,5 Mrd. Euro.

### ***Korrekturmöglichkeiten***

Um die durch die Strategieanfälligkeit der Umsetzung der TSVG-Förderung sowie durch die Coronavirus-Pandemie hervorgerufene sachlich ungerechtfertigte Überzahlung zu vermeiden, sind die größtenteils bereits ausgelaufenen einjährigen Bereinigungen solange zu berichtigen, bis in jedem KV-Bezirk das erwartete, d.h. historisch vorhandene Potenzial an TSVG-Leistungsmengen aus der MGV bereinigt ist. Über ein entsprechendes Korrekturverfahren für die MGV-Bereinigung wird dabei sichergestellt, dass der „theoretische“, aus Daten zum Versorgungs- und Abrechnungsgeschehen in der Vergangenheit ableitbare Umfang an förderungswürdigen TSVG-Leistungen in den einzelnen KV-Bezirken vollständig aus der MGV bereinigt und auch eine MGV-Unterbereinigung aufgrund der Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie (Fallzahlrückgang, Kennzeichnung von TSVG-Leistungen als NiVA-Leistungen) ausgeschlossen ist.

Dabei ist es unabdingbar, dass das Korrekturverfahren ab dem Ende des jeweiligen gesetzlichen Bereinigungszeitraums für die verschiedenen TSVG-Konstellationen greift und bis mindestens zum Ende des zwölften Monats nach Aufhebung der Kennzeichnung und Abrechnung von Leistungen als Coronavirus-NiVA gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V fortgeführt wird. Letzteren bedarf es, um sicherzustellen, dass sich in den Abrechnungen (und Abrechnungsdaten) keine Verwerfungen der Coronavirus-Pandemie mehr abbilden. Als zwingend erforderlich erscheint es außerdem, dass die Bereinigungskorrektur – wie schon die reguläre einjährige TSVG-Bereinigung auch – zeitgleich im Rahmen der Rechnungslegung für das jeweilige Abrechnungsquartal (was fünf Monate nach Ende des jeweiligen Quartals geschieht) über eine Verrechnung der – im Vergleich zum jeweiligen Vorjahresquartal zusätzlichen – extrabudgetär geförderten TSVG-Leistungen mit einer entsprechenden quotierten – zusätzlichen – MGV-Absenkung erfolgt; das Verfahren wird solange durchgeführt, bis nach vier Kalendervierteljahren „normaler“ vertragsärztlicher Versorgung ohne pandemiebedingter Fallzahlrückgänge und NiVA-Abrechnung sichergestellt ist, dass das historisch erwartete MGV-Gesamtbruttoleistungsvolumen als TSVG-gefördert extrabudgetär abgerechnet und quotiert bereinigt ist. Um zu gewährleisten, dass keine TSVG-induzierten

Mengensteigerungen zur Bereinigung kommen, wäre ggf. überlegenswert, dass der Bewertungsausschuss in seinen Vorgaben je KV-Bezirk ein extrabudgetär gefördertes TSVG-Leistungsvolumen festlegt, dass zur Bereinigung kommen sollte.

Eine wie im Referentenentwurf zum Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) vorgesehene sogenannte retrospektive Korrektur einige Zeit nach Ablauf des jeweiligen Bereinigungszeitraums ist zu vermeiden, da bis zur Korrektur selbst bereits eine Doppelfinanzierung erfolgt (im Zeitraum September 2020 bis September 2021, wie oben dargelegt, in Höhe von mehr als 1,5-2 Mrd. Euro). Unsachgerecht wäre auch eine Korrektur, die nicht über vier Quartale läuft und auf Abrechnungsdaten aufsetzt, in welchen sich die Verwerfungen durch die Coronavirus-Pandemie abbilden; eine solche Korrektur führte zwar die Doppelfinanzierung abmildern, nicht aber in vollem Umfang beseitigen. Die angedachte Nichtkorrektur der MGVBereinigung des dritten Quartals 2020 im dritten Quartal 2022 würde weiterhin zu unsachgemäß hohen MGVen und entsprechenden Doppelfinanzierungen von ca. 600 Mio. Euro jährlich ab 2022 führen; wird mitberücksichtigt, dass die Daten, auf denen zur Korrektur aufgesetzt wird, die Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie mit abbilden, ist mit zukünftigen Doppelfinanzierungen von rd. 1 Mrd. Euro pro Jahr ab 2022 zu rechnen.

Aufgrund der unvollständigen Kennzeichnung von TSVG-Leistungen wird außerdem vorgeschlagen, dass eine verpflichtende Kennzeichnung von TSVG-Leistungen eingeführt wird.

