Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)243(1)
zur öAnh am 16.11.2020 -
Versorgungsverbesserungsgesetz
4.11.2020

Stellungnahme

des Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) vom 28. Oktober 2020

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für den Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG)

- BT-Drs. 19/23483 -

Kontakt:

Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa)

Postfach 12 11 47, 10605 Berlin
Telefon: +49 30 – 40 00 96 31, Fax: +49 30 40 00 96 32
E-Mail: info@spifa.de
Registergericht: Amtsgericht Charlottenburg, Registernummer: VR 29131 B

Vorstand: Dr. med. Dirk Heinrich (Vorstandsvorsitzender), Dr. med. Axel Schroeder, Dr. med. Christian Albring, Dr. med. Hans-Friedrich Spies, Dr. med. Helmut Weinhart
Ehrenpräsident: Dr. med. Andreas Köhler
Hauptgeschäftsführer: Lars. F. Lindemann

Ordentliche Mitglieder des SpiFa

Akkreditierte Labore in der Medizin e.V. (ALM)

Bundesverband Ambulantes Operieren e.V. (BAO)

Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA)

Bundesverband der Belegärzte e.V. (BdB)

Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI)

Berufsverband Deutscher Neurochirurgen e.V. (BDNC)

Berufsverband Deutscher Nuklearmediziner e.V. (BDNukl)

Bundesverband der Pneumologen e.V. (BdP)

Bundesverband Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (BDPM)

Berufsverband Deutscher Rheumatologen e.V. (BDRh)

Berufsverband Niedergelassener Chirurgen e.V. (BNC)

Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e.V. (bng)

Berufsverband Niedergelassener Gynäkologischer Onkologen in Deutschland e.V. (BNGO)

Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland e.V. (BNHO)

Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e.V. (BRZ)

Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e.V. (BVHNO)

Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e.V. (BVA)

Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V. (BVDD)

Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BvDU)

Berufsverband Deutscher Humangenetiker e.V. (BVDH)

Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF)

Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V. (BVND)

Bundesverband Niedergelassener Kardiologen e.V. (BNK)

Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU)

Berufsverband der Rehabilitationsärzte Deutschlands e.V. (BVPRM)

Deutscher Berufsverband der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DBVPP)

Deutscher Facharztverband e.V. (DFV)

Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V. (DGMKG)

Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen e.V. (DGPRÄC)

Assoziierte Mitglieder

MEDI GENO Deutschland e.V. (MEDI)

NAV-Virchow-Bund – Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V. (NAV)

Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V. (PVS Verband)

INHALT

I. Vorbemerkungen 7

II. Erfüllungsaufwand 9

III. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen 10

Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 10

Zu Nummer 6 (Änderungen des § 140a SGB V) 10

Vorschlag zur Angleichung des § 140a SGB V an Regelungen zu Modellvorhaben..... 11

Vorschlag zur weiteren Anschubfinanzierung der besonderen Versorgung..... 12

Vorschlag zu verpflichtenden Angaben zu Wahltarifen auf der eGK 13

I. Vorbemerkungen

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG) wird beabsichtigt, im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung bis Ende des Jahres 2020 weitere Änderungen zu initiieren, um die gesundheitliche und pflegerische Versorgung zeitnah und nachhaltig zu verbessern.

Die beabsichtigten Änderungen betreffen dabei unter anderem die Regelungen zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V. Die im Regierungsentwurf enthaltenen Neuregelungen zielen darauf ab, die Spielräume für Verträge zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB zu erweitern und damit auch regionalen Bedürfnissen besser Rechnung tragen zu können. Zugleich sollen Versorgungsinnovationen dadurch besser gefördert werden, dass Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, mit Hilfe dieser Selektivverträge durch den Innovationsfonds geförderte Projekte auf freiwilliger Basis weiterzuführen.

Des Weiteren wird mit dem Gesetzentwurf beabsichtigt, Maßnahmen zu ergreifen, um insbesondere den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz der GKV zu stabilisieren. So soll die Beteiligung des Bundes an versicherungsfremden Aufwendungen der Krankenkassen im Jahr 2021 einmalig von 14,5 Mrd. EUR auf 19,5 Mrd. EUR steigen. Zum Zweiten sollen durch einen sog. einmaligen kassenübergreifenden Solidarausgleich die Finanzreserven der Krankenkassen, die 0,4 Monatsausgaben überschreiten, anteilig herangezogen und diese Mittel den Einnahmen des Gesundheitsfonds zugeführt werden. Im Übrigen soll die Obergrenze für Finanzreserven der Krankenkassen von 1,0 Monatsausgaben auf 0,8 Monatsausgaben abgesenkt werden.

Der SpiFa e. V. begrüßt ausdrücklich, dass die Bundesregierung mit ihrem Gesetzentwurf den bestehenden Reformbedarf in der besonderen Versorgung aufgreift und eine Flexibilisierung der Regelungen zu den Verträgen für eine besondere Versorgung von Versicherten nach § 140a SGB V beabsichtigt. Wir sehen Selektivverträge nach § 140a SGB V als ein wesentliches Instrument für Innovationen in der Gesundheitsversorgung sowie als Möglichkeit zum Abbau von der ambulant-stationären Sektorengrenze. Wir begrüßen, dass dieses Instrument gestärkt und dabei der Weg für Verträge eröffnet werden soll, mit denen rechtssicher regionale Bedarfe übergreifend organisiert sowie verschiedene Leistungserbringer, Anbieter und Kostenträger eingebunden werden können. Wir begrüßen, dass damit zugleich auch der Zugang von Patientinnen und Patienten zu Versorgungsinnovationen verbessert werden kann.

Zugleich regt der SpiFa e. V. nachdrücklich an, mit dem Instrument der Anschubfinanzierung auch ein tragfähiges finanzielle Fundament für den Abschluss weiterer Selektivverträge zu legen und damit Versorgungsverträge nach § 140a SGB V auf finanziell zu fördern.

Im Hinblick auf die beabsichtigten Maßnahmen zur Stabilisierung der Beitragssätze weist der SpiFa e. V. darauf hin, dass die pauschale Abgeltung versicherungsfremder Leistungen durch den sog. Bundeszuschuss in Anbetracht der tatsächlichen Höhe der jährlichen Aufwendungen der

Krankenkassen für solche versicherungsfremden Leistungen bereits vor der Corona-Pandemie mit 14,5 Mrd. EUR als zu gering bemessen waren. Aber auch im Hinblick auf die aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanzierten Maßnahmen im Rahmen der Corona-Pandemie, beispielsweise die Förderung des Aufbaus weiterer Intensivbetten, die Testungen auf den Coronavirus SARS-CoV-2 sowie auf Antigene und deren mit dem Dritten Bevölkerungsschutzgesetz geplante Ausweitung auf andere Infektionskrankheiten, ist die einmalige Erhöhung des Bundeszuschusses um 5 Mrd. EUR für das Jahr 2021 dem Grunde und der Höhe nach nicht ausreichend. Damit werden den Krankenkassen faktisch Beitragsmittel zur Sicherstellung einer hochwertigen Gesundheitsversorgung der gesetzlich Versicherten Patientinnen und Patienten durch die Leistungserbringer entzogen. Zugleich kritisiert der SpiFa e. V. den kassenübergreifenden Solidarausgleich als wettbewerbsfeindliches Instrument, dass dem vom Gesetzgeber mit dem Faire-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) vom 22. März 2020 beabsichtigten Ziel eines fairen und zielgenaueren Wettbewerbs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen zuwiderläuft und gut wirtschaftende gesetzliche Krankenkassen bestraft.

II. Erfüllungsaufwand

Keine Anmerkungen

III. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen

Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Nummer 6 (Änderungen des § 140a SGB V)

Neben der gesetzlichen Klarstellung, dass Versorgungsverträge mit regionalisiertem/regionenspezifischen Versorgungskonzepte möglich sind und Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen der Leistungserbringer und der Krankenkassen zur Versorgung der Versicherten durch Vertragspartner oder Dritte erbracht werden dürfen, zielen die mit dem Regierungsentwurf beabsichtigten Änderungen des § 140a SGB V auf eine Flexibilisierung der Verträge zur besonderen Versorgung. So sollen die Möglichkeiten des Vertragsschlusses auf andere Sozialversicherungszweige und andere Leistungsträger sowie die in diesen Bereichen tätigen Leistungserbringer erweitert, die Beteiligung der privaten Kranken- und Pflegeversicherungen an besonderen Versorgungsformen ermöglicht und der Kreis der möglichen Verbände und Vereinigungen der Leistungserbringer als Vertragspartner zur Unterstützung von Mitgliedern auf Berufs- und Interessenverbände ärztlicher und anderer Leistungserbringer ausgeweitet werden. Zudem soll die Förderung von Versorgungsprojekten der Leistungserbringer, die den Zielen einer besonderen Versorgung von Versicherten i. S. d. § 140 SGB V entsprechen, ohne dass diese von Krankenkassen initiiert sind und betrieben werden, ermöglicht werden.

SpiFa:

Der SpiFa e. V. begrüßt die gesetzlichen Klarstellungen und weiteren Änderungen zur Flexibilisierung der Selektivverträge nach § 140a SGB ausdrücklich und sieht darin eine Stärkung der Verträge zur besonderen Versorgung als wesentliches Instrument für Innovationen in der Gesundheitsversorgung, den Abbau der ambulant-stationären Sektorengrenze und Qualitätswettbewerb zwischen den Kostenträgern zu Gunsten der Versicherten.

Wir sehen in den beabsichtigten Änderungen die Ermöglichung von Versorgungskonzepte, die mit Blick auf regionale sowie versichertenindividuelle Bedürfnisse passgenaue, sektoren- und versicherungszweigübergreifende Lösungen bieten können.

Wir begrüßen auch die beabsichtigte gesetzliche Fiktion, dass bei durch den Innovationsfonds geförderten neuen Versorgungsformen die Anforderungen an eine besondere Versorgung nach § 140a Absatz 1 und die Anforderungen des zweiten Halbsatzes des Satzes 3 als erfüllt gelten, als Instrument zur Vereinfachung entsprechender Vertragsabschlüsse. Folgerichtig ist, dass mit nach den beabsichtigten Änderungen die gesetzliche Pflicht des Nachweises der Wirtschaftlichkeit innerhalb von 4 Jahren nach § 140a Absatz 2 Satz 4 gänzlich gestrichen werden soll.

Der SpiFa e. V. begrüßt ausdrücklich auch die Einbeziehung der Berufs- und Interessenverbände der ärztlichen und anderen Leistungserbringer als Vertragspartner der Selektivverträge zur Unterstützung ihrer Mitglieder.

Vorschlag zur Angleichung des § 140a SGB V an Regelungen zu Modellvorhaben

Der vom Bundesministerium für Gesundheit vorgelegten Referentenentwurf zum GPVG hatte noch vorgesehen, dass in den Verträgen zur besonderen Versorgung Abweichungen von den Regelungen des Zehnten Kapitels des SGB V zwischen den Vertragsparteien vereinbart werden können.

Damit sollte eine Angleichung der selektivvertraglichen Abweichungsbefugnis von den Vorschriften des SGB V an die Abweichungsbefugnis bei Modellvorhaben nach § 63 SGB V erfolgen.

Der SpiFa e. V. hat diese weitergehende Flexibilisierung begrüßt, weil diese eine Erleichterung bei der digitalen Vernetzung zwischen den Akteuren und damit auch zusätzliche Impulse für die weitere Digitalisierung der selektivvertraglichen Versorgung und digitale Innovationen in der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V versprechen.

Wir schlagen daher folgende Änderung vor:

> In § 140a Absatz 2 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, Absatz 3a und Absatz 5 Satz 4 gilt entsprechend“ eingefügt.

Vorschlag zur weiteren Anschubfinanzierung der besonderen Versorgung

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14. November 2003 wurden in § 140d SGBV Regelungen zur einer Anschubfinanzierung für integrierte Versorgungsverträge aufgenommen, um zusätzliche Anreize zum Abschluss solcher Vereinbarungen zur Verfügung zu stellen. Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011 wurde die Regelungen zur Anschubfinanzierung gestrichen, nachdem die Anschubfinanzierung zum Ende des Jahres 2008 ausgelaufen war.

Vor dem Hintergrund einer zunehmend schwieriger werdenden Finanzlage der Krankenkassen aufgrund konjunkturbedingt sinkender Beitragseinnahmen sowie der gleichzeitigen Realisierung von Ausgabensteigerungen der gesetzlichen Krankenversicherung, insbesondere auch im Bereich versicherungsfremder Leistungen und der Querfinanzierung von Aufgaben, die den Ländern im im Bereich der stationären Versorgung zugeordnet sind, hält der SpiFa e. V. die Gewährleistung eines finanzieller Fundaments zum weiteren Abschluss von Verträgen zur besonderen Versorgung für erforderlich. Hiermit sollen vermehrt Anreize zum Abschluss von Versorgungsverträgen nach § 140a SGB V gesetzt werden, um damit Innovationen und individuelle Versorgungslösungen für Versicherte auch in Zeiten einer zunehmend schwieriger werdenden finanziellen Lage der gesetzlichen Krankenversicherungen zu fördern.

<u>Wir schlagen daher die Einfügung folgender Regelung nach § 140a vor:</u>

„§ 140b Anschubfinanzierung

Zur Förderung der besonderen Versorgung hat jede Krankenkasse in den Jahren 2021 bis 2023 jeweils Mittel bis zu 5 vom Hundert von der nach § 85 Abs. 2 an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichtenden Gesamtvergütung sowie von den Rechnungen der einzelnen Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Versorgung einzubehalten, soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von nach § 140a geschlossenen Verträgen erforderlich sind; sie sind ausschließlich zur Finanzierung der in den Verträgen zur besonderen Versorgung nach § 140a vereinbarten Vergütungen zu verwenden. Satz 2 gilt nicht für Verträge, die nach § 140a in der am 22. Juli 2015 geltenden Fassung geschlossen worden sind. Die Krankenkassen müssen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern die Verwendung der einbehaltenen Mittel darlegen. Satz 1 gilt nicht für die vertragszahnärztlichen Gesamtvergütungen. Sie sollen in dem Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung, an die die nach Satz 1 verringerten Gesamtvergütungen gezahlt wurden, verwendet werden. Werden die einbehaltenen Mittel nicht innerhalb von drei Jahren für die Zwecke nach Satz 1 verwendet, sind die nicht verwendeten Mittel spätestens zum 31. März 2024 an die Kassenärztliche Vereinigung sowie an die einzelnen Krankenhäuser auszuzahlen.“

Vorschlag zu verpflichtenden Angaben zu Wahltarifen auf der eGK

Mit dem vom Bundestag am 3. Juli 2020 beschlossenen Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendaten-Schutz-Gesetz – PDSG) wurden die bisherigen Regelungen zur elektronischen Gesundheitskarte ersetzt bzw. neu gefasst. Die bisherigen Regelungen zur elektronischen Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis in § 291 SGB V wurden in einem neuen § 291a SGB V aufgegriffen.

Aus Sicht des SpiFa e. V. sollte im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum vorliegenden Versorgungsverbesserungsgesetz die Gelegenheit genutzt werden, in die verpflichtenden Angaben auf der elektronischen Gesundheitskarte die Angaben zu den Wahltarifen nach § 53 SGB V sowie Angaben zu zusätzlichen Vertragsverhältnissen aufzunehmen, die bisher gesetzlich lediglich als Kann-Bestimmung (§ 291 Abs. 1 Satz 2 SGB V geltende Fassung bzw. § 291a Abs. 3 SGB V in der Fassung des PDSG) geregelt sind.

So könnte mit Blick auf das Versorgungsgeschehen rund um Wahltarife und Selektivverträge die notwendige Transparenz geschaffen werden, die unter anderem auch für weiteren Fragen einer Steuerungswirkung von entscheidender Bedeutung sind. Zugleich könnte missbräuchliches Verhalten bei der Inanspruchnahme von Leistungen entgegen selektivvertraglicher Bestimmungen verhindert werden.

<u>Wir schlagen daher folgende Änderung des § 291a SGB V vor:</u>

1. Absatz 2 wird wie folgt geändert:

   a) Nach Nummer 9 wird folgende Nummer 10 eingefügt:

      „10. Angaben zu den Wahltarifen nach § 53,“

   b) Die Nummern 10 und 11 werden die Nummern 11 und 12.

2. Absatz 3 wird wie folgt geändert:

   a) Nummer 1 wird gestrichen.

   b) Die Nummern 2 bis 5 werden die Nummern 1 bis 4.

Der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) setzt sich zusammen aus:

Ordentliche Mitglieder: Akkreditierte Labore in der Medizin e.V (ALM), Bundesverband Ambulantes Operieren e.V. (BAO), Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA), Bundesverband der Belegärzte e.V. (BdB), Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI), Bundesverband Niedergelassener Kardiologen e.V. (BNK), Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e.V. (BRZ), Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e.V. (BVA), Berufsverband Niedergelassener Chirurgen e.V. (BNC), Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V. (BVDD), Berufsverband Deutscher Humangenetiker e.V. (BVDH), Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BvDU), Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V. (BVND), Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF), Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e.V. (bng), Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland e.V. (BNHO), Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e.V. (BVHNO), Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU), Bundesverband der Pneumologen e.V. (BdP), Bundesverband für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (BDPM), Berufsverband der Rehabilitationsärzte Deutschlands e.V. (BVPRM), Berufsverband Deutscher Rheumatologen e.V. (BDRh), Deutscher Facharztverband e.V. (DFV), Deutscher Berufsverband der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DBVPP), Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V. (DGMKG), Berufsverband Niedergelassener Gynäkologischer Onkologen in Deutschland e.V. (BNGO), Berufsverband Deutscher Nuklearmediziner e.V. (BDNukl), Berufsverband Deutscher Neurochirurgen e.V. (BDNC), Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen e. V. (DGPRÄC).

Assoziierte Mitglieder: MEDI GENO Deutschland e.V. (MEDI), Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V. (NAV-Virchow-Bund), Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V. (PVS Verband).

BETRIEBLICHE KRANKENVERSICHERUNG e.V.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)243(2)
zur öAnh am 16.11.2020 -
Versorgungsverbesserungsgesetz
4.11.2020

Stellungnahme der Interessengemeinschaft Betriebliche Krankenversicherung e.V.

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG)

vom

27. Oktober 2020

Interessengemeinschaft
Betriebliche Krankenversicherung e.V. (IG BKV e.V.)
Albrechtstraße 22
10117 Berlin

Inhalt

A. Zusammenfassung 3

B. Stellungnahme zu Regelungen des Gesetzentwurfs

Nr. 8
§ 242 Abs. 1 Satz 4 SGB V
Verbot der Anhebung von Zusatzbeiträgen 6

Nr. 9
§ 260 Absatz 2 Satz 1 und 2
Absenkung der Obergrenze für überschießende Betriebsmittel und Rücklagen 9

Nr. 11
§ 272 Sonderregelung für den Gesundheitsfonds 2021
Einführung eines einmaligen Solidarausgleichs.....11

A. Zusammenfassung

Die Interessengemeinschaft Betriebliche Krankenversicherung e.V. (BKV e.V.) lehnt entschieden die mit dem Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG) für das Jahr 2021 geplanten Maßnahmen zur Deckung der Finanzierungslücke im Gesundheitsfonds für nicht-geöffnete Betriebskrankenkassen ab. Sie stellen zum einen durch die Erhöhung des Haftungsrisikos eine ungleiche und damit unverhältnismäßige Belastung der Trägerunternehmen nicht-geöffneter Betriebskrankenkassen dar. Zum anderen verstößt der geplante Rücklagenabbau gegen das Gebot der Folgerichtigkeit. Die Maßnahmen stellen zudem einen massiven Eingriff in die Finanzautonomie der Selbstverwaltung dar.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und die Gesetzlichen Krankenkassen haben im September gemeinsam festgestellt, dass die gesetzlichen Krankenkassen durch die zur Bekämpfung des Corona-Virus vom Bundesministerium veranlassten und über dem GKV-Gesundheitsfonds finanzierten Maßnahmen sowie die Ausgabenentwicklung im Jahr 2021 einen erheblichen zusätzlichen Finanzbedarf haben. Dieser Finanzbedarf für das Jahr 2021 wurde gemeinsam von BMG und GKV auf 16,6 Mrd. beziffert. Nach der Abstimmung zwischen Gesundheits- und Finanzministerium werden im kommenden Jahr zur Deckung dieser Finanzierungslücke lediglich 5 Mrd. € über einen zusätzlichen Bundeszuschuss bereitgestellt. Der überwiegende Teil der Finanzierungslücke soll über den Abbau der Rücklagen der Gesetzlichen Krankenversicherung und über steigende Zusatzbeiträge finanziert werden. Unterm Strich werden damit Versicherte und Arbeitgeber mit 11 Mrd. € im kommenden Jahr belastet.

Verletzung des Gebotes der Belastungsgleichheit

Mit dem Abbau der Rücklagen der nicht-geöffneten Betriebskrankenkassen wird im Zusammenwirken mit der Arbeitgeberhaftung das Gebot der Belastungsgleichheit für die

Trägerunternehmen nicht-geöffneter Betriebskrankenkassen verletzt. Das aus Artikel 3 Absatz 1 Grundgesetz abgeleitete Gebot der Belastungsgleichheit verlangt bezogen auf den vorliegenden Sachverhalt, dass Trägerunternehmen nicht-geöffneter Betriebskrankenkassen und sonstige Arbeitgeber als Beitragszahler im Hinblick auf die Belastung durch den Abbau der Rücklagen gleich behandelt werden müssen oder es für eine Ungleichbehandlung einen rechtfertigenden Grund geben muss. Die Ungleichbehandlung begründet sich vorliegend darin, dass der Arbeitgeber einer geschlossenen Betriebskrankenkasse unmittelbar und unbeschränkt für die Verbindlichkeiten seiner Betriebskrankenkasse einzustehen hat, während für andere Arbeitgeber diese Frage ohne Interesse ist, da das Gesamtsystem haftet. Mit dem zusätzlichen Solidarbeitrag werden Betriebsmittel und Rücklagen oberhalb des Schwellenwertes abgeschöpft und die Haftung der Arbeitgeber nicht-geöffneter Betriebskrankenkassen unsachgemäß erweitert. Diese einseitige Verschlechterung der Position der Arbeitgeber nicht-geöffneter Betriebskrankenkassen verletzt das Gebot der Belastungsgleichheit. Ein sachlicher, rechtfertigender Grund für diese Ungleichbehandlung ist nicht ersichtlich. Der BKV e. V. fordert daher unter Beachtung des Gebots der Belastungsgleichheit die geschlossenen Betriebskrankenkassen von der Sonderregelung für den Gesundheitsfonds für das Jahr 2021 auszunehmen.

Verletzung des Gebotes der Folgerichtigkeit

Der geplante Abbau der Rücklagen verstößt zudem gegen das Gebot der Folgerichtigkeit. Durch dieses Gebot wird der Gesetzgeber in der Gestaltung der Sozialversicherung an die von ihm für den jeweiligen Sachbereich selbst getroffene Grundentscheidungen gebunden und eine folgerichtige Ausgestaltung verlangt, sodass Ausnahmen und Abweichungen von derartigen Grundentscheidungen durch plausible und hinreichende Gründe gerechtfertigt sein müssen. Das Haftungsrisiko des Trägerunternehmens als Grundentscheidung des Gesetzgebers und als ein wesentliches Strukturmerkmal nicht-geöffneter Betriebskrankenkassen muss somit nach jeglichen gesetzlichen Änderungen überschaubar und vor allem vergleichbar bleiben. Die Rechtsposition des Arbeitgebers als gesetzlichen Ausfallbürgen ist nicht durch den Gesetzgeber beliebig veränderbar. Mit dem geplanten Abbau der Rücklagen erhöht sich das Haftungsrisiko der

Trägerunternehmen jedoch erheblich. Die Finanzrücklagen wurden in den nicht-geöffneten Betriebskrankenkassen gebildet, um Risiken für die Betriebskrankenkassen selbst und vor allem das Haftungsrisiko für das Trägerunternehmen auszuschließen. Dies zeigt sich umso mehr an der Tatsache, dass mit dem Abbau der Rücklagen sogar die von der Selbstverwaltung in den Satzungen festgelegten Rücklagesolls unterschritten werden. Denn zu einer seriösen und vorausschauenden Prävention des Haftungsrisikos für das Trägerunternehmen zählt vor allem das von der Selbstverwaltung in der Satzung festgelegte Rücklagesoll. Die Kasse legt hierbei selbst satzungsgemäß fest, was sie für die Risikovorsorge für erforderlich hält. Der Eingriff in dieses Rücklagesoll über den Solidarbeitrag ist nicht nur eine faktische Verschlechterung, sondern eine rechtlich relevante Beeinträchtigung von Strukturmerkmalen der Arbeitgeberhaftung, da durch den Eingriff in die Rücklage die Beschränktheit der Arbeitgeberhaftung einschließlich der Solidargemeinschaft des Betriebes als Kalkulationsgrundlage in Frage gestellt wird. Es wird damit zugleich in erheblichem Umfang in die Finanzautonomie der Selbstverwaltung eingegriffen und deren bewusste Entscheidung der Haftungsprävention konterkariert. Die Sicherung der finanziellen Stabilität der GKV ist für diese besondere Belastung der Trägerarbeitgeber kein ausreichender, rechtfertigender Grund. Dies gilt umso mehr, als dass der Abbau der Finanzrücklagen der nicht-geöffneten Betriebskrankenkassen nur ca. 2% des gesamten Solidarbeitrages ausmacht.

Kein Eingriff in das mit der jeweils zuständigen Aufsicht abgestimmten Rücklagesoll

Mit dem Gesetzentwurf wird die im SGBV geltende Differenzierung für kleine, weniger als 50.000 Mitglieder umfassende Krankenkassen darüber hinaus außer Kraft gesetzt. Diese Kassen haben höhere Betriebsmittel und Rücklagen mit Genehmigung der Aufsicht (§ 260 SGB V Abs. 2 Satz 2) und auf diese Genehmigungen staatlicher Behörden auch vertraut. Krankenkassen mit weniger als 50.000 Mitgliedern können, z. B. durch Hochleistungsfälle, erheblich früher in eine wirtschaftliche Schieflage geraten als grö-

ßere Krankenkassen oder sogar Großkassen. Die von den zuständigen Aufsichten genehmigten Obergrenzen dürfen deshalb nicht nachträglich durch das Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz außer Kraft gesetzt werden.

B. Stellungnahme zu den einzelnen Regelungen des Gesetzesentwurfs

Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 8

§ 242 Abs. 1 Satz 4 SGB V Zusatzbeitrag

Verbot der Anhebung von Zusatzbeiträgen

a) Beabsichtigte Neuregelung

Nach der zum 01.01.2020 in Kraft gesetzten Reglung, darf eine Krankenkasse ihren Zusatzbeitrag erst anheben, wenn ihre Finanzreserven den Betrag einer Monatsausgabe unterschreiten.
Mit der gesetzlichen Änderung wird die zulässige Rücklage von einer Monatsausgabe gesenkt auf das 0,8-Fache der Monatsausgabe.

b) Stellungnahme

Die Interessengemeinschaft Betriebliche Krankenversicherung lehnt die vorgeschlagene Einschränkung einer Anhebung der Zusatzbeiträge ab. Mit der gesetzlichen Änderung werden die Reaktionsmöglichkeiten der Kassen auf eine Änderung ihrer wirtschaftlichen Situation deutlich eingeschränkt. Zudem wurden mit dem am 1. Januar 2019 in Kraft getretenen Versichertenentlastungsgesetzes Krankenkassen bereits dazu

verpflichtet, ihre Rücklagen bis auf eine Monatsausgabe abzuschmelzen. Die Krankenkassen sind dieser Verpflichtung bei der Aufstellung ihrer Haushaltspläne nachgekommen: Um die Finanzreserven abzubauen, erheben zahlreiche Krankenkassen derzeit einen bei weitem nicht kostendeckenden Zusatzbeitragssatz. Die Höhe dieser aktuell nicht kostendeckenden Zusatzbeitragssätze ist mit dem Ziel kalkuliert, dass auch im kommenden Jahr 2021 Rücklagen abgebaut werden würden. Diese sind aufgrund der Regelung zur Rücklagenentnahme dann jedoch nicht mehr in dem ursprünglich geplanten Umfang vorhanden.

Die wirtschaftlichen Eckdaten verändern sich im Jahr 2021 zudem erheblich. Durch die vielfältigen gesetzlichen Änderungen werden die Ausgaben bei allen gesetzlichen Krankenkassen erheblich steigen. Vollkommen unkalkulierbar ist für jede gesetzliche Krankenkasse die Steigerung der Ausgaben zur Bekämpfung der Covid-19-Pandemie. Tests, Behandlung und Impfung werden 2021 zu erheblichen Ausgaben führen.

Die Ausgaben für das nächste Jahr planen somit alle Krankenkassen mit großer Unsicherheit. Hinzu kommen die Unwägbarkeiten auf kassenindividueller Ebene durch die Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Die bestehende Regelung muss beibehalten werden, damit Krankenkassen frühzeitig und mit ausreichenden finanziellen Rücklagen auf diese Entwicklung reagieren können, ohne dass sie in eine wirtschaftliche Schieflage geraten.

c) Änderungsvorschlag

Die Nr. 8 ist zu streichen.

Hilfsweise sind zumindest die Abführung der Rücklagen bereits mit dem Zeitpunkt des Kabinettsbeschlusses GVPG in den Rechnungsergebnissen der Krankenkassen zu berücksichtigen.

Nach § 242 Abs. 1 S. 4 SGB V GPVG wird folgender Satz 5 eingefügt:

Bei der Ermittlung des Verhältnisses nach Satz 4 sind die von den Krankenkassen nach § 272 Absatz 1 aus den Finanzreserven abzuführenden Mittel, deren Verrechnung nach § 272 Absatz 2 Satz 2 in der Haushaltsplanung für das Jahr 2021 zu berücksichtigen ist, von den in den vierteljährlichen Rechnungsergebnissen jeweils ausgewiesenen Finanzreserven in Abzug zu bringen.

Nr. 9

§ 260 Absatz 2 Satz 1 und 2 Betriebsmittel

Absenkung der Obergrenze für überschießende Betriebsmittel und Rücklagen

a) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem GKV-VEG wurde zum 01. Januar 2020 die gesetzliche Vorgabe für die Obergrenze der Betriebsmittel auf eine durchschnittliche Monatsausgabe gesenkt. Nach dem Gesetzentwurf wird die Obergrenze nunmehr erneut zum 01. Januar 2021 auf das 0,8-Fache einer durchschnittlichen Monatsausgabe gesenkt.

b) Stellungnahme

Die Krankenkasse hat zur Sicherung ihrer Leistungsfähigkeit eine Rücklage zu bilden. Die Krankenkasse bestimmt die Höhe der Rücklage in einem Prozentsatz einer durchschnittlichen Monatsausgabe (§ 261 Abs. 2 Satz 1; Rücklagesoll). Dabei muss diese Rücklage derzeit mindestens ein Fünftel dieser durchschnittlichen Monatsausgabe betragen. Mit dem GKV-FKG vom 22.03.2020 (BGBl. I, S. 604) ist der Prozentsatz der Mindestrücklage von 0,25 % auf 0,20 % herabgesetzt worden. Das Rücklagesoll einer Krankenkasse kann also deutlich höher als die Mindestrücklage sein. Übersteigt die tatsächliche Rücklage auch dieses Rücklagesoll, ist der übersteigende Betrag den Betriebsmitteln zuzuführen (§ 261 Abs. 5).
Die nicht für die laufenden Ausgaben benötigten Betriebsmittel zuzüglich der Rücklage (...) dürfen im Durchschnitt des Haushaltsjahres das Einfache einer Monatsausgabe nicht übersteigen (§ 260 Abs. 2 Satz 1).

Ausnahme für kleine Kassen muss weiter gelten

Krankenkassen mit weniger als 50.000 Mitgliedern können durch teure Leistungsfälle erheblich früher in eine wirtschaftliche Schieflage geraten als Großkassen. Auf Antrag einer Krankenkasse, die weniger als 50.000 Mitglieder hat, kann die Aufsichtsbehörde bislang eine Obergrenze zulassen, die das Einfache der Monatsausgabe übersteigt (§ 260 Abs. 2 Satz 2).

Im Gesetzentwurf fehlt eine Differenzierung für kleine, weniger als 50.000 Mitglieder umfassende Krankenkassen, die höhere Betriebsmittel und Rücklagen mit Genehmigung der Aufsicht haben (§ 260 Abs. 2 Satz 2) und solchen, auf die nur die regelhafte Obergrenze Anwendung findet (§ 266 Abs. 2 Satz 1). Diesen Kassen wurde für das Jahr 2020, nach Überprüfung der Finanzlage durch die Aufsicht, eine höhere Obergrenze genehmigt. Die Kassen haben auf die Genehmigung der jeweils zuständigen Aufsichten auch vertraut. Die Entscheidungen der Aufsichten müssen im Einklang mit der Finanzautonomie der Selbstverwaltung im Solidarausgleich berücksichtigt werden.

c) Änderungsvorschlag

Die Nr. 9 ist zu streichen.

Bei einer Absenkung ist die geltende Regelung für Krankenkassen mit weniger als 50.000 Mitglieder beizubehalten. Hierzu ist die Änderung im Satz 2 zu streichen.

Nr. 9
In § 260 Absatz 2 Satz 1 ~~und Satz 2~~ wird das Wort „Einfache“ ~~jeweils~~ durch das Wort „0,8-Fache“ ersetzt.

Nr. 11

§ 272 Sonderregelung für den Gesundheitsfonds im Jahr 2021 Einführung eines einmaligen, weiteren Solidarausgleichs

a) Beabsichtigte Neuregelung

Die Rücklagen der Krankenkassen werden leistungsgerecht zur Umsetzung der Sozialgarantie 2021 herangezogen. Die Finanzreserven der Kassen liegen Mitte des Jahres 2020 in stark ungleicher Verteilung bei gut 20,6 Mrd. Euro, hiervon werden ca. 8 Mrd. Euro abgeschöpft. Das erfolgt dadurch, dass mit einer Sonderregelung für den Gesundheitsfonds im Jahr 2021 Finanzreserven der Krankenkassen nach § 260 Abs. 2 Satz 1 (d. h. – überschießende – Betriebsmittel und Rücklagen), die zwei Fünftel des durchschnittlich auf eine Monatsausgabe (§ 260 Abs. 1 Nr. 1) entfallenden Betrages übersteigen, mit 66,10 % der Reserven an den Gesundheitsfonds abgeführt werden (§ 272 Abs. 1 Satz 1 SGB V – Entwurf –). Stichtag für den Stand der einbezogenen Betriebsmittel und Rücklagen sind die von den Krankenkassen für das erste Halbjahr 2020 nach Abschluss des zweiten Quartals vorgelegten vierteljährlichen Rechnungsergebnisses (KV-45, § 272 Abs. 1 Satz 2 SGB V – Entwurf –); Stichtag ist der 14.08.2020 (§ 272 SGB V – Entwurf –, Einzelbegründung S. 39). Krankenkassen, die zu diesem Zeitpunkt überhaupt keine Rücklagen haben oder keine Betriebsmittel und Rücklagen oberhalb der Schwelle von zwei Fünfteln des durchschnittlich auf eine Monatsausgabe (§ 260 Abs. 1 Nr. 1) entfallenden Betrages haben, werden von dem Solidarausgleich nicht erfasst. Ziel des „weiteren, einmaligen bundesweiten und kassenübergreifenden Solidarausgleichs“ ist die Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages im Jahr 2021 (Einzelbegründung, § 272 SGB V – Entwurf –). Eine Ausnahme vom Solidarausgleich ist für geschlossene Betriebskrankenkassen nicht vorgesehen und wird ausweislich der Begründung nicht für erforderlich gehalten (Einzelbegründung § 272, S. 40). Gründe für eine reduzierte Belastung sind hiernach nicht ersichtlich. Das gilt gleichermaßen für Krankenkassen, denen von der Aufsicht eine höhere Obergrenze für die Mittel nach § 260 Abs. 2 Satz 1 zugestanden worden ist.

b) Stellungnahme

1. Verletzung von Grundrechten der Arbeitgeber geschlossener Betriebskrankenkassen

Der Arbeitgeber einer nicht-geöffneten Betriebskrankenkasse haftet im Fall der Auflösung oder Schließung seiner Krankenkasse unmittelbar und unbeschränkt für die Verbindlichkeiten der Betriebskrankenkasse (§ 166 Abs. 2). Die Arbeitgeberhaftung ist eine Garantiehaftung, die dem Insolvenzschutz der Gläubiger dienen soll und einer gesetzlich angeordneten Ausfallbürgschaft vergleichbar ist. Die Rechtsposition des Arbeitgebers als Ausfallbürgen ist nicht durch den Gesetzgeber beliebig veränderbar.

Verletzung des Gebots der Belastungsgleichheit

Mit der Einführung des zusätzlichen Solidarbeitrages wird im Zusammenwirken mit der Arbeitgeberhaftung das Gebot der Belastungsgleichheit verletzt. Eine Ungleichbehandlung liegt darin, dass der Trägerarbeitgeber einer geschlossenen Betriebskrankenkasse unmittelbar und unbeschränkt für die Verbindlichkeiten seiner Betriebskrankenkasse einzustehen hat, während für andere Arbeitgeber diese Frage ohne Interesse ist, da das Gesamtsystem haftet. Mit dem zusätzlichen Solidarbeitrag werden Betriebsmitteln und Rücklagen oberhalb des Schwellenwertes abgeschöpft und die Haftung der Arbeitgeber nicht geöffneter Betriebskrankenkassen unsachgemäß erweitert. Diese einseitige Verschlechterung der Position der Arbeitgeber nicht geöffneter Betriebskrankenkassen ist nicht zulässig. Nach dem Gebot der Belastungsgleichheit sind die geschlossen Betriebskrankenkassen von der Sonderregelung für den Gesundheitsfonds für das Jahr 2021 auszunehmen.

Verletzung des Gebots der Folgerichtigkeit

Durch das Gebot der Folgerichtigkeit wird der Gesetzgeber auch für die Beitragsgestaltung in der Sozialversicherung an die von ihm für den jeweiligen Sachbereich selbst ge-

troffene Grundentscheidungen gebunden. Der Gesetzgeber hat das Institut der (geschlossenen) Betriebskrankenkassen geregelt und in allen Reformen insbesondere des Organisationsrechts der vergangenen Jahrzehnte beibehalten (§ 144). Wesensmerkmal der gesetzlichen Arbeitgeberhaftung geschlossener Betriebskrankenkassen ist unter anderem ihre Beschränkung auf die Solidargemeinschaft des Betriebes. Dabei ist die Bestimmung des Leistungsrechts, der Beitragsfinanzierung sowie der Gestaltungsrahmen der Leistungserbringung durch den Gesetzgeber einschließlich dessen Veränderung von der geschlossenen Kasse hinzunehmen, da das zu den Bedingungen führt, zu denen eine geschlossene Betriebskrankenkasse gegründet und geführt wird.

Das Haftungsrisiko muss für das Trägerunternehmen zu diesen Konditionen aber überschaubar und vor allem vergleichbar bleiben. Zu diesem Kalkül gehört auch die gesetzlich vorgesehene Rücklage bzw. das von der Kasse selbst in der Satzung festgelegte Rücklagesoll. Die Kasse legt hierbei selbst satzungsgemäß fest, was sie für die Risikovorsorge für erforderlich hält. Ein Eingriff in dieses Rücklagesoll einer geschlossenen Betriebskrankenkasse ist nicht nur eine faktische Verschlechterung, sondern eine rechtlich relevante Beeinträchtigung von Strukturmerkmalen der Arbeitgeberhaftung, da durch den Eingriff in die Rücklage die Beschränktheit der Arbeitgeberhaftung einschließlich der Solidargemeinschaft des Betriebes als Kalkulationsgrundlage in Frage gestellt wird. Auch der im Entwurf vorgesehene teilweise Entzug der relevanten Mittel beeinträchtigt diese Organisationsmerkmale, selbst wenn die gesetzlich für die Ausgaben vorgesehenen Mittel einschließlich der Mindestrücklage erhalten bleiben (§ 260 Abs. 2 Satz 1). Eine solche Beeinträchtigung von wesentlichen Organisationsmerkmalen des Instituts der geschlossenen Betriebskrankenkasse ist nach dem Grundsatz der Folgerichtigkeit nur hinzunehmen, wenn es dafür einen tragfähigen sachlichen Grund gibt. Ein solcher ist nicht ersichtlich. Damit verstößt der Gesetzentwurf gegen das Gebot der Folgerichtigkeit, da durch die, wenn auch nur teilweise, Einbeziehung der relevanten Rücklagen und Betriebsmittel in den weiteren Solidarausgleich tragende Organisationsprinzipien des Instituts der geschlossenen Betriebskrankenkassen verletzt werden. Die Sicherung der finanziellen Stabilität der GKV ist für diese besondere Be-

lastung der Trägerarbeitgeber kein ausreichender Grund. Zumindest ist eine Begrenzung der Einbeziehung der Mittel in Gestalt einer Obergrenze geboten. Diese Obergrenze muss an der Haftungssystematik des GKV-FKG ausgerichtet werden. Danach haftet der Trägerarbeitgeber einer nicht geöffneten Betriebskrankenkasse uneingeschränkt für die eigene, geschlossene Betriebskrankenkasse und nur mit einem Anteil von 20 % für Haftungsrisiken anderer Kassen (§ 167 Abs. 4).

2. Ausnahmen für Kassen mit weniger als 50.000 Mitglieder

Krankenkassen mit weniger als 50.000 Mitgliedern können, durch teure Leistungsfälle, erheblich früher in eine wirtschaftliche Schieflage geraten als Großkassen. Auf Antrag einer Krankenkasse, die weniger als 50.000 Mitglieder hat, kann die Aufsichtsbehörde bislang eine Obergrenze zulassen, die das Einfache der Monatsausgabe übersteigt (§ 260 Abs. 2 Satz 2).

Im Gesetzentwurf fehlt eine Differenzierung für kleine, weniger als 50.000 Mitglieder umfassende Krankenkassen, die höhere Betriebsmittel und Rücklagen mit Genehmigung der Aufsicht haben (§ 260 Abs. 2 Satz 2) und solchen, auf die nur die regelhafte Obergrenze Anwendung findet (§ 266 Abs. 2 Satz 1). Diesen Kassen wurde für das Jahr 2020, nach Überprüfung der Finanzlage durch die Aufsicht, eine höhere Obergrenze genehmigt. Diese begründeten Ausnahmeregelungen müssen im Solidarausgleich weiterhin berücksichtigt werden.

c. Änderungsvorschläge

Nr. 11
§ 272 wird wie folgt gefasst:

§ 272 Sonderregelung für den Gesundheitsfonds im Jahr 2021

(1) Den Einnahmen des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 1 Satz 1 werden im Jahr 2021 Mittel aus den Finanzreserven der Krankenkassen nach § 260 Absatz 2 Satz

1 zugeführt, in dem 66,1 Prozent der Finanzreserven nach § 260 Absatz 2 Satz 1 jeder Krankenkasse, die zwei Fünftel des durchschnittlichen auf einen Monat entfallenden Betrags der Ausgaben für die in § 260 Absatz 1 Nummer 1 genannten Zwecke überschreiten, herangezogen werden. Maßgebend für die Rechengröße nach Satz 1 sind die von den Krankenkassen für das erste Halbjahr 2020 nach Abschluss des zweiten Quartals 2020 vorgelegten vierteljährlichen Rechnungsergebnisse.

Variante a: Nicht geöffnete Betriebskrankenkassen werden ausgenommen.

Auswirkung: Damit wird der geplante Abbau der Finanzrücklagen in Höhe von 8 Mrd. € um ca. 160 Mio. € reduziert.

Neuer Absatz 2:

(2) Betriebskrankenkassen, deren Satzung keine Regelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 enthält, sind von der Regelung nach Absatz 1 ausgenommen.

Variante b: Für nicht geöffnete Betriebskrankenkassen wird der Solidarbeitrag auf 20% begrenzt.

Auswirkung: Damit wird der geplante Abbau der Finanzrücklagen in Höhe von 8 Mrd. € um ca. 125 Mio. € reduziert.

Neuer Absatz 2:

(2) Für Betriebskrankenkassen, deren Satzung keine Regelung nach § 144 Absatz 2 Satz 1 enthält, wird der nach Absatz 1 ermittelte Betrag auf 20% begrenzt.

Variante c: Für Krankenkassen mit weniger als 50.000 Mitglieder wird zur Berechnung des Solidarbeitrages nur der mit der jeweils zuständigen Aufsicht gemäß §

260 Absatz 2 Satz 2 SGB V festgelegte Obergrenze überschießende Betrag herangezogen.

Neuer Absatz 2:

(2) Abweichend von Absatz 1 Satz werden für Krankenkassen, die gemäß § 260 Absatz 2 Satz eine abweichende Obergrenze haben, zur Berechnung des abzuführenden Betrages nur diese Mittel aus den Finanzreserven herangezogen, die die festgelegte Obergrenze überschreiten.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

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

AOK Die Gesundheitskasse. | 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:

I. Stellungnahme zur Umsetzung des Maßnahmenpakets zur Stabilisierung der Zusatzbeiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zur Umsetzung der „Sozialgarantie 2021“ ..... - 4 -

I. a.) Zusammenfassung ..... - 4 -

Zusammengefasste Forderungen AOK-Gemeinschaft ..... - 8 -

I. b.) Stellungnahme ..... - 9 -

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ..... - 9 -

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 -

II. Stellungnahme zu den weiteren Regelungen des Gesetzentwurfs ..... - 20 -

II. a.) Zusammenfassung ..... - 20 -

II. b.) Stellungnahme ..... - 22 -

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ..... - 22 -

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 -

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) ..... - 33 -

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 Beitragssatzes Anfang 2021 eine Finanzierungslücke von 16,6 Milliarden Euro aufweisen würde und damit den GKV-Zusatzbeitragssatz 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 Zusatzbeitragssätze bei Finanzreserven von 1,0 auf 0,8 Monatsausgaben abzusenken.

Darüber hinaus soll der GKV-durchschnittliche Zusatzbeitrag für das Jahr 2021 um 0,2 Beitragssatzpunkte 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.

<u>Das Maßnahmenpaket ist eine ungerechtfertigte Belastung von Beitragszahlern:</u>

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- wohlwissend, 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.

<u>Durch das Maßnahmenpaket können unkontrollierte Haftungsfälle entstehen:</u>

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 Zusatzbetragserhöhung 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 Zusatzbeitragserhöhungsverbots daher ebenfalls ab. Die Regelung steht im Zusammenhang mit dem ebenfalls verschärften Zwangsabbau von Finanzreserven nach § 260 Abs. 2a SGB V.

<u>Gefährliche Wechselwirkung auf die finanzielle Stabilität der GKV:</u>

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

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

[1] *MA = Monatsausgaben: Zur einfacheren Darstellung entspricht eine Monatsausgabe hier einem Beitragssatzpunkt*
[2] *Der rechnerische ausgabendeckende Zusatzbeitrag entspricht im GKV-Durchschnitt nach aktuellen Schätzungen etwa 1,2%*
[3] *Eine unterjährige Erhöhung des ZBS ist für die Beispielkasse nicht möglich, da zunächst die Mindestrücklage unterschritten sein muss (§ 242 Abs. 2 SGB V)*
[4] *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 Zusatzbeitragssatzhöhe 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 Zusatzbeitragssatz 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 Zusatzbeitragssatz 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 Bundeshaushalt 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.

<u>Entmündigung Selbstverwaltung – Auflösung Haushaltsautonomie</u>

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 auszuzahlenden 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 Versorgungen, 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 verschiedene 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 Versorgungformen 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 Innnovationen 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 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)

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 (KHEntgG) 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 Fachabteilunge 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 Konzertierten 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 Pflegeassistenz- 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 Gesetzesentwurf 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 zum 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 Pflegeassistenzpersonal 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 beabsichtige 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 Neureglung 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 ersetz 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 zusatzbeitragssatzrelevante 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[1]–, 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.[2] 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

---

[1] 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).

[2] 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.[3] 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.

[3] 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 MGV-Bereinigung 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 Regelunglücke 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 **Vertrags**arztes oder des behandelnden **Vertrags**psychotherapeuten……. 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 infektionshygienische 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.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)234(4)
zur öAnh am 16.11.2020 -
Versorgungsverbesserungsgesetz
6.11.2020

BKK Dachverband e.V.
Mauerstraße 85
10117 Berlin

TEL (030) 2700406-0
FAX (030) 2700406-199
politik@bkk-dv.de
www.bkk-dachverband.de

Stellungnahme
des BKK Dachverband e.V.

vom 03.11.2020

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG)

Inhalt

I. Vorbemerkung 4

II. Detailkommentierung 8

Artikel 1 8

Zu Nr. 1: § 85a SGB V Sonderregelungen für Vertragszahnärzte aus Anlass der COVID-19-Epidemie 8

Zu Nr. 3: § 140a SGB V Selektivvertragliche Versorgung 8

Zu Nr. 8: § 242 Abs. 1 S. 4 SGB V Anpassung des Zusatzbeitragssatzanpassungsverbotes .. 9

Zu Nr. 9: § 260 Abs. 2 S. 1 und 2 Absenkung der gesetzlichen Obergrenze für Betriebsmittel 9

Zu Nr. 11: § 272 Sonderregelungen für den Gesundheitsfonds in 2021 10

Artikel 2 12

Zu Nr. 1: § 4 Abs. 10 KHEntgG (neu) Hebammenstellen-Förderprogramm 12

Zu Nr. 2: § 9 Abs. 1a Nr. 6 KHEntgG Einbeziehung der Kinder- und Jugendmedizin in die pauschale Förderung für ländliche Krankenhäuser und gestaffelte Zuschläge nach der Anzahl der Fachabteilungen 14

Artikel 3 16

Zu Nr. 2: § 18 Abs. 6a S. 5 SGB XI Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit: Hilfsmittelempfehlung 16

Zu Nr. 4: § 85 Abs. 9 bis 11 SGB XI Pflegesatzverfahren: Vergütungszuschlag zur Finanzierung zusätzlicher Pflegehilfskraftstellen 17

III. Weiterer Änderungsbedarf 21

Ambulante vertragsärztliche Versorgung 21

Bereinigung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung nach § 87a Absatz 3 Satz 7 und 8 SGB V aufgrund extrabudgetärer Vergütung der durch Terminservicestellen sowie Hausärzte vermittelten Behandlungsfälle, Neupatienten und offene Sprechstunde 21

Arzneimittel 23

Vorratshaltung in den Apotheken 23

Impfstoffversorgung 23

Sozialversicherungsbeiträge 24

Einbeziehung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung bei freiwillig versicherten Beschäftigten in den Gesamtsozialversicherungsbeitrag 24

Risikostrukturausgleich 25

Anpassung der Frist zum Abschluss der Prüfung der Bestandsbereinigung freiwilliger Mitgliedschaften 25

I. Vorbemerkung

Der Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG) adressiert richtiger Weise etliche Themen, die die gesundheitliche und pflegerische Versorgung verbessern bzw. im Rahmen der COVID-19-Pandemie-notwendig sind. Darüber hinaus werden Maßnahmen ergriffen, die der Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2021 dienen sollen.

Erweiterte Möglichkeiten für Selektivverträge

Die weitreichenden Änderungen des § 140a SGB V bewerten die Betriebskrankenkassen grundsätzlich positiv. Die Neuregelungen erhöhen den Spielraum für gute Versorgungsverträge deutlich und ebnen den Weg für eine integrative, an den Patienteninteressen ausgerichteten Versorgung. Dies gilt auch für die geplanten Regelungen zur Überführung von Innovationsfondsprojekten bzw. einzelnen Projektelementen in die selektivvertragliche Versorgung. Insbesondere ist auch die Einbeziehung anderer Sozialversicherungsträger positiv hervorzuheben.

Die Verlängerung der Frist zur Überführung bzw. Anpassung von Altverträgen an die neue Rechtsgrundlage bis 2024 ist aufgrund des damit verbundenen Verwaltungsaufwandes zu begrüßen. Im Allgemeinen wird die Regelung im Sinne einer Stärkung der Manipulationsüberwachung befürwortet. Gerade im Hinblick auf Manipulationen sollte gewährleistet werden, dass die Beauftragung Dritter für Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen der Leistungserbringer und der Krankenkassen nicht zur Kodierbeeinflussung verwendet werden kann. Das Kostenerstattungsverfahren nach § 13 SGB V hat sich für eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung in Einzelfällen durch nicht zugelassene Leistungserbringer bewährt. Wenngleich die Möglichkeit, die Versorgung von Einzelfällen durch nicht zugelassene Leistungserbringer in einem Vertrag zu bündeln, sinnvoll erscheint, bleibt fraglich, ob der § 140a SGB V hierfür den richtigen Rahmen bietet. Sämtliche dort begründeten Erfordernisse, wie Datenträgeraustausch, Bereinigung, Wirtschaftlichkeitsnachweis etc. können in solchen Vertragskonstellationen nicht erfüllt werden.

GKV-Finanzierung 2021

Die Betriebskrankenkassen begrüßen, dass der Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds erhöht werden soll. Dies entspricht in der Tendenz dem Ergebnis der konstruktiven Gespräche zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Hier war man sich über einen absehbaren, zusätzlichen Finanzbedarf von bis zu 16,6 Mrd. Euro für das Jahr 2021 einig.

Das Ergebnis der Vereinbarungen zwischen Gesundheits- und Finanzministerium bzw. den Regelungen im vorliegenden Gesetzentwurf, nach denen der zusätzliche Bundeszuschuss für das Jahr 2021 sich nur auf 5 Mrd. Euro belaufen soll und zudem nur einmalig zur Verfügung gestellt wird, ist für die Betriebskrankenkassen jedoch enttäuschend. Angesichts der in den Gesprä-

chen gemeinsam festgestellten absehbaren Einnahmeschwäche bei gleichzeitig starker Entwicklung der Ausgaben, waren die Betriebskrankenkassen von einem deutlich höheren Betrag ausgegangen und halten dies auch weiterhin für sachgerecht. Soll ein massiver Anstieg der Zusatzbeiträge der Kassen vermieden werden, ist angesichts der beschriebenen Entwicklung zudem ein dauerhaft erheblich höherer Bundeszuschuss nach Auffassung der Betriebskrankenkassen zwingend erforderlich. In diesem Zusammenhang muss auch an das im Koalitionsvertrag verankerte Vorhaben erinnert werden, nach dem die schrittweise Einführung von kostendeckenden Beiträgen zur Gesetzlichen Krankenversicherung für die Bezieher von ALG II aus Steuermitteln finanziert werden soll.

Äußerst kritisch bewerten die Betriebskrankenkassen den geplanten Eingriff in die Finanzreserven der Krankenkassen im Umfang von acht Mrd. Euro. Da der Spielraum für Beitragssatzanpassungen durch die Sozialgarantie begrenzt ist, sollen Finanzierungslücken zu großen Teilen durch eine Sozialisierung der aus Beiträgen der gesetzlich Versicherten und ihrer Arbeitgeber gebildeten Rücklagen geschlossen werden. Dies stellt einen massiven Eingriff in die Finanzautonomie der Krankenkassen und in die Autonomie der Selbstverwaltung dar und wird damit abgelehnt. Hier werden Krankenkassen bestraft, die in der Vergangenheit solide gewirtschaftet haben. Nach Auffassung der Betriebskrankenkassen muss zumindest der besonderen Situation kleinerer Krankenkassen durch eine Sonderregelung Rechnung getragen werden.

Soll ein Abführen von Reserven in den Gesundheitsfonds leistungsgerecht ausgestaltet sein, muss die Finanzsituation der Krankenkasse darüber hinaus differenziert betrachtet werden. Entsprechend wäre zu prüfen, wie mit Krankenkassen umzugehen ist, die im ersten Halbjahr 2020 einen besonders hohen Zusatzbeitragssatz erhoben haben, um auf diesem Wege gesetzlich erforderliche finanzielle Rücklagen zu bilden. Durch die zu erwartende Entwicklung im zweiten Halbjahr 2020 steht zu befürchten, dass eine Vermögensabschmelzung auf Basis der Ergebnisse zum 30. Juni 2020 zu einer Unterschreitung der gesetzlich geforderten Mindestrücklage (20% einer durchschnittlichen Monatsausgabe) zum 31. Dezember 2020 bzw. Im Laufe des Jahres 2021 führen könnte.

Hebammenstellen-Förderprogramm

Der BKK Dachverband unterstützt die Zielsetzung des Gesetzgebers, die Hebammenversorgung in der stationären Geburtshilfe zu stärken und die Betreuungsrelation von Hebammen zu Schwangeren/Müttern zu verbessern. Das vorgeschlagene Hebammenstellen-Förderprogramm ist aus Sicht des BKK Dachverbandes jedoch zu undifferenziert. Ein solches Programm muss Maßnahmen zur Schaffung zusätzlicher Hebammenkapazitäten sowie Überlegungen zu einem zielgerichteten, Kriterien-basierten Mitteleinsatz in den Kliniken vorausgehen. Daneben gilt es, das Berufsbild der Hebamme im stationären Kontext zu stärken und Kliniken im Rahmen des Förderprogramms zu verpflichten, Hebammen von administrativen und berufsfernen Aufgaben zu befreien.
Sollte der Gesetzgeber am derzeitigen Stand des Hebammenstellen-Förderprogramm festhal-

ten, muss explizit ausgeschlossen sein, dass Einstellungen von Hebammen, die in ein Angestelltenverhältnis übernommen werden, aber bereits vorher in den jeweiligen Kliniken als freiberufliche Beleghebammen tätig waren, als förderfähig im Sinne des Förderprogrammes gestellt werden.

Einbeziehung der Kinder- und Jugendmedizin in die pauschale Förderung für ländliche Krankenhäuser

Einem weiteren Abbau von Versorgungskapazitäten der Kinder- und Jugendmedizin muss dringend entgegengewirkt und gleichzeitig ein hohes Maß an Versorgungsqualität sichergestellt werden. Der Einbezug der Kinder- und Jugendmedizin in die Förderung über Sicherstellungszuschläge ist eine erste richtige Maßnahme, um die Finanzierungssystematik kurzfristig auf die Stärkung der kinder- und jugendmedizinischen Kapazitäten auszurichten. Der BKK Dachverband regt darüber hinaus an, dass die Auszahlung des Zuschlages an die Erfüllung weiterer Kriterien geknüpft wird, die im Rahmen der jährlichen Budgetverhandlungen mit den Kostenträgern nachzuweisen sind.
Neben der nun forcierten kurzfristigen finanziellen Stärkung der Kinder- und Jugendmedizin, sollte allerdings auch eine zielgerichtete langfristige Weiterentwicklung des DRG-Systems im Bereich der Pädiatrie verfolgt werden. Um insbesondere die wohnortnahe medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in ländlichen Gegenden zu stärken, sollte der Aufbau und die Nutzung regionaler Versorgungsnetzwerke in der Kinder- und Jugendmedizin vorangetrieben werden.

Vergütungszuschlag Pflegehilfskräfte

Der BKK Dachverband begrüßt ausdrücklich, dass nun die Umsetzung des entwickelten Personal-Bemessungsinstruments vorbereitet wird. Begrüßt wird auch, dass die angedachten Vergütungszuschläge für zusätzliche Pflegehilfskräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen als eine erste Stufe zur Umsetzung und Einführung des Personalbemessungsverfahrens in den Pflegesatzverhandlungen abgebildet werden sollen.
Dass zur schnellen und effizienten Umsetzung, bis zu einer entsprechenden Vereinbarung allerdings außerhalb der etablierten Verfahren Zuschläge durch die Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen berechnet werden können, erzeugt zusätzliche Unsicherheiten. Dadurch notwendig werdende unwirtschaftliche und ineffiziente bürokratische Parallelverfahren mit Blick auf etwaige Nachweispflichten und die Ermittlung der Plausibilität der beantragten Stellen konterkarieren insofern das Regelungsziel einer schnellen und effizienten Umsetzung.
Die mit dem verstärkten Einsatz von Pflegehilfskräften verfolgte Stärkung der Attraktivität des Pflegeberufes bleibt weit hinter internationalen Vorbildern zurück. Zu einer nachhaltigen Erhöhung der Attraktivität des Pflegeberufs sollten Kompetenzen und die spezifische Qualifizierung von Pflegekräften auf Niveau einer advanced practice nurse (APN) gesetzlich normiert werden.

Hierdurch würden neue berufliche Perspektiven eröffnet und die Attraktivität des Pflegeberufs dauerhaft gestärkt.

Weiterer Änderungsbedarf

Dringlich angezeigt ist eine pandemiebedingte Sonderregelung im Hinblick auf die Verlängerung des Bereinigungszeitraums für extrabudgetäre, mit dem Terminservicegesetz (TSVG) eingeführte vertragsärztliche Leistungen bei Terminvermittlung, Behandlung von Neupatienten und offenen Sprechstunden. Durch den Leistungsrückgang im ambulanten Bereich während der Corona-Pandemie wird die zu bereinigende TSVG-Leistungsmenge deutlich unterschätzt. In der Folge ist mit einer jährlichen Doppelfinanzierung in Höhe von ca. 2,7 Milliarden Euro zu rechnen, denen keine Leistungen in der Versorgung gegenüberstehen. Die Betriebskrankenkassen begrüßen das Signal aus der Politik, das die Thematik im Rahmen eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung zu adressieren.

Weiteren auf die Corona-Pandemie bezogenen Änderungsbedarf sieht der BKK Dachverband in Bezug auf die Sicherstellung von Vorratshaltung in den Apotheken und einer Vereinheitlichung von Regelungen zur Bereitstellung von Impfstoffen, um Überbevorratung und Verknappung in Arztpraxen zu vermeiden. Darüber hinaus gilt es, freiwillig versicherte Beschäftigten vor doppelter Beitragslast bei Arbeitgeberinsolvenz zu schützen.

Es ist absehbar, dass die mit § 410 (vormals § 323) SGB V verankerte Bereinigungsprüfung nicht bis zum 31.12.2020 abgeschlossen werden kann. Um eine vollständige Prüfung der oAV-Bereinigung bei den Kassen zu gewährleisten, muss die Prüfungsfrist sowie die damit einhergehende Verpflichtung zur Datenaufbewahrung bei den Kassen um ein Jahr verlängert werden. Andernfalls wären finanzielle Sanktionen nicht mehr durchsetzbar.

II. Detailkommentierung

Artikel 1

Zu Nr. 1: § 85a SGB V Sonderregelungen für Vertragszahnärzte aus Anlass der COVID-19-Epidemie

Da die COVID-19-VSt-SchutzV zum 31. März 2021 außer Kraft tritt, wird die Schaffung einer Rechtsgrundlage für die Vereinbarungen zu den Rückzahlungen zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen begrüßt. Ohne eine gesetzliche Regelung wären entstandene Rückzahlungsansprüche gefährdet.

Zu Nr. 3: § 140a SGB V Selektivvertragliche Versorgung

Die weitreichenden Änderungen des § 140a SGB V bewerten die Betriebskrankenkassen grundsätzlich positiv. Die Neuregelungen erhöhen den Spielraum für gute Versorgungsverträge deutlich und ebnen den Weg für eine integrative, an den Patienteninteressen ausgerichtete Versorgung. Dies gilt auch für die geplanten Regelungen zur Überführung von Innovationsfondsprojekten bzw. einzelnen Projektelementen in die selektivvertragliche Versorgung.
Die Verlängerung der Frist zur Überführung bzw. **Anpassung von Altverträgen an die neue Rechtsgrundlage** bis 2024 ist aufgrund des damit verbundenen Verwaltungsaufwandes zu begrüßen. Im Allgemeinen wird die Regelung im Sinne einer Stärkung der Manipulationsüberwachung befürwortet.
Die **Beauftragung Dritter für Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen der Leistungserbringer und der Krankenkassen** ist prinzipiell zu begrüßen**.** Es sollte jedoch ergänzt werden, dass Beratungsleistungen in Bezug auf die Kodierungspraxis ausgeschlossen sind. Bisher ist in dem § 140a Abs. 2 Satz 7 SGB V lediglich geregelt, dass keine Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen geschlossen werden dürfen. Beratungsleistungen Dritter könnten hingegen zur Kodierbeeinflussung missbraucht werden.

Möglichkeiten zur **Einbeziehung anderer Sozialversicherungsträger** begrüßen die Betriebskrankenkassen als wichtigen Schritt hin zu einer Verzahnung der Sozialgesetzbücher und Vermeidung von Sektorenbrüchen. Allerdings ist klarzustellen, dass eine solche Regelung nicht dazu führt, dass die Krankenkassen versicherungsfremde Leistungen finanzieren.

Das Kostenerstattungsverfahren nach § 13 SGB V hat sich für eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung in Einzelfällen durch nicht zugelassene Leistungserbringer bewährt. Die Betriebskrankenkassen begrüßen dennoch die Möglichkeit, die **Versorgung von Einzelfällen durch nicht zugelassene Leistungserbringer** in einem Vertrag zu bündeln. Fraglich ist jedoch, ob der § 140a SGB V hierfür den richtigen Rahmen bietet. Sämtliche dort begründeten Erfordernisse, wie Datenträgeraustausch, Bereinigung, Wirtschaftlichkeitsnachweis etc. können in

solchen Vertragskonstellationen nicht erfüllt werden. Auch ist der bürokratische Aufwand eines Vertragsabschlusses nach § 140a für Einzelfälle groß.
Es bleibt zu prüfen, ob hier ggf. eine neue gesetzliche Grundlage zu schaffen ist. Auszuschließen ist dabei, dass zugelassenen Leistungserbringern ein Anreiz gesetzt wird, sich den kollektivvertraglichen Regelungen zu entziehen, um Leistungen unter für sie lukrativeren Konditionen zu erbringen. Damit würde sich die Versorgung für die Versichertengemeinschaft als Ganzes verschlechtern.

Zu Nr. 8: § 242 Abs. 1 S. 4 SGB V Anpassung des Zusatzbeitragssatzanpassungsverbotes

Bislang dürfen Krankenkassen ihren Zusatzbeitragssatz nicht anheben, so lange sie gemäß den letzten vierteljährlichen Rechnungsergebnissen über Finanzreserven verfügen, die eine Monatsausgabe übersteigen. Mit der Neuregelung wird diese Schwelle auf das 0,8-Fache einer Monatsausgabe festgelegt. Damit dürfen die Krankenkassen künftig ihren Zusatzbeitragssatz erst anheben, wenn ihre Finanzreserven das 0,8-Fache einer Monatsausgabe unterschreiten.

Die Betriebskrankenkassen lehnen diese Regelung als nicht sachgerecht ab. Sie verschärft die Folgen der geplanten Abführung von Finanzreserven in den Gesundheitsfonds, da sie den Krankenkassen de facto die Möglichkeit nimmt, ihren Zusatzbeitragssatz zum 1. Januar 2021 an die aktuelle Finanzsituation und die mit dem vorliegenden Entwurf beabsichtigten Änderungen anzupassen. Dann ggf. unterjährig erforderliche Anpassungen des Zusatzbeitragssatzes werden bundesunmittelbaren Krankenkassen zudem durch die zuständige Aufsicht nur sehr zurückhaltend genehmigt.

Die Neuregelung ist somit zu streichen. An der bisherigen Schwelle ist festzuhalten. Sollte der Gesetzgeber an der abgesenkten Schwelle dennoch festhalten wollen, so ist folgende Änderung vorzusehen: Ist im Rahmen der Haushaltsplanung für das Jahr 2021 bereits erkennbar, dass die Mindestrücklage von 0,2 Monatsausgaben voraussichtlich unterschritten wird, sollte eine Zusatzbeitragssatzanpassung bereits zum 1. Januar 2021 ermöglicht werden, selbst wenn nach dem Ergebnis der letzten Quartalsstatistik (KV 45 III 2020) 1, 0 bzw. 0,8 Monatsausgaben nicht unterschritten sind.

Zu Nr. 9: § 260 Abs. 2 S. 1 und 2 Absenkung der gesetzlichen Obergrenze für Betriebsmittel

Die gesetzliche Obergrenze für Betriebsmittel wird mit der vorgesehenen Regelung auf das 0,8-Fache einer durchschnittlichen Monatsausgabe einer Kasse abgesenkt. Die mit dem GKV-VEG eingeführten Regelungen, gemäß derer Finanzreserven innerhalb von drei Haushaltsjahren abzuschmelzen sind, greift somit künftig bereits bei Überschreiten einer Reserve, die dem 0,8-Fachen und nicht wie bisher dem 1,0-Fachen einer durchschnittlichen Monatsausgabe entspricht.

Nach Auffassung der Betriebskrankenkassen verschärft die vorgesehene Regelung die Auswirkungen der vorgesehenen Übertragung von Finanzreserven der Krankenkassen in den Gesundheitsfonds. Im Sinne ausreichender Finanzreserven der Krankenkassen, um - speziell bei kleineren Krankenkassen - für Herausforderungen oder teure Leistungsfälle gewappnet zu sein (siehe auch Ausführungen zu Nr. 11), ist an der bisherigen Regelung bzw. Schwelle von einer Monatsausgabe festzuhalten.

Zu Nr. 11: § 272 Sonderregelungen für den Gesundheitsfonds in 2021

Die Betriebskrankenkassen kritisieren den mit Regelung geplanten Eingriff in die Finanzreserven der Krankenkassen. Da der Spielraum für Beitragssatzanpassungen durch die Sozialgarantie begrenzt ist, sollen Finanzierungslücken zu großen Teilen durch eine Sozialisierung der aus Beiträgen der gesetzlich Versicherten und ihrer Arbeitgeber gebildeten Rücklagen geschlossen werden. Dies stellt einen massiven Eingriff in die Finanzautonomie der Krankenkassen und in die Autonomie der Selbstverwaltung dar und wird damit abgelehnt. Hier werden Krankenkassen bestraft, die in der Vergangenheit solide gewirtschaftet haben.

Die Regelungen stehen zudem im Widerspruch zu Festlegungen des GKV-FKG und anderen erst in dieser Legislaturperiode erfolgten Änderungen in der GKV-Finanzverfassung, etwa über das GKV-VEG. Zudem wirft der gewählte Stichtag 30. Juni 2020 zahlreiche Fragen auf, die geklärt werden müssen. So sind Krankenkassen etwa Verpflichtungen eingegangen, die sich noch nicht in dem Vermögen zum Stand der KV 45 II 2020 widerspiegeln.

Soll ein Abführen von Reserven in den Gesundheitsfonds leistungsgerecht ausgestaltet sein, muss die Finanzsituation der Krankenkasse darüber hinaus differenziert betrachtet werden. Entsprechend wäre zu prüfen, wie mit Krankenkassen umzugehen ist, die im ersten Halbjahr 2020 einen besonders hohen Zusatzbeitragssatz erhoben haben, um auf diesem Wege gesetzlich erforderliche finanzielle Rücklagen zu bilden. Durch die zu erwartende Entwicklung im zweiten Halbjahr 2020 steht zu befürchten, dass eine Vermögensabschmelzung auf Basis der Ergebnisse zum 30. Juni 2020 zu einer Unterschreitung der gesetzlich geforderten Mindestrücklage (20% einer durchschnittlichen Monatsausgabe) zum 31. Dezember 2020 bzw. Im Laufe des Jahres 2021 führen könnte.

Die gesetzlichen Krankenkassen benötigen ausreichende Rücklagen, um auf Herausforderungen, etwa in Bezug auf die Corona-Pandemie oder die zukunftsfeste Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens, vorbereitet zu sein. Dies wird durch die Neuregelungen des GKV-FKG noch bedeutsamer, da schnelle und unbürokratische Finanzhilfen – entweder direkt zwischen einzelnen Krankenkassen oder innerhalb der einzelnen Kassenarten – zur Begegnung kurzfristig auftretender finanzieller Engpässe nicht mehr zulässig sind. Bei traditionellen Krankenkassen ist zudem zu beachten, dass das Trägerunternehmen Gefahr läuft, bei nicht ausreichenden

Finanzreserven in die Haftung zu geraten. Es erscheint insofern nicht nachvollziehbar, warum diese Krankenkassen in die vorgesehene Übertragung von Vermögen in den Gesundheitsfonds einbezogen werden.

In besonderem Maße würde sich durch die angestrebte Vermögensabschmelzung das Risiko bei kleineren Kassen, durch das mögliche Auftreten teurer Leistungsfälle in finanzielle Bedrängnis zu geraten, maßgeblich erhöhen. Anders als die Begründung dies darstellt, sehen die Betriebskrankenkassen somit durchaus gewichtige Gründe, die spezielle Situation kleinerer Krankenkassen besonders zu berücksichtigen. Der mit dem GKV-FKG eingeführte Risikopool hilft zwar an dieser Stelle, wegen der fehlenden Umsetzung im sog. Abschlagsverfahren aber leider nur stark zeitversetzt.

Sollte der Gesetzgeber an einer Regelung zur Übertragung der Krankenkassenvermögen in den Gesundheitsfonds festhalten, um damit die zu erwartenden Fehlbeträge zu mindern, sollte daher die untenstehende Regelung zum zielgenauen Schutz kleiner Kassen unbedingt ergänzt werden.

Krankenkassen mit weniger als 50.000 Mitgliedern benötigen zur Sicherstellung ihrer Leistungsfähigkeit im Vergleich zu den übrigen Krankenkassen höhere Rücklagen, insbesondere um Hochkostenfälle oder hochpreisige Arzneimitteltherapien finanzieren zu können. Diesem Umstand wurde der Gesetzgeber bereits im Rahmen des GKV-Versichertenentlastungsgesetzes (GKV-VEG) gerecht, in dem er für diese Krankenkassen eine abweichende Obergrenze zum Abbau der Rücklagen festgelegt hat, die auf Antrag durch die zuständige Aufsichtsbehörde festgelegt wird. In der sachgerechten Konsequenz muss daher bei diesen Krankenkassen ein Sockelbetrag verbleiben, der nicht bei der Zuführung der Mittel für den Gesundheitsfonds herangezogen wird.

Über eine solche Anpassung würde das grundsätzliche Finanzierungskonzept zur Sicherung des Niveaus des GKV-durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nicht gefährdet werden, da sie mit einem Finanzvolumen von weniger als 0,04 Mrd. Euro (0,5% der insgesamt vorgesehenen 8,0 Mrd. Euro) verbunden wäre.

<u>Änderungsvorschlag:</u>

§272 Absatz 1 SGB V wird um den folgenden Satz 3 ergänzt:

> „Bei Krankenkassen, die zum 30.06.2020 über weniger als 50.000 Mitglieder verfügen, werden für die Zuführung nach Satz 1 die Beträge zu 66,1 Prozent herangezogen, die eine

Finanzreserve nach § 260 Absatz 2 Satz 1 in Höhe von drei Millionen Euro zuzüglich einem Fünftel des durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Betrags der Ausgaben für die in § 260 Absatz 1 Nummer 1 genannten Zwecke der jeweiligen Krankenkasse übersteigen."

§ 272 Absatz 2 Satz 1 SGB V wird wie folgt gefasst:

„(2) Das Bundesamt für Soziale Sicherung berechnet den Betrag nach Absatz 1 Satz 1 o-der 3, der sich für jede betroffene Krankenkasse ergibt, und macht ihn durch Bescheid gegenüber der Krankenkasse geltend."

Artikel 2

Zu Nr. 1: § 4 Abs. 10 KHEntgG (neu) Hebammenstellen-Förderprogramm

Der BKK Dachverband unterstützt die Zielsetzung des Gesetzgebers, die Hebammenversorgung in der stationären Geburtshilfe zu stärken und die Betreuungsrelation von Hebammen zu Schwangeren/Müttern zu verbessern. Dabei ist aus versorgungsqualitativen Aspekten eine Orientierung an einen Betreuungsschlüssel 1:2, wie er für freiberuflich im Krankenhaus tätige Hebammen bereits durch die Regelungen des Vertrages nach § 134a SGB V gilt, wünschenswert.

Ein adäquater Betreuungsschlüssel kann zur Erhöhung der Attraktivität des Hebammenberufes beitragen und ist ein Aspekt für die Bedürfnisse der Hebammen nach einer zufriedenstellenden Arbeitsbelastung. **Darüber hinaus kommt es gerade im stationären Setting darauf an, die Hebammentätigkeit von administrativen und weiteren berufsfremden Aufgaben zu entlasten.** Dies führt zu einem gezielteren Einsatz der Ressource Hebamme in der Geburtsbegleitung sowie zu einer besseren Arbeitszufriedenheit, wenn der berufliche Einsatz die Kernkompetenzen ins Zentrum rückt. Daher sollte ein Hebammenstellen-Förderprogramm ebenso gezielt Delegationsmöglichkeiten für Hebammen nachweislich erweitern. Besondere Relevanz gewinnt der effizientere Einsatz der Ressource Hebamme vor dem Hintergrund der aktuellen Situation am Arbeitsmarkt. Vakanzen sind kaum zu besetzen.

Voraussetzung für den Erfolg eines Hebammenstellen-Förderprogrammes – wie angedacht – ist jedoch, dass **ausreichend personelle Ressourcen** (Hebammen) am Arbeitsmarkt vorhanden sind, die zusätzlich zur Verfügung stehen und als zusätzliche Arbeitskräfte die Hebammenversorgung in den Kliniken verbessern. Dies ist aus Sicht des BKK Dachverbandes nicht der Fall. So kann nicht garantiert werden, dass sich mit der beschlossenen Akademisierung des Berufsbildes die Anzahl ausgebildeter Hebammen signifikant erhöhen wird. Vielmehr wird befürchtet, dass begrenzte Hochschulkapazitäten und das Streben akademisierter Hebammen nach dem Erbringen höherwertiger Tätigkeiten zu einer weiteren Verknappung von Hebammenleistungen führen.

Eine reine Verschiebung von Hebammenkapazitäten aus dem ambulanten, freiberuflichen Bereich in die stationäre Versorgung oder ein Abwerben der stationär tätigen Hebammen durch andere Kliniken trägt der Zielsetzung des Gesetzes nicht Rechnung und verursacht an anderen Stellen Engpässe im Angebot von Hebammenleistungen.

Ein undifferenziertes, nur sehr allgemeinen Grundsätzen verpflichtetes Hebammenstellen-Förderprogramm ist aus Sicht des BKK Dachverbandes daher derzeit nicht geeignet, die Betreuungssituation in den Kliniken vor dem Hintergrund einer gezielteren Auslastung der Ressource Hebamme zu verbessern. Vielmehr müssen einem Hebammenförderprogramm Maßnahmen zur Schaffung zusätzlicher Hebammenkapazitäten sowie Überlegungen zu einem zielgerichteten streng Kriterien-basierten Mitteleinsatz auf Grund sehr heterogener Auslastungssituationen in den Kliniken vorausgehen. Daneben gilt es, das Berufsbild der Hebamme im stationären Kontext zu stärken und Kliniken im Rahmen des Förderprogramms zu verpflichten, Hebammen von administrativen und berufsfernen Aufgaben zu befreien.

Aus Sicht des BKK Dachverbandes lassen sich **notwendige Hebammenkapazitäten freisetzen**, indem:

1.) Kliniken verpflichtet werden, die Tätigkeit von angestellten Hebammen tatsächlich vorrangig im Bereich der Geburtsbetreuung einzusetzen,

2.) Weitere Gesundheitsberufe für die außerklinische ambulante Leistungserbringung zugelassen werden und die ausgebildeten Hebammen so der stationären Geburtshilfe wieder vermehrt zur Verfügung stehen. Dies könnte z. B. erreicht werden, wenn freiberufliche Physiotherapeuten zur Leistungserbringung und Abrechnung von Kursen zur Rückbildungsgymnastik berechtigt würden. Ein weiteres Beispiel wäre die Einbindung von Still- und Laktationsberaterinnen begrenzt auf die Stillberatung. Damit könnten Hebammen von einem Teil ihres großen Aufgabenspektrums entlastet und freie Kapazitäten für die Erbringung zentraler Hebammenleistungen geschaffen werden.

Ergänzend dazu unterstützt der BKK Dachverband den Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes zur Schaffung eines neuen Ausbildungsberufes „**Mütterpflegekraft**“.

Um dies perspektivisch zu ermöglichen, ist es notwendig eine Leistungserbringung der Mütterpflegekraft außerhalb der Geburtshilfe (z.B. für die außerklinische Wochenbettbetreuung) zu erlauben.

Sollte der Gesetzgeber an seinem Hebammenstellen-Förderprogramm festhalten, muss explizit ausgeschlossen sein, dass Einstellungen von Hebammen, die in ein Angestelltenverhältnis übernommen werden, aber bereits vorher in den jeweiligen Kliniken als freiberufliche Beleghebammen tätig waren, als förderfähig im Sinne des Förderprogrammes gestellt werden. Andernfalls wäre damit explizit keine Verbesserung der Betreuungsrelation verbunden. **Voraussetzung für eine Förderung darf daher nicht nur die Aufstockung von angestellten Voll- und Teilzeitkräften sein.** Vielmehr muss auch ein Nachweis dahingehend erbracht werden, dass

mit der Aufstockung der angestellten Voll- und Teilzeitkräfte eine Verbesserung der Betreuungsrelation verbunden ist sowie begleitend kein berufsferner Einsatz der Hebammen in den Kliniken stattfindet.

Gleichzeitig sollte der Gesetzgeber prüfen, inwieweit ein Hebammenbelegwesen in Kliniken Fehlanreize zulasten eines optimalen Betreuungsschlüssels setzt. Der wirtschaftliche Anreiz, die Erlöse des Hebammenteams durch möglichst wenig Beleghebammen zu teilen, um den pro-Kopf-Erlös zu steigern, führt dazu, dass eine Optimierung des Betreuungsschlüssels durch Beleghebammen vielfach nicht favorisiert wird. **Diese Fehlanreize ließen sich mit einer Reglementierung / Einschränkung des Belegwesens für Hebammen korrigieren.**

Zu Nr. 2: § 9 Abs. 1a Nr. 6 KHEntgG Einbeziehung der Kinder- und Jugendmedizin in die pauschale Förderung für ländliche Krankenhäuser und gestaffelte Zuschläge nach der Anzahl der Fachabteilungen

Um die wohnortnahe Versorgung im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin im gesamten Bundesgebiet sicherzustellen und zu stärken, sieht der Gesetzgeber vor, die Kinderkliniken und Fachabteilungen in die pauschale Förderung für ländliche Krankenhäuser einzubeziehen. Dafür sollen die Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 31. Dezember 2020 die Liste mit den gemäß § 136c Abs. 3 S. 2 SGB V zuschlagsberechtigten Krankenhäusern erweitern. Und zwar um die Kinderkliniken und Krankenhäuser mit basisversorgungsrelevanten Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin, die die Kriterien des G-BA zu Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Abs. 3 S. 2 Nr. 3 SGB V erfüllen. Der Gesetzentwurf sieht nun vor, dass Krankenhäuser, die mehr als zwei basisversorgungrelevante Fachabteilungen vorhalten, stärker gefördert werden und zwar durch die Einführung gestaffelter Zuschläge. Demnach erhalten Krankenhäuser, sofern sie in die Liste zuschlagsberechtigter Krankenhäuser aufgenommen wurden, einen Zuschlag in Höhe von mindestens 400.000 Euro. Hält das Krankenhaus weitere basisversorgungsrelevante Fachabteilungen vor, so wird dies mit jeweils weiteren 200.000 Euro vergütet. Die Finanzierung würde sich bei der Vorhaltung aller vier Fachabteilungen je Krankenhausstandort (Innere Medizin, chirurgische Fachabteilung, Geburtshilfe und Kinder- und Jugendmedizin) bis maximal 800.000 Euro aufsummieren.

Der BKK Dachverband befürwortet die finanzielle Stärkung der Kinderkliniken und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin ausdrücklich. Die Ausgestaltung anhand gestaffelter Zuschläge wird dem Anspruch einer möglichst differenzierten Förderung des Erhalts aller versorgungrelevanten Fachabteilungen der Kinder- und Jugendmedizin, insbesondere im ländlichen Raum, gerecht.

Bereits seit einigen Jahren steht die bedarfsgerechte Versorgung von Kindern und Jugendlichen und damit auch die Frage einer sachgerechten Finanzierung von Kinderkrankenhäusern, pädiatrischen Fachabteilungen und Zentren auf der versorgungspolitischen Agenda. Einem weiteren Abbau von Versorgungskapazitäten der Kinder- und Jugendmedizin muss dringend entgegengewirkt und gleichzeitig ein hohes Maß an Versorgungsqualität sichergestellt werden.

Der Einbezug der Kinder- und Jugendmedizin in die Förderung über gestaffelte Sicherstellungszuschläge ist eine erste richtige Maßnahme, um die Finanzierungssystematik kurzfristig auf die Stärkung der kinder- und jugendmedizinischen Kapazitäten auszurichten.

Der BKK Dachverband regt an, dass die **Auszahlung des Zuschlages an die Erfüllung weiterer Kriterien geknüpft** wird, die im Rahmen der jährlichen Budgetverhandlungen mit den Kostenträgern nachzuweisen sind. Bislang existieren nämlich keine weitergehenden Vorgaben hierzu. Es ist beispielsweise unklar, ob die Mittel dort ankommen und nachhaltig investiert werden, wo sie für die Versorgung der Kinder und Jugendlichen in den Einrichtungen benötigt werden, oder aber voll oder anteilig an den Krankenhausträger „abfließen".

Daher sollten Vorgaben zur Mittelverwendung gesetzlich festgeschrieben werden. Sowohl die DRG-Erlöse der Leistungen für Kinder- und Jugendheilkunde als auch die Finanzierungsvolumina des Zuschlags nach § 5 Abs. 2a KHEntgG für Kinderkliniken und ländliche Krankenhäuser mit Kinderfachabteilung sind vollständig für die Vorhaltung und den Betrieb dieser Strukturen für Kinder- und Jugendmedizin einzusetzen. Die zweckentsprechende Mittelverwendung ist im Rahmen der Budgetverhandlungen durch ein Testat des Wirtschaftsprüfers nachzuweisen. Rückzahlungsverpflichtungen bei nicht zweckentsprechender Mittelverwendungen sind vorzusehen.

Schließt ein Träger eine Kinderklinik oder eine Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin, obwohl die G-BA Kriterien (Sicherstellung) erfüllt sind und damit die Kinder- Jugendmedizin am Krankenhaus bedarfsnotwendig ist, sollten zukünftig **Sanktionen** (Wegfall des Anspruches auf den Zuschlag nach „5 Abs. 2a KHEntgG und/oder Rückzahlung aus Vorjahren) vorgesehen werden. Dies schafft einen weiteren Anreiz zum Erhalt von entsprechenden Strukturen.

Neben der nun forcierten kurzfristigen finanziellen Stärkung der Kinder- und Jugendmedizin, sollte allerdings auch die **zielgerichtete langfristige Weiterentwicklung des DRG-Systems im Bereich der Pädiatrie** geprüft werden. Ziel muss sein, die Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen und die daraus entstehenden Mehrkosten in den Fallpauschalen optimal abzubilden.

Ein möglicher Ansatzpunkt wäre, das durch die Sachkostenkorrektur frei werdende Umverteilungsvolumen für die Aufwertung von Kinder-DRGS zu nutzen. Denn derzeit erfolgt im DRG-System eine systematische Übervergütung von Sachkostenanteilen. Um hier Fehlanreize abzumildern, erfolgt seit einigen Jahren entsprechend § 17b Absatz 1 Satz 6 KHG eine „Sachkostenkorrektur" als anteilige Umverteilung innerhalb des DRG-Systems. Da nun die Pflegepersonalkosten aus den DRGs herausgenommen wurden und vollständig vergütet werden, könnte nach Auffassung des BKK Dachverbandes das Umverteilungsvolumen durch das InEK zukünftig mitgenutzt werden, um gezielt die Kinder-DRGs aufzuwerten. Hierbei wäre darauf zu achten, dass der Wettbewerb innerhalb der Pädiatrie zwischen ertragsstarken Subdisziplinen wie der Neonatologie und vergleichsweise ertragsärmeren Disziplinen wie z. B. der Allgemeinpädiatrie o-

der Gastroenterologie geglättet wird. Um das Umverteilungsvolumen entsprechend der Erläuterungen einsetzen zu können, sollte eine entsprechende Vorgabe an die Selbstverwaltungspartner im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) aufgenommen werden.

Im Zusammenhang mit der Zielsetzung des Gesetzgebers, insbesondere die wohnortnahe medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in ländlichen Gegenden zu stärken, regt der BKK Dachverband des Weiteren den **Aufbau und die Nutzung regionaler Versorgungsnetzwerke in der Kinder- und Jugendmedizin** an, wie sie zum Teil auch schon betrieben werden. Die Versorgungsnetzwerke können aus Kinderkliniken, Kinderchirurgien, pädiatrischen Praxen, Kinder- und Jugendpsychiatern sowie weiteren sozialen Einrichtungen und Gebietskörperschaften bestehen. Die jungen Patienten und ihre Familien profitieren durch den Verbund von Medizinern, Kliniken und sozialen Einrichtungen von optimierten Schnittstellen beim Übergang in die jeweilige patientengerechte Versorgungsebene sowie vom institutionalisierten Austausch der Kooperationspartner untereinander. Für die Kooperationspartner selbst bestehen Möglichkeiten zum fachlichen Austausch, zur Wahrnehmung von Fortbildungsangeboten und zur Teilnahme an Qualitätszirkeln in den jeweiligen Schwerpunktbereichen. Wichtig ist dabei, die Versorgungsnetzwerke sektorenübergreifend zu organisieren und die Zuständigkeit für einen regional begrenzten Raum festzulegen.

Insbesondere im Hinblick auf die spezialisierte und fachärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen muss ggf. der **Anschluss von ländlichen Krankenhäusern mit kleineren Fallzahlen an Maximalversorger bzw. pädiatrische Schwerpunktkliniken über Kooperationsvereinbarungen verpflichtend** sein.

Artikel 3

Zu Nr. 2: § 18 Abs. 6a S. 5 SGB XI Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit: Hilfsmittelempfehlung

Die bislang bis zum 31. Dezember 2020 befristete Regelung, nach welcher im Gutachten zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit die Erforderlichkeit der empfohlenen Hilfsmittel, die den Zielen des § 40 SGB XI dienen, vermutet werden kann, hat sich in der Praxis bewährt. Die Versorgung der Versicherten wurde nicht beeinträchtigt. Insofern wird die vorgenommene Entfristung dieser Regelung befürwortet, um die Effekte der Entbürokratisierung und Verfahrensvereinfachung fortzuschreiben.

Zu Nr. 4: § 85 Abs. 9 bis 11 SGB XI Pflegesatzverfahren: Vergütungszuschlag zur Finanzierung zusätzlicher Pflegehilfskraftstellen

Der BKK Dachverband begrüßt ausdrücklich, dass nun die Umsetzung des entwickelten Personalbemessungsinstruments vorbereitet wird. Die Erkenntnisse des 2. Zwischenberichts aus dem Projekt *„Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM)“* zeigen, dass bei der Anwendung des Instruments in stationären Pflegeeinrichtungen ein erheblicher Personalmehrbedarf für sog. Assistenzkräfte resultiert. Begrüßt wird auch, dass die angedachten Vergütungszuschläge für zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen nunmehr als eine erste Stufe zur Umsetzung und Einführung des Personalbemessungsverfahrens (n. § 113c SGB XI) in Anlehnung an das bewährte Verfahren der Vergütungszuschläge für die zusätzliche Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen n. § 84 Abs. 8 und § 85 Abs. 8 konzipiert werden soll.

Allerdings muss das mit § 85 Abs. 11 SGB XI (n.F.) angedachte vereinfachte (Mitteilungs-) Verfahren hinterfragt werden, welches bis zur Vereinbarung n. § 84 Abs. 9 S. 1 den gewünschten Personal- bzw. Stellenaufwuchs regeln und damit forcieren soll. Es bleibt fragwürdig, warum die Vergütungszuschläge zwar einerseits sinnhaft im Pflegesatzverfahren abgebildet, andererseits jenseits der allgemeinen Vergütungsfindung für stationäre Pflegeeinrichtungen von der eigentlichen Verhandlung vorab rechtssystematisch ausgeklammert werden. Damit werden zusätzliche Unsicherheiten bzw. bürokratische Parallelverfahren mit Blick auf etwaige Nachweispflichten und die Ermittlung der Plausibilität der beantragten Stellenanteile provoziert. Nachvollziehbar ist es hingegen, mittels vereinfachten Mitteilungsverfahren und einheitlichem Formular ein effizientes Procedere zu etablieren. Daher empfiehlt es sich, das angedachte Mitteilungsverfahren in den Festlegungen n. § 85 Abs. 10 S. 2 SGB XI (n.F.) zu implementieren, auf deren Grundlage das Vergütungszuschlagsverfahren in den Ländern einheitlich anzuwenden ist. So ist den Vereinbarungspartnern auf Landesebenen – wie vielfach praktiziert - auch der Abschluss von Ergänzungsvereinbarungen zu bestehenden Vergütungsvereinbarungen möglich und damit die gewünschte zügige Umsetzung innerhalb einer rechtssystemisch einheitlichen Verfahrenssystematik. Um möglichst einen zeitnahen Einstieg in die zusätzliche Vergütungszuschlagssystematik zu gewährleiten, kann zudem die Finalisierung der Festlegung nach § 85 Abs. 10 S. 2 SGB XI n.F. mit einer definierten Frist versehen werden.

Unabhängig von der nunmehr gewählten Vergütungssystematik muss festgestellt werden, dass der Zwischenbericht auch beschreibt, dass die avisierten Personalmehrbedarfe einrichtungsindividuell, also abhängig vom Bewohnermix und der Ausgangspersonalausstattung der jeweiligen Pflegeinrichtungen zu bewerten sind. Außerdem wird hervorgehoben, dass ein adäquater Personaleinsatz im Rahmen einer mitarbeiterorientierten, effizienten Betriebsorganisation, bei der Pflegekräfte kompetenzorientiert eingesetzt werden vielerorts Anpassungen im Personalmanagement der Einrichtung nach sich ziehen muss.

Insofern wäre die **Strategie eines starren Personalaufbaus auf der Grundlage eines stichtagsbezogenen Vergütungszuschlags**, welcher unabhängig von individuellen Parametern und allein auf der Grundlage einer bestimmten Belegungsstruktur beruht, zumindest dahingehend zu

hinterfragen, wie sich dieser inhaltlich in die Umsetzung des vorgeschlagenen Personalbemessungsinstruments einbettet. Die Autor*innen hatten hierzu eine Systematik in Form einer *Roadmap* vorgeschlagen, welche aktuell im Rahmen der Konzertierten Aktion Pflege gemeinsam erarbeitet wird. Der Vorschlag zur Roadmap betont, dass eine gezielte Stärkung des Einsatzes und der Ausbildung von Pflegehelfern angegangen werden müsse. So wären zusätzliche Bemühungen zu forcieren, um z.B. passives Arbeitskraftpotenzial zu aktivieren und die (Nach-) Qualifikation zu befördern. Auch wenn dieser Ansatz im Gesetzentwurf bzw. in der Systematik der Pflegesatzverfahren und der dort implementierten Vergütungszuschläge ansatzweise berücksichtigt wurde, muss konstatiert werden, dass derzeitig die Ausbildung der Pflegeassistenzberufe in den jeweiligen Bundesländern sehr unterschiedlich geregelt ist und deshalb mit Blick auf das angestrebte Personalbemessungsinstrument dringend homogenisierende Maßnahmen angezeigt sind, um vermehrt Pflegehilfskräfte anwerben und ausbilden zu können. Zudem sind auch innerhalb der Qualifikationsniveaus QN 1 bis QN 3 Bildungsangebote für eine Höherqualifizierung innerhalb der pflegerischen Assistenzberufe zu schaffen, damit der in § 85 Abs. 9 Nr. 1c SGB XI (n.F.) definierte Fall, dass eine Assistenzausbildung aus Gründen unmöglich ist, welche die Pflegeeinrichtung nicht zu vertreten hat, die Ausnahme darstellt.

Der 2. Zwischenbericht zum PeBeM stellt zudem unterschiedliche Variationen der Berechnung der Personalbedarfe getrennt nach Fach- und Assistenz-/Hilfskraftstellen dar, die bei Anwendung des Verfahrens in der Versorgung jeweils <u>einrichtungsbezogen</u> ermittelt werden können. Einerseits wurde so ein bundesdurchschnittlicher Personalmehrbedarf ermittelt (im Vergleich zur derzeitigen bundesdurchschnittlich derzeit vertraglich vereinbarten Personalausstattung). Andererseits wird in einer bundeslandbezogenen Darstellung der Unterschiede zwischen derzeitiger und neu ermittelter Personalausstattung in der Höhe unterschiedliche Personalmehrbedarfe bei Assistenz- und Hilfskräften deutlich - bezogen auf Pflegefachkräfte teilweise sogar mit einer Überausstattung. Auch wenn die hier getroffene Regelung zum Aufbau etwaiger Assistenz- und Hilfskräfte der Prämisse des PeBeM folgt und diese in VZÄ getrennt nach Pflegegraden der Bewohnerschaft der stationären Pflegeeinrichtungen ermittelt, **findet mit dem hier vorgeschlagenen bundeseinheitlichen Vorgehen der Förderung eine länderspezifische Ermittlung der Mehrbedarfe weiterhin nicht statt**.

Dem Personalbemessungsverfahren (n. § 113c SGB XI) ist in seiner Konstruktion und der zugrundeliegenden methodischen Entwicklung eine Zergliederung der Pflegeprozesse immanent, da die jeweiligen pflegerischen Tätigkeiten deutlicher als bisher den dafür notwendigen Qualifikationen zugeordnet werden. So werden Tätigkeiten, die bisher bspw. von Pflegefachkräften im Rahmen anderer (pflegerischer) Tätigkeit mit verrichtet werden, fortan ausdrücklich und ausschließlich von Pflegehilfskräften übernommen werden, was sich letztlich auch in der Personalentwicklung und im Personalmanagement niederschlagen muss. Dies ist vor dem Hintergrund des Mangels an Pflege(fach)-kräften nachvollziehbar und folgt dem Ziel, die vorhandenen Personalressourcen effizient einzusetzen. Die Nebenwirkung einer solchen (gewünschten) Entwicklung ist jedoch, dass sich die pflegerische Versorgung zukünftig kleinschrittiger und –

aus Sicht des Pflegebedürftigen – weniger kontinuierlich darstellen wird, da die am Pflegeprozess beteiligten Personen in schnellerer Abfolge bei den jeweiligen Tätigkeiten wechseln. Die Pflege bzw. der Pflegeprozess "zerfleddern".

Damit die pflegerische Versorgung auch unter diesen geänderten Rahmenbedingungen effektiv bleibt, braucht es nach Ansicht des BKK Dachverbandes eine **stärkere Koordination und Vernetzung des Pflegeprozesses** (und der beteiligten Einzelpersonen) als bisher. Dies sollte durch eine Advanced practice nurse (APN) umgesetzt werden. Diese koordinieren und evaluieren die pflegerische Versorgung laufend und können zusätzlich direkt und hochqualifiziert, erweiterte pflegerische Tätigkeiten erbringen, die insbesondere in der stationären Langzeitpflege oft mit einem hohen zusätzlichen Organisations- und Zeitaufwand verbunden sind. Die berufsständischen Diskussionen um erweiterte Kompetenzen für Pflegefachkräfte (bspw. für APN) werden allerdings seit Jahrzehnten emotional geführt. Der BKK Dachverband spricht sich an dieser Stelle für eine pragmatische (nämlich konsequent bedarfs- und kompetenzorientierte) Sichtweise aus, nach der die Belege für ein „Mehr an" bzw. die Sicherung der Versorgungsqualität insbesondere auch vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen eindeutig sind[1]. Gerade mit Blick auf die Implementierung des Personalbemessungsinstruments (n. § 113c SGB XI) bedeutet dies perspektivisch die Implementierung eines erweiterten Grademixes in der Pflege – bestehend aus Pflegehelfern, Pflegehilfskräften (1-2-jährig) und Pflegefachpersonen (n. PflBRefG) ergänzt um Advanced practice nurses (APN).

Wir schlagen daher vor, die **Kompetenzen (und die entsprechende Qualifizierung) einer APN direkt und umgehend gesetzlich zu normieren und mit einer Begleitevaluation sowie einer Experimentierklausel** (z. B. für sieben Jahre) zu versehen. Dadurch wird die Möglichkeit geschaffen, APN wirksam in der Fläche zu etablieren, gleichzeitig zu evaluieren und nur bei positiven Evaluationsergebnissen dann durch den Gesetzgeber unbefristet zu implementieren bzw. nach Ablauf der Frist ggf. (automatisch) außer Kraft treten zu lassen. Gleichzeitig wäre der "Modellparagraf" 63 Abs. 3c SGB V – welcher zumindest vorsichtig in Richtung APN weist, aber nicht zu einem konkreten Fortschritt bei der Etablierung erweiterter pflegerischer Kompetenzen beitragen konnte – zu überdenken. Im 2. Zwischenbericht zum PeBeM n. § 113c SGB XI wird dieser Aspekt in Bezug auf organisationale Veränderungsprozesse bereits angesprochen (vgl. S. 351 ff.). Allerdings müssen entsprechend hochschulisch ausgebildete Pflegende, um tatsächlich mit deren Kompetenzen in der Versorgung wirksam zu werden, auch direkt dort ankommen und zwar explizit auch mit erweiterten pflegerischen Tätigkeiten. Ansonsten stünde eine Fortsetzung des bisherigen Dilemmas zu befürchten, dass die Akademisierung für Pflege-

[1] Taufer, Raphael; Fuchs, Daniel; Focke, Klaus (2018): Pflege: Next Generation Warum eine erweiterte pflegerische Praxis die Versorgungsqualität verbessert. G&S Gesundheits- und Sozialpolitik. Jahrgang 72 (4-5), S. 69-73.

fachkräfte ein sich "wegqualifizieren" aus der direkten Pflege bedeutet. Insofern wäre die spätere methodische Berücksichtigung dieser "neuen" Fachkraftgruppe im Personalbemessungsinstrument – bspw. nach erfolgreicher Evaluation – ebenfalls zu forcieren.

Änderungsvorschlag:

In Artikel 3 Nr. 4 sind die Ausführungen zu Absatz 11 zu streichen.

§ 85 Absatz 10 Satz 2 ist wie folgt zu fassen:

> "Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals zum 30. Juni 2021 und anschließend vierteljährlich über die Zahl des durch den Vergütungszuschlag nach § 84 Absatz 9 Satz 1 finanzierten Pflegehilfskraftpersonals, die Personalstruktur, den Stellenzuwachs und die Ausgabenentwicklung. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen das Nähere für das Vereinbarungsverfahren nach Absatz 9 in Verbindung mit § 84 Absatz 9 sowie für seinen Bericht nach Satz 1 bis zum … fest. Die Festlegungen nach Satz 2 beinhalten Regelungen für ein einheitliches Formular zur Meldung und Berechnung des Vergütungszuschlags für zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal nach § 84 Absatz 9 Satz 2. Die Festlegungen nach Satz 2 bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales."

III. Weiterer Änderungsbedarf

Ambulante vertragsärztliche Versorgung

Bereinigung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung nach § 87a Absatz 3 Satz 7 und 8 SGB V aufgrund extrabudgetärer Vergütung der durch Terminservicestellen sowie Hausärzte vermittelten Behandlungsfälle, Neupatienten und offene Sprechstunde

Vertragsärztliche Leistungen, die durch Terminvermittlung der Terminservicestelle, im Rahmen einer offenen Sprechstunde, bei Neupatienten sowie durch Terminvermittlung eines vertragsärztlichen Leistungserbringers erbracht werden, werden durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) ohne Mengenbegrenzung in der extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV) finanziert. Dies betrifft einerseits die durch das TSVG eingeführten neuen Zuschläge für die Terminvermittlungen, als auch alle Leistungen eines Behandlungsfalles, die in einer solchen TSVG-Konstellation erbracht werden und aus der mit befreiender Wirkung gezahlten morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) in die EGV verschoben wurden.

Um eine Doppelfinanzierung der so geförderten Leistungen zu vermeiden, wurde mit Aufnahme der Sätze 7 und 8 des Absatzes 3 § 87a SGB V auch eine auf ein Jahr begrenzte basiswirksame Bereinigung der MGV um diese Leistungen geregelt. Grundlage für die Bereinigungssumme eines KV-Bezirkes ist die in den ersten 12 Monaten nach Inkrafttreten der jeweiligen TSVG-Regelung in diesem KV-Bezirk angefallene Leistungsmenge.

Eine sachgerechte Bereinigung ist nur möglich, wenn die ermittelte Leistungsmenge im festgeschriebenen Bereinigungszeitraum den wahren Leistungsbedarf korrekt und umfassend erfasst. Dies ist derzeit jedoch nicht der Fall.

Zum einen entwickelt sich die Leistungsmenge bei Einführung neuer Verfahrens- und Vergütungsregeln in der Regel erst langsam, ein Effekt, der sich auch in den Abrechnungszahlen der ersten TSVG-Bereinigungsquartalen nachweisen lässt und hier zu einer Unterbereinigung führen würde. Zum anderen kam es durch die Corona-Pandemie zu einem deutlichen Fallzahl- und damit Leistungsrückgang in der vertragsärztlichen Versorgung, der ebenfalls mit einem Absinken der zu bereinigenden Leistungsmenge einhergeht. Verschärft wird dieser Pandemieeffekt zusätzlich durch die unvollständige Kennzeichnung von TSVG-Fällen während der Pandemie. Ärztliche Leistungen, die aufgrund des klinischen Verdachts oder des Nachweises einer Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) erforderlich werden, werden gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V als nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs unmittelbar extrabudgetär gekennzeichnet und vergütet. Sie entfallen dabei gleichzeitig aus der TSVG-Bereinigungsmenge. Darüber hinaus gehend ist zusätzlich bekannt, dass einige Kassenärztliche Vereinigungen ihre Mitglieder darüber informiert haben, dass eine korrekte Kennzeichnung der TSVG-Fälle zu einem Absinken der MGV führt und Honorareinbußen die Folge sein können. Nach Auswertungen des GKV-Spitzenverbandes zeigen sich dementsprechend im

vierten Quartal 2019 auch sehr unterschiedliche Anteile von TSVG-Leistungen an der jeweiligen Gesamtleistungsmenge in verschiedenen Kassenärztlichen Vereinigungen (z.B. ca. 10 % in Schleswig-Holstein und 0,25 % in Mecklenburg-Vorpommern).

Die genannten Effekte führen insgesamt zu einer deutlichen Unterschätzung der zu bereinigenden TSVG-Leistungsmenge aus der MGV. Hochrechnungen des GKV-Spitzenverbandes gehen in der Folge von einer jährlichen Doppelfinanzierung in Höhe von ca. 2,7 Milliarden Euro aus, die die Gesetzliche Krankenversicherung und damit die Beitragszahler zu finanzieren haben und denen keine Leistungen in der Versorgung gegenüberstehen.

Aus Sicht des BKK Dachverbandes muss die beschriebene Überfinanzierung daher zwingend vermieden werden. Dies lässt sich realisieren, indem die in § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V beschriebene Dauer der Bereinigung von einem Jahr auf mindestens zwei Jahre verlängert wird, um so eine repräsentative und Corona-unabhängige Datengrundlage für die Bereinigungsmenge zu erhalten. Zur Vermeidung unvollständiger Kennzeichnung von TSVG-Leistungen ist es darüber hinaus zwingend erforderlich die verpflichtende Kennzeichnung von TSVG-Leistungen gesetzlich festzuschreiben.

Änderungsvorschlag:

In § 87a Absatz 3 werden die Sätze 7 und 8 folgendermaßen gefasst:

> „Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragspartner haben die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in den Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 1 um die in Satz 5 Nr. 3-6 genannten Leistungen unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen sind, begrenzt auf zwei Jahre ab Inkrafttreten der neuen Vergütungsregelungen zu bereinigen; die vom Bewertungsausschuss zu beschließenden Vorgaben nach Absatz 5 Satz 7 sind zu berücksichtigen.
>
> Dabei sind alle Leistungen, die die Kriterien nach § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 3-6 SGB V erfüllen, ab sofort, jedoch spätestens ab dem vierten Abrechnungsquartal 2020 verpflichtend einheitlich durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen und medizinischen Versorgungszentren zu kennzeichnen und in der Abrechnung gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zu übermitteln; der Bewertungsausschuss beschließt Vorgaben für eine einheitliche Kennzeichnung.”

Arzneimittel

Vorratshaltung in den Apotheken

Laut § 15 Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) sind Arzneimittel und apothekenpflichtige Medizinprodukte, die zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung notwendig sind, von Apotheken vorrätig zu halten. Die Menge muss mindestens dem durchschnittlichen Bedarf für eine Woche entsprechen.

In Zeiten von Corona hat sich gezeigt, dass die Apotheken dieser Verpflichtung offenbar nicht regelhaft nachkommen. Sie verlagern die Bevorratung vielmehr auf den pharmazeutischen Großhandel, der die Lagerhaltung für Apotheken übernimmt. Statt Arzneimittel unmittelbar in den Apotheken verfügbar zu haben, müssen diese zunächst bestellt werden. Die Situation der Bevorratung in den Apotheken selber sollte daher verbessert werden, um in einem weiteren Krisenfall besser gerüstet zu sein.

Es wird entsprechend vorgeschlagen, die in § 36 ApBetrO enthaltenen Ordnungswidrigkeiten nicht nur auf die Bevorratung von definierten Notfall-Arzneimitteln bzw. Wirkstoffen, sondern auch auf die reguläre Bevorratung zu beziehen.

Impfstoffversorgung

Hinsichtlich der Versorgung der Patienten mit Impfstoffen besteht Optimierungsbedarf. Es bedarf einheitlicher Regelungen zur Bereitstellung der Impfstoffe, um Überbevorratung und Verknappung in den einzelnen Arztpraxen zu vermeiden. Bereits vor der Corona-Pandemie zeigte sich in der Praxis, dass hinsichtlich der Impfstoffbestellung der Ärzte ungeordnete Bestellungen nur aus bestimmten Apotheken oder Lieferungen aus speziellen Impfstoffversandapotheken vorgenommen werden. Auch jede einzelne Apotheke bevorratet sich individuell aufgrund von Schätzwerten oder Mitteilungen von Ärzten. Es findet keinerlei Koordination statt. Vermeintliche Engpässe in den vergangenen Jahren beim Grippeimpfstoff sind somit eher durch ein Verteilungsproblem begründet, zumal in einigen Bundesländern/Apotheken/Arztpraxen ausreichend Impfstoff vorhanden war. „Gehorteter Impfstoff“ wurde nicht verimpft, und damit wertvolle Ressourcen verschwendet.

In die Schätzung der erforderlichen Impfdosen müssten künftig auch die Apotheken einbezogen werden, die die Grippeimpfung anbieten dürfen. Den Arztpraxen ist nicht bekannt, wie sich ihr Impfstoffbedarf durch weitere Impfanbieter ändert. Bestellten sie die gleichen Mengen wie bislang, blieben noch mehr Impfstoffe unverbraucht.

Zentral ist es daher, den Impfstoff nach Bedarf zu verteilen. Hierfür wäre z.B. die Wiedereinführung der regionalen kassenartenübergreifenden Ausschreibungen sinnvoll. Mit ihrer Hilfe könnten die Krankenkassen die Ressourcenverteilung steuern. Aktuell liegt die Beschaffung allein in den Händen der Ärzte bzw. deren Kassenärztlichen Vereinigungen und Apotheken.

Sozialversicherungsbeiträge

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

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

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

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

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

Risikostrukturausgleich

Anpassung der Frist zum Abschluss der Prüfung der Bestandsbereinigung freiwilliger Mitgliedschaften

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

Die Regelungen wurden im Rahmen des GKV-Versichertenentlastungsgesetzes (GKV-VEG) so gefasst, dass einerseits eine kurzfristige Bereinigung des Versichertenbestandes um freiwillige Mitgliedschaften, bei denen weder Leistungen und Beitragszahlungen vorlagen noch ein Kontakt ein Aufenthalt im Geltungsbereich des SGB V bestätigte. An diese Bereinigung sollte eine Prüfung der Bestandsbereinigung anschließen und bis zum 31.12.2020 durchgeführt werden. In der Folge wurden die Kassen verpflichtet die Daten nach § 7 Absatz 2 Satz 3 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung für das Berichtsjahr 2013 bis zum 31. Dezember 2020 aufzubewahren.

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

<u>Änderungsvorschlag</u>

In § 410 Absatz 5 werde die Sätze 4 und 5 folgendermaßen gefasst:

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

Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser
und Kinderabteilungen in Deutschland e.V.

GKinD e.V. • Jochen Scheel • Tannenstraße 15 • 57290 Neunkirchen

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Leiterin Sekretariat PA 14
Anja Lüdtke
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)234(5)
zur öAnh am 16.11.2020 -
Versorungsverbesserungsgesetz
9.11.2020

Dokumentname	Autor	Fon	Fax	E-Mail	Datum
GKinD-Stellungnahme GPVG GesAusschuss.docx	Jochen Scheel	030.60984280	030.60984283	Jochen.Scheel@GKinD.de	09.11.2020

Einladung zur öffentlichen Anhörung "Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG" am 16. November 2020

Sehr geehrte Frau Lüdtke,
sehr geehrter Herr Rüddel,

vielen Dank für die Einladung zur öffentlichen Anhörung und für die Möglichkeit zur Abgabe einer Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG).

Wir nehmen nachstehend lediglich Stellung zu den Inhalten die Versorgung von Kindern und Jugendlichen betreffend.

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Weiterer Regelungsbedarf:

Sie hatten freundlicherweise u.a. den Änderungsantrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen vom 02.11.2020 übersandt. Diesen Änderungsantrag begrüßen wir ausdrücklich insbesondere wegen des dringenden Handlungsbedarfs (Begründung s. weiter unten).

§ 43 a, Klarstellung zu nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen erforderlich

§ 43 a SGB V bedarf der Klarstellung hinsichtlich der Finanzierung sog. „nichtärztlicher sozialpädiatrischer Leistungen“ und muss daher wie folgt geändert werden:

(1) Versicherte Kinder haben im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, insbesondere auf psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen; § 30 des Neunten Buches bleibt unberührt.

(2) Versicherte Kinder haben Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, die unter ärztlicher Verantwortung in der ambulanten psychiatrischen Behandlung und in ermächtigten Sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB V erbracht werden.

Begründung:

Bisher ist die Finanzierung sog. „nichtärztlicher sozialpädiatrischer Leistungen" nur in der ambulanten psychiatrischen Behandlung eindeutig geregelt (vgl. § 43 a Abs. 2 SGB V).

Die bisherige Formulierung in Absatz 1 hat in den vergangenen Jahren zu erheblichen Rechtsunsicherheiten geführt, so dass sich in einigen Bundesländern die Träger der Eingliederungshilfe bereits aus der Finanzierung zurückgezogen haben. Zuletzt sorgte ein Urteil des Landessozialgericht Berlin-Brandenburg (LSG BB) aus dem Oktober 2018 dafür, dass sich nun auch z.B. in NRW die Landschaftsverbände flächendeckend ab 01.01.2021 die Finanzierung beenden.

Das Urteil hatte in einem Einzelfall der GKV die vollumfängliche Finanzierungspflicht für alle Leistungen des SPZ in Diagnostik, Beratung, Therapie und Förderung zugesprochen, also auch für die „nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen".

Zur Vermeidung einer Vielzahl von Klageverfahren aller SPZ zur Durchsetzung Ihrer Forderungen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen ist eine gesetzliche Klarstellung erforderlich.

Sicherstellung der pädiatrischen Intensivstationen

Wir halten die für die Strukturprüfung des Medizinischen Dienstes heranzuziehenden Strukturmerkmale der OPS-Komplexkodes, insbesondere für die Kinder-Intensivmedizin 8-98d, für nicht umsetzungsfähig. Zur Sicherung der pädiatrischen Versorgung in der Fläche beantragen wir daher, das Verbot der Leistungserbringung und Leistungsabrechnung gemäß §275d Abs. 4 SGB V um ein Jahr zu verschieben (von 2022 auf 2023).

Formulierungsvorschläge:

§ 275d SGB V Abs. 4

…(4) [1]Krankenhäuser, die die strukturellen Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht erfüllen, dürfen die Leistungen ab dem Jahr **2023** nicht vereinbaren und nicht abrechnen.

oder alternativ nur für Fachabteilungen für Kinder und Jugendliche:

…(4) [1]Krankenhäuser, die die strukturellen Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht erfüllen, dürfen die Leistungen ab dem Jahr 2022, für Fachabteilungen für Kinder und Jugendliche ab dem Jahr **2023**, nicht vereinbaren und nicht abrechnen.

Aus unserer Sicht benötigen die Bundesländer auch die Möglichkeit, Ausnahmen zur Verhinderung von Abteilungsschließungen bestimmen zu können. Diese Handlungsfreiheit ist zur Sicherung der Daseinsvorsorge gerade bei Flächenländern und gerade für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen essentiell.

Formulierungsvorschlag:

…Kinderkrankenhäuser / Kinderabteilungen, die nach einer Strukturprüfung die strukturellen Anforderungen nicht erfüllen, aber für die stationäre Versorgung in der Fläche gemäß Landesbeschluss benötigt werden, dürfen die Leistungen trotzdem vereinbaren und abrechnen.

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu § 9 Absatz 1a Nummer 6

Die geplante Regelung, die Liste vom 30. Juni 2020 zur Ausweisung der gemäß § 136c Absatz 3 Satz 2 SGB V zuschlagsberechtigten Krankenhäuser zu erweitern, begrüßen wir ausdrücklich. Damit wird sichergestellt, dass diejenigen Kinderkrankenhäuser und die Krankenhäuser mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin, welche die Vorgaben zur Aufnahme in die Liste erfüllen, nicht erst ab 2022 unterstützt werden.

Es sei aber ergänzend angemerkt, dass eine Summe von 400 TEURO i.d.R. bei Weitem nicht ausreichen wird, um die notwendigen Vorhaltekosten zur Aufrechterhaltung einer stationären Mindeststruktur für die päd. Akutversorgung abzudecken. Dazu sind, auch angesichts der zunehmenden Personalprobleme gerade in ländlichen Regionen, die individuelle Situation der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen berücksichtigende gesetzliche Regelungen von Nöten.

Mit freundlichem Gruß

Geschäftsführer

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)234(6)
zur öAnh am 16.11.2020 -
Versorgungsverbesserungsgesetz
9.11.2020

Deutscher
Hebammen
Verband

Stellungnahme
des Deutschen Hebammenverband e. V.

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG)

Deutscher Hebammenverband
Gartenstraße 26, 76133 Karlsruhe
www.hebammenverband.de

Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass das Bundesministerium für Gesundheit Handlungsbedarf in der klinischen Geburtshilfe sieht. Notwendig ist mindestens perspektivisch eine 1:1 Betreuung bzw. eine Personalbemessung, die individuell auf die Bedürfnisse der einzelnen Krankenhäuser zugeschnitten ist. Als *erster* Schritt in die richtige Richtung muss mit dem Hebammenstellen-Förderprogramm mindestens eine 1:2 Betreuung umgesetzt werden.

Der vorliegende Gesetzentwurf ignoriert jedoch leider die strukturellen Probleme in der Geburtshilfe. Der durch die Arbeitsbedingungen ausgelöste strukturelle Hebammenmangel und die daraus resultierende Unterversorgung in der klinischen Geburtshilfe werden unzureichend adressiert. Die Finanzierung des geburtshilflichen Personals in Deutschland muss grundsätzlich reorganisiert werden. Der Deutsche Hebammenverband kann in den bisherigen Vorschlägen der Bundesregierung keine wirksamen Maßnahmen zur Verbesserung der Situation in der Geburtshilfe erkennen. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn bleibt damit weit hinter den eigenen Zielen und Ankündigungen zurück. Nicht nur das nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“, sondern auch das vom Ministerium selbst in Auftrag gegebene IGES-Gutachten zur Beschäftigungs- und Arbeitssituation von Hebammen werden schlicht ignoriert.

Dieses Gutachten hat u.a. ergeben, dass im Durchschnitt *je Schicht* 0,8 Hebammen auf 500 Geburten fehlen[1]. Legt man diese Zahl zugrunde, müssten je *Krankenhaus* mindestens 3 x 0,8 (zzgl. 22 % Ausfallzeiten) = insgesamt *2,9 Vollkraftstellen (VK) auf 500 Geburten* in drei Jahren zusätzlich geschaffen werden. Schon das macht deutlich, dass der vorgeschlagene Umfang von 0,5 Stellen je Krankenhaus / 500 Geburten viel zu niedrig bemessen ist. Selbst das wird durch die Details der Regelung nicht erreicht, so dass die *tatsächlich* mögliche Förderung *noch niedriger* ist (siehe dazu unten).

Insbesondere aber die klare Empfehlung des IGES-Gutachtens zur Erhöhung der Vergütungen bzw. Löhne und Gehälter der Hebammen, die ähnlich wie im PpSG durch eine verbesserte Refinanzierung der Aufwendungen des Krankenhausen befördert werden müsste, findet keine Beachtung. IGES: „Diese würden sowohl zur Steigerung der Arbeitszufriedenheit der Hebammen beitragen als auch zum Anstieg der Opportunitätskosten ihres nicht qualifikationsgerechten Einsatzes für den Arbeitgeber. Beides dürfte mittelbar auch zu einer Steigerung des Arbeitsangebots beitragen“[2].

Die geplanten Maßnahmen sind daher in dieser Form *nicht* geeignet, die Arbeitsbedingungen und damit auch die Situation in der Geburtshilfe für die Frauen in Deutschland nachhaltig und merklich zu verbessern. Sie könnten lediglich in deutlich überarbeiteter Version als erster Teil eines notwendigen großen Maßnahmenpaketes verstanden werden. Es bedarf daher – auch bei Umsetzung des hier geplanten „Hebammenstellen-Förderprogramms“ – weiterhin dringend eines umfassenderen Geburtshilfe-Stärkungsgesetzes.

[1] IGES Institut 2019, Stationäre Hebammenversorgung, S. 178 u. 176 Tab.35
[2] IGES Institut 2019, Stationäre Hebammenversorgung, S. 252

Zu den Maßnahmen im Einzelnen:

Finanzierung von 0,5 Vollzeitstellen pro 500 Geburten

Die geplante Förderung von 0,5 Stellen je Krankenhausstandort pro 500 Geburten ist so niedrig angesetzt, dass dies noch nicht einmal als erstes positives Signal gewertet werden kann. Durch 0,5 zusätzliche Stellen jährlich pro 500 Geburten können sich die Arbeitsbedingungen in den Kreißsälen nicht spürbar verbessern. Das IGES-Gutachten nennt einen durchschnittlichen Mangel von 0,8 Hebammen-VK / 500 Geburten je Schicht. In einer überdurchschnittlich belasteten Schicht liegt die Betreuungsrelation sogar bei 1:4[3].

Laut Begründung strebt der Gesetzentwurf eine Verbesserung der Betreuungsrelation von Hebammen zu Schwangeren an, die „im Regelfall bei 1:2 und unter optimalen Bedingungen bei 1:1 liegen sollte". Mit der geplanten Förderung von 0,5 Stellen je Krankenhausstandort pro 500 Geburten kann dieses Ziel auch nicht annähernd erreicht werden, wie auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft in ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf dieses Gesetzes angemerkt hat:

a) *„Die Eingrenzung auf mehr als 500 Geburten pro Jahr schließt mindestens 20 Prozent der Geburtskliniken in Deutschland ganz von der Förderung aus, da sie diese hohe Mindestfallzahl nicht erreichen.*
b) *Der Verteilungsmechanismus von 0,5 VK pro 500 Geburten würde zu einer massiven Ungleichverteilung von Fördermitteln führen, da eine Geburtsklinik mit 500 Geburten genauso viele geförderte Stellen erhielte wie eine Geburtsklinik mit 950 Geburten."*

Erst durch eine ernsthaft angestrebte und verbindliche Umsetzung eines optimalen Betreuungsschlüssels kann es gelingen, Hebammen aus der stillen Reserve wieder für die Arbeit im Kreißsaal zurück zu gewinnen und in Teilzeit arbeitende Hebammen zu motivieren, ihre Arbeitszeit – im Gegensatz zu den bereits jetzt durchschnittlich mehr als zwölf geleisteten Überstunden im Monat[4] – aufzustocken. Laut IGES Gutachten zur stationären Hebammenversorgung kommt immerhin für ein Drittel der Hebammen eine „Erhöhung der Arbeitszeit infrage, aber dies überwiegend nur dann, wenn sich die Arbeitsbedingungen und die Vergütung wesentlich verbessern"[5].

Wir benötigen *progrediente Stellenaufstockungen in den geburtshilflichen Abteilungen bis eine Eins-zu-Eins-Betreuung* umgesetzt ist. Dazu ist eine vorhaltende Personalplanung erforderlich, die auf die Auslastungsspitzen der Geburtshilfe ausgerichtet ist, und die perspektivisch eine 1:1 Betreuung jeder gebärenden Frau gewährleistet. Zukünftig stünde damit im Regelfall (abseits von sehr wenigen Belastungsspitzen einer Maximalauslastung der Abteilung) jeder gebärenden Frau und damit auch dem Kind oder den Kindern und der Familie mindestens eine Hebamme während der Geburt zur Seite. Andere Länder haben zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, frauenzentrierten und zugewandten Geburtshilfe zusätzlich verbindliche Betreuungsobergrenzen eingeführt. Die Mindestbesetzung jedes Gebärraums mit einer Hebamme muss auch in Deutschland

[3] IGES Institut 2019, Stationäre Hebammenversorgung, S. 175
[4] Vgl. IGES Institut 2019, Stationäre Hebammenversorgung, S. 162
[5] IGES Institut 2019, Stationäre Hebammenversorgung, S. 208

gewährleistet und eingeplant sein, um eine sichere Geburtshilfe zu ermöglichen. Die Abbildung einer Relation von Vollkraftstellen (VK) Hebammenäquivalenten zu Geburten pro Jahr wäre ein erster vorbereitender Schritt in Richtung einer klar bemessenen 1:1 Lösung. Dabei sind die Strukturen in der Geburtshilfe (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene – QFR-RL) mit dem erhöhten Betreuungsbedarf in den Perinatalzentren noch zu berücksichtigen.

Der Deutsche Hebammenverband fordert als absolutes Minimum die Abbildung einer gleitenden und höheren Relation von Hebammen-Vollkraftstellen zu Geburten in Form einer Refinanzierung von 0,2 VK je 100 Geburten. Der Bundesrat geht in seiner Stellungnahme zum vorliegenden Gesetzentwurf noch darüber hinaus und fordert eine Refinanzierung der Kosten bis zur „Erreichung einer 1:1 Betreuung von Hebammen zu Gebärenden“[6].

Finanzierung von assistierendem medizinischem Fachpersonal

Auch die Förderung von assistierenden Personalstellen von bis zu 10% der in Vollzeitstellen umgerechneten Gesamtzahl der zum 1. Januar 2020 beschäftigten Hebammen ist ebenfalls viel zu niedrig, um die Arbeitssituation spürbar zu verbessern. Im IGES-Gutachten für das BMG gaben die befragten Hebammen an, dass sie rund ein Drittel der Zeit mit anderen Tätigkeiten als der eigentlichen Geburtshilfe im Kreißsaal verbringen. Hilfspersonal im Kreißsaal (z. B. für das Reinigen und Befüllen des Kreißsaals mit Pflegeprodukten etc.) stand demnach lediglich 2% der Hebammen zur Verfügung. 56% der Hebammen gaben an, dass ihnen kein Assistenzpersonal für administrative Aufgaben zur Verfügung steht. Des Weiteren gaben 64% der befragten Hebammen an, dass ihnen nur teilweise oder kein Reinigungsdienst zur Verfügung steht.[7]

Es ist nicht nachvollziehbar, wie die Förderung von assistierenden Personalstellen durch MFA von bis zu lediglich 10% der in Vollzeitstellen umgerechneten Gesamtzahl beschäftigten Hebammen zu einer wirksamen Entlastung führen soll. Pro VK Hebamme werden 0,25 VK assistierendes Hilfspersonal benötigt. Dies beinhaltet den gesamten Bedarf an assistierendem Personal des Kreißsaals, z.B. Kreißsaalsekretariat, Versorgungsassistenz, und medizinische Fachangestellte. Ebenfalls sollte sich die Anzahl der assistierenden Personalstellen *nicht* an der niedrigen Relation vom Stand zum 1. Januar 2020 orientieren, sondern an dem jeweils *aktuellen* Stand der Vollzeitäquivalente der beschäftigten Hebammen.

Die Entlastung der Hebammen muss sich auf fachfremde Tätigkeiten beziehen. Ausgebildete Pflegefachkräfte sind hierfür überqualifiziert und sollten hinsichtlich des eigenen Personalmangels priorisiert in anderen Bereichen eingesetzt werden. Darüber

[6] Vgl. Bundesrat, Stellungnahme des Bundesrates, Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheits-versorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz - GPVG)Drucksache 561/20 (Beschluss), S. 4.
[7] Vgl. IGES Institut 2019, Stationäre Hebammenversorgung, S. 180 ff.

hinaus ist die Refinanzierung von Pflegefachkräften bereits über das PpSG gesetzlich sichergestellt.

Der DHV fordert daher pro VK Hebamme 0,25 VK assistierendes Hilfspersonal. Auch diese Forderung wird von der Stellungnahme des Bundesrates unterstützt.

Änderungsvorschlag zum Gesetzentwurf, Artikel 2 Nummer 1/ Ergänzung (in *kursiv/rot*):

„Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 3a des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 4 wird folgender Absatz 10 angefügt:

„(10) Die Personalkosten, die bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von Hebammen mit einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 5 Absatz 1 auch in Verbindung mit den §§ 73 und 74 Absatz 1 des Hebammengesetzes in der Versorgung von Schwangeren in Fachabteilungen für Geburtshilfe und Gynäkologie von Krankenhäusern in den Jahren 2021, 2022 und 2023 zusätzlich entstehen, werden bis ~~*zur Höhe der Kosten für 0,5 Vollzeitstellen pro 500 Geburten in einem Krankenhaus*~~ *zur Erreichung einer 1:1 Betreuung von Hebammen zu Gebärenden* finanziert. Die Anzahl der Geburten wird für jedes Krankenhaus einmalig auf Grundlage der durchschnittlichen Anzahl an jährlichen Geburten in den Jahren 2017 bis 2019 bestimmt. Zur Entlastung von Hebammen werden die Personalkosten, die für zusätzliche Personalstellen für Hebammen unterstützendes Fachpersonal in Fachabteilungen für Geburtshilfe und Gynäkologie in den Jahren 2021, 2022 und 2023 entstehen, finanziert, wobei die Gesamtzahl der geförderten Personalstellen für Hebammen ~~*unterstützendes*~~ *assistierendes* ~~*Fach*~~*P*ersonal auf ~~*10*~~*25* Prozent der in Vollzeitkräfte umgerechneten Gesamtzahl der zum 1. Januar ~~*2020*~~ *des Vorjahres* beschäftigten Hebammen begrenzt ist. Zum Hebammen~~*unterstützenden*~~ *assistierenden* ~~*Fach*~~*P*ersonal gehören

1. medizinische Fachangestellte, die eine Ausbildung nach der Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten abgeschlossen haben,
2. Fachangestellte, die eine Ausbildung nach der Verordnung über die Berufsausbildung zum Fachangestellten für Medien- und Informationsdienste/zur Fachangestellten für Medien- und Informationsdienste in der Fachrichtung Medizinische Dokumentation abgeschlossen haben,
3. ~~*Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger nach § 66 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Pflegeberufegesetzes,*~~
4. ~~*Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger nach § 58 Absatz 1 Satz 1 des Pflegeberufegesetzes,*~~
5. ~~*Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger nach § 66 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Pflegeberufegesetzes,*~~
6. ~~*Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner nach dem Pflegeberufegesetz.*~~

Zur Umsetzung der Sätze 1 und 3 vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 jährlich einen zusätzlichen Betrag. Voraussetzung für die Finanzierung ist, dass im Vergleich zum 1. Januar ~~2020~~ *des Vorjahres* zusätzliche Stellen für Hebammen oder für Hebammen ~~*unterstützendes*~~ assistierendes ~~Fachp~~Personal geschaffen oder dass entsprechende Teilzeitstellen aufgestockt werden. Die Schaffung neuer Stellen im Sinne von Satz 6 hat das Krankenhaus durch eine schriftliche Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung zu belegen. Zudem ist zu belegen, dass das neue oder aufgestockte Personal entsprechend der schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung beschäftigt wird und nicht in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig ist. Der dem Krankenhaus nach den Sätzen 5 und 6 insgesamt zustehende Betrag wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und auf die Zu-satzentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2a finanziert und gesondert in der Rechnung des Krankenhauses ausgewiesen. Die Höhe des Zuschlags ist anhand eines Prozentsatzes zu berechnen, der aus dem Verhältnis des nach Satz 5 für die Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen insgesamt vereinbarten Betrags einerseits sowie des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 andererseits zu ermitteln und von den Vertragsparteien zu vereinbaren ist. Bei der Vereinbarung sind nur Löhne und Gehälter bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen zu berücksichtigen; Maßstab für die Ermittlung ist jeweils diejenige tarifvertragliche Vereinbarung, die in dem Krankenhaus für die meisten Beschäftigten maßgeblich ist. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 13 auf Antrag einer Vertragspartei. Soweit die mit dem zusätzlichen Betrag finanzierten Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen nicht in der Versorgung von Schwangeren in Fachabteilungen für Geburtshilfe und Gynäkologie umgesetzt werden, ist der darauf entfallende Anteil der Finanzierung zurückzuzahlen; wird die zum 1. Januar ~~2020~~ *des Vorjahres* festgestellte Stellenbesetzung in dem nach Satz 1 geförderten Bereich gemindert, ist der zusätzliche Betrag entsprechend dem darauf entfallenden Anteil der Finanzierung zu mindern. Für die Prüfung einer notwendigen Rückzahlung oder Minderung hat der Krankenhausträger den anderen Vertragsparteien folgende Bestätigungen des Jahresabschlussprüfers vorzulegen:

1. einmalig eine Bestätigung über die Anzahl der Geburten in den Jahren 2017 bis 2019,

2. einmalig eine Bestätigung über die zum 1. Januar ~~2020~~ *des Vorjahres* festgestellte Stellenbesetzung auf Stationen für Geburtshilfe insgesamt und unterteilt nach Hebammen und den in Satz 4 genannten Berufsgruppen, jeweils differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte und umgerechnet in Vollzeitkräfte,

3. eine Bestätigung über die im jeweiligen Förderjahr zum 31. Dezember festgestellte jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung auf Stationen für Geburtshilfe unterteilt nach Hebammen und den in Satz 4 benannten Berufsgruppen, jeweils differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte und umgerechnet in Vollzeitkräfte, und

4. eine Bestätigung über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel.

Werden die Bestätigungen nach Satz 14 nicht oder nicht vollständig vorgelegt, ist der zusätzliche Betrag vollständig zurückzuzahlen. Die Vorlage der Bestätigungen nach Satz 14 hat durch das Krankenhaus gegenüber den Vertragspartnern bis zum 28. Februar des jeweiligen Folgejahres zu erfolgen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich, erstmals zum 30. Juni 2022 über die Zahl der Vollzeitkräfte und den Umfang der aufgestockten Teilzeitstellen gesondert für Hebammen und für das Hebammen ~~*unterstützende*~~ *assistierende* ~~*Fachp*~~Personal, die auf Grund der Finanzierung nach den Sätzen 1 und 3 in den Jahren 2021, 2022 und 2023 neu eingestellt oder deren vorhandene Teilzeitstellen aufgestockt wurden. Die Krankenkassen sind verpflichtet, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die für die Berichterstattung nach Satz 17 erforderlichen Informationen über die Vereinbarungen der Vertragsparteien zur Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von nach den Sätzen 1 und 3 finanziertem Personal zu übermitteln. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt das Verfahren für die Übermittlung fest."

Fazit:

IGES: „Problematisch ist, dass sich unter den Hebammen tendenziell eine weitere Verknappung ihres Arbeitsangebots abzeichnet, während 70 % der Geburtskliniken einen steigenden Hebammenbedarf in den nächsten fünf Jahren – vor allem in den städtischen Regionen – erwarten"[8].

Seit Jahrzehnten gibt es ausreichend Bewerberinnen für Hebammenausbildung – und Studium. Die Zahl ausgebildeter Hebammen war noch nie so hoch wie heute. Daher ist die **konstant zu hohe Arbeitsbelastung** im Kreißsaal, sowie die **hebammenfremden Tätigkeiten** und die **niedrige Bezahlung** der Grund für viele vakante Stellen in der klinischen Geburtshilfe.

Gleichzeitig **fehlen** zur Erreichung einer optimalen Betreuungsrelation von 1:1 **Hebammenstellen** in den Kreißsälen. Laut IGES Gutachten denken aktuell 43% aller klinisch tätigen Hebammen darüber nach, ihre klinische Tätigkeit innerhalb des nächsten Jahres weiter zu reduzieren oder sogar ganz aufzugeben.

Wir fordern daher, endlich nachhaltige effektive Maßnahmen zu implementieren, die zumindest einen klaren politischen Willen zur **perspektivischen** Verbesserung der unwürdigen Situation in den Kreißsälen zeigen. Der vorliegende Gesetzentwurf ist so **nicht** geeignet, das strukturelle Problem der Arbeitsbedingungen und Entlohnung und die dadurch bestehende personelle Unterversorgung in den Kreißsälen Deutschlands zu lösen.

Es bedarf einer angemessenen Erhöhung der Hebammenstellen in Form einer Anpassung der Hebammenstellen an die benötigte Betreuungsrelation. Hier sind die unterschiedlichen Versorgungsstufen im Rahmen der qualitativen Strukturierung (QFR-RL) zu berücksichtigen, außerdem einer hier ausgeführten Verbesserung der Arbeitsbedingungen und

[8] IGES Institut 2019, Stationäre Hebammenversorgung, S. 247

Stellenfinanzierung sowie einer grundlegenden Veränderung in der Finanzierung und Strukturierung der deutschen Geburtshilfe, um wirkliche Veränderungen herbeizuführen.

Berlin, den 09.11.2020

U. Geppert-Orthofer

Ulrike Geppert-Orthofer
Präsidentin

Der Deutsche Hebammenverband e. V. (DHV) ist ein Bundesverband und setzt sich aus 16 Landesverbänden zusammen. Mit mehr als 20.000 Mitgliedern ist der DHV der größte Hebammenberufsverband in Deutschland und vertritt die Interessen aller Hebammen. In ihm sind angestellte und freiberufliche Hebammen, Lehrerinnen für Hebammenwesen, Hebammenwissenschaftlerinnen, Familienhebammen, hebammengeleitete Einrichtungen sowie Hebammenschülerinnen und Studierende vertreten. Über die berufliche Interessenvertretung hinaus ist eine gute medizinische und soziale Betreuung der Frauen und ihrer Kinder vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit das zentrale Anliegen des Deutschen Hebammenverbandes. Als Mitglied in der European Midwives Association (EMA), im Network of European Midwifery Regulators (NEMIR) und in der International Confederation of Midwives (ICM) setzt sich der Verband auch auf europäischer und internationaler Ebene für die Stärkung der Hebammenarbeit sowie die Gesundheit von Frauen und ihren Familien ein.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)234(7)
zur öAnh am 16.11.2020 -
Versorgungsverbesserungsgesetz
9.11.2020

VDAB
PFLEGE MUSS GEPFLEGT WERDEN!

Stellungnahme des VDAB

zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG)

VDAB-Hauptstadtbüro | Reinhardtstraße 19 | 10117 Berlin

HAUPTSTADTBÜRO
Reinhardtstraße 19
10117 Berlin

Fon 030 / 20 05 90 79-0
Fax 030 / 20 05 90 79-19
E-Mail berlin@vdab.de

Internet www.vdab.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Konrad-Adenauer-Straße 1
10557 Berlin

Ausschließlich per E-Mail an:
anja.luedtke@bundestag.de

Berlin, 09. November 2020

Stellungnahme zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG)

Sehr geehrte Damen und Herren,

zunächst bedanken wir uns für die Gelegenheit zur Stellungnahme zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege. Der Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB) begrüßt die Finanzierung von zusätzlich 20.000 Stellen für Pflegehilfskräfte in der Altenpflege über einen gesonderten Zuschlag. Nun besteht für Einrichtungen die Möglichkeit, mehr Hilfskräfte zu beschäftigen und finanziert zu bekommen. Gerade im Hinblick auf das neue Personalbemessungsinstrument für Pflegeeinrichtungen wird dies ein guter Indikator für das vorhandene Potenzial im Arbeitsmarkt sein.
Für die Einrichtungsträger ist es in der Umsetzung wichtig, dass insbesondere auch während der Corona-Pandemie zusätzlich eingestelltes Pflegepersonal zeitnah weitergebildet und die dafür notwendigen Ausbildungsaufwendungen über den Vergütungszuschlag geltend gemacht werden können. Nur so kann sichergestellt werden, dass der Pflegepersonalschlüssel in den stationären Einrichtungen tatsächlich dauerhaft erhöht wird und somit eine verbesserte, pflegerische Versorgung stattfinden kann.
Des Weiteren sehen wir im laufenden Gesetzgebungsverfahren noch weitere Potentiale, um eine verbesserte sektorenübergreifende (ambulant-teilstationär-stationär) Versorgung in der Pflege zu erreichen. Neue Versorgungsformen zum Abbau der Sektorengrenzen müssen von Modellprojekten in einzelnen Bundeländern regelhaft in bundeseinheitlich geregelte integrierte Versorgungsverträge überführt werden. Ebenso sehen wir im Bereich der Hilfsmittelversorgung einen Nachbesserungsbedarf.

Nachfolgend finden Sie unsere konkreten Änderungs- und Ergänzungsvorschläge.

Deutsche Bank AG Essen | BLZ 360 700 50 | Konto 628 400 400 | IBAN DE59 3607 0050 0628 4004 00 | BIC DEUTDEDEXXX
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. | Gemeinnütziger Fachverband mit Sitz in Essen, VR-Nr. 3446 | USt-Id-Nr.: DE 199569398

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Artikel 3, Ziffer 2

Im Rahmen der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung hat der Gesetzgeber bereits die Pauschale für Pflegehilfsmittel von 40 auf 60 Euro bis zum 31. September 2020 angehoben. Mit dem Krankenhauszukunftsgesetz wurde diese Regelung vorerst bis zum 31. Dezember 2020 verlängert. Trotz der erheblichen Preissteigerungen in den letzten Jahren, wurde die Pflegehilfsmittelpauschale seit 2014 nicht mehr erhöht. Spätestens seit der SARS-Cov-2-Pandemie sind die gestiegenen Rohstoffpreise und Lieferengpässe sowie die wirtschaftlichen Auswirkungen deutlich sichtbar.

Zur weiteren Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung mit Pflegehilfsmitteln fordern wir daher, die Pauschale für Pflegehilfsmittel zum Verbrauch regelhaft auf monatlich 75 Euro zu erhöhen. Zum Schutz der Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen vor einer Infektion fordern wir ebenfalls die Aufnahme weiterer Produktgruppen wie Spezialhautpflegeprodukte, Einmalwaschlappen, weitere Desinfektionsprodukte (insb. Vipes) und Feuchtpflegetücher in das Pflegehilfsmittelverzeichnis. Die Regelungen sind gesetzlich in § 40 Abs. 2 SGB XI zu verankern.

Artikel 3, Ziffer 4

Insbesondere Pflegehilfskräften die im Rahmen der SARS-Cov-2-Pandemie in Pflegeeinrichtungen eingestellt wurden, sollte mit Inkrafttreten des Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz eine berufsbegleitende Ausbildung zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege nach Landesrecht ermöglicht werden. Daher schlagen wir eine Verkürzung der Praxiserfahrung von 12 auf 6 Monate vor. Für diese Ausbildungsaufwendungen muss ebenfalls die Finanzierung über den Vergütungszuschlag gemäß § 84 Absatz 9 laufen.

Wir fordern daher folgende Anpassung:

§ 85 Absatz 9 Ziffer 5

„[…] Bei Pflegehilfskräften, die sich im Sinne von Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b oder c in einer Ausbildung befinden, kann die Differenz zwischen dem Gehalt einer Pflegehilfskraft und der Ausbildungsvergütung nur berücksichtigt werden, wenn die Pflegehilfskraft beruflich insgesamt 6 Monate tätig war. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 7 entsprechend.“

Artikel 3, weiterer Ergänzungsvorschlag

Innovative Wohnformen und zusätzliche neue Versorgungsangebote sowie die pflegerische Versorgung müssen an den tatsächlichen Bedürfnissen der Betroffenen ausgerichtet sein. Hierzu soll eine Vorschrift zum Abschluss von Verträgen zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und Einrichtungsträgern zur Integration stationärer und ambulanter Pflege und Krankenpflege geschaffen werden. Im Rahmen solcher Verträge kann auch ermöglicht werden, dass ungeachtet einer Versorgung eines Versicherten durch einen stationären und/oder ambulanten Leistungserbringer auch Angehörige oder andere vertraute Personen in die Pflege einbezogen werden und Teile der Leistungserbringung übernehmen.

Deutsche Bank AG Essen | BLZ 360 700 50 | Konto 628 400 400 | IBAN DE59 3607 0050 0628 4004 00 | BIC DEUTDEDEXXX
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. | Gemeinnütziger Fachverband mit Sitz in Essen, VR-Nr. 3446 | USt-Id-Nr.: DE 199569398

Dies macht insbesondere in Pflegeheimen auch eine Flexibilisierung der internen Ablauforganisation erforderlich.

Durch das geltende Leistungsrecht in der Pflegeversicherung mit einer strikten Trennung zwischen ambulanter bzw. häuslicher und stationärer Pflege bestehen Grenzen in der Leistungserbringung, die der Entwicklung und Umsetzung innovativer Konzepte zur Anpassung der pflegerischen Versorgungsangebote an die sich wandelnden Bedürfnisse und Lebenssituationen sowohl der Versicherten als auch der Pflegenden teilweise entgegenstehen. Dies gilt insbesondere für sektorenübergreifende Versorgungsangebote. In der Praxis führt dies nicht zuletzt aufgrund unterschiedlicher Leistungsansprüche und Vergütungssysteme zu sektorenbezogenen Wettbewerbsverzerrungen und Fehlentwicklungen in der pflegerischen Versorgung insgesamt.

Im Rahmen entsprechender Modellprojekte konnten bereits sehr gute Erfahrungen gewonnen werden, dass durch die Mischform der ambulanten und stationären Versorgung deutlich besser auf die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen eingegangen und eine spürbar bessere Zufriedenheit von Pflegebedürftigen und Angehörigen sowie beim Pflegepersonal erzielt werden kann.

Wir fordern daher folgende Ergänzungsregelung zum Abschluss integrierter Versorgungsverträge im SGB XI:

§ 45g Verträge zur Integration stationärer und ambulanter Pflege und Krankenpflege

(1) Die Landesverbände der Pflegekassen können mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen auch unter Einbeziehung von Leistungserbringern nach § 132a Abs. 4 SGB V im Einvernehmen mit den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Land besondere Verträge zur Weiterentwicklung und Integration stationärer, teilstationärer und ambulanter Versorgungsformen schließen, um stationäre, teilstationäre und häusliche Pflege sowie Krankenpflege nach dem SGB V zu kombinieren und dadurch eine Leistungssektoren übergreifende, integrierte Versorgung sicherzustellen, die am individuellen Bedarf des einzelnen Pflegebedürftigen ausgerichtet ist.

(2) In den Verträgen nach Absatz 1 ist das Nähere über Art, Inhalt und Umfang der zu erbringenden Leistungen (Basisleistungen und Wahlleistungen) der integrierten Pflegeversorgung zu regeln. Die Verträge sollen Regelungen zur Personalausstattung der beteiligten Leistungserbringer, zur Qualitätssicherung, Dokumentation, Finanzierung und zur Vergütung und Abrechnung der Leistungen sowie zur Wahlfreiheit der Versicherten und zur Einbeziehung pflegender Angehöriger und sonstiger pflegender Personen enthalten; insofern können die Parteien Abweichendes von diesem Gesetz vereinbaren, soweit dies zur Umsetzung der Ziele der sektoren-übergreifenden integrierten pflegerischen Versorgung erforderlich ist. Die heimrechtlichen Vorschriften des Landes sind zu beachten.

(3) In Verträgen nach Absatz 1 ist die Vereinbarung einer einheitlichen und pauschalen Vergütung für Leistungskomplexe zulässig, welche neben Leistungen aufgrund dieses Gesetzes auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V umfassen. Soweit die Vertragspartner Regelungen nach Satz 1 treffen, geht die Finanzierungszuständigkeit von den Krankenkassen auf die Pflegekassen über.

Deutsche Bank AG Essen | BLZ 360 700 50 | Konto 628 400 400 | IBAN DE59 3607 0050 0628 4004 00 | BIC DEUTDEDEXXX
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. | Gemeinnütziger Fachverband mit Sitz in Essen, VR-Nr. 3446 | USt-Id-Nr.: DE 199569398

Wir hoffen, mit unseren Anmerkungen wichtige Hinweise für das weitere Gesetzgebungsverfahren gegeben zu haben und stehen für Rückfragen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Bundesgeschäftsführung VDAB e.V.

Deutsche Bank AG Essen | BLZ 360 700 50 | Konto 628 400 400 | IBAN DE59 3607 0050 0628 4004 00 | BIC DEUTDEDEXXX
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. | Gemeinnütziger Fachverband mit Sitz in Essen, VR-Nr. 3446 | USt-Id-Nr.: DE 199569398

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)243(8)
zur öffentlichen Anh. am
16.11.2020
10.11.2020

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN e.V.

DGKJ e.V. | Geschäftsstelle | Chausseestr. 128/129 | 10115 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Herrn
Erwin Rüddel MdB
Platz der Republik 1, 11011 Berlin
Per Mail an: Anja.luedke@bundestag.de

Die Präsidentin
Prof. Dr. Ingeborg Krägeloh-Mann

Geschäftsstelle
Chausseestr. 128/129
10115 Berlin
Tel. +49 30 3087779-0
Fax:+49 30 3087779-99
info@dgkj.de | www.dgkj.de

Hausadresse:
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin Tübingen
Abt. Neuropädiatrie, Entwicklungs-neurologie, Sozialpädiatrie
Hoppe-Seyler-Str. 1
72076 Tübingen
Tel. +49 7071 29-84735
Fax: +49 7071 29-5473
kraegeloh-mann@dgkj.de

Tübingen, 10.11.2020

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege – GPVG: Einladung zur öffentlichen Anhörung am 16.11.2020

Sehr geehrter Herr Rüddel,
sehr geehrte Damen und Herren,

wir danken für die Einladung zur öffentlichen Anhörung am 16.11.2020, an der für die DGKJ der Generalsekretär, PD Dr. Burkhard Rodeck, teilnehmen wird.

Nachfolgend nehmen wir zum Gesetzentwurf der Bundesregierung GPVG und hier zu den kinder- und jugendmedizinischen Aspekten Stellung:

Zu Art. 1 – Änderung des SGB V:

Die DGKJ begrüßt die erweiterten Möglichkeiten für Selektivverträge. Z. Zt. werden über Selektivverträge nach §140 SGB V Transitionsprogramme realisiert, d. h. der strukturierte Übergang eines chronisch kranken Jugendlichen aus der Betreuung der Kinder- und Jugendmedizin in die Erwachsenenmedizin. Grundsätzlich würden wir es begrüßen, wenn diese Programme als Regelleistung der GKV allen betroffenen Versicherten angeboten werden könnten.

Darüber hinaus unterstützen wir den Änderungsantrag der Fraktion Bündnis90/Die Grünen (Ausschussdrucksache 19(14)242.1 explizit, weil auch wir hier einen notwendigen Regelungsbedarf im Hinblick auf § 43a SGB V sehen. Angesichts wiederholter strittiger Interpretationen plädieren wir für eine Klarstellung, wonach der Anspruch der darin geregelten nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung und ihm Rahmen der Sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB V erfolgt.

Demnach wäre § 43a SGB V wie folgt zu ergänzen:

(1) Versicherte Kinder haben <u>im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung</u> Anspruch auf nicht-ärztliche sozialpädiatrische Leistungen…“

(2) Versicherte Kinder haben Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, die unter ärztlicher Verantwortung in der ambulanten psychiatrischen Behandlung und in ermächtigten Sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB erbracht werden."

Zu Art. 2, Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes:

Zu Nr. 3: betreffend § 9, Abs. 1a Nr. 6:
Diese Ergänzung, die es Krankenhäusern ermöglicht, auch noch nach dem 30. Juni in die Liste derer aufgenommen zu werden, die von den Sicherstellungszuschlägen profitieren und den Zuschlag bereits 2021 erhalten zu können, begrüßen wir ausdrücklich und nachdrücklich.

Allerdings möchten wir auch an dieser Stelle darauf hinweisen, dass der Betrag von 400.000 Euro/Jahr aus unserer Sicht hierfür nicht ausreichend ist. – Hier geht es um die Erhaltung eines stationären kinder- und jugendmedizinischen Angebots in der Fläche, in Abteilungen, die nicht kostendeckend arbeiten können. Die Begrenzung auf 400.000 Euro/Jahr ist aus unserer Sicht nicht ausreichend für die Vorhaltung der notwendigen Leistungen.

Dass kinder- und jugendmedizinische Abteilungen generell im heutigen Abrechnungssystem aus systemimmanenten Gründen benachteiligt sind, haben wir wiederholt deutlich gemacht. Wir hoffen, dass der Gesetzgeber sich dieser Thematik ernsthaft annimmt und noch in dieser Legislaturperiode tragfähige Lösungen realisiert, die die kinder- und jugendmedizinische Versorgung für die Zukunft sichert, auch in großen Krankenhäusern und universitären Abteilungen. Dies betrifft neben den Sicherstellungszuschlägen die Berücksichtigung von hohen Vorhaltekosten wie für chronische und seltene Erkrankungen (auch Extremkostenfälle) und in der pädiatrischen Notfallmedizin, die Etablierung tagesklinischer Strukturen und von Institutsambulanzen an Klinken für Kinder- und Jugendmedizin.

Zu Art. 3: Änderung des SGB XI

Es ist bedauerlich, dass der vorliegende Referentenentwurf lediglich die zukunftsorientierte Personalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen thematisiert. Es ist offensichtlich, dass der Pflegepersonalmangel auch in Kliniken problematisch ist und zu verminderter Aufnahmekapazität führt. Im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin betrifft das besonders die Kinderintensivstationen.

Das Pflegepersonalstärkungsgesetz sieht neben der Pflegeausbildung in der Generalistik die Vertiefung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und noch die Ausbildung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege vor. Nach einer Umfrage aus dem Jahr 2019 beginnen die Krankenpflegeschulen in signifikantem Umfang, die Ausbildungsplätze in der Kinderkrankenpflege abzubauen. Diese Vorgehensweise, die der Gesetzgeber so nicht intendiert hat, wird von politischer Seite durch Propagierung ausschließlich der generalistischen Ausbildung gedeckt.
Zukünftig ist zu befürchten, dass der Ausbildungsgang verschwinden wird. Das wird den Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal an Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin drastisch verschärfen.

Um eine bedarfsgerechte Personalausstattung in Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin sicherzustellen, sollte der Pflegebedarfs- und -maßnahmenscore Anwendung finden, der von der GKinD und dem BeKD entwickelt wurde und von der

DGKJ unterstützt wird. Pflegebedarfsberechnungen, die für den Erwachsenenbereich konzipiert sind, berücksichtigen die Kinder- und Jugendpflege nicht adäquat.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Ingeborg Krägeloh-Mann
(Präsidentin)

PD Dr. Burkhard Rodeck
(Generalsekretär)

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)243(9)
zur ö Anh. am 16.11.2020 -
Versorgungsverbesserungsgesetz
10.11.2020

Spitzenverband

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.11.2020

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG), Drs. 19/23483 vom 19.10.2020

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

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung 4

II. Stellungnahme zum Gesetz 10

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) 10

§ 32 – Heilmittel 10
§ 85a – Sonderregelungen für Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte aus Anlass der COVID-19-Epidemie 11
§ 125 – Verträge 12
§ 125a – Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung 14
§ 137g Absatz 2 – Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme 15
§ 140a Absatz 1 – Besondere Versorgung 16
§ 140a Absatz 2 – Besondere Versorgung 18
§ 140a Absatz 3 – Besondere Versorgung 20
§ 140a Absatz 3a (neu) – Besondere Versorgung 22
§ 140a Absatz 3b (neu) – Besondere Versorgung 23
§ 221a – Ergänzender Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds im Jahr 2021 25
§ 242 Absatz 1 – Zusatzbeitrag 27
§ 260 Absatz 2 – Betriebsmittel 29
§ 271 Absatz 1 – Gesundheitsfonds: Sondervermögen aus Beiträgen und Bundesmitteln 31
§ 271 Absatz 1a – Gesundheitsfonds: Verwendung der Zusatzbeiträge 32
§ 271 Absatz 2 – Gesundheitsfonds: Liquiditätsreserve 33
§ 271 Absatz 3 – Gesundheitsfonds: Liquiditätsdarlehen 34
§ 271 Absätze 4-7 – Gesundheitsfonds: Entnahmen aus der Liquiditätsreserve 35
§ 272 – Sonderregelungen für den Gesundheitsfonds im Jahr 2021 37

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) 39

§ 4 Absatz 10 (neu) – Hebammenstellen-Förderprogramm 39
§ 5 Absatz 2a Satz 1 neuer Halbsatz – gestaffelte Zuschlagszahlungen für bedarfsnotwendige Fachabteilungen 45
§ 9 Absatz 1a Nummer 6 neuer Halbsatz – Sicherstellung der Kinder- und Jugendmedizin. 47

Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) 49

§ 18 – Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit 49
§ 84 – Bemessungsgrundsätze 50
§ 85 – Pflegesatzverfahren 51

Artikel 5 (Inkrafttreten) 56

Absatz 3 56

III. Ergänzender Änderungsbedarf 57

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 57

§ 87a Abs. 3 Satz 7 und 8 – Bereinigung der MGV wegen extrabudgetärer Vergütung 57

§ 137e Absatz 4 – Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden 61

§ 197a – Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen 62

§ 275c Absatz 2 SGB V – Etablierung eines Prüfquotensystems 65

Änderung des Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG 67

§ 10 – Landesbasisfallwertverhandlungen- Anpassung 67

I. Vorbemerkung

Maßnahmen zur Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes und zur Umsetzung der Sozialgarantie 2021

Die mit dem Gesetzentwurf zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege vorgelegten Maßnahmen zur Einhaltung der „Sozialgarantie 2021" sind sozial unausgewogen und zudem ein massiver Eingriff in die Finanzautonomie der Selbstverwaltung.

Die Bereitstellung von nur fünf Milliarden Euro aus Bundesmitteln ist unzureichend, die einseitige Belastung der Beitragszahlenden ist nicht gerechtfertigt. Für das Jahr 2021 wird eine Finanzierungslücke von 16,6 Mrd. Euro erwartet; tatsächlich fällt die Finanzierungslücke der Krankenkassen für das Jahr 2021 aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nach der Herbstprognose des GKV-Schätzerkreises vom 13.10.2020 um 1,7 Mrd. Euro höher aus. Ursächlich sind die Auswirkungen der Pandemie auf Einnahmen und Ausgaben der GKV sowie die zahlreichen Ausgaben steigernden Reformgesetze der letzten Jahre. Damit der Gesamtsozialversicherungsbeitrag in der aktuellen Krise nicht über 40 % steigen wird, hatte die Bundesregierung für das Jahr 2021 eine „Sozialgarantie" ausgesprochen. Konkret wurde zugesichert, dass die Sozialversicherungsbeiträge im Rahmen der „Sozialgarantie 2021" bei maximal 40 % stabilisiert werden, indem darüber hinaus gehende Finanzbedarfe aus dem Bundeshaushalt gedeckt würden.

Der Gesetzentwurf sieht nun vor, dass die Mittel zur Einhaltung der Sozialgarantie nur zu einem kleineren Teil aus Steuern gezahlt werden. Nach dem Entwurf der Regierung sollen jetzt nur fünf der benötigten 16,6 Mrd. Euro vom Bund zur Verfügung gestellt werden. Die Hauptlast sollen die Versicherten und Arbeitgeber schultern. Drei Milliarden Euro sollen sie durch höhere Zusatzbeiträge ab Januar 2021 aufbringen; acht Milliarden Euro sollen den aus Beiträgen gebildeten Rücklagen der einzelnen Krankenkassen entnommen werden. In Summe sollen Versicherte und Arbeitgeber also mit elf Milliarden Euro die Hauptlast der Pandemiefolgen tragen. Angesichts der Herausforderungen, die die Corona-Krise auch in wirtschaftlicher Hinsicht an die gesamte Gesellschaft stellt, ist diese einseitige Belastung nicht akzeptabel.

Die vorgesehene Abführung von acht Milliarden Euro aus dem Vermögen der einzelnen Krankenkassen stellt zudem einen massiven Eingriff in die Finanzautonomie der selbstverwalteten gesetzlichen Krankenversicherung dar. Zudem wird ein fatales Signal an die Krankenkassen gesendet, die Rücklagen in rechtlich zulässiger und wirtschaftlich vorausschauender Weise gebildet haben. Die Erkenntnis, dass die Erträge wirtschaftlichen und sparsamen Handelns sowie einer im Sinne

der Versichertengemeinschaft vorausschauenden, langfristigen Finanzplanung mit einem Federstrich konfisziert werden können, setzt letztlich starke Fehlanreize für zukünftiges Kassenhandeln.

Darüber hinaus bewertet der GKV-Spitzenverband die weitere Absenkung der zulässigen Obergrenze für Finanzreserven der Krankenkassen (Betriebsmittel und Rücklagen) auf das nunmehr 0,8-fache einer durchschnittlichen Monatsausgabe als nicht sachgerecht und sieht in dieser Maßnahme zudem einen unsachgemäßen Eingriff in die Finanzautonomie der Krankenkassen. Die Obergrenze sollte nicht weiter reduziert werden. Zugleich lehnt der GKV-Spitzenverband das in diesem Zusammenhang verschärfte Beitragssatzanhebungsverbot nach § 242 Absatz 4 SGB V ab. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes darf eine Anpassung des Zusatzbeitragssatzes zum 1.01.2021 maximal in Fällen verweigert werden, in denen nach Abzug der mit dem vorliegenden Gesetzentwurf durch § 272 SGB V n. F. vorgesehenen Vermögensabführungen noch Finanzreserven oberhalb einer Monatsausgabe verbleiben. Ein Festhalten an dem verschärften Anhebungsverbot zum Jahreswechsel führt zwangsläufig zu drastischeren unterjährigen Beitragssatzanhebungen im Laufe des kommenden Jahres, gefährdet insoweit die weitere Realisierung der "Sozialgarantie 2021" und erhöht die Haftungsrisiken in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der GKV-Spitzenverband sieht die dringende Notwendigkeit, den vorgelegten Entwurf bezüglich der Finanzierungsregelungen in wesentlichen Punkten nachzubessern und damit eine nachhaltige finanzielle und strukturelle Schwächung der gesetzlichen Krankenversicherung und den massiven Eingriff in die Finanzautonomie der Selbstverwaltung abzuwenden.

Selektivvertragliche Möglichkeiten werden erweitert – Versorgungsinnovationen gefördert

Die neuen Regelungen zur Schaffung von erweiterten Möglichkeiten für Selektivverträge sehen eine Vielzahl von Flexibilisierungsmöglichkeiten der bereits heute gelebten Vertragsvielfalt vor. Dies wird vom GKV-Spitzenverband ausdrücklich begrüßt. So können bspw. Versorgungsverträge künftig auch mit anderen Leistungserbringern als mit Vertragsärzten geschlossen werden. Selektivverträge können nun auch eine besondere regionalere Versorgung beinhalten. Positiv ist ebenfalls, dass vom Innovationsausschuss geförderte neue Versorgungsformen nach Auslaufen der Förderung künftig ganz oder teilweise weitergeführt werden können. Es wird damit die Position der Krankenkassen bestätigt, dass eine Überführung in die kollektiv-vertragsrechtliche Regelversorgung nicht zwangsläufig erforderlich ist. Erfreulich ist in diesem Zusammenhang die Klarstellung, dass mit der Förderentscheidung die Anforderungen des § 140a Absatz 1 an das Vorliegen einer integrierten oder besonderen Versorgung und die Anforderungen des § 140a Absatz 2 Satz 4 (neu) an die Zweckrichtung der Abweichung von der Regelversorgung zur Versorgungsverbesserung als erfüllt angesehen werden können. Damit stellt der Gesetzgeber noch einmal klar, dass

Selektivverträge keinem Genehmigungsvorbehalt im Sinne einer präventiven Vertragskontrolle unterliegen, sondern einer anlassbezogenen Aufsicht mit der Möglichkeit des Eingriffs im Falle einer erheblichen Rechtsverletzung durch Verträge gemäß §§ 73b und 140a SGB V. Dies schließt grundsätzlich auch die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit der Selektivverträge ein.

Ebenfalls hält der GKV-Spitzenverband die Erweiterung der möglichen Vertragspartner auf andere Sozialversicherungszweige und andere Leistungsträger der Daseinsvorsorge für sinnvoll. Dadurch ist die Umsetzung weiterer innovativer Versorgungskonzepte auch über Sektorengrenzen und Sozialversicherungsbereiche hinweg möglich. Kritisch ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes jedoch die geplante Einbindung der PKV zu bewerten. PKV-Unternehmen den Einstieg in innovative Versorgungsverträge der Krankenkasse zu ermöglichen, wird als nicht sachgerecht angesehen. Im bestehenden dualen System der Krankenversicherung sollten die mit den Beitragsgeldern der Beitragszahlenden in der gesetzlichen Krankenversicherung entwickelten und finanzierten Versorgungsinnovationen auch ausschließlich den gesetzlich Versicherten zu Gute kommen.

Hebammenstellen-Förderprogramm

Der GKV-Spitzenverband begrüßt das vorgeschlagene Hebammenstellen-Förderprogramm zur Verbesserung der Betreuungsrelation von Hebammen und Schwangeren auf Geburtsstationen sowie die damit verbundene zielgerichtete Förderung von Geburtskliniken, die eine Mindestanzahl an Geburten pro Jahr betreuen. Dabei ist es von besonderem Interesse, den Aufbau des qualifizierten Fachpersonals nachhaltig zu gestalten, indem die Nachweise über neu eingestelltes oder aufgestocktes Personal bis zu drei Jahre nach Abschluss des Hebammenstellen-Förderprogramms vorzulegen sind und dadurch die verbesserte Betreuungsrelation auch nach Ablauf des Förderzeitraums fortbesteht. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes kann dies darüber hinaus durch die Einführung eines gesetzlichen Betreuungsschlüssels von mindestens einer Hebamme zu zwei Gebärenden (1 : 2) während der entscheidenden Phasen der Geburt gefestigt werden. Diese Regelung kann alternativ auch in die bereits etablierte Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) des Gemeinsamen Bundesauschusses (G-BA) integriert werden, in der bereits Vorgaben zur Geburtshilfe enthalten sind.

Sicherstellungszuschläge von Krankenhäusern und Fachabteilungen der Kinder- und Jugendmedizin

Der GKV-Spitzenverband begrüßt, dass der G-BA am 01.10.2020 Kriterien für die Aufnahme der Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin als eigenständige bedarfsnotwendige Vorhaltung in die Sicherstellungszuschläge-Regelungen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V beschlossen hat, um eine bessere Finanzierung der stationären Behandlung von Kindern und Jugendlichen im ländli-

chen Raum zu ermöglichen. Es ist daher sachgerecht, Krankenhausstandorte mit einer bedarfsnotwendigen Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin bis zum 31.12.2020 ergänzend in die Liste der Krankenhäuser nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG aufzunehmen, damit diese Krankenhausstandorte bereits ab dem kommenden Jahr auch die pauschale Förderung für bedarfsnotwendige Krankenhäuser erhalten können. Derzeit erhalten die Krankenhäuser eine pauschale Förderung von 400.000 Euro je Standort ungeachtet der Anzahl basisversorgungsrelevanter Fachabteilungen. Der GKV-Spitzenverband begrüßt daher ausdrücklich die geplante Einführung gestaffelter Zuschlagszahlungen abhängig von der Zahl der vorgehaltenen Fachabteilungen, um einen besseren Anreiz für den Erhalt aller bedarfsnotwendigen Fachabteilungen (Innere Medizin, eine chirurgische Fachabteilung, Geburtshilfe und Kinder- und Jugendmedizin) zu schaffen.

Verbesserung in der Personalausstattung von Pflegeeinrichtungen

Der Gesetzentwurf sieht die Schaffung eines Anspruches für vollstationäre Pflegeeinrichtungen zur Finanzierung von zunächst bis zu 20.000 zusätzlichen Vollzeitstellen im Pflegehilfskraftbereich vor. Der Vergütungszuschlag leitet sich dabei unmittelbar aus der Pflegegradstruktur in der jeweiligen Einrichtung ab und wird von den Pflegekassen monatlich aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung gezahlt. Damit soll die Personalsituation in allen zugelassenen Einrichtungen der vollstationären Pflege und Kurzzeitpflege verbessert werden, ohne dass dies mit einer finanziellen Belastung der versorgten Pflegebedürftigen einhergeht. Die Regelungen orientieren sich an den Ergebnissen des Projektes zur Ermittlung eines wissenschaftlichen Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach § 113c SGB XI. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes können die vorgesehenen Regelungen insgesamt als pragmatischer Ansatz für eine kurzfristige Veränderung der Personalausstattung bewertet werden. Bei der Umsetzung der Finanzierung der zusätzlichen Pflegehilfskräfte ist ausschließlich auf das bewährte Verfahren mittels eines Vergütungszuschlag zurückzugreifen.

Dringender ergänzender Regelungsbedarf: Bereinigung der morbiditätsorientierten vertragsärztlichen Versorgung

Durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurde die extrabudgetäre Vergütung vertragsärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen bei Terminvermittlungen, bei offenen Sprechstunden und bei Neupatienten (TSVG-Konstellationen) eingeführt. Dies umfasst zum einen neue Zuschläge für vorgenommene Terminvermittlungen. Zum anderen beinhaltet es die Förderung bereits bestehender Leistungen durch Verschiebung aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) in den Bereich der extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV). Die im Rahmen von TSVG-Konstellationen erbrachten Behandlungen betreffen zum Zeitpunkt des Inkrafttretens einen Leistungsbedarf von schätzungsweise jährlich rund 5 Mrd. Euro. Diese sind aus der MGV zu bereinigen, um eine Doppelvergütung auszuschließen. Dazu sieht das TSVG vor, die MGV um die

Leistungsmengen basiswirksam abzusenken, die in den ersten 12 Monaten (Bereinigungsjahr) nach Inkrafttreten des TSVG anfallen. Problematisch ist jedoch, dass die Leistungen, die von der MGV in die EGV verschoben werden müssen, in den ersten 12 Monaten nicht in vollem Umfang anfallen und damit auch nicht bereinigt werden können. Im Ergebnis enthalten die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen dadurch nach Ablauf des Bereinigungsjahres weiterhin Finanzmittel für Leistungen, die zusätzlich extrabudgetär, und damit doppelt, vergütet werden. 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. Zu einer Unterbereinigung, im Sinne einer systematisch zu niedrig angesetzten Bereinigungsmenge, kommt es im Falle des TSVG auch dann, wenn die entsprechenden Leistungen in den ersten 12 Monaten – z. B. durch einen pandemiebedingten Fallzahlrückgang – nur in reduziertem Umfang erbracht oder nur unvollständig als TSVG-Leistungen gekennzeichnet werden. Hinzu kommt die Empfehlung der Kassenärztlichen Vereinigungen an die Ärzte, im Bereinigungsjahr zurückhaltend zu kennzeichnen und die Kennzeichnung anschließend zügig hochzufahren. Dies führt mittelfristig zu einer Gewinnmaximierung und konterkariert Sinn und Zweck der gesetzlichen Bereinigungsregelung. Analysen der Abrechnungsdaten zeigen, dass tatsächlich nur für etwa jede zweite förderfähige Leistung auch eine extrabudgetäre TSVG-Förderung in Anspruch genommen wurde.

Insgesamt führt die unvollständige Kennzeichnung aufgrund der COVID-19-Pandemie sowie der Strategieanfälligkeit zu einer erheblichen Unterbereinigung der durch das TSVG geförderten Leistungen. Hierdurch ergibt sich eine Doppelfinanzierung von über. 2 Mrd. Euro jährlich. Nach Ablauf des jeweiligen Bereinigungszeitraums (d.h. größtenteils bereits ab dem 1. September 2020) werden somit durch die Krankenkassen nicht nur die geförderten Leistungen im Umfang von rund 5 Mrd. Euro jährlich extrabudgetär zu vergüten sein, sondern zusätzlich Jahr für Jahr pauschal unbereinigte MGV-Anteile in Höhe von über 2 Mrd. Euro jährlich, denen keine MGV-Leistungen mehr gegenüberstehen. Dies stellt eine erhebliche, ungeplante zusätzliche und zusatzbeitragssatzrelevante Belastung der aufgrund der Pandemie ohnehin angespannten Krankenkassenhaushalte dar. Zudem wird eine starke Divergenz der vertragsärztlichen Honorare in den verschiedenen Regionen ausgelöst.

Um diese sachlich nicht gerechtfertigte Überzahlung zu verhindern, ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes die größtenteils bereits abgelaufene Bereinigungsdauer von einem Jahr nach Inkrafttreten der einzelnen TSVG-Konstellationen zu verlängern. Aufgrund der unvollständigen Kennzeichnung von TSVG-Leistungen sollte zudem eine verpflichtende Kennzeichnung von TSVG-Leistungen eingeführt werden. Der GKV-Spitzenverband empfiehlt, aufgrund der Dringlich-

keit und der Relevanz für die Beitragssatzgestaltung der Krankenkassen diese Regelungen in dieses Gesetzgebungsverfahren aufzunehmen und diese nicht auf einen späteren Zeitpunkt zu verschieben.

II. Stellungnahme zum Gesetz

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 32 – Heilmittel

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung des Absatz 1c wird festgelegt, dass Verordnungen für Heilmittel, für die gemäß den aktuellen Heilmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ein Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen vorgesehen ist, bereits ab dem 1. Oktober 2020 keiner Genehmigung mehr bedürfen. Davon ausgenommen sind etwaige Genehmigungsverfahren zur Feststellung eines langfristigen Heilmittelbedarfes nach § 32 Absatz 1a SGB V.

B) Stellungnahme

Die Regelung steht im Zusammenhang mit der Entscheidung des G-BA, das Inkrafttreten der Neufassung der Heilmittel-Richtlinien aufgrund von Problemen auf Seiten der Ärzteschaft bei der Bereitstellung der Praxisverwaltungssoftware (PVS) nach § 73 Absatz 10 SGB V vom 1. Oktober 2020 auf den 1. Januar 2021 zu verschieben. Die ursprünglich für den 1. Oktober 2020 geplanten neuen Heilmittel-Richtlinien sehen nach Maßgabe von § 32 Absatz 1b SGB V vor, dass Verordnungen, die über die in den Heilmittel-Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 in Verbindung mit Absatz 6 Satz 1 Nummer 3 neu geregelten orientierenden Behandlungsmenge hinausgehen, keiner Genehmigung durch die Krankenkasse mehr bedürfen. Ziel dieser Neuregelung ist es, Leistungserbringer und Patienten bürokratisch zu entlasten, in dem Heilmittelverordnungen grundsätzlich keiner Genehmigung mehr unterliegen. Durch die geplante gesetzliche Regelung wird das Ziel erreicht, die bürokratische Entlastung durch die Genehmigungsfreiheit unabhängig von der zeitlichen Verzögerung des Inkrafttretens der neuen Heilmittel-Richtlinien bereits ab dem 1. Oktober 2020 zur Geltung kommen zu lassen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 85a – Sonderregelungen für Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte aus Anlass der COVID-19-Epidemie

A) Beabsichtigte Neuregelung

Um zu verhindern, dass die mit der COVID-19-Pandemie verbundenen Fallzahlrückgänge zu Insolvenzen vertragszahnärztlicher Praxen führen und damit die Sicherstellung der zahnärztlichen Versorgung auch über die Epidemie hinaus gefährdet wird, sieht die vom Bundesministerium für Gesundheit erlassene COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung (COVID-19-VSt-SchutzV) vom 30. April 2020 unter anderem die Auszahlung von 90 Prozent der in 2019 von den Krankenkassen gezahlten Gesamtvergütung für vertragszahnärztliche Leistungen für das Jahr 2020 vor. Wurden für die im Voraus geleisteten Zahlungen keine tatsächlichen Leistungen erbracht, sind diese als Liquiditätshilfen erfolgten Überzahlungen in den Jahren 2021 und 2022 von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen vollständig an die Krankenkassen zurückzuzahlen. Wegen dieser Zeitspanne bedarf es über das spätestens zum 30. März 2021 erfolgende Außerkrafttreten der Verordnung hinaus einer Rechtsgrundlage für die Vereinbarungen zur Rückzahlung zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung ist sachgerecht. Die in § 1 der SARS-CoV-2-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung enthaltenen Regelungen der Absätze 1 bis 4 werden in das SGB V überführt. Der GKV-Spitzenverband hat in seiner Kommentierung zu § 1 der SARS-CoV-2-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung bereits darauf hingewiesen, dass nach dem Außerkrafttreten der Verordnung zum 31.03.2021 hierfür eine Rechtsgrundlage im SGB V zu schaffen ist, da der Ausgleich in den Jahren 2021 und 2022 erfolgt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 125 – Verträge

A) Beabsichtigte Neuregelung

a) Mit der Änderung in Absatz 1 Satz 3 wird die Abschlussfrist für die zwischen GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Spitzenorganisationen zum 1. Oktober 2020 erstmals zu treffenden bundesweiten Verträge für Heilmittel auf den 1. Januar 2021 verschoben.

b) aa) Mit der Änderung in Absatz 5 Satz 1 wird die korrespondierende Frist im Zusammenhang mit einer Schiedsstellenentscheidung auf den 1. Januar 2021 geändert.

bb) Mit dem neuen Satz 2 in Absatz 5 wird festgelegt, dass ein Schiedsverfahren auch schon vor der gesetzlichen Abschlussfrist oder der vertraglich vereinbarten Laufzeit für die Verträge nach § 125 SGB V beginnen kann, wenn mindestens eine Vertragspartei die Verhandlungen ganz oder teilweise für gescheitert erklärt und die Schiedsstelle anruft.

B) Stellungnahme

a) Die Verschiebung der Abschlussfrist für die bundesweiten Verträge zur Heilmittelversorgung steht im Zusammenhang mit der Entscheidung des G-BA, das Inkrafttreten der Neufassung der Heilmittel-Richtlinien aufgrund von Problemen auf Seiten der Ärzteschaft bei der Bereitstellung der Praxisverwaltungssoftware (PVS) nach § 73 Absatz 10 SGB V vom 1. Oktober 2020 auf den 1. Januar 2021 zu verschieben. Die Fristverlegung ist aufgrund der engen Verknüpfung zwischen den bundesweiten Heilmittelverträgen und der geänderten Heilmittel-Richtlinie sinnvoll und wird daher begrüßt.

b) aa) Die Anpassung in Absatz 5 Satz 1 wird als notwendige Folgeänderung zur Änderung in Absatz 1 begrüßt.

bb) Für <u>den erstmaligen</u> Abschluss von Verträgen nach § 125 Absatz 1 SGB V zum (neu) 01.01.2021 halten wir die Möglichkeit, die Schiedsstelle frühzeitig anzurufen, für sinnvoll, um in dem durch die Verschiebung entstandenen Verlängerungszeitraum vom 1. Oktober bis 31. Dezember 2020 Entscheidungen durch die Schiedsstelle über nicht konsentierte Vertragsinhalte und Vergütungen zu ermöglichen. Damit wird dem Ziel Rechnung getragen, die neuen Verträge auf Bundesebene nach § 125 SGB V zeitgleich mit dem Start der neuen Heilmittel-Richtlinien zum 1. Januar 2021 in Kraft treten zu lassen.

cc) Die Möglichkeit, die Schiedsstelle ohne zeitliche Beschränkung auch schon vor Ablauf der vertraglich vereinbarten Laufzeit der bundesweit zu schließenden Verträge nach § 125 SGB V anzurufen, wenn mindestens eine Vertragspartei die Verhandlungen ganz oder teilweise für gescheitert erklärt, wird dagegen abgelehnt. Eine solche Regelung kann im Ergebnis dazu führen, dass Verhandlungen zu Vertragsinhalten und Vergütungen von vornherein gar nicht erst mit der gebotenen Ernsthaftigkeit geführt werden und als Eskalationsstufe unmittelbar und regelhaft die Schiedsstelle mit der Entscheidung betraut wird.

Wir halten es daher, wie bei anderen Schiedsregelungen (z.B. § 89 Abs. 4 Satz 2 SGB V) üblich, für sinnvoller, wenn eine Vertragspartei erst nach Ablauf der Laufzeit eines Vertrages die Verhandlungen ganz oder teilweise für gescheitert erklären und die Schiedsstelle anrufen kann.

C) Änderungsvorschlag

b) aa) Keiner.

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Das Schiedsverfahren beginnt vor dem in Satz 1 bestimmten Zeitpunkt des ersten Inkrafttretens der Verträge ~~den in Satz 1 genannten Zeitpunkten~~, wenn mindestens eine Vertragspartei die Verhandlungen ganz oder teilweise für gescheitert erklärt und die Schiedsstelle anruft."

Ergänzender Hinweis:

Der Gesetzentwurf enthält unter dem Abschnitt „D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand" unter Ziffer 2. (Seite 5) und „3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand" (Seite 25) für die gesetzliche Krankenversicherung den Hinweis, dass durch die Verschiebung des Inkrafttretens der bundesweiten Verträge zur Heilmittelversorgung um drei Monate für die GKV Minderausgaben in nicht quantifizierbarer Höhe entstehen und 1 Prozentpunkt nicht vereinbarter Preissteigerung einem Finanzvolumen von rund 90 Millionen Euro entspricht. Wir regen daher eine Klarstellung an, dass sich dieses Finanzvolumen auf ein volles Jahr und nicht auf den dargestellten Zeitraum der Verschiebung bezieht.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 125a – Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 125a Absatz 3 wird die Angabe „15. November 2020“ durch die Angabe „15. März 2021“ ersetzt.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung aufgrund der bereits mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz erfolgten zeitlichen Verschiebung des Inkrafttretens der Verträge zur Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung (sogenannte Blankoverordnung) auf den 15. März 2021. Die Änderung wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 137g Absatz 2 – Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird eine Besitzstandsregelung für Selektivverträge vorgesehen, die gemäß §§ 73a, 73c oder 140a SGB V in der jeweils am 22. Juli 2015 geltenden Fassung zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen geschlossen wurden. Diese müssen entgegen der Regelungen in § 140a (neu) nicht bis zum 31.12.2024 durch neue Verträge ersetzt oder beendet werden. Wird ein Altvertrag freiwillig an die aktuelle Rechtsgrundlage angepasst, ergibt sich hieraus keine Vorlagepflicht gegenüber dem Bundesamt für Soziale Sicherung.

B) Stellungnahme

Die Sonderregelung für Selektivverträge zur Durchführung von Strukturierten Behandlungsprogrammen ist angemessen und wird begrüßt. Der Verzicht auf die Vorlagepflicht bei freiwilliger Umwandlung in Verträge auf Grundlage des § 140a (neu) reduziert den bürokratischen Aufwand und wird ebenfalls begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 6
§ 140a Absatz 1 – Besondere Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen zur Änderung von § 140a SGB V setzen verschiedene Reformbedarfe in der selektivvertraglichen Versorgung um. Die selektivvertraglichen Möglichkeiten werden erweitert. Zum einen wird es erleichtert, unterschiedliche Leistungsträger und Versorgungseinrichtungen einzubeziehen. Dies umfasst eine über die gesetzliche Krankenversicherung hinausreichende Beteiligung anderer Sozialleistungsträger und anderer Träger der Daseinsvorsorge (wie beispielsweise kommunaler Einrichtungen der Sozial- und Jugendhilfe) mit ihren jeweiligen gesundheitsbezogenen gesetzlichen Aufgaben. Zudem werden Selektivverträge weiter für Versorgungsinnovationen geöffnet. Bei Projekten, die durch den Innovationsfonds nach den §§ 92a, 92b gefördert wurden, wird es ermöglicht, dass erprobte Projektstrukturen auch selektivvertraglich auf freiwilliger Basis weitergeführt werden können. Daneben wird klargestellt, inwieweit sich Krankenkassen über den gesetzlich zugewiesenen Aufgabenbereich der Regelversorgung hinaus im Versorgungsmanagement engagieren dürfen.

aa) In Satz 2 wird die Einbeziehung möglicher Leistungserbringer erweitert. Bisher war das Angebot besonderer ambulanter ärztlicher Versorgungsaufträge im Rahmen von Selektivverträgen auf vertragsärztliche Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften beschränkt. Künftig können besondere Versorgungaufträge auch mit anderen Leistungsanbietern geschlossen werden. Der erweiterte Leistungserbringerkreis bleibt hierbei jedoch auf berechtigte Leistungserbringer und ihre jeweiligen Sektoren begrenzt.

bb) Nach Satz 2 wird ein neuer Satz 3 eingefügt. Dieser regelt explizit, dass Selektivverträge gemäß § 140a SGB V auch Regelungen beinhalten können, die eine besondere Versorgung regional beschränken.

cc) Der bisherige Satz 3 wird zu Satz 4. Neu geregelt wird, dass die bisherige Bestandsschutzregelung für Verträge, die nach den §§ 73a, 73c und 140a in der bis zum 22. Juli 2015 geltenden Fassung geschlossen wurden, aufgehoben wird. Die Altverträge sind bis zum 31. Dezember 2024 in Verträge nach § 140a in der geltenden Fassung zu überführen oder zu beenden.

B) Stellungnahme

Zu aa) Die Flexibilisierung der selektivvertraglichen Möglichkeiten wird begrüßt.

Zu bb) Die Klarstellung, dass Selektivverträge regional begrenzt werden können, wird begrüßt.

Zu cc) Die verpflichtende Umwandlung von sogenannten Altverträgen nach den §§ 73a, 73c und 140a in Verträge der Besonderen Versorgung bis Ende 2024 ist nicht sachgerecht. Zum einen ist der Vertrauensschutz damit nicht gewährleistet. Bisher war die Bestandsschutzregelung zeitlich unbegrenzt. Insofern haben die Vertragspartner auf die Stabilität der Rechtsgrundlage vertraut, auf der die Verträge seinerzeit vereinbart wurden. Zum anderen ist mit der Gesetzbegründung der erforderliche Umfang der Überführung nicht klar eingegrenzt, um auf Seiten von Krankenkassen und ihren Vertragspartnern bürokratische Aufwände, z.B. im Fall von Ausschreibungen, zu vermeiden. Eine Anpassung der Altverträge an geltendes Recht sollte daher ohne erneute Ausschreibung und Vertragsverhandlungen sowie ohne die erneute Abgabe von Teilnahmeerklärungen möglich sein, da dies ansonsten im ungünstigsten Fall zur Unterbrechung oder Beendigung der vereinbarten Versorgung führen kann.

C) Änderungsvorschlag

Zu aa) Keiner.

Zu bb) Keiner.

Zu cc) Streichung der Regelung. Sollte keine Streichung erfolgen sollte die Gesetzesbegründung um klarstellende Hinweise zum Umfang der Überführung der sogenannten Altverträge ergänzt werden, wie z.B., dass bei Fortführung der bestehenden Versorgung nur die Rechtsgrundlage anzupassen ist und sich keine weiteren Anpassungserfordernisse, wie eine erneute Ausschreibung, ergeben. Auch sollte gesetzlich ergänzt werden, dass eine erneute Abgabe von Teilnahmeerklärungen nicht erforderlich ist.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 140a Absatz 2 – Besondere Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

aa) Der bisherige Satz 3 wurde in zwei getrennte Sätze 3 und 4 überführt. Der Nachweis der Wirtschaftlichkeit im ehemaligen Satz 4 wurde gestrichen. Für die über den Innovationsfonds gemäß § 92a geförderte neue Versorgungsformen, welche im Rahmen von Selektivverträgen umgesetzt werden, wird gesetzlich geregelt, dass die Anforderungen an das Vorliegen einer integrierten, besonderen Versorgung nach Absatz 1 und die Zweckrichtung eines abweichend von der Regelversorgung zur Versorgungsverbesserung in Bezug auf eine Verbesserung von Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit gemäß Satz 4 als erfüllt gelten, da mit der Förderentscheidung bereits eine Aussage über das Innovationspotential getroffen worden ist. Die gesetzliche Fiktion gilt auch nach Auslaufen der Förderung und freiwilliger Fortsetzung der besonderen Versorgungsform, wesentlicher Teile daraus sowie für Verträge zur Übertragung solcher Versorgungsformen in andere Regionen.

bb) Es wird nach dem bisherigen Satz 6 ein neuer Satz eingefügt, der klarstellt, dass Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen der Leistungserbringer und Krankenkassen im Rahmen von Selektivverträgen durch Vertragspartner aber auch durch Dritte erbracht werden dürfen. Das Versorgungsmanagement und die dazugehörige Datenübermittlung darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen.

B) Stellungnahme

Zu aa) Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass vom Innovationsausschuss geförderte neue Versorgungsformen nach Auslaufen der Förderung künftig ganz oder teilweise auch im Rahmen der besonderen Versorgung nach § 140a fortgesetzt werden können und eine Überführung in die kollektivvertragliche Regelversorgung damit nicht zwingend erforderlich sein muss. Zu begrüßen ist auch, dass die selektivvertragliche Fortführung geförderter Projekte künftig nicht mehr durch eine möglicherweise unterschiedliche Aufsichtspraxis erschwert werden kann und die Vertragspartner darauf vertrauen können, dass die Möglichkeit zur Fortführung der Verträge grundsätzlich besteht, wenn sie die Prüfung durch den Innovationsfonds erfolgreich bestanden haben. Damit stellt der Gesetzgeber noch einmal klar, dass Selektivverträge keinem Genehmigungsvorbehalt im Sinne einer präventiven Vertragskontrolle

unterliegen, sondern einer anlassbezogenen Aufsicht mit der Möglichkeit des Eingriffs im Falle einer erheblichen Rechtsverletzung durch Verträge gemäß §§ 73b und 140a. Dies schließt grundsätzlich auch die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit der Selektivverträge ein.

Zu bb) Die Krankenkassen dürfen gemäß § 197b Satz 2 keine wesentlichen Aufgaben auf Dritte übertragen. Welche Aufgaben davon umfasst sind, wurde bisher im Wesentlichen durch die Rechtsprechung definiert. Der Gesetzgeber stellt hiermit klar, dass Beratungs-, Koordinations- und Managementleistungen der Krankenkassen im Rahmen von Verträgen nach § 140a von dieser Vorgabe nicht umfasst sind. Daneben ist es künftig unerheblich, ob die Leistungen des Versorgungsmanagements den Krankenkassen oder den Leistungserbringern nach § 11 Absatz 4 zuzuordnen sind. Künftig können Beratungs-, Koordinations- und Managementleistungen im Rahmen einer besonderen Versorgung von den Vertragspartnern füreinander oder von Dritten erbracht werden. Besondere Versorgungsformen zeichnen sich häufig gerade durch innovative Konzepte zum Versorgungsmanagement aus. Die Klarstellung wird begrüßt, da sie die Vertragsgestaltung in diesem Punkt erleichtert.

C) Änderungsvorschlag

Zu aa) Keiner.

Zu bb) Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 140a Absatz 3 – Besondere Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

aa) Satz 1

aaa) Der Kreis der möglichen Vertragspartner und teilnahmeberechtigten Leistungserbringer wird durch den Gesetzgeber erweitert. Zum einen können neben der Pflegeversicherung, die bisher bereits als Vertragspartner in Frage kam, künftig auch andere Leistungsträger nach § 12 des ersten Buches und den nach den für diese Leistungsträger geltenden Bestimmungen zur Versorgung berechtigten Leistungserbringer Vertragspartner der Krankenkassen werden. Des Weiteren wird mit der vorgesehenen Änderung auch eine Beteiligung der privaten Kranken- und Pflegeversicherung an besonderen Versorgungsformen als Vertragspartner ermöglicht.

bbb) Der Kreis der Vertragspartner wird durch eine Anpassung der bisherigen Nr. 7 erweitert. Künftig können Verträge nicht nur mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, sondern auch mit anderen Berufs- und Interessenverbänden der Leistungserbringer geschlossen werden.

ccc) Der Kreis der möglichen Vertragspartner wird zusätzlich um Anbieter digitaler Dienste und Anwendungen nach § 68a Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 und 3 ergänzt, d.h. um Unternehmen aus dem Bereich der Informationstechnologie sowie Forschungseinrichtungen.

bb) Es wird ein neuer Satz angefügt, der regelt, dass bei Verträgen mit Anbietern von digitalen Diensten und Anwendungen nach Nummer 8 die Zugänglichkeitskriterien für Menschen mit Behinderungen zu berücksichtigen sind.

B) Stellungnahme

Zu aa)

Zu aaa) Die Erweiterung der möglichen Vertragspartner auf andere Leistungsträger wird grundsätzlich begrüßt. Dadurch ist die Umsetzung weiterer innovativer Versorgungskonzepte im Rahmen von Verträgen gemäß § 140a möglich. Insbesondere können Versorgungsansätze erprobt werden, um den Übergang zwischen den Sektoren aber auch zwischen unterschiedlichen Sozialversicherungsbereichen zu erleichtern. Da sich bestehende

Versorgungsprobleme häufig an den Grenzen unterschiedlicher Regelungsbereiche zeigen, erscheint es sinnvoll, innovative Versorgungskonzepte gerade hier noch stärker als bisher im Rahmen von Selektivverträgen zu ermöglichen. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist es jedoch nicht sachgerecht, PKV-Unternehmen den Einstieg in innovative Versorgungsverträge der Krankenkassen zu ermöglichen. Im bestehenden dualen System der Krankenversicherung sollten die mit den Beitragsgeldern der Beitragszahlenden in der gesetzlichen Krankenversicherung entwickelten und finanzierten Versorgungsinnovationen auch ausschließlich den gesetzlich Versicherten zu Gute kommen.

Zu bbb) Die Erweiterung der möglichen Vertragspartner über die Kassenärztlichen Vereinigungen hinaus auf andere Berufs- und Interessenverbänden der Leistungserbringer ist grundsätzlich zu begrüßen.

Zu ccc) Die Erweiterung der möglichen Vertragspartner auf Anbieter digitaler Dienste und Anwendungen trägt der technischen Entwicklung Rechnung und wird begrüßt.

Zu bb) Die Klarstellung, wonach Verträge mit Anbietern digitaler Dienste und Anwendungen die Zugänglichkeit für Menschen mit Behinderungen zu berücksichtigen haben, wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

zu aa)

Zu aaa) Absatz 3 Satz 1 Nr. 3b wird gestrichen.

Zu bbb) Keiner.

Zu ccc) Keiner.

Zu bb) Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 140a Absatz 3a (neu) – Besondere Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird neu geregelt, dass im Rahmen von Verträgen nach § 140a auch eine besondere Versorgung von Leistungserbringern gemäß Absatz 3 durch die Krankenkassen gefördert werden kann, die diese selbstständig ohne Initiative der Krankenkassen durchführen. Darüber hinaus kann Gegenstand der Verträge auch eine Beteiligung an übergreifenden Versorgungsaufträgen anderer Leistungsträger nach § 12 des ersten Buches sein. Die Beteiligung darf dabei nur insofern erfolgen als sie dem Zweck der gesetzlichen Krankenversicherung dient.

B) Stellungnahme

Die Regelung ist grundsätzlich zu begrüßen. Die vorgesehene Förderung von einer besonderen Versorgung, welche selbstständig durch Leistungserbringer durchgeführt wird, steht der Verantwortung der Krankenkassen zur Gestaltung und Weiterentwicklung der Versorgung vor Ort nicht entgegen. Die Möglichkeiten von Leistungserbringern zur Entwicklung innovativer Versorgungsangebote zu erweitern, ist grundsätzlich positiv zu bewerten. Die Beteiligung der Krankenkassen ist freiwillig. Ein gesetzlicher Anspruch auf Förderung besteht nicht. Grundsätzlich sollten Selektivverträge jedoch Wettbewerbsinstrumente der Krankenkassen bleiben.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 6

§ 140a Absatz 3b (neu) – Besondere Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird geregelt, dass Gegenstand der Verträge nach § 140a auch eine Versorgung im Wege der Sach- und Dienstleistung sein kann, sofern medizinische oder soziale Gründen dies rechtfertigen oder in Fällen, in denen die Voraussetzung für eine Kostenerstattung für von Versicherten selbst beschaffte Leistungen vorliegen. Derartige Versorgungsverträge können auch mit nicht zugelassenen Leistungserbringern abgeschlossen werden, wenn sie eine mindestens gleichwertige Versorgung gewährleisten.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung wird unter verschiedenen Aspekten kritisch bewertet. So ist problematisch, dass im Rahmen von Verträgen nach § 140a künftig eine individualisierte Einzelfallversorgung, sofern medizinische oder soziale Gründe dies rechtfertigen oder in Fällen, in denen die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung vorliegen, ermöglicht werden soll. Dies widerspricht dem Solidarprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung und damit dem Grundsatz einer gleichmäßigen und gleichwertigen Versorgung einzelner Patienten und Patientengruppen. Darüber hinaus ermöglicht § 2 Absatz 1a SGB V bereits heute schon eine flexible Versorgung von Versicherten, die unter die verfassungsgemäße Auslegung des Leistungskatalogs fällt. Weiterhin ist auch die grundsätzliche Möglichkeit der vertraglichen Einbindung nicht zugelassener Leistungsanbieter in eine besondere Versorgung ebenfalls kritisch zu bewerten, da sie gegebenenfalls die kollektivvertragliche Angebotssteuerung durch die Bedarfsplanung und das Zulassungsrecht unterlaufen kann und sogar gezielte Anreize für zugelassene Leistungsanbieter setzen kann, sich dem Kollektivvertrag mit seinen Rechten und Pflichten zu entziehen. Dadurch könnte sich gerade im Bereich der spezialisierten Versorgung die kollektivvertragliche Versorgungssituation signifikant verschlechtern.

Eine gesonderte Regelung zum Schließen von Lücken im Leistungserbringerrecht außerhalb der kollektivvertraglichen Regelversorgung ist grundsätzlich nicht erforderlich, da in diesen Fällen eine Versorgung im Rahmen des Kollektivvertrages sichergestellt ist.

Die vorgesehene Regelung wird abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Streichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 7

§ 221a – Ergänzender Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds im Jahr 2021

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung in Satz 1 verpflichtet den Bund für das Jahr 2021 zur Zahlung eines ergänzenden Bundeszuschusses an den Gesundheitsfonds in Höhe von 5 Mrd. Euro.

Die Maßnahme dient der Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a für das Jahr 2021, dessen Höhe das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nach Auswertung der Ergebnisse des GKV-Schätzerkreises bis zum 01.11.2020 festzulegen hat. Die Maßnahme soll dazu beitragen, dass die von der Bundesregierung proklamierte „Sozialgarantie 2021“, die Stabilisierung des Gesamtsozialversicherungsbeitrags bei maximal 40 Prozent, eingehalten werden kann.

Gemessen am derzeitigen Beitragssatzniveau muss die GKV für das Jahr 2021 nach vorläufigen Schätzungen von BMG und GKV-Spitzenverband – insbesondere infolge des durch die COVID-19-Pandemie ausgelösten wirtschaftlichen Einnahmeneinbruchs sowie aufgrund einer insgesamt sehr dynamischen Ausgabenentwicklung – eine Finanzierungslücke von rd. 16,6 Mrd. Euro schließen. Ohne weitere Maßnahmen müsste der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a für das Jahr 2021 auf rd. 2,2 Prozent angehoben werden.

Mit der ergänzenden Bundesbeteiligung wird der Finanzierungsbedarf der GKV um 5 Mrd. Euro gemindert.

Satz 2 regelt die anteilige Bezuschussung der landwirtschaftlichen Krankenkasse, die nicht über den Gesundheitsfonds finanziert wird. Der Anteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse soll 30 Mio. € betragen.

B) Stellungnahme

Die Bereitstellung einer ergänzenden Bundesbeteiligung zur Stabilisierung der Beitragsbelastung der Versicherten und Arbeitgeber im Jahr 2021 wird grundsätzlich begrüßt; die Maßnahme ist mit Blick auf die pandemiebedingte Krisensituation sachgerecht und entspricht im Grundsatz auch der von der Bundesregierung ausgesprochenen „Sozialgarantie 2021“.

Angesichts einer Finanzierungslücke von über 16 Mrd. Euro wird der Bundeszuschuss von fünf Milliarden Euro aber als unzureichend und sozial unausgewogen bewertet. Denn in der Konsequenz werden die Beitragszahlenden – entgegen der Zusage der Bundesregierung –

einseitig mit der Aufbringung der verbleibenden rd. elf Milliarden Euro belastet (vgl. Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 11).

Tatsächlich fällt die Finanzierungslücke der Krankenkassen für das Jahr 2021 aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nach der Herbstprognose des GKV-Schätzerkreises vom 13.10.2020 noch höher aus. Die erwarteten Ausgaben der Krankenkassen für das Jahr 2021 werden vom GKV-Spitzenverband um rd. 1,7 Mrd. Euro höher eingeschätzt als vom Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesamt für Soziale Sicherung. Diese zusätzliche Lücke kann jedoch alternativ durch gesetzliche Maßnahmen zur angemessenen Beseitigung der vom Institut des Bewertungsausschusses (InBA) in der Expertenanhörung des GKV-Schätzkreises dargestellten doppelten Vergütung ärztlicher Leistungen in Höhe von ca. 2 Mrd. Euro geschlossen werden, die aus einer Unterbereinigung von Leistungen nach dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) aus dem kassenärztlichen Budget resultiert (siehe auch ergänzender Änderungsbedarf zu § 87a Abs. 3 Satz 7 und 8 SGB V, Seite 57).

C) Änderungsvorschlag

Der ergänzende Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds wird entsprechend der zugesagten „Sozialgarantie 2021“ erhöht und die Unterbereinigung von TSVG-Leistungen durch Fortführung der im Terminservice- und Versorgungsgesetz vorgesehenen Bereinigungsregelung um mindestens ein weiteres Jahr und eine verpflichtende Kennzeichnung der TSVG-Leistungsfälle angemessen beseitigt (siehe ergänzender Änderungsbedarf, Seite 57).

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 242 Absatz 1 – Zusatzbeitrag

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht dürfen Krankenkassen ihren Zusatzbeitragssatz nicht anheben, solange sie ausweislich ihrer letzten vierteljährlichen Rechnungsergebnisse über Finanzreserven verfügen, die eine Monatsausgabe übersteigen (Absatz 1 Satz 4). Für Anhebungen des Zusatzbeitragssatzes zum Jahreswechsel liegen regelhaft die vierteljährlichen Rechnungsergebnisse (Statistik KV 45) des dritten Quartals vor, sodass für die Rechtmäßigkeit einer Anhebung des Zusatzbeitragssatzes zum Jahresbeginn die Vermögenslage zum 30.09. relevant ist.

Mit der vorgesehenen Änderung greift dieses Zusatzbeitragssatzanhebungsverbot bereits, wenn die Finanzreserven das 0,8-fache einer Monatsausgabe überschreiten. Durch die Absenkung dieser „Vermögensgrenze" sollen laut Gesetzesbegründung die Krankenkassen motiviert werden, ihre insoweit als „überschüssig" definierten Finanzreserven konsequenter abzubauen.

B) Stellungnahme

Ein verschärftes Anhebungsverbot für den kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz lehnt der GKV-Spitzenverband als erneuten, weitergehenden Eingriff in die Finanzautonomie der Selbstverwaltung ab. Die Absenkung der Obergrenze der Finanzreserven auf das 0,8-fache einer Monatsaufgabe ist außerdem abzulehnen, da diese zu niedrig angesetzt wäre (siehe hierzu die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 9). Aber auch mit einer Beibehaltung der bisherigen Obergrenze besteht dringender Änderungsbedarf.

Aufgrund des am 1. Januar 2019 in Kraft getretenen Versichertenentlastungsgesetzes sind die Krankenkassen bereits verpflichtet, ihre Rücklagen binnen drei Jahren bis auf eine Monatsausgabe abzuschmelzen. Um insoweit überschießende Finanzreserven abzubauen, erheben daher zahlreiche Krankenkassen derzeit einen bereits in 2020 bei weitem nicht kostendeckenden Zusatzbeitragssatz. Aufgrund der vom GKV-Schätzerkreis prognostizierten zunehmenden Ausgabendynamik nimmt die Unterdeckung durch den bereits aktuell zu niedrig erhobenen Zusatzbeitragssatz in 2021 noch weiter zu. Diese niedrigen Zusatzbeitragssätze setzen aber gerade das Vorhandensein entsprechender Finanzreserven voraus, die nach Artikel 1 Nr. 11 jedoch abzuführen sind.

Für Krankenkassen, für die ein Anhebungsverbot gilt (nach diesseitigen Simulationsberechnungen wären über 45 % der GKV-Mitglieder bei einer Krankenkasse versichert, deren Vermögen zum relevanten Stichtag über der Obergrenze von 80 Prozent einer Monatsausgabe läge), besteht zum 1. Januar keine Möglichkeit, auf die steigenden Ausgaben und auf eine ggf. durch die Reform des Morbi-RSA stark veränderte Einnahmensituation zu reagieren. Die ‚Sozialgarantie 2021' sollte aber selbstverständlich nicht nur am 1. Januar 2021, sondern auch im Jahresverlauf und für den durchschnittlich erhobenen Zusatzbeitragssatz gelten. Die Anwendung des Anhebungsverbotes ohne eine Berücksichtigung der nach Artikel 1 Nr. 11 vorgesehenen Vermögensabführungen in den Gesundheitsfonds bedeutet, dass Krankenkassen erst mit Vorliegen der Rechnungsergebnisse für das 1. Quartal 2021 ihren Zusatzbeitragssatz der drastisch veränderten Finanzsituation (erhöhte Ausgaben, verminderte Einnahmen, erheblich reduziertes Vermögen) anpassen können. Wird ihnen die Möglichkeit einer moderaten Anpassung zum 1. Januar genommen, muss die unterjährige Anhebung des Zusatzbeitragssatzes umso höher ausfallen. Dies gefährdet nicht nur die weitere Realisierung der ‚Sozialgarantie 2021', sondern birgt auch das Risiko verstärkter Mitgliederverluste bei den vom Anhebungsverbot betroffenen Krankenkassen und erhöht damit die Haftungsrisiken in der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein Anhebungsverbot kann es deshalb nur für Krankenkassen geben, die auch nach Abzug der an den Gesundheitsfonds abzuführenden Finanzreserven über ein Finanzvermögen oberhalb einer Monatsausgabe verfügen.

Sofern eine Anpassung des Zusatzbeitrags zu einem nach dem 1. Januar 2021 liegenden Zeitpunkt erforderlich wird, müssen auch im Verlauf des Jahres 2021 bei der Feststellung der Vermögensverhältnisse nach § 242 Abs. 4 die nach § 272 Absatz 1 an den Gesundheitsfonds abzuführenden Finanzreserven zum Abzug gebracht werden.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 8 wird wie folgt gefasst:

„§ 242 Absatz 1 wird um folgenden Satz 5 ergänzt:

Bei der Feststellung der Vermögensverhältnisse nach Satz 4 sind die nach § 272 Absatz 1 von den Krankenkassen an den Gesundheitsfonds abzuführenden Finanzmittel, die nach § 272 Absatz 2 im Jahr 2021 mit den Zuweisungen des Gesundheitsfonds verrechnet werden, von den in den vierteljährlichen Rechnungsergebnissen ausgewiesenen Finanzreserven in Abzug zu bringen."

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9

§ 260 Absatz 2 – Betriebsmittel

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Änderung in Absatz 2 Satz 1 soll die Obergrenze für die Pflicht zum stufenweisen Abbau von Finanzreserven der Krankenkassen von einer Monatsausgabe auf das 0,8-Fache einer Monatsausgabe abgesenkt werden. Die Absenkung soll dazu führen, dass die Krankenkassen ihre insoweit als „überschüssig" definierten Finanzreserven konsequenter abbauen.

B) Stellungnahme

Die Absenkung der zulässigen Obergrenze für die Finanzreserven der Krankenkassen (Betriebsmittel und Rücklagen) auf das 0,8-fache einer durchschnittlichen Monatsausgabe nach Haushaltsplan lehnt der GKV-Spitzenverband als unsachgemäßen Eingriff in die Finanzautonomie der Krankenkassen ab, der zudem zu einer zu niedrig angesetzten Obergrenze führt.

Bereits die mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz eingeführte Obergrenze für Betriebsmittel und Rücklagen in Höhe des 1,0-fachen einer Monatsausgabe wurde zu niedrig angesetzt (siehe Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 01.10.2018, Ausschussdrucksache 19(14)0034(13), Seite 18 ff). Zwar ist es richtig, dass das Einnahmenrisiko seit dem 1. Januar 2009 auf den Gesundheitsfonds übergegangen ist. Dabei wurde jedoch außer Acht gelassen, dass die Planungsunsicherheit auf der Ausgabenseite u. a. mit der wachsenden Bedeutung zum Teil extrem teurer ‚Innovationen', insbesondere im Arzneimittelbereich, deutlich zugenommen hat.

Auf der Einnahmenseite ergibt sich mit der Einführung der sog. Manipulationsbremse durch das Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) zudem eine zum Zeitpunkt der Beratung des GKV-Versichertenentlastungsgesetzes im Deutschen Bundestag noch nicht absehbare, ab dem Haushaltsjahr 2021 dauerhaft bestehende Planungsunsicherheit für die Zuweisungen an die Krankenkassen. Welche hierarchisierten Morbiditätsgruppen (HMGs) beim Jahresausgleich des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs auszuschließen sind, lässt sich zum Zeitpunkt der Haushaltsplanaufstellung nicht vorhersehen. Wie Simulationsberechnungen mit RSA-Daten des Jahresausgleichs 2018 zeigen, ergeben sich für die einzelnen Krankenkassen stark unterschiedliche, zum Teil auch zusatzbeitragssatzrelevante Finanzwirkungen. Die mit der Weiterentwicklung des Morbi-RSA verbundene erhöhte Planungsunsicherheit sollte daher eher zu einer Erhöhung der Mindestrücklage und damit einhergehend einer Obergrenze der

Finanzreserven führen. Eine weitere Absenkung der Obergrenze von Betriebsmitteln und Rücklagen auf das 0,8-fache einer Monatsausgabe geht hingegen in die falsche Richtung und wird abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 9 wird gestrichen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10 Buchstabe a)

§ 271 Absatz 1 – Gesundheitsfonds: Sondervermögen aus Beiträgen und Bundesmitteln

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die in Absatz 1 ergänzten Sätze entsprechen weitgehend dem Wortlaut der bisherigen Absätze 4 und 5. Die redaktionelle Verschiebung soll dazu beitragen, die Vorschrift übersichtlicher zu strukturieren.

B) Stellungnahme

Die redaktionelle Anpassung ist nachvollziehbar und sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10 Buchstabe b)

§ 271 Absatz 1a – Gesundheitsfonds: Verwendung der Zusatzbeiträge

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Anpassung in Absatz 1a wird klargestellt, dass nach dem Abschluss des Einkommensausgleichs gemäß § 270a Absatz 3 ein Abweichungsbetrag der Liquiditätsreserve zugeführt werden kann.

B) Stellungnahme

Die Klarstellung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10 Buchstabe c)

§ 271 Absatz 2 – Gesundheitsfonds: Liquiditätsreserve

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung in Absatz 2 Satz 3 wird das Bezugsjahr für die Bemessung einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Gesundheitsfonds bestimmt, aus der sich die Höhe der Mindestreserve zum Ablauf eines Geschäftsjahres ergibt. Die durchschnittliche Monatsausgabe ergibt sich demnach aus dem den Krankenkassen zugesicherten Zuweisungsvolumen in dem betreffenden Geschäftsjahr.

Die bisherigen Sätze 6 bis 9 werden aufgehoben und als Absätze 4 bis 6 neu gefasst.

B) Stellungnahme

Die Ergänzung hat klarstellenden Charakter und wird als sachgerecht bewertet. Gegen die redaktionelle Verschiebung der Sätze 6 bis 9 bestehen keine Bedenken.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10 Buchstabe d)

§ 271 Absatz 3 – Gesundheitsfonds: Liquiditätsdarlehen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung in Satz 1 soll – entsprechend der Neuregelung in Absatz 1 mit Artikel 1 Nummer 10 Buchstabe a) – klargestellt werden, für welche Finanzierungszwecke die Liquiditätsreserve gebildet wird. Neben den Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich nach § 266 (Grundpauschalen und risikoadjustierte Zu- und Abschläge) zählen hierzu die Zuweisungen nach den §§ 268 (Risikopool), 270 (Zuweisungen für sonstige Ausgaben) und 270a (Einkommensausgleich).

B) Stellungnahme

Die Ergänzung ist sachgerecht, sie bildet die bisherige Rechtslage ab.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 10 Buchstabe e)

§ 271 Absätze 4-7 – Gesundheitsfonds: Entnahmen aus der Liquiditätsreserve

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der bisherige Absatz 2 Satz 6 bis 9 und die bisherigen Absätze 4 bis 6 werden in die neuen Absätze 4 bis 7, redaktionell leicht angepasst, überführt. Die redaktionellen Verschiebungen sollen dazu dienen, die Vorschrift übersichtlicher zu strukturieren. Der bisherige Absatz 6 Satz 2 entfällt, da eine Konkretisierung der Regelung in Satz 1 über die Finanzierung der Verwaltungsaufwände des Gesundheitsfonds in der RSAV bisher nicht erfolgt ist und auch nicht als erforderlich angesehen wird.

Die Absätze 4 bis 7 n. F. bilden nunmehr übersichtlich die weiteren gesetzlichen Finanzierungsverpflichtungen des Gesundheitsfonds ab, die aus der Liquiditätsreserve zu erfüllen sind, i. e.

- im Jahr 2020 die Zuführung von 225 Mio. Euro in das Zuweisungsvolumen zum Ausgleich der den Krankenhäusern im Jahr 2020 gewährten Rechnungszuschläge nach § 8 Absatz 11 KHEntgG (Absatz 4 Satz 1),
- in den Jahren 2021 bis 2023 die Zuführung von 900 Mio. Euro, 600 Mio. Euro bzw. 300 Mio. Euro in das Zuweisungsvolumen der jeweiligen Jahre zum partiellen Ausgleich der Mindereinnahmen der Krankenkassen infolge des gesetzlich geschaffenen Freibetrags für Betriebsrenten (Absatz 4 Satz 2),
- die Finanzierung der Fördermittel für den Innovationsfonds in Höhe von jährlich 100 Mio. Euro in den Jahren 2020 bis 2024 (Absatz 5),
- die Finanzierung der Fördermittel für den Krankenhausstrukturfonds in Höhe von insgesamt bis zu 2 Mrd. Euro für die Jahre 2019 bis 2024 (Absatz 6),
- die Mittel für die Verwaltung des Gesundheitsfonds inklusive der Durchführung und Weiterentwicklung des Morbi-RSA (Absatz 7).

B) Stellungnahme

Gegen die redaktionelle Umstrukturierung und geringfügigen Anpassungen der Vorschrift bestehen keine Bedenken.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 272 – Sonderregelungen für den Gesundheitsfonds im Jahr 2021

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach Absatz 1 der Neuregelung sollen den Einnahmen des Gesundheitsfonds im Jahr 2021 einmalig Mittel aus den Finanzreserven der am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen zugeführt werden. Neben der Gewährung eines ergänzenden Bundeszuschusses nach § 221a (siehe Artikel 1 Nummer 7) und der Absenkung der Vermögensgrenze für das Beitragssatzanpassungsverbot (Artikel 1 Nummer 8) soll diese Maßnahme der Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes im Jahr 2021 dienen.

Die Regelung sieht vor, dass hierfür von den Krankenkassen diejenigen Finanzreserven nach § 260 Absatz 2 Satz 1 herangezogen werden, die ausweislich der vierteljährlichen Rechnungsergebnisse des ersten Halbjahres 2020 (Statistik KV 45) zwei Fünftel (40 Prozent) der durchschnittlichen Monatsausgaben überschreiten. Von diesen insoweit als „überschüssig" definierten Reserven sollen die betreffenden Krankenkassen jeweils einen Anteil von 66,1 Prozent an den Gesundheitsfonds leisten.

Den Einnahmen des Gesundheitsfonds (und entsprechend dem festzusetzenden Zuweisungsvolumen) sollen mit dieser Maßnahme im Jahr 2021 einmalig rd. acht Milliarden Euro zugeführt werden.

In Absatz 2 wird das Verfahren der Geltendmachung der nach Absatz 1 auf die einzelnen Krankenkassen entfallenden Beträge geregelt. Nach Satz 1 berechnet das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) die Beträge und macht die Forderungen gegenüber den betreffenden Krankenkassen per Bescheid geltend. Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung sollen die Forderungen des Gesundheitsfonds gegen die Krankenkassen mit den monatlichen Zuweisungen an die Krankenkassen für das Ausgleichsjahr 2021 verrechnet werden (Satz 2). Dabei soll die Verrechnung in gleichen Teilbeträgen auf alle der Festsetzung des Betrages folgenden monatlichen Zuweisungen für das Ausgleichsjahr 2021 verteilt werden (Satz 3). Nach Satz 4 sollen Klagen gegen die Bescheide des BAS keine aufschiebende Wirkung haben.

B) Stellungnahme

Die mit der vorgesehenen Maßnahme verbundene Belastung der Beitragszahlenden in Höhe von acht Milliarden Euro – zusätzlich zu den absehbar steigenden Zusatzbeiträgen im kom-

menden Jahr – wird mit Blick auf die Höhe der ergänzenden Bundesbeteiligung als sozial unausgewogen bewertet. Auch entspricht die Maßnahme nicht der „Sozialgarantie 2021“, mit welcher konkret zugesichert wurde, die Sozialversicherungsbeiträge bei maximal 40 % zu stabilisieren, indem darüber hinaus gehende Finanzbedarfe aus dem Bundeshaushalt gedeckt werden (Ergebnis des Koalitionsausschusses vom 3. Juni 2020).

Die vorgesehene Abführung von acht Milliarden Euro aus den – in rechtlich zulässiger und wirtschaftlich vorausschauender Weise – von den Krankenkassen gebildeten Rücklagen stellt zudem einen massiven Eingriff in die Finanzautonomie der selbstverwalteten gesetzlichen Krankenversicherung dar. Die Erkenntnis, dass die Erträge wirtschaftlichen und sparsamen Handelns sowie einer im Sinne der Versichertengemeinschaft vorausschauenden, langfristigen Finanzplanung vom Gesetzgeber jederzeit für andere Zwecke vereinnahmt werden können, setzt starke Fehlanreize für zukünftiges Kassenhandeln.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 11 wird gestrichen.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 1

§ 4 Absatz 10 (neu) – Hebammenstellen-Förderprogramm

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht die Einrichtung eines dreijährigen Programmes zur Förderung des Personalaufbaus von Hebammen vor (Hebammenstellen-Förderprogramm). Finanziert werden sollen die Personalkosten von 0,5 Vollzeitstellen pro 500 Geburten in einem Krankenhaus. Vorgesehen ist auch eine Finanzierung von Personalstellen für unterstützendes Fachpersonal auf geburtshilflichen Abteilungen. Die Regelung enthält eine Reihe von Nachweispflichten für die Krankenhäuser und eine jährliche Berichtspflicht für den GKV-Spitzenverband.

B) Stellungnahme

Das vorgeschlagene Hebammenstellen-Förderprogramm zur Verbesserung der Betreuungsrelation von Hebammen und Schwangeren auf Geburtsstationen wird grundsätzlich begrüßt. Positiv bewertet wird insbesondere die zielgerichtete Förderung von Geburtskliniken, die mindestens 500 Geburten pro Jahr durchführen. Mit der Festlegung einer Mindestanzahl an Geburten wird sowohl die Erfahrung der beschäftigten Hebammen und die qualitativ hochwertige Betreuung während der Geburt weiter gestärkt als auch die Konzentration von Geburtskliniken gefördert. Um den Qualitätsaspekt und eine leitlinienkonforme Behandlung noch wirkungsvoller zu fokussieren, wäre die Förderfähigkeit auf 1,0 Vollzeitstellen bei mindestens 800 Geburten festzulegen, da bei 800 Geburten eine Fachabteilung für Geburtshilfe die in den Leitlinien geforderte Facharztpräsenz unter der Geburt deutlich besser realisieren kann. Um die Anzahl von Hebammen in Kreißsälen auch mit anderen Maßnahmen dauerhaft zu steigern, wäre beispielsweise eine fünfjährige Pflichtweiterbildung – analog zur Facharztweiterbildung – eine geeignete Maßnahme. Sicherstellungshäuser im ländlichen Raum sind durch diese Regelung in keiner Weise benachteiligt, da sie die Kosten für eine geburtshilfliche Fachabteilung inklusive der Hebammenversorgung voll ausfinanziert bekommen. Sofern bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren keine unzureichende Qualität festgestellt wurde, wird ein Defizit dieser Fachabteilung auch dann von den Krankenkassen ausgeglichen, wenn die jährliche Anzahl an Geburten unterhalb von 500 liegt.

Es ist jedoch kritisch anzumerken, dass zusätzliche Finanzierungswege, wie zeitlich begrenzte Personalförderprogramme, zunächst einem kurzfristigen Personalaufbau dienen. Entscheidend ist die Frage der anschließenden gezielten Weiterfinanzierung des neueingestellten/aufgestockten Personals. Die Nachhaltigkeit der Personalaufstockungen im geplanten Hebammenstellen-Förderprogramm kann nur geprüft werden, indem die im Gesetz angelegten Nachweispflichten auch über den Programmabschluss hinaus fortgeführt werden. Darüber hinaus ist wesentliche Voraussetzung für eine nachhaltige Verbesserung der Betreuungsrelation von Hebammen und Schwangeren auf Geburtsstationen die gesetzliche Festlegung einer Mindestpersonalausstattung. Die Einführung eines Betreuungsschlüssels von mindestens einer Hebamme zu zwei Gebärenden (1 : 2) für den Bereich der Geburtshilfe stellt hierbei eine geeignete Maßnahme dar, um zur Entlastung von Hebammen auf Geburtsstationen beizutragen, den Patientenschutz von Müttern und Kindern sicherzustellen und einem Wegfall von neu geschaffenen oder aufgestockten Hebammenstellen nach Ablauf des Förderzeitraums entgegenzuwirken. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund erforderlich, da bereits seit Herbst 2017 ein Betreuungsschlüssel von maximal zwei Gebärenden je Hebamme im Kreißsaal für freiberuflich tätige Beleghebammen (Schichtdienst) gilt. Eine äquivalente Regelung sollte auch für angestellte Hebammen von Geburtskliniken festgelegt werden, um eine gleichwertige Versorgungsqualität unabhängig vom Beschäftigungsverhältnis zu gewährleisten. Spätestens mit Ablauf des Förderzeitraums ist vom BMG daher ein minimaler Betreuungsschlüssel von 1 : 2 gesetzlich festzulegen. Hierzu ist eine Klarstellung im Gesetzestext notwendig.

Alternativ kann eine solche Regelung auch in die bereits etablierte Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) des Gemeinsamen Bundesauschusses (G-BA) integriert werden, in der bereits Vorgaben zur Geburtshilfe enthalten sind. Jedoch fehlt es an einer gesetzlichen Klarstellung, für welche Bereiche/Phasen der Geburt eine 1 : 2-Betreuung als notwendig erachtet wird. Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes sollte als relevante Präsenzzeit für geburtsbetreuende Hebammen der Zeitraum von der späten Eröffnungsphase bis zur vollständigen Geburt der Plazenta angesetzt werden. Der GKV-Spitzenverband empfiehlt eine Beauftragung des G-BA zur Überprüfung und ggf. Anpassung der Vorgaben zur Geburtshilfe in der QFR-RL. Dabei sollte die Ergänzung eines evidenzbasierten Betreuungsschlüssels im Kreißsaal für die einzelnen Phasen einer Geburt und in Abhängigkeit des Bedarfs der Gebärenden (Erst- oder Mehrgebärende, Low- oder High-risk-Schwangere) geprüft werden. Um die notwendige Transparenz über die Versorgungssituation in der Geburtshilfe zu schaffen, sind die Krankenhäuser künftig zu verpflichten, in den jährlichen Qualitätsberichten Auskunft zur Betreuungsrelation in der Geburtshilfe, differenziert nach Beschäftigungsgruppen und jeweiliger Risikogruppe der Gebärenden, zu geben.

Um diese angestrebte Verbesserung der Betreuungsrelation zu erreichen, ist der Einsatz der Fördermittel auf den Aufbau und die Aufstockungen von entsprechendem qualifizierten Fachpersonal zu konzentrieren. In diesem Zusammenhang wird die im Gesetzentwurf vorgesehene Förderung von weiterem unterstützenden Fachpersonal abgelehnt. Die Erfahrungen im Zuge der Umsetzung der Regelungen zu den Pflegepersonaluntergrenzen zeigen, dass die Möglichkeit zur Anrechnung von medizinischem Hilfspersonal auf die Einhaltung der Personaluntergrenzen zu einer Verwässerung des Betreuungsschlüssels führt. Diesen Umsetzungsfehler gilt es im hochsensiblen Bereich der Geburtshilfe zwingend zu vermeiden.

Des Weiteren bedarf es einer expliziten Klarstellung, dass die Förderfähigkeit des Hebammenstellen-Förderprogramms sich nur auf das direkte Angestelltenverhältnis der Hebamme mit dem Krankenhaus bezieht und nicht auf freiberuflich tätige Hebammen im Belegsystem. In diesem Zusammenhang muss ausgeschlossen sein, dass Einstellungen von Hebammen, die in ein Angestelltenverhältnis übernommen werden, aber bereits vorher in den jeweiligen Kliniken als freiberufliche Beleghebammen tätig waren, als förderfähig gestellt werden.

Die mit dem Hebammenstellen-Förderprogramm angestrebte Neueinstellung und Aufstockung von Hebammen und die damit einhergehende Einführung eines Betreuungsschlüssels darf zukünftig nicht zur Ausgliederung der Hebammenkosten aus den DRG und zur Einführung eines krankenhausindividuellen Hebammenbudgets in Analogie zum DRG-Pflege-Split führen. Die damit einhergehende Gefahr einer Verlagerung hebammenfremder Tätigkeiten auf Hebammen stellt einen ernstzunehmenden negativen Nebeneffekt der Ausgliederung der Hebammenpersonalkosten dar. Dass Hebammen zukünftig auch zur Reinigung der Kreißsäle eingesetzt werden, weil ihre Personalkosten vollständig GKV-finanziert sind, muss unbedingt vermieden werden. Vielmehr bedarf es der weiteren Diskussion, wie Hebammen von fachfremden Tätigkeiten entlastet werden können. Im Rahmen der weiteren Stärkung des Berufsbildes der Hebammen, insbesondere durch die Akademisierung, sollte eine gemeinsame Kommission unter Beteiligung der Fachverbände der Frage nachgehen, welche von Hebammen ausgeführten Tätigkeiten an assistierendes medizinisches und auch anderes Fachpersonal (z. B. Dokumentationskraft) delegiert werden könnten. Damit die daraus resultierenden Ergebnisse und Regeln auch Bestand haben, sollte anschließend eine Regelung eingeführt werden, nach der von den Krankenhäusern zum Nachweis der Beschäftigung zusätzlichen assistierenden Personals Konzepte vorgelegt werden müssen, aus denen hervorgeht, welche Aufgaben dieses Personal übernimmt. Diese Konzepte sollten ebenfalls Bestandteil der zwingenden Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung sein.

Dies würde ebenfalls zur Erreichung des genannten Betreuungsschlüssels erheblich beitragen. Ferner wäre es in diesem Zusammenhang sinnvoll, mit den Fachverbänden über die notwendige Betreuungsintensität einer Hebamme während der einzelnen Phasen einer (regelrechten) Geburt zu beraten und hier Definitionen/Abgrenzungen vorzunehmen.

Basierend auf den Erfahrungen der Berichtslegung zum Pflegestellen-Förder- und Hygienesonderprogramm sind zudem einige Anpassungen der Konstruktion der Förderung notwendig: So hat der GKV-Spitzenverband in den jährlich vorgelegten Berichten auf Basis der oftmals lückenhaften Informationen aus den Jahresabschlussprüfungen regelmäßig darauf hingewiesen, dass die gesetzlichen Nachweise von einem Teil der Krankenhäuser nicht oder nicht vollständig vorgelegt werden. Aufgrund dieser uneinheitlichen Informationsgrundlage ist eine Bewertung der tatsächlichen Wirkung dieser Förderprogramme bislang nur mit Einschränkungen möglich.

Die im Gesetzentwurf integrierte Rückzahlungsverpflichtung und die Einführung einer verbindlichen Frist zur Vorlage der Unterlagen bis zum 28.02. des Folgejahres sollten zur Sicherung der Nachhaltigkeit des Programmes um eine Regelung ergänzt werden, nach der die Nachweise zeitlich bis zu drei Jahre nach Abschluss des Hebammenstellen-Förderprogramms vorzulegen sind. Aus diesem Grund sind zudem nur dauerhafte Arbeitsverhältnisse mit dem Krankenhausträger zu finanzieren.

In der Gesetzesbegründung wird darauf hingewiesen, dass im Zuge der Berichterstattung durch den GKV-Spitzenverband jährlich zu überprüfen ist, ob sich die Betreuungsrelation von Hebammen zu Gebärenden im Vergleich zum Stichtag 01.01.2020 verbessert hat. Satz 14 der Neuregelung deckt die dafür erforderlichen Informationen jedoch nicht ausreichend ab. Um eine umfassende Bewertung auch der Ausgangssituation 2020 vornehmen zu können, sind entsprechende Regelungen unbedingt in den Gesetzestext aufzunehmen.

C) Änderungsvorschlag

In § 4 Absatz 10 KHEntgG wird Satz 1 wie folgt gefasst:

„Die Personalkosten, die bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von Hebammen mit einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 5 Absatz 1 auch in Verbindung mit den §§ 73 und 74 Absatz 1 des Hebammengesetzes in der Versorgung von Schwangeren in Fachabteilungen für Geburtshilfe und Gynäkologie von Krankenhäusern in den Jahren 2021, 2022 und 2023 zusätzlich entstehen, werden bis zur Höhe der Kosten für ~~0,5~~ **1,0** Vollzeitstellen pro ~~500~~ **800** Geburten in einem Krankenhaus mit mindestens 800 durchgeführten Geburten finanziert.“

In § 4 Absatz 10 KHEntgG sind die Sätze 3 und 4 zu streichen:

~~Zur Entlastung von Hebammen werden die Personalkosten, die für zusätzliche Personalstellen für Hebammen unterstützendes Fachpersonal in Fachabteilungen für Geburtshilfe und Gynäkologie in den Jahren 2021, 2022 und 2023 entstehen, finanziert, wobei die Gesamtzahl der geförderten Personalstellen für Hebammen unterstützendes Fachpersonal auf 10 Prozent der in Vollzeitkräfte umgerechneten Gesamtzahl der zum 1. Januar 2020 beschäftigten Hebammen begrenzt ist. Zum Hebammen unterstützenden Fachpersonal gehören~~

~~1. medizinische Fachangestellte, die eine Ausbildung nach der Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten abgeschlossen haben,~~
~~2. Fachangestellte, die eine Ausbildung nach der Verordnung über die Berufsausbildung zum Fachangestellten für Medien- und Informationsdienste/zur Fachangestellten für Medien- und Informationsdienste in der Fachrichtung Medizinische Dokumentation abgeschlossen haben,~~
~~3. Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger nach § 66 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Pflegeberufegesetzes,~~
~~4. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger nach § 58 Absatz 1 Satz 1 des Pflegeberufegesetzes,~~
~~5. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger nach § 66 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Pflegeberufegesetzes,~~
~~6. Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner nach dem Pflegeberufegesetz.~~

Folgeänderung: Satz 5 ist wie folgt zu ändern:

„Zur Umsetzung **von Satz 1** ~~der Sätze 1 und 3~~ vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 jährlich einen zusätzlichen Betrag."

Folgeänderung: Satz 6 ist wie folgt zu ändern:

„Voraussetzung für die Finanzierung ist, dass im Vergleich zum 1. Januar 2020 zusätzliche Stellen für Hebammen ~~oder für Hebammen unterstützendendes Fachpersonal~~ geschaffen oder dass entsprechende Teilzeitstellen aufgestockt werden.

Nach Satz 16 sind zur Verbesserung/Klarstellung des operativen Geschäftes die folgenden Sätze einzufügen:

„Die Nachweise des Krankenhauses sind bis zum Ablauf von drei Jahre nach dem Ende des Förderzeitraums zu erbringen. Das vereinbarte Arbeitsverhältnis muss den Förderzeitraum um mindestens zwei Jahre überschreiten."

Folgeänderung: Satz 17 ist wie folgt zu ändern:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich, erstmals zum 30. Juni 2022 über die Zahl der Vollzeitkräfte und den Umfang der aufgestockten Teilzeitstellen gesondert für Hebammen ~~und für das Hebammen unterstützende Fachpersonal~~, die auf Grund der Finanzierung nach **Satz 1** ~~den Sätzen 1 und 3~~ in den Jahren 2021, 2022 und 2023 neu eingestellt oder deren vorhandene Teilzeitstellen aufgestockt wurden."

Satz 18 ist wie folgt zu ändern und zu ergänzen:

„Die Krankenkassen sind verpflichtet, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die für die Berichterstattung nach Satz 17 erforderlichen Informationen über die Vereinbarungen der Vertragsparteien zur Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von nach **Satz 1** ~~den Sätzen 1 und 3~~ finanziertem Personal **sowie die Anzahl an Gebärenden auf den Stationen für Geburtshilfe im jeweiligen Förderjahr und für das Jahr 2020** zu übermitteln."

Nach Satz 19 wird folgender Satz 20 ergänzt:

„**Das Bundesministerium für Gesundheit prüft bis zum Ablauf des Förderzeitraums, ob die Maßnahmen des Förderprogramms zu einer Betreuungsrelation von Hebammen und Gebärenden von mindestens 1 : 2 geführt haben und legt ab dem Jahr 2025 eine bundesweit verpflichtende Betreuungsrelation von 1 : 2 fest.**

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)
Nr. 2

§ 5 Absatz 2a Satz 1 neuer Halbsatz – gestaffelte Zuschlagszahlungen für bedarfsnotwendige Fachabteilungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Krankenhäuser, welche die Vorgaben des G-BA gemäß § 136c Absatz 3 Satz 2 Nummer 3 SGB V erfüllen, erhalten derzeit eine pauschale Förderung von 400.000 Euro unabhängig von der Anzahl der vorgehaltenen bedarfsnotwendigen Fachabteilungen. Zukünftig sollen Krankenhäuser mit mehr als zwei bedarfsnotwendigen Fachabteilungen zusätzlich je weiterer bedarfsnotwendiger Fachabteilung einen Zuschlag von 200.000 Euro erhalten.

B) Stellungnahme

Zum Erhalt und zur Stärkung der Versorgungsstruktur im ländlichen Raum ist es sachgerecht, dass die Verteilungssystematik der Zuschlagszahlungen für bedarfsnotwendige Krankenhäuser angepasst wird. Durch den pauschalen Zuschlag von aktuell 400.000 Euro soll die Vorhaltung von basisversorgungsrelevanten Fachabteilungen gefördert werden. Allerdings erhalten die Krankenhäuser die pauschale Förderung je Standort derzeit ungeachtet der Anzahl der vorgehaltenen Fachabteilungen. Die geplante Staffelung der Zuschlagszahlungen wird einen besseren Anreiz für den Erhalt <u>aller</u> bedarfsnotwendigen Fachabteilungen schaffen (Innere Medizin, eine chirurgische Fachabteilung, Geburtshilfe und Kinder- und Jugendmedizin) und ist daher zu begrüßen. Sie sollte jedoch im Hinblick auf die Vermeidung von Mehrausgaben so modifiziert werden, dass 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 Fachabteilunge 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.

Der GKV-Spitzenverband stellt allerdings mit Besorgnis fest, dass von einigen Krankenhäusern trotz der vorhandenen Förderinstrumente anstelle einer bedarfsnotwendigen Grundversorgung finanziell attraktivere Leistungen angeboten werden. Daher sollten Fördermittel für bedarfsnotwendige Fachabteilungen von den Krankenhäusern auch zielgerichtet für die Vorhaltung dieser Versorgungsstrukturen eingesetzt werden. Beispielsweise könnte die Abfinanzierung der Pauschalförderung zielgerichtet über die Fälle in den bedarfsnotwendigen Fach-

abteilungen erfolgen. Der GKV-Spitzenverband regt darüber hinaus an, eine gesetzliche Regelung zu verankern, die es ermöglicht, von bedarfsnotwendigen Krankenhäusern die Wahrnehmung ihres Versorgungsauftrages verbindlich einzufordern. Nimmt das bedarfsnotwendige Krankenhaus seinen Versorgungsauftrag dennoch nicht wahr, sollte dieser in der zu versorgenden Region, z. B. über ein Ausschreibungsmodell, neu vergeben werden.

Sollte ein Krankenhaus, das in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 aufgenommen wurde und Anspruch auf einen Pauschalzuschlag für die Vorhaltung bedarfsnotwendiger Fachabteilungen hat, seinen sicherstellungsrelevanten Versorgungsauftrag länger als vier Wochen nicht vollumfänglich erfüllen, müssen verbindliche Meldepflichten und -fristen vorgesehen werden. Der Anspruch auf den Pauschalzuschlag entfällt in diesen Fällen anteilig der Höhe nach in Abhängigkeit des zeitlichen Umfangs der Erfüllung/Nichterfüllung des sicherstellungsrelevanten Versorgungsauftrages. Rückzahlungsverpflichtungen sind vorzusehen.

C) Änderungsvorschlag

Es ist eine gesetzliche Regelung zu verankern, die es ermöglicht, von bedarfsnotwendigen Krankenhäusern die Wahrnehmung ihres Versorgungsauftrages in Bezug auf die basisversorgungsrelevanten Fachabteilungen verbindlich einzufordern.

In § 5 Absatz 2a werden nach Satz 4 die folgenden Sätze 5, 6 und 7 angefügt:

„Erfüllt ein Krankenhaus, das in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 aufgenommen wurde, seinen sicherstellungsrelevanten Versorgungsauftrag länger als vier Wochen nicht, so hat es dies der Landeskrankenhausplanungsbehörde und den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen unverzüglich anzuzeigen. Der Anspruch auf einen Zuschlag entfällt in diesen Fällen anteilig der Höhe nach in Abhängigkeit des zeitlichen Umfangs der Nichterfüllung des sicherstellungsrelevanten Versorgungsauftrages. Die anteilige Förderung ist zurückzuzahlen.“

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 3

§ 9 Absatz 1a Nummer 6 neuer Halbsatz – Sicherstellung der Kinder- und Jugendmedizin

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Vertragsparteien auf Bundesebene (GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV)) vereinbaren jährlich bis zum 30.06. eine Liste der bedarfsnotwendigen Krankenhäuser im ländlichen Raum, welche die Regelungen des G-BA gemäß § 136c Absatz 3 Satz 2 SGB V erfüllen. Jeder der in diese Liste aufgenommenen Krankenhausstandorte erhält in dem auf die Vereinbarung folgenden Jahr eine pauschale Förderung in Höhe von mindestens 400.000 Euro und maximal 800.000 Euro in Abhängigkeit von der Anzahl der vorgehaltenen bedarfsnotwendigen Fachabteilungen. Da der G-BA am 01.10.2020 eine Ergänzung der Sicherstellungszuschläge-Regelungen um die Fachabteilung Kinder- und Jugendmedizin beschlossen hat, erhalten die Vertragsparteien auf Bundesebene den Auftrag, die Liste für das Jahr 2021 bis spätestens zum 31.12.2020 um die Krankenhäuser zu erweitern, die die Anforderungen an die Regelungen des G-BA zur Sicherstellung der Kinder- und Jugendmedizin erfüllen. Dadurch erhalten Kinderkrankenhäuser und Krankenhausstandorte mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin bereits ab dem Jahr 2021 die pauschale Förderung. Kommen die Vertragsparteien auf Bundeseben nicht zu einer Einigung, entscheidet die Bundesschiedsstelle über die Erweiterung der Liste. Krankenhausstandorte, die bereits in die am 30.06.2020 vereinbarte Liste aufgenommen wurden, werden nicht neu bewertet.

B) Stellungnahme

Der G-BA hat seit Anfang des Jahres 2020 auf Antrag des GKV-Spitzenverbandes über Kriterien für die Aufnahme der Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin als eigenständige bedarfsnotwendige Vorhaltung in die Sicherstellungszuschläge-Regelungen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V beraten. Bislang ist eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin nur zuschlagsfähig, sofern die Kriterien der Sicherstellungszuschläge-Regelungen an die Geburtshilfe erfüllt sind und beide Fachabteilungen (Kinder- und Jugendmedizin und Geburtshilfe) vorliegen. Die Beschlussfassung zur Erweiterung der Regelungen ist am 01.10.2020 erfolgt, so dass ab dem Jahr 2021 Sicherstellungszuschläge auch dann vereinbart werden können, wenn ausschließlich eine bedarfsnotwendige Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin vorliegt und die Anforderungen nach § 5 Absatz 2 Satz 4 KHEntgG erfüllt sind.

Es ist sachgerecht, Krankenhausstandorte mit einer bedarfsnotwendigen Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin bis zum 31.12.2020 ergänzend in die Liste der Krankenhäuser nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG aufzunehmen, damit diese Krankenhausstandorte bereits ab dem kommenden Jahr auch die Förderung für bedarfsnotwendige Krankenhäuser erhalten können, die unabhängig vom Vorliegen eines Defizits gezahlt wird. Um in der Fläche eine pädiatrische Versorgung wohnortnah aufrecht zu erhalten, sind perspektivisch neue Versorgungsformen erforderlich. Dazu sollten für Sicherstellungskrankenhäuser ambulante und stationäre Versorgungsanteile in integrierten Strukturen zusammengefasst werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 18 – Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß § 18 Abs. 6a SGB XI haben der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter gegenüber der Pflegekasse in ihrem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung abzugeben. Die Empfehlungen gelten hinsichtlich Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen von § 40 SGB XI dienen, jeweils als Antrag auf Leistungsgewährung, sofern der Versicherte zustimmt. Bezüglich der empfohlenen Pflegehilfsmittel wird die Notwendigkeit der Versorgung nach § 40 Abs. 1 Satz 2 SGB XI vermutet. Bis zum 31.12.2020 wird auch die Erforderlichkeit der empfohlenen Hilfsmittel, die den Zielen von § 40 SGB XI dienen, nach § 33 Abs. 1 SGB V vermutet; insofern bedarf es keiner ärztlichen Verordnung und keines besonderen Antragsverfahrens. Die geplante Neuregelung sieht vor, dass die Vorschrift über den 31.12.2020 hinaus weiter und unbefristet gelten soll.

B) Stellungnahme

Die bis zum 31.12.2020 geltende Regelung, wonach die Erforderlichkeit der im Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit empfohlenen Hilfsmittel, die den Zielen des § 40 SGB XI dienen, vermutet werden kann, hat sich in der Praxis bewährt. Eine Entfristung der Regelung wird befürwortet, da sie zur Entbürokratisierung und Verfahrensvereinfachung beigetragen hat, ohne die Versorgung der Versicherten zu beeinträchtigen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 84 – Bemessungsgrundsätze

A) Beabsichtigte Neuregelung

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen erhalten einen Vergütungszuschlag zur Finanzierung zusätzlicher Pflegehilfskräfte. Die Höhe des Vergütungszuschlags wird im Rahmen des Pflegesatzverfahrens nach § 85 SGB XI vereinbart; die näheren Vorgaben werden durch die beabsichtigten Neuregelungen des § 85 SGB XI bestimmt. Der Vergütungszuschlag wird ausschließlich durch die Pflegekasse der jeweiligen pflegebedürftigen Person getragen oder von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes erstattet.

B) Stellungnahme

Das Verfahren für die Vereinbarung und Zahlung des Vergütungszuschlages greift das bereits etablierte Verfahren der Vergütungszuschläge für die zusätzliche Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 84 Abs. 8 SGB XI und § 85 Abs. 8 SGB XI auf und wird daher begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 85 – Pflegesatzverfahren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der neu eingefügte Abs. 9 regelt die Vorgaben, nach denen die Vereinbarung des Vergütungszuschlags nach § 84 Abs. 9 Satz 1 SGB XI erfolgt. Das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal muss über eine abgeschlossene Ausbildung verfügen, die die von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und von der Gesundheitsministerkonferenz 2013 als Mindestanforderungen beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ (BAnz. AT 17.02.2016 B3) erfüllt, oder eine entsprechende berufsbegleitende Ausbildung begonnen haben. Bei niedriger qualifizierten Mitarbeitenden muss die Pflegeeinrichtung sicherstellen, dass eine entsprechende Ausbildung spätestens drei Jahre nach Vereinbarung des Vergütungszuschlags begonnen wird.

Die Höhe des Vergütungszuschlags bemisst sich bundeseinheitlich von 0,016 bis 0,036 Vollzeitäquivalente (VZÄ) je pflegebedürftiger Person in den einzelnen Pflegegraden, soll aber mindestens 0,5 VZÄ betragen. Notwendige Ausbildungsaufwendungen sollen finanziert werden, soweit dies nicht von anderer Stelle erfolgt. Die Vergütungszuschläge dürfen nur berechnet werden, sofern das entsprechende Personal über das nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Abs. 5 Satz 2 Nummer 2 SGB XI vorzuhaltende Personal hinausgeht. Bei in Ausbildung befindlichen Pflegehilfskräften ist die Differenz zwischen der Ausbildungsvergütung und dem Gehalt einer Pflegehilfskraft nur berücksichtigungsfähig, sofern die entsprechende Pflegehilfskraft beruflich mindestens ein Jahr tätig war.

Mit dem neu eingefügten Absatz 10 wird der GKV-Spitzenverband beauftragt, dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals zum 30.06.2021 und danach vierteljährlich über die Zahl des finanzierten Personals, die Personalstruktur, den Stellenzuwachs sowie die Ausgabenentwicklung zu berichten. Der GKV-Spitzenverband legt im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen das Nähere für das Verfahren zur Vereinbarung der Vergütungszuschläge sowie für den Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit fest. Die Festlegungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit im Benehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Entsprechend dem neu eingefügten Absatz 11 können die vollstationären Pflegeeinrichtungen die gesonderten Vergütungszuschläge zur Finanzierung zusätzlichen Pflegehilfskraftpersonals vorab im Rahmen eines vereinfachten Verfahrens beantragen.

B) Stellungnahme

Der mit der beabsichtigten Neuregelung vorgesehene Anspruch vollstationärer Pflegeeinrichtungen auf Finanzierung zusätzlicher Pflegehilfskräfte orientiert sich an den Ergebnissen des Projekts zur Ermittlung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 113c SGB XI. Die Projektergebnisse weisen einen Mehrbedarf vornehmlich bezogen auf Pflegehelferinnen und Pflegehelfer mit ein- oder zweijähriger Ausbildung aus, das entspricht im Projektbericht bzw. der Gesetzesbegründung dem Qualifikationsniveau (QN) 3. Gemäß der beabsichtigten Neuregelung werden im Vergleich zu den Projektergebnissen auch niedriger qualifizierte Assistenzkräfte der QN 1 oder 2 (z. B. ohne Ausbildung, aber mit 4 Monaten angeleiteter Tätigkeit oder Mitarbeitende ohne Ausbildung mit einem 2-6monatigen Pflegebasiskurs und insgesamt 1-jähriger angeleiteter Tätigkeit) gefördert, sofern sie sich bereits in einer höherqualifizierenden Ausbildung befinden oder diese spätestens 3 Jahre nach Vereinbarung des Vergütungszuschlages beginnen. Die klare Ausrichtung auf die ein- oder zweijährig ausgebildeten Pflegehilfskräfte (QN 3) in der beabsichtigten Neuregelung entspricht den Empfehlungen des Projektes und ermöglicht gleichzeitig durch den vorgesehenen flexiblen Zugang zu den Vergütungszuschlägen den Pflegeeinrichtungen bereits kurzfristig einen ersten Schritt des Pflegehilfskraftpersonalaufbaus. Gleichwohl sollte die Frist, innerhalb derer niedriger qualifizierte Kräfte die erforderliche Ausbildung zum QN 3 beginnen müssen, von 3 auf 2 Jahre verkürzt werden. Es bestünde nach wie vor ausreichend Zeit sowohl für eine Einarbeitung entsprechender neuer Mitarbeitender, als auch für die Suche und den Beginn der erforderlichen Ausbildungsmaßnahme. Abhängig von den weiteren Schritten des Roadmapprozesses zur Einführung eines neuen Personalbemessungsverfahrens könnten zudem potenzielle Überschneidungen mit möglichen weiteren gesetzlichen Schritten des Personalausbaus vermieden werden.

Insgesamt sieht die Neuregelung im Vergleich zu den im Projektbericht dargestellten Mehrbedarfen je Pflegebedürftigem der einzelnen Pflegegrade rund ein Fünftel bis ein Viertel des Mehrpersonals für die Pflegegrade 1 bis 4 und knapp die Hälfte des Mehrpersonals für den Pflegegrad 5 vor. Ein zunächst anteiliger Pauschalzuschlag für Mehrpersonal entspricht den grundsätzlichen Empfehlungen des Projektberichts zur schrittweisen Einführung eines neuen Personalbemessungsverfahrens. Die Vorgabe, dass mindestens zusätzliche 0,5 VZÄ pro Pflegeeinrichtung zu vereinbaren und zu vergüten sind, ist jedoch unpraktikabel. Da sich der

Vergütungszuschlag je nach Pflegegrad gemäß den gesetzlich vorgegebenen Personalschlüsseln (bewohnerbezogen) unterschiedlich gestaltet, ist es unklar, wie sich eine evtl. Differenz zu 0,5 VZÄ (einrichtungsbezogen) auf die Pflegegrade verteilen soll und wie hier die Vergütungszuschläge berechnet werden sollen. Diese pflegegradübergreifende Vorgabe ist nicht umsetzbar und daher zu streichen.

Die beabsichtigte Neuregelung sieht vor, dass die Pflegekassen auch die Ausbildungskosten übernehmen, soweit diese Aufwendungen nicht von einer anderen Stelle finanziert werden. Da die Finanzierung von Ausbildungsstätten weiterhin in der Zuständigkeit der Länder liegt, ist diese Regelung zu streichen.

Ebenfalls nicht nachvollziehbar ist die Vorgabe, dass bei Pflegehilfskräften, die sich im Sinne von § 85 Abs. 9 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b oder c SGB XI in einer Ausbildung befinden, die Differenz zwischen dem Gehalt einer Pflegehilfskraft und der Ausbildungsvergütung nur berücksichtigt werden kann, wenn die Pflegehilfskraft beruflich insgesamt ein Jahr tätig war. Hier ist einerseits fraglich, ob das erforderliche Berufsjahr bereits vor der Vereinbarung des Vergütungszuschlags absolviert werden musste oder während der Laufzeit des Vergütungszuschlags erbracht werden kann. Falls Letzteres zutrifft, ist andererseits fraglich, welcher Bestandteil der Vergütung dann bis zur Vollendung des erforderlichen Berufsjahres über den Vergütungszuschlag finanziert werden kann. Es wird empfohlen, diese Regelung entsprechend klarzustellen oder zu streichen.

Der GKV-Spitzenverband hat dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals zum 30.06.2021 und anschließend vierteljährlich über das durch den Vergütungszuschlag nach § 84 Abs. 9 SGB XI finanzierte Pflegehilfskraftpersonal und die Ausgabenentwicklung zu berichten. Da die Ausgaben über die amtliche Statistik PV 45 quartalsweise ausgewiesen werden und diese entsprechend für das zweite Quartal (Stichtag 30.06.) erst Mitte August vorliegen, wird angeregt, die Berichtspflicht erstmals für den 31.08.2021 vorzusehen. Sofern der Bericht bereits zum 30.06.2021 vorliegen soll, ist zu beachten, dass dann nur über das erste Quartal 2021 berichtet werden kann.

Die in Abs. 11 vorgesehene Regelung hinsichtlich eines Übergangsverfahrens zur Abrechnung von Vergütungszuschlägen, bevor eine Vereinbarung vorliegt, wird abgelehnt. Der Aufbau und die Durchführung eines solchen vorläufigen Verfahrens baut unnötige Doppelstrukturen auf und stellt das eigentliche Vereinbarungsverfahren in Frage. Zudem schafft ein Übergangsverfahren Anreize, die Vergütungszuschläge zur Finanzierung ausschließlich in diesem Rahmen festzusetzen. Hierdurch wird eine Überführung in das bestehende Verfahren der Pflegesatzvereinbarungen erschwert, welches zu einer schnellen und effizienten Umsetzung der Finanzierung der Pflegehilfskräfte beitragen würde. Ein vereinfachtes Verfahren im Sinne

einer Übergangsregelung wäre auch aufbauend auf den Strukturen der Pflegesatzverhandlung und -vereinbarung möglich. Dieses könnte in den vorgesehenen Festlegungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 85 Abs. 10 SGB XI geregelt werden.

C) Änderungsvorschlag

§ 85 Abs. 9 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe c SGB XI ist wie folgt zu fassen:

„c) für das die vollstationäre Pflegeeinrichtung sicherstellt, dass es spätestens bis zum Ablauf von zwei Jahren nach Vereinbarung des Vergütungszuschlages nach § 84 Abs. 9 Satz 1 eine berufsbegleitende Ausbildung im Sinne von Buchstabe a beginnen wird, es sei denn, dass der Beginn oder die Durchführung dieser Ausbildung aus Gründen, die die Einrichtung nicht zu vertreten hat, unmöglich ist,“

§ 85 Abs. 9 Satz 1 Nummer 2 SGB XI ist wie folgt zu fassen:

„2. zusätzliche Stellenanteile im Umfang von bis zu 0,016 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 oder 2, 0,025 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3, 0,032 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 und 0,036 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5 für den Pflegesatzzeitraum finanziert werden,“

§ 85 Abs. 9 Satz 1 Nummer 3 SGB XI wird gestrichen.

§ 85 Abs. 9 Satz 2 SGB XI ist wie folgt zu fassen:

„Bei Pflegehilfskräften, die sich im Sinne von Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b oder c in einer Ausbildung befinden, kann die Differenz zwischen dem Gehalt einer Pflegehilfskraft und der Ausbildungsvergütung berücksichtigt werden.“

§ 85 Abs. 10 Satz 1 und 2 SGB XI sind wie folgt zu fassen:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit erstmals zum 31.08.2021 und anschließend vierteljährlich über die Zahl des durch den Vergütungszuschlag nach § 84 Abs. 9 Satz 1 finanzierten Pflegehilfskraftpersonals, die Personalstruktur, den Stellenzuwachs und die Ausgabenentwicklung. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., der

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen das Nähere für das Vereinbarungsverfahren nach Abs. 9 in Verbindung mit § 84 Abs. 9 einschließlich eines Übergangsverfahrens ab Inkrafttreten der gesetzlichen Regelung sowie für seinen Bericht nach Satz 1 fest."

§ 85 Abs. 11 SGB XI wird gestrichen.

Artikel 5 (Inkrafttreten)

Absatz 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

Damit Kinderkrankenhäuser und Krankenhausstandorte mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin bereits ab dem Jahr 2021 die pauschale Förderung für bedarfsnotwendige ländliche Krankenhäuser erhalten können, erweitern die Vertragsparteien auf Bundesebene (GKV-Spitzenverband, DKG und PKV) bis zum 31.12.2020 die Liste gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 6 um diejenigen Krankenhäuser, welche die Anforderungen an die Regelungen des G-BA gemäß § 136c Absatz 3 Satz 2 SGB V zur Sicherstellung der Kinder- und Jugendmedizin erfüllen. Diese Regelung soll daher mit Wirkung vom Tag der 2. Lesung im Deutschen Bundestag in Kraft treten.

B) Stellungnahme

Für den fristgerechten Abschluss einer Ergänzungsvereinbarung zu der Liste gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 6 vom 30.06.2020 ist ein Inkrafttreten dieser Regelung mit Wirkung vom Tag der 2. Lesung im Deutschen Bundestag erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

III. Ergänzender Änderungsbedarf

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 87a Abs. 3 Satz 7 und 8 – Bereinigung der MGV wegen extrabudgetärer Vergütung

A) Derzeit geltende Regelung

Durch das TSVG wurde die extrabudgetäre Vergütung vertragsärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen bei Terminvermittlungen, bei offenen Sprechstunden und bei Neupatienten (TSVG-Konstellationen) eingeführt. Dies umfasst einerseits neue Zuschläge für vorgenommene Terminvermittlungen und andererseits die 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).

Die im Rahmen von TSVG-Konstellationen erbrachten Behandlungen betreffen zum Zeitpunkt des Inkrafttretens einen Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung von schätzungsweise jährlich rund 5 Mrd. Euro. Anders als etwaige zukünftige Mengensteigerungen sind diese bereits zuvor innerhalb der MGV angefallenen Leistungsmengen aus der MGV zu bereinigen, um eine Doppelvergütung auszuschließen. Dazu sieht das TSVG vor, dass die MGV in den KV-Bezirken um die in den ersten 12 Monaten nach Inkrafttreten der jeweiligen TSVG-Konstellation anfallenden Leistungsmengen, quotiert mit den durchschnittlichen Auszahlungsquoten der jeweiligen Arztgruppen, basiswirksam abzusenken sind. Im Ergebnis sollten die Krankenkassen jährlich rund 500 Mio. Euro zusätzlich für die bereits bislang erbrachten Leistungen in Form von Zuschlägen sowie aufgestockter Auszahlungsquoten vergüten und außerdem sämtliche zukünftigen Mengensteigerungen in diesem Bereich vollständig finanzieren, auch wenn sie über die Veränderung der Morbiditätsstruktur der Versicherten hinausgehen.

B) Stellungnahme

Sofern die bereits vor dem Inkrafttreten des TSVG erbrachten, von der Verschiebung in die EGV betroffenen Leistungen in den ersten 12 Monaten nicht in vollem Umfang anfallen, können diese nicht aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bereinigt werden. Im Ergebnis umfassen die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen dadurch nach Ablauf des Bereinigungsjahres weiterhin Finanzmittel für Leistungen, die zusätzlich extrabudgetär, und damit doppelt, vergütet werden.

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 Leistungsbedarfs für einen Zeitraum von mehreren Jahren auszugehen ist.

Zu einer Unterbereinigung kommt es im Falle des TSVG, da die Kassenärztlichen Vereinigungen strategisch ihren Ärzten empfehlen, im Bereinigungsjahr zurückhaltend zu kennzeichnen und die Kennzeichnung anschließend zügig hochzufahren. Die Unterbereinigung wird dadurch verschärft, dass die entsprechenden Leistungen in den ersten 12 Monaten durch den pandemiebedingten Fallzahlrückgang nur in reduziertem Umfang erbracht wurden. Oder sie wurden erbracht, aber nur unvollständig als TSVG-Leistungen gekennzeichnet. Letzteres ist dadurch bedingt, dass alle ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen, die aufgrund des klinischen Verdachts oder des Nachweises einer Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) erforderlich werden, gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V als nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs unmittelbar extrabudgetär vergütet werden, und die entsprechende Leistungskennzeichnung in Konkurrenz zur Kennzeichnung nach dem TSVG steht.

Insgesamt führt die unvollständige Kennzeichnung aufgrund der COVID-19-Pandemie sowie der Strategieanfälligkeit zu einer erheblichen Unterbereinigung der durch das TSVG geförderten Leistungen. Den Abrechnungsdaten ist zu entnehmen, dass der Anteil der als TSVG-Konstellation gekennzeichneten Leistungen an der abgerechneten Gesamtleistungsmenge im Halbjahr von Oktober 2019 bis März 2020 in den einzelnen KV-Bezirken zwischen 0,3 und ca. 10 Prozent beträgt und damit eine erhebliche Spreizung aufweist. Weitere Analysen der Abrechnungsdaten zeigen, dass tatsächlich nur für etwa jede zweite förderfähige Leistung auch eine extrabudgetäre TSVG-Förderung in Anspruch genommen wurde. Nach Ende des Bereinigungszeitraums wird die Kennzeichnung in diesen KV-Bezirken, insbesondere in der TSVG-Konstellation der Neupatienten, in die Höhe schnellen, um die extrabudgetäre Förderung in vollem Umfang ausschöpfen zu können. Hierdurch ergibt sich eine Doppelfinanzierung von über 2 Mrd. Euro jährlich. Dies stellt eine erhebliche, ungeplante zusätzliche und zusatzbeitragssatzrelevante Belastung der aufgrund der Pandemie ohnehin derzeit angespannten Krankenkassenhaushalte dar. Zudem wird eine starke Divergenz der vertragsärztlichen Honorare in den verschiedenen Regionen ausgelöst.

Die unsachgemäße Doppelfinanzierung des Behandlungsbedarfs hat der Gesetzgeber zwischenzeitlich anerkannt und in dem Referentenentwurf zum Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) ein Korrekturverfahren zur prospektiven Reduzierung der Doppelfinanzierung vorgesehen. Dies ist ein Schritt in die richtige Richtung, jedoch wird mit

der geplanten Ausgestaltung die Doppelfinanzierung lediglich abgemildert und nicht in vollem Umfang beseitigt, da das Korrekturverfahren lediglich für drei Quartale angewendet werden soll. Eine Nichtkorrektur der Bereinigung der MGV des dritten Quartals würde weiterhin zu unsachgemäß ausufernden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen durch eine Doppelvergütung von bestenfalls immer noch ca. 600 Mio. Euro jährlich sowie zu regionalen Divergenzen in dem betroffenen Quartal führen. Es ist nicht nachvollziehbar, warum der Gesetzgeber mit dem Wissen um die Doppelfinanzierung ein Quartal unberücksichtigt lässt. Da die Korrektur erst im vierten Quartal 2021 beginnen soll, verbliebe zudem bis dahin immer noch eine erhebliche einmalige Überzahlung in den Quartalen 4/2020 bis 3/2021 von voraussichtlich über 2 Mrd. Euro. Schließlich ist zu befürchten, dass bei einer auf der Inanspruchnahme zwischen dem vierten Quartal 2020 und dem zweiten Quartal 2021 aufsetzenden Korrektur ein erheblicher Teil der Unterbereinigung aufgrund der andauernden Pandemie nicht beseitigt werden kann.

Aufgrund der andauernden pandemischen Lage ist bis weit in das Jahr 2021 von einer unvollständigen Kennzeichnung auszugehen. Die Bereinigung sollte daher solange fortgeführt werden, bis sichergestellt ist, dass das Potenzial an TSVG-Leistungen in den einzelnen KV-Bezirken vollständig erbracht und gekennzeichnet wird und auch eine Unterbereinigung aufgrund der Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie (Fallzahlrückgang, Kennzeichnung von TSVG-Konstellationen als Leistungen im Rahmen des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs) vermieden wird. Dies kann dadurch erreicht werden, dass die Bereinigung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs bis zum vierten Quartal nach Beendigung der Kennzeichnung und Abrechnungsfähigkeit von Leistungen als nichtvorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V im Rahmen der Coronavirus-Pandemie fortgeführt wird. Das heißt auch, dass ab dem bereits abgelaufenen dritten Quartal 2020 im Rahmen der Rechnungslegung eine vollständige Bereinigung vorgenommen werden muss.

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

C) Änderungsvorschlag

In § 87a Absatz 3 werden die Sätze 7 bis 10 folgendermaßen gefasst:

"Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragspartner haben die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in den Vereinbarungen nach Satz 1 um die in Satz 5 Nummer 3 bis 6 genannten

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

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 137e Absatz 4 – Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

A) Vorgeschlagene Neuregelung

Durch das Implantateregister-Errichtungsgesetz (EIRD) wurde in § 137e Abs. 4 SGB V eine Regelung eingeführt, dass die von den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern und nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern im Rahmen der Erprobung erbrachten und verordneten Leistungen unmittelbar von den Krankenkassen vergütet werden. Es fehlen jedoch Vorgaben zu Form und Inhalt der Abrechnungsverfahren im vertragsärztlichen und stationären Bereich sowie zu den erforderlichen Vordrucken. § 137e Abs. 4 ist daher um diese Regelungen zur Abrechnung und zu Verordnungen zu ergänzen.

B) Änderungsvorschlag

Nach § 137e Abs. 4 Satz 1 wird ein Semikolon und folgender Halbsatz angefügt: "an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer können die Kassenärztliche Vereinigung gegen Aufwendungsersatz mit der Abrechnung im Rahmen der Erprobung erbrachten Leistungen beauftragen, § 295 gilt entsprechend".

Nach Satz 1 werden folgende Sätze angefügt: „Für die Abrechnung der nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser gilt § 301 entsprechend. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren das Nähere zu den im Rahmen der Erprobung erforderlichen Vordrucken."

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 197a – Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

A) Änderungsbedarf

Eine die verschiedenen Sozialversicherungszweige übergreifende Versorgung ist bisher nur für die Pflegeversicherung vorgesehen. So ermöglichen etwa die Regelungen zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V Vernetzungen mit der sozialen Pflegeversicherung über die gesetzliche Krankenversicherung hinaus. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf werden neue Möglichkeiten zur Bildung von sozialleistungsträgerübergreifenden Netzwerken geschaffen. Die Neuregelungen zielen darauf ab, die Spielräume für eine bessere Vernetzung zu erweitern.

Für die sozialleistungsträgerübergreifende Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen werden deshalb weitere gesetzliche Klarstellungen zur datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnis personenbezogener Daten an Behörden und die Träger der Sozialversicherung vorgeschlagen.

B) Begründung

Bereits mit der 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 neue Rechtsunsicherheiten zutage getreten, denen durch eine weitergehende gesetzliche Klarstellung abgeholfen werden muss. Die Unsicherheiten betreffen typische Informationsflüsse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu anderen Behörden bzw. Trägern der Sozialversicherung:

So wurde z.B. in § 197a Abs. 3 b Satz 1 Nr. 5 SGB V noch 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. In einzelnen Bundesländern, z.B. im Freistaat Bayern, müssen Informationen zur Qualifikation von Pflegedienstmitarbeitern aber z.B. auch

an die Gesundheitsämter übermittelt werden. Deshalb seien in Bezug auf beispielsweise Gesundheitsämter und Heimaufsichten sowie weitere – nach Landesrecht – zuständige Ordnungsbehörden, Klarstellungen erforderlich, vgl. auch *Grinblat/Schirmer*, SGB 03.20, S. 133, 135.

Die Notwendigkeit einer gesetzlichen Klarstellung wird im Zusammenhang mit der Bekämpfung von Fehlverhalten gerade in der außerklinischen Intensivpflege besonders offenkundig, da mit der bereits vom Deutschen Bundestag beschlossenen Neuregelung des § 132 l Abs. 7 SGB V ein Informationsaustausch zwischen Krankenkassen und den für die infektionshygienische Überwachung nach § 23 Abs. 6 und 6a des Infektionsschutzgesetzes zuständigen Gesundheitsämtern eingeführt wurde, vgl. BT-Drs. 19/20720, 22

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. Demgegenüber gestaltet sich die organisationsübergreifende Zusammenarbeit mit der Deutschen Rentenversicherung bei der Aufdeckung von aktuellen Betrugsfällen im Zusammenhang mit Erwerbsminderungsrentenanträgen, vgl. die Pressemitteilung der Deutsche Rentenversicherung Westfalen vom 25.10.2019 m. w. N., besonders problematisch.

Während die Deutsche Rentenversicherung die Auffassung vertritt, dass ein Datenaustausch gem. §§ 76 Abs. 2 Nr. 1 i.V.m. 69 SGB X möglich sei, bestehen bei den Krankenkassen, die in vielen Bundesländern kassenartenübergreifend in Arbeitsgemeinschaften zusammenarbeiten, nach wie vor Rechtsunsicherheiten. Deshalb muss auch für diese überaus praxisrelevanten Sachverhalte die gesetzliche Übermittlungsbefugnis explizit klargestellt werden.

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 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 bildet der automatisierte Datenabgleich nach § 52 SGB II. In diesen Datenabgleich sind die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen bislang nicht einbezogen. Auch in Bezug auf die Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem SGB II bzw. die Bundesagentur als Träger der Arbeitsförderung nach dem SGB III sollte deshalb eine Klarstellung gesetzlicher Übermittlungsbefugnisse erfolgen.

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. Diese 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 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 AO.

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

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

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 275c Absatz 2 SGB V – Etablierung eines Prüfquotensystems

A) Änderungsbedarf

§ 275c Absatz 2 SGB V regelt die Etablierung eines Prüfquotensystems, das den Umfang von Prüfungen des Medizinischen Dienstes (MD) generell reduziert und diesen von der Abrechnungsgüte des Krankenhauses abhängig macht. Um den für die Einstufung von Krankenhäusern in drei Prüfquotenklassen erforderlichen Vorlauf zur Bewertung der Abrechnungsgüte der einzelnen Krankenhäuser zu gewährleisten, hat der Gesetzgeber einen Übergangszeitraum vorgesehen, in dem – ausnahms- und übergangsweise – für alle Krankenhäuser eine einheitliche Prüfquote gilt. Der Übergangszeitraum dient dazu, die für die Einstufung erforderlichen komplexen organisatorischen und technischen Grundlagen zu schaffen.

Verbunden mit dieser Zielrichtung wurde folgerichtig auch für den Übergangszeitraum bereits der Quartalsbezug und das jeweils vorvergangene Quartal als Bezugsbasis eingeführt. Die Ermittlung der in einem Quartal zulässigen Prüfungen anhand der Zahl der eingegangenen Schlussrechnungen des vorvergangenen Quartals unter Anwendung der im Anwendungsquartal geltenden Quote führt zu einer Vorgabe, die die Krankenkasse im Anwendungsquartal einzuhalten und der Medizinische Dienst zu kontrollieren hat. Dabei ist es für die Anwendung der Prüfquote unerheblich, ob die Quote gesetzlich vorgegeben für vier Quartale einheitlich hoch ist oder anhand der Abrechnungsgüte des Krankenhauses ermittelt wurde und damit in den Quartalen variiert. Eine differente Betrachtungsweise des Übergangszeitraumes und des Zielzeitraumes würde zu systematischen Brüchen führen. Unnötige administrative und finanzielle Aufwände bei den Krankenkassen und den Medizinischen Diensten sowie Verwerfungen in den Auswertungen wären die Folge, die es zu vermeiden gilt.

Den in der praktischen Anwendung der Regelungen aufgetretenen Auslegungsunterschieden soll durch eine Klarstellung der Regelungen des § 275c Absatz 2 SGB V abgeholfen werden.

B) Begründung

Gegenstand der Quotierung ist die Begrenzung der MD-Prüfungen auf ein bestimmtes Maß je Quartal, wobei bestehende Regelungen zum Prüfverfahren nicht beeinflusst oder eingeschränkt werden sollen. Die im Sinne der beabsichtigten Orientierung an der Abrechnungsgüte zu treffenden Festlegungen des GKV-Spitzenverbandes müssen den Aufbau eines einheitlichen Datenmelde- und -auswertungssystems ermöglichen. Zur Umsetzung der Festle-

gungen wurden durch die Krankenkassen entsprechende, auch programmtechnisch umzusetzende Abläufe implementiert. Gleichzeitig müssen die Medizinischen Dienste die zu veröffentlichenden Auswertungen des GKV-Spitzenverbandes nutzen, um die Einhaltung der Prüfquoten zu gewährleisten. Aufwendige Prozessschritte zur Etablierung dieses neuen bundesweiten elektronischen Meldesystems benötigten entsprechenden zeitlichen Vorlauf, Testung und Fehlerverfahren zur Optimierung der Abläufe. Ein mehrfacher Wechsel der Bezugspunkte auf dem Weg zum abrechnungsgüteabhängigen Prüfquotensystem ist mit dem erforderlichen kontinuierlichen Verfahren nicht vereinbar und würde die Praktikabilität eines Quotierungssystems in Frage stellen. Zur Administration des Prüfquotensystems bedarf es stabiler und praktikabler Meldeverfahren.

B) Änderungsvorschlag

§ 275c SGB V wird wie folgt geändert:

1. Absatz 2 wird wie folgt geändert:

   a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

   „Im Jahr 2020 darf eine Krankenkasse im Quartal eine Anzahl von Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung eines Krankenhauses nach Absatz 1 durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen, die einem Anteil von bis zu 5 % der bei ihr im vorvergangenen Quartal eingegangenen Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung des Krankenhauses entspricht (quartalsbezogene Prüfquote); im Jahr 2021 gilt eine quartalsbezogene Prüfquote von bis zu 12,5 %."

   b) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

   „Maßgeblich für die Einhaltung der quartalsbezogenen Prüfquote nach Satz 1 oder Satz 4 ist die Anzahl der durch den Medizinischen Dienst gegenüber dem Krankenhaus eingeleiteten Prüfungen in einem Quartal."

2. In Absatz 4 Satz 3 Nummer 1 werden die Wörter „an allen in dem betrachteten Quartal" durch die Wörter „an allen in dem vorvergangenen Quartal" ersetzt.

Änderung des Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG

§ 10 - Landesbasisfallwertverhandlungen- Anpassung

A) Begründung

Es wird deutlich, dass die aktuellen gesetzlichen Grundlagen der Landesbasisfallwertvereinbarungen keine ausreichende Bindung zu den aktuellen gesetzlichen Corona-Maßnahmen haben. Insbesondere gilt dies mit Blick auf die Leistungsmengenentwicklung. Gemäß dem aktuellen § 10 Abs. 4 Satz 3 KHEntgG kann es bei einer coronabedingt niedrigeren Summe der effektiven Bewertungsrelationen zu einer entsprechend starken Erhöhung der Landesbasisfallwerte 2021 kommen. Es bedarf einer Anpassung des § 10 KHEntgG, die sicherstellt, dass ein Leistungsrückgang der aufgrund der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite entstanden ist, nicht zu einer Erhöhung der Landesbasisfallwerte führt. Dies schließt auch den Zeitraum, in dem die Schätzung für den Vereinbarungszeitraum gemäß § 10 Absatz 1 Satz 2 getroffen wird, mit ein. Bislang fehlt diese Regelung, was aufgrund der weiteren zu erwartenden gesetzlichen Corona-Maßnahmen zu Doppelfinanzierungen von mengenbedingten Erlösrückgängen führen würde.

Analog zu den bereits im Rahmen des Krankenhauszukunftgesetzes (KHZG) für den Fixkostendegressionsabschlag getroffenen Regelungen auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses ist für die kommenden Jahre auch eine kurzfristige Anpassung der gesetzlichen Grundlagen der Landesbasisfallwerte erforderlich. Bereits für die zeitnah stattfindenden LBFW-Verhandlungen 2021 muss aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes eine entsprechende Anpassung erfolgen.

B) Änderungsvorschlag

In § 10 Abs. 4 KHEntgG wird ein neuer Satz 4 eingefügt:

„[1]Die nach Absatz 3 vereinbarte Veränderung des Basisfallwerts darf die sich bei Anwendung des Veränderungswerts nach § 9 Absatz 1b Satz 1 ergebende Veränderung des Basisfallwerts nicht überschreiten. [2]Satz 1 gilt nicht, soweit eine Erhöhung des Basisfallwerts infolge der Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems oder der Abrechnungsregeln lediglich technisch bedingt ist und nicht zu einer Erhöhung der Gesamtausgaben für Krankenhausleistungen führt oder soweit eine Berichtigung von Fehlschätzungen nach Absatz 1 durchzuführen ist. [3]Wird aus anderen als den in Satz 2 genannten Tatbeständen eine niedrigere Summe der

effektiven Bewertungsrelationen vereinbart, kann abweichend von Satz 1 ein höherer Basisfallwert vereinbart werden, wenn dies nicht zu einer Erhöhung der Gesamtausgaben für Krankenhausleistungen führt. [4]**Satz 3 ist ausgeschlossen, wenn die niedrigere Summe der effektiven Bewertungsrelationen aufgrund der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite entstanden ist.** [5]Soweit eine Überschreitung des Veränderungswerts durch die erhöhende Berücksichtigung von befristeten Zuschlägen nach § 5 Absatz 3c im Rahmen von Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 begründet ist, ist abweichend von Satz 1 ein höherer Basisfallwert zu vereinbaren. [6]Satz 2 findet im Zusammenhang mit der Einführung und Weiterentwicklung des Pflegebudgets nach § 6a keine Anwendung.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)243(10)
zur öffentlichen Anhörung am
16.11.2020 -
10.11.2020

BMC Managed Care

Stellungnahme des Bundesverbands Managed Care e. V.

zu den im Gesetzentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (GPVG) genannten erweiterten Möglichkeiten für Selektivverträge

Grundsätzlich

Für eine patientenorientierte Gesundheitsversorgung benötigen wir Wettbewerb und Ideenpluralität. Selektivverträge folgen diesem Prinzip und geben Raum für ein kontinuierliches Streben nach einer besseren Versorgung. 20 Jahre nach Einführung der Integrierten Versorgung muss jedoch konstatiert werden, dass Selektivverträge trotz zahlreicher politischer Bemühungen nicht die erwünschte Systemwirkung erzielt haben. Trotzdem sind sie weiterhin das wichtigste Instrument zur Überwindung der Sektorengrenzen. Daher unterstützt der BMC das Ziel der Bundesregierung, die bestehenden Hemmnisse in der Besonderen (selektivvertraglichen) Versorgung zu beheben. Insbesondere folgende Defizite müssen angegangen werden:

- die restriktive Aufsichtspraxis des BAS (vormals BVA) verhindert auch sinnvolle Versorgungsansätze,
- Verträge werden meist nur zu Leistungen des SGB V geschlossen, unter Ausschluss versorgungsrelevanter Pflege-, Rehabilitations- und sonstiger Sozialleistungen,
- wenig Verträge beinhalten wirklich relevante Versorgungskonzepte,
- im Versorgungsalltag können parallele Versorgungsprozesse für Patienten unterschiedlicher Kassenzugehörigkeit kaum etabliert werden,
- es bestehen keine Anreize für die Skalierung erfolgreicher Projekte.

Die im Gesetzentwurf genannten Maßnahmen adressieren insbesondere die ersten Probleme. Sie erweitern die Rechtsgrundlage für 140a-Verträge und ermöglichen damit neue integrierte Versorgungsmodelle mit weiteren Vertragspartnern. Um der integrierten Versorgung durch Selektivverträge zum Durchbruch zu verhelfen, müssen jedoch alle o. g. Hemmnisse gelöst werden, weshalb der BMC weiterreichende Maßnahmen empfiehlt. Entsprechende Vorschläge finden sich am Ende der Stellungnahme. Zunächst sollen einzelne geplante Neuregelungen bewertet werden.

Im Einzelnen

Nr. 6 a) aa) § 140a (1) Satz 2 SGB V:

Künftig sollen nicht-ärztliche Leistungserbringer mit ihren jeweiligen Versorgungsbereichen an besonderen Versorgungsaufträgen beteiligt werden können.

→ In einem modernen Gesundheitssystem spielen viele Gesundheitsprofessionen eine zentrale Rolle, nicht ausschließlich Ärztinnen und Ärzte. Die Regelung stellt demnach eine wichtige Ergänzung der Selektivverträge dar, die nun auch mit anderen Versorgungsbereichen jenseits der vertragsärztlichen Versorgung alleine geschlossen werden können.

Nr. 6 a) bb) § 140a (1) Satz 3 neu SGB V:

Regional begrenzte Versorgungsinnovationen werden ausdrücklich mit dem Ziel ermöglicht, unterschiedliche Kostenträger und Versorgungseinrichtungen in Netzwerken zusammenzubinden.

→ Bislang forderte die Aufsicht die bundesunmittelbaren Krankenkassen dazu auf, Verträge generell bundesweit anzubieten. Regionale Begrenzungen wurden als rechtswidrige Zugangsbeschränkung für Versicherte deklariert, obwohl die Versorgungsstrukturen in ihrer Region ganz andere Lösungen erfordern. Dadurch konnten regionale Versorgungsbedarfe nicht spezifisch adressiert werden. Die gesetzliche Klarstellung, dass Versorgungsverträge regional begrenzt und damit zur Erprobung von Piloten genutzt werden können, ist daher sehr hilfreich.

Nr. 6 b) aa) § 140a (2) Satz 3 & 4 neu SGB V:

Die bisherige Anforderung zum Nachweis der Wirtschaftlichkeit von Selektivverträgen innerhalb von vier Jahren, die ohne Anlassbezug von der Aufsicht überprüft werden kann, entfällt. Zugleich wird festgelegt, dass bereits geförderte Innovationsfondsprojekte per gesetzlicher Fiktion die Anforderungen an Besondere Versorgung erfüllen und damit auch nach Ende des Förderzeitraums als 140a-Verträge fortgesetzt werden können.

→ Die bisherige Form des Wirtschaftlichkeitsnachweises nach vier Jahren und die restriktive Prüfungspraxis der Aufsicht stellt eine für viele Versorgungsverträge unüberwindbare Hürde dar. Es ist daher sehr sinnvoll, diese Anforderung zu streichen. Mit Blick auf die Praxis vieler Kassen, Verträge freiwillig zur Vorab-Prüfung vorzulegen, ist sie allerdings nicht hinreichend (siehe unten: „Zusätzlicher Handlungsbedarf“).

→ Der BMC begrüßt, dass die Bundesregierung Innovationsfondsprojekten eine Perspektive für die Finanzierung nach Ende der Förderdauer eröffnen will. Eine Fortführung der Projekte als Selektivvertrag kann jedoch allenfalls eine temporäre Brücke darstellen. Nicht nur profitieren davon nur jene Projekte, die tatsächlich auf einem 140a-Vertrag basieren. Vor allem war und ist das Ziel des Innovationsfonds, neue Versorgungsformen für die Regelversorgung zu erproben und im Erfolgsfall allen Versicherten zur Verfügung zu stellen. Eine dauerhaft selektivvertragliche Versorgung würde nur einem Teil der Versicherten zugutekommen und den hohen Mitteleinsatz des Fonds infrage

stellen. Sie ist zudem auch nicht im Sinne der Projektkonsortien, die den beachtlichen Aufwand für die Erprobung neuer Versorgungsformen nur mit Aussicht auf ihre Aufnahme in den Kollektivvertrag eingegangen sind.

Nr. 6 b) bb) § 140a (2) Satz 7 neu SGB V:

Bei Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen können sich Vertragspartner künftig unterstützen und auch Dritte beauftragen.

→ Die Beauftragung Dritter wurde von der Aufsicht bislang regelmäßig mit Verweis auf eine fehlende Abgrenzung der Aufgaben zwischen Versorgung und Verwaltung beanstandet. Diese restriktive Praxis verhinderte Gesamtlösungen von Versorgung, Versorgungsmanagement und Beratung. Daher stellt die Neuregelung eine wichtige Ergänzung für umfassende Versorgungskonzepte dar.

→ Darüber hinaus wäre eine Klarstellung des Gesetzgebers wünschenswert, dass die Krankenkassen im Rahmen des Selektivvertrags ihre Routinedaten als anonymisierte Sozialdaten mit den Vertragspartnern nach § 140a teilen dürfen, z. B. um Versorgungsprobleme analysieren zu können oder Lösungen zu erarbeiten, mindestens aber die Wirkung des laufenden Projekts überwachen zu können. Bislang interpretiert das BAS die geltenden Regelungen dazu sehr restriktiv, was zu Unsicherheit bei Krankenkassen führt.

Formulierungsvorschlag für eine Ergänzung:
„Krankenkassen dürfen die für den Zweck eines Versorgungsvertrages erforderlichen anonymisierten Sozialdaten der mit dem Vertrag adressierten Versichertenpopulation mit den Vertragsparteien nach § 140 a SGB V teilen.“

Nr. 6 c) aa) aaa) § 140a (3) Satz 1 Nr. 3a neu SGB V:

Versicherungsübergreifende Versorgungsformen und eine Beteiligung an Versorgungsinnovationen anderer Träger (bspw. kommunaler Einrichtungen der Sozial- und Jugendhilfe) wird ermöglicht.

→ Wesensmerkmal der integrierten Versorgung ist eine nicht nur sektoren-, sondern auch trägerübergreifende Zusammenarbeit, die sich am komplexen Versorgungsbedarf der Patienten statt an bestehenden Silos der Sektoren orientiert. Daher ist die Neuregelung eine wichtige Ergänzung, die künftig trägerübergreifende Verträge mit allen für die Versorgung benötigten Akteuren ermöglicht.

Nr. 6 a) cc) § 140a (1) Satz 4 neu i.V.m. Nr. 5 § 137g (2) SGB V:

Altverträge nach §§ 73a, 73c und 140a SGB V müssen bis zum 31.12.2024 in die neue Vorschrift überführt oder beendet werden. Für bestehende DMP-Verträge erfolgt keine erneute Prüfung oder Anpassung.

→ Die Zusammenführung aller Selektivverträge unter dem neuen Rechtsrahmen erscheint fünf Jahre nach den Änderungen durch das GKV-VSG gerechtfertigt. Dass bestehende DMP-Verträge dabei zu keiner erneuten Prüfung verpflichtet werden, begrenzt zusätzliche Bürokratie und verhindert Versorgungslücken durch mögliche Verzögerungen bei der erneuten Zulassung. Diese Regelung sollte jedoch nicht auf DMP-Verträge begrenzt bleiben, sondern alle Altverträge umfassen. Anderenfalls drohen hier Nachverhandlungen oder die Beendigung laufender Verträge zulasten von Vertragspartnern, die bereits Investitionen für die gesamte Laufzeit der Verträge geleistet haben. Eine durch die erneuten Prüfungen ausgelöste Beendigung bestehender Selektivverträge kann nicht im Sinne des Gesetzgebers sein.

> Formulierungsvorschlag für eine Ergänzung:
>
> „Verträge, die nach den §§ 73a, 73c und 140a in der am 22. Juli 2015 geltenden Fassung geschlossen wurden, sind spätestens bis zum 31. Dezember 2024 in Verträge nach dieser Vorschrift zu überführen. Für die unveränderte Überführung besteht keine Anpassungs- oder erneute Vorlageverpflichtung."

Zusätzlicher Handlungsbedarf

Selektivverträge funktionieren nur, wenn sie neben der Politik auch von den an der Versorgung Beteiligten angestrebt werden. Zwar sind die o.g. Maßnahmen geeignet, den Abschluss von Selektivverträgen zu vereinfachen, weiterhin bleiben aber strukturelle Hemmnisse bestehen, die den Erfolg der IV-Verträge seit nunmehr 20 Jahren verhindern. Der BMC plädiert dafür, über den Referentenentwurf hinaus weitere Verbesserungen konsequent anzugehen:

- Eine tief verwurzelte Angst der Prüfer im Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) vor falschen Entscheidungen führt zu einer sehr restriktiven Prüfungspraxis, die Innovationen und neue Denkansätze im Keim erstickt. In der Erwartung kritischer Bewertungen durch das BAS legen viele Krankenkassen daher ihre Selektivverträge dem Amt freiwillig zur Vorabprüfung vor, um sich haftungsrechtlich abzusichern. Zwar ist die im Referentenentwurf geäußerte deutliche Kritik an der Prüfungspraxis des BAS erfreulich. Die Klarstellung, dass es keinen Genehmigungsvorbehalt für Selektivverträge gibt, bleibt in diesem Setting dennoch wirkungslos. Vielmehr muss sich der erkennbare politische Wille nach einer flexibleren Anwendung der § 140a-Verträge auch im gesetzlichen Auftrag an das BAS zur Rechtsaufsicht über die Krankenkassen widerspiegeln. Um einheitliche Wettbewerbsbedingungen zu schaffen, muss die BAS-Prüfpraxis zudem mit jener der Aufsichtsbehörden der Länder harmonisiert werden.

- Es fehlen grundlegende Anreize für potenzielle Vertragspartner, sich an Selektivverträgen zu beteiligen. Leistungserbringer haben keinen Anreiz, wohl aber zusätzlichen organisatorischen und bürokratischen Aufwand, wenn sie verschiedenen Selektivverträgen beitreten, um sie ihren Patienten je nach Kassenzugehörigkeit anzubieten. Krankenkassen konkurrieren nach wie vor überwiegend über den zu zahlenden Zusatzbeitrag, weshalb kurzfristiger Aufwand für die Anbahnung eines Selektivvertrags nur dann gerechtfertigt werden kann, wenn überproportionale Einsparungen in der Zukunft unmittelbar der einzelnen Kasse zugutekommen. Denkbar wäre eine dezidierte Zielquote für Selektivverträge etwa analog zu den „Sustainability and Transformation Partnerships" in Großbritannien. Bspw. wäre eine Vorgabe bis 2025 möglich, bis zu der ein Mindestanteil aller Versicherten einen passenden populations- und outcomeorientierten Selektivvertrag angeboten bekommen haben muss. Der Beitritt selbst sollte in der selektivvertraglichen Versorgung weiterhin freiwillig bleiben.
- Sind Versorgungskonzepte erfolgreich, bleibt ihre Skalierung bspw. durch Erweiterung des Selektivvertrages auf weitere Kostenträger wegen fehlender Anreize oft aus. Für Krankenkassen sind diese eine der wenigen Möglichkeiten für eine wettbewerbliche Abgrenzung zur Konkurrenz. Warum sollten sie einem Selektivvertrag einer anderen Kasse beitreten bzw. den Beitritt eines Wettbewerbers zulassen, der ihr Alleinstellungsmerkmal schmälert? Denkbar wäre hier ein gesetzlicher Anspruch für Versicherte gegenüber ihrer Krankenkasse, nach einer Karenzzeit von einigen Jahren auch Leistungen von Selektivverträgen anderer Kassen in Anspruch nehmen zu können, wenn sich diese als sinnvoll erwiesen haben. Damit müsste auch die ohnehin sinnvolle regelhafte Evaluation von Selektivverträgen einhergehen.

Der BMC unterstützt den Prozess zur Weiterentwicklung der integrierten Versorgung und ist über den Gesetzentwurf hinaus gern bereit an der Entwicklung tragfähiger Lösungen mitzuwirken.

Berlin, 09. November 2020

Bundesverband Managed Care e. V.

Vorstand: Prof. Dr. Volker Amelung, Dr. Susanne Eble, Ralf Sjuts,
Thomas Ballast, Dr. h.c. Helmut Hildebrandt, Franz Knieps, Ralph Lägel

Friedrichstr. 136 | 10117 Berlin | Tel. 030 - 28 09 44 80 | E-Mail: bmcev@bmcev.de | www.bmcev.de

caritas

Deutscher
Caritasverband e.V.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)243(11)
zur öffentlichen Anh. am
16.11.2020 -
10.11.2020

Eva Welskop-Deffaa
Vorstand für Sozial- und Fachpolitik

Postfach 4 20, 79004 Freiburg
Karlstraße 40, 79104 Freiburg
Telefon-Zentrale 0761 200-0

Ihre Ansprechpartnerin

Dr. Elisabeth Fix
Telefon-Durchwahl 030 284 447-46
Telefax 030 284 44788-88
elisabeth.fix@caritas.de

Datum 10. November 2020

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG) – BT Drs. 19/23483

Zusammenfassende Bewertung

Das Versorgungsverbesserungsgesetz (GPVG) stellt aus Sicht der Caritas wichtige Weichen für eine bessere pflegerische und medizinische Versorgung. Der Deutsche Caritasverband kommentiert die unterschiedlichen Regelungsbereiche gemeinsam mit seinen Fachverbänden Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (kkvd), Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V. (VKAD), Bundesverband Caritas Suchthilfe e.V. (CaSu), Caritas Bundesverband Kinder- und Jugendreha e.V. (CKR) sowie die Katholische Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung (KAG Müttergenesung). Das Gesetz schafft auch Regelungen im Hinblick auf pandemiebedingte Sondertatbestände. Der Caritasverband begrüßt, dass mit dem Gesetz beim Pflegeunterstützungsgeld die Folgen der Pandemie berücksichtigt werden, er dringt allerdings mit Nachdruck darauf, auch in anderen Bereichen – insbesondere bei den Schutzschirmen für die Rehaeinrichtungen und die Pflegeeinrichtungen – die entsprechenden notwendigen Regelungen zu schaffen. Insbesondere für den Ausgleich der mit der Umsetzung der Nationalen Teststrategie verbundenen Personalmehrkosten muss eine bundeseinheitliche Lösung gefunden werden. Der Schutz besonders vulnerabler Personengruppen ist eine originäre Aufgabe im Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

Zusammenfassend bewerten wir die zentralen Punkte des Gesetzentwurfs, wie folgt:

1. Die **Schaffung zusätzlicher Pflegehilfskraftstellen** ohne weitere Belastung der Eigenanteile der pflegebedürftigen Menschen wird als ein erster Schritt zur Überbrückung bis zur Umsetzung eines in der Altenhilfe dringlich einzuführenden Personalbemessungssystems gesehen und insoweit begrüßt. Angesichts schwankender Belegungsstrukturen sollte der Stellenanteil nicht nach Pflegegraden bemessen werden, sondern anhand von Platzzahlen entsprechend des Sofortprogramms für Pflegekräfte gemäß § 8 Absatz 6 SGB XI. Es wird begrüßt, dass das über den Vergütungszuschlag zu finanzierende zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal nun das Qualifikationsniveau von QN 3 erfül-

Herausgegeben von
Deutscher Caritasverband e.V.
Eva Welskop-Deffaa
Vorstandsbereich Sozial- und Fachpolitik

len muss bzw. sich auf Niveau QN 3 nachqualifizieren lassen muss. Der Deutsche Caritasverband setzt sich in diesem Zusammenhang nochmals für eine bundeseinheitliche Regelung der Assistent_innenausbildung auf das Niveau QN 3 ein. Dafür könnte die Fachkommission nach § 53 PflBG Rahmenvorgaben schaffen. Nachbesserungsbedarf sehen wir bei den Fristen für die Weiterqualifizierung der Pflegekräfte nach QN 1 und QN 2. Deren berufsbegleitende Qualifizierung sollte zum frühestmöglichen Zeitpunkt, jedoch spätestens zum Ablauf des ersten Jahres nach Vereinbarung des Vergütungszuschlags begonnen sein.. Ein möglichst früher Ausbildungsbeginn minimiert die Gefahr , dass Auszubildende und Träger erst zu Beginn des dritten Jahres feststellen, dass die betreffende Person für eine Ausbildung zur Pflegehilfskraft ungeeignet ist oder ein Abbruch droht.

2. Die Caritas begrüßt ausdrücklich die weitere **Verlängerung der Schutzschirm-Maßnahmen für die Pflegeeinrichtungen nach § 150 SGB XI** bis zum 31.3.2020, der DCV hat dies in den letzten Wochen mit Nachdruck gefordert**.** Insbesondere in der Tagespflege zeichnet sich aufgrund des Abstandsgebots und der Hygieneregelungen ein wesentlich geringerer Auslastungsgrad ab, der zu Mindereinnahmen geführt hat und weiterhin führen wird. Mindereinnahmen sind auch in der vollstationären Pflege zu verzeichnen, wenn z.B. Doppelzimmer aufgrund von Quarantäne oder Kohortierung nicht belegt werden können. Neben den Mindereinnahmen kommt es auch weiterhin zu Mehraufwendungen. Diese entstehen z.B. für Schutzmaßnahmen, Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen sowie für den aufgrund des Abstandsgebots und kleinerer Gruppen- oder Kohortenbildung erforderlichen zusätzlichen Personaleinsatz. Es hat sich herausgestellt, dass **Einrichtungen, die pflegerische Leistungen rein über das SGB V erbringen** wie z.B. einige Intensivpflegedienste, psychiatrische Krankenpflegedienste, SAPV-Pflegedienste oder Familienpflegedienste nicht vom Schutzschirm erfasst wurden, obwohl sie die gleichen Probleme wie Pflegedienste nach dem SGB XI hatten und vergleichbare Leistungen wie die SGB XI-Einrichtungen erbringen. Diese Ungleichbehandlung gilt es durch eine klarstellende gesetzliche Regelung endlich zu korrigieren.

3. Der DCV und seine Fachverbände für Rehabilitation (kkvd, CaSu, CKR und die KAG Müttergenesung) begrüßen nachdrücklich, dass im Rahmen eines Änderungsantrags zum GPVG nun für die **Mehraufwendungen und Mindereinnahmen der Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen** eine **Vereinbarungslösung** rückwirkend zum 1.10.2020 geschaffen wird. Diese Regelung kann aufgrund ihres paradigmatisch zielgenauen Charakters grundsätzlich als Vorbild für zukünftige Pandemieschutzregelungen angesehen werden.

4. Die Versorgung in den Rehabilitations- und Vorsorge-Einrichtungen kann derzeit nur im eingeschränkten pandemiebedingten Regelbetrieb stattfinden, sodass es in vielen Einrichtungen aufgrund geringerer Auslastungsquoten zu erheblichen Mindereinnahmen kommt. Das GVPG tritt jedoch erst zum 1.1.2021 in Kraft. Da Verhandlungen mit den Krankenkassen erst zu diesem Zeitpunkt aufgenommen werden können und Ergebnisse erst mit einiger zeitlicher Verzögerung vorliegen, besteht die **Gefahr einer Insolvenz vor allem der kleineren Einrichtungen.** Um dies zu vermeiden**,** ist es **dringend erforderlich, die Norm des § 111 Absatz 5 auf den Zeitraum vom 1.1.2021 bis zum**

31.3.2021 mit einer Verlängerungsmöglichkeit zum 31. Dezember 2021 zu begrenzen und gleichzeitig für den Zeitraum vom 1.10.2020 bis zum 31.12.2020 den Ausgleichsmechanismus nach § 111d zu verlängern.

5. Im SGB V-Bereich begrüßt der Deutsche Caritasverband mit Nachdruck die innovativen Neuregelungen zu den **Selektivverträgen nach § 140a**. Besonders positiv zu bewerten ist die **Einbeziehung anderer Gesundheitsfachberufe** als der ärztlichen Leistungserbringer sowie die Ermöglichung **regionaler Innovationen**. Ein großes Potenzial zur Vermeidung von Versorgungsbrüchen insbesondere bei vulnerablen Patient_innengruppen bietet zudem die Möglichkeit, **Verträge mit anderen Sozialleistungsträgern** zu schließen, wie z.B. mit den Leistungsträgern des SGB VIII oder SGB XII. Für die vorgesehene Zulassung von nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer sollte eine klare Ausnahmeregelung für die in Frage kommenden Fallkonstellationen formuliert werden.

6. Der **Sicherstellungszuschlag für Kinderkliniken und –fachabteilungen** wird nachdrücklich begrüßt, um den drohenden und schon eingetretenen Versorgungsengpässen in der pädiatrischen stationären Versorgung entgegenzuwirken. DCV und kkvd setzen sich dafür ein, auch das **Instrument der Besonderen Einrichtungen** für die stationäre Kinder- und Jugendmedizin nutzbar zu machen.

7. Das **Hebammenförderprogramm** ist ebenfalls ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der Versorgung mit Geburtshilfe. Allerdings sollte beim Förderprogramm ein Schlüssel **von 1 VZ auf 500 Geburten** statt des hier vorgesehenen Schlüssels 0,5 VZÄ auf 500 Geburten angestrebt werden. Zudem sollte die **starre Begrenzung auf 500-Schritte** durch Einführung von Zwischenschritten modifiziert werden, und es sollten nicht ausgeschöpfte Fördermittel auch über die Förderperiode von 2021 bis 2023 hinaus abgerufen werden können. Dringend gestrichen werden muss die Regelung, wonach **Pflegefachkräfte zur Entlastung von Hebammen** im Kreißsaal eingesetzt werden können. Dies ist vor dem Hintergrund des gravierenden Fachkräftemangels in der Pflege nicht verantwortbar.

8. Wie schon in mehreren Stellungnahmen dargelegt, setzen wir uns zur Verbesserung der Versorgung von Patient_innen in meist sehr vulnerablen und prekären Lebenssituationen mit **Familienpflege/Haushaltshilfen** dafür ein, dass diese Dienste wirtschaftlich betrieben werden können. Dazu ist es notwendig, wie in allen anderen Bereichen des SGB V und SGB XI üblich, auch in § 132 SGB V die Anerkennung der Tarifbindung in den Vergütungsverhandlungen gesetzlich zu verankern.

9. **Nachbesserungsbedarfe sehen wir auch im Bereich der Eingliederungshilfe**: Zum einen sind durch die Änderungen im TSVG **Verträge**, die Einrichtungen zur Betreuung und Versorgung von Kindern mit Heilmitteln auf Landesebene abgeschlossen haben und auf deren Grundlage sie Heilmittelerbringer beschäftigen, mit Verweis auf die neue Rechtlage des § 125 SGB V gekündigt worden. Diese Lücke muss rechtssicher geschlossen werden. Des Weiteren sollte Einrichtungen der Eingliederungshilfe die Möglichkeit gegeben werden, analog zur Erbringung von Kurzzeitpflege im Einzelfall auch **Tages- und Nachtpflege** erbringen zu können gegeben werden. Dies könnte Familien mit Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit schwerstmehrfacher Behinde-

rung, die in vielerlei Hinsicht unter großen Belastungen leiden, wirksam entlasten. Des Weiteren weisen wir darauf hin, dass für die **pandemiebedingten Mehraufwendungen** in Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie für die Durchführung der Antigen-Schnelltests dringend eine Finanzierungsgrundlage zu schaffen ist.

10. Die positiven und bewährten pandemiebedingten Regelungen zur **Flexibilisierung von Pflegezeit und Familienpflegezeit** sollten während der Pandemie fortgelten und über die Pandemie hinaus verstetigt werden, solange der Gesetzgeber das Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetz noch nicht zu einer einheitlichen Pflegekarenz zusammengeführt hat, was wir nachdrücklich empfehlen.
11. Wir begrüßen, dass mit diesem Gesetz die bestehende pandemiebedingte **Finanzierungslücke in der GKV** geschlossen werden soll. Unterstützt wird auch das Ziel der weiteren Stabilisierung des Zusatzbeitrags. Für ungeeignet halten wir jedoch das hierfür gewählte Mittel einer weiteren Abschmelzung der Finanzreserven der Krankenkassen.

B. Zu den Regelungen im Einzelnen

Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 32 Genehmigungsverfahren bei Heilmittelverordnungen

Der Verzicht auf das Genehmigungsverfahren der Krankenkassen für Heilmittelverordnungen erleichtert den Versicherten den Zugang zu Leistungen und wird daher begrüßt.

§ 125 Heilmittelverträge

Aus verfahrenstechnischen Gründen wird das Inkrafttreten der neuen bundesweiten Heilmittelverträge auf der Grundlage des § 125 SGB V auf den 1.1.2021 verschoben.

Der Deutsche Caritasverband und sein Fachverband Caritas Behindertenhilfe Psychiatrie weisen in diesem Kontext auf einen wichtigen Ergänzungsbedarf hin. Mit dem Terminservice-und Versorgungsgesetz ist die Vertragskompetenz im Heilmittelbereich grundsätzlich auf die Bundesebene verlagert worden. Bestehende Verträge auf der Landesebene, die zur Heilmittelversorgung von Kindern mit Behinderung, die in Kitas, Schulen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe durch Anstellung von Heilmittelerbringern im multiprofessionellen Team geschlossen wurden, haben mit Verweis auf die neue Rechtslage ihre Gültigkeit verloren. Daher wurden sie von den Krankenkassen, wie z.B. in NRW und Rheinland-Pfalz, gekündigt. Wir bitten den Gesetzgeber, diese sicher durch die Neuregelung nicht-intendierte Wirkung aufzuheben und wieder eine rechtssichere Grundlage für das Fortgelten der bestehenden und in der Praxis sehr bewährten Verträge zu schaffen. Der Bundesrat hatte in seiner Stellungnahme zum GKV-FKG bereits auf diesen Punkt hingewiesen und gefordert, eine Rechtsgrundlage zu schaffen, die ergänzend zu den Bundesverträgen sowohl für bewährte regionale Verträge als auch für die Fortgeltung der Verträge zur Versorgung von behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen eine sichere Rechtsgrundlage geschaffen werden sollte.

Änderungsbedarf:

In § 125 Absatz 7 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können auch weitere Verträge schließen, die ergänzend zu den Verträgen nach Absatz 1 zur Sicherstellung der Versorgung unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten und für Bedarfe von Menschen mit Behinderung erforderlich sind. "

§ 140a Besondere Versorgung

Der Deutsche Caritasverband begrüßt nachdrücklich den Ansatz des Gesetzes, Selektivverträge als Erprobung innovativer Ansätze für die Überführung in die Regelversorgung auszubauen, die intersektorale und interprofessionelle Versorgung zu stärken und Versorgungsformen zu flexibilisieren.

Absatz 1: Einbeziehung weiterer Gesundheitsfachberufe in die Selektivverträge

Sehr positiv bewertet wird, dass neben den vertragsärztlichen Leistungserbringern gemäß § 140a Absatz 1 Satz 2 künftig auch nicht-ärztlichen Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften besondere Versorgungsformen in Abweichung der für sie geltenden Bestimmungen in der Regelversorgung der Krankenkassen ermöglicht werden. Diese Regelung befördert die Erprobung neuer interprofessioneller Versorgungsformen zur Behebung von Versorgungsdefiziten und Lücken in den Versorgungsketten der Patient-innen und kann so einen wertvollen Beitrag zur dringend gebotenen neuen Aufgabenteilung zwischen den Gesundheitsfachberufen leisten.

Der Deutsche Caritasverband begrüßt auch nachdrücklich, dass die Selektivverträge regionale Versorgungsinnovationen abbilden können. Dies hatte der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum Fairen-Kassenwettbewerb-Gesetz gefordert, und die Caritas hatte diese Forderung mit Nachdruck unterstützt.

Absatz 2: Fiktionsregelung Innovationsfondsprojekte

Selektivverträge sollten vornehmlich die Funktion erfüllen, Versorgungsinnovationen zu erproben mit der Stoßrichtung, sinnvolle Ansätze in die Regelversorgung und somit in das Kollektivvertragsystem zu überführen. Vor diesem Hintergrund wird die Fiktionsregelung begrüßt, dass neue sektorenübergreifende Versorgungsformen, die vom Innovationsausschuss gefördert werden und in der Regel über § 140a-Verträge umgesetzt werden, grundsätzlich das Potenzial haben, in die Regelversorgung aufgenommen zu werden. Nicht befürwortet wird die Streichung der Prüfung des Wirtschaftlichkeitsgebots der Selektivverträge, gerade vor dem Hintergrund der Übertragung in die Regelversorgung.

Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass angesichts der angepassten Laufzeit des Innovationsfonds auf das Jahr 2024 auch die wissenschaftliche Evaluation der Förderungen verlängert werden sollte.

Änderungsbedarf

§ 92a Absatz 5 Satz 3 soll ergänzt werden:

„Einen ~~abschließenden~~ **ersten** Bericht über das Ergebnis der wissenschaftlichen Auswertung legt das BMG dem Deutschen Bundestag zum 31.3.2022 vor, **einen abschließenden Bericht zum 31.3.2026**.

Absatz 3 Nummer 3a: Selektivverträge mit anderen Sozialleistungsträgern

Besonders positiv hervorzuheben ist das Ziel, künftig auch Sozialleistungsträger außerhalb des SGB V in Selektivverträge einbinden zu können (§ 140a Absatz 3 neue Nummer 3a SGB V). Dadurch können Versorgungsbrüche, die unserem fragmentierten Sozialsystem inhärent sind, besser vermieden werden. Große Potenziale sozialträgerübergreifender Verträge sehen wir im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vulnerabler und sozial benachteiligter Patient-innengruppen wie Kindern und Jugendlichen, die z.B. SGB VIII-Leistungen beziehen, Menschen mit Migrationshintergrund, Geflüchteten oder Menschen mit illegalem Aufenthaltsstatus, arbeitslosen Menschen im SGB II-Leistungsbezug sowie Sozialhilfeempfänger-innen im Bereich des SGB XII. Deren gesundheitliche Ressourcen und soziale Fähigkeiten gilt es zu stärken, was nur durch einen sozialleistungsübergreifenden Ansatz gelingen kann. Insoweit stellt die Neuregelung des Referentenentwurfs einen Meilenstein hin zu einem in unserem Sozialsystem generell notwendigen Paradigmenwechsel dar.

Absatz 3 Nummer 3b: Beteiligung der PKV

Kritisch bewerten wir die Beteiligung der privaten Kranken- und Pflegeversicherungen an Selektivverträgen, die von der GKV entwickelt werden und denen die PKV beitreten kann, da die PKV an den Gestehungskosten der innovativen Verträge nicht beteiligt ist, sondern nur von den Versorgungsinnovationen profitieren würde.

Absatz 3b: Verträge mit nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern

Verträge nach dem SGB V sollten grundsätzlich nicht mit nicht-zugelassenen Leistungserbringern geschlossen werden, da die Qualitätssicherung in diesem Fall nicht gewährleistet ist. Die Gesetzesbegründung zielt darauf ab, dass dies Fälle von nicht erfolgreichen Behandlungsversuchen zugelassener Leistungserbringer, z.B. im Falle seltener Erkrankungen, umfassen könne. Gerade bei seltenen Erkrankungen, die eine hochspezialisierte Diagnostik erfolgen, sollte die Behandlung nur durch zugelassene Leistungserbringer erfolgen.

Änderungsbedarf

Streichung von Absatz 3b Satz 3.

Steuerzuschuss und Anpassung des Zusatzbeitrags zur Deckung der durch COVID 19 verursachten Mindereinnahmen in der GKV (§§ 221a, 242, 260, 271 und 272)

Der Deutsche Caritasverband begrüßt die Sonderregelung eines zusätzlichen Bundeszuschusses aus Steuermitteln zur Deckung der durch Mindereinnahmen entstandenen Liquiditätslücke in der GKV. Insgesamt besteht durch die Pandemie bedingten Mindereinnahmen und Mehrausgaben für die Jahre 2020 und 2021 voraussichtlich ein Defizit von 16,6 Mrd. Euro in der GKV. Dies soll durch einen Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds in Höhe von 5 Mrd. durch Abschmelzen der Reserven der Krankenkassen und Überführung der Mittel in den Gesundheitsfonds in Höhe von 8 Mrd. und die Begrenzung der Anhebung des durchschnittlichen

Zusatzbeitrags auf 0,2 Prozent gedeckt werden. Zur Verbesserung der Liquiditätssituation des Gesundheitsfonds hat der Bund bereits im Juli im Rahmen des Nachtragshaushalts weitere 3,5 Mrd. an den Gesundheitsfonds überwiesen.

Der Deutsche Caritasverband teilt das Ziel des Gesetzgebers, den durchschnittlichen Zusatzbetrag bzw. seine weitere Anhebung zu begrenzen. Das hierfür gewählte Mittel, die weitere Abschmelzung der Finanzreserven, lehnt er jedoch, wie bereits in seiner Stellungnahme zum GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) ab.

Artikel 2: Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

§ 4 Hebammenförderprogramm

Wir begrüßen das Anliegen, die stationäre Hebammenversorgung zu verbessern. Gefördert werden sollen jeweils 0,5 Vollzeitstellen pro 500 Geburten. Damit das Förderprogramm bedarfsgerecht auch in den Kliniken wirken kann, die zwischen 500 und 1000 Geburten versorgen, regen wir an, dass eine Förderung in der im Entwurf vorgesehenen Relation auch in Zwischenschritten möglich ist: 0,6 Vollzeitstellen pro 600 Geburten, 0,7 pro 700 usw.

Als einmaliger Bezugspunkt für die Förderfähigkeit soll die durchschnittliche Anzahl der Geburten in den Jahren 2017 bis 2019 gelten. Der gewählte Zeitraum war durch die Schließung stationärer Geburtshilfen geprägt, die zu Leistungsverschiebungen hin zu den übrig gebliebenen Krankenhäusern führten. Daher kann dieser Wert in Einzelfällen nicht mehr sachgerecht sein, so dass hier eine Ausnahme möglich sein muss.

Da unklar ist, ob dem Markt kurzfristig überhaupt genügend nicht-freiberufliche Hebammen zur Verfügung stehen, um das Förderprogramm füllen zu können, sollte die vorgesehene Fördersumme von rund 200 Mio. Euro auch über den Förderzeitraum 2021 bis 2023 hinaus verausgabt werden können.

So berechtigt das Anliegen der Entlastung von Hebammen, z.B. für die Dokumentation ist, so verfehlt ist der Ansatz, Pflegefachkräfte hier als unterstützendes Fachpersonal heranzuziehen. (Kinder-)Krankenpflegekräfte haben eigenständige Aufgaben im Rahmen der Geburtshilfe und der begleitenden Prozesse zu leisten. Des Weiteren erlaubt der gravierende Pflegefachkräftemangel nicht, Pflegefachkräfte für die Kompensation von Tätigkeiten einzusetzen, die aufgrund des Fachkräftemangels in anderen Gesundheitsfachberufen - in diesem Fall bei den Hebammen – entstehen. Begrüßt wird hingegen der gegenüber dem RefE im Gesetzentwurf ergänzte Einsatz von Dokumentationskräften nach Satz 4 Nummer 2.

Änderungsbedarf

Streichung von § 4 Absatz 10 Satz 4 Nummern 3 bis 6.

§ 9 Absatz 1a Nummer 6: Sicherstellungszuschlag für Kinderkliniken und -fachabteilungen

Der Deutsche Caritasverband begrüßt nachdrücklich, dass die Kinderkliniken und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin noch für das Jahr 2020 in die Vereinbarung Sicherstellungszuschläge einzubeziehen sind. Angesichts der Schließung der Kinderkliniken und -fachabteilungen an den Krankenhäusern ist die Daseinsvorsorge in vielen Regionen nicht mehr

gewährleistet und der Sicherstellungszuschlag dringend erforderlich. Mit den geringen Fallzahlen können innerhalb des DRG-Systems die für die Versorgung notwendigen Vorhaltungen nicht adäquat refinanziert werden. Neben der Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen sollte daher das Instrument der Besonderen Einrichtungen, wie in der Kinderrheumatologie oder für Palliativstationen auch in der stationären Kinder- und Jugendmedizin genutzt werden können.

Artikel 3: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 18 Hilfsmittelempfehlung

Die Entfristung der Regelung, dass im Rahmen der Begutachtung vom MD empfohlene Hilfsmittel keiner ärztlichen Verordnung mehr bedürfen, wird ausdrücklich begrüßt.

§ 84 Absatz 9 SGB; § 85 Absätze 9 bis 11 XI: Zusätzliche Pflegehilfskraftstellen

Aus Sicht des Deutschen Caritasverbands ist zu begrüßen, dass die vollstationären Pflegeeinrichtungen, einschließlich der Kurzzeitpflege auf Antrag die Möglichkeit erhalten, zusätzliche Pflegehilfskräfte finanziert zu bekommen, ohne dass dies zu einer finanziellen Mehrbelastung der von der Pflegeeinrichtung versorgten Pflegebedürftigen führt. Wie in dem Projekt zur Ermittlung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in stationären Pflegeeinrichtungen ermittelt, besteht ein nicht unerheblicher Mehrbedarf in Höhe von 36 Prozent an Personal in stationären Pflegeeinrichtungen. Diesen Mehrbedarf differenzieren die Projektergebnisse nach Qualifikationsgruppen. Der Anteil Assistenzkräfte am gesamten Mehrbedarf beträgt demnach 69 Prozent.

Die in § 85 Absatz 9 SGB XI angedachte Regelung würde in einer durchschnittlich großen stationären Pflegeeinrichtung mit 71 Bewohner_innen entsprechend der statistischen Verteilung der Pflegegrade zu einem Assistenzkräfteaufwuchs von 1,9 Mitarbeitenden führen. Dies ist zwar ein Schritt in die richtige Richtung, ist aber noch weit entfernt von den im o. g. Projekt ermittelten Mehrbedarfen, zumal ein Gesamtkonzept des ermittelten Personalbedarfs zur Umsetzung fehlt. In der Gesetzesbegründung werden Kurzzeitpflegegäste eingeschlossen. Im Gesetzestext finden aber Gäste sogenannter solitärer Kurzzeitpflegeeinrichtungen keine Berücksichtigung.

<u>Bemessung, Antrags- und Nachweisverfahren</u>

Es scheint nicht praktikabel zu sein, den zusätzlichen Stellenanteil jährlich dynamisch anhand einer stichtagsbezogenen Pflegegradverteilung/Belegung zu bestimmen. Dies könnte dazu führen, dass bei einer Veränderung der Pflegegradverteilung/Belegung, gerade im Hinblick auf eine bloße Stichtagsbetrachtung, Stellenanteile im nächsten Jahr abgebaut werden müssten, da es bei einer Stichtagsbetrachtung zu nicht unerheblichen Abweichungen gegenüber dem Jahresdurchschnitt kommen könnte und die durchschnittliche Pflegegradverteilung ggf. nur unzureichend abgebildet würde. Unsicherheiten ergeben sich insbesondere für neu zugelassene Einrichtungen oder Erweiterungsbauten, bei denen die Personalbemessung bereits nach einem Monat erfolgen soll. Die beschriebene Umsetzung könnte zu nicht unerheblichen Verunsicherungen der Einrichtungsleitungen und damit zu flächendeckenden Nichtinanspruchnahmen der Leistung führen.

Angesichts schwankender Belegungsstrukturen sollte der Stellenanteil nicht nach Pflegegraden bemessen werden, sondern anhand von Platzzahlen entsprechend des Sofortprogramms für Pflegekräfte gemäß § 8 Absatz 6 SGB XI. Das Verfahren zu § 8 Absatz 6 (Fachkräfte) erscheint zumindest in dieser Hinsicht leichter handhabbar, da dieses der Pflegeeinrichtung eine verlässliche Planungsgrundlage auf Basis der Einrichtungsgröße liefert. Bei der Konzipierung des konkreten Verfahrens sind jedoch die Erfahrungen aus dem Verfahren nach Absatz 6 zu berücksichtigen. Nicht zuletzt aufgrund rechtlicher Unsicherheiten und hohen bürokratischen Aufwands wurden entsprechende Stellen nicht flächendeckend beantragt.

Insgesamt sollte das Antrags- und Nachweisverfahren unbürokratisch erfolgen. Daher begrüßen wir, dass das Antragsverfahren abweichend vom RefE im Gesetzentwurf im Rahmen der Vergütungsverhandlungen nach §§ 84 ff. SGB XI erfolgt und mit den gleichen Verhandlungspartnern durchgeführt wird, um Mehraufwände bei den Trägern zu vermeiden, welche im Verfahren nach § 8 Absatz. 6 bisher nicht berücksichtigungsfähig waren. Zudem muss für die Einrichtungen klar gefasst werden, wann ein Anspruch auf die Finanzierung möglicherweise erlischt und wann ggf. Rückzahlungsansprüche entstehen. Dies gilt insbesondere für die Voraussetzung, dass eine Einrichtung über das Personal verfügen muss, das die Pflegeeinrichtung nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhalten hat. Dabei ist die komplexe Steuerung der vorzuhaltenden Personalmenge angesichts der z.T. längeren Zeit zwischen der Beantragung eines höheren Pflegegrades und der tatsächlichen Feststellung durch den Medizinischen Dienst zu berücksichtigen, die so ggf. zu einem Erlöschen der Anspruchsvoraussetzungen und infolgedessen zu Rückzahlungsansprüchen führen könnte.

Zur Vereinfachung des Nachweisverfahrens können die Verhandlungspartner auf Landesebene in ihren regelmäßigen Pflegesatzverhandlungen nun überprüfen, ob der Zuschuss zu Recht gezahlt wurde und ob er ggf. in seiner Höhe zu korrigieren ist. Insgesamt muss sichergestellt sein, dass die zusätzlichen Pflegeassistentinnen nicht auf die bestehenden Fachkraftquoten nach den jeweiligen Länderregelungen angerechnet werden dürfen.

Qualifikationsniveau der Pflegehilfskräfte

Es wird begrüßt, dass das über den Vergütungszuschlag zu finanzierende zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal nun das Qualifikationsniveau von QN 3 erfüllen muss bzw. sich auf Niveau QN 3 nachqualifizieren lassen muss.

Vorweg möchten wir auf Folgendes hinweisen: Trotz der von ASMK und GMK als Mindestanforderungen beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ ist die Assistenz- oder Helferausbildung in den einzelnen Bundesländern zeitlich (1-2 Jahre), inhaltlich und wirtschaftlich sehr unterschiedlich geregelt. So ist beispielsweise die zweijährige Assistenzausbildung in Niedersachsen mit dem Erwerb des Mittleren Schulabschlusses (MSA) verbunden, was zu sehr kurzen Praxiszeiten in den Einrichtungen führt. Die gegenwärtige Anpassung der Assistenzausbildung einzelner Bundesländer an die neue generalistische Pflegeausbildung führt zu einer weiteren Ausdifferenzierung der rechtlichen Ausbildungsgrundlagen. Es wird vorgeschlagen, dieser Entwicklung entgegenzuwirken und eine bundeseinheitliche Regelung der (generalistischen) Assistenz- und Helferausbildung anzustreben. Dafür könnte die Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz Rahmenvorgaben machen.

Um sicherzustellen, dass im Rahmen des 20.000-Pflegehilfskraftstellenprogramms Pflegekräfte nach QN 3 möglichst schnell zur Verfügung stehen, sofern sie nachqualifiziert werden müssen, sollte die berufsbegleitende Qualifizierung zum frühestmöglichen Zeitpunkt, jedoch spätestens zum Ablauf des ersten Jahres nach Vereinbarung des Vergütungszuschlags begonnen sein.. Ein möglichst früher Ausbildungsbeginn minimiert die Gefahr , dass Auszubildende und Träger erst zu Beginn des dritten Jahres feststellen, dass die betreffende Person für eine Ausbildung zur Pflegehilfskraft ungeeignet ist oder ein Abbruch droht.

Das vereinfachte Verfahren zur schnellen Vereinbarung des Vergütungszuschlags ohne reguläre Pflegesatzvereinbarungen nach Absatz 11 wird begrüßt. Es sollte allerdings klargestellt werden, dass das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal die Voraussetzungen nach Absatz 9 Nummer 1 Buchstaben a) bis c) erfüllt. Auch sollte die Nummer 3 des Absatzes 11 klarer formuliert werden. Es ist an dieser Stelle nicht sinnvoll, Angaben über die Qualifikation und Entlohnung zu machen, erforderlich sind hier hingegen Angaben über die tatsächlichen Personalaufwendungen. Die Regelung sollte von vornherein so klar gefasst sein, dass es zu den Absatz 11 Sätzen 3 und 4 möglichen Beanstandungen nicht kommt.

Änderungsbedarfe

Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 c) sollte wie folgt gefasst werden:

„für das die vollstationäre Pflegeeinrichtung sicherstellt, dass es **in den ersten sechs Monaten, jedoch** spätestens zum Ablauf des ~~dritten~~ **ersten** Jahres nach Vereinbarung des Vergütungszuschlags nach § 84 Absatz 9 Satz 1 oder nach der Mitteilung nach Absatz 11 Satz 1 eine berufsbegleitende Ausbildung im Sinne von Buchstabe a beginnen wird, es sei denn, dass der Beginn oder die Durchführung dieser Ausbildung aus Gründen, die die Einrichtung nicht zu vertreten hat, unmöglich ist.“

In Absatz 11 Satz 1 soll Nummer 3 wie folgt formuliert werden:

„die tatsächlichen Personalaufwendungen für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal“

In Absatz 11 Satz 1 Nummer 5 soll der Punkt aufgehoben und durch folgenden Halbsatz ergänzt werden:

„und dass die Anforderungen nach Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a) bis c) erfüllt sind“.

„Bei Pflegehilfskräften, die sich im Sinne von Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b oder c

C. Änderungsanträge

Änderungsantrag 2: § 139 Hilfsmittelverzeichnis

Die Hinzuziehung von technischer Expertise bei der Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses im Bereich der digitalen oder technischen Assistenzsysteme wird begrüßt. Es muss sich jedoch um unabhängige Sachverständige handeln; dies ist ausdrücklich zu ergänzen. Zudem sollte im Gesetzestext und nicht nur in der Begründung klargestellt werden, dass ablehnende Entscheidungen auf der Grundlage der Expertise einer gesonderten Begründung bedürfen. Neben der technischen Expertise ist zudem dringend der Einbezug der Nutzerexpertise zu er-

gänzen. Bei der Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses ist zudem das Kriterium des barrierefreien Zugangs zu verankern.

Änderungsantrag 6: § 8 Absatz 3 SGB XI Modelltitel des GKV-SV

Der Deutsche Caritasverband begrüßt nachdrücklich, dass das im Rahmen der KAP vereinbarte Modellprojekt zur Erweiterung der Versorgungsverantwortung von Pflegekräften i.S. der Kompetenzen einer APN (Advanced Practise Nurse) aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung in Höhe von 3 Mio. Euro finanziert werden soll. Diese gesetzliche Neuregelung fördert somit die Entwicklung attraktiver und innovativer Aufgaben- und Verantwortungsbereiche für Pflegefachpersonen, auch sektorenübergreifend. Da die bisherigen Modellvorhaben nach § 8 Absatz 3 Satz 2 sich jedoch inhaltlich vorrangig auf Möglichkeit der Erprobung personenbezogener Budgets sowie neuer Wohnkonzepte beziehen und die nachfolgenden Sätze 3 und 4 die besondere Förderung der Mehrkosten für Pflegebedürftige (z.B. erhöhtes Pflegegeld, pauschalierte Pflegesätze) in den Blick nehmen, passen die Rahmenvorgaben nicht unbedingt zu diesem Modellvorhaben. Es wird daher angeregt, den Modelltitel in einem eigenständigen Absatz 3a zu regeln. Des Weiteren soll geregelt werden, dass die zusätzlichen Personalkosten, die im Rahmen des Modellprojekts in einer Einrichtung entstehen, aus dem Fördervolumen finanziert werden müssen.

Änderungsbedarf

Überführung der Regelungen in einen neuen § 8 Absatz 3a SGB XI.

In Satz 4 wird das Wort „können“ durch „sollen“ ersetzt.

Änderungsantrag 7: § 8 Absatz 6 SGB XI Pflegekraftstellen-Förderprogramm

Da bislang nur ca. 4000 Stellen des 13.000 Pflegefachkraftstellen-Förderprogramms besetzt werden konnten, ist es angemessen, die Wartefrist von 4 Monaten für die Weiterqualifizierung einer Pflegehilfskraft zur Pflegefachkraft zu streichen. Nicht angemessen ist jedoch, dass im Rahmen des Förderprogramms auch zusätzliche Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich beschäftigt werden können, die über keine Kompetenzen zur Durchführung der medizinischen Behandlungspflege verfügen. Der Vergütungszuschlag nach § 8 Absatz 6 Satz 1 wird für die Unterstützung der Leistungserbringung insbesondere im Bereich der medizinische Behandlungspflege gezahlt und aus dem SGB V refinanziert. Daher muss das Gesundheitsfachpersonal, das mit dem Vergütungszuschlag refinanziert wird, auch über die Kompetenz zur Erbringung medizinischer Behandlungspflege verfügen. Dies ist bei den in der Begründung genannten Berufsgruppen wie z.B. Altentherapeut_innen oder Sozialpädagog_innen ganz überwiegend nicht gegeben.

Keine Notwendigkeit für eine gesetzliche Kodierung sieht der Deutsche Caritasverband bei den halbjährlichen Bestätigungsmeldungen, die die Fortgeltung der bestehenden Anspruchsvoraussetzungen belegen sollen. Dieser Punkt ist untergesetzlich in den Festlegungen zwischen den Verbänden und dem GKV geregelt. Eine untergesetzliche Regelung bietet den Vorteil einer flexiblen Anpassungsmöglichkeit bei auftretenden Problemen.

Änderungsbedarf

In § 8 Absatz 6 Satz 4 werden die Worte „kann auch für die Beschäftigung zusätzlicher Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich sowie“ gestrichen.

Streichung der Neuregelung in § 8 Absatz 6 Satz 7.

Änderungsantrag 8: § 40 SGB XI Entscheidungsfristen für Pflegekassen

Die Einführung einer Genehmigungsfiktion bei nicht rechtzeitig erfolgter Entscheidung der Pflegekasse über die Gewährung von Pflegehilfsmitteln wird ausdrücklich als Beschleunigung des Bewilligungsverfahrens begrüßt.

Änderungsantrag 9: § 78 Digitalisierung in der Pflegehilfsmittelversorgung und der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen

Die Änderung ist im Zusammenhang mit ÄA 2 zu § 139 SGB V Hilfsmittelverzeichnis zu sehen und wird begrüßt. Allerdings sollte das Pflegehilfsmittelverzeichnis im digitalen Bereich nicht nur spätestens alle 3 Jahre, sondern wie auch das Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V, regelmäßig fortgeschrieben werden.

Positiv zu bewerten ist, dass neben den Pflegehilfsmitteln künftig auch digitale Technologien im Bereich der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen für pflegebedürftige Menschen ausdrücklich förderfähig sein sollen. Es wäre allerdings sinnvoll, statt einer einseitigen Empfehlung des GKV-Spitzenverbands, wie im neuen Absatz 2a vorgesehen, ein Verzeichnis der förderfähigen digitalen Technologien zu erstellen. Sowohl bei einem Verzeichnis als auch bei der Erstellung von Empfehlungen sollten die Expertise der Pflegeverbände und der Verbände der Vertretung der Interessen von Menschen mit Behinderung ausdrücklich einbezogen werden. Es wird angeregt zu überlegen, statt einer dreijährigen eine zweijährige Fortschreibungsfrist vorzusehen. Zudem geben wir zu bedenken, dass die meisten digitalen AAL eher den Status eines Pflegehilfsmittels denn einer wohnumfeldverbessernden Maßnahme, die fest verbaut wird, zuzuordnen sind. Von daher ist zu prüfen, ob § 78 Absatz 2a obsolet ist.

Änderungsbedarf

In § 78 Absatz 2 Satz 4 neu soll vor dem Wort „spätestens“ das Wort „regelmäßig“ ergänzt werden.

Änderungsantrag 11: Pandemiebedingte Anpassung von Vergütungsvereinbarungen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Der Deutsche Caritasverband und seine für die medizinische Rehabilitation und Vorsorge zuständigen Fachverbände, der Katholische Krankenhausverband e.V. (kkvd), der Bundesverband Caritas Suchthilfe e.V. (CaSu), der Caritas Bundesverband Kinder- und Jugendreha e.V. (CKR) sowie die Katholische Arbeitsgemeinschaft für Müttergenesung (KAG Müttergenesung) begrüßen ausdrücklich, dass mit dem vorliegenden Änderungsantrag die Möglichkeit zu Vereinbarungen über die pandemiebedingten Mindereinnahmen und Mehraufwendungen geschaffen wurde. Die Ausgleichsmechanismen des Schutzschirms für die Reha und Vorsorge nach § 111d SGB V sind zum 30. September ausgelaufen. Die nunmehr vorgesehene Verhandlungsmöglichkeit rückwirkend zum 01.10.2020 und prospektiv bis zum 31.3.2021 mit Verlänge-

rungsmöglichkeit bis zum 31.12.2021 wird ausdrücklich begrüßt; diese Vereinbarungslösung entspricht einem Vorschlag des Deutschen Caritasverbands, auch während des laufenden Vergütungszeitraums pandemiebedingte Mehrkosten und Mindereinnahmen geltend machen zu können.

Nachdrücklich begrüßt wird auch, dass mit dem Änderungsantrag auch die ambulanten Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen die Möglichkeit zur Verhandlung coronabedingter Mindereinnahmen und Mehraufwendungen erhalten. Sie konnten entsprechende Belastungen seit der seit März anhaltenden Pandemie bislang noch gar nicht geltend machen.

Das GVPG tritt jedoch erst zum 1.1.2021 in Kraft. Da Verhandlungen mit den Krankenkassen erst zu diesem Zeitpunkt aufgenommen werden können und Ergebnisse erst mit einiger zeitlicher Verzögerung vorliegen, besteht die Gefahr, dass vor allem kleinere Einrichtungen, die während der Periode vom 30. September bis zum 31. Dezember 2020 keine Möglichkeiten weiterer Ausgleichszahlungen durch Auslaufen der Regelung des § 111d haben, in der Übergangsphase insolvent geht. Um dies zu vermeiden, ist es dringend erforderlich, die Norm des § 111 Absatz 5 auf den Zeitraum vom 1.1.2021 bis zum 31.3.2021 mit einer Verlängerungsmöglichkeit zum 31. Dezember 2021 zu begrenzen und gleichzeitig für den Zeitraum vom 1.10.2020 bis zum 31.12.2020 den Ausgleichsmechanismus nach § 111d zu verlängern. Dieser ist für eine Überbrückungsphase zwingend erforderlich. Dafür kann § 111d Absatz 8 genutzt werden, der eine Rechtsverordnung des BMG mit Zustimmung des Bundesrats ermöglicht. Durch den Ausgleich der coronabedingten Minderbelegung mittels einer tagesbezogenen Pauschale von 60 Prozent des mit den Krankenkassen vereinbarten durchschnittlichen Vergütungssatzes kann zumindest ein Teilausgleich der nicht durch die Kliniken zu steuernden Mindereinnahmen erreicht werden.

Nach wie vor sind in den Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen erhebliche Mehrkosten und gleichzeitig Mindereinnahmen zu verzeichnen. Mehraufwendungen konnten im Rahmen der Ausgleichsregelungen nach § 111d SGB V bislang gar nicht geltend gemacht werden. Bundesweit haben medizinische Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen jeder Spezifität wieder die Versorgung aufgenommen, die während des Lockdowns teilweise oder ganz eingestellt werden musste. Ziel muss es sein, den Versorgungsauftrag auch unter verschärften Hygieneregeln mit möglichst vollständiger Kapazität umsetzen zu können, um dem Bedarf in den kommenden Monaten gerecht zu werden.

Eine Vollauslastung der Reha- und Vorsorgeeinrichtungen ist unter den erforderlichen Hygienemaßnahmen und Abstandsregelungen jedoch angesichts unterschiedlicher struktureller Gegebenheiten nicht an jeder Einrichtung möglich. Vor diesem Hintergrund ist der Auslastungsgrad der Einrichtungen von Standort zu Standort sehr unterschiedlich. Auch können die Reha- und Vorsorgekliniken die Belegung nicht vollständig steuern. So kommt es nach wie vor zu Belegungsausfällen aufgrund von kurzfristigen Patient-innenabsagen, kurzfristigen Anamnese-Kontakten vor der Anreise und zu Abreisen aus Kliniken. In Folge dieser Entwicklungen kommt es nach wie vor zu Mindereinnahmen, teilweise unterhalb der Wirtschaftlichkeitsgrenze.

Des Weiteren weisen wir darauf hin, dass die nach wie vor geltenden Abstands- und Hygieneanforderungen erhebliche Leistungs- und Prozessveränderungen nach sich ziehen, deren Kosten in den Vergütungsvereinbarungen bislang nicht berücksichtigt sind:

- Erhöhte Sachkosten für Schutzmaterialien: Den Reha- und Vorsorgeeinrichtungen entstehen coronabedingt erhöhte Kosten für Schutzmaterialien zum Schutz der Patient_innen, Begleitpersonen und Mitarbeitenden.
- Erhöhte Personalkosten wegen Abstandsvorschriften durch kleinere Therapiegruppengrößen oder Umstrukturierung von Verpflegungs- und Freizeitangeboten. Dadurch steigt der anteilige Personalaufwand je Rehabilitand_in.
- Erhöhter personeller und materieller Aufwand bei Reinigung, unterstützenden Dienstleistungen und durch die Umsetzung von Hygienevorschriften, z. B. Besuchskonzepten.
- Erhöhte Kosten für Quarantäne infolge nicht möglicher oder verzögerter Abreisen.

Änderungsbedarf

Erlass einer Rechtsverordnung des BMG auf der Grundlage des § 111d Absatz 8, befristet bis zum 1.1.2021.

Folgeänderung der Rechtsverordnung:

In § 111 Absatz 5 wird die Frist „1.10.2020“ durch den „1.1.2021“ ersetzt.

Änderungsantrag 14: Beratungsbesuche nach § 37 SGB XI

Es wird ausdrücklich begrüßt, dass klar geregelt wird, dass die Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 bis einschließlich 31.3.2021 auch telefonisch, digital oder per Videokonferenz erfolgen können, wenn die betroffene pflegebedürftige Person dies wünscht. Beratungsbesuche stellen eine wichtige Unterstützungsleistung für häuslich gepflegte Personen und insbesondere für die reinen Pflegegeldempfänger_innen dar.

Unklar ist allerdings, wann die vom Gesetzgeber geforderte Anforderung der „Datensicherheit“ erfüllt ist und welche Nachweise hierfür auch seitens des pflegebedürftigen Menschen geführt werden müssen. Hinweise dazu sind zumindest in der Begründung anzuführen.

Änderungsantrag 16: Verlängerung pandemiebedingter Sonderregelungen im SGB XI

Die Caritas begrüßt die weitere **Verlängerung der Schutzschirm-Maßnahmen für die Pflegeeinrichtungen nach § 150 SGB XI** bis zum 31.3.2021 mit Nachdruck**.** Insbesondere in der Tagespflege zeichnet sich aufgrund des Abstandsgebots und der Hygieneregelungen ein wesentlich geringerer Auslastungsgrad ab, der zu Mindereinnahmen geführt hat und weiterhin führen wird. Mindereinnahmen sind auch in der vollstationären Pflege zu verzeichnen, wenn z.B. Doppelzimmer aufgrund von Quarantäne, Infektionsgeschehens oder wegen notwendiger Kohortierung nicht belegt werden können.

Neben den Mindereinnahmen kommt es in allen Einrichtungen und Diensten auch weiterhin zu Mehraufwendungen für Schutzmaßnahmen, Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen sowie durch notwendige kleinere Gruppen- oder Kohortenbildung aufgrund des Abstandsgebots. **Auch die Durchführung der Antigen-Testungen zieht Mehraufwendungen in Form des zusätzlich einzusetzenden Personals nach sich.**

Wir setzen uns zudem dafür ein, dass auch die Regelung zur Fortgewährung des Pflegeunterstützungsgelds für einen Zeitraum von bis zu 20 Tagen vom 31.12.2020 bis zum 31.12.2021 verlängert wird.

Es hat sich seit März herausgestellt, dass **Einrichtungen, die pflegerische Leistungen rein über das SGB V erbringen** wie z.B. einige Intensivpflegedienste, psychiatrische Krankenpflegedienste, SAPV-Pflegedienste oder Familienpflegedienste nicht vom Schutzschirm erfasst sind, obwohl sie die gleichen Probleme wie Pflegedienste nach dem SGB XI hatten und vergleichbare Leistungen wie die SGB XI-Einrichtungen erbringen. Es fehlt an einer entsprechenden gesetzlichen Grundlage. Diese Ungleichbehandlung gilt es durch eine klarstellende gesetzliche Regelung endlich zu korrigieren.

Änderungsbedarf.

In § 150 SGB XI wird ein neuer Absatz 7 eingefügt:

„Die Regelungen der § 150 Absätze 1 bis 3 gelten auch für die zugelassenen Leistungserbringer in der häuslichen Krankenpflege nach § 132a, die nicht nach § 72 zugelassen sind, wenn sie diesen vergleichbare Leistungen erbringen."

In § 150 wird ein neuer Absatz 8 eingefügt:

„Die Regelungen der § 150 Absätze 1 bis 3 gelten auch für die zugelassenen Leistungserbringer in der SAPV nach § 132d, wenn sie diesen vergleichbare Leistungen erbringen."

In § 150 SGB XI wird ein neuer Absatz 9 eingefügt:

„Die Regelungen der § 150 Absätze 1 bis 3 gelten auch für die zugelassenen Leistungserbringer in der Haushaltshilfe nach § 132 SGB V, die nicht nach § 72 zugelassen sind, wenn sie diesen vergleichbare Leistungen erbringen."

In § 150 Absatz 4 wird ergänzt, dass sich die private Krankenversicherung jeweils mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten beteiligt.

D. Weitergehende Änderungsbedarfe

Weitere Änderungsbedarfe im SGB V

1. Anerkennung der Tarifbindung bei den Leistungserbringern der Versorgung mit Haushaltshilfe (§ 132 SGB V)

In vielen Bundesländern entsprechen die von den Krankenkassen gewährten Vergütungen für die Leistungserbringung im Bereich der Versorgung mit Haushaltshilfe (§ 38 SGB V) bei weitem nicht den tariflichen Vergütungen, welche die entsprechenden Dienste an ihre Mitarbeitenden zu bezahlen haben. Die Lücken zwischen der gewährten Vergütung und den tatsächlich zu bezahlenden tariflichen Gehältern betragen teilweise bis zu 30 Prozent. Die Lücke in der Refinanzierung wird überwiegend durch Spendenaufkommen, Zuschüsse kirchlicher Träger, teilweise durch freiwillige kommunale Zuschüsse (wie z.B. in der Stadt München) getragen. Die Corona-Pandemie hat die Situation der Familienpflegedienste nochmals erschwert, da die Dienste im März und April 2020 Einnahmeverluste durch Erlösausfälle im Umfang von ca. 30 Prozent hinnehmen mussten. Die Freie Wohlfahrtspflege setzt sich mit großem Nachdruck dafür ein, die

Finanzierungslücke durch die Anerkennung der Tarifbindung bei Vergütungsverhandlungen nach § 132 SGB V zu schließen.

Familienpflegedienste leisten mit ihren Haushaltshilfen und Dorfhelfer_innen gerade für Familien in prekären Lebenslagen mit hohen krankheitsbedingten Belastungen Hilfen, deren Wert unschätzbar ist. Typische Familienkonstellationen sind Mehrkind-Familien im Niedrigeinkommensbereich oder Familien mit einem Kind mit einer Behinderung, in denen die Mütter schwerst erkrankt sind. Brechen die Dienste weg, bleiben die Familien unversorgt.

Änderungsbedarf

§ 132 Absatz 1 wird nach Satz 1 um folgende Sätze ergänzt:

„Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden; insoweit gilt § 71 nicht. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die entsprechende Bezahlung der Beschäftigten jederzeit einzuhalten und sie auf Verlangen einer Vertragspartei nachzuweisen."

2. Präqualifizierungserfordernis für Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Behindertenhilfe bei der Hilfsmittelerbringung

Nach § 126 Absatz 1 Satz 2 können Vertragspartner der Krankenkassen nur Leistungserbringer sein, die die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen. Die Krankenkassen müssen dies nach § 126 Absatz 1a sicherstellen. Zu diesem Zwecke müssen sich Leistungserbringer von der Präqualifizierungsstelle nach Absatz 1a Satz 2 qualifizieren lassen. Die Präqualifizierung gilt für alle Verträge, die durch Ausschreibungen nach § 127 Absatz 1 zustande gekommen sind sowie für Verträge der Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen mit Leistungserbringern, die nach § 127 Absatz 2 geschlossen werden. Eine Präqualifizierung ist lediglich beim Abschluss von Verträgen der Krankenkassen mit Leistungserbringern, die im Einzelfall nach § 127 Absatz 3 geschlossen werden, nicht notwendig.

Grundlage für die Präqualifizierungsanforderungen bildet das Berufsrecht der Leistungserbringer. Hierbei handelt es sich insbesondere um die Handwerksordnung und die Gewerbeordnung (vgl. Hauck/Noftz, SGB V, § 126 Rn. 9 f.). Unter Leistungserbringer fallen somit klassische Handwerksbetriebe und Angehörige von Handwerksberufen (vgl. Hauck/Noftz, SGB V, § 126 Rn. 13 ff.). Bei der Versorgung mit Hilfsmitteln kommt es nicht zu einer „Herstellung, Abgabe und Anpassung" i. S. d. § 126 SGB V, da dies klassische handwerkliche Tätigkeiten nach der Handwerks- oder Gewerbeordnung voraussetzt. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen oder Einrichtungen der Behindertenhilfe sind daher nicht als Leistungserbringer i. S. d. § 126 SGB V einzuordnen und benötigen keine Präqualifizierung als Lieferant von Hilfsmitteln.

Ohne deren Einbezug in den vorstehend beschriebenen Vorgang der Herstellung, Abgabe und Anpassung von Hilfsmitteln geht es bei Pflegeeinrichtungen allenfalls noch um die sachgerechte Unterstützung der Versicherten bei deren Verwendung. Dies ist Gegenstand der Versorgungsverträge nach §§ 72 ff SGB XI, bei denen das auf die Auftragsvergabe oder die Beitrittsverträge zugeschnittene Präqualifizierungsverfahren aber gerade nicht zur Anwendung kommt. Zudem kontrollieren die im Zusammenhang mit dem Versorgungsvertrag durchgeführten Quali-

tätsprüfungen regelmäßig auch die hier relevante Unterstützung und deren tatsächliche fachgerechte Durchführung. **Vor diesem Hintergrund besteht wegen dieser letztlich wirksameren Kontrolle keinerlei Bedarf nach dem zusätzlichen, kostspieligen und zudem zeitlich immer nur befristeten Präqualifizierungszertifikat im Sinne von § 126 Abs. 1a SGB V.**

Änderungsbedarf:

In § 126 Absatz 1 wird nach Satz 2 folgender Satz 3 eingefügt:
„Keine Leistungserbringer im Sinne von Satz 2 sind Pflegeeinrichtungen und andere Einrichtungen, die Versicherte mit Hilfsmitteln versorgen, ohne diese herzustellen, abzugeben oder anzupassen."

3. Finanzierung coronabedingter Mehrbelastungen der Eingliederungshilfe

Die Übernahme von Mehrkosten aufgrund der Corona-Krise ist in der Eingliederungshilfe vielerorts noch nicht oder nur unzureichend geregelt. Angesichts der hohen Priorität der Versorgungssicherstellung für Menschen mit Behinderung muss aufgrund der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 bedingten Lage schnellstmöglich eine solide Kostenübernahme getroffen werden. Gerade Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe sind durch die Corona-Pandemie und die Maßnahmen zu deren Eindämmung stark beansprucht. Für die Zeit des Lockdowns, in der die Bewohnenden angehalten waren, ihre häusliche Umgebung nicht zu verlassen, und in der Werkstätten für behinderte Menschen sowie Tagesförderstätten nicht betreten werden durften, musste in Wohneinrichtungen mehr Personal zur ganztägigen Unterstützung der Bewohnenden zur Verfügung gestellt werden. Zusätzlich kommt es zu Aufwendungen für Ersatzpersonal oder Mehrarbeitsstunden, wenn Ausfälle von krankheits- oder quarantänebedingt abwesenden Mitarbeitenden kompensiert werden müssen. Darüber hinaus sind die gestiegenen Bedarfe an hygienischer Schutzausrüstung der Mitarbeitenden nicht gedeckt, dazu zählen zum Beispiel Desinfektionsmittel und Mund-Nasen-Bedeckungen. Aufgrund der pandemischen Situation und der Zuständigkeit für Gesundheitsschutz, Krankheitsbekämpfung und den Infektionsschutz sieht der Deutsche Caritasverband zusammen mit seinem Fachverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie auch das BMG in der Pflicht, auf eine Regelung für die coronabedingten Mehrbelastungen der Eingliederungshilfe hinzuwirken.

Weiterer Änderungsbedarf im SGB XI

Tages- und Nachtpflege für Kinder und Jugendliche in Einrichtungen der Eingliederungshilfe ermöglichen

Familien mit Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit schwerstmehrfacher Behinderung leiden in vielerlei Hinsicht unter großen Belastungen. Tages- und Nachtpflege könnte hier eine Entlastung schaffen, sofern sie in Einrichtungen der Eingliederungshilfe in Anspruch genommen werden kann. Eine vergleichbare Regelung existiert seit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, das 2008 in Kraft trat, für die Kurzzeitpflege. Der Gesetzgeber hat diese Ausnahmeregelung seinerzeit damit begründet, dass der Anspruch auf Kurzzeitpflege für Kinder und Jugendliche mit Behinderung, die zugleich pflegebedürftig sind, in den meisten Fällen nicht genutzt werden kann, weil das Angebot der Kurzzeitpflegeeinrichtungen sich vorwiegend an ältere pflegebedürftige Menschen richtet. Eine vergleichbare Situation liegt in Bezug

auf die Tages- und Nachtpflege vor. Daher sollte die Ausnahmeregelung des § 42 Absatz 3 Satz 1 auch für die Tages- und Nachtpflege geschaffen werden.

Änderungsbedarf

§ 41 wird um einen neuen Absatz 2a ergänzt:

„Abweichend von den Absätzen 1 und 2 besteht der Anspruch auf Tages- und Nachtpflege in begründeten Einzelfällen bei zu Hause gepflegten Pflegebedürftigen auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in eienr von den Pflegekassen zur Tages- und Nachtpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint."

Weitergehender Änderungsbedarf zur Verlängerung der pandemiebedingten Sonderregelungen im Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetz

Der Deutsche Caritasverband setzt sich dafür ein, dass die Sonderregelungen zum Familienpflegezeit- und Pflegezeitgesetz, die mit dem Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite befristet bis zum 30. September verlängert werden: So soll die Regelung des § 16 Absatz 4 bis 6 FamilienPZG sowie des § 9 Absätze 5 bis 7 PflegeZG, die eine Flexibilisierung der Kombination von Pflegezeit und Familienpflegezeit vorsieht, ohne dass die beiden Freistellungen unmittelbar aneinander anschließen müssen, zumindest pandemiebedingt verlängert und pandemieunabhängig entfristet wird.

Der Deutsche Caritasverband hatte sich für eine solche Flexibilisierung bereits im Rahmen der Einführung des Pflegezeitgesetzes und des Familienpflegezeitgesetzes eingesetzt. Der Deutsche Caritasverband weist zudem darauf hin, dass die Betriebsgrößen für den Rechtsanspruch auf Auszeit von Familienpflegezeit und Pflegezeit von 25 Beschäftigten bei der Familienpflegezeit, aber 15 Beschäftigten bei der Pflegezeit, dringend und pandemieunabhängig harmonisiert werden sollten. Generell und mittelfristig setzt sich die Caritas dafür ein, die Regelungen aus beiden Gesetzen zu einem einheitlichen Gesetz zusammenzuführen.

Des Weiteren hat sich der Deutsche Caritasverband in den genannten beiden Gesetzgebungsverfahren für folgende Regelungen eingesetzt, die jetzt insbesondere im Rahmen der Pandemie Berücksichtigung finden sollten:

- keine Anrechnung der Sterbezeitkarenz auf die Höchstdauer der Familienpflegezeit
- Die Pflegezeit und Familienpflegezeit sollte auch Angehörigen von pflegebedürftigen Menschen mit PG 1 zustehen.

Berlin/ Freiburg, den 10. November 2020
Eva Welskop-Deffaa
Vorstand Fach- und Sozialpolitik

Kontakt

Dr. Elisabeth Fix, Berliner Büro, Referentin Rehabilitation, Pflege und Gesundheitspolitik,
Tel.: 030 28444746, elisabeth.fix@caritas.de

Karoline Körber, Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (kkvd), Bereichsleitung Rehabilitation & Recht, Tel. 030 240 836 817, karoline.koerber@caritas.de

Margot Jäger, Geschäftsführerin Katholische Arbeitsgemeinschaft Müttergenesung e.V, Tel. 0761 200-456; margot.jaeger@caritas.de

Alwin Baumann, Caritas Bundesverband Kinder- und Jugendreha (CKR), Tel. 07522 9302661, a.baumann@bkjr.de

Stefan Bürkle, Bundesverband Caritas Suchthilfe e.V. (CaSu), Tel. 0761 200 303, stefan.buerkle@caritas.de

Andreas Wedeking, Verband Katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V. (VKAD), Tel. 030 28444782, andreas.wedeking@caritas.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)243(12)
zur öffentlichen Anh am
16.11.2020 -
10.11.2020

Deutscher Pflegerat e.V.
Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen

Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) zum Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG)

Drucksache 19/23483

Stand 19.10.2020

Der Deutsche Pflegerat (DPR) vertritt als Dachverband der bedeutendsten Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens die Positionen der Pflegeorganisationen und ist primärer Ansprechpartner für die Politik. Im Nachfolgenden nimmt der DPR Stellung zum Gesetzentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG).

Der Gesetzentwurf regelt u.a. die Schaffung bzw. Vergütung von zusätzlichen Pflegehilfskräften in stationären Pflegeeinrichtungen, die über eine landesrechtlich geregelte Ausbildung zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege (QN 3) verfügen oder eine solche absolvieren.

Der DPR begrüßt, dass dieser Stellenzuwachs von der Pflegeversicherung finanziert wird und damit eine finanzielle Zusatzbelastung der Bewohnerinnen und Bewohner ausgeschlossen ist. Grundsätzlich positiv ist zudem, dass die zusätzlichen Stellen nach Pflegegraden differenziert werden.

Seit Langem ist bekannt, dass die Rahmenbedingungen des pflegerischen Arbeitens bezogen auf die Stellenausstattung und vielerorts auch auf die Gehaltsstrukturen, für Pflegende in stationären Einrichtungen der Langzeitpflege völlig unzureichend sind und schon jetzt die Sicherstellung der Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf in zunehmendem Maß gefährdet ist. Die Folgen dieses nicht erst in der Corona-Situation zum Teil weit über die physischen und auch psychischen Kräfte der Pflegenden hinausgehenden Einsatzes, sind zunehmende Krankheitsausfälle wie auch der Berufsausstieg, insbesondere von Pflegefachpersonen. Die sich dadurch weiter verschlechternde und zum Teil dramatische Personalsituation lässt sich mangels arbeitsuchender Pflegefachpersonen kaum bzw. nicht ausgleichen.

Der sich abzeichnenden Notsituation in der stationären Langzeitpflege muss seitens des verantwortlichen Gesetzgebers schnellstmöglich etwas entgegengesetzt werden, das die Situation für die Pflegenden nachvollziehbar verbessert.

Es ist deshalb dringend geboten, diesem Gesetz kurzfristig folgend, das nach § 113c SGB XI entwickelte Verfahren zur einheitlichen Personalbemessung in einen überschaubaren - sich nicht über Jahre hinziehenden - und für die in den Einrichtungen tätigen Pflegenden auch spürbaren Umsetzungsprozess zu bringen. Insbesondere ist dies im Hinblick auf die

bestehende und durch nichts sachlich zu begründende, ungleiche Stellenbemessung zwischen den Bundesländern wichtig, die nur damit behoben werden kann.

Die in Artikel 3 als erster Schritt dieses Prozesses gedachte Stellenaufstockung im Bereich der Pflegehilfskräfte greift allerdings auch als erster Schritt deutlich zu kurz. Durch zusätzlich höchstens 4,2 min pro Tag (24 Std.)[1] bei zu versorgenden Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 2 und 9,5 min mit Pflegegrad 5 werden die Pflegefachkräfte in keiner Weise für die Erbringung ihrer eigentlichen Aufgaben entlastet, zumal sie die voraussichtlich häufig unqualifizierten neuen Pflegehilfskräfte noch anzuleiten und zu überwachen haben. Außerdem wird bei einem Stellenzuwachs von durchschnittlich knapp einer Stelle gerechnet über alle Einrichtungen in Deutschland, oder auch 2,5 Stellen bei einer Einrichtung mit 100 Bewohnerinnen, niemand im Beruf verbleiben, der ihn aufgrund des Arbeitsdrucks eigentlich verlassen will. Auch wird niemand deshalb in den Beruf zurückkehren. Ebenso erscheint es unwahrscheinlich, dass die im Rahmen der KAP angestrebte Erhöhung von Teilzeit-Stellen in Vollzeit-Stellen durch diese Regelung gelingt.

Mit Blick auf die geplanten Regelungen ist die Stellenaufstockung aus Sicht des DPR mindestens zu verdoppeln, wobei die Zuordnung zu Pflegegrad 1 zu vernachlässigen ist.

Überdies muss sichergestellt sein, dass es keine bürokratischen Hürden seitens der zuständigen Kostenträger gibt, wie beim Stellenförderprogramm für ‚Pflegefachkräfte'. Diese Hürden haben dazu beigetragen, dass das gut gemeinte Programm – wie von uns vorausgesagt – sein Ziel verfehlt hat und bisher weniger als 3.000 der 13.000 Stellen besetzt werden konnten. Wenn letzteres auch bei diesem Programm eintritt, wird es nicht greifen.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nummer 6 §140a c)

Der Gesetzesentwurf sieht Änderungen des § 140a SGB V vor wonach – so die Gesetzesbegründung – die bestehenden engen Grenzen zur besonderen Versorgung erweitert und Vernetzungen über die gesetzliche Krankenversicherung hinaus erlaubt werden sollen. Zugleich sollen regionale Besonderheiten stärkere Beachtung finden. Diese Änderungen werden begrüßt. Dies gilt insbesondere angesichts regional variierender Altersstrukturen der Bevölkerung, unterschiedlicher altersmedizinischer Versorgungsbedarfe und den sich daraus ergebenden Erfordernisse etwa zur Gewährleistung einer wohnortnahen geriatriespezifischen Versorgung auch in strukturschwachen Regionen. In diesem Sinne wird auch die Förderung von Versorgungsinnovationen durch die Möglichkeit für die Krankenkassen zur freiwilligen Weiterführung von durch den Innovationsausschuss geförderten Projekten vom begrüßt.

Zur unmissverständlichen Präzisierung wird vorgeschlagen, § 140a SGB V Absatz 3 Satz 1 wie folgt zu fassen:

§ 140a wird wie folgt geändert:

…

c) Absatz 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:

bb) In Nummer 7 werden nach den Wörtern „Kassenärztliche Vereinigungen" die Wörter „oder anderen Berufs- und Interessenverbänden der Leistungserbringer nach Nummer 1 ***oder deren Zusammenschlüssen****" eingefügt und der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.*

[1] Berechnet auf der Grundlage von 1.600 Stunden Jahresnettoarbeitszeit pro Vollzeitstelle.

Die zusätzliche Berücksichtigung von Zusammenschlüssen von Berufs- und Interessenverbänden der Leistungserbringer soll gewährleisten, dass innerhalb der mit den Krankenkassen abzuschließenden Verträge im Sinne der angestrebten stärkeren Vernetzung der sektorenübergreifenden Versorgung möglichst differenzierte Konstellationen auf Seiten der Leistungserbringer als Vertragspartner befähigt werden.

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Nummer 1 § 4 Absatz 10 neu

Der DPR begrüßt, dass die Regelungen zu den altrechtlich qualifizierten Hebammen im Gesetzentwurf geändert wurden. Die Entlastung der Hebammen muss sich auf fachfremde Tätigkeiten beziehen. Hier werden Dokumentations- und Versorgungsassistenten benötigt. Ausgebildete Pflegefachpersonen sind hierfür überqualifiziert und sollten hinsichtlich des eigenen Personalmangels priorisiert in anderen Bereichen eingesetzt werden. Darüber hinaus ist die Refinanzierung von Pflegefachpersonen bereits über das PpSG gesetzlich geregelt.

Des Weiteren wird in den geburtshilflichen Abteilungen eine schrittweise Stellenaufstockung benötigt, bis eine 1:1 Betreuung umgesetzt ist. Dazu ist eine vorhaltende Personalplanung erforderlich, die auf die Auslastungsspitzen der Geburtshilfe ausgerichtet ist, und die perspektivisch eine 1:1 Betreuung jeder gebärenden Frau gewährleistet.

Die Förderung von assistierenden Personalstellen von bis zu 10% der in Vollzeitstellen umgerechneten Gesamtzahl der zum 1. Januar 2020 beschäftigten Hebammen ist zu niedrig angesetzt und muss deutlich aufgestockt werden, um die Arbeitssituation spürbar zu verbessern.

Änderungsvorschläge zu § 4 Absatz 10:

Die Personalkosten, die bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von Hebammen mit einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach § 5 Absatz 1 auch in Verbindung mit den §§ 73 und 74 Absatz 1 des Hebammengesetzes in der Versorgung von Schwangeren in Fachabteilungen für Geburtshilfe und Gynäkologie von Krankenhäusern in den Jahren 2021, 2022 und 2023 zusätzlich entstehen, werden bis ***zur Erreichung einer 1:1 Betreuung von Hebammen zu Gebärenden*** ***~~zur Höhe der Kosten für 0,5 Vollzeitstellen pro 500 Geburten in einem Krankenhaus~~*** *finanziert. Die Anzahl der Geburten wird für jedes Krankenhaus einmalig auf Grundlage der durchschnittlichen Anzahl an jährlichen Geburten in den Jahren 2017 bis 2019 bestimmt. Zur Entlastung von Hebammen werden die Personalkosten, die für zusätzliche Personalstellen für Hebammen unterstützendes Fachpersonal in Fachabteilungen für Geburtshilfe und Gynäkologie in den Jahren 2021, 2022 und 2023 entstehen, finanziert, wobei die Gesamtzahl der geförderten Personalstellen für Hebammen* ***~~unterstützendes FachpP~~****ersonal auf* ***25*** ***~~10~~*** *Prozent der in Vollzeitkräfte umgerechneten Gesamtzahl der zum 1. Januar* ***des Vorjahres*** ***~~2020~~*** *beschäftigten Hebammen begrenzt ist. Zum Hebammen* ***assistierenden*** ***~~unterstützenden FachpP~~****ersonal gehören*

1. medizinische Fachangestellte, die eine Ausbildung nach der Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten abgeschlossen haben,

2. Fachangestellte, die eine Ausbildung nach der Verordnung über die Berufsausbildung zum Fachangestellten für Medien- und Informationsdienste/zur Fachangestellten für Medien- und Informationsdienste in der Fachrichtung Medizinische Dokumentation abgeschlossen haben, Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

~~***3. Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger nach § 66 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Pflegeberufegesetzes,***~~

~~***4. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger nach § 58 Absatz 1 Satz 1 des Pflegeberufegesetzes,***~~

~~***5. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger nach § 66 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Pflegeberufegesetzes,***~~

~~***6. Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner nach dem Pflegeberufegesetz***~~

Nummer 3 § 9 Absatz 1a Nummer 6

Die geplante Regelung, die Liste vom 30. Juni 2020 zur Ausweisung der gemäß § 136c Absatz 3 Satz 2 SGB V zuschlagsberechtigten Krankenhäuser zu erweitern, begrüßt der DPR ausdrücklich.

Ergänzend sei angemerkt, dass eine Summe von 400.000 Euro nicht ausreichend sein wird, um die notwendigen Vorhaltekosten zur Aufrechterhaltung einer stationären Mindeststruktur für die pädiatrische Akutversorgung abzudecken.

Artikel 3 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nummer 2

§ 18 Absatz 6a Satz 5:

Die Regelung, wonach die vom beauftragten Gutachter empfohlenen Hilfsmittel keiner ärztlichen Verordnung bedürfen, ist begrüßenswert. Der Gesetzesbegründung ist zu entnehmen, dass sich diese Verfahrensvereinfachung und Entbürokratisierung in der Praxis bewährt und zu einer effizienteren Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln geführt hat.

Dieser Befund bestätigt die Position des DPR, wonach die Verordnung von Hilfsmitteln durch sachkundige Pflegefachpersonen nicht nur effizienter und unbürokratischer erfolgt, sondern auch eine qualitativ gute Hilfsmittelausstattung gewährleistet.

Der DPR regt vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen an, die Verordnungsfähigkeit auch von Pflegemitteln und zu bestimmenden Medikamenten durch entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen zu prüfen.

Zu Nummer 3

§ 84 Absatz 9 neu

Zur Vorbereitung der Einführung des Personalbemessungsverfahrens soll es in stationären Pflegeeinrichtungen und Kurzzeitpflegeeinrichtungen Zuschläge für Pflegehilfskräfte geben, die von der Pflegekasse zu tragen sind.

Nummer 4

§ 85 Absatz 9

1. a) b)

Der DPR begrüßt, dass die Vergütungszuschläge nunmehr für zusätzliches Pflegeassistenzpersonal gewährt werden, das über eine abgeschlossene Ausbildung gemäß der von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und von der

Gesundheitsministerkonferenz 2013 als Mindestanforderungen beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ entsprechen (QN 3) oder eine solche Ausbildung beginnen.

1. c)

Diese Ausbildung sollte allerdings nach drei Jahren erfolgreich absolviert und nicht erst nach drei Jahren begonnen werden. Ein Jahr ist ein angemessener Zeitraum, um alle persönlichen Vorbereitungen für eine ein- bis zweijährige Ausbildung zu treffen.

Zudem müssen die Gründe konkretisiert werden, die den Beginn der Ausbildung unmöglich machen und nicht von der Einrichtung zu vertreten sind. Es muss sichergestellt sein, dass die angehenden Pflegeassistent/innen grundsätzlich willens und in der Lage sind, die Ausbildung erfolgreich zu absolvieren.

Daher schlägt der DPR folgende Umformulierung vor:

c) für das die vollstationäre Pflegeeinrichtung sicherstellt, dass es spätestens bis zum Ablauf von drei Jahren nach Vereinbarung des Vergütungszuschlages nach § 84 Absatz 9 Satz 1 oder nach der Mitteilung nach Absatz 11 Satz 1 eine berufsbegleitende Ausbildung im Sinne von Buchstabe a ***absolvieren*** ~~***beginnen***~~ *wird*~~***, es sei denn, dass der Beginn oder die Durchführung dieser Ausbildung aus Gründen, die die Einrichtung nicht zu vertreten hat, unmöglich ist,***~~

2.

Der DPR hält mindestens folgende zusätzlichen Stellenanteile für erforderlich und schlägt folgende Formulierung vor:

2. zusätzliche Stellenanteile im Umfang von bis zu 0,016 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1, ***0,032 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2,*** ~~***oder 2***~~*,* ***0,050*** ~~***0,025***~~ *Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3,* ***0,064*** ~~***0,032***~~ *Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 und* ***0,072*** ~~***0,036***~~ *Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5, mindestens aber 0,5 Vollzeitäquivalente, für den Pflegesatzzeitraum finanziert werden,*

Absatz 11, Nummer 1

Die Anzahl der Pflegebedürftigen in einer stationären Pflegeeinrichtung unterliegt immer Schwankungen. Als Bemessungsgrundlage für zusätzliche Pflegeassistent/innen bildet die durchschnittliche Anzahl der Bewohner/innen eines Zeitraums die Belegung genauer ab als die Anzahl zu einem bestimmten Zeitpunkt. Der DPR schlägt daher folgende Umformulierung vor:

1. die ***durchschnittliche Belegung der letzten drei Monate vor*** ~~***Anzahl der zum Zeitpunkt***~~ *der Mitteilung* ~~***versorgten Pflegebedürftigen nach***~~ ***inkl.*** *Pflegegraden*,

Berlin, 10. November 2020

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR
Alt- Moabit 91
10559 Berlin
Tel.: + 49 30 / 398 77 303
Fax: + 49 30 / 398 77 304
E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de
www.deutscher-pflegerat.de

» KASSENZAHNÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

KZBV

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)243(13)
zur öffentlichen Anh. am
16.11.2020 -
10.11.2020

Stellungnahme der KZBV

zum

Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG)

einschl. diesbezüglicher Änderungsanträge

Die KZBV nimmt zum Regierungsentwurf (RegE) des Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetzes nur insoweit Stellung, als die Belange der Zahnärzteschaft hierdurch betroffen sind.

I. Zu Artikel 1 Nummer 2 RegE/ § 85a SGB V-RegE

Die KZBV begrüßt das vom Gesetzgeber verfolgte Ziel, die gesundheitliche und pflegerische Versorgung u.a. im vertragszahnärztlichen Bereich zeitnah und nachhaltig zu verbessern. Dieses Ziel kann jedoch nicht durch die reine Überführung der Regelungen des § 1 COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung (COVID-19-VSt-SchutzV) in das SGB V erreicht werden.

Angesichts des Fortdauerns und Wiedererstarkens der Corona-Pandemie mit erneut dramatisch steigenden Infektionszahlen sowie aufgrund der von der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und -chefs der Länder am 28. Oktober 2020 beschlossenen Maßnahmen zur Bekämpfung der SARS-Cov2-Pandemie („Teil-Lockdown“) drohen erneut erhebliche Rückgänge im zahnärztlichen Versorgungsgeschehen. Der bisherige pauschale Ansatz allein der Sicherung von Liquidität für das Jahr 2020 reicht daher nicht aus. Unter Berücksichtigung der regional unterschiedlich ausgeprägten Einbrüche im Leistungsgeschehen und der unterschiedlich stark ausgeprägten Betroffenheit der Praxen fordert die KZBV den Gesetzgeber auf,

- in Anlehnung an die für die Vertragsärzteschaft bereits verankerte Schutzschirmregelung (siehe § 87a Abs. 3b SGB V) einen verlässlichen und dauerhaften Mechanismus im SBG V zu schaffen, der unter angemessener Mitwirkung der Krankenkassen Ausgleichszahlungen an Praxen ermöglicht, die besonders hart von Leistungsmengenrückgängen betroffen sind, und der zudem die Liquidität der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sichert sowie
- eine gesetzliche Regelung zu treffen, die eine verzerrungsfreie Fortschreibung der Gesamtvergütungen in Pandemie-Folgejahren ermöglicht.

Im Einzelnen:

1. Übertragung der Regelungen des § 1 COVID-19-VSt-SchutzV in einen § 85a SGB V / Schaffung einer wirksamen zahnärztlichen Schutzschirmregelung nach dem Muster der ärztlichen Regelung in § 87a Abs. 3b SGB V

Die KZBV bewertet das Anliegen des Gesetzgebers, eine Regelung zur finanziellen Unterstützung von Zahnarztpraxen aufgrund epidemiebedingter Fallzahlrückgänge und damit letztlich zur Sicherstellung einer flächendeckenden und wohnortnahen zahnärztlichen Versorgung in das SGB V aufzunehmen, als grundsätzlich sinnvoll.

Zur Erreichung dieses Ziels ist eine lediglich reine Überführung der in der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung (COVID-19-VSt-SchutzV) enthaltenen Regelungen aus Sicht der KZBV allerdings ungeeignet, als sie anders als dies etwa im ärztlichen Bereich der Fall ist, keine echte finanzielle Entlastung, sondern allenfalls eine Möglichkeit zur Inanspruchnahme von zinsfreien Darlehen darstellen, die aufgrund der erforderlichen Rückzahlung binnen zwei Jahren die unmittelbar im Jahr 2020 aus der COVID-19-Pandemie resultierenden Nachteile lediglich in die Jahre 2021 und 2022 verschiebt.

Das Ausmaß der Ausbreitung des Corona-Virus und der damit verbundenen Erkrankung (Covid-19) im Jahresverlauf 2020 hat gezeigt, wie durch die mit einem Lockdown verbundenen Einschränkungen die Leistungsanforderung der Versicherten in den Praxen und damit verbunden die Leistungsmenge abrupt einbrechen kann mit der Folge, dass Praxen von dieser rückläufigen Leistungsanforderung ggf. hart getroffen werden. Ab Mitte März sind in den einzelnen Leistungsbereichen bei den Fallzahlen extreme Rückgänge vor allem in den Monaten April und Mai 2020 mit Veränderungen von bis

zu -40% gegenüber dem Vorjahreszeitraum aufgetreten. In einigen KZV-Bereichen liegen die Einbrüche im Leistungsgeschehen sogar noch höher.

Zudem wird bei der intendierten bloßen Überführung der Regelungen des § 1 COVID-19-VSt-SchutzV in einen § 85a SGB V gänzlich außer Acht gelassen, dass ein Ende der Pandemie nicht in Sicht ist und dass angesichts der wieder dramatisch steigenden Infektionszahlen sowie der beschlossenen Maßnahmen zur Unterbrechung der Infektionsdynamik („Teil-Lockdown“) erneut erhebliche Fallzahleinbrüche drohen, womit auf viele Zahnarztpraxen in den kommenden Jahren schlimmstenfalls sogar eine doppelte Belastung zum einen aus einer epidemiebedingt zurückhaltenderen Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen und zum anderen durch die erforderliche Rückzahlung der Liquiditätshilfen bzw. Darlehen zukommt. Gegebenenfalls würde damit eine Entwicklung, welche mittels der Regelungen der COVID-19-VSt-SchutzV gerade vermieden werden sollte, entgegen der erklärten Intention des Verordnungsgebers, unbeabsichtigterweise sogar noch forciert.

Daher fordert die KZBV den Gesetzgeber auf, die Gelegenheit zu nutzen, um im Zuge der Überführung der Regelungen aus der COVID-19-VSt-SchutzV in das SGB V die Liquiditätshilfen für den zahnärztlichen Bereich als echte finanzielle Zuschüsse unter angemessener Beteiligung der Krankenkassen aufgrund deren Pflicht zur Mitwirkung am Erhalt der ambulanten Versorgung auszugestalten. Dies sollte schon aus Gründen der rechtssystematischen Einheitlichkeit nach dem Muster der mit dem Krankenhausentlastungsgesetz in das SGB V eingefügten Schutzschirm-Regelungen für den ärztlichen Bereich (§ 87a Abs. 3b und § 87b Abs. 2a SGB V) geschehen. Ungeachtet des nach bisheriger Rechtslage zum 1. Januar 2021 zunächst vorgesehenen Außerkrafttretens des § 87a Abs. 3b SGB V hält die KZBV eine dem vergleichbare Regelung für den zahnärztlichen Bereich angesichts des Fortdauerns und Wiedererstarkens der COVID-19-Pandemie für unerlässlich.

Die dortigen Regelungen sehen individuelle Ausgleichszahlungen der KVen an die Leistungserbringer vor, wenn deren Gesamthonorar bedingt durch ein Großschadensereignis um mehr als 10% gegenüber dem Vorjahresquartal abgesunken ist. Diese Regelung erlaubt somit zielgenaue Unterstützungsleistungen für finanziell in Bedrängnis geratene Zahnärztinnen und Zahnärzte. Dies insbesondere auch dann, falls das epidemische Geschehen und die dadurch bedingten Fallzahlrückgänge sich regional

auf einzelne "Hot-Spots" konzentrieren, so dass vornehmlich die dortigen Leistungserbringer durch regionale Fallzahleinbrüche betroffen sind.

Indem die Krankenkassen hierbei die von den KVen an die betroffenen Leistungserbringer geleisteten Ausgleichszahlungen nach § 87a Abs. 3b SGB V zu erstatten haben, werden sie in sachgerechter Art und Weise in die Aufrechterhaltung der Versorgungsstrukturen eingebunden und kommen ihrer Mitwirkungspflicht aus § 72 Abs. 1 SGB V an der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung nach.

Umso unverständlicher ist es, dass demgegenüber nach § 1 COVID-19-VSt-SchutzV und dessen nunmehr intendierter Übertragung in das SGB V die Krankenkassen nicht auch an der Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung mitwirken müssen und dass Zahnärzte nicht einmal einen anteiligen finanziellen Ausgleich für epidemiebedingte Fallzahlrückgänge, sondern lediglich eine Liquiditätshilfe in Form von Darlehen erhalten, deren erforderliche Rückzahlung wie eingangs dargelegt die Situation für die Vertragszahnärzte ggf. zusätzlich verschlimmern wird.

Das vertragszahnärztliche Versorgungssystem hat in der Corona-Pandemie seine Verlässlichkeit und Belastbarkeit unter Beweis gestellt und in den vergangenen Monaten erneut gezeigt, wozu es im Stande ist und wie hervorragend die zahnmedizinische Versorgung in Deutschland funktioniert.

Unter Einhaltung höchster Hygienestandards und unter oft schwierigen Bedingungen haben es die Zahnärztinnen und Zahnärzte und ihre Praxisteams vom ersten Tag der Pandemie an geschafft, zu jedem Zeitpunkt sowohl die Regelversorgung ihrer Patientinnen und Patienten sicherzustellen als auch die Versorgung von COVID-19-Infizierten und von Verdachtsfällen zu gewährleisten. Praktisch aus dem Stand wurde in kürzester Zeit ein Netz von Behandlungszentren in 30 Kliniken und 170 Schwerpunktpraxen für die Akut- und Notfallbehandlung von Patientinnen und Patienten aufgebaut, die mit dem SARS-CoV-2-Virus infiziert sind oder sich in Quarantäne befinden. Dieses Netz wird auch im weiteren Verlauf der Pandemie von der Zahnärzteschaft aufrechterhalten. Zur Unterstützung der Praxen wurde in enger Zusammenarbeit mit dem Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) das wissenschaftlich abgesicherte Handout „System von Standardvorgehensweisen für Zahnarztpraxen während der Coronavirus-Pandemie“ entwickelt. Das Handout bietet Praxen eine Orientierung, auf welche Art und Weise Patientinnen und Patienten in der aktuellen Pandemie-Situation behandelt werden sollten. Gleichzeitig wurde vor dem Hintergrund der zeitweise fehlenden bzw.

geringen Verfügbarkeit die Beschaffung von Schutzausrüstung für die Schwerpunktpraxen sichergestellt; dies wird die KZBV auch weiterhin tun.

Durch gesetzlich vorgesehene echte finanzielle Unterstützungsleistungen für die Zahnärzte in Krisenzeiten, die über nur vorübergehend gewährte Liquiditätshilfen mit einer am tatsächlichen Leistungsgeschehen orientierten 100-prozentigen Rückzahlungsverpflichtung bei Überzahlung hinaus gehen, würde der Gesetzgeber einen wichtigen Stützpfeiler schaffen, um die weltweit als beispielhaft anerkannte zahnärztliche Versorgung in Deutschland mit einem hervorragend funktionierenden flächendeckenden und wohnortnahen Praxisnetz sowie herausragenden Ergebnissen bei der Mundgesundheit dauerhaft gewährleisten zu können. Die zahnärztliche Versorgung ist ein wichtiger Bestandteil der Daseinsfürsorge. Die Mundgesundheit ist für die Gesundheit insgesamt von großer Bedeutung. Damit die zahnärztliche Versorgung weiterhin flächendeckend sichergestellt werden kann, darf sie in Pandemiezeiten nicht aufs Spiel gesetzt werden. Auch der Bedeutung der Zahnärztinnen und Zahnärzte als Arbeitgeber wird die reine Liquiditätshilfe nicht gerecht. Zusammen mit den Praxisinhabern sind deutschlandweit etwa 365.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Zahnarztpraxen tätig, davon rund 32.000 Auszubildende.

Die KZBV fordert daher, für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung eine Regelung zu schaffen, die geeignet ist, unter angemessener Mitwirkung der Krankenkassen an der Bewältigung der finanziellen Lasten eine nachhaltige Aufrechterhaltung der Versorgungsstrukturen dauerhaft, d.h. sowohl in der aktuellen pandemischen Lage (die derzeitige Regelung berücksichtigt eine solche Entwicklung nicht) als auch im Falle künftiger Großschadensereignisse (so der Begriff in der ärztlichen Schutzschirmregelung des § 87a Abs. 3b SGB V), sicherzustellen.

Daher schlägt die KZBV konkret vor, statt der bisher in § 1 COVID-19-VSt-SchutzV getroffenen Regelungen einer bloßen, vollständig zurückzuzahlenden Liquiditätshilfe im Zuge des hiesigen Gesetzgebungsverfahrens für die Vertragszahnärzte eine echte, auch die Krankenkassen beteiligende Schutzschirmregelung nach dem Muster des ärztlichen § 87a Abs. 3b SGB V zu schaffen. Wegen der anders gelagerten Vergütungssystematik im vertragszahnärztlichen Bereich müssten dabei gegenüber der ärztlichen Regelung folgende Modifizierungen vorgenommen werden:

a) Die Beschränkung der Ausgleichszahlungen nach § 87a Abs. 3b SGB V auf den Ausfall der außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen vergüteten

("extrabudgetären") ärztlichen Leistungen hat ihren Grund in der besonderen Vergütungsstruktur des ärztlichen ambulanten Sektors, wonach lediglich die extrabudgetären Leistungen nach § 87a Abs. 3 Sätze 5, 6 SGB V einzeln und nach angefallener Leistungsmenge vergütet werden (Einzelleistungsvergütung), wohingegen die gemäß § 87a Abs. 3 Satz 1 ff. SGB V zu vereinbarenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen jeweils als budgetierter Festbetrag für den gesamten prognostizierten und als notwendige medizinische Versorgung geltenden Behandlungsbedarf mit befreiender Wirkung geleistet werden, so dass auch im Falle von tatsächlichen Leistungsmengenrückgängen wie im Falle der Coronakrise das finanzielle Volumen der Gesamtvergütung vollständig erhalten bleibt.

Im vertragszahnärztlichen Bereich ist die Vergütungssystematik hingegen eine andere als im vertragsärztlichen Bereich. Die vertragszahnärztlichen Gesamtvergütungen können gemäß § 85 Abs. 2 Satz 2 SGB V als Festbetrag oder auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabes nach Einzelleistungen, nach einer Kopfpauschale, nach einer Fallpauschale oder nach einem System berechnet werden, das sich aus der Verbindung dieser oder weiterer Berechnungsarten ergibt. Vorherrschend sehen die gesamtvertraglichen Regelungen im zahnärztlichen Bereich dabei einzelleistungsorientierte Gesamtvergütungen vor, bei denen sich im Falle einer Unterschreitung der für die festzulegende Obergrenze zugrunde gelegten Leistungsmenge die Gesamtvergütung in entsprechendem Umfang reduziert, so dass sie am Ende lediglich die im Falle der Coronakrise ggf. deutlich zurückgegangenen tatsächlich noch erbrachten Leistungen abdeckt. Vergleichbares gilt für Gesamtvergütungen auf Grundlage von Fallpauschalen oder von Kopfpauschalen für behandelte Patienten.

Die hingegen – wie die ärztlichen morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (s.o.) – gegenüber Mengenveränderungen prinzipiell "resistenten" vertragszahnärztlichen Gesamtvergütungen als Festbetrag oder als Kopfpauschalen für die Versicherten einer Krankenkasse (jeweils als sog. "Überstellerverträge" bezeichnet) kommen demgegenüber nur relativ selten vor.

Daneben gibt es zudem einen signifikanten Anteil zahnärztlicher Leistungen, die außerhalb der (budgetierten) Gesamtvergütungen vergütet werden und insoweit

mangels Ausgabenobergrenze als "extrabudgetäre Leistungen" bezeichnet werden können. Hierunter fallen beispielsweise Leistungen, für die dies ausdrücklich angeordnet ist (bspw. nach § 87 Abs. 2i, 2j und 2k SGB V) sowie insbesondere die Vergütung der nach dem Festzuschusssystem vergüteten Zahnersatzleistungen. Auch diese insoweit außerhalb der budgetierten Gesamtvergütungen prinzipiell im Wege der Einzelleistungsvergütung vergüteten Leistungen (wobei der Zahnarzt im Falle von Zahnersatzleistungen gegenüber der KZV lediglich den Festzuschuss abrechnet und die Kasse insoweit nur diesen vergütet) gehen im Zuge der Coronakrise deutlich zurück.

Daher muss eine zahnärztliche Schutzschirmregelung Ausgleichszahlungen nicht nur für extrabudgetäre Leistungen im o.g. Sinne bzw. für deren Ausfall vorsehen, sondern vor allem auch für Leistungen, die über die Gesamtvergütungen vergütet werden, soweit die Gesamtvergütung im Wege der Einzelleistungsvergütung berechnet wird.

b) Die Abschlagszahlungen der Kassen an die KZVen müssen im Falle von Einzelleistungsvergütungen auf einem Niveau erhalten bleiben, das den KZVen die Verauslagung der Ausgleichsbeträge ermöglicht. Jedenfalls bei flächendeckenden Fallzahlrückgängen nämlich reduzieren sich im Falle von Einzelleistungsvergütungen mit der verminderten Leistungsinanspruchnahme auch die zur Liquiditätsherstellung an die KZVen zu leistenden Abschlagszahlungen der Krankenkassen. Da die KZVen aber auch über die Liquidität verfügen müssen, um Ausgleichszahlungen an von Honorareinbußen über 10% betroffene Zahnärzte auszuzahlen bzw. verauslagen zu können, ehe diese von den Krankenkassen erstattet werden, bedarf es einer entsprechenden gesetzlichen Regelung, die den Erhalt der Abschlagszahlungen auf einem hinreichenden Niveau von 90% der letzten, "unbeeinträchtigten" Gesamtvergütung von vor dem Krisenjahr sicherstellt.

c) Damit auch die bisher lediglich als vollständig zurückzuzahlende Liquiditätshilfen ausgestalteten finanziellen Unterstützungsleistungen nach § 1 COVID-19-VStSchutzV in sachgemäßer Weise eine Kassenbeteiligung erfahren, sind sie in Ausgleichszahlungen gemäß der Neuregelung zu überführen.

Ergänzend sollte noch folgende Modifizierung gegenüber dem aktuellen § 87a Abs. 3b SGB V vorgenommen werden:

d) Für die erforderlichen Vergleichsbetrachtungen hinsichtlich der Fallzahleinbrüche sollte nicht wie bis dato der Vergleich zum "Vorjahresquartal" gezogen werden, sondern für den Fall überjähriger Großschadensereignisse der Vergleich zum letzten vergleichbaren Referenzquartal aus dem Jahr vor dem Großschadensereignis.

Konkrete Regelungsvorschläge:

§ 85a Abs. 1 bis 3 und Abs. 8 SGB V-E:

(1) [1]Führt ein auf einer Pandemie, Epidemie, Endemie, Naturkatastrophe oder einem anderem Großschadensereignis beruhender Fallzahlrückgang dazu, dass sich das Gesamthonorar eines vertragszahnärztlichen Leistungserbringers für vertragszahnärztliche Leistungen um mehr als 10 Prozent gegenüber dem Referenzquartal aus dem letzten Jahr vor dem Beginn des Großschadensereignis mindert, so kann die Kassenzahnärztliche Vereinigung, wenn die Gesamtvergütung nach Einzelleistungen berechnet wird, eine befristete Ausgleichszahlung an den vertragszahnärztlichen Leistungserbringer leisten, die sowohl die aus der Gesamtvergütung vergüteten als auch die außerhalb der Gesamtvergütung vergüteten Leistungen einschließlich Zahnersatz abdeckt. [2]Wird die Gesamtvergütung nicht nach Einzelleistungen berechnet, ist die Ausgleichszahlung auf Leistungen einschließlich Zahnersatz beschränkt, die außerhalb der Gesamtvergütung vergütet werden. [3]Die Ausgleichszahlung ist in der Höhe zu mindern, in der der vertragszahnärztliche Leistungserbringer Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz oder finanzielle Hilfen aufgrund anderer Anspruchsgrundlagen erhält. [4]Die Aufwendungen für die Ausgleichszahlungen sind der Kassenzahnärztlichen Vereinigung durch die Krankenkassen zeitnah zu erstatten. [5]Die Kassenzahnärztliche Vereinigung hat den Krankenkassen die zur Erstattung notwendigen Daten zur Verfügung zu stellen. [6]Soweit auf Grundlage von § 1 der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung an vertragszahnärztliche Leistungserbringer Liquiditätshilfen geleistet wurden, denen keine Erbringung vertragszahnärztlicher Leistungen zugrunde liegt, gelten diese als Ausgleichszahlungen im Sinne der Sätze 1 bis 4.

(2) Nimmt in Folge eines Großschadensereignisses die Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen gegenüber dem Referenzquartal aus dem letzten Jahr vor dem Beginn des Großschadensereignisses um mindestens 10 Prozent

ab, stellen die Bundesmantelvertragspartner oder die Gesamtvertragspartner für diejenigen Gesamtvergütungen, die nach Einzelleistungen berechnet werden, durch Vereinbarungen sicher, dass 90% des Betrages der Gesamtvergütungen des letzten Jahres vor Eintritt des Großschadensereignisses als Abschlagszahlung zur Verfügung gestellt werden.

(3) Mindert sich in Folge einer Pandemie, Epidemie, Endemie, Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensereignisses die Fallzahl in einem die Fortführung der Zahnarztpraxis gefährdenden Umfang, hat die Kassenzahnärztliche Vereinigung im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen im Verteilungsmaßstab zeitnah geeignete Regelungen zur Fortführung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit des Leistungserbringers vorzusehen.

(8) § 1 der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung tritt mit Inkrafttreten dieses Paragraphen außer Kraft.

2. Regelungen für eine verzerrungsfreie Fortschreibung der Gesamtvergütungen in Folgejahren von Großschadensereignissen

Darüber hinaus bedarf es nach Auffassung der KZBV zur Gewährleistung einer verzerrungsfreien Fortschreibung der Gesamtvergütungen verschiedener gesetzlicher Sonderregelungen, welche sicherstellen, dass krisenbedingte Verwerfungen innerhalb des Jahres eines Großschadensereignisses nicht zum Anknüpfungspunkt für die Fortschreibungen der Gesamtvergütungen gemacht werden, da es sich hierbei um völlig atypische singuläre Entwicklungen handelt, die in keiner Weise repräsentativ und als Anknüpfungspunkt für das Folgejahr absolut ungeeignet sind.

Insoweit bedarf es zunächst einer Regelung, wonach die Abnahme von Leistungsinanspruchnahmen, welche gerade nicht die tatsächliche Morbiditätsentwicklung abbildet, infolge der aktuellen COVID-19-Pandemie bzw. eines Großschadenereignisses bei der im Folgejahr erfolgenden Anwendung der Veränderungsparameter des § 85 Abs. 3 SGB V als Bezugsgrößen unberücksichtigt bleiben und nicht zur Grundlage für die prognostizierte Leistungsmenge des Folgejahres gemacht werden. Gleiches gilt für

eine etwaige Veränderung der Kostenstruktur, welche naturgemäß erst mit einem zeitlichen Versatz von üblicherweise zwei oder drei Jahren zum Tragen kommt. Auch hierbei müssen insoweit Krisenjahre bzw. aus Krisenjahren resultierende atypische Veränderungen unberücksichtigt bleiben.

In gleicher Weise sollte zudem die Berücksichtigung der Veränderungsrate bzw. die Berücksichtigung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität nach § 71 Abs. 1 und 2, § 85 Abs. 3 Satz 2 SGB V außer Betracht bleiben, da auch bei deren Berücksichtigung im Nachgang zu einem Epidemiejahr und den durch dieses bewirkten Abnahmen an beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder (§ 71 Abs. 3 SGB V) o.dgl. die Fortschreibung der Gesamtvergütungen verzerrt würde.

Mit Blick auf die COVID-19-Pandemie sollte zudem die nach § 85 Abs. 2 Satz 7 SGB V bestehende Pflicht zur Vereinbarung der Höhe der Gesamtvergütung (im Sinne einer Ausgabenobergrenze) zumindest für die Jahre 2021 und 2022 bzw. allgemein für die zwei auf ein Großschadensereignis folgenden Kalenderjahre ausgesetzt werden. Hilfsweise sollte zumindest der Betrag, um den die Gesamtvergütungen in 2020 unterschritten werden, auf die Ausgabenobergrenze im Pandemie-Folgejahr aufaddiert werden, um auch die vom Verordnungsgeber in der Entwurfsbegründung zur COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung prognostizierte Nachholung von Leistungen überhaupt realisieren zu können.

Konkreter Regelungsvorschlag:

§ 85a Abs. 4 SGB V-E:

> *(4) [1]Abweichend von § 85 Absatz 3 Satz 1 bleibt für die Veränderung der Gesamtvergütungen die im Vorjahr durch ein Großschadensereignis bewirkte Abnahme der Leistungsinanspruchnahme unberücksichtigt. [2]In diesen Fällen gelten § 71 Absätze 1 und 2 sowie § 85 Absatz 3 Satz 2 nicht. [3]Für die Gesamtvergütungen der beiden auf das Jahr eines Großschadensereignisses folgenden Kalenderjahre findet § 85 Absatz 2 Satz 7 keine Anwendung. [4]Die aus einem Großschadensereignis resultierende Veränderung der Kostenstruktur bleibt im Rahmen des § 85 Abs. 3 Satz 1 SGB V unberücksichtigt.*

3. Rechtsgrundlage für epidemiebedingte Zuschlagsposition im BEMA

Um den im Falle einer bundesweiten oder regionalen Epidemie entstehenden Mehraufwand für die Praxis sachgerecht ausgleichen zu können, sollte zudem die gesetzliche Grundlage für die Einführung einer epidemiebedingten Zuschlagsposition im BEMA geschaffen werden. Weder deckt die entsprechende Leistungsposition für den sog. Sprechstundenbedarf bislang erhöhte Aufwendungen für Hygienemaßnahmen und Schutzausrüstung ab (gerade zu Beginn der Pandemie sind hier die Preise aufgrund der hohen Nachfrage im privaten Bereich regelrecht explodiert), noch werden erhöhte Rüst- und Aufklärungszeiten kompensiert. Während der Hochphase der Pandemie musste der allgemeine Praxisbetrieb üblicherweise dergestalt entzerrt werden, dass zeitgleich nur eine geringere Anzahl von Patienten als unter Normalbedingungen einbestellt wurden, um das Infektionsrisiko möglichst gering zu halten. Auch für die hieraus resultierenden Nachteile gibt es bislang keine Kompensation.

Konkreter Regelungsvorschlag:

§ 85a Abs. 5 SGB V-E:

(5) Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen ist eine Zuschlagsposition für in Jahren eines Großschadensereignisses entstehende zusätzliche Kosten und sonstige Aufwände zu schaffen.

4. Sonderregelungen für die Selbstverwaltung zur besseren Versorgungsgewährleistung während eines Großschadensereignisses

Es hat sich erwiesen, dass im Krisenfalle und somit auch künftig bei Großschadensereignissen eine schnelle und effiziente Unterstützung der Leistungserbringer durch die Selbstverwaltung unerlässlich ist, um die Versorgung der Versicherten aufrecht zu erhalten und sachgemäß an die besonderen Gegebenheiten des jeweiligen Großschadenereignisses anzupassen. Zur Schaffung der hierfür erforderlichen Rechtssicherheit bei der Bewältigung der sich insoweit stellenden Herausforderungen sollten der Selbstverwaltung die notwendigen rechtlichen Befugnisse eingeräumt werden.

Um den Versicherten im Krisenfall zeitnahe und unbürokratische Lösungen anbieten zu können und kurzfristig die rechtlichen Grundlagen zu schaffen, mit denen für Zahnärzte, Krankenkassen und Versicherte die notwendige Rechtssicherheit hergestellt

wird, bedarf es insoweit einer Ermächtigungsgrundlage für die Selbstverwaltung (Bundesmantelvertragspartner und Gemeinsamer Bundesausschuss), wonach diese im Falle eines Großschadensereignisses bestehende höherrangige gesetzliche Regularien entsprechend der jeweiligen Erfordernisse zumindest befristet modifizieren bzw. aussetzen kann. Exemplarisch genannt sei hier etwa die Überweisung von infizierten bzw. unter Quarantäne stehenden Personen in Schwerpunktpraxen, die Vereinfachung der Verordnung von Krankenbeförderungen, die Erstreckung der Regelungen für Videosprechstunden auf alle Versicherte oder die Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ohne eingehende Untersuchung vor Ort.

Konkrete Regelungsvorschläge:

§ 85a Abs. 6 und 7 SGB V-E:

> *(6) Im einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen sind Videosprechstundenleistungen für die Untersuchung und Behandlung von Versicherten während der Dauer eines Großschadensereignisses vorzusehen, soweit die Leistungen sich für die Erbringung im Rahmen einer Videosprechstunde eignen.*
>
> *(7) [1]Zur Erleichterung der Versorgung der Versicherten im Falle eines Großschadensereignisses treffen der Gemeinsame Bundesausschuss sowie die Partner der Bundesmantelverträge im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeit geeignete Sonderregelungen. [2]Diese können zur Bewältigung der mit einem Großschadensereignis einhergehenden Herausforderungen insbesondere befristete Abweichungen von gesetzlichen Genehmigungsvorbehalten vorsehen oder Fernbehandlungen und Ferndiagnosen sowie hierauf beruhende Verordnungen zulassen.*

II. Zu Artikel 1 Nummer 6 RegE– Selektivverträge

Die KZBV bewertet die Änderungen am § 140a SGB V insgesamt als kritisch, als hierdurch der Sicherstellungsauftrag der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen im Umfang künftiger selektivvertraglicher Regelungen reduziert wird.

Die Möglichkeit zur Ausweitung von Selektivverträgen könnte bspw. dazu führen, dass perspektivisch eine sachgerechte Versorgung der Versicherten insb. in Krisenzeiten

nicht gewährleistet ist. Während in solch einem Fall die Selbstverwaltung über die notwendige Expertise und Mittel zur Bewältigung von Großschadensereignissen und den hieraus resultierenden Herausforderungen verfügt, kann dies auf sonstige Zusammenschlüsse von Leistungserbringern oder gar einzelne Leistungserbringer ggf. nicht zutreffen. Das Nebeneinander einer Vielzahl von Selektivverträgen birgt insoweit die Gefahr, dass einzelne Versichertengruppen in Krisenzeiten keine angemessene Versorgung zuteilwird. Auch außerhalb von Krisenzeiten besteht zudem die Gefahr, dass es zu einer nicht überschaubaren Vielfalt an unterschiedlichen Leistungsniveaus bzw. zu regional zersplitterten Leistungsniveaus kommt, die dem Grundsatz der Gewährung gleichwertiger Lebensverhältnisse auch in Sachen Gesundheitsversorgung mitunter entgegenstehen können.

Soweit es die Einbeziehung nichtärztlicher Leistungserbringer in den Anwendungsbereich des § 140a SGB V betrifft fordert die KZBV zudem eine ausdrückliche Klarstellung im Gesetzestext (und nicht lediglich in der Begründung) dergestalt, dass nichtärztliche Leistungserbringer über Selektivverträge nicht zur Erbringung von Leistungen befugt werden können, zu deren Erbringung sie im Rahmen der „Regelversorgung“ nicht befugt wären. Insbesondere darf hierdurch nicht ein bestehender (Zahn-)Arztvorbehalt oder Delegationsrahmen abbedungen werden.

In der Einbeziehung sonstiger Sozialleistungsträger, der PKV und etwaiger sonstiger Dritter in den Anwendungsbereich von Selektivverträgen sieht die KZBV das Risiko einer unzulässigen Zweckentfremdung von GKV-Mitteln.

Von der in § 140a Abs. 3 Satz 1 Nummer 7 SGB V- RegE verwendeten Formulierung der sonstigen Berufs- und Interessenverbände werden u.a. auch die Zahnärztekammern erfasst, deren originäre Zuständigkeit bislang in berufsrechtlichen Angelegenheiten besteht. Eine solche Einbeziehung von öffentlichen Körperschaften mit eigenem originärem Aufgabenbereich würde indes faktisch zu einer schleichenden Aufgabenausweitung per Selektivvertrag führen, was kaum intendiert sein kann und zudem kompetenzrechtlich problematisch sein dürfte. Daher sollte in § 140a Abs. 3 Satz 1 Nummer 7 SGB V- RegE klargestellt werden, dass Körperschaften wie insb. die Kammern nicht hierunter fallen.

III. Zum Änderungsantrag 1 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD, Ausschussdrucksache 19(14)242.2 vom 03.11.2020 bzgl. Nr. 1 (§ 79 Abs. 3e SGB V neu – schriftliche Beschlussfassung der Selbstvertretungsorgane)

Die im Änderungsantrag 1 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD, Ausschussdrucksache 19(14)242.2 vom 03.11.2020 unter Nr. 1 vorgesehene, bereits bis zum 30.09.2020 geltende Regelung des § 79 Abs. 3e SGB V, die eine schriftliche Beschlussfassung der Vertreterversammlungen der K(Z)Ven und KBVen ermöglicht, wird sehr begrüßt, da bei den KZVen nicht durchgängig entsprechende Satzungsregelungen vorhanden sind. Insoweit stellt diese Regelung einen wichtigen Baustein zum Erhalt bzw. zur (Wieder-)Herstellung der Handlungsfähigkeit der Vertreterversammlungen in der aktuellen Pandemiesituation dar.

Um den betroffenen KZVen bzw. deren Vertreterversammlungen indes sogar noch im laufenden Jahr 2020 schriftliche Beschlussfassungen intendierter oder gar erforderlicher Beschlüsse zu ermöglichen, bspw. um ggf. noch ausstehende Beschlüsse der Haushalte vorzunehmen, regt die KZBV an, die Regelung möglichst frühzeitig noch vor dem derzeit hierfür vorgesehenen 1.1.2021 in Kraft treten zu lassen. Mit Blick auf den voraussichtlichen Zeitplan des weiteren Gesetzgebungsverfahrens wird insoweit für ein rückwirkendes Inkrafttreten plädiert, wie es über Art. 5 Abs. 2 und 3 des GPVG-RegE bereits für verschiedene andere Regelungen vorgesehen ist.

§ 79 Abs. 3a SGB V-E sollte daher über Art. 5 Abs. 2 des GPVG rückwirkend mit Datum des Kabinettsbeschlusses in Kraft gesetzt werden.

10. November 2020

KBV KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)243(14)
zur öffentlichen Anh am
16.11.2020 -
10.11.2020

ENTWURF EINES GESETZES ZUR VERBESSERUNG DER GESUNDHEITS-VERSORGUNG UND PFLEGE (GPVG)

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM REGIERUNGSENTWURF VOM 19. OKTOBER 2020, BT-DRS. 19/23483

10. NOVEMBER 2020

INHALT

VORBEMERKUNG **3**

ARTIKEL 1 - ÄNDERUNG DES FÜNFTEN BUCHES SOZIALGESETZBUCH **4**

Nr.5 - § 137g Abs. 2 - Disease Management Programme, ergänzender Satz 4
Nr. 6 a) aa) - § 140a, Abs. 1, Satz 2 SGB V i.V.m. Abs. 3 Satz 1 4
Nr. 6 a) bb) - § 140a, Abs. 1, neuer Satz 3 4
Nr. 6 b) aa) - § 140a, Abs. 2, Satz 3 bis 6 (neu) 4
Nr. 6 b) aa) - § 140a, Abs. 2, Streichung Satz 4 5
Nr. 6 b) bb) - § 140a, Abs. 2, Satz 7 (neu) 5
Nr. 6 c) aa) bbb) - § 140a, Abs. 3, Satz 1, Nr. 7 5
Nr. 6 d) § 140a, Abs. 3a (neu) und 3b (neu) 5

ZU DEN FACHFREMDEN ÄNDERUNGSANTRÄGEN, BT-DRS. 19(14)242.2 VOM 3. NOVEMBER 2020 **6**

Änderungsantrag 1, Art. 1, Nr. 1a - § 79 Abs. 3e (neu) - Schriftliche Beschlussfassung der Selbstverwaltungsorgane 6
Änderungsantrag 6, Art. 3 Nr. 0, 0a - § 8 SGB XI - Modelltitel des GKV-SV 6

ZU DEN FACHFREMDEN ÄNDERUNGSANTRÄGEN, BT-DRS. 19(14)242.3 VOM 9. NOVEMBER 2020 **7**

Änderungsantrag 10, Art. 1, Nr. 2a - § 105 SGB V (neu); Art. 4a - § 13 (neu) Coronavirus-TestVO - Sicherstellung der medizinischen Versorgung in epidemischen Lagen, Finanzierung von Testzentren 7

VORBEMERKUNG

Der vorliegende Entwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (GPVG) der Bundesregierung, BT-Drs. 19/23483, sieht verschiedene Änderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung vor. Neben Vorschlägen zur Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten adressiert der Regierungsentwurf weitere Regelungen, die sich aus der Bewältigung der SARS-CoV-2 Pandemie ergeben.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) begrüßt die Intention des Gesetzgebers, mit dem vorliegenden Entwurf die Gesundheitsversorgung und Pflege zu verbessern sowie den Folgen der Pandemie in Teilbereichen zu begegnen, möchte sich jedoch in ihrer Stellungnahme ausschließlich auf den Bereich der „Erweiterten Möglichkeiten der Selektivverträge“ konzentrieren.

Die strukturellen Innovationen im Bereich der selektivvertraglichen Versorgung werden von der KBV begrüßt. Mit der Erweiterung des Spektrums potenzieller Vertragspartner über die vertragsärztliche und pflegerische Versorgung hinaus, ergeben sich zahlreiche neue Möglichkeiten sektorenübergreifender Versorgungsangebote, die bislang im Rahmen von Verträgen nach § 140a SGB V nicht abbildbar waren. Gleiches gilt für die bessere Abstimmung dieser Vertragsgrundlage mit Projekten des Innovationsausschusses, die überwiegend über Verträge nach § 140a SGB V administriert werden.

Unverständlich bleibt der Ausschluss von Verträgen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) mit Verbänden der Kassenarten. Diese sollten zulässig sein. Dogmatische Grundsätze einer wettbewerblichen Ausrichtung der Selektivverträge tragen zur Behinderung von Systeminnovationen bei, die durch Verträge mit KVen mit entsprechenden Verbänden schnell und flächendeckend angeboten werden können. In diesem Zusammenhang ist darüber hinaus zu prüfen, wie der Erkenntnisgewinn aus Selektivverträgen transparent und für die Versichertengemeinschaft insgesamt nutzbar gemacht werden kann.

Die Aufgabe von Wirtschaftlichkeitsnachweisen von Selektivverträgen erscheint in Anbetracht der sich abzeichnenden Entwicklung im Zuge der Corona-Pandemie überdenkenswert.

Zur Kommentierung

Zu den einzelnen Regelungsinhalten wird im Folgenden kommentiert. So keine Anmerkungen getätigt werden, wird die Regelung durch die KBV begrüßt oder sie sieht die Interessen der Vertragsärzte und -psychotherapeuten durch die Regelung nicht betroffen beziehungsweise steht dem Regelungsvorschlag neutral gegenüber.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist die männliche Form gewählt. Hiermit ist selbstverständlich auch die weibliche Form gemeint.

ARTIKEL 1 - ÄNDERUNG DES FÜNFTEN BUCHES SOZIALGESETZBUCH

NR.5 - § 137G ABS. 2 - DISEASE MANAGEMENT PROGRAMME, ERGÄNZENDER SATZ

Der Fortbestand der für die Umsetzung der Disease Management Programme erforderlichen Verträge nach §§ 73a, 73c und 140a in der Fassung vom 22. Juli 2015 ohne Anpassungs- oder Vorlageverpflichtung wird aufgrund der ansonsten erheblichen bürokratischen Aufwände begrüßt.

NR. 6 A) AA) - § 140A, ABS. 1, SATZ 2 SGB V I.V.M. ABS. 3 SATZ 1

Häufig stoßen sozialrechtliche, dem Grunde nach sinnvolle Förder- und Entwicklungsmöglichkeiten an die Grenzen der sektoralen Abgrenzung eigenständig geregelter Bereiche der Daseinsvorsorge. Gerade bei der Versorgung von Patienten mit komplexem Behandlungsbedarf stellt sich die unzureichende Finanzierungsmöglichkeit übergreifender Maßnahmenpakete als erheblich limitierender Faktor dar.

Mit der Öffnung der Vertragsgrundlage für weitere Leistungserbringer sowie weiterer Leistungsbereiche der Daseinsvorsorge, können realitätstauglichere und gleichzeitig ganzheitliche SGB V-übergreifende Verträge zur Versorgung von Versicherten geschlossen werden. Insofern wird die Regelung begrüßt.

NR. 6 A) BB) - § 140A, ABS. 1, NEUER SATZ 3

Im Vergleich zum Referentenentwurf wird in Satz 3 (neu) festgestellt, dass Verträge auch Regelungen enthalten können, die die Versorgung regional beschränken. Diese Regelung soll klarstellen, dass auch überregional tätige Krankenkassen ihren Versicherten regional beschränkte Versorgungsangebote nach § 140a SGB V zur Verfügung stellen können.

Regionale Versorgungsverträge sind sinnvoll und entsprechen dem Wesen nach den Selektivverträgen, wonach Versorgungsverbesserungen für Versicherte zugänglich gemacht werden sollen. Regionale oder lokale Versorgungsprobleme bedürfen regionaler bzw. lokaler Verbesserungen, was durch die klarstellende Regelung verdeutlicht wird.

Die in der Gesetzesbegründung aufgeführte „Systemfremdheit“ von Verträgen der KVen mit Verbänden der Krankenkassen hingegen erscheint dogmatisch und nicht mehr zeitgemäß. Systemverbesserungen möglichst vielen Versicherten zugänglich zu machen, sollte Anliegen der Bemühungen aller Beteiligten sein.

Einzelne Akteure aus offensichtlich wettbewerbspolitischen Gründen von dieser Aufgabe auszuschließen, führt zu einer fragmentierten und unvernetzten Einführung von Versorgungsinnovationen, die zudem durch das fehlende Evaluationsgebot nicht transparent sind.

Auch aus diesem Grunde sollten Vertragsschlüsse von Akteuren wie den Landesverbänden der Krankenkassen mit KVen, die umfassende Versichertengemeinschaften erreichen können, ermöglicht werden. Unbenommen davon sind intelligente Möglichkeiten der Evaluation und damit der Zugänglichmachung des Erkenntnisgewinns für alle Versicherten aus erfolgreichen Projekten in den § 140a SGB V aufzunehmen.

NR. 6 B) AA) - § 140A, ABS. 2, SATZ 3 BIS 6 (NEU)

Insbesondere die Anpassung des § 140a SGB V an die besonderen Erfordernisse dieser Vertragsgrundlage bei der Verwendung für Innovationsfondsprojekte stellt eine sinnvolle Systeminnovation dar.

Der Verzicht des Nachweises der Wirtschaftlichkeit ist bei Innovationsfondsprojekten gerechtfertigt, da sie bereits bei der Genehmigung einer Prüfung der Verhältnismäßigkeit der Mittel unterliegen und auch sehr genau und umfassend evaluiert werden. Auch ist ein Nachweis der Innovation nicht erforderlich, so dass es begrüßt wird, hier zusätzliche bürokratische Hürden zur Überführung bzw. Verstetigung der Projekte abzubauen.

Die neue Regelung in Satz 6, dass nur ein Teil der geförderten neuen Versorgungsform in einem Vertrag nach § 140a SGB V fortgeführt werden kann, scheint sehr weitgehend. Zur Vereinfachung des Zugangs zur

Versorgung, auch von Teilen der erfolgreich bewerteten Innovationen, wird eine solche Regelung grundsätzlich begrüßt, sofern die Wirksamkeit der Intervention dann immer noch gegeben ist.

Gleichzeitig ist es aus Sicht der KBV erforderlich, dass gerade die mit Mitteln der Versichertengemeinschaft geförderten Projekte des Innovationsfonds bei positiver Evaluation allen Versicherten zur Verfügung stehen sollten. Hier ist eine Fortführung in regionalen Versorgungsverträgen durch eine Krankenkasse dagegen besser als die Alternative, nämlich gute Versorgungsansätze überhaupt nicht weiterzuverfolgen.

Vorrang sollte daher grundsätzlich die Überführung der Innovation in die Regelversorgung haben.

NR. 6 B) AA) - § 140A, ABS. 2, STREICHUNG SATZ 4

In Anbetracht der sich abzeichnenden gesamtwirtschaftlichen Situation mit unmittelbaren Auswirkungen auf die Finanzierung der GKV, ist zu prüfen, ob die Streichung des aktiven Nachweises der Wirtschaftlichkeit der Versorgung tatsächlich vollzogen werden soll. Es ist darüber hinaus zu befürchten, dass Mittel aufgrund des fehlenden Wirtschaftlichkeitsnachweises durch Krankenkassen in die Versorgung von Versichertengruppen mit einer besonders günstigen Risikostruktur investiert und der Versorgung von chronisch kranken Patienten entzogen werden. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung ist Bestandteil der besonderen Versorgung geworden, da die pauschalierte Förderung durch die Anschubfinanzierung nicht immer die Schwerpunkte im Sinne der Versorgung gesetzt hat. Zudem wollte man eine allgemeine, kostenintensive Evaluationspflicht vermeiden. Weder eine Evaluation noch einen Wirtschaftlichkeitsnachweis vorzusehen, bewirkt, die ohnehin bestehende Intransparenz weiter zu vergrößern.

NR. 6 B) BB) - § 140A, ABS. 2, SATZ 7 (NEU)

Mit dieser Ergänzung können Krankenkassen insbesondere Koordinations- und Managementleistungen an Dritte übertragen bzw. können Vertragspartner diese füreinander wahrnehmen. Eine solch umfassende Auslagerung des Versorgungsmanagements an Vertragspartner oder Dritte sehen wir als eine zu weitgehende Aufweichung des Kernbereichs der Aufgaben der gesetzlichen Krankenkassen an.

Wir bitten deshalb um Streichung des Satzes.

NR. 6 C) AA) BBB) - § 140A, ABS. 3, SATZ 1, NR. 7

Die Ergänzung scheint redundant, nachdem „andere Berufs- und Interessensverbände“ heute schon unter Nr. 1 „zur Versorgung der Versicherten berechtigte Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften“ zum Vertragsschluss befähigt sind. Entsprechende Verträge liegen vor. Im Übrigen sollten die KVen als originärer Vertragspartner und nicht „zur Unterstützung von Mitgliedern“ Verträge schließen können. Dieser Zusatz ist obsolet, da die KVen stets ausschließlich mit Wirkung für ihre Mitglieder tätig werden.

NR. 6 D) § 140A, ABS. 3A (NEU) UND 3B (NEU)

Die Flexibilisierung der Vertragsgrundlagen lässt entsprechend passgenauere Versorgungslösungen erwarten. Allerdings erscheint die Regelung von Einzelfällen einer vertraglichen Lösung nicht zugänglich zu sein. Die Hinzunahme nicht zugelassener Leistungserbringer wird kritisch beurteilt und insbesondere im ärztlichen und psychotherapeutischen Bereich als nicht erforderlich angesehen.

Eine solch weitgehende Aufweichung des Sachleistungsprinzips lehnen wir ab und bitten um Streichung des Absatzes 3b.

Hilfsweise sollte diese Regelung durch entsprechende Transparenzvorschriften begleitet werden, die eine Veröffentlichung der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer durch die vertragschließende Krankenkasse vorsehen.

ZU DEN FACHFREMDEN ÄNDERUNGSANTRÄGEN, BT-DRS. 19(14)242.2 VOM 3. NOVEMBER 2020

ÄNDERUNGSANTRAG 1, ART. 1, NR. 1A - § 79 ABS. 3E (NEU) - SCHRIFTLICHE BESCHLUSSFASSUNG DER SELBSTVERWALTUNGSORGANE

Die Regelung sieht vor, dass die Vertreterversammlungen der KVen und der KBV aus wichtigen Gründen befristet bis zum 31. Dezember 2021 ohne Sitzung schriftlich abstimmen können.

Die KBV begrüßt den Vorschlag, der angesichts der fortdauernden COVID-19-Pandemie gewährleistet, dass die KVen ihre Honorarverteilungsmaßstäbe, Haushaltspläne und weitere dringende Beschlüsse schriftlich fassen können und somit eine Weiterführung der operativen Geschäfte uneingeschränkt gewährleistet wird.

ÄNDERUNGSANTRAG 6, ART. 3 NR. 0, 0A - § 8 SGB XI - MODELLTITEL DES GKV-SV

Mit der Ergänzung des § 8 um Modellvorhaben zur Erprobung innovativer Versorgungsansätze unter besonderer Berücksichtigung einer kompetenzorientierten Aufgabenverteilung des Personals in Pflegeeinrichtungen, sollen insbesondere Projekte zur Versorgung durch eine Advanced Care Nurse gefördert werden. Diese sollen beispielsweise Krankenhausaufenthalte von Pflegebedürftigen vermeiden. Aus Sicht der KBV ist es bei der Versorgung von pflegebedürftigen Patienten zentral, dass die ärztliche und die pflegerische Versorgung gut aufeinander abgestimmt sind. Deshalb sollte Ziel solcher Modellvorhaben die Vermeidung neuer Schnittstellen sein. Neben dem Gesundheitsberuf der Advanced Care Nurses ist zu prüfen, ob andere Fachberufe wie Physician Assistants zu Versorgungsverbesserungen beitragen können.

ZU DEN FACHFREMDEN ÄNDERUNGSANTRÄGEN, BT-DRS. 19(14)242.3 VOM 9. NOVEMBER 2020

ÄNDERUNGSANTRAG 10, ART. 1, NR. 2A - § 105 SGB V (NEU); ART. 4A - § 13 (NEU) CORONAVIRUS-TESTVO - SICHERSTELLUNG DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG IN EPIDEMISCHEN LAGEN, FINANZIERUNG VON TESTZENTREN

Grundsätzlich wird die beabsichtigte Regelung von der KBV begrüßt. Allerdings werden für folgende Punkte Änderungen angeregt:

- Es entstehen in den KVen nicht unerhebliche interne Aufwände (z.B., wenn Mitarbeiter in Logistikzentren LKWs annehmen, Kartons zählen und PSA an Ärzte ausgeben und das ggf. noch nachts oder am Wochenende). Gleiches gilt im Zusammenhang mit Abstrichzentren oder anderen Pandemiemaßnahmen wie Fahrdiensten. Die Krankenkassen haben diese Aufwände nicht überall anerkannt. Insbesondere geht es hier auch um angeordnete und ausgezahlte Überstunden, die tatsächlich auch nachweisbar sind.
- Hier sollte eine entsprechende Klarstellung erfolgen.
- Die Formulierung: „…Die Erstattung ist ausgeschlossen, soweit die betreffende Maßnahme bereits im Haushaltsplan der Kassenärztlichen Vereinigung abgebildet ist…“ hat im Jahr 2020 dem Vernehmen nach zu keinen Problemen geführt. Dies wird sich aber in 2021 ändern, da die KVen z. B. bei pandemiebedingten Dauerschuldverhältnissen wie Mieten oder sachgrundbefristeten Arbeitsverträgen nach § 67 ff. SGB IV nunmehr gar nicht anders können, als diese in den Haushaltsplan für 2021 aufzunehmen. Ggf. sollte hier die Kostenerstattung weniger an den Haushalt als eher an den Nachweis der pandemiebedingten Erfordernisse geknüpft werden.
- Im Zusammenhang mit der Terminvergabe und der Durchführungen von Impfungen entstehen auch seitens der KBV Aufwendungen. Die Regelung des § 105 Abs. 3 SGB V sollte daher auch diese Regelungen erfassen können.

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

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 175.000 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, beispielsweises 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.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)243(15)
zur öffentlichen Anh am
16.11.2020 -
10.11.2020

DGIV
Deutsche Gesellschaft für
Integrierte Versorgung
im Gesundheitswesen e.V.

Berlin, 26. August 2020

DGIV-Stellungnahme zum Referentenentwurf des BMG vom 06.08.2020 über ein Versorgungsverbesserungsgesetz (GPVG)

Zu Artikel 1 Ziffer 3 Änderung § 140a SGB V:

I.

Die avisierten Änderungen entsprechen nicht im ausreichenden Maße dem Reformbedarf auf dem Gebiet der Besonderen, insbesondere Integrierten Versorgung. Neben Klarstellungen, die aus Ungenauigkeiten bei der Abfassung des Gesetzes erforderlich wurden, wichtigen Entwicklungsschritten wie die Abschaffung der außerordentlichen Wirtschaftlichkeitskontrolle und die Zulassung kassenartübergreifender Verträge werden auch Maßnahmen vorgeschlagen, die als konkrete und nachhaltige Problemlösungen zur tatsächlichen Versorgungsverbesserung fraglich erscheinen. Letztendlich vermag der Entwurf der Umsetzung des Prinzips der Integrierten Versorgung im deutschen Gesundheitswesen noch nicht die notwendigen Impulse zu verleihen, die für eine markante Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Versorgung – insbesondere im Schnittstellenbereich von ambulant und stationär – erforderlich sind.

II.

Die Selektivversorgung ist ein wichtiges Experimentierfeld („Labor“) für die Hebung des gewaltigen Effizienzpotenzials im Schnittstellenbereich von ambulanter und stationärer Versorgung. Auch das BMG will dieses Labor jetzt zusätzlich für die Erprobung von durch insbesondere den Innovationsfonds geförderte Projekte für eine Übernahme in die Regelversorgung nutzen.

Um hier weiter vorankommen zu können, reicht es aber nicht, aus den besonderen ambulanten ärztlichen Versorgungsaufträgen nunmehr besondere Versorgungsaufträge für alle berechtigten Leistungserbringer zu machen. Hier müssen auch die Bestimmungen über eine solche Berechtigung überprüft und weiter liberalisiert werden.

Auch die Selektivversorgung ist immer noch auf die in der Regelversorgung statuierten Versorgungsstrukturen formal angewiesen. Umso wichtiger ist es, dass der Selektivversorgung auch innovative Leistungserbringer zur Verfügung stehen. Das BMG hat bereits deutlich gemacht, dass es es für erforderlich hält, die vertragsärztliche ambulante Versorgung deutlich weiter für die Krankenhäuser zu öffnen. Die Gründe dafür liegen nicht nur im Versuch einer besseren Bedarfsdeckung auf dem Gebiet der ambulanten Versorgung, sondern auch in der Generierung einer Auffanglösung für nicht mehr tragbare Krankenhäuser.

Andere Strukturen wie die belegärztliche Versorgung, die honorarärztliche Zusammenarbeit von Krankenhäusern und nicht fest am Krankenhaus angestellten Ärzten, die praxisklinische Versorgung, das Entlassmanagement oder die ambulante spezialärztliche Versorgung werden im Referentenentwurf nicht weiter entwickelt. Dabei haben hier die Versorgungswissenschaft und nicht zuletzt die Selektivversorgung bereits innovative Entwicklungsoptionen aufgezeigt.

Auch der Referentenentwurf wird von der staatlichen Strategie der weiteren Öffnung der ambulanten Versorgung für die Krankenhäuser in wesentlichen Teilen mitbestimmt. Fragwürdig daran ist allerdings, warum diese Einzelmaßnahme nunmehr zum vermeintlichen „Königsweg der sektorenübergreifenden Versorgung“ hochstilisiert wird, obwohl (auch durch Ergebnisse der Selektivversorgung) noch gar nicht geklärt ist, ob ein solcher Schritt tatsächlich zu der erhofften Versorgungsverbesserung führen wird.

Auch das Modell einer Umwandlung von Krankenhäusern in „Integrierte Gesundheitszentren“ wird auf Regierungsseite wie selbstverständlich von dem Gedanken getragen, dass diese neue Form der weitgehend ambulanten Versorgung in Trägerschaft der Krankenhausträger verbleiben soll. Die Diskussionen um die Trägerschaft „integrierter Notfallzentren“ haben aber bereits deutlich gemacht, dass das ambulante Know-how der Vertragsärzteschaft bei Organisation und Durchführung ambulanter Versorgungsprozesse nicht vernachlässigt werden darf. Besonders die Identität von Inhaberschaft und Berufsausübung ist in der vertragsärztlichen Versorgung die entscheidende Triebkraft für Effizienz und Effektivität des Praxisbetriebes. Vor diesen Erkenntnissen sollte man nicht die Augen verschließen.

III.

Die Feststellung zu a (Absatz 1) bb (Satz 2) auf Seite 24 des Entwurfes „*Sektorenspezifische besondere Versorgungsaufträge sind bisher nur in der vertragsärztlichen Versorgung bzw. für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte vorgesehen.*“ kann so nicht nachvollzogen werden.

Vielmehr lässt das derzeitige Gesetz Versorgungsaufträge zu, die eine integrierte Versorgung oder besondere ambulante ärztliche Versorgungsaufträge unter Beteiligung vertragsärztlicher Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften ermöglichen.

Dieses Beteiligungserfordernis für besondere ambulante Versorgungsaufträge soll jetzt gestrichen werden, in dem nur noch von besonderen Versorgungsaufträgen die Rede ist, die allen berechtigten Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften offen stehen sollen.
„Berechtigung“ oder „Zulassung“ darf nicht mit „Leistungsfähigkeit“ gleichgesetzt werden, da hierfür andere Kategorien – insbesondere der Bedarfsplanung – zur Statusbestimmung herangezogen werden. Es kann nicht überzeugen, wenn der Gesetzgeber einerseits den Leistungserbringern hinsichtlich ihrer fachlichen Qualifikation und der damit verbundenen Leistungsbefähigung durchaus grundsätzlich die Berechtigung zur statusübergreifenden Leistungserbringung einräumt, andererseits jedoch immer noch die Berechtigung zur Vertragsteilnahme davon abhängig macht, dass die Leistungen gemäß Versorgungsauftrag mindestens vom Zulassungs-, Ermächtigungs- oder Berechtigungsstatus eines am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringers gedeckt seien muss.

Es sollte in Zukunft allein im Ermessen der Kassen als den die Versorgungsaufträge ausreichenden Vertragspartnern liegen, inwieweit die Leistungserbringung in der Besonderen Versorgung auch unter Abweichung vom Zulassungsstatus der Leistungserbringer erfolgen darf. Das gilt umso mehr, als besondere Versorgungsaufträge von den Kassen auch in zweiseitigen Verträgen an nur einen Leistungserbringer ausgereicht werden können.

IV.

Die DGIV begrüßt die Bestrebungen des Referentenentwurfs, den Kassen weitere selektivvertragliche Optionen für Verträge mit nicht ärztlichen Leistungserbringern zur Verfügung zu stellen.

Mit der noch stärkeren Einbeziehung nicht ärztlicher Leistungserbringer in das Vertragswerk der Besonderen Versorgung wird die ursprüngliche Ausrichtung des § 140a SGB V auf Versorgungsaufträge für ärztliche Leistungserbringer in Praxis und Krankenhaus unter Beteiligung nicht ärztlicher Leistungserbringer weiter aufgeweitet.

Die DGIV spricht sich daher für eine gesetzessystematische Neuordnung der Verträge und Versorgungsaufträge aus.

Anderenfalls spräche vieles sogar für eine Verschmelzung der Besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V mit den Bestimmungen über die Modellvorhaben gemäß § 63 ff. SGB V. Es spräche dann mehr dafür, sich in § 140a auf alle besonderen, insbesondere integrierten Selektivversorgungsformen zu konzentrieren. In diesem Zusammenhang muss endlich auch das Problem der Auswertung der Projekte der Besonderen Versorgung gelöst werden. Es kann nicht angehen, dass der Öffentlichkeit wertvolle Erkenntnisse aus den Projekten der Krankenkassen vorenthalten werden. Den Kassen wie bei den Modellvorhaben schlicht eine Evaluierungspflicht aufzuerlegen, wäre allerdings ein neues gewichtiges Beschwernis für deren Bereitschaft zum Vertragsabschluss. Hier müssen bessere Lösungen, ggf. mit erweiterten Finanzierungsmöglichkeiten gefunden werden.

V.

Die neue Bestimmung in § 140a Abs. 1 SGB V „*Die Verträge können auch eine besondere regionale Versorgung beinhalten*." ist zu unbestimmt. Auch die Begründung des Entwurfs bietet hier keine überzeugenden Aufschlüsse. Derzeit wird lediglich zum Ausdruck gebracht, dass Verträge zur besonderen Versorgung auch auf „Regionen" im Vertragsumfang erstrecken können. Besondere rechtliche Bestimmungen bestehen dafür aber nicht.

VI.

Auch die DGIV fordert, die Altverträge bestehen zu lassen. Das ist auch in der Historie der Integrierten Versorgung bisher so gehandhabt worden. Es ist nicht ersichtlich, weshalb ein Neuabschluss aller bisherigen Verträge zwingend erfolgen muss. Die Besondere Versorgung beruht auf dem Prinzip des freien Kontrahierens. Die Vertragspartner müssen weitgehend darauf vertrauen können, dass die Verträge gerade auch längerfristig Bestand haben. Dieser Bestand muss geschützt werden.

VII.

Die Besondere Versorgung braucht als Selektivvertragsform mehr Versorgungsrelevanz. Insbesondere eine größere Verbreitung in der deutschen Versorgungslandschaft ist für die Besondere Versorgung die wichtigste Voraussetzung für die Leistung eines größeren Beitrages zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung.

Besondere Versorgung ist aber freiwillig, sowohl für die Kassen als Träger der Projekte, als auch für die beteiligten Leistungserbringer und selbstverständlich für die Patienten/Versicherten.

Eine Verbesserung der Versorgung, wie es der Referentenentwurf bereits in der Gesetzesbezeichnung vorsieht, muss in der freiwilligen Selektivversorgung deshalb immer auch über angemessene Anreize zur Vertragsteilnahme für die Beteiligten erreicht werden.

Die Vergangenheit hat gezeigt, dass der Wettbewerb allein keinen ausreichenden Anreiz in diesem Sinne darstellt. Für die Leistungsträger und –erbringer muss sich deshalb eine Teilnahme an der besonderen Versorgung auch in anderer Hinsicht lohnen. Der Referentenentwurf bietet hierfür noch keine überzeugenden neuen Argumente.

Insbesondere Zuteilungen aus einem „Innovationsfonds der anderen Art“ an die Krankenkassen zur zweckgebundenen Verwendung für innovative Projekte der Selektivversorgung könnten einen solchen neuen attraktiven Anreiz darstellen und der Selektivversorgung – zusammen mit weniger Restriktionen in den Rahmenbedingungen – neuen Schub verleihen.

Impressum
Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e. V.
Wartburgstraße 11, 10823 Berlin
Tel.: 0 30 / 44 72 70 80, Fax: 0 30 / 44 72 97 46
Mail: info@dgiv.org, Web: www.dgiv.org
V. i. S. d. P.: Prof. Dr. med. Stefan G. Spitzer, Vorsitzender des Vorstandes

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)243(15.1)
zur öffentlichen Anh am
16.11.2020 -
10.11.2020

DGIV
Deutsche Gesellschaft für
Integrierte Versorgung
im Gesundheitswesen e.V.

Berlin, 9. November 2020

Zur GPVG-Anhörung am 16. 11. 2020 (12.30 – 14.00 Uhr)

Nachtrag zur DGIV-Stellungnahme vom 26. 8. 2020 zum Gesetzentwurf der Bundesregierung über ein Versorgungsverbesserungsgesetz (GPVG)

Zur Novelle des § 140a SGB V:

In einer ersten Stellungnahme hat die DGIV am 26. August 2020 den Referentenentwurf des BMG vom 06.08.2020 kommentiert. Angemerkt wurde, dass trotz einiger wichtiger Entwicklungsschritte und technischer Korrekturen im Detail der Entwurf der Umsetzung des Prinzips der Integrierten Versorgung im deutschen Gesundheitswesen noch nicht die notwendigen Impulse zu verleihen vermag. Vor allem fehlt ein grundsätzlicher Wechsel hin zum Ansatz integrierter Versorgungskonzepte als Regelversorgung.

Die damalige Einschätzung wird mit der vorliegenden Stellungnahme bekräftigt. Im Hinblick auf ihre besondere Relevanz sollen folgende Aspekte jedoch nochmals besonders betont werden.

Explizit **positiv** bewertet die DGIV:

1. Erweiterung auf **nichtärztliche Heilberufe**; dies ist eine notwendige Anerkennung ihrer Relevanz für integrierte Versorgungsansätze.
2. Erweiterung auf andere **Sozialversicherungsträger**; auch hier erfolgt eine dringend angezeigte Annäherung an die Versorgungsbedarfe insbesondere vulnerabler Bevölkerungs- und Patientengruppen.
3. Exit-Option für erfolgreiche, aber auslaufende Projekte des **Innnovationsfonds**; zwar wird hiermit keine Lösung des grundlegenden Problems erreicht, die Fortführung erfolgreicher Projekte kann hierdurch jedoch zumindest mittelfristig sichergestellt werden.
4. Streichung der 4-Jahresfrist zum Nachweis der **Wirtschaftlichkeit**; diese hat sich in der Vergangenheit häufig als Hemmschuh erwiesen und eigentlich vielversprechende Projekte verhindert.
5. Klarstellungen wie zur Option **der regionalen Begrenzung** und der Möglichkeit der Krankenkassen sich für **Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen** Dritter bedienen zu dürfen; dies entspricht praktischen Erfordernissen, welche die Umsetzung insb. auch strukturverändernder intersektoraler Versorgungsinnovationen in einer Region erleichtern.

Kritisch sind folgende Punkte zu bemerken:

1. Bei der Erweiterung auf **nichtärztliche Heilberufe** wird halbherzig agiert; es wäre wünschenswert, den Vertragspartnern hier **größere Freiheitsgrade** bei Entscheidungen zur Leistungserbringung einzuräumen.
2. Nach wie vor gibt es keine regelhafte Überführung von erfolgreichen **Innovationsfonds**-Projekten in die **Regelversorgung**; zwar wird der Abbruch erfolgreicher Projekte vermieden, das grundlegende Problem des fehlenden Transfers in die Regelversorgung wird jedoch nicht gelöst; es besteht die Gefahr, dass nach Abwendung der akuten Gefahr der Handlungsdruck, eine echte Lösung zu finden, weiter abnimmt.
3. Regionale Modelle der integrierten Versorgung mit Veränderung der Versorgungsstrukturen erfordern i.d.R. Beteiligung (nahezu) aller in der Region vertretenen Kassen. Derartige **regionale „Kollektivverträge“** werden **weiterhin explizit ausgeschlossen**, was eine große Hürde für strukturverändernde Maßnahmen darstellt; der wettbewerbliche Charakter der Verträge nach §140a SGB V steht dabei in einem Spannungsverhältnis zum Anspruch auch weitreichende integrierte Versorgung substantiell zu fördern. Eine Offenheit für zumindest regionale kollektive Lösungen würde dem Wettbewerbsgedanken nicht grundsätzlich entgegenstehen, da auch weiterhin Selektivverträge mit einzelnen Kassen geschlossen werden können. Vielmehr würde es dem Wettbewerbsgedanken Rechnung tragen, wenn sich besonders erfolgreiche Innovationen auf diesem Wege durchsetzen können. Beim aktuellen Vorschlag bleiben weiterhin große Hindernisse für Modelle wie Primärversorgungszentren, Intersektorale Gesundheitszentren etc. bestehen.

Abgesehen davon, dass einige zentrale Hürden bestehen bleiben, steht vor allem zu befürchten, dass man sich in einzelnen Details verliert – so hilfreich und notwendig deren Überwindung ist – und darüber der weite Blick für den sich immer deutlicher zeigenden Bedarf an sektorenübergreifenden Versorgungsansätzen (vor allem zur Behandlung und Linderung chronischer Erkrankungen) verloren geht. Bei aller Wertschätzung der positiven Aspekte betont die DGIV an dieser Stelle nochmals den unverändert hohen Handlungsbedarf, zu grundlegenden Lösungen zu gelangen.

Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e. V.
Wartburgstraße 11, 10823 Berlin
Tel.: 0 30 / 44 72 70 80, Fax: 0 30 / 44 72 97 46
Mail: info@dgiv.org, Web: www.dgiv.org
V. i. S. d. P.: Prof. Dr. mult. Eckhard Nagel, Vorsitzender des Vorstandes

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)243(16)
zur öffentlichen Anhörung am
16.11.2020 -
10.11.2020

WIR!®
Stiftung pflegender Angehöriger

Stellungnahme der WIR! Stiftung pflegender Angehöriger zum Gesetzentwurf der Bundesregierung "Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- Pflegeverbesserungsgesetz- GPVG) "
Drucksache 19/23483

Vorbemerkung

In dem vorliegenden Gesetzentwurf zur Verbesserung der Gesundheitsvorsorge und Pflege stehen finanzielle Aspekte im Mittelpunkt. Diese Aspekte sind wichtig, aus unserer Sicht aber sollte der Zweck des Einsatzes von finanziellen Mitteln als mindestens ebenso wichtig erachtet und beschrieben werden.

In dem Gesetzentwurf werden vor allem ökonomische Rahmenbedingungen für Leistungserbringer geregelt. Die Interessen der VersicherungsnehmerInnen der KundInnen, der NutzerInnen, der AuftraggeberInnen, der Pflegebedürftigen jeden Alters und ihrer sie begleitenden und pflegenden Angehörigen spielen nur am Rande eine Rolle. Kriterien, die deren Zufriedenheit, ihr subjektives Wohlergehen betreffen sind nicht verschriftlicht. Diese Haltung sollte überdacht werden.
Bürgerinnen und Bürger sind die Finanziers unseres Gesundheits- und Pflegesystems. Bürgerinnen und Bürger sind in der Pflege systemrelevant und bilden die Grundlage der Pflege. Offiziell aber spielen sie beim Thema "Pflege" auch in dieser Gesetzesvorlage zumindest keine lesbare Rolle.

Wir halten es für dringend erforderlich, in Zukunft einen stärkeren ganzheitlichen, schnittstellenübergreifenden Ansatz in der Gesundheits- und Pflegegesetzgebung zu verfolgen.

Es sollte die Möglichkeit einer Rückmeldung der Auswirkungen von gesetzlichen Regelungen zum Thema Gesundheit und Pflege im Lebensalltag von Bürgerinnen und Bürgern geben.

WIR!
Stiftung pflegender Angehöriger
Vorstand
Brigitte Bührlen
Ickstattstraße 9
80469 München
Tel 089 40 90 79 05
Fax 089 40 90 79 07
kontakt@wir-stiftung.org
www.wir-stiftung.org

"Pflege" sollte nicht weiter nur unter dem Aspekt der beruflich ausgeübten professionelle Pflege thematisiert werden, sondern auch unter dem Aspekt und im Zusammenwirken mit der informellen Pflege, von der auch professionell Pflegende betroffen sein können.

Nur in einer gesetzlich geregelten schnittstellenübergreifenden gemeinsamen Anstrengung kann die Pflege von Menschen mit Pflegebedarf jeden Alters, kann unsere Pflege sichergestellt werden.

Aspekte, die uns im Zusammenhang mit dem Gesetzesentwurf als wichtig erscheinen:

1

Bessere Versorgung von Schwangeren durch Förderung zusätzlicher Hebammenstellen

Eine gute Versorgung durch Hebammen muss gewährleistet sein.
Viele Schwangere haben keine Familienmitglieder mehr in ihrem Umfeld, die ihnen Wissen über Geburt und den Umgang mit Neugeborenen übermitteln können. Es ist wichtig für schwangere werdende Mütter, für ihre Neugeborenen und für ihre Familien, dass Hebammen sie begleiten und darauf achten, wenn nötig, frühzeitig Hilfen und Unterstützung zu aktivieren. Nicht alle Kinder kommen gesund zur Welt. Nicht alle Frauen bewältigen eine Geburt problemlos. Hebammen werden nicht nur als punktuelle Hilfe bei Geburten gesehen. Schwangere Frauen und ihre Familien brauchen Hebammen, die sie fragen können bei Unklar-oder Unsicherheiten vor, während und nach der Geburt. Hebammen genießen Vertrauen, man steht Ihnen wohlwollend gegenüber.
Sie werden im Nachgang einer Geburt in aller Regel auch vertrauensvoll in Wohnungen gelassen, um den alltäglichen Umgang mit einem Neugeborenen unterstützend zu begleiten.

Fazit:

Die Versorgung und Begleitung durch Hebammen während Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett, am Beginn eines neuen Lebens ist von elementarer Bedeutung für die Gesundheit und das Wohlergehen von Müttern und ihren Kindern.

Die Tätigkeit von Hebammen sollte nicht vor allem unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten, sondern unter vor allem als ganzheitliche, gesundheits- und gesellschaftsrelevante Kernaufgabe in unserer Gesellschaft angesehen und gesetzlich unterstützt werden.

2

Einbeziehung der Kinder- und Jugendmedizin in die zusätzliche Finanzierung für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum.

In wie weit die stationäre Behandlung von schwer kranken Kindern und Jugendlichen in ländlichen Allgemeinkrankenhäusern gewährleistet werden kann sei dahingestellt.

Natürlich sind Eltern froh, wenn sie ihre Kinder wohnortnah stationär fachärztlich versorgt wissen. Es muss dann aber eine gute Anbindung an Universitäts- oder spezialisierte Kinderkliniken geben.

Bei Geburtskliniken sollte eine Kooperation mit aufsuchender gesetzlicher Nachsorge deutschlandweit aufgebaut werden. Sinnvoll wäre es, im Sinne einer vernetzten Versorgung, "Case ManagerInnen" mit nach Hause zu schicken.

Im ländlichen Raum gibt es im übrigen grundsätzlich viel zu wenig Kinderärzte. Wenn vorhanden, dann fehlt es häufig an ambulanten Versorgern schwerkranker Kinder und Jugendlicher.

Fazit:

Kinder- und Jugendmedizin im ländlichen Bereich sollte nicht nur isoliert unter ökonomischen Gesichtspunkten im stationären Bereich behandelt werden.

Es sollten vernetzte Versorgungsstrukturen aufgebaut und nachhaltig finanziell unterhalten werden.

Das heisst, es sollten flächendeckende Beratungsstrukturen sowie aufsuchende Nachsorge und teilstationäre Angebote (z.B. teilstationäre Kinderhospizarbeit) verstärkt aufgebaut und von Kliniken und niedergelassenen Ärzten verpflichtend vermittelt werden

3

Bundesweite Verträge zur Heilmittelversorgung

Es wird begrüßt, dass bei der Pflegebegutachtung eine Verfahrensvereinfachung hinsichtlich Hilfsmittelempfehlungen beibehalten werden soll.
Die Begründung "Die der Verfahrensvereinfachung dienende und Versicherte und ihre Familien entlastende Vorschrift soll jedoch auch über diesen Zeitpunkt hinaus Anwendung finden, da sie sich in der Praxis bewährt hat" halten wir für ausgesprochen wichtig.
Das Argument Regelungen, die sich in der Praxis bewährt haben, vordringlich beizubehalten, sollte maßgeblich auch für andere Gesetzesvorlagen und Gesetze Rechtsgrundlagen sein.

4

Zukunftsorientierte Personalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Begriffe wie "bedarfsorientierter Personalbemessung" und "zukunftsorientierte Personalausstattung" werden von Bürgerinnen und Bürgern, von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen nicht unbedingt mit Rahmenbedingungen für ein umsorgtes Leben in vollstationären Wohnumgebungen verbunden.
Wie dem Text der Gesetzesvorlage zu entnehmen ist, soll die Zukunft mehr Pflegehilfskräften gehören.
Für Bewohnerinnen und Bewohner in vollstationären Einrichtungen sowie ihren Angehörigen ist es schwierig, die einzelnen Tätigkeitsmerkmale und -bereiche auseinander zu halten. Es sind examinierte Pflegekräfte, Pflegehilfskräfte, Betreuungsassistenten und eine Reihe von Menschen mit anderen Professionen in vollstationären Einrichtungen tätig, deren Aufgabe es ist, für das Wohlergehen und die pflegerische Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf zu sorgen.
Wenn die Aufgabengebiete allerdings zu stark von einander abgegrenzt werden, dann kann die Lebensqualität und auch die Gesundheit von Menschen mit Pflegebedarf leiden.

Wie sollen die Schnittstellen der verschiedenen Aufgabenbereiche im lebendigen Alltag gelebt werden?
Wenn sich Menschen mit Pflegebedarf in einer stationären Einrichtung gut versorgt und zu Hause fühlen sollen, wie kann das gewährleistet werden, wenn ihnen ständig wechselnde Personen mit unterschiedlichen Aufgabengebieten begegnen?
Auch im stationären Bereich sollte das Wohlergehen und das Wohlbefinden von Pflegebedürftigen und den sie Pflegenden und begleitenden Menschen im Mittelpunkt stehen. Dazu gehören natürlich auch Angehörige.
Wir sehen es als vordringliche Aufgabe des Gesetzgebers an, Rahmenbedingungen für ganzheitliche, am physischen und psychischen Wohlergehen von in stationären Einrichtungen lebenden und arbeitenden Menschen zu schaffen.

Fazit:

Wir schätzen es als ausgesprochen problematisch ein, wenn Anzahl und Qualifikation von in stationären Pflegeeinrichtungen beschäftigten Personen von gesetzgeberischer Seite aus nahezu ausschließlich unter betriebswirtschaftlichen Aspekten gesehen und behandelt wird.
Unterschiedliche Professionen mit unterschiedlichen Qualifikationen sollten sich ergänzend und schnittstellenübergreifend zusammenarbeiten.
Diese Zusammenarbeit sollte einem einzigen Ziel dienen: Der sorgenden und pflegenden ganzheitlichen Betreuung und Begleitung von Menschen mit Pflegebedarf. Das sind Bürgerinnen und Bürger aus unserer gesellschaftlichen Mitte, das sind unsere Angehörigen, das können jederzeit auch wir selbst sein.

Abschließende Bemerkungen

Es ist an einigen Stellen des Gesetzentwurfes herauszulesen, dass eine schnittstellenübergreifende multiprofessionelle Zusammenarbeit angestrebt wird. Diesen Ansatz begrüßen wir ausdrücklich.

Es sei hier noch einmal betont, dass es aus der Sicht von Pflegenden Angehörigen außerordentlich wichtig ist, gesetzliche Regelungen am

Wohlergehen von Pflegebedürftigen und der sie professionell und informell Pflegenden auszurichten .

Wichtig erscheint uns zudem der Aspekt von digitaler Unterstützung und Vernetzung. Dieser Punkt sollte erwähnt und in Zukunft **für** die Zukunft in gesetzlichen Vorgaben zu Gesundheit und Pflege durchgehend verankert werden.

Im Übrigen würden wir es als sinnvoll erachten, wenn Gesetzestexte auch in leichte Sprache übersetzt und so der Allgemeinheit barrierefrei und leichter verständlich zugänglich gemacht werden könnten.

Brigitte Bührlen München, 09.11.2020
WIR! Stiftung Pflegender Angehöriger
Vorsitzende

WIR!
Stiftung pflegender Angehöriger
Vorstand
Brigitte Bührlen
Ickstattstraße 9
80469 München
Tel 089 40 90 79 05
Fax 089 40 90 79 07
kontakt@wir-stiftung.org
www.wir-stiftung.org

stellungnahme

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)243(17)
zur öffentlichen Anh am
16.11.2020 -
10.11.2020

Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und der Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG) 10.11.2020

sowie

Änderungsantrag 19/23699: „Kapitaleinkünfte bei der Ermittlung der Krankenversicherungsbeiträge berücksichtigen" der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald und weiterer Abgeordneter der Fraktion DIE LINKE

Änderungsantrag 19/23712 „Testzentren und Kostenübernahme des Bundes bei Corona-Testungen von Reiserückkehrern" der Abgeordneten Detlev Spangenberg, Dr. Robby Schlund, Uwe Witt der Fraktion der AfD

Änderungsantrag 19/23715 „Elektronische Dokumentationspflicht nach der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme aussetzen" der Abgeordneten Petr Bystron, Dietmar Friedhoff, Mariana Harder-Kühnel und weiterer Abgeordneter der Fraktion der AfD

Änderungsantrag 19/23489 „Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen" der Abgeordneten Fraktion Bündnis 90/Die Grünen

Deutscher Gewerkschaftsbund
Bundesvorstand
Abteilung Sozialpolitik

Robert Spiller
Referatsleiter Gesundheitspolitik
Europäische Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik

robert.spiller@dgb.de
Telefon: +49 30 - 24060-311
Telefax: +49 30 - 24060-226

Marco Frank
Referatsleiter Pflegepolitik

marco.frank@dgb.de
Telefon: +49 30 – 24060-289
Telefax: +49 30 – 24060-226

Henriette-Herz-Platz 2
D – 10178 Berlin
www.dgb.de

Verantwortlich: Markus Hofmann, Abteilungsleiter Sozialpolitik, DGB- Bundesvorstand

Änderungsantrag 19/19165 „Für einen Kulturwandel in der Geburtshilfe-Frauen und Kinder in den Mittelpunkt“ der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen

Änderungsantrag 19/23489 „Schriftliche Abstimmung ohne Sitzung“ der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Änderungsantrag 19/23483 „Stellungnahmen zu digitalen Assistenzsystem der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Änderungsantrag 19/23489 „Fortführung begonnener Behandlungen für Bürgerinnen und Bürger des Vereinigten Königreiches“ der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Änderungsantrag 19/23483 „Richtlinie zur Personalbedarfsermittlung“ der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Änderungsantrag 19/23483 „Modelltitel des GKV-SV“ der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Änderungsantrag 19/23483 „Pflegefachkraftstellen-Förderprogramm“ der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Änderungsantrag 19/23483 „Entscheidungsfristen für Pflegekassen“ der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Änderungsantrag 19/23483 „Digitalisierung in der Pflegehilfsmittelversorgung“ der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Vorbemerkung

Mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf beabsichtigt die Bundesregierung bis zum Ende des Jahres 2020 eine Reihe von Maßnahmen zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgungsverbesserung. Dazu gehören unter anderem die Verlängerung der rechtlichen Grundlage für die Abrechnung von Liquiditätshilfen an Zahnärzte während der COVID-19-Pandemie, die Verschiebung des Inkrafttretens der zur Heilmittelversorgung in Übereinstimmung mit der Verschiebung des Inkrafttretens der Neufassung der Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln, die Einrichtung eines Hebammenstellen-Förderprogrammes, die Einbeziehung der Kinder- und Jugendmedizin in die pauschale Förderung für ländliche Krankenhäuser, die Entwicklung eines verbindlichen Personalbemessungsinstruments für Pflegeeinrichtungen sowie die Schaffung erweiterter Möglichkeiten für Krankenkassen zur Schließung von Selektivverträgen und zur Verfügbarmachung von aus diesen abgeleiteten, regionalen Versorgungsinnovationen.

Der Gesetzgeber hat die vorab im Rahmen der Sozialgarantie 21 skizzierten Schritte zur vorläufigen Stabilisierung des Gesamtniveaus der Sozialversicherungsbeiträge unterhalb der Grenze von 40 Prozent sowie zur finanziellen Stabilisierung der GKV angesichts notwendig werdender Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie und ihrer Folgen im Gesetzesentwurf abgebildet. Gegenüber dem Referentenentwurf wurde somit die rein versorgungsbezogene Inhaltsebene aufgebrochen und um ein Maßnahmenpaket ergänzt, das grundlegende Fragen der finanziellen Stabilität und des damit verbundenen Handlungsbedarfs zur Gewährleistung des Erhalts der Solidargemeinschaft GKV berührt. Aus Sicht des Deutschen Gewerkschaftsbundes wäre es aufgrund der Bedeutung gerade dieser Maßnahmen sinnvoll gewesen, im Rahmen des parlamentarisch-demokratischen Meinungsbildungsprozesses frühzeitig die Meinungsbildung mit Sozialpartnern und Sozialversicherungsträgern darüber zu eröffnen, wie gesetzgeberische Initiativen zur Bewahrung der GKV vor den Folgekosten der Pandemie ausgestaltet werden müssen. Dies gilt insbesondere, da die finanzielle Destabilisierung des GKV-Systems auch aus den gesetzgeberischen Beschlüssen der aktuellen Legislaturperiode resultiert und durch die nun vorgesehenen Maßnahmen zur Beitragssatzstabilisierung nicht behoben werden kann. Aus Sicht des DGB ist eine umfassende Revision der zur finanziellen Stabilisierung der GKV vorgesehenen Einzelmaßnahmen ebenso unerlässlich wie die vorangehende Konsultation und Konsensbildung mit den wesentlichen Konstituenten der GKV.

1. Abrechnungen von Liquiditätshilfen an Zahnärzte während der COVID-19-Pandemie

Inhalt:

Durch die im April 2020 beschlossene COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung (Covid-19-VSt-SchutzV) soll die zahnärztliche Versorgung durch vertragszahnärztliche Praxen dahingehend sichergestellt werden, dass trotz der mit der COVID-19-Pandemie verbundenen Fallzahlrückgänge in den Zahnarztpraxen keine Liquiditätsengpässe entstehen, aus

denen eine Gefährdung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit und damit der vertragszahnärztlichen Versorgungsstrukturen folgen würde. Zu diesem Zweck haben die gesetzlichen Krankenkassen in 2020 mindestens 90 Prozent der in 2019 gezahlten Gesamtvergütung als Abschlagszahlung an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zu leisten.

Gegenüber dieser Verordnung legt der Referentenentwurf nun im SGB V eine Rechtsgrundlage für die Abrechnung und mögliche Rückzahlung von geleisteten Überzahlungen, die über das tatsächliche Leistungsgeschehen hinausgehen, fest. Demnach haben in den beiden Folgejahren 2021 und 2022 die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen geleistete Überzahlungen vollständig an die Krankenkassen zurückzuerstatten. Den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen wird im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen eine flexible Verteilung der von den Krankenkassen gezahlten Gesamtvergütung ermöglicht, insbesondere um in 2020 an stärker von Liquiditätsengpässen betroffene Zahnarztpraxen höhere Zahlungen leisten zu können. Die Festzuschüsse für die Regelversorgung mit Zahnersatz sind nach § 55 SGB V nicht teil der Gesamtvergütung, sodass sie nicht in die nachträgliche Berechnung möglicher Überdeckungen einfließen können. Die vollständige Erstattung von Überzahlungen ist durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen in den Folgejahren 2021 und 2022 zu leisten.

Bewertung:

Aus Sicht des DGB ist das grundlegende Ziel der Sicherstellung des Fortbestehens medizinischer Versorgungsstrukturen während der COVID-19-Pandemie zu begrüßen. Da in nahezu allen ambulanten und stationären Versorgungsebenen insbesondere während der ersten Monate der Pandemie drastische Einbrüche in den Fallzahlen zu verzeichnen waren, ist sowohl eine Gefährdung der Wirtschaftlichkeit einzelner Versorgungsstrukturen als auch der dauerhaften Erhaltung der Arbeitsverhältnisse der dort Angestellten und Beschäftigten nicht auszuschließen. Diese Gefahr ist zudem aufgrund der noch nicht absehbaren zeitlichen Ausmaße der Pandemie eine potentiell andauernde und muss daher gegebenenfalls auch über die beschriebenen Zeiträume hinaus mit einer adäquaten Antwortstrategie bedacht werden. Die medizinische Versorgung der Bürgerinnen und Bürger auf allen Ebenen wie auch der notwendige Erhalt der Beschäftigungsverhältnisse angestellter medizinischer Fachkräfte, der als Voraussetzung für leistungsfähige Versorgungsstrukturen zu sehen ist, müssen über die gesamte Dauer der Pandemie und danach gewährleistet sein.

Davon zu trennen ist jedoch die hier verfolgte Zielsetzung einer Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Versorgungsstrukturen. In einem auf Profitabilität ausgerichteten Gesundheitssystem ist die Sicherstellung von Einnahmen und damit Gewinnen von Versorgungseinrichtungen nicht gleichzusetzen mit Versorgungssicherheit für die Bürgerinnen und Bürger. Einzig zu letzterem Zweck sollten jedoch die gesetzlichen Krankenkassen die Beiträge der Versicherten einsetzen. Das offensichtliche Spannungsverhältnis zwischen dieser Grundanforderung und dem durch die Covid-19-VSt-SchutzV begründeten Anspruch der Kassenärztlichen Zahnarztvereinigungen, Versorgungsstrukturen unabhängig von tatsächlich erbrachten Versorgungsleistungen durch GKV-Mittel auf Grundlage der Abrechnungsdaten eines zurückliegenden Hochkonjunkturjahres querfinanzieren zu wollen, wird dadurch verschärft,

dass unklar bleibt, wo der bloße ökonomische Erhalt der jeweiligen Versorgungsstruktur endet und die verwirklichte Renditeabsicht der jeweiligen Struktur beginnt. Die pauschale Bezifferung von 90% ist keine robuste Berechnungsgrundlage, die sicherstellt, dass die Liquiditätshilfen die nötige Summe zur Aufrechterhaltung beziffert, und nicht eine Hilfe zur Renditesicherung ist.

Für die Versicherten entsteht aus dieser Vorschussfinanzierung ohne begründende Leistung kein versorgungsrelevanter Mehrwert, weshalb es aus Sicht des DGB angemessen gewesen wäre, eine derartige konjunkturelle Hilfsmaßnahme zum Erhalt der Wirtschaftlichkeit durch kurzfristige staatliche Darlehen statt durch den Rückgriff auf Versichertengelder zu verankern. Darüber hinaus bleiben zahlreiche Details der Verordnung, die auch durch den Referentenentwurf nicht präzisiert werden, unklar. So fehlt es etwa an einer notwendigen gesetzlichen Klarstellung gegenüber den betroffenen Versorgungsstrukturen, dass auch im Falle möglicher Rückzahlungen von geleisteten Liquiditätshilfen an die GKV in den Jahren 2021 und 2022 etwaige Kündigungen der abhängig Beschäftigten in den zahnärztlichen Versorgungsstrukturen ausgeschlossen bleiben müssen. Es ist darüber hinaus dringend erforderlich, eine umfassende und verlässliche Datengrundlage der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zu definieren, die in der Rückschau und Nachberechnung ab dem Jahr 2021 zwischen tatsächlich erbrachten Leistungen, gezahlten Liquiditätshilfen zur Existenzsicherung der Versorgungsstrukturen und solchen Hilfen, die in erster Linie der Gewinnerzielung dienen, trennt. Eine Rückzahlungspflicht darf sich nicht nur für zu viel geleistete Überbrückungshilfen ergeben, sondern muss auch für jene Bestandteile der Liquiditätshilfen gelten, die erkennbar der jeweiligen Renditemaximierung dienen. Nur die tatsächliche Sicherstellung des Fortbestands der Versorgungsstruktur als solche darf Ziel der Zahlung von Liquiditätshilfen sein.

2. Erweiterte Möglichkeiten für Selektivverträge

Inhalt:

Künftig soll auch die über die gesetzliche Krankenversicherung hinausreichende Beteiligung anderer Sozialleistungsträger wie beispielsweise kommunaler Einrichtungen der Sozial- und Jugendhilfe mit ihren jeweiligen gesundheitsbezogenen gesetzlichen Aufgaben entsprechend der regionalen Bedarfe übergreifend organisiert und in Netzwerken mit Kostenträgern und Versorgungseinrichtungen miteinander verknüpft werden. Zudem sollen selektivvertragliche Regelungen für Versorgungsinnovationen geöffnet werden, was insbesondere über die Förderung neuer Versorgungsformen durch den Innovationsfonds die Überführung wirksamer Elemente in die Regelversorgung durch freiwillige Selektivvertragsschließung der gesetzlichen Krankenkassen zum Ziel haben soll. Neben kassenindividuellen Verträgen sollen auch kassen- bzw. kassenartübergreifende Verträge über besondere Versorgungsformen mit Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften geschlossen werden können. Zudem wird die in der Pflegeversicherung bereits bestehende Beitrittsmöglichkeit von Krankenkassen zu bereits bestehenden Verträgen auch in der Krankenversicherung übernommen.

Künftig sollen sektorenspezifische Versorgungsaufträge, die bisher nur in der vertragsärztlichen Versorgung bzw. für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte möglich sind, ebenfalls für alle anderen Leistungsbereiche gelten. Insbesondere die Verbreitung von Versorgungsinnovationen im Sinne des Digitale-Versorgungs-Gesetzes, das besondere digitale Versorgungsformen mit Medizinprodukteherstellern vorsieht, soll nun auch auf den Kontext nichtärztlicher Leistungserbringer übertragen werden. Hinzu kommt eine gesetzliche Klarstellung, dass sich besondere Versorgungsformen auf einzelne Regionen beschränken, beziehungsweise regionale Besonderheiten abweichend von der Regelversorgung abgebildet werden können.

Bewertung:

Aus Sicht des DGB wäre die Ausweitung bisheriger kassenindividueller Selektivverträge auf weitere GKV- Kassenarten bzw. GKV-Kassen gegebenenfalls sinnvoll, um kassenübergreifend positive Kosteneffekte zu generieren und damit in Zeiten einer strapazierten Finanzsituation vieler GKV-Kassen dem Ziel der Stabilisierung betroffener Kassenhaushalte zuträglich zu sein. Nichtsdestotrotz stellen Selektivverträge aufgrund ihrer Orientierung am Wettbewerbsprinzip eine Infragestellung des Solidarprinzips dar, solange einzelne Kassen und damit Versicherte von den durch Selektivverträge ermöglichten Versorgungszusagen ausgeschlossen bleiben. Vor diesem Hintergrund kann der DGB der Ausweitung der Anwendungsmöglichkeiten dieses Instruments nicht zustimmen, solange kein solidarisch für das gesamte GKV-System angelegter Mechanismus zur Vertragsschließung und Vertragsausweitung am Ende derartiger Überlegungen steht.

Die im Referentenentwurf enthaltene Zielsetzung, Versorgungsinnovationen, insbesondere jene digitaler Natur, nach der Einführung durch das Digitale-Versorgungs-Gesetz nun auch für alle weiteren Versorgungszweige verfügbar zu machen, kann weder hinsichtlich zu erwartender Steigerungen der Versorgungsqualität der Versicherten noch mit Blick auf eine diese Qualität begründende vorhandene Datengrundlage überzeugen. Der DGB und seine Gewerkschaften halten es auch bei der Ausweitung auf andere Versorgungsbereiche für zwingend geboten, dass zunächst ein tatsächlicher Patientennutzen und Versorgungseffekt nachgewiesen werden müssen, bevor digitale Gesundheitsanwendungen in den Regelleistungskatalog überführt und damit verordnet werden können.

Die Ermöglichung regionaler Versorgungsinnovationen bzw. die Beschränkung besonderer Versorgungsformen auf einzelne Regionen ist insofern zu begrüßen, als das hierdurch sowohl unterschiedliche und neue Ansätze im Versorgungsgeschehen regional erprobt als auch eine an die jeweiligen regionalen Bedarfe angepasste Versorgungsform konzipiert werden kann. Der DGB weist in diesem Kontext jedoch ausdrücklich darauf hin, dass es hier nicht um die weitere Liberalisierung und Ausweitung des GKV-internen Wettbewerbs durch den Ausschluss bestimmter Regionen von besonderen Versorgungsangeboten in anderen Regionen gehen kann, da die grundsätzlich gleichwertige und gleichartige Versorgung innerhalb der Solidargemeinschaft GKV dem widersprechen würde. Stattdessen ist im Sinne des Innovationsgedankens die Erprobung bestmöglicher Versorgungsformen für alle Versicherten auf regionaler Ebene solange zu vertreten, bis eine Übertragung bewährter und

effektiver Versorgungsansätze auf weitere Regionen einen begründeten Versorgungsmehrwert für die Versicherten in Aussicht stellt. Daher ist eine Beschränkung besonderer Versorgungsformen auf einzelne Regionen durch den Referentenentwurf mit einem Gelingensvorbehalt oder einer Frist zu versehen, ab der zu prüfen ist, inwieweit besondere, regionsspezifische Versorgungsangebote aus der regionalen Exklusivität heraus im bundesweiten Versorgungsgeschehen verbreitet werden können, sofern dies durch GKV-Krankenkassen angestrebt wird.

Die Streichung des bisher bestehenden Erfordernisses, nach einer Laufzeit von vier Jahren die Wirtschaftlichkeit eines geschlossenen Selektivvertrages nachzuweisen, ist aus Sicht des DGB nicht vertretbar. Ohne den Nachweis einer gegebenen Wirtschaftlichkeit würde der wesentliche Versichertennutzen für den Abschluss derartiger Verträge nicht mehr gegeben sein.

3. Finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung

Inhalt:

Zur weitgehenden Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages zur GKV nach § 242 SGB V soll der Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds im Jahr 2021 einmalig um 5 Milliarden Euro erhöht werden. Ergänzend hierzu sollen gesetzliche Krankenkassen, deren Finanzreserven 0,4 Monatsausgaben überschreiten, 66,1 Prozent ihrer darüber liegenden Rücklagen an den Gesundheitsfonds abführen und damit einen kassenübergreifenden Solidarausgleich zur Schließung des Finanzdefizits der GKV ermöglichen. Zugleich wird die Obergrenze der Finanzreserven der Rankenkassen, die bisher bei 1,0 der Monatsausgaben lag, auf 0,8 Monatsausgaben abgesenkt, um weitere Finanzreserven zur Finanzierung stabiler kassenindividueller Zusatzbeiträge zu generieren. Damit einher geht auch die Absenkung der Verbotsgrenze zur Anhebung von Zusatzbeiträgen auf 0,8 Monatsausgaben.

Bewertung:

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften kritisieren die vorgesehenen Maßnahmen zur Sicherstellung der Obergrenze des Sozialversicherungsbeitragsniveaus im Bereich der GKV sowie der finanziellen Stabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung deutlich und lehnen sie ab. In ihrer gegenwärtigen Konstruktion verstärken diese Maßnahmen die finanzielle Unsicherheit im GKV-System mittel- und langfristig, während die kurzfristige Möglichkeit zur Schließung bestehender Deckungslücken der gesetzlichen Krankenkassen weder planbare Perspektiven über das Jahr 2021 hinaus schafft, noch die GKV-seitigen Folgekosten der Pandemie adressiert. Damit bleibt der Gesetzesentwurf weit hinter seiner eigenen Zielsetzung zurück.

Eine einmalige Erhöhung des Bundeszuschusses an den Gesundheitsfonds um 5 Milliarden Euro im Jahr 2021 signalisiert bei einem konservativ prognostizierten Haushaltsdefizit der GKV in Höhe von ca. 16,6 Milliarden Euro in erster Linie eine unzureichende Bereitschaft des Gesetzgebers, politische Verantwortung für die Bewältigung der Folgen der Pandemie zu übernehmen und diese mit einer entsprechenden Finanzierungszusage zu realisieren. Ein

Zuschuss in dieser Höhe kann voraussichtlich nur einen Teil der bisher entstandenen Mehrkosten, die maßgeblich auf versicherungsfremden Leistungen beruhen, ausgleichen, und eine Kompensation dieser Leistungen für die ersten Monate des Jahres 2021 ermöglichen. Er ist aber nicht zuletzt auch wegen bereits im vergangenen Jahr erkennbar gewordener Defizite der GKV sowie weiterer erheblicher Finanzierungsrisiken im Kontext der Pandemiebekämpfung zu niedrig berechnet, um die finanzielle Stabilität der GKV längerfristig zu sichern.

Seit der KW 34 liegen die wöchentlichen Testzahlen stetig bei über einer Million; über das ganze Jahr gerechnet liegen sie bei bisher ca. 22 Millionen.[1] Laut Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit zum Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Corona-Virus SARS-CoV-2[2] ist von 50,5 Millionen Euro zusätzlichen Kosten für die GKV je einer Million ungebündelter PCR-Tests auszugehen. Demnach wären seitens der GKV bisher ca. 1,1 Milliarden Euro an reinen Testkosten zu tragen gewesen.

Gegenwärtig muss unklar bleiben, wie lange das aktuell dynamische bundesweite Infektionsgeschehen anhält, ob und auf welchem Niveau es sich verstetigt und in welcher Größenordnung flächendeckende Testungen während es Winters und Frühjahrs 2020 / 2021 erforderlich sein werden, um die Bevölkerung durch Maßnahmen zur Quarantäne und Kontaktnachverfolgung zu schützen. Geht man für diesen Zeitraum von einem vergleichbar hohen Infektionsgeschehen und ähnlicher Testgrößen wie innerhalb der letzten zehn Wochen aus, wären ca. 1,1 Millionen wöchentliche Testungen weiterhin zu veranschlagen. Geht man von einem längeren Zeitraum mit stärkeren Testgrößenschwankungen aus, wie sie beispielsweise bei Betrachtung der letzten 20 Kalenderwochen ersichtlich werden, würde sich ein niedrigerer Mittelwert für durchzuführende Testungen von ca. 750.000 ergeben.

Alleine bis Ende des I. Quartals 2021 würden demnach weitere ca. 825 Millionen bis 1,1 Milliarden Euro an Zusatzkosten alleine durch PCR-Testungen für die GKV entstehen. Bisher liegen keine Indizien vor, dass die Pandemie bis zum Ende des I. Quartals beendet sein wird; diese Projektion muss also weitergerechnet werden, bis begründet davon ausgegangen werden kann, dass ein dauerhaftes Abklingen der Pandemie realistisch wird. Es liegen ferner keine Schätzungen vor, wann und in welchem Umfang Testungen mit Antikörpern als aussagekräftig und verlässlich hinsichtlich des Nachweises des Vorliegens einer Immunität einzustufen sein werden; da im Dritten Bevölkerungsschutzgesetz allerdings vorgesehen ist, einen Immunitätsnachweis einzuführen, ist auch davon auszugehen, dass Testungen auf vorhandene Immunität in 2021 auch zu Mehrkosten in der GKV führen werden. Ebenso wenig ist bisher ersichtlich, welche Kosten der GKV potentiell entstehen, sobald Impfstoffe gegen Sars-CoV-2 zugelassen und verfügbar sein werden.

---

[1] Homepage des Robert-Koch-Instituts, Erfassung der Sars-CoV-2-Testzahlen in Deutschland, abgerufen am 03.11.: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Testzahl.html

[2] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Corona-Test-VO_20i_SGB_V_mit_Begruendung.pdf

Diese Herausforderungen addieren sich zu finanziellen Mehrbelastungen der GKV, die bereits vor Ausbruch der Pandemie bekannt waren. Ende 2019 wurde für das laufende Jahr bereits mit einem Defizit von 4 bis 5 Milliarden Euro aufgrund der Gesetzgebungen der vergangenen Jahre gerechnet; zudem war bereits damals ersichtlich, dass der Gesundheitsfonds weitere Zahlungsverpflichtungen im Umfang von ca. 2,3 Milliarden Euro schultern musste, die im darauf folgenden Jahr, also 2021, durch die Krankenkassen wieder auszugleichen sind. Zu diesen Hintergründen addieren sich weiterhin die Verpflichtung der GKV, für jedes zusätzlich vorgehaltene Intensivbett in Krankenhäusern 50.000€ Zuschuss zu zahlen; ebenso die Impfkosten für Grippeimpfstoffe zur Vermeidung einer parallel mit dem Sars-CoV-2 Virus laufenden Grippe-Infektionswelle sowie die aufgrund flächendeckender Kurzarbeitsmaßnahmen zu erwartenden kassenseitigen Einnahmerückgänge im neuen Kalenderjahr.

Ein Bundeszuschuss in Höhe von 5 Milliarden Euro kann angesichts dessen nur als Tropfen auf den heißen Stein verstanden werden. Dass der gesetzlichen Krankenversicherung in massivem Umfang versicherungsfremde Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsschutzes aufgebürdet werden, ist nicht nachvollziehbar und gegenüber der Versichertengemeinschaft auch nicht zu rechtfertigen. Insbesondere die Verpflichtung der GKV, Testkosten für Nicht GKV-Versicherte zu übernehmen, bedeutet faktisch eine Enteignung der Solidargemeinschaft. Alle Bürgerinnen und Bürger benötigen selbstverständlich Zugänge zu ausreichenden Testkapazitäten; diese zur Verfügung zu stellen und zu finanzieren, ist allerdings hoheitliche öffentliche Aufgabe. Die Schonung der privaten Krankenversicherungsunternehmen vor einer angemessenen Verpflichtung zur Beteiligung an den entstehenden Kosten ist aus Sicht des DGB und seiner Mitgliedsgewerkschaften keinesfalls zu vertreten.

Eindringlich warnt der DGB davor, die Reserven der gesetzlichen Krankenkassen oberhalb der gesetzlich festgelegten Rücklagenuntergrenze anteilig dazu zu verwenden, die Einnahmen des Gesundheitsfonds kurzfristig zu erhöhen. Zunächst handelt es sich bei diesen Reserven um Rücklagen der Versicherten, die in erster Linie während der ausgesetzten paritätischen GKV-Finanzierung entstanden sind. Die selbstverwalteten gesetzlichen Krankenkassen stehen daher in besonderem Maße in der treuhänderischen Verantwortung, eine gute Versorgung ihrer Versicherten mit eben diesen Mitteln sicherzustellen. Ein staatlicher Eingriff in diese Rücklagen wie auch eine Absenkung der Anhebungsverbotsobergrenze für Zusatzbeiträge übergeht jedoch die Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter der Krankenkassen, widerspricht dem Prinzip einer selbstverwalteten Solidargemeinschaft GKV und bedient sich an den Beiträgen der Versicherten ohne erkennbar versorgungsbezogene Zielsetzungen. Der DGB fordert den Gesetzgeber angesichts dessen auf, sicherzustellen, dass derartige Missachtungen des Selbstverwaltungsprinzips nicht weiter verfolgt werden. Weiterhin bleibt der Gesetzgeber aufgefordert, den Ankündigungen der Sozialgarantie Folge zu leisten, dass nicht die Versicherten mit ihren Beitragsmitteln primär in Haftung zur Stabilisierung der Beiträge und der GKV in Haftung genommen werden. Sowohl die Anhebung der Zusatzbeiträge als auch die Entnahme von Kassenrücklagen stellt jedoch das Gegenteil dieser Ankündigung dar.

Darüber hinaus führt die Festlegung des 30.06. als Stichtag für die Prüfung auf Vorhandensein entnahmefähiger Rücklagen seitens der Krankenkassen zu einer verzerrten Bewertung der tatsächlichen Haushaltssituation der GKV-Kassen. Im 2. Quartal 2020 waren zahlreiche Krankenkassen aufgrund geringer Leistungsinanspruchnahmen seitens ihrer Versicherten, die sich aus einer pandemiebedingten Zurückhaltung gegenüber erforderlichen wie auch nicht erforderlichen Leistungen ergab, mit einer im Vergleich zu den beiden vorhergehenden Quartalen kurzfristig verbesserten Einnahme- und Rücklagesituation konfrontiert. Hieraus kann jedoch kein langfristig positiver finanzieller Effekt angenommen werden, da zahlreiche verschobene Leistungsausgaben zu einem späteren Zeitpunkt nachgeholt werden. Insofern nutzt die Festlegung des Stichtags auf den 30.06. kurzfristig dem zu erwartenden Volumen der Überweisungen an den Gesundheitsfonds, schadet aber der finanziellen Stabilität der jeweiligen Kasse.

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften fordern den Gesetzgeber angesichts dieser Situation auf, dringend dafür Sorge zu tragen, dass nicht nur die Beitragssatzstabilität, sondern auch die mittel- und langfristige Systemstabilität der GKV zu den Zielen des Gesetzesentwurf hinzugefügt werden. Hierfür erforderlich sind unter anderem eine deutliche Erhöhung des Bundeszuschusses an den Gesundheitsfonds im Jahr 2021, die nicht nur direkte Testkosten im Zusammenhang mit der Pandemie deckt, sondern über ein ausreichendes Volumen verfügt, um weitere Kosten, etwa für Antikörpertests und Impfungen zumindest im gesamten Jahr 2021 decken zu können. Eine angemessene Beteiligung der privaten Krankenversicherungsunternehmen an diesen Kosten sowie eine vollständige Kostenübernahme für Testungen und perspektivisch für Impfungen für PKV-Kunden ist ebenso unerlässlich wie die Refinanzierung der Kosten, die der GKV bisher für die Testung nicht versicherter Personen entstanden sind und entstehen werden. Ergänzend fordern der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften, sowohl die Absenkung der Mindestreservehöhe als auch der Anhebungsverbotsobergrenze für Zusatzbeiträge nicht weiterzuverfolgen.

Der Gesetzgeber ist ferner aufgefordert, ein langfristiges Maßnahmenkonzept zur Stabilisierung der GKV vorzulegen, dessen Wirksamkeit im Gegensatz zum vorliegenden Entwurf nicht erkennbar bei den Bundestagswahlen 2021 endet. Dabei ist nicht nur die Beitragssatzstabilität der Versicherten, sondern auch die dauerhafte Sicherstellung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenkassen zu betrachten. Als erster Schritt hierzu ist eine nicht rückzahlbare Aufstockung des Bundeszuschusses in Höhe des bereits vor Ausbruch der Pandemie ersichtlichen Finanzierungsdefizits der GKV vorzunehmen. Darüber hinaus sind zahlreiche Gesetzgebungen der laufenden Legislaturperiode, die keinen erkennbaren Nutzen für eine Verbesserung der Versorgungsqualität der Versicherten bringen, hinsichtlich ihrer Revisionsfähigkeit und sich daraus ergebender Einsparpotentiale für die GKV zu prüfen. Dazu gehören insbesondere die extrabudgetäre Vergütungspflicht für angebotene ambulante Sprechstunden, wie sie durch das TSVG festgeschrieben wurde; ferner die ungeprüfte Vergütungszusage für digitale Gesundheitsanwendungen während der ersten 12 Monate ihrer Marktverfügbarkeit sowie ebenso die Wiederherstellung nicht begrenzter Rechnungsprüfungen bei der Krankenhausabrechnungsprüfung. Grundsätzlich müssen Leistungsaus-

gliederungen als Ergebnis finanzieller Instabilitäten innerhalb der GKV zulasten der Versicherten dauerhaft vermieden werden. Zudem muss den gesetzlichen Krankenkassen durch Wiederherstellung der vormals geltenden Untergrenze für Mindestrücklagen sowie durch Aufhebung der gesetzlichen Verpflichtung zum Abschmelzen bestehender Reserven wieder ein ausreichender operativer Spielraum eingeräumt werden, um kurzfristig und künftig auf konjunkturelle Herausforderungen angemessen reagieren zu können.

4. Bessere Versorgung von Schwangeren durch Förderung zusätzlicher Hebammenstellen (Hebammenstellen-Förderprogramm)

Inhalt:

Zur Verbesserung der Versorgung von Schwangeren in der stationären Geburtshilfe und zur Entlastung von Hebammen und Entbindungspflegern wird ein dreijähriges Hebammen-stellen-Förderprogramm für die Jahre 2021 bis 2023 aufgelegt. Damit werden den Krankenhäusern zusätzliche finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt, mit denen die Neueinstellung und Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von Hebammen und von assistierendem medizinischem Fachpersonal zur Versorgung von Schwangeren in der Geburtshilfe gefördert wird. Mit dem Hebammenstellen-Förderprogramm wird eine Verbesserung der Betreuungsrelation von Hebammen/Entbindungspflegern zu Schwangeren angestrebt, die im Regelfall bei 1:2 und unter optimalen Bedingungen bei 1:1 liegen soll.

Bewertung:

Der DGB begrüßt die angestrebte Verbesserung der Versorgung von Schwangeren durch die Neueinstellung und Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von Hebammen und von assistierendem medizinischem Fachpersonal über 3 Jahre, mit der das vorgegebene Ziel einer Betreuungsrelation von Hebammen/Entbindungspflegern zu Schwangeren von 1:1, oder zumindest von 1:2 jedoch nicht erreicht werden kann. Daher braucht es ein langfristiger angelegtes Hebammenstellen-Förderprogramm. Neben einer Klärung, für welche Tätigkeiten und Aufgaben weiteres Personal gebraucht wird, muss sichergestellt werden, dass die vorbehaltenen Tätigkeiten von Hebammen und Entbindungspfleger eingehalten werden und eine gute Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen erfolgen kann.

Wichtig beim geplanten Förderprogramm ist, dass die Fördermittel zur Finanzierung von zusätzlichen Stellen verwendet-, und die somit geschaffenen Stellenanteile nachgewiesen werden müssen. Keinesfalls dürfen die Fördermittel missbraucht werden, um zuvor abgebautes Personal wieder neu einzustellen. Insofern begrüßt der DGB die geplante Regelung, nach der das Krankenhaus durch eine schriftliche Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung die Schaffung neuer Stellen auf Stationen der Geburtshilfe zu belegen hat.

Des Weiteren ist zwingend darauf zu achten, dass die Förderstellen, bzw. Stellenanteile in Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen geschaffen werden. Die Evaluierung des Programms durch den GKV-SV gegenüber dem Ministerium muss klar darüber Auskunft geben, ob die Förderung dazu beigetragen hat, das durchschnittliche Betreuungsverhältnis von

Hebammen, bzw. Entbindungspflegern zu Schwangeren auf mindestens 1:2 zu erhöhen. Langfristig muss ein Betreuungsverhältnis von 1:1 – im Sinne einer guten medizinischen Versorgung – erreicht werden.

5. Einbeziehung der Kinder- und Jugendmedizin in die pauschale Förderung für ländliche Krankenhäuser

Inhalt:

Mit der geplanten Änderung im Krankenhausentgeltgesetz wird die Möglichkeit zur Erweiterung der bereits vereinbarten Liste zuschlagsfähiger ländlicher Krankenhäuser vom 30. Juni 2020 bis zum 31. Dezember 2020 geschaffen, damit die neu einzubeziehenden Kinderkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin bereits im Jahr 2021 von der pauschalen Förderung in Höhe von jährlich 400.000 Euro profitieren können.

Bewertung:

Der DGB begrüßt die geplante Regelung, nach der gezielt auch Kinderkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin mehr Mittel erhalten sollen, um eine ausreichende Versorgung zu gewährleisten. Ausschlaggebend war die anhaltende Kritik an der Krankenhausfinanzierung über Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, DRG), die insbesondere in diesem besonders kostenintensiven Bereich dazu führt, dass Abteilungen geschlossen- und eine gesetzlich vorgeschriebene, gute medizinische Versorgung nicht immer sichergestellt werden kann. In Zeiten der Corona-Pandemie ist dieses Problem noch einmal besonders deutlich zutage getreten. Deshalb ist es gut, dass der Gesetzgeber nun zeitnah eine (Ausnahme-)Regelung in Aussicht stellt, die kurzfristig Abhilfe schaffen soll.

Der DGB verweist jedoch auf das generelle Problem der DRG-basierten Krankenhausfinanzierung, in dem nicht bedarfsgerecht, sondern anreizfinanziert eine zunehmende Kommerzialisierung medizinischer Leistungserbringung stattfindet. Insbesondere in der Kinder- und Jugendmedizin ist dies besonders tragisch, weil die Umstände dazu führen, dass immer mehr Kinderstationen schließen. Dass das Problem besonders virulent ist, beweist das Ansinnen der SPD, die Pädiatrie vollständig aus der DRG-Finanzierung auszugliedern. In einem Präsidiumsbeschluss vom 28.7.2020 heißt es „Das System der Fallpauschalen (DRG) ist für die Kinder- und Jugendmedizin ungeeignet und muss durch ein System ersetzt werden, das den individuellen Fällen und Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen gerecht wird". Dies gelte auch für den Bereich der Geburtshilfe. Expertisen der Fachpolitiker verweisen auf die Besonderheiten bei der Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen, die eine hoch individualisierte medizinische Behandlung und besondere persönliche Zuwendung durch Pflegekräfte und Ärzte benötigen. Dies wird in den DRGs jedoch nicht entsprechend abgebildet und führt deshalb schnell zu Defiziten. Der DGB verweist noch einmal darauf, dass eine dem Gesetzesauftrag entsprechende bedarfsgerechte Versorgung nicht davon abhängen darf, ob sie sich amortisiert. Auch wenn die notwendigen Vorhaltekosten nicht bezahlt werden, muss der Sicherstellungsauftrag einer adäquaten Versorgung gewährleistet

sein. Nötig ist eine Krankenhausversorgung, die sich nach den individuellen Bedarfen richtet und bei wirtschaftlicher Betriebsführung vollständig zu refinanzieren ist.

6. Zukunftsorientierte Personalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Inhalt:

Mit der vorgeschlagenen Regelung soll auf der Grundlage eines wissenschaftlichen Gutachtens zur Personalbemessung in stationären Einrichtungen nach §113c SGB XI ein erster Schritt in Richtung eines verbindlichen Personalbemessungsinstruments für Pflegeeinrichtungen gegangen werden. Konkret sollen bis zu 20.000 zusätzliche Stellen für Pflegehilfskräfte in der Altenpflege vollständig über einen Vergütungszuschlag aus der Pflegeversicherung finanziert werden. Dabei soll eine zusätzliche finanzielle Belastung der von den Pflegeeinrichtungen versorgten Pflegebedürftigen vermieden werden.

Bewertung:

Der DGB begrüßt das Ansinnen des Gesetzgebers, ein Personalbemessungsverfahren auf der Grundlage eines wissenschaftlich entwickelten Verfahrens einführen zu wollen. Damit soll die Personalsituation in allen zugelassenen Einrichtungen der vollstationären Altenpflege einschließlich der Kurzzeitpflege schnellst möglichst verbessert werden. Die Regelung soll sicherstellen, dass die vollstationären Pflegeeinrichtungen einen Anspruch auf Finanzierung zusätzlichen (Hilfs-)Personals ausschließlich auf der Grundlage ihrer Bewohnerstruktur haben. Der DGB stellt noch einmal klar, dass darüber ein Nachweis geführt-, und die Fachkraftquote in Höhe von 50 Prozent davon unberührt bleiben muss.

Kritisch sieht der DGB, dass das Gesetz keine Anforderung an die durch die Pflegeeinrichtungen sicherzustellende Qualifikation der zusätzlichen Pflegehilfskräfte ohne abgeschlossene landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege stellt. Einer Dequalifizierung in der Pflege muss unbedingt entgegengewirkt werden, um den so wichtigen Pflegeberuf in der Gesellschaft aufzuwerten und dem Fachkräftemangel Einhalt zu gebieten. Die Pflege und Versorgung von Menschen erfordert ein hohes Maß an Fachlichkeit, Engagement und Verantwortung. Deshalb ist das Qualifikationsniveau 3 (QN3) für das Stellenaufbauprogramm zwingend nachzuweisen.

§ 85 sieht vor, dass zusätzliche Pflegehilfskräfte auch dann refinanziert werden, wenn sie über keinerlei landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung verfügen. Dies gilt auch für den Fall, wenn die Pflegeeinrichtung nachweisen kann, dass der Beginn oder die Durchführung dieser Ausbildung aus Gründen, die die Einrichtung nicht zu vertreten hat, nicht möglich ist. Eine solche Regelung lehnt der DGB ab. Aus gewerkschaftlicher Sicht ist es wichtig, dass es allen Hilfskräften ermöglicht wird, sich weiter zu qualifizieren und perspektivisch auch eine Fachkraftausbildung abzuschließen.

Bei allen Anstrengungen, die unternommen werden, um mehr Personal zu gewinnen, muss im Vordergrund die gute Versorgung der pflegebedürftigen Menschen stehen. Deshalb ist es umso wichtiger, dass es den Hilfskräften mit einer guten fachlichen Betreuung in den Einrichtungen ermöglicht wird, sich weiter zu qualifizieren und perspektivisch auch die Fachkraftausbildung abzuschließen. Dadurch kann ein längerer Verbleib mit verbesserten Perspektiven im Beruf erreicht werden.

Perspektivisch wird zu klären sein, wie bei der weiteren Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens eine sich aus den Ergebnissen des oben genannten Projektes ergebende Angleichung der bislang unterschiedlichen Personal- und Stellenschlüssel in den einzelnen Ländern erfolgen kann. Noch sind die landesspezifischen Vorgaben zur Personalausstattung in Kraft. Eine schnelle Weiterentwicklung hin zu einer bundeseinheitlichen Pflegepersonalbemessung muss deshalb das Ziel der weiteren Bemühungen sein. In diesem Sinne ist es wichtig, dass der Roadmap-Prozess zur Einführung eines Personalbemessungsinstruments schnell eingeleitet wird und der Algorithmus 1.0 gemäß dem Auftrag aus der KAP erprobt werden kann. Als an dem Prozess beteiligte Organisation sieht der DGB mit Sorge, dass stattdessen einzelne Elemente des Rothgang-Gutachtens herausgegriffen und flächendeckend umgesetzt werden sollen, ohne dass vorab in der Praxis geprüft wird, wie sich dies auf den Pflegeprozess, auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten und die Qualität der pflegerischen Versorgung auswirken wird. Das Herzstück, das Personalbemessungsinstrument, kommt gar nicht mehr darin vor, sondern wird auf mögliche Personalausbaustufen bei gleichzeitiger Flexibilisierung der Fachkraftquote reduziert. Einer Absenkung der Standards wären damit Tür und Tor geöffnet. Deshalb appelliert der DGB an das BMG, die Umsetzung des Personalbemessungsinstruments vorerst nach Modell 2 in rd. 20 Einrichtungen zu erproben, bevor vorzeitige Standards flächendeckend eingezogen werden.

7. Verfahrensvereinfachung hinsichtlich Hilfsmittelempfehlungen bei der Pflegebegutachtung

Inhalt:

Die Regelung, dass die im Gutachten zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit ausgesprochenen Empfehlungen zum Hilfsmittelbedarf bei Zustimmung des Versicherten für bestimmte Hilfsmittel als Antrag auf Leistungen gelten, ist bis zum 31. Dezember 2020 befristet. Die der Verfahrensvereinfachung dienende und die Versicherten und ihre Familien entlastende Vorschrift soll nun auch über diesen Zeitpunkt hinaus Anwendung finden, da sie sich in der Praxis bewährt hat.

Bewertung:

Der DGB begrüßt die vorgesehene Gesetzesänderung. Die zur Verfahrensvereinfachung und Entbürokratisierung der Verfahren zwischen Kranken- und Pflegekassen und dem Medizinischen Dienst dienende Regelung hat sich in der Praxis bewährt. Dies gilt auch im Hinblick auf eine effizientere Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln.

8. Änderungsantrag 19/23699: „Kapitaleinkünfte bei der Ermittlung der Krankenversicherungsbeiträge berücksichtigen", Dr. Achim Kessler, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald und weiterer Abgeordneter der Fraktion DIE LINKE

Inhalt:

Im Antrag wird gefordert, neben der Erhöhung und Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze auch die bisher nicht zu verbreitragenden Kapitaleinkommen einzubeziehen, um höhere Zusatzbeiträge zu vermeiden. Im Einzelnen beinhaltet dies die Betrachtung der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten inklusive Kapitaleinkünften sowie Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung; dabei sei zur Vermeidung der Verbeitragung geringer Summen und zur Harmonisierung mit dem Steuerrecht der Sparerpauschbetrag von derzeit 801 Euro pro Jahr als Orientierungsgröße festzuschreiben. Mit diesen zusätzlichen Einnahmen soll die Ausfinanzierung der Zuweisungen des Gesundheitsfonds sowie zur Senkung des allgemeinen Beitragssatzes genutzt werden. Gleiches gilt für das Nutzungsgebot der zusätzlichen Einnahmen für den Ausschluss von Beitragsanhebungen in der sozialen Pflegeversicherung sowie für die Entlastung von Menschen mit Pflegebedarf und ihrer Familien.

Bewertung

Der DGB weist darauf hin, dass der Antragstext mit der Nennung einer Erhöhung und Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze zwei nicht kongruente Ziele verfolgt. In einer schrittweisen Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, zunächst auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung, sowie einer Verbeitragung weiterer Einkommensarten oberhalb einer festzulegenden Freibetragsgrenze sehen der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften sinnvolle und zielführende Maßnahmen zur beitragsbezogenen Entlastung der Versicherten und zur Stabilisierung der GKV über das Jahr 2021 hinaus. Diese Maßnahmen entsprechen wesentlichen gewerkschaftlichen Forderungen zur Realisierung einer solidarischen und verbreiterten Beitragsbasis, die für die Umsetzung einer Bürgerversicherung erforderlich sind.

9. Änderungsantrag 19/23712 „Testzentren und Kostenübernahme des Bundes bei Corona-Testungen von Reiserückkehrern", Detlev Spangenberg, Dr. Robby Schlund, Uwe Witt der Fraktion der AfD

Inhalt

Im Antrag wird gefordert, die Kosten der Corona-Testungen im vollen Umfang durch den Bundeshaushalt zu tragen und diese nicht aus den Reserven der gesetzlichen Krankenkassen zu bedienen; ebenso die Durchführung von Testungen ausschließlich in dafür vorgesehenen Testzentren, eine Aufstockung von Fachkräften und Materialien für diese Testzentren zur Sicherstellung des Mehrbedarfs an Testungen sowie die Beschaffung von Materialien in ausreichender Größenordnung zur Bereitstellung ausreichender Kapazitäten für Testungen und Schutzkleidungen im Herbst und Winter.

Bewertung

Aus Sicht des DGB ist die Anpassung der Rechtsverordnung für die künftige Übernahme der Testkosten durch den Bundeshaushalt in vollem Umfang sachlich richtig. Der GKV bereits entstandene Kosten für Testungen sind rückwirkend anteilig durch Private Krankenversicherungsunternehmen an die GKV zu erstatten, da der Gesetzgeber auch die Testung Nicht GKV-Versicherter Personen mit Mitteln der GKV festgeschrieben hat.

Die Festschreibung von Testzentren als Ort für die Durchführung von Tests ist abhängig von der Entwicklung des Infektionsgeschehens, der Verfügbarkeiten an Testkapazitäten und medizinischem Personal und Fachkräften sowie den Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts zu bewerten.

Die Deckung des Mehrbedarfs an Fachkräften und Materialien sowohl aktuell als auch mittelfristig für die kommenden Monate ist grundsätzlich sinnvoll. Statt einer isolierten einzelstaatlichen Initiative ist es aus Sicht des DGB jedoch erforderlich, ein koordiniertes, europaweites Vorgehen anzustreben, bei dem eine gemeinsame Bevorratung und Koordination der zur Verfügung stehenden Ressourcen innerhalb der EU administriert wird.

10. Änderungsantrag 19/23715 „Elektronische Dokumentationspflicht nach der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme aussetzen" der Abgeordneten Petr Bystron, Dietmar Friedhoff, Mariana Harder-Kühnel und weiterer Abgeordneter der Fraktion der AfD

Inhalt

Im Antrag wird gefordert, die elektronische Dokumentationspflicht nach der G-BA-Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme auszusetzen, bis die technischen Voraussetzungen dafür sicher gegeben sind.

Bewertung

Ursächlich für die befristete Aussetzung der elektronischen Dokumentationspflicht war das Fehlen der notwendigen technischen Voraussetzungen seitens einiger Hersteller von Praxisverwaltungssystemen. Diese nun vollständig auszusetzen, bis sichergestellt ist, dass die relevanten Hersteller nachgebessert haben, verschiebt die aus dem Fehlen der Dokumentation entstehenden Lasten auf die Versicherten, die Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch nehmen. Der DGB fordert daher, die Elektronische Dokumentationspflicht nicht auszusetzen und stattdessen seitens des Gesetzgebers den G-BA aufzufordern, eine finanzielle Sanktionierung von Herstellern zu beschließen, die trotz Verlängerung der Aussetzung bis zum 01. Oktober die geforderten technischen Voraussetzungen nicht bereit gestellt haben. Die Einhaltung der elektronischen Dokumentationspflicht bei Praxisverwaltungssysteme, deren Hersteller diese Voraussetzungen erfüllt haben, ist nicht einzuschränken.

11. Änderungsantrag 19/23489 „Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen" der Abgeordneten Fraktion Bündnis 90/Die Grünen

Inhalt

Im Antrag wird gefordert, die Finanzierung sog. nichtärztlicher sozialpädiatrischer Leistungen außerhalb der ambulanten psychiatrischen Behandlung, insbesondere also in sozialpädagogischen Zentren, durch gesetzliche Klarstellung in den Regelleistungskatalog der GKV zu übernehmen.

Bewertung

Vor einer entsprechenden gesetzlichen Klarstellung ist durch den Gesetzgeber zu prüfen, ob alle sozialpädagogischen Zentren in den Leistungskatalog einzubeziehen sind bzw. welche Kriterien für eine der Gewährleistung der Versorgungsqualität angemessene Auswahl der Anzahl sozialpädagogische Zentren notwendig sind.

12. Änderungsantrag 19/19165 „Für einen Kulturwandel in der Geburtshilfe-Frauen und Kinder in den Mittelpunkt" der Abgeordneten der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen

Inhalt:

Der Antrag beinhaltet im Wesentlichen das Ziel der Verbesserung der Qualität der Geburtshilfe und der Stärkung der Wahlfreiheit des Geburtsortes. Konkret soll der GBA beauftragt werden, ein Personalbemessungsinstrument für die Hebammenversorgung in Kreißsälen einzuführen, welches eine 1:1-Betreuung der Schwangeren durch eine Hebamme in wesentlichen Phasen der Geburt sicherstellt. Darüber hinaus sollen Kliniken verpflichtet werden, ihren Hebammen-Betreuungsschlüssel sowie von ihnen ergriffene Maßnahmen zur Senkung ihrer risikoadjustierten Kaiserschnittrate zu veröffentlichen.

Bewertung:

Der DGB unterstützt den Antrag im Sinne einer angemessen guten qualitativen Versorgung von Gebärenden. Analog zur Pflegepersonal-Problematik in den Krankenhäusern ist auch für eine gute Betreuung während der Geburt ausreichend qualifiziertes Fachpersonal sicherzustellen und entsprechend zu refinanzieren. Mit der verpflichtenden Veröffentlichung des Hebammen-Betreuungsschlüssels durch die Krankenhäuser würde der Wettbewerb um eine gute Versorgungsqualität zum Wohle der Patientinnen und Patienten befeuert. Die Veröffentlichung der ergriffenen Maßnahmen zur Senkung der risikoadjustierten Kaiserschnittrate wäre dabei ein zusätzliches Qualitätskriterium, welches für zusätzliche Transparenz sorgen könnte.

13. Änderungsantrag 19/23489 „Schriftliche Abstimmung ohne Sitzung" der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Inhalt

Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie Sitzungen des Verwaltungsrates des GKV Spitzenverbandes, des MD Bund und der MD der Länder sollen aus wichtigen Gründen auch ohne Sitzung schriftlich abstimmen.

Bewertung

Die im Rahmen der Pandemiebekämpfung erforderliche Aussetzung von Abstimmungsvorgängen auf Basis von Präsenzsitzungen der genannten Gremien erscheint sinnvoll.

14. Änderungsantrag 19/23483 „Stellungnahmen zu digitalen Assistenzsystem der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Inhalt

Bei geplanten Fortschreibungen des Hilfsmittelverzeichnisses im Rahmen der Förderung der technischen Innovationen in der (Pflege-)Hilfsmittelversorgung, die einen Bezug zu technischen und digitalen Assistenzsystemen aufweisen, sollen Stellungnahmen eines Sachverständigen aus dem Bereich der Technik eingeholt und einbezogen werden können.

Bewertung

Die Einholung von Stellungnahmen erscheint sinnvoll. Neben Einholung von Stellungnahmen aus dem Bereich der Technik sind jedoch auch Stellungnahmen von Sachverständigen aus dem Bereich der Pflege- und Versorgungspraxis sowie ggf. aus weiteren, etwa die ethischen Dimensionen der Einführung digitaler oder technischer Assistenzsysteme und Hilfsmittel bewertenden Sachverständigen zuzulassen.

15. Änderungsantrag 19/23489 „Kostenübernahme für Behandlungen von Patientinnen und Patienten aus dem EU-Ausland" der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Inhalt

Personen, deren Wohnstaat ein anderer EU-Mitgliedsstaat ist, sollen eine bis zum 31. März 2021 bereits begonnene Krankenhausbehandlung fortführen dürfen. Die Kosten übernimmt der Bund. Die Behandlung von Personen, deren Wohnstaat das Vereinigte Königreich ist, soll auch über den 30. September 2020 hinaus ermöglicht werden.

Bewertung

Der DGB unterstützt die Fortführung der Behandlung von Bürgerinnen und Bürgern aus anderen EU-Mitgliedsstaaten mit Mitteln des Bundes.

16. Änderungsantrag 19/23483 „Richtlinie zur Personalbedarfsermittlung" der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Inhalt

Im Antrag wird vorgesehen, klarzustellen, dass die vom MD Bund bzw. vom MDS zu erlassende Richtlinie zur Personalbedarfsermittlung MD-übergreifende, aufgabenbezogene Richtwerte für die den MD übertragenen Aufgaben enthalten muss, die für alle MD einheitlich gelten sollen. Begründete Abweichungen einzelner MD sollen weiterhin möglich sein.

Bewertung

Unter der Maßgabe des möglichen begründeten Abweichens einzelner MD von der Richtlinie erscheint die Festlegung einer einheitlichen Richtlinie zur Personalbedarfsermittlung sinnvoll. Zur Festlegung dieser einheitlichen Richtlinie sind aus Sicht des DGB vorab die MD hinsichtlich der veranschlagten Personalbemessung hinzuzuziehen. Da die MD vor Verabschiedung des MDK Reformgesetzes organisatorisch an die Krankenkassen angebunden waren, erfordert eine rückwirkende Betrachtung tatsächlicher Personalbedarfe auch die Möglichkeit der Hinzuziehung der gesetzlichen Krankenkassen und der durch sie zuvor in die Verwaltungsräte der MDK entsandten Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter.

17. Änderungsantrag 19/23483 „Modelltitel des GKV-SV" der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Inhalt:

Um innovative Versorgungsansätze mit einer für wirksame Aussagen geeigneten Größe und gegebenenfalls unter Einbeziehung einer hinreichenden Anzahl entsprechend qualifizierter Pflegefachpersonen erproben zu können, sind aufgrund der Erfahrungen mit vergleichbaren Projekten aus diesem Bereich Fördermittel in Höhe von 3 Millionen Euro pro Jahr erforderlich, um entsprechende Projekte – auch über mehrere Jahre – durchführen zu können.

Durch die Ausweitung der Zweckbestimmung des Modelltitels auf Möglichkeiten der Erprobung innovativer Versorgungsansätze unter besonderer Berücksichtigung einer kompetenzorientierten Aufgabenverteilung des Personals in Pflegeeinrichtungen soll ermittelt werden, ob sich die Versorgung pflegebedürftiger Personen sowie die Arbeitszufriedenheit der Pflegefachpersonen dadurch maßgeblich verbessert und ggf. zur Einsparung von Kosten für das Gesundheitswesen beiträgt.

Durch die Klarstellung der Kostenübernahme wird sichergestellt, dass durch Modellvorhaben, die zusätzliches pflegerisches Personal erfordern, die Pflegebedürftigen keine finanzielle Mehrbelastung erfahren und Projektvorhaben, die zu einer maßgeblichen Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger Personen beitragen, nicht aus Gründen der unsicheren Kostenübernahme abgelehnt werden.

Bewertung:

Der DGB unterstützt das Modellvorhaben im Sinne eines verbesserten Versorgungsansatzes in der Pflege durch innovative und kompetenzorientierte Aufgabenverteilung des Personals in Pflegeeinrichtungen. Zur Verbesserung der Arbeitszufriedenheit ist ausreichend qualifiziertes Personal vorzuhalten und entsprechend zu refinanzieren. Insbesondere die Zusage, dass durch die Kostenausweitung für das Modellprojekt die Eigenanteile der Pflegebedürftigen nicht tangiert werden dürfen, unterstützt der DGB vorbehaltlos.

18. Änderungsantrag 19/23483 „Pflegefachkraftstellen-Förderprogramm" der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Inhalt:

Bislang ist die Gewährung des Vergütungszuschlages an antragstellende, vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach Maßgabe des § 8 Absatz 6 SGB XI grundsätzlich zur Refinanzierung von Pflegefachkraftstellen, die zusätzlich über Neueinstellungen oder über Stellenaufstockung in der Einrichtung geschaffen wurden, möglich. Nach § 8 Absatz 6 Satz 4 SGB XI kann nur im Ausnahmefall, wenn von der Pflegeeinrichtung der Nachweis geführt wird, dass es in einem Zeitraum von über vier Monaten nicht gelungen ist, für die gewünschte Stelle bzw. Stellenerweiterung eine Pflegefachkraft zu finden, auch auf Pflegehilfskräfte zurückgegriffen werden, die sich - als zwingende Voraussetzung - in Ausbildung zur Pflegefachkraft befinden.

Durch den geänderten Satz 4 wird die Wartefrist zur Finanzierung von zusätzlichen Pflegehilfskräften zugunsten der Einrichtungsträger aufgehoben. Entsprechend entfällt auch der Nachweis zu Einhaltung dieser Wartefrist, weshalb auch Satz 8 angepasst wird.

Bewertung:

Der DGB kritisiert die Aufhebung der Wartefrist zur Einstellung zusätzlicher geförderter Pflegehilfskräfte und befürchtet, dass mit der geplanten Regelung mehr Hilfskräfte anstelle der über die Fachkraftquote zwingend vorgeschriebenen Pflegefachkräfte angeworben werden sollen. In der Konsequenz würde das Versorgungsniveau geschwächt und die Bemühungen der Arbeitgeber zur Einstellung qualifizierter und motivierter Pflegefachkräfte entsprechend rückläufig. Der DGB spricht sich deshalb für eine Beibehaltung der Regelung aus und fordert die Arbeitgeber auf, gute Lohn- und Arbeitsbedingungen als Wettbewerbsvorteil zu nutzen, um zufriedene und gut qualifizierte Pflegefachkräfte einzustellen und darüber eine gute Versorgungsqualität der Versicherten zu ermöglichen.

19. Änderungsantrag 19/23483 „Entscheidungsfristen für Pflegekassen" der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Inhalt:

Die Pflegekasse hat über einen Antrag auf Pflegehilfsmittel oder Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine Pflegefachkraft oder der Medizinische Dienst nach Absatz 1 Satz 2 beteiligt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Kann die Pflegekasse die Fristen nach Satz 1 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.

Bewertung:

Der DGB unterstützt den Antrag vorbehaltlos im Sinne verlässlicher Leistungszusagen innerhalb der vom Gesetzgeber vorgegebenen Zeitrahmen.

20. Änderungsantrag 19/23483 „Digitalisierung in der Pflegehilfsmittelversorgung" der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Inhalt:

Das Pflegehilfsmittelverzeichnis ist spätestens alle drei Jahre unter besonderer Berücksichtigung digitaler Technologien fortzuschreiben. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt spätestens alle drei Jahre, erstmals bis zum 30. September 2021, unter besonderer Berücksichtigung digitaler Technologien Empfehlungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen, zu denen üblicherweise Zuschüsse nach § 40 Absatz 4 gewährt werden können.

Bewertung:

Die Neuregelungen greifen Anregungen aus den Diskussionen im Rahmen der Konzertierten Aktion Pflege auf. Nicht nur im Bereich der medizinischen Versorgung, sondern auch im Bereich der pflegerischen Versorgung schreitet die Entwicklung digitaler Technologien immer rascher voran. Ziel der Neuregelungen ist es, pflegebedürftigen Menschen in der häuslichen Versorgung auch diese Techniken möglichst zeitnah zugänglich zu machen, soweit sie als Pflegehilfsmittel oder wohnumfeldverbessernde Maßnahmen pflegerischen Nutzen aufweisen und als Pflegehilfsmittel der Erleichterung der Pflege dienen, zur Linderung der Beschwerden beitragen oder eine selbständigere Lebensführung ermöglichen. Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung müssen die Pflege ermöglichen, erheblich erleichtern oder eine möglichst selbständige Lebensführung wiederherstellen. Der DGB begrüßt die vorgeschlagenen Regelungen im Sinne einer verbesserten Versorgung der Pflegebedürftigen und Versicherten.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)243(18)
zur öffentlichen Anh. am
16.11.2020 -
10.11.2020

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)

Stellungnahme zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG)

(Bundestags-Drucksache 19/23483)

und zu den

Änderungsanträgen der Fraktionen CDU/CSU und SPD

(Ausschussdrucksachen 19(14)242.2 und 19(14)242.3)

Berlin, 10. November 2020

bpa – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
Bundesgeschäftsstelle, Friedrichstr. 148, 10117 Berlin
Tel. 030 – 30 87 88 60, Fax 030 – 30 87 88 89
bund@bpa.de – www.bpa.de

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung 3

Zusammenfassung 3

Modelltitel des GKV-SV – § 8 Absatz 3 SGB XI 5

Pflegefachkraftstellen-Förderprogramm – § 8 Absatz 6 SGB XI 6

Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit – § 18 Absatz 6a SGB XI 8

Entscheidungsfristen für Pflegekassen – § 40 Absatz 6 SGB XI 9

Digitalisierung in der Pflegehilfsmittelversorgung – § 78 Absätze 2 und 2a SGB XI 10

Verfahren zur Zahlung des Vergütungszuschlags – § 84 Absatz 9 SGB XI 11

Vereinbarung des Vergütungszuschlags zur Finanzierung zusätzlicher Pflegehilfskraftstellen – § 85 Absatz 9 SGB XI 12

Vereinbarungsverfahren und Berichtpflicht zum Vergütungszuschlag – § 85 Absatz 10 SGB XI 18

Mitteilung zum Abruf des Vergütungszuschlags – § 85 Absatz 11 SGB XI 19

Beratungsbesuche – § 148 SGB XI 20

Verlängerung pandemiebedingter Sonderregelungen im SGB XI – § 150 Absatz 6 Satz 1 SGB XI 21

Stellungnahme zum Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz

Vorbemerkung

Der **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)** bildet mit mehr als 12.000 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-)stationären Pflege, der Behindertenhilfe sowie der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind systemrelevanter Teil der Daseinsvorsorge. Als gutes Beispiel für Public-private-Partnership tragen die Mitglieder des bpa die Verantwortung für rund 365.000 Arbeitsplätze und circa 27.000 Ausbildungsplätze. Die Investitionen in die pflegerische Infrastruktur liegen bei etwa 29 Milliarden Euro. Mit rund 6.200 Pflegediensten, die circa 280.000 Patienten betreuen, und 5.800 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 350.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt Stellung.

Zusammenfassung

Der bpa begrüßt den Gesetzentwurf. Mit wenigen ausgewählten Maßnahmen wird eine Verbesserung der Versorgung erreicht. Die durch die Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD angestrebten Anpassungen sind insgesamt zielgerichtet und aus Sicht der Pflegeeinrichtungen ein positiver Beitrag.

Die Finanzierung 20.000 zusätzlicher Assistenzkräfte kann die Fachkräfte in den Pflegeheimen dauerhaft entlasten. Die Pflegefachkräfte werden sich dadurch noch besser auf ihre qualifizierte Tätigkeit konzentrieren können. Den Bewohnerinnen und Bewohnern wird durch die Neuregelung mehr Zeit für Pflege und Betreuung zur Verfügung gestellt, ohne dass für sie die Zuzahlung steigt. **Anpassungen sind insbesondere im Hinblick auf das Qualifikationsniveau notwendig.** Eine tatsächliche Besetzung der Stellen darf keinesfalls durch zu hohe, nicht erfüllbare Anforderungen von vornherein unterlaufen werden. Niemand kann an reinen Luftbuchungen interessiert sein.

Ein Nachsteuern ist in der ambulanten Pflege angezeigt. Hier fehlt es an dringend notwendigen Maßnahmen zur Verbesserung der personellen Ausstattung und Sicherstellung der Versorgung.

Die bisher befristete Ausnahmeregelung zur Nichterfordernis einer ärztlichen Verordnung für Hilfsmittel, nachdem die Notwendigkeit dieser bei der

Begutachtung der Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde, hat sich in der Praxis bewährt. Sie stellt einen deutlichen Beitrag zur Verfahrensvereinfachung für die pflegebedürftigen Menschen dar und beschleunigt die Versorgung mit notwendigen Hilfsmitteln. Es ist daher folgerichtig die bisher befriste Ausnahme zum Regelfall umzugestalten.

Die Verlängerung der pandemiebedingten Sonderregelungen werden vom bpa ausdrücklich begrüßt. Insbesondere das Kostenerstattungsverfahren bildet eine entscheidende Grundlage für die Sicherstellung der Versorgung in Pandemiezeiten. Pflegeeinrichtungen können sich darauf verlassen, dass ein erheblicher Teil ihrer coronabedingten Mindereinnahmen und außerordentlichen Aufwendungen refinanziert wird. Dies ermöglich die Fokussierung auf die bestmögliche Versorgung der pflegebedürftigen Menschen. Da die Entwicklung der Corona-Pandemie nicht absehbar ist, sollte rechtzeitig über eine ggf. notwendige Verlängerung der Regelungen bis zum 30. Juni 2021 entschieden werden.

Die Anpassungen beim Pflegefachkraftstellen-Förderprogramm sind grundsätzlich sinnvoll. Schon bei der Einführung der Förderung war absehbar, dass die geplanten 13.000 Fachkräfte nicht in den Pflegeeinrichtungen ankommen können, da trotz der großen Erfolge bei der Besetzung zusätzlicher Stellen flächendeckend der Bedarf an Fachkräften bei einer steigenden Zahl pflegebedürftiger Menschen nicht gedeckt werden kann. Mit Stand vom 31.07.2020 wurden lediglich rund 3.748 Stellen (in Vollzeitäquivalenten) geschaffen, deren dauerhafte Zusätzlichkeit angenommen wird. Jedwede Ausweitung der Anspruchsmöglichkeiten ist daher ein Schritt in die richtige Richtung. Gleichwohl werden die hier vorgesehenen Maßnahmen keine signifikanten Änderungen bewirken.

Aus Sicht der Pflegeeinrichtungen und der Pflegebedürftigen sind die Neuregelungen zu den **Beratungseinsätzen**, dem Pflegehilfsmittelverzeichnis sowie den Entscheidungsfristen für die Pflegekassen alle sehr positiv. Sie werden dazu beitragen, die in der Versorgung teils bereits erprobte Anwendung digitaler oder neuer technischer Entwicklungen zu legitimieren oder diese in der Versorgung einzusetzen und die daraus resultierenden Möglichkeiten den pflegebedürftigen Menschen zeitnah zur Verfügung zu stellen.

Zu den Vorschriften im Einzelnen:

Änderungsantrag 6 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD Modelltitel des GKV-SV – § 8 Absatz 3 SGB XI

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die jährlich zur Verfügung stehenden Finanzmittel des GKV-Spitzenverbands zur Durchführung von Modellvorhaben werden von fünf auf acht Millionen Euro erhöht.

Modellvorhaben sollen künftig auch zur Entwicklung oder Erprobung innovativer Versorgungsansätze unter besonderer Berücksichtigung einer kompetenzorientierten Aufgabenverteilung des Personals in Pflegeeinrichtungen möglich sein. Dabei entstehende zusätzliche Personalkosten können in das Fördervolumen einbezogen werden.

B) Stellungnahme

Die Ergänzungen und Anpassungen sind aus Sicht des bpa grundsätzlich sinnvoll. Sie setzen Vereinbarungen der Konzertierten Aktion Pflege um und sichern die finanzielle Grundlage zur Durchführung der zusätzlichen Modellvorhaben.

Gleichwohl muss die Ausgestaltung der rechtlichen Vorgaben erneut kritisiert werden. Die Leistungserbringerverbände sind weiterhin unzureichend beteiligt an der Planung, Durchführung und Evaluation der Modellvorhaben gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI. Eine praxisnahe Umsetzung wird somit behindert.

C) Änderungsvorschlag

Die Leistungserbringerverbände der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene werden an der Planung, Durchführung und Evaluation der Modellvorhaben beteiligt.

Änderungsantrag 7 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD Pflegefachkraftstellen-Förderprogramm – § 8 Absatz 6 SGB XI

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch das Pflegefachkraftstellen-Förderprogramm können künftig auch Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich finanziert werden, die keine Pflegekräfte sind.

Die Förderung von Pflegehilfskräften, die sich in der Ausbildung zur Pflegefachkraft befinden, ist künftig auch ohne Nachweis möglich, dass innerhalb von vier Monaten kein geeignetes Fachpersonal eingestellt werden konnte.

Die Verpflichtung zur Abgabe eines halbjährlichen Bestätigungsschreibens bei unveränderten Anspruchsvoraussetzungen durch die Pflegeeinrichtung wird im Gesetz spezifiziert.

B) Stellungnahme

Bei Einführung des Pflegefachkraftstellen-Förderprogramms im Rahmen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes hat der bpa deutlich auf die aus seiner Sicht fehlerhafte Ausgestaltung hingewiesen. Es war absehbar, dass die geplanten 13.000 Fachkräfte nicht in den Pflegeheimen ankommen würden. Leider hat die Realität diese Einschätzung bestätigt. Mit Stand vom 31.07.2020 wurden lediglich 3.748 Stellen (in Vollzeitäquivalenten) geschaffen. Für alle Überlegungen zur Umsetzung eines Personalbemessungsverfahrens ist dies eine ernüchternde Entwicklung.

Die im Änderungsantrag vorgesehenen Anpassungen sind ein Schritt in die richtige Richtung. Sie werden jedoch keine signifikanten Änderungen bewirken.

Die Möglichkeit, zusätzliche Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich zu finanzieren, die keine Pflegekräfte sind, begrüßt der bpa ausdrücklich. Schon die alte Heimpersonalverordnung auf Bundesebene definierte den Fachkräftebegriff in angemessener Weise deutlich weiter. Dort hieß es: “Fachkräfte im Sinne dieser Verordnung müssen eine Berufsausbildung abgeschlossen haben, die Kenntnisse und Fähigkeiten zur selbständigen und eigenverantwortlichen Wahrnehmung der von ihnen ausgeübten Funktion und Tätigkeit vermittelt.“ Damit fielen weitere Berufsgruppen unstrittig unter den Fachkraftbegriff. Die in den letzten Jahren zu beobachtende **Engführung des Fachkräftebegriffs auf Pflegefachkräfte** ist weder hilfreich noch angemessen. Das Leistungsangebot der

Pflegeheime umfasst weitaus mehr, als eine Reduzierung auf die Pflege vorgibt. Insofern ist es überfällig, diese Diskussion auch mit Blick auf die engführenden Regelungen in vielen Bundesländern zu führen. Hierzu liefert der Änderungsantrag wichtige Hinweise. Da es hier um zusätzliche Fachkräfte geht, darf es nicht dazu kommen, dass anschließend in den Bundesländern eine Diskussion aufbricht, ob denn nun die richtigen zusätzlichen Fachkräfte gefördert werden.

Die Förderung von Hilfskräften, die sich in einer Ausbildung zur Pflegefachkraft befinden, wird derzeit fast nicht genutzt. Weniger als ein Prozent der zum 31.07.2020 so geförderten Personen waren Pflegehilfskräfte. Die bis dato überzogen strikten Vorgaben aufzuheben, ist daher logisch und wird vom bpa begrüßt, auch wenn die Erfolgsaussichten überschaubar bleiben dürften.

Die in der Praxis bereits vereinbarte Bestätigungsmeldung nun auch im Gesetz zu verankern, ist folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit – § 18 Absatz 6a SGB XI

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bis zum 31.12.2020 bestehende Befristung der Nichterfordernis einer ärztlichen Hilfsmittelverordnung gemäß § 33 Abs. 5a SGB V nach einer im Rahmen der Feststellung der Pflegebedürftigkeit erfolgten Empfehlung zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung wird entfristet.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Regelung. Das Gutachten des Medizinischen Dienstes oder eines von der Pflegekasse beauftragten Gutachters benennen deutlich konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung. Das Erfordernis einer separaten Verordnung durch einen Arzt würde keinen zusätzlichen Erkenntnisgewinn bedeuten und die Versorgung mit notwendigen Hilfsmitteln nur verzögern. Die Entfristung stellt einen vernünftigen Beitrag zur Verfahrensvereinfachung für die pflegebedürftigen Menschen dar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 8 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
Entscheidungsfristen für Pflegekassen – § 40 Absatz 6 SGB XI

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegekasse hat über einen Antrag auf Pflegehilfsmittel oder Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen zügig, spätestens innerhalb von drei Wochen oder in Fällen, in denen eine Pflegefachkraft oder der Medizinische Dienst beteiligt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Kann die Pflegekasse diese Fristen nicht einhalten, teilt sie dies unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt diese Regelung ausdrücklich. Es ist inakzeptabel, wenn Pflegebedürftigen die ihnen zustehenden Leistungen deutlich verzögert erhalten, weil die zuständige Pflegekasse nicht über die Anträge entscheidet.

Gleichwohl muss darauf geachtet werden, dass die Möglichkeit der Fristverlängerung durch schriftliche Darlegung nur im Ausnahmefall genutzt werden kann. Keinesfalls dürfen die Pflegekassen die hier vorgesehene Beschleunigung von Genehmigungsverfahren durch das Mittel der schriftlichen Darlegung systematisch verzögern.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 9 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD Digitalisierung in der Pflegehilfsmittelversorgung – § 78 Absätze 2 und 2a SGB XI

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Pflegehilfsmittelverzeichnis ist spätestens alle drei Jahre unter besonderer Berücksichtigung digitaler Technologien fortzuschreiben. Unbeschadet dieser regelmäßigen Fortschreibung ist über Anträge zur Aufnahme von neuartigen Pflegehilfsmitteln in das Pflegehilfsmittelverzeichnis innerhalb von drei Monaten zu entscheiden.

Der GKV-Spitzenverband beschließt spätestens alle drei Jahre, erstmals bis zum 30. September 2021, unter besonderer Berücksichtigung digitaler Technologien Empfehlungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen, zu denen üblicherweise Zuschüsse gewährt werden können, einschließlich des Verfahrens zur Aufnahme von Produkten oder Maßnahmen in die Empfehlungen.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Regelungen. Digitale Technologien können einen großen Mehrwert für pflegebedürftige Menschen bieten. In den vergangenen Jahren ließen sich eine Vielzahl von Neu- und Weiterentwicklungen beobachten, die das bestehende Angebot deutlich vergrößert haben. Die diesbezügliche Entwicklungsgeschwindigkeit wird sich in den kommenden Jahren nur weiter beschleunigen. Es ist daher sinnvoll diese Produkte und Hilfsmittel zum einen regelmäßig zu überprüfen und zum anderen auch den kurzfristigen Weg in das Pflegehilfsmittelverzeichnis zu eröffnen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Verfahren zur Zahlung des Vergütungszuschlags – § 84 Absatz 9 SGB XI

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für das Verfahren zur Zahlung des Vergütungszuschlags zur Finanzierung der 20.000 zusätzlichen Pflegehilfskräfte wird auf die Regelungen des Vergütