



ENTWURF EINES GESETZES ZUR WEITERENTWICKLUNG DER GESUNDHEITSVERSORGUNG (GVWG)

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM

- REGIERUNGSENTWURF VOM 19. FEBRUAR 2021, BT-DRS. 19/26822
- ZUM ERSTEN PAKET DER FACHFREMDEN ÄNDERUNGSANTRÄGE VOM 19. FEBRUAR 2021, BT-DRS. 19 (14)310 SOWIE
- ZUM ÄNDERUNGSANTRAG DER BUNDESTAGSFRAKTION BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, BT-DRS. 19(14)310.4

12. APRIL 2021

INHALT

ARTIKEL 1 - ÄNDERUNG DES FÜNFTEN BUCHES SOZIALGESETZBUCH	5
Nr. 9a – § 31 Abs. 1a Satz 5 – Verbandmittel: Übergangsfrist	5
Nr. 9b – § 31 Abs. 5 – Enterale Ernährung	5
Nr. 13 – § 39d (neu) – Förderung der Koordination in Hospiz- Palliativnetzwerken	6
Nr. 22 – § 75 – Telefonische Konsultation über 116117	7
Nr. 22 b) – 75 Abs. 1a, S. 4, Ergänzung einer Nr. 2 (Fälle, in denen bei einer zuvor erfolgten Inanspruchnahme eines Krankenhauses zur ambulanten Notfallbehandlung das Ersteinschätzungsverfahren keinen sofortigen Behandlungsbedarf ergeben hat)	7
Nr. 26 – § 87a Abs. 3 S. 8 – Korrekturverfahren der Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aus dem Terminservice- und Versorgungsgesetz	7
Nr. 28 – § 95e (neu) – Berufshaftpflicht	8
Nr. 30 – § 106b Abs. 1a S. 2 – Überschreitungsmöglichkeit der bestellten Grippeimpfstoffdosen gegenüber den verabreichten Dosen um bis zu 30 % auch in der Saison 2021/2022	9
Nr. 32 – § 118 – Prüfung und Anpassung der Vereinbarung zu PIA und PSIA an G-BA Vorgaben	10
Nr. 33b) – § 120 Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen	11
Nr. 33c) – § 120 Abs. 3b (neu) – Einführung eines verbindlichen, bundeseinheitlichen Ersteinschätzungsverfahrens für die Behandlung von Patienten, die zu Lasten der vertragsärztlichen Versorgung in Krankenhausambulanzen behandelt werden, Qualifikation des Personals, das die Ersteinschätzung vornimmt	11
Nr. 39b – § 132e Abs. 4 (neu) – Erhöhung der Impfquoten als Ziel zu den regionalen Impfvereinbarungen	12
Nr. 40 – § 136a Abs. 6 (neu) – einheitliche Anforderungen für Informationen	12
Nr. 42 – § 137 – 100 prozentige Dokumentationspflicht für ambulante Leistungserbringer	13
Nr. 43 – § 137a – Anpassungen bei Patienten-befragungen	14
Nr. 47 – § 137d – Transparenz über medizinische Rehabilitations-einrichtungen	15
Nr. 47 – § 137f Abs. 1 S. 3 – Einführung eines DMP Adipositas	15
Nr. 69 – § 299 – Verlängerung der Löschfrist	16
<hr/>	
ARTIKEL 11 - ÄNDERUNG DER RISIKOSTRUKTUR-AUSGLEICHsverordnung	18
<hr/>	
ZUM ERSTEN PAKET DER FACHFREMDEn ÄNDERUNGSANTRÄGE VOM 19. MÄRZ 2021, BT-DRS. 19(14)310	20
<hr/>	
ÄA 3 – §§ 64D, 295 ABS. 1B S. 1 SGB V, ART. 15A (§ 3 ABS. 1 NR. 3A) PP) DATRAV (GENOMSEQUENZIERUNG) - MODELLVORHABEN ZUR UMFASSENDEN DIAGNOSTIK UND THERAPIEFINDUNG MITTELS GENOMSEQUENZIERUNG BEI SELTENEN UND ONKOLOGISCHEN ERKRANKUNGEN“	20
Zu den Regelungen im Einzelnen	22
§ 64D Abs. 1	22
§ 64D Abs. 2	22
§ 64D Abs. 3	22
§ 64D Abs. 4	23
§ 64D Abs. 7	23
§ 64D Abs. 8	24
§ 64D Abs. 9	24
<hr/>	
ÄA 4 – § 98 I.V.M. §§ 36, 37, 41 DER ZULASSUNGSVERORDNUNG FÜR VERTRAGSÄRZTE (ÄRZTE-ZV)	24

ÄÄ 10 – § 295 Abs. 4 SGB V (TRANSPARENZ KODIERVORGABEN)	25
<hr/>	
ZUM ÄNDERUNGSANTRAG DER BUNDESTAGSFRAKTION BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	26
Probatorische Sitzungen, BT-Drs. 19(14)310.4	26
Ergänzung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)	26
<hr/>	
WEITERER REGELUNGSBEDARF	27
§ 106 Abs. 3 S. 3 SGB V – Ausschlussfrist von Nachforderungen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung	27
Stärkung der Verbindlichkeit von Vorgaben der Bundesmantelvertragspartner zur Verordnung von Arznei- und Heilmitteln gem. § 73 Abs. 9 und 10 SGB V	27
Folgeänderung des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG)	28
§ 27 Psychotherapeutengesetz (PsychThG) - Abschluss von Ausbildungen	28
§ 3 Abs. 3 S. 1 Nr. 7 – Bundespflegesatzverordnung (BPflV)	29
§ 117 Abs. 3c SGB V – Hochschulambulanzen	29

Vorbemerkung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) nimmt zum

- › Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) vom 19. Februar 2021, BT-Drs. 19/26822,
- › zum ersten Paket der fachfremden Änderungsanträge vom 19. März 2021, BT-Drs. 19 (14)310 sowie
- › zum Änderungsantrag der Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, BT-Drs. 19(14)310.4 (Probatorische Sitzungen)

nachfolgend Stellung.

Ferner sieht die KBV die Notwendigkeit, weiteren Regelungsbedarf – der über den eigentlichen Gesetzesentwurf hinausgeht – ab Seite 27 zu adressieren. Dabei möchten wir insbesondere das Augenmerk auf § 106 Abs. 3 S. 3 SGB V bezüglich der Ausschlussfrist von Nachforderungen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung richten und bitten hier um Aufnahme einer entsprechenden gesetzlichen Regelung, wie vorgeschlagen.

IM EINZELNEN

ARTIKEL 1 - ÄNDERUNG DES FÜNFTEN BUCHES SOZIALGESETZBUCH

NR. 9a – § 31 ABS. 1a SATZ 5 – VERBANDMITTEL: ÜBERGANGSFRIST

Die geplante Änderung in § 31 Abs. 1a SGB V, mit der die Übergangsfrist von 12 auf 24 Monate verlängert wird und die den Herstellern Zeit geben soll, die medizinische Notwendigkeit ihrer Produkte nachzuweisen, ist nachvollziehbar.

Ebenso ist – zur Gewährleistung der Gleichbehandlung von Produkten – die Anpassung des Zeitpunktes, ab wann die Übergangsfrist gilt, auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Regelung in der Arzneimittel-Richtlinie (statt auf den des Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung) begründet.

NR. 9b – § 31 ABS. 5 – ENTERALE ERNÄHRUNG

Die mit der geplanten Änderung in § 31 Abs. 5 SGB V vorgenommene Überführung der auf der Ersatzvornahme des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) basierenden Übergangsregelung (§ 403 SGB V) in einen regulären Leistungsanspruch ist nachvollziehbar und wird von der KBV begrüßt. Auch der Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), die Entwicklungen dieser Leistungen zu evaluieren und hierüber dem BMG zu berichten, ist nachvollziehbar.

Die KBV begrüßt die im Vergleich zum Referentenentwurf vorgenommenen Änderungen und Klarstellungen, wonach der G-BA über das Ergebnis der Evaluation dem BMG alle drei Jahre, erstmals zwei Jahre nach dem Inkrafttreten der Regelungen in der Verfahrensordnung, hierzu berichtet.

Zur Umsetzung des Evaluations- und Regelungsauftrages des G-BA wäre aus Sicht der KBV eine Klarstellung im Gesetzestext hilfreich und erforderlich, dass der G-BA die genannten Angaben der Hersteller anfordern kann (statt berücksichtigt), da eine abschließende Bewertung eines Produktes nicht allein auf Basis der Angaben des Herstellers erfolgen kann und nicht erfolgen sollte.

Änderungsvorschläge

§ 31 Abs. 5 SGB V wird wie folgt gefasst:

*„(5) Versicherte haben Anspruch auf bilanzierte Diäten zur enteralen Ernährung nach Maßgabe der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 in der jeweils geltenden und gemäß § 94 Absatz 2 im Bundesanzeiger bekannt gemachten Fassung. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Entwicklung der Leistungen, auf die Versicherte nach Satz 1 Anspruch haben, zu evaluieren und über das Ergebnis der Evaluation dem Bundesministerium für Gesundheit alle drei Jahre, erstmals zwei Jahre nach dem Inkrafttreten der Regelungen in der Verfahrensordnung nach Satz 5, zu berichten. Stellt der Gemeinsame Bundesausschuss in dem Bericht nach Satz 2 fest, dass zur Gewährleistung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung Anpassungen der Leistungen, auf die Versicherte nach Satz 1 Anspruch haben, erforderlich sind, regelt er diese Anpassungen spätestens zwei Jahre nach Übersendung des Berichts in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6. Der Gemeinsame Bundesausschuss ~~berücksichtigt bei~~ **kann zur Umsetzung** der Evaluation nach Satz 2 und bei der Regelung nach Satz 3 Angaben von Herstellern von Produkten zu bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung zur medizinischen Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit ihrer Produkte **anfordern, Informationen** ~~sowie Angaben zur Versorgung mit Produkten zu bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften~~ **berücksichtigen und vom** ~~des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereini-~~*

gung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft **Angaben zur Versorgung mit Produkten zur bilanzierten Diät fordern**. Das Nähere zum Verfahren der Evaluation nach Satz 2 und der Regelung nach Satz 3 regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Verfahrensordnung. Für die Zuzahlung gilt Absatz 3 Satz 1 entsprechend. Für die Abgabe von bilanzierten Diäten zur enteralen Ernährung gelten die §§ 126 und 127 in der bis zum 10. Mai 2019 geltenden Fassung entsprechend. Bei Vereinbarungen nach § 84 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 sind Leistungen nach Satz 1 zu berücksichtigen.“

NR. 13 – § 39D (NEU) – FÖRDERUNG DER KOORDINATION IN HOSPIZ- PALLIATIVNETZWERKEN

Mit dem Aufbau dezidierter Strukturen in der Palliativversorgung konnten in den letzten Jahren bedeutende Fortschritte für die Versorgung Sterbender geschaffen werden. Wie in keinem anderen Bereich bewirken medizinische und pflegerische, aber auch zivilgesellschaftliche Angebote wie Hospize ein Versorgungsnetzwerk, das in seiner Komplexität notwendigerweise kontinuierlich gewachsen ist. Neben spezialisierten Versorgungsangeboten ist dabei die Rolle der Primär- und Basisversorgung von erheblicher Bedeutung geblieben und muss entsprechend umfassend in ein solches Netzwerk einbezogen werden.

Das Ziel, diese in Teilen fragmentierte Versorgungslandschaft besser zu koordinieren, dauerhafte Strukturen für diese Koordinierung einzurichten und finanziell auszustatten, wird deshalb grundsätzlich unterstützt. Von wesentlicher Bedeutung ist dabei, dass alle an der Versorgung beteiligten, relevanten Akteure in das Netzwerk einbezogen werden. Sowohl in ihrer Funktion der Sicherstellung ambulanter ärztlicher Versorgung als auch als Organisatorin für die Voraussetzungen einer allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) sollte deshalb die regionale Kassenärztliche Vereinigung (KV) in den Kreis der benannten Gesundheitsberufe, Einrichtungen und Organisationen aufgenommen werden. Es ist zwar zu begrüßen, dass nun die KVen in der Gesetzesbegründung aufgeführt werden. Allerdings halten wir es für notwendig, dass die Bedeutung der Verknüpfung zur vertragsärztlichen Versorgung auch im Gesetzestext verankert wird.

Änderungsvorschlag

§ 39d Abs. 2, Satz 2 (neu) SGB V wird wie folgt gefasst:

*„Ein Netzwerk ist dadurch gekennzeichnet, dass es sich aus verschiedenen Angeboten der Hospiz- und Palliativversorgung zusammensetzt, für alle in der Region in diesem Bereich tätigen Leistungserbringer und versorgenden Einrichtungen **einschließlich der regionalen kassenärztlichen Vereinigung** sowie für die ehrenamtlichen und kommunalen Strukturen offensteht und übergreifende Koordinierungstätigkeiten ausführt.“*

Begründung:

Basis der palliativmedizinischen Versorgung ist die hausärztliche Versorgung, wie sie zuletzt durch die Einführung einer allgemeinen, ambulanten Palliativversorgung weiter gestärkt wurde. Die hierfür zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen sollten deshalb Zugang zu dem Netzwerk erhalten und entsprechend ihres gesetzlichen Auftrags im Gesetzesentwurf benannt werden.

NR. 22 – § 75 – TELEFONISCHE KONSULTATION ÜBER 116117

Die Erweiterung der Aufgaben der Terminservicestellen (TSS) um die telefonische Konsultation führt zu weiteren Aufwänden der TSS, die akut in der derzeitigen Pandemiesituation nicht leistbar sind. Jedenfalls dürfen hieraus keine zusätzlichen Ansprüche von Versicherten ableitbar sein. Die 116 117 hat in der Corona-Pandemie einige zusätzlichen Aufgaben übernommen, die zur Bewältigung der Pandemie wichtig waren und sind. Die Erfüllung dieser Aufgaben darf nicht durch die Erweiterung bereits etablierter Funktionen durch weitere Dienstleistungen gefährdet werden.

NR. 22 B) – 75 ABS. 1A, S. 4, ERGÄNZUNG EINER NR. 2 (FÄLLE, IN DENEN BEI EINER ZUVOR ERFOLGTEN INANSPRUCHNAHME EINES KRANKENHAUSES ZUR AMBULANTEN NOTFALLBEHANDLUNG DAS ERSTEINSCHÄTZUNGSVERFAHREN KEINEN SOFORTIGEN BEHANDLUNGSBEDARF ERGEBEN HAT)

Mit der vorgesehenen Regelung wird offensichtlich die direkte Vermittlung von Akutpatienten durch die jeweilige TSS in bisher überweisungsgebundene Fachgebiete, nachdem Patientinnen und Patienten in einer Krankenhausambulanz vorstellig waren und ambulant behandelt wurden, beabsichtigt. Voraussetzung ist die Anwendung des bundesweit einheitlichen Ersteinschätzungsverfahrens nach § 120, Abs. 3a (neu) durch die Krankenhausärzte.

Ergibt die ärztliche Bewertung in einer Notfallambulanz der Krankenhäuser nach Durchlaufen des bundeseinheitlichen Ersteinschätzungsverfahrens das Erfordernis einer weiteren fachärztlichen Abklärung bzw. Behandlung, so ist eine weitere Verweisung der Patienten in die vertragsärztliche Versorgung zur Beschaffung einer Überweisung in Einzelfällen entbehrlich.

Dieser Grundansatz erspart ggf. weitere Zwischenstationen bis zur Vermittlung eines Termins durch die TSS, umgeht aber die hausärztliche Steuerungsfunktion. Aus diesem Grund sollte von dieser Möglichkeit nur insofern Gebrauch gemacht werden, als dass nur im Falle der nicht zumutbaren Zeitverzögerung Terminvermittlungen ohne vertragsärztliche Überweisungen vorgenommen werden. Das Ersteinschätzungsverfahren ist insofern auf dieses Erfordernis hin auszurichten.

NR. 25 B) – § 87 ABS. 2B (NEU) – VERGÜTUNG VON HAUSÄRZTLICHEN LEISTUNGEN ZUR ORGAN- UND GEWEBESPENDE

Vorgesehen ist, dass der Bewertungsausschuss bis spätestens zum 31. Dezember 2021 mit Wirkung zum 1. März 2022 eine Anpassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) bzgl. der Vergütung der hausärztlichen Beratungsleistungen zur Organ- und Gewebespende beschließen soll.

Die Regelung ist bereits im Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende verankert. Dieses Gesetz tritt zum 1. März 2022 in Kraft. Der Bewertungsausschuss sollte den Beschluss bis zum 30. Juni 2021 fassen. Es handelt sich um eine rechtstechnische Anpassung, damit der Bewertungsausschuss seinen Auftrag auf Grund von geltendem Recht erfüllen kann.

Die KBV begrüßt diese vorgesehene Regelung.

NR. 26 – § 87A ABS. 3 S. 8 – KORREKTURVERFAHREN DER BEREINIGUNG DER MORBIDITÄTSBEDINGTEN GESAMTVERGÜTUNG AUS DEM TERMINSERVICE- UND VERSORGUNGSGESETZ

Zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) gibt es Unterschiede im Umgang mit der Bereinigung aufgrund des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG, [BT-Drs. 19/6337](#), verkündet im Bundesgesetzblatt am 6. Mai 2019, Teil I 2019, Nr. 18, 10. Mai 2019).

Aufgrund des unterschiedlichen Abrechnungsverhaltens der Vertragsärzte können im Bereich der Bereinigung von Neupatienten (§ 87a Abs. 3 S. 5 Nr. 5 SGB V) gegebenenfalls regional ausgestaltete Korrekturen notwendig sein. Eine Korrektur scheidet aus, wenn die Daten den erwartbaren Leistungsmengen entsprechen oder wenn die KV die Abrechnungsdaten bereits korrigiert hat. Sollte eine Korrektur erforderlich werden, kann diese auf Erfassungsfehler beschränkt werden.

Zudem ist zu prüfen, ob ggf. durch die Corona-Pandemie ein Rückgang der Leistungsmengen der offenen Sprechstunde erfolgt ist. Sollte dies der Fall sein, könnte als Korrektur bzgl. der offenen Sprechstunde eine Hochrechnung mit nicht von der Pandemie betroffener Quartale erfolgen, um die Corona-Effekte zu kompensieren. Weitere Korrekturen sind dann nicht erforderlich.

Für die weiteren Bereinigungstatbestände nach Satz 5 liegen keine Anhaltspunkte vor, dass aufgrund des Abrechnungsverhaltens der Vertragsärzte oder wegen der Corona-Pandemie eine Unterbereinigung vorliegen könnte. Eine erneute Korrektur würde hier zu einer Doppelbereinigung führen.

Zudem ist eine Festlegung der Notwendigkeit der Korrektur und des entsprechenden Korrekturverfahrens auf Bundesebene nicht zielgenau und kann nicht alle regionalen Spezifitäten abbilden. Zudem liegen der Bundesebene hierfür nicht die erforderlichen Daten vor.

Vor diesem Hintergrund sollen die Gesamtvertragspartner auf Landesebene prüfen, ob eine Korrektur in diesem KV-Bezirk notwendig ist und in diesem Fall mit Wirkung ab dem 1. Oktober 2021 ein entsprechendes Korrekturverfahren vereinbaren. Sofern bereits eine Korrektur durch die KVen stattgefunden hat, ist kein weiteres Korrekturverfahren vorzusehen.

Die Ausgestaltung des Korrekturverfahrens obliegt den Gesamtvertragspartnern entsprechend der Notwendigkeit vor Ort und beinhaltet auch die Festlegung der Quartale, die als Referenzwerte für die Korrektur herangezogen werden. Genauso wie eine Doppelfinanzierung auszuschließen ist, darf es auch keine Doppelbereinigung geben.

Änderungsvorschlag

§ 87a Abs. 3 Satz 8 SGB V wird durch folgende Sätze ergänzt:

„Zudem haben sie ~~unter Berücksichtigung der vom Bewertungsausschuss zu beschließenden Vorgaben nach Satz 9 ab dem 1. Oktober 2021 bis zum 30. Juni 2022 vierteljährlich ein Verfahren zur Korrektur der Bereinigung nach Satz 7 durchzuführen. Der Bewertungsausschuss beschließt Vorgaben zum Korrekturverfahren einschließlich des Leistungsbedarfs, um den die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung für jede Kassenärztliche Vereinigung zusätzlich zu bereinigen ist. Der Leistungsbedarf nach Satz 9 soll aus dem auf Grundlage der Abrechnungsdaten der Jahre 2016, 2017 sowie 2018 zu bestimmenden Verhältnis von erwartetem Leistungsbedarf der in Satz 5 Nummer 3 bis 6 genannten Leistungen zum Gesamtleistungsbedarf der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung ermittelt werden. Ein Korrekturverfahren nach Satz 8 ist zudem dann ausgeschlossen, wenn die Kassenärztliche Vereinigung bereits die Leistungen nach Satz 5 Nr. 5 in den Abrechnungsdaten von Amts wegen berücksichtigt und diese insoweit richtiggestellt hat. Ein Korrekturverfahren ist für die Bereinigung von Leistungen nach Satz 5 Nr. 6 dann durchzuführen, wenn festgestellt wird, dass die Corona-Pandemie in dem Bereinigungsquartal zu unterdurchschnittlichen Leistungsmengen im Vergleich zu den Vorquartalen geführt hat.~~“

NR. 28 – § 95E (NEU) – BERUFSHAFTPFLICHT

Der Gesetzentwurf sieht Regelungen zur Aufnahme einer Berufshaftpflichtversicherung als vertragsärztliche Pflicht vor. Adressat der Regelungen ist der Zulassungsausschuss, der prüfen muss, ob ein ausreichender Versicherungsschutz bei einem Antrag auf Zulassung, Ermächtigung oder Anstellung besteht. Zudem sollen die Zulassungsausschüsse verpflichtet werden, bei allen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten diesen Nachweis nachzufordern. Was unter einem ausreichenden Versicherungsschutz zu verstehen ist, kann der GKV-Spitzenverband mit der Bundesärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkam-

mer und der KBV durch die Festlegung von Mindestversicherungssummen, abweichend von der gesetzlichen Vorgabe von drei Millionen Euro, regeln. Verstöße gegen diese vertragsärztliche Pflicht sollen den Kammern mitgeteilt werden.

Diese Regelungen sind aus Sicht der KBV in verschiedener Hinsicht als kritisch zu werten.

Bislang ist es eine berufsrechtliche Pflicht für Ärzte und Psychotherapeuten, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen der beruflichen Tätigkeit abzusichern. Liegt im Einzelfall ein schuldhafter Verstoß gegen Berufspflichten vor und hat ein Behandlungsfehler zu einem Schaden bei einem Patienten geführt, ist der Arzt nach allgemeinen Grundsätzen des Haftungsrechts schadensersatzpflichtig. Zur Abdeckung dieses Haftungsrisikos dient der Abschluss einer privatrechtlichen Haftpflichtversicherung.

Das Recht der ärztlichen Berufsausübung und der Berufsausübung sonstiger Heilberufe, fällt nach der Zuständigkeitsverteilung des Grundgesetzes in die Zuständigkeit der Länder. Dort wird bereits seit längerem über die Gewährleistung eines ausreichenden Haftpflichtversicherungsschutzes beraten. Entsprechende Regelungen finden sich daher auch in den Kammer- und Heilberufsgesetzen und in den Berufsordnungen der zuständigen Landeskammern.

Damit wird durch die Neuregelung im SGB V erneut eine berufsrechtlich verankerte Pflicht in das Vertragsarztrecht überführt. Kritisch ist auch der damit verbundene Verwaltungsaufwand der KVen und der Zulassungsausschüsse anzusehen. Die Ausdehnung des Überprüfungszeitraums auf zwei Jahre wird zwar begrüßt, ändert aber nichts an der grundsätzlichen Fehlverortung dieser Regelung im SGB V. Auch ohne diese Regelung haben grundsätzlich die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Ärztinnen die berufsrechtlich vorgeschriebene Berufshaftpflichtversicherung abzuschließen, so dass es ausreichen würde, zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Beschlussfassung in Zulassungs- oder Genehmigungsverfahren den Versicherungsnachweis zu erbringen. Sofern eine Statusänderung bei bereits Zugelassenen nicht innerhalb eines angemessenen Zeitraums (vorgeschlagen werden zwei Jahre) ansteht, ist dem Zulassungsausschuss der ausreichende Versicherungsschutz mitzuteilen in Ergänzung zu den Meldepflichten der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bei Änderungen des Versicherungsverhältnisses. Die Regelung, wonach der GKV-Spitzenverband mit den jeweiligen Berufskammern und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen abweichende Festlegungen von den vorgesehenen Mindestsummen treffen kann, wirft Fragen auf. Die Bestimmung der Höhe einer Haftpflichtversicherung ist maßgeblich vom medizinisch-technischen Fortschritt und der Rechtsprechungspraxis der Gerichte in Haftungsfällen abhängig. Versicherungsunternehmen müssen das Prämien- und Reserverisiko in der Tarifierung berücksichtigen und risikogerechte Prämien erheben. Wie problematisch das ist, hat die Kostenentwicklung bei der Regulierung der Schadensfälle in der Geburtshilfe gezeigt. Diese Aufgabe kann nicht durch die Selbstverwaltung gelöst werden.

NR. 30 – § 106b ABS. 1a S. 2 – ÜBERSCHREITUNGSMÖGLICHKEIT DER BESTELLTEN GRIPPEIMPSTOFFDOSEN GEGENÜBER DEN VERABREICHTEN DOSEN UM BIS ZU 30 % AUCH IN DER SAISON 2021/2022

Mit dem TSVG wurde im Jahr 2019 der Paragraph 106b Abs. 1a SGB V eingeführt, wonach bei Verordnungen saisonaler Grippeimpfstoffe eine angemessene Überschreitung der Menge gegenüber den tatsächlich erbrachten Impfungen grundsätzlich nicht als unwirtschaftlich gilt. Nach der Gesetzesbegründung sollte eine Überschreitung von bis zu 10 % als angemessen gelten. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass Ärzte von einem Regress bedroht sind, wenn sie eine aus ihrer Sicht angemessene Menge Impfstoffe bestellt haben, jedoch weniger Versicherte eine Gripeschutzimpfung erhalten möchten, als von ihnen zum Zeitpunkt der Bestellung der Impfstoffe – ca. sechs bis neun Monate vor Beginn der Impfsaison – angenommen wurde. Diese erstmals mit dem TSVG gesetzlich verankerte Regressbedrohung ist hinsichtlich einer anzustrebenden Verordnungs- und Versorgungssicherheit als kontraproduktiv einzustufen.

Gleichzeitig konterkariert diese Regelung die nach dem vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehene Neuregelung in § 132e Abs. 4 SGB V, wonach in den regionalen Impfvereinbarungen eine Erhöhung der Impfquoten unter anderem bei den Gripeschutzimpfungen anzustreben ist. Angesichts der aufgrund der Regressbedrohung nachvollziehbarerweise zu erwartenden Zurückhaltung der Vertragsärzte bei der Menge der frühzeitig zu bestellenden Grippeimpfstoffdosen bei gleichzeitig nur unzureichenden Nachbestellmöglichkeiten

während der laufenden Impfsaison ist eine Erhöhung der Impfquote bei den Gripeschutzimpfungen nur schwerlich zu erreichen.

Mit der gegenüber dem Referentenentwurf neu eingeführten Regelung in § 106b Abs. 1a S. 2 SGB V soll wie bereits für die Impfsaison 2020/2021 auch für 2021/2022 gelten, dass bei Verordnungen saisonaler Grippeimpfstoffe eine Überschreitung von bis zu 30 % gegenüber den tatsächlich erbrachten Impfungen nicht als unwirtschaftlich gilt. Damit musste § 106b Abs. 1a SGB V im zweiten Jahr nach Einführung bereits zum zweiten Mal „nachgebessert“ werden. Darüber hinaus musste zur Sicherstellung der Versorgung in der Impfsaison 2021/2022 – unter anderem aufgrund der Regelung in § 106b Abs. 1b SGB V – die zum 8. März 2021 in Kraft getretene Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen Influenza und Masern erlassen werden.

Vor diesem Hintergrund schlägt die KBV die Streichung von § 106b Abs. 1a SGB V vor und bietet gleichzeitig an, die bereits im Ansatz geführten Gespräche mit dem BMG zu neuen Lösungsansätzen für eine stabile und sichere Versorgung mit Grippeimpfstoffen konstruktiv fortzuführen.

Änderungsvorschlag

Streichung von § 106b Absatz 1 SGB V.

NR. 32 – § 118 – PRÜFUNG UND ANPASSUNG DER VEREINBARUNG ZU PIA UND PSIA AN G-BA VORGABEN

Für insbesondere schwer psychisch kranke Menschen sieht der Gesetzgeber aufgrund von § 92 Abs. 6b SGB V neue und erweiterte Möglichkeiten der koordinierten Behandlung und der Erleichterung des Übergangs von der stationären in die ambulante Versorgung vor. Der vorliegende Gesetzentwurf setzt nun nicht nur eine zwingende Anpassung der dreiseitigen Vereinbarung zwischen GKV-Spitzenverband, Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) und KBV zu den Psychiatrischen und Psychosomatischen Institutsambulanzen als Bedingung dafür voraus, dass diesen Einrichtungen eine Teilnahme (hierzu in der Begründung: „sachgerechte Einbindung“) im Rahmen der koordinierten Versorgung gemäß § 92 Abs. 6b SGB V ermöglicht wird, sondern auch eine Befassung des Zulassungsausschusses mit einer Prüfung und ggf. Anpassung der Ermächtigung, um die Teilnahme zu ermöglichen.

Diese Verknüpfung ist nicht nachvollziehbar bzw. nicht erforderlich. Denn ob eine Anpassung der Vereinbarungen überhaupt erforderlich sein wird, hängt einerseits von der (zum Zeitpunkt dieses Gesetzgebungsverfahrens noch unbekannt) Gestaltung der neuen Richtlinie nach § 92 Abs. 6b SGB V ab und könnte andererseits ohnehin jederzeit von den Vertragspartnern der dreiseitigen Vereinbarung veranlasst werden, sollte dies von diesen für erforderlich gehalten werden. Ein expliziter gesetzlicher Auftrag ist damit nicht erforderlich.

Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

NR. 33B) – § 120 VERGÜTUNG AMBULANTER KRANKENHAUSLEISTUNGEN

In § 120 Abs. 2 S. 7 wird geregelt, dass die Vergütung der Leistungen, die die psychiatrischen Institutsambulanzen im Rahmen der Versorgung nach der Richtlinie des G-BA nach § 92 Abs. 6b erbringen, nach den entsprechenden Bestimmungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen mit dem Preis der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung erfolgen muss. Aus unserer Sicht ist diese Regelung nicht erforderlich, da sie lediglich klarstellend ist.

Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

NR. 33C) – § 120 ABS. 3B (NEU) – EINFÜHRUNG EINES VERBINDLICHEN, BUNDESEINHEITLICHEN ERSTEINSCHÄTZUNGSVERFAHRENS FÜR DIE BEHANDLUNG VON PATIENTEN, DIE ZU LASTEN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN VERSORGUNG IN KRANKENHAUSAMBULANZEN BEHANDELT WERDEN, QUALIFIKATION DES PERSONALS, DAS DIE ERSTEINSCHÄTZUNG VORNIMMT

Die mit Einfügung von Absatz 3b angestrebte Neuregelung ergänzt sinnvoll die bisherige Verankerung der telefonischen Ersteinschätzung als Grundlage für die Vermittlung einer angemessenen Versorgung in Akutfällen gemäß § 75 Abs. 1a S. 3 Nr. 3 SGB V.

Ziel der telefonischen Ersteinschätzung ist es, den von akuten Krankheitsbeschwerden betroffenen Versicherten die Sicherheit zu geben, dass sie eine der Dringlichkeit entsprechende Versorgung in der angemessenen Versorgungsebene erhalten. Dies erfordert ein Ersteinschätzungsverfahren, das neben der Dringlichkeit auch Hinweise auf den angemessenen Behandlungsort gibt. Ein solches befindet sich seit Januar 2020 in den Servicezentralen der KVen im Einsatz.

Auf diese Weise soll nicht nur die Patientensicherheit erhöht, sondern auch eine unangemessene Direktanspruchnahme der Notaufnahmen durch Akutfälle vermieden werden, damit diese für die Versorgung von medizinischen Notfällen optimal ansprechbar bleiben. Die Aufnahme des neuen Instruments nach § 120 Abs. 3b in das SGB V ist auch deswegen erforderlich, weil nur so sichergestellt werden kann, dass die gesetzliche Vorgabe des § 76 Abs. 1 S. 3 gelebt werden kann.

Nach § 76 Abs. 1 S. 3 SGB V dürfen Krankenhäuser ohne Überweisung nur in Notfällen aufgesucht werden. Diese gesetzliche Vorgabe konnte in der Vergangenheit nur unzureichend nachgehalten werden. Durch das neue Instrument wird für alle Beteiligten eindeutig definiert, wann ein Notfall im Sinne der vertragsärztlichen Versorgung und damit auch eine Behandlungsmöglichkeit durch das Krankenhaus vorliegt. Diverse Studien haben zudem gezeigt, dass ein erheblicher Teil der Patienten, die sich fußläufig in Notaufnahmen vorstellen, ambulant durch Vertragsärzte behandelt werden können.

Vor diesem Hintergrund hat sich die KBV bereits mehrfach auch im Einvernehmen mit Anderen für die Implementierung möglichst einheitlicher Ersteinschätzungskriterien ausgesprochen, damit die intendierte Steuerung der Akutpatienten gelingt und Versicherte mit einem gegebenen akuten Beschwerdebild vergleichbare Antworten bei der Suche nach Versorgungsangeboten erhalten.

Eine Weiterentwicklung des von den KVen zur telefonischen Ersteinschätzung eingesetzten Verfahrens zum Einsatz an den Anlaufstellen der Notaufnahmen ist verfügbar. Damit wird explizit auch die Notwendigkeit einer weiteren diagnostischen Abklärung in einer Notaufnahme geprüft, so dass auf dieser Grundlage eine Abrechnungsvoraussetzung für eine folgende ambulante Behandlung durch die Notaufnahme geschaffen werden kann. Eine unter Beteiligung von Rettungsmedizinern erfolgte Weiterentwicklung des telefonbasierten Ersteinschätzungsverfahrens ermöglicht eine sofortige Identifikation von Notfällen und deren Weiterleitung in die Notfallbehandlung. Die Entscheidung über eine ambulante oder stationäre Behandlung

muss jedoch weiterhin in der Kompetenz der jeweiligen Notaufnahme liegen, da diese auf den Ergebnissen des jeweiligen diagnostischen Prozesses fußt, der auf die Ersteinschätzung folgt. Den Patienten, die keiner nachfolgenden Diagnostik oder Behandlung durch ein Krankenhaus bedürfen, kann auf Basis der Ersteinschätzung ein angemessenes Alternativangebot vermittelt werden. So kann im Ergebnis eine für die Akut- und Notfallversorgung verbesserte Aufgabenteilung zwischen Praxen und Krankenhäusern etabliert werden.

Die nunmehr vorgenommene Änderung des Gesetzentwurfs, wonach der G-BA Vorgaben zur Durchführung einer standardisierten und qualifizierten Ersteinschätzung erstellen soll, dient weder der Schnelligkeit des Verfahrens noch dem Erfordernis des angemessenen Einbezugs der in der Sache maßgeblichen Akteure. Es handelt sich unstreitig um eine ambulante Leistung, die nach den Grundsätzen des EBM vergütet werden soll. Grundlage für die Einschätzung ambulanter Patienten auch im Krankenhaus ist schon allein aus Gründen der Etablierung gleicher Bewertungsgrundsätze das Ersteinschätzungsverfahren nach § 75 Abs. 1a S. 3 Nr. 3 SGB V. Insofern wird vorgeschlagen, die ursprüngliche Fassung der Gesetzestextierung beizubehalten und die Definition des Ersteinschätzungsverfahrens dem Zuständigkeitsbereich der KBV zuzuordnen. Die Ersteinschätzung ist bis zur Entscheidung über eine etwaige Zuleitung des Patienten in die Notaufnahme als die für ihn angemessene Versorgungsebene, Teil der ambulanten Versorgung.

Dies ergibt sich durch die Zuweisung der telefonischen Ersteinschätzung zum Sicherstellungsauftrag nach § 75 SGB V und durch den im Begründungstext aufgenommenen Verweis, dass für die Durchführung der Ersteinschätzung eine Abklärungspauschale nach EBM abzurechnen ist. Das Ersteinschätzungsverfahren ersetzt auch nicht Verfahren zur zeitlichen Priorisierung von Patienten in einer Notfallbehandlung, die nach der Richtlinie zur gestuften Notfallversorgung von den Krankenhäusern gefordert werden; durch die schnelle Erkennung von Notfällen kann es diese jedoch ergänzen.

Sofern an der Auftragsvergabe an den G-BA festgehalten wird, folgende weitere Anmerkungen: Im Hinblick auf den aufgegebenen Regelungshaushalt der Entwicklung eines Ersteinschätzungsverfahrens sowie der Festlegung der Qualifikationsanforderungen der die Ersteinschätzung durchführenden Fachkräfte ist der vorgesehene Zeitraum von 6 Monaten unrealistisch kurz. Alleine Anhörungs- und Genehmigungsverfahren sowie die Einarbeitung der sich daraus ergebenden Änderungen nehmen einen großen Teil dieses Zeitraums ein. Insofern wird eine Verlängerung der Frist auf 18 Monate vorgeschlagen. Zu prüfen ist weiterhin die Aufnahme eines Evaluationsgebots um Erkenntnisse über Auswirkungen standardisierter Ersteinschätzungssysteme auf die Versorgung - auch zum Zweck der kontinuierlichen Weiterentwicklung – verfügbar zu machen.

NR. 39B – § 132E ABS. 4 (NEU) – ERHÖHUNG DER IMPFQUOTEN ALS ZIEL ZU DEN REGIONALEN IMPFVEREINBARUNGEN

Siehe Bewertung zu Nr. 30 - § 106b Abs. 1a Satz 2 SGB V, Seiten 9 und 10.

NR. 40 – § 136A ABS. 6 (NEU) – EINHEITLICHE ANFORDERUNGEN FÜR INFORMATIONEN

Durch die Änderungen soll der G-BA beauftragt werden, „eine Richtlinie zur Förderung der Transparenz und Sicherung der Qualität in der Versorgung zu erlassen, die einheitliche Anforderungen für die Information der Öffentlichkeit insbesondere durch Vergleiche der zugelassenen Krankenhäuser sowie der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringenden festlegt“.

Bereits in ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf hat die KBV darauf hingewiesen, dass an die Veröffentlichung jedweder Daten, so auch von Qualitätssicherungsdaten, insbesondere der Ergebnisqualität, **hohe Anforderungen bezüglich Methodik und Datenschutz** zu stellen sind. Dies gilt umso mehr, wenn solche Daten Grundlage für folgenreiche (Wahl-)Entscheidungen zur existentiellen Gesundheitsversorgung

sind oder erhebliche wirtschaftliche Konsequenzen für einzelne Leistungserbringer, insbesondere selbständige Freiberufler, haben können. Diesen Hinweisen wurde erfreulicher Weise teilweise Rechnung getragen, wie bei der Übernahme der Notwendigkeit der Risikoadjustierung.

Auch die nun geforderte regelmäßige Feststellung der Zielerreichung wird durch die KBV ausdrücklich begrüßt. Kritisch muss jedoch angemerkt werden, dass die Evaluation gemäß Regierungsentwurf durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) selbst vorgenommen werden soll. Es ist wissenschaftlich unüblich, Entwicklung, Umsetzung und Evaluation durch das selbe Institut durchführen zu lassen. Vielmehr sollte der Gesetzgeber klar festlegen, dass die **Evaluation durch unabhängige Dritte** erfolgen muss.

Unbenommen der methodischen Herausforderungen verbleibt das Problem, dass anders als im Krankenhaus, von den Ergebnissen Rückschlüsse auf einzelne Personen gezogen werden können. Dies ist daher nicht nur in Bezug auf die Persönlichkeitsrechte und den Datenschutz gegenüber den Vertragsärzten rechtlich fraglich - der potentielle **Vergleich von Behandlungsergebnissen zwischen einem großen Krankenhaus und einer Einzelpraxis wäre unverhältnismäßig**. In der Begründung zum Regierungsentwurf wird ausgeführt, dass die **Informationsfreiheit** und das **Recht auf körperliche Unversehrtheit** von Patientinnen und Patienten insoweit die **schützenswerten Interessen der Leistungserbringenden überwiegen**. Diese Aussage erschließt sich der KBV in ihrer Absolutheit nicht. **Bislang gibt es keine Grundlage, um eine solche Aussage treffen zu können, da noch keine belastbaren Ergebnisse aus der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (sQS) vorliegen und unverändert große methodische Herausforderungen nicht gelöst sind. Der Nutzen ist insofern noch nicht beurteilbar.**

Zusätzlich möchte die KBV darauf hinweisen, dass es nicht die Aufgabe von **Patienten** sein kann und sollte, sich über die Qualität vor Behandlungen informieren zu müssen. Alle Leistungserbringer in allen Sektoren sollten bestimmten Qualitätsstandards entsprechen. Die Patienten müssen sich darauf verlassen können, dass **Struktur- und Prozessqualität bereits ex-ante sichergestellt** sind. Hierfür ist in der vertragsärztlichen Versorgung das **System der Kassenärztlichen Vereinigungen ein Garant**. Bis Auswertungen erhobener Daten vorliegen vergehen sogar bei idealem Verlauf Jahre. Insofern muss ein gutes Gleichgewicht zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gewählt werden, dass sowohl den Aufwand als auch den gesundheitlichen und informationsbedarfsbezogenen Nutzen gerecht wird. Eine externe Qualitätsdarstellung kann daher immer nur ergänzend sein und darf nicht dazu genutzt werden, um ggf. Einsparungen zu erzielen und die Qualitätssicherung „zu Lasten“ der Patienten zu betreiben.

Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

NR. 42 – § 137 – 100 PROZENTIGE DOKUMENTATIONSPFLICHT FÜR AMBULANTE LEISTUNGSERBRINGER

Die vorgesehene 100%ige Dokumentationspflicht für Vertragsärzte und –psychotherapeuten einschließlich der Sanktionierung durch Vergütungsabschläge bei Nichterfüllung der Dokumentationspflicht hat sich bereits in den Krankenhäusern als nicht geeignet erwiesen, eine gute Datenqualität für die Qualitätssicherung sicherzustellen. Sie widerspricht dem Ansatz der Qualitätsförderung und stellt auf ungeeignete Weise monetäre Sanktionen in den Mittelpunkt.

Dass die im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung bereits im stationären Sektor geltende 100%ige Dokumentationspflicht auf den ambulanten Sektor ausgedehnt werden soll, erscheint zunächst

einmal „gerecht“. In der Realität können durch die auf dem Markt befindlichen unterschiedlichen Softwareprodukte, durch unterjährige Spezifikationsänderungen des IQTIGs, durch nachträgliche Korrekturen der Abrechnung im Rahmen der Prüfung durch den Medizinischen Dienst oder die KVen sowie durch Fallzusammenführungen unbemerkt Über- und Unterdokumentationen bei den Leistungserbringern entstehen, die nur sehr aufwändig nachvollzogen und korrigiert werden können. **Eine 100%ige Dokumentationsrate ist folglich selbst bei gewissenhaftestem Vorgehen nicht zu erreichen.**

Daher erscheint eine unmittelbare Sanktionierung auf Basis einer Nichterfüllung der 100%igen Dokumentationspflicht unbillig.

Oft ist im vertragsärztlichen Bereich die (vollständige) Dokumentationsverpflichtung bereits Bestandteil der EBM-GOP, so dass eine fehlende Dokumentation eine „unvollständige Leistungserbringung“ bedeutet, was im Rahmen der sachlich-rechnerischen Richtigstellung der vertragsärztlichen Abrechnung festgestellt wird. Hier kann es schon jetzt zu Honorarkorrekturen kommen. **Doppelsanktionierungen müssen jedoch vermieden werden.** Gemäß § 137 Abs. 1 SGB V sind Maßnahmen zur **Sanktionierung** im Rahmen der Qualitätsförderung auf Basis eines **gestuften Systems** und mit dem Gebot der **Verhältnismäßigkeit** zu gestalten und anzuwenden. In der vertragsärztlichen Qualitätssicherung hat sich bereits gezeigt, dass Maßnahmen, wie sie in § 17 Abs. 3 DeQS-RL als Maßnahmen Stufe 1 festgeschrieben sind (Fachgespräche, Schulungen, Qualitätszirkel, etc.), bereits ein geeignetes Instrument darstellen, um Dokumentationsfehler abzustellen. Es bedarf keiner monetären Sanktionen, im Gegenteil würden ausschließlich monetäre Sanktionen den Fokus auf ungeeignete Weise weg von der Qualitätsförderung schieben.

Dem gestuften System der Sanktionierung und dem Gebot der Verhältnismäßigkeit sollte daher auch an dieser Stelle gemäß gesetzlicher Vorgabe Rechnung getragen werden. Vergütungsabschläge als sofortige und einzig mögliche Maßnahme sind nicht erforderlich.

Änderungsvorschlag

§ 137 Abs. 2 SGB V

*„Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien über Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung eine Dokumentationsrate von ~~100~~ **98** Prozent für dokumentationspflichtige Datensätze der ~~Krankenhäuser~~ **Leistungserbringer** fest. Er hat bei der Unterschreitung dieser Dokumentationsrate **gestufte Maßnahmen gemäß Absatz 1 Vergütungsabschläge nach § 8 Absatz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 8 Absatz 4 der Bundespflegesatzverordnung** vorzusehen, es sei denn, ~~das Krankenhaus~~ **die Leistungserbringer** weisen nach, dass die Unterschreitung unverschuldet ist. **Für vertragsärztliche Leistungserbringer sieht der Gemeinsame Bundesausschuss eine dreijährige Übergangsregelung vor.**“*

NR. 43 – § 137A – ANPASSUNGEN BEI PATIENTEN-BEFRAGUNGEN

Die Durchführung von Patientenbefragungen in digitaler Form zur besseren und zeitgemäßen Ansprache von Patientinnen und Patienten wird ausdrücklich begrüßt. Die KBV spricht sich darüberhinausgehend dafür aus, dass Patientenbefragungen in der Regel digital erfolgen. Dies ist von zentraler Bedeutung, um Patientenbefragungen barrierefrei gestalten zu können, wie es die Änderung zu § 137b Abs. 1 anstrebt (Nr. 44 dieses Gesetzentwurfs). Daher wird folgende andere **Änderung** § 137a Abs. 3 vorgeschlagen: **In Satz 2 Nr. 1 werden nach dem Wort „Patientenbefragungen“ die Wörter „in der Regel in digitaler Form“ eingefügt anstelle der geplanten Änderung „auch in digitaler Form“.**

Ebenso begrüßt die KBV ausdrücklich die Nutzung vorhandener national oder international anerkannter Befragungsinstrumente zur Reduktion des Entwicklungsaufwands und zur Erhöhung der Vergleichbarkeit von Befragungsergebnissen.

Unabhängig von der Form – Papier oder digital – müssen auch Patientenbefragungen regelhaft einer **Nutzen-Aufwand-Evaluation** unterzogen werden, einschließlich ihrer Opportunitätskosten und des damit verbundenen Aufwands in den versorgenden Einrichtungen. Bislang liegen in Deutschland noch keinerlei Erfahrungen im Rahmen der sQS vor, da noch für keines der bestehenden Verfahren Patientenbefragungen durchgeführt werden. Vor diesem Hintergrund sollte im Gesetzestext an derselben Stelle die vorhandene und methodisch sinnvolle Vorgabe zur Entwicklung von „...Module(n) für ergänzende Patientenbefragungen...“ aus Gründen der Ressourcen- und Zeitersparnis präzisiert werden. Die Entwicklung von Patientenfragebögen durch das IQTIG sollte zukünftig tatsächlich in Form modularer Messinstrumente und nicht in Form in sich geschlossener Instrumente vorgenommen werden. Daher wird folgende weitere Änderung § 137a Abs. 3 vorgeschlagen: **In Satz 2 Nr. 1 werden nach dem Wort „einschließlich“ die Wörter „themenspezifisch kombinierbarer“ eingefügt.**

Änderungsvorschlag

In § 137a Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 werden nach dem Wort „Patientenbefragungen“ die Wörter **„in der Regel in digitaler Form“** eingefügt anstelle der geplanten Änderung „auch in digitaler Form“.

Außerdem wird in **Satz 2 Nummer 1** nach dem Wort „einschließlich“ die Wörter **„themenspezifisch kombinierbarer“** eingefügt.

NR. 47 – § 137D – TRANSPARENZ ÜBER MEDIZINISCHE REHABILITATIONS-EINRICHTUNGEN

Die Veröffentlichung jedweder Qualitätssicherungsdaten, insbesondere der Ergebnisqualität, auf Einrichtungsebene setzt hohe Anforderungen an die Methodik voraus, wie beispielsweise eine hinlängliche Risikoadjustierung sowie eine laienverständliche Kommentierung. Andernfalls besteht die Gefahr, dass Fehlinformationen veröffentlicht werden oder Fehlinterpretationen erfolgen, was den Sinn der Veröffentlichung, nämlich Wahlentscheidungen für die Patienten zu ermöglichen, ins Gegenteil kehren könnte. Dieser hohe Aufwand muss in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen stehen, was Begleitevaluationen zwingend erforderlich macht. Internationale Publikationen zeigen, dass Patienten ihre Entscheidung für oder gegen eine Einrichtung nach anderen Kriterien als rein medizinisch-wissenschaftlichen, die auf Portalen veröffentlicht werden, treffen. Auch Fehlanreize wie Risikoselektion etc. müssen kontinuierlich beobachtet werden.

NR. 47 – § 137F ABS. 1 S. 3 – EINFÜHRUNG EINES DMP ADIPOSITAS

Die KBV begrüßt grundsätzlich die Intention, strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme (DMPs)) für Versicherte mit Adipositas zur Verfügung zu stellen. An der Bedeutung der Adipositas als Gesundheitsproblem besteht kein Zweifel, unabhängig von der Frage, ob Adipositas im Sinne eines Risikofaktors oder aber als eigenständige chronische Erkrankung verstanden wird.

Inzwischen vorliegende Vergleichsstudien aus dem deutschen Versorgungskontext zur Versorgungsqualität innerhalb und außerhalb von DMP bei vergleichbaren Patientengruppen zeigen deutliche Vorteile für DMP hinsichtlich leitliniengerechter Versorgung, Reduktion von Folgeerkrankungen und Komplikationen bis hin zu einer signifikanten Senkung der Sterblichkeit.

Allerdings hat bisher keines der vom G-BA beschlossenen neuen DMP (z. B. zu Herzinsuffizienz, chronischem Rückenschmerz, Depression) Eingang in die Versorgung gefunden. Beim Bundesamt für soziale Sicherung liegen zu keinem dieser neuen DMP Vertragsentwürfe der Krankenkassen zur Zulassung vor.

Die derzeitige Systematik der DMP-Ausgleichszahlungen aus dem Gesundheitsfonds (Programmkostenpauschale) an die Krankenkassen bietet keine Anreize für die Umsetzung neuer DMP-Indikationen. Es werden lediglich die entstandenen Ist-Kosten des vorvergangenen Jahres ausgeglichen, die Teilnahme an mehreren DMP wird ausdrücklich nicht berücksichtigt. Zur finanziellen Ausgestaltung von Verträgen zu neuen DMP müssten Kassen in Vorleistung treten. Multimodale Schulungsprogramme für Versicherte mit chronischem Rückenschmerz oder therapeutisch unterstützte digitale Selbstmanagementprogramme für chronisch depressive Versicherte – wie in den G-BA Richtlinien als obligater Vertragsbestandteil gefordert – lassen sich nur mit entsprechender Finanzierung umsetzen. Das Gleiche gilt für die im Gesetzentwurf geforderten multimodalen Angebote, die in ein DMP Adipositas zu integrieren wären.

Vor diesem Hintergrund besteht auch bei Vorliegen einer Richtlinie des G-BA zu einem neuen DMP Adipositas innerhalb der geforderten Frist kaum eine Aussicht, dass eine Umsetzung in regionalen Verträgen erfolgen wird und dieses Angebot innerhalb eines überschaubaren Zeitraums für Versicherte mit Adipositas zur Verfügung steht.

Daher sollte im Rahmen der Anforderung an den G-BA zur Erstellung einer DMP-Richtlinie zur Behandlung von Adipositas gleichzeitig die Systematik der DMP-Ausgleichszahlungen aus dem Gesundheitsfonds mit entsprechenden finanziellen Anreizen für die Krankenkassen verknüpft werden.

Daneben schlagen wir vor, für Versicherte, die an den **DMP COPD oder KHK** teilnehmen, also bereits eine **schwerwiegende** chronische Erkrankung haben, ergänzend zu einer verhaltensmodifizierenden Intervention dringend eine medikamentöse Raucherentwöhnung zu Lasten der GKV zu ermöglichen. Bei beiden Indikationen handelt es sich um nikotinassoziierte Erkrankungen, bei Nikotinabusus um eine **Suchterkrankung**. Die mit Studien belegte wirksamste Methode zur Raucherentwöhnung ist die Kombination verhaltensmodifizierender Interventionen mit Medikamenten. Dies entspricht auch der DMP-Beschlussbegründung des G-BA.

Die in den DMP empfohlenen Maßnahmen zur Verzögerung des Krankheitsverlaufs, zur Steigerung der Lebensqualität und Senkung der Sterblichkeit können bei weiterhin rauchenden Betroffenen ihre Wirksamkeit kaum entfalten. Mit der Einwilligung in die DMP-Teilnahme willigen Versicherte in die besonderen Bedingungen der Programme ein, sie bestätigen schriftlich ihre Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung. Vor diesem Hintergrund erscheint es sachgerecht, Ausnahmeregelungen in § 34 SGB V zu formulieren, die ein Angebot für medikamentöse Raucherentwöhnung zu Lasten der GKV zumindest für DMP-Teilnehmende ermöglichen.

Änderungsvorschlag

In § 34 Absatz 1 wird nach Satz 7 als neuer Satz 8 eingefügt:

„Für Versicherte, die in ein strukturiertes Behandlungsprogramm gemäß § 137f zu den nikotinassoziierten Erkrankungen COPD oder KHK eingeschrieben sind, gilt der Ausschluss von Arzneimitteln zur medikamentösen Raucherentwöhnung nicht.“

NR. 69 – § 299 – VERLÄNGERUNG DER LÖSCHFRIST

Die geplante Änderung betrifft Richtlinien nach den §§ 136 bis 136b, bei denen Patientenbefragungen durchgeführt werden. Inhaltlich ermöglicht die geplante Änderung eine deutlich längere Aufbewahrung (24 statt sechs Monate) von Daten, die für die Patientenbefragungen erhoben wurden - soweit dies aus methodischen Gründen erforderlich ist. Dies erscheint zunächst sachlich nachvollziehbar. **Bevor jedoch durch eine Ausweitung der Löschfristen von sensiblen Patientendaten auf problematische Weise in den Datenschutz eingegriffen wird, sollte die methodische Vorgehensweise optimiert werden.**

Würden die Befragungstermine zu **festgelegten Zeitpunkten bzw. an festgelegten Messpunkten** erfolgen, an denen jene Patienten befragt würden, die genau zu diesem Zeitpunkt zuvor definierte Kriterien erfüllten, **wäre die gegenwärtig gültige Datenspeicherfrist kein Problem.**

Zudem wäre eine Auslösung von Patientenbefragungen bei chronischen Erkrankungen **direkt über die Krankenkassen und nicht über die Leistungserbringer** ein wesentlich ressourcenschonenderes Vorgehen. So würde nicht bei jedem „neuen“ Patientenfall (mit den definierten Kriterien) eine Auslösung beim Arzt erfolgen, sondern die Krankenkassen, denen die Patientendaten vorliegen, könnten die entsprechenden Patientenfälle, an die Versendestelle weiterleiten. Dieses Vorgehen könnte eine lange Datenspeicherung von sensiblen Patientendaten bei der Versendestelle entbehrlich machen.

Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

ARTIKEL 11 - ÄNDERUNG DER RISIKOSTRUKTUR-AUSGLEICHsverORDNUNG

Die KBV regt eine Änderung zur Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) an, die jedoch nicht Gegenstand des Referentenentwurfs ist:

Die Regelungen des § 15 i. V. m. mit § 24 RSAV beinhalten eine rückwirkende Ausschreibung von Versicherten aus einem DMP. Gemäß § 15 Abs. 7 S. 3 Nr. 3 RSAV endet die Einschreibung eines Versicherten mit dem Tag der letzten Dokumentation (Dokumentationsdatum), wenn die Teilnahme des Versicherten an dem Programm nach § 24 Abs. 2 Nr. 2 endet. Ausschreibungen wegen Nichtteilnahme an mehrfach empfohlenen Schulungen können beispielsweise erst mehr als 12 Monate nach der letzten Dokumentation erfolgen. Ausschreibungen wegen Überschreitung der Dokumentationsintervalle können erst mehrere Quartale (beim DMP-Brustkrebs bis zu drei Jahre) nach der letzten wirksamen Dokumentation erfolgen.

Diese Vorgabe führt dazu, dass zum Zeitpunkt der Erbringung von DMP-Leistungen weder der Versicherte selbst noch der die DMP-Leistung erbringende Arzt noch die Krankenkasse über eine belastbare Information über den aktuellen DMP-Status verfügt und DMP-Leistungen in einem Zeitraum erbracht werden, für den rückwirkend die Rechtsgrundlage entfallen kann. Für teilnehmende Ärzte, die in gutem Glauben DMP-Leistungen erbringen, führt dies seit Beginn der DMP zu Rückforderungen in erheblicher Höhe.

Um die für alle am Programm Beteiligten bestehenden Rechtsunsicherheiten zu beheben, schlagen wir folgende Änderung vor:

Änderungsvorschlag

§ 15 Abs. 7, Nr. 3 RSAV wird wie folgt geändert:

~~„mit dem Tag der letzten Dokumentation (Dokumentationsdatum), wenn die Teilnahme des Versicherten an dem Programm an dem die Krankenkasse die an dem Programm beteiligten Leistungserbringer und Versicherten über die Feststellung des Ausschreibetatbestands nach § 24 Absatz 2 Nummer 2 endet~~ **informiert hat.“**

Damit diese Änderung rechtsicher umgesetzt werden kann, schlagen wir eine weitere Änderung vor:

Änderungsvorschlag

§ 291a Abs. 2 Nr. 12 SGB V (neu)

„...indikationsbezogene Kennzeichen für die Versicherten, die in ein oder mehrere nach § 137g zugelassene strukturierte Behandlungsprogramme eingeschrieben sind. Auch Ausschreibungen aus den Behandlungsprogrammen werden mit Datum vermerkt.“

Begründung:

Eine zuverlässige Information über den DMP-Einschreibestatus von Versicherten liegt zum Zeitpunkt der Erbringung von DMP-Leistungen weder bei Ärzten der ersten noch der zweiten Versorgungsebene vor. Dies führt immer wieder zu Rückforderungen von Vergütungen für in gutem Glauben erbrachte Leistungen und zu entsprechenden gerichtlichen Auseinandersetzungen. Die Bereitschaft von Vertragsärzten zur Teilnahme an DMP-Verträgen wird dadurch erheblich reduziert. Insbesondere die Umsetzung neuer DMP-Indikationen, beispielsweise zu Depression, chronischem Rückenschmerz und – wie im vorliegenden Entwurf vorgesehen – zu Adipositas erfordert eine verlässliche Information für ärztliche Leistungserbringer zum indikationsbezogenen Einschreibestatus. Die vorgeschlagene Regelung ermöglicht die Erbringung von DMP-Leistungen auf rechtssicherer Basis, auch im Falle von Mehrfacheinschreibungen.

ZUM ERSTEN PAKET DER FACHFREMDEN ÄNDERUNGSANTRÄGE VOM 19. MÄRZ 2021, BT-DRS. 19(14)310

ÄÄ 3 – §§ 64D, 295 ABS. 1B S. 1 SGB V, ART. 15A (§ 3 ABS. 1 NR. 3A) PP) DATRAV (GENOMSEQUENZIERUNG) - MODELLVORHABEN ZUR UMFASSENDEN DIAGNOSTIK UND THERAPIEFINDUNG MITTELS GENOMSEQUENZIERUNG BEI SELTENEN UND ONKOLOGISCHEN ERKRANKUNGEN“

Der vorliegende Änderungsantrag führt ein umfassendes Modellvorhaben zur Genomsequenzierung auf gesetzlicher Grundlage als neuen § 64d in das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch ein.

Die KBV begrüßt die Intention des Gesetzgebers, mit dem vorliegenden Änderungsantrag die Diagnostik und Therapie durch eine strukturierte Ausweitung von Vollgenomsequenzierungen bei seltenen und onkologischen Erkrankungen zu verbessern und hierfür den Leistungserbringern eine bundeseinheitliche Datenbank zur Erfassung und Nutzung von Daten in Deutschland bereitzustellen sowie die notwendigen datenschutzrechtlichen Voraussetzungen zu schaffen.

Zu begrüßen ist weiterhin die Einbeziehung ärztlicher Expertise in die Definition der Anwendungsbereiche und auch eine – entsprechend der Begründung – Öffnung der Teilnahme für ambulante Leistungserbringer. Die Verpflichtung als einzelner Leistungserbringer ein interdisziplinäres Leistungsangebot bereitzuhalten, schließt jedoch de facto die meisten ambulanten Leistungserbringer grundsätzlich aus, da die ambulante Versorgung als Netzwerk unabhängiger Leistungserbringer strukturiert ist. Wir verweisen hier insbesondere auf große und äußerst leistungsfähige humangenetische und onkologische vertragsärztliche Institute in Deutschland. Diese bilden als spezialisierte Institute ein Netzwerk mit weiteren ambulanten Leistungserbringern und schaffen ein interdisziplinäres Versorgungsangebot mit einer Vielzahl von spezialisierten fachärztlichen und nicht-ärztlichen wissenschaftlichen Mitarbeitern.

- › **Es ist deswegen eine Öffnung der Teilnahmebedingungen in § 64d Absatz 3 für entsprechende Netzwerke der ambulanten Leistungserbringer erforderlich, sodass Leistungserbringern, die keine Zentren i. S. der G-BA Zentrums-Richtlinie § 136c Absatz 5 SGB V sind, eine Teilnahme ermöglicht wird.**

Nach § 64d Abs. 1 gem. Änderungsantrag haben sich die Leistungserbringer - vorbehaltlich einer positiven Prüfung der Teilnahmeberechtigung durch den GKV-SV – in einer Arbeitsgemeinschaft (ARGE) zur Verhandlung zusammenschließen. In Anbetracht der geplanten Zeitschiene eine veritable Herausforderung. Hinsichtlich der zu gründenden ARGE ist unklar, welche Rechtsform dieser zukommt und wie die Stimmrechts- und Kostenverteilung innerhalb der ARGE ausgestaltet ist. Das Entscheidungsverfahren, in welchem der Leistungserbringer zur Teilnahme an dem Modellvorhaben einzig durch den GKV zugelassen wird, ist für den vertragsärztlichen Leistungserbringer im Antrag nicht weiter ausgestaltet, in sich intransparent und nicht nachprüfbar. Hierfür ist ein transparentes und unabhängiges Verfahren mit nachprüfbar Kriterien vorzusehen. Es wird angeregt, zu regeln, welche Rechtsschutzmöglichkeiten den Antragstellern zustehen, deren Teilnahmeantrag abgelehnt wurde.

- › **Der Gesetzgeber sollte den ergänzten Bewertungsausschuss und dessen Träger unmittelbar mit der dreiseitigen Umsetzung und der Festlegung der Kriterien nach Absatz 7 Nummern 3, 4, 5, 7, 8 und 9 des Modellvorhabens des 3. ÄÄ beauftragen.**

Nicht zwingend notwendig erscheint die Verknüpfung von Aufbau und Betrieb einer bundeseinheitlichen Datenbank mit der Schaffung neuer Versorgungsstrukturen in einem Modellvorhaben. Diese neuen Versorgungsstrukturen werden in dem Projekt *TRANSLATE-NAMSE – Verbesserung der Versorgung von Menschen mit seltenen Erkrankungen durch Umsetzung von im nationalen Aktionsplan (NAMSE) konsentierten Maßnahmen als Versorgungsmodelle für spezielle Patientengruppen* vom G-BA im Rahmen des Innovationsfonds erprobt. Derzeit wird der Abschlussbericht erstellt. Dieser bildet die Grundlage für die Weiterentwicklung der zweckmäßigen Versorgungsstrukturen durch die Selbstverwaltung. Es ist nicht nachvollziehbar, dass der Gesetzgeber zunächst einen solchen Prozess auf den Weg bringt und im Speziellen den Erkenntnissen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen aus dem genau für diesen Zweck durchgeführten Projekt im Innovationsfonds vorgeht.

- › **Der Gesetzgeber sollte zur schnelleren Realisierung in Erwägung ziehen, das Modellvorhaben „bundeseinheitliche Dateninfrastruktur zur Vollgenomsequenzierung“ kurzfristig und unabhängig von einem Modellvorhaben „Strukturierte Versorgung von Patienten mit Seltene Erkrankungen“ umzusetzen, wobei letzteres unter Berücksichtigung der Erkenntnisse aus dem Abschlussbericht des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Projekt *TRANSLATE-NAMSE* des Innovationsfonds ausformuliert wird.**

Der Bewertungsausschuss hat in den letzten Jahren durch seine Beschlüsse zur Human- und Tumorgenetik dazu beigetragen, dass Leistungserbringer für die Versorgung von Patienten mit seltenen Erkrankungen Zugang zu State-of-the-Art Analytik zunächst als Paneldiagnostik und seit dem 1. Januar 2021 auch zur Vollgenomsequenzierung haben. Damit ist ein wesentliches Ziel des Modellvorhabens bereits in der Routineversorgung angekommen. Insbesondere im Bereich der humangenetischen Versorgung nehmen die Träger der Zentren nach § 136c Abs. 5 SGB V bereits heute entweder als Ermächtigte oder über assoziierte Medizinische Versorgungszentren an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

Uneingeschränkt zu begrüßen ist die bundeseinheitliche Bereitstellung einer Dateninfrastruktur für Genomdaten für die Diagnostik und die Forschung. Aus Sicht der KBV sollte die Speicherung von und der Zugriff auf qualitätsgesicherte Genomdaten in der neu geschaffenen Dateninfrastruktur für Fragen der Diagnostik für alle Leistungserbringer möglich sein und der hierfür besondere Aufwand vergütet werden. Zugriffe auf die Dateninfrastruktur für die Forschung können getrennt geregelt werden.

- › **Eine umfassende Nutzung der neu zu schaffenden Dateninfrastruktur könnte durch eine Vergütung des besonderen Aufwandes für die Datenaufbereitung zur Speicherung in Anlehnung an die Coronavirus-Surveillance-Verordnung zielgerichtet gefördert und von der Finanzierung der Vollgenomsequenzierung zur Vermeidung von Mitnahmeeffekten entkoppelt werden.**

Das Modellvorhaben soll entsprechend des § 116b Abs. 6 S. 13 bis 15 aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) bereinigt werden. Voraussetzung für eine Bereinigung ist jedoch, dass diese Leistungen in der Vergangenheit bereits erbracht wurden, vormals über die an die KV zu entrichtende MGV abgegolten waren und im Rahmen des Modellvorhabens ersetzt werden.

Eine der Teilnahmevoraussetzungen ist jedoch eine seltene und mit den bisherigen Verfahren nicht abschließend diagnostizierte Erkrankung. Insoweit baut diese Diagnostik auf den bereits erhobenen Befunden auf und ersetzt diese nicht, eine Bereinigung der MGV im Rahmen des Modellvorhabens ist deswegen nicht sachgerecht.

- › **Eine Bereinigung der MGV für ein Modellvorhaben mit neuen, zusätzlichen Leistungen für bislang nicht abschließend diagnostizierte Erkrankungen ist nicht sachgerecht.**

Die Regelung, ergänzende Untersuchungen von Verwandten ersten Grades zu Lasten der Krankenkasse des Indexpatienten im Rahmen einer „Trio-Diagnostik“ durchführen und abrechnen zu können, wird begrüßt. Untersuchungen von Verwandten ersten Grades sollten als allgemeine Regelung in das SGB V insbesondere für transplantationsmedizinische und humangenetische Indikationen aufgenommen werden.

- › **Es wird die Aufnahme einer grundsätzlichen Regelung im SGB V zur Untersuchung von Verwandten ersten Grades insbesondere für transplantationsmedizinische und humangenetische Fragestellungen angeregt, sofern diese für die diagnostische Klärung oder die Therapie des Versicherten erforderlich sind.**

Mit der Umsetzung des vorliegenden Änderungsantrages werden neben den etablierten Netzwerken der ambulanten Versorgung neue zusätzliche Strukturen geschaffen anstatt die bestehenden auf der Basis des mit Bundesmitteln geförderten Projektes *TRANSLATE-NAMSE* des Innovationsfonds des G-BA weiterzuentwickeln. Der Abschlussbericht des Projektes wird derzeit erstellt. Die Erkenntnisse aus dem Projekt *TRANSLATE-NAMSE* können deswegen abgewartet und für die Weiterentwicklung der Versorgung von Patienten mit seltenen Erkrankungen genutzt werden.

ZU DEN REGELUNGEN IM EINZELNEN

§ 64D ABS. 1

Die Leistungserbringer nach Absatz 1 S. 1 müssen die Verhandlungen gemeinsam als ARGE führen.

Es ist unklar, wie sich die Leistungserbringer in der gesetzten Frist von sechs Wochen zu einer ARGE zusammenschließen und eine Verhandlungsführung abstimmen können sollen, es sei denn, der Gesetzgeber sieht den Verband der Deutschen Universitätsklinik als einzigen Vertreter der Zentren nach Absatz 3.

§ 64D ABS. 2

Genomsequenzierung sollte durch Vollgenomsequenzierung ersetzt werden sowie die Spezifizierung insbesondere der Nummern 1, 3 und 7 zwischen den Erfordernissen der Diagnostik seltener Erkrankungen und der Onkologie (Gendiagnostikgesetz, Zeithorizont) differenzieren. Die Dauer bis zur Befundmitteilung sollte nicht auf den Zeitpunkt der Sequenzierung, sondern auf den Zeitpunkt der interdisziplinären Fallkonferenz, in der erstmalig über die Aufnahme in das Programm beraten wird, Bezug nehmen.

§ 64D ABS. 3

Das Modellvorhaben umfasst humangenetische und onkologische Erkrankungen. In Absatz 3 wird die Teilnahmeberechtigung geregelt.

In der Zentrumsregelung sind sowohl bei den Zentren für seltene Erkrankungen als auch für onkologische Erkrankungen sehr große Strukturen gemeint (A-Zentren für seltene Erkrankungen mit mind. fünf zugeordneten B-Zentren; Onkologische Zentren, die mind. fünf Tumorentitäten versorgen). Der Antrag sieht vor, dass die Teilnahmeberechtigung für Zentren grundsätzlich gilt, diese sollte jedoch auf die nachgewiesene Expertise beschränkt sein.

Die Leistungserbringer müssen nach Satz 2 über ein interdisziplinäres und multiprofessionelles Versorgungsangebot verfügen und die koordinierenden Aufgaben zur Diagnostik und Therapiefindung nach Absatz 2 (interdisziplinäre, fachübergreifende Fallkonferenzen) übernehmen. Eine Teilnahme an interdisziplinären Fallkonferenzen in dem Bereich der Diagnostik und Therapiefindung ist gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen nachzuweisen. Der GKV-SV prüft das Vorliegen dieser Voraussetzungen und entscheidet über die Berechtigung des Leistungserbringers zur Teilnahme.

Problematisch erscheint, dass für die teilnahmeberechtigten Vertragsärzte nicht bestimmt ist, welche strukturellen Merkmale die Anforderungen an ein interdisziplinäres und multiprofessionelles Versorgungsangebot erfüllen, um als Leistungserbringer zu dem Modellprojekt durch den GKV-SV zugelassen zu werden. Die Richtlinie des G-BA vom 5. Dezember 2019 zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben und Schwerpunkte gem. § 136c Abs. 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) ist auf Krankenhausstrukturen zugeschnitten und inhaltlich nicht auf die Erbringung der Leistungen durch Vertragsärzte übertragbar. Ohne weitere gesetzliche Ausgestaltung der Anforderungen an die nachzuweisenden Strukturen, obläge es allein dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Rahmen seiner Entscheidung über den Teilnahmeantrag zu bewerten, ob der jeweilige Leistungserbringer zur Teilnahme an dem Modellprojekt berechtigt ist.

Wenn die Arbeitsgemeinschaft erst im Rahmen des Vertrages insbesondere die Anforderungen

- › an die Leistungserbringer
- › an die Koordination und Strukturierung der Abläufe bei den Leistungserbringern sowie
- › an die aktive Kooperation der Leistungserbringer in einem Netzwerk und
- › an die Möglichkeiten zur Kooperation der Leistungserbringer

festlegt, wäre dies zu spät. Denn dann hat bereits der GKV-SV im Rahmen der Prüfung der Teilnahmeberechtigung einseitig über die Erfüllung der Anforderungen entschieden. Um den vertragsärztlichen Leistungserbringern die gleichen Chancen im Wettbewerb einzuräumen, halten wir die Aufnahme einer näheren gesetzlichen Regelung hinsichtlich der nachzuweisenden Strukturen für die sonstigen vertragsärztlichen Leistungserbringer oder alternativ die Festlegung dieser Anforderungen durch den ergänzten Bewertungsausschuss oder eine dreiseitige Vereinbarung der Träger für erforderlich.

Damit eine Struktur mit vertragsärztlicher Beteiligung oder mit Beteiligung anderer Krankenhäuser möglich ist, muss das Modellvorhaben diesen Leistungserbringern die Möglichkeit einräumen, das interdisziplinäre und multiprofessionelle Versorgungsangebot nach festgelegten Kriterien gemeinsam darzustellen. Im Hinblick auf die Onkologie sind auch ärztliche Leistungserbringer der Onkologie und der Pathologie zu ergänzen.

§ 64D ABS. 4

Es bleibt unklar, nach welchen Kriterien der GKV-SV die Entscheidung über die Teilnahme am Modellvorhaben trifft und wer an der Festlegung der Kriterien beteiligt ist. Ein Beitritt in das Modellvorhaben nach Ende der Vertragsverhandlung und eine unabhängige Überprüfung des Teilnahmebescheides sollten vorgesehen werden.

Nach Absatz 4 Satz 6 haben sich die Leistungserbringer „nach Ablauf der in Satz 2 genannten Frist“ zu einer ARGE zusammen zu schließen. In Satz 2 wird eine Frist jedoch nicht genannt. Wir regen eine Klarstellung an.

§ 64D ABS. 7

Es ist nicht nachvollziehbar, wieso für ein Modellvorhaben, welches bislang in der Versorgung nichtexistierende Leistungen vorsieht, eine Bereinigung der MGV nach § 116b Abs. 6 S. 13 bis 15 unterzogen werden soll. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass umfangreiche diagnostische Vorbefunde Voraussetzung für die Teilnahme sind.

Sollte an den Regelungen zur Festlegung des Vertragsinhaltes durch die ARGE festgehalten werden, wird angeregt, das Einvernehmensefordernis mit der KBV auszuweiten. Der KBV wird bis auf Absatz 7 Nummern 2 und 3 lediglich ein Recht zur Stellungnahme eingeräumt. Die KBV kann die vertragsärztlichen Leistungserbringer hierdurch nicht ausreichend vertreten. Wir regen eine Regelung an, nach der hinsichtlich der Regelung der Anforderungen an die Leistungserbringer (Abs. 7 Nr. 4), Anforderungen an die Koordination und Strukturierung der Abläufe bei den Leistungserbringern, sowie die aktive Kooperation der Leistungserbringer in einem Netzwerk (Abs. 7 Nr. 5) und zu den Möglichkeiten der Kooperation der Leistungserbringer (Abs. 7 Nr. 7) Einvernehmen mit der KBV herzustellen ist. Um die Position der Vertragsärzte zu stärken, wäre die Herstellung des Einvernehmens mit der KBV auch hinsichtlich der Vertragsgegenstände „einheitliche Vorgaben zur Vergütung“ (Abs. 7 Nr. 8) und „Maßnahmen zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit“ (Abs. 7 Nr. 9) wünschenswert.

§ 64D ABS. 8

Sofern der zu schiedsende Sachverhalt der Einvernehmensherstellung betrifft, ist die Stellung der DKG und der KBV unklar. Wir regen eine Klarstellung an.

§ 64D ABS. 9

Es wird empfohlen, die Vergütung für die Speicherung der erhobenen und mit klinischen Informationen annotierten Sequenzinformationen gesondert auszuweisen. Zur Sicherung der Qualität der Annotationen und der Sequenzinformationen ist ein Reviewverfahren zu implementieren. Für diagnostische Routinezwecke sollten zusätzlich alle Leistungserbringer Datenzugriff erhalten.

ÄA 4 – § 98 I.V.M. §§ 36, 37, 41 DER ZULASSUNGSVERORDNUNG FÜR VERTRAGSÄRZTE (ÄRZTE-ZV)

Die KBV begrüßt die Schaffung einer Rechtsgrundlage für die Schaffung der Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die Durchführungen von Sitzungen der Zulassungsgremien mittels Videotechnik in § 98 Abs. 2.

Die nähere Ausgestaltung der Vorgaben in der Ärzte-ZV hierzu ist allerdings unzureichend. Die vorgesehene Beschränkung von Sitzungen ohne persönliche Anwesenheit aller Mitglieder des Zulassungsausschusses auf Fälle, in denen dies aus Gründen des Gesundheitsschutzes oder aus anderen vergleichbar wichtigen Gründen zur Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit des Zulassungsausschusses erforderlich ist, trägt der erforderlichen Digitalisierung der Prozesse und der veränderten Lebenswirklichkeit in der Bundesrepublik durch die Pandemie nicht ausreichend Rechnung. Die Durchführung von Sitzungen und Meetings mittels Videokonferenz hat sich seit März 2020 flächendeckend etabliert und sollte als einer der wenigen positiven Aspekte dieser Krise erhalten bleiben. Es ist nicht ersichtlich, weshalb virtuelle Sitzungen oder Hybridsitzungen nur während einer Pandemie, Epidemie oder eines vergleichbaren Großschadensereignisses zulässig sein sollen. Nach Überwindung der Corona-Pandemie wird der Anwendungsbereich der Neuregelungen in der vorliegenden Form von vornherein größtenteils versperrt sein.

Auch während der aktuellen Pandemie werden Hybrid- und virtuelle Sitzungen sowie mündliche Verhandlungen voraussichtlich keine nennenswerte Bedeutung mehr erlangen. Zum einen muss nach der vorgesehenen Ergänzung der Ärzte-ZV die Entscheidung einstimmig vom Zulassungsausschuss getroffen werden. Diese Entscheidungsbefugnis sollte nach Auffassung der KBV dem Vorsitzenden allein zukommen, der über die Form der Sitzung und mündlichen Verhandlung nach pflichtgemäßen Ermessen zu entscheiden hat.

Zum anderen sollen – das ist noch gravierender als das Einstimmigkeitserfordernis – die am Verfahren beteiligten Ärzte ein Widerspruchsrecht haben. Insbesondere bei anwaltlich vertretenden Ärzten ist davon auszugehen, dass diese regelmäßig auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung in Präsenz bestehen werden. Da der Zulassungsausschuss für Ärzte an einem Tag nicht nur eine Sache berät, wird die gesamte Sitzung an diesem Tag in Präsenz stattfinden.

Zwar kann ein dem alternativen Verhandlungsformat widersprechender Arzt nur seine eigene und die persönliche Anwesenheit der Mitglieder des Zulassungsausschusses im Sitzungsraum erzwingen. Allein dies genügt aber, dass es zu einer persönlichen Zusammenkunft mehrerer Personen kommt, die sonst nicht miteinander in Kontakt stehen und oftmals anreisen müssen. Vor dem Hintergrund der von der Bundesregierung vehement angemahnten Beschränkung von Kontakten und der Vermeidung von Reisen als ein maßgebliches Instrument zur Pandemiebekämpfung ist dieses Widerspruchsrecht nicht nachvollziehbar und sollte gestrichen werden.

ÄA 10 – § 295 ABS. 4 SGB V (TRANSPARENZ KODIERVORGABEN)

Das in der Begründung des Änderungsantrages dargelegte Ziel der Steigerung der Transparenz bei der Erstellung der Kodiervorgaben wird von der KBV begrüßt. Die KBV wird bei Inkrafttreten dieser Regelungen die notwendigen Maßnahmen ergreifen, dass die mit dem Änderungsantrag angestrebten Zielsetzungen erreicht werden können.

ZUM ÄNDERUNGSANTRAG DER BUNDESTAGSFRAKTION BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

PROBATORISCHE SITZUNGEN, BT-DRS. 19(14)310.4

Der vorliegende Änderungsantrag sieht vor, dass probatorische Sitzungen während der Krankenhausbehandlung nicht nur in den Räumen des Krankenhauses, sondern auch in den vertragspsychotherapeutischen Praxen durchgeführt werden können.

Die KBV begrüßt den vorliegenden Änderungsantrag, da sich dieser mit unserer Forderung, die bereits in der [Stellungnahme der KBV zum Referentenentwurf vom 12. November 2020](#) adressiert wurde, deckt. Daher wird nachfolgend noch einmal die Forderung der KBV dargestellt:

Die Umsetzung des § 92 Abs. 6a SGB V erweist sich bislang als problematisch. Unter anderem stellt sich die Frage, ob die Durchführung einer probatorischen Sitzung durch niedergelassene Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten in den Räumlichkeiten des Krankenhauses mit § 24 Ärzte-ZV und mit Begrenzungen der Orte, an denen ambulante Tätigkeit durchgeführt wird, durch die Berufsordnungen kollidiert. Der bisherige Wortlaut von § 92 Abs. 6a S. 2 SGB V lässt nicht eindeutig erkennen, ob Leistungserbringerinnen und -erbringen mit einem Zulassungsstatus Adressatinnen der Norm sind und die Möglichkeit probatorischer Sitzungen außerhalb der Praxis eröffnet werden sollen. Der Schutzzweck der Norm besteht jedoch gerade darin, dass die probatorische Sitzung als *aufsuchende* Leistung durch diejenigen Therapeutinnen und Therapeuten durchgeführt werden kann, die dann voraussichtlich auch die Richtlinien-Psychotherapie erbringen. Auf diese Weise sollen Überleitungsprozesse an den sektoralen Schnittstellen verkürzt werden. Die Änderung stellt dies auch dem Wortlaut nach klar.

Änderungsvorschlag

§ 92a Abs. 6a Satz 2 SGB V wird wie folgt geändert:

*Sofern sich nach einer Krankenhausbehandlung eine ambulante psychotherapeutische Behandlung anschließen soll, können erforderliche **psychotherapeutische Sprechstunden und probatorische Sitzungen bereits frühzeitig während des stationären Aufenthaltes in der vertragsärztlichen Praxis oder auch in den Räumen des Krankenhauses** durchgeführt werden; das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach Satz 1 und nach Absatz 6b.*

ERGÄNZUNG DER ZULASSUNGSVERORDNUNG FÜR VERTRAGSÄRZTE (ÄRZTE-ZV)

Es wird eine Folgeänderung zur Klarstellung angeregt, dass vor Erbringung der probatorischen Sitzungen in den Räumen des Krankenhauses keine Zweigpraxisgenehmigung, aber auch keine Anzeige eines an enge Voraussetzungen geknüpften ausgelagerten Praxisraumes erforderlich ist.

Änderungsvorschlag

§ 24 Abs. 8 (neu) Ärzte-ZV:

(8) Die Durchführung von erforderlichen psychotherapeutischen Sprechstunden und probatorischen Sitzungen gemäß § 92 Absatz 6a Satz 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch bedarf keiner Genehmigung oder Anzeige.

WEITERER REGELUNGSBEDARF

§ 106 ABS. 3 S. 3 SGB V – AUSSCHLUSSFRIST VON NACHFORDERUNGEN IM RAHMEN DER WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG

Mit der Einführung der zweijährigen Ausschlussfrist nach § 106 Abs. 3 S. 3 Halbsatz 1 SGB V sollte die Planungssicherheit von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten erhöht werden, nachdem die Rechtsprechung bislang Maßnahmen im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung innerhalb von vier Jahren für zulässig erachtet hatte (BT-Drs. 19/8351, S. 194 (Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit des Dt. Bundestages zum TSVG vom 13. März 2019)).

Durch den Verweis im zweiten Halbsatz auf die Vorschriften zur Hemmung der Verjährung in § 45 SGB I läuft die Verkürzung der Ausschlussfrist faktisch ins Leere, da durch eine Antragsstellung an die Prüfungsstellen kurz vor Ablauf der Zweijahresfrist auch über diese Frist hinaus die Festsetzung einer Kürzung oder einer Nachforderung ermöglicht wird. Daher soll der Verweis auf die Vorschriften zur Hemmung der Verjährung gestrichen werden; im Hinblick auf die ordnungs- und fristgerechte Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung werden Fristen für die Antragsstellung und die Festsetzung der Maßnahmen eingeführt.

Änderungsvorschlag

1. § 106 Abs. 3 S. 3 Halbsatz 2 SGB V wird aufgehoben.
2. An § 106 Abs. 3 S. 3 SGB V werden die folgenden Sätze angefügt:
„Der Antrag für eine Prüfung ärztlicher Leistungen muss innerhalb einer Frist von achtzehn Monaten nach Erlass des Honorarbescheids, ein Antrag zur Prüfung ärztlich verordneter Leistungen muss innerhalb einer Frist von achtzehn Monaten nach dem Schluss des Kalenderjahres, in dem die Leistungen verordnet werden, gestellt werden. Die Festsetzung einer Kürzung oder einer Nachforderung durch die Prüfungsstelle kann nur innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Eingang des Antrags erfolgen.“
3. Die bisherigen Sätze 4 und 5 in § 106 Abs. 3 SGB V werden zu den Sätzen 6 und 7.

STÄRKUNG DER VERBINDLICHKEIT VON VORGABEN DER BUNDESMANTELVERTRAGSPARTNER ZUR VERORDNUNG VON ARZNEI- UND HEILMITTELN GEM. § 73 ABS. 9 UND 10 SGB V

Gemäß den Vorgaben von § 73 Abs. 9 und 10 SGB V dürfen Ärzte zur Verordnung von Arznei- und Heilmitteln nur solche elektronischen Programme verwenden, die bestimmte Anforderungen erfüllen und von der KBV zertifiziert sind. In der Vergangenheit kam es vor, dass diese Vorgaben jedoch trotz ausreichender Vorlaufzeit von vielen Softwareherstellern nicht fristgerecht umgesetzt wurden. Dies hatte zur Folge, dass beispielsweise das Inkrafttreten der Heilmittel-Richtlinie des G-BA kurzfristig verschoben werden musste und in der Folge sogar Gesetzesänderungen notwendig wurden (Verschiebung der Frist zur Umsetzung der Verträge nach § 125 SGB V, Schaffung der Genehmigungsfreiheit für Verordnungen von Heilmitteln außerhalb des Regelfalls nach § 32 SGB V durch das GPVG).

Vor diesem Hintergrund bedarf es einer Stärkung der Verbindlichkeit der Vorgaben der Bundesmantelvertragspartner zur Verordnung von Arznei- und Heilmitteln gemäß § 73 Abs. 9 und 10 SGB V. Um für die Hersteller einen Anreiz zu schaffen, die Vorgaben einzuhalten, muss die Möglichkeit geschaffen werden, fristgerecht zu einem zugelassenen Praxisverwaltungssystem wechseln zu können. Dem stehen allerdings individuelle langfristige Vertragslaufzeiten zwischen Vertragsärzten und den Herstellern von Praxisverwaltungssystemen entgegen. Dementsprechend bedarf es der Schaffung eines Sonderkündigungsrechtes. Eine Sonderkündigung soll dann möglich werden, sofern die auf einer (unter-) gesetzlichen Regelung oder einer

Rechtsverordnung basierenden bundesmantelvertraglich definierten Anforderungen nicht fristgerecht vom Hersteller eines Praxisverwaltungssystems umgesetzt wurden.

Der Wechsel eines Praxisverwaltungssystems ist mit sehr hohen administrativen und monetären Aufwänden für die Arztpraxis verbunden. Ein Wechsel der notwendig wird, weil der Hersteller (unter-) gesetzliche Regelungen oder auf einer Rechtsverordnung basierende bundesmantelvertraglich definierte Anforderungen nicht fristgerecht umsetzt, darf nicht zu einer finanziellen Mehrbelastung der Arztpraxis führen. Daher müssen die durch einen Wechsel des Praxisverwaltungssystems entstehenden Mehrkosten durch den verantwortlichen Hersteller getragen werden.

Änderungsvorschlag

In § 73 wird folgender Absatz 10a eingefügt:

„Vertragsärzten ist ein Sonderkündigungsrecht ihrer Verträge mit den Herstellern ihrer informationstechnischen Systeme zu gewähren, wenn die Hersteller die Anforderungen gemäß den Verträgen nach § 82 Abs.1, die auf einer gesetzlichen oder untergesetzlichen Regelung oder einer Rechtsverordnung basieren, nicht spätestens sechs Wochen vor Inkrafttreten der Anforderungen umgesetzt haben. In diesem Fall sind die durch einen Wechsel des informationstechnischen Systems entstehenden Kosten durch den Hersteller nach Satz 1 zu tragen.“

FOLGEÄNDERUNG DES GESETZES ÜBER DIE ENTGELTE FÜR VOLL- UND TEILSTATIONÄRE KRANKENHAUSLEISTUNGEN (KRANKENHAUSENTGELTGESETZ - KHENTGG)

Die Folgeänderung dient der Klarstellung.

Änderungsvorschlag

§ 2 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 (neu) KHEntG:

3. psychotherapeutische Sprechstunden und probatorische Sitzungen, wenn hierdurch der Übergang in eine ambulante Behandlung geprüft oder vorbereitet wird,

§ 27 PSYCHOTHERAPEUTENGESETZ (PSYCHTHG) - ABSCHLUSS VON AUSBILDUNGEN

Vorgesehen ist für die Vollzeit-Form der 12 Monate Praktischen Tätigkeit I nach § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen eine monatliche Vergütung in Höhe von mindestens 1.000 Euro. Für die 600 Stunden bzw. 6 Monate der Praktischen Tätigkeit II nach § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen hat der Gesetzgeber keine Regelung getroffen. Das führt dazu, dass die Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer während der Praktischen Tätigkeit II selbst bei Tätigkeit in Vollzeit auch nicht regelhaft sozialversichert sind. Es gibt auch keinen sachlichen Rechtfertigungsgrund dafür, die PT I und die PT II hinsichtlich der Vergütung ungleich zu behandeln, wie auch die Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage (<http://dipbt.bundestag.de/extrakt/ba/WP19/2648/264862.html>) zeigt.

Änderungsvorschlag

§ 27 Abs. 4 Satz 1 PsychThG

Wer sich nach dem 31. August 2020 in einer Weiterbildung zum Beruf der Psychologischen Psychotherapeutin, des Psychologischen Psychotherapeuten, der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach dem Psychotherapeutengesetz in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung befindet, erhält vom Träger der Einrichtung, in der die praktische Tätigkeit nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und Nummer 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten oder nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und Nummer 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten absolviert wird, für die Dauer der praktischen Tätigkeit eine monatliche Vergütung in Höhe von mindestens 1 000 Euro, sofern die praktische Tätigkeit in Vollzeitform abgeleistet wird. Wird die praktische Tätigkeit in Teilzeitform abgeleistet, reduziert sich die Vergütung entsprechend.

§ 3 ABS. 3 S. 1 NR. 7 – BUNDESPFLEGESATZVERORDNUNG (BPFLV)

Die Deutsche Rentenversicherung Bund ist in einer Abstimmung mit den anderen Sozialversicherungsträgern mehrfach zur Einstufung der Praktikumsvergütung als eine in den einzelnen Zweigen zur Sozialversicherungspflicht führende Beschäftigung im Rahmen betrieblicher Berufsbildung nach § 7 Abs. 1 i. V. m. Abs. 2 SGB IV gelangt. § 27 Abs. 4 PsychThG ist so zu verstehen, dass es sich um einen „Netto-Anspruch“ der Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer handelt, von dem die Beiträge des Krankenhausträgers zur Sozialversicherung nicht in Abzug gebracht werden dürfen. Der Wortlaut des § 27 Abs. 4 verhält sich zu dieser Frage zwar nicht ausdrücklich. Generell gilt aber – und jedenfalls im Arbeitsrecht ist dies durchweg anerkannt – dass eine Nettovergütung auch als solche ausgewiesen sein muss, anderenfalls ein Bruttolohn vereinbart ist (z. B. BAG, Urt. v. 24.01.2013, Az. 8 AZR 965/11).

In § 3 Abs. 3 S. 1 Nr. 7 BPfIV sollte sich dementsprechend die Refinanzierung ebenfalls zuzüglich der Beiträge des Krankenhauses zur Sozialversicherung verstehen.

Änderungsvorschlag

In § 3 Abs. 3 Satz 1 Nr. 7 der Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegetatsatzverordnung - BPfIV) werden folgende Worte angefügt:

„zuzüglich der anteiligen Beiträge des Krankenhauses zur Sozialversicherung“

§ 117 ABS. 3C SGB V – HOCHSCHULAMBULANZEN

Gegenwärtig sind erhebliche Schwierigkeiten in der praktischen Umsetzung des § 117 Abs. 3c SGB V zu beobachten. Es finden Verhandlungen zwischen den Trägern der Institutsambulanzen und den Krankenkassenverbänden nicht oder nur sehr zögerlich statt. Dies mag auch dem Umstand geschuldet sein, dass die bisherige Fassung keinen individuellen Anspruch der Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer hergibt; auch haben diese keinen Anspruch auf Offenlegung des Vertrages nach § 120 SGB V. In dieser Situation

schaft es Abhilfe, wenn ein eigenständiger Anspruch der Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer geregelt wird. Auch wenn es sich dabei um eine zivilrechtliche Regelung mit Bezug zum Ausbildungsvertrag handelt, ist § 117 Abs. 3c SGB V der einzige sinnvolle Standort einer solchen Regelung.

Änderungsvorschlag

§ 117 Abs. 3c SGB V wird wie folgt gefasst:

Für die Vergütung der ~~in den Ambulanzen nach den Absätzen 3 bis 3b erbrachten~~ Leistungen gilt § 120 Absatz 2 Satz 1 und 2 entsprechend mit der Maßgabe, dass

1. dabei eine Abstimmung ~~mit Entgelten~~ für vergleichbare Leistungen erfolgen soll und
2. ***Aus- und Weiterbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer haben gegenüber dem Träger der Ambulanz Anspruch auf Auszahlung eines*** ~~ein Anteil an der Vergütung zu vereinbaren ist, mit dem die von den Ausbildungs- oder Weiterbildungsteilnehmern geleistete Krankenbehandlung angemessen abgegolten wird; der zu vereinbarende Anteils beträgt von mindestens 40 Prozent der Vergütung *ihrer Leistungen, welche die Ambulanz von den gesetzlichen Krankenkassen erhält.*~~
3. In den Vergütungsverträgen mit den Krankenkassen können weitergehende Regelungen über den Anteil, die Zahlungsmodalitäten und den Nachweis der Zahlung vereinbart werden. ~~Die Ambulanzen sind verpflichtet, den Anteil nach Satz 1 Nummer 2 jeweils an die Ausbildungs- oder Weiterbildungsteilnehmer weiterzuleiten und dies **den Krankenkassen** nachzuweisen.~~ Im Übrigen gilt § 120 Absatz 3 Satz 2 und 3 und Absatz 4 Satz 1 entsprechend.

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Strategie, Politik und politische Kommunikation
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-1036
politik@kbv.de, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 180.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 70 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.