### **C      Änderungsvorschlag**

Dem § 87a Absatz 3 werden folgende Sätze angefügt:

„In den Vereinbarungen und Vorgaben nach Satz 7 und 8 ist auch ein mit Wirkung ab dem 1. September 2020 durchzuführendes Korrekturverfahren vorzusehen, mit dem bei der Bereinigung gemäß Satz 7 nicht berücksichtigte Leistungen nach Satz 5 Nummer 3 bis 6 zeitnah, spätestens im jeweils folgenden Abrechnungszeitraum zu bereinigen sind; die Korrektur setzt mit dem jeweiligen Ende der Bereinigung nach Satz 7 ein und endet nach Ablauf des vierten Kalendervierteljahres, welches der Aufhebung der Leistungsvergütung nach Satz 4 im Rahmen der Coronavirus-Pandemie (SARS-CoV-2) folgt. Alle Leistungen, die die Kriterien nach Satz 5 Nummer 3 bis 6 erfüllen, sind 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.“

## § 33a SGB V Digitale Gesundheitsanwendungen

### A Vorgeschlagene Neuregelung

Er wird auf eine Regelungslücke beim neuen Leistungsanspruch auf medizinische Versorgung unter Verwendung von Digitalen Gesundheitsanwendungen hingewiesen und eine entsprechende Ergänzung vorgeschlagen.

### B Sachverhalt

Mit dem Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (DVG) ist ein neuer Leistungsanspruch auf medizinische Versorgung unter Verwendung von Digitalen Gesundheitsanwendungen geschaffen worden. Der Anspruch umfasst nur solche Digitalen Gesundheitsanwendungen, die zunächst im Rahmen des Fast-Track-Verfahren vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in das Verzeichnis für Digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e aufgenommen wurden und

- entweder nach Verordnung des behandelnden Arztes oder des behandelnden Psychotherapeuten oder mit Genehmigung der Krankenkasse angewendet werden.

Für die Genehmigung nach § 33a Satz 2 Nummer 2 SGB V ist das Vorliegen der medizinischen Indikation nachzuweisen, für die die Digitale Gesundheitsanwendung bestimmt ist.

Die Leistungspflicht der Krankenkassen hat mit der Veröffentlichung des DiGA-Verzeichnisses beim BfArM am 06.10.2020 begonnen. Das Verzeichnis führt aktuell fünf Anwendungen (Stand 30.10.2020; <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis>). Bereits in den ersten Wochen ist die Ausnutzung einer sogenannten Regelungslücke zu beobachten, auf deren Lösung der vorliegende Änderungsvorschlag abzielt. Zur Wahrung des Patientenschutzes soll durch die vorgeschlagene Gesetzesanpassung vorgebeugt werden, dass Onlineunternehmer kontaktlos Rezepte für digitale Gesundheitsanwendungen anbieten können, da dies für die Patientinnen und Patienten die Gefahr der Fehlverordnung birgt (u.a. unzureichende Erfassung von Kontraindikationen).

Die aktuell zugelassenen Digitalen Gesundheitsanwendungen betreffen komplexe Krankheitsbilder. Aus diesem Grund ist es unabdingbar, dass die Verordnung der Digitalen Gesundheitsanwendung immer in einem strukturierten Versorgungs- beziehungsweise Behandlungssetting durch die betreuende Vertragsärztin oder den betreuenden Vertragsarzt eingebettet ist und die/der sich persönlich von dem Krankheitszustand des Patienten überzeugt hat. Dies garantieren die rechtlichen Rahmenbedingungen aktuell nicht. Eine Verordnung rein per Telekonsil o.ä. oder rein digital, insbesondere durch Ärzte, die nicht an der Behandlung der Patienten beteiligt sind, gewährleistet auch nicht die Intention des Gesetzgebers, dass Digitale Gesundheitsanwendungen zur Unterstützung der vertragsärztlichen Gesundheitsversorgung angewendet werden (vgl. Gesetzesbegründung DVG).

### C Änderungsvorschlag

§33a Satz 2 Nr. 2 wird wie folgt geändert:

entweder nach Verordnung des behandelnden **Vertragsarztes** oder des behandelnden **Vertragspsychotherapeuten**..... angewendet werden.

## § 197a SGB V Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

### A Vorgeschlagene Neuregelung

Es werden Klarstellungen zur Regelungen zur Zusammenarbeit mit anderen Sozialversicherungsträgern und Behörden bei Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen hinsichtlich erforderlicher Datenübermittlungen vorgeschlagen.

### B Sachverhalt

Mit der jüngsten Einfügung der §§ 197a Abs. 3 b SGB V, 47a Abs. 3 SGB XI sollten datenschutzrechtliche Übermittlungsbefugnisse im Zusammenhang mit der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gesondert klargestellt werden. Dadurch wurde Erkenntnissen aus der Praxis der Fehlverhaltensbekämpfung der gesetzlichen Krankenkassen Rechnung getragen, vgl. BT-Drs. 19/6337, 103, 134 und 152. In der Praxis der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen sind mit fortschreitender organisationsübergreifender Zusammenarbeit aber neue Rechtsunsicherheiten zutage getreten, denen durch eine weitergehende gesetzliche Klarstellung abgeholfen werden sollte. Die Unsicherheiten betreffen typische Informationsflüsse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu anderen Behörden bzw. Trägern der Sozialversicherung. Es wird z.B. in § 197a Abs. 3 b Satz 1 Nr. 5 SGB V keine umfassende Bezugnahme auf Behörden vorgenommen. Einbezogen werden bislang lediglich alle Approbations- bzw. Zulassungsbehörden der Länder, die Entscheidungen über die Erlaubnis zur Ausübung eines Heilberufs treffen oder berufsrechtliche Verfahren durchführen (vgl. BT-Drs. 19/8351, 210). Andere Behörden werden somit nicht erfasst. Im Freistaat Bayern müssen aber u.a. auch Informationen zur Qualifikation von Pflegedienstmitarbeitern z.B. auch an die Gesundheitsämter übermittelt werden. Deshalb sind in Bezug auf beispielsweise Gesundheitsämter und Heimaufsichten sowie weitere – nach Landesrecht – zuständige Ordnungsbehörden, Klarstellungen erforderlich. Die Notwendigkeit einer Klarstellung wird im Zusammenhang mit der Bekämpfung von Fehlverhalten darüber hinaus in der außerklinischen Intensivpflege besonders offenkundig, da mit der geplanten Neuregelung des § 132 j Abs. 7 SGB V ein Informationsaustausch zwischen Krankenkassen und den für die infektiionshygienische Überwachung nach § 23 Abs. 6 und 6a des Infektionsschutzgesetzes zuständigen Gesundheitsämtern eingeführt wird, vgl. BT-Drs. 19/19368, Nr. 14. Bislang besteht nach § 47a Abs. 2 SGB V nur eine explizite Übermittlungsbefugnis personenbezogener Daten an die nach Landesrecht bestimmten Träger der Sozialhilfe nach dem SGB XII.

Nach Ansicht der Bundesagentur für Arbeit dürfen die Jobcenter bei den Krankenkassen Auskünfte zu Beitragszahlungen für einzelne Arbeitnehmer einholen. Rechtsgrundlage sei § 69 Abs. 1 Nr. 1 Alt. 2 SGB X i. V. m. § 67a Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe b, Doppelbuchstabe aa SGB X. Die Bundesagentur für Arbeit, die zugelassenen kommunalen Träger, gemeinsamen Einrichtungen und die für die Bekämpfung von Leistungsmissbrauch und illegaler Beschäftigung zuständigen Stellen sollen sich außerdem gem. § 50 Abs. 1 SGB II gegenseitig Sozialdaten übermitteln, soweit dies zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach dem SGB II oder SGB III erforderlich ist. Die wichtigste

Erkenntnisquelle für die Feststellung von Leistungsmissbrauch ist der automatisierte Datenabgleich nach § 52 SGB II. In diesen Datenabgleich sind die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen bislang nicht einbezogen.

Schließlich erweist sich die derzeitige Regelung des § 197a Abs. 3b Satz 3 SGB V als praxisfern. Es greift zu kurz, wenn nur der Medizinische Dienst personenbezogene Daten, die von ihm zur Erfüllung seiner Aufgaben erhoben oder an ihn übermittelt wurden, an die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen übermitteln darf, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen erforderlich ist. Die Datenübermittlungsbefugnis muss konsequent auf sämtliche der in § 197a Abs. 3b Satz 3 SGB V genannten Stellen erweitert werden.

## **C      Änderungsvorschlag**

I. Der § 197a Abs. 3b Satz 1 SGB V wird nach Nr. 5 wie folgt ergänzt:

6. die Gesundheitsämter, Heimaufsichten und nach Landesrecht zuständigen Gesundheitsbehörden,
7. die Stellen, die für die Bekämpfung von Leistungsmissbrauch bei den Trägern der Sozialversicherung nach dem SGB II, III, VI, VII und XII zuständig sind,
8. die mit der Steuerfahndung beauftragten Dienststellen der Landesfinanzbehörden und die Behörden des Zollfahndungsdienstes nach § 208 Abgabenordnung.

II. Der § 197a Abs. 3b Satz 3 SGB V wird neu wie folgt gefasst:

Die Stellen nach Abs. 3b Satz 1 dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhoben oder an sie übermittelt wurden, an die Einrichtungen nach Absatz 1 übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch die Einrichtungen nach Absatz 1 erforderlich ist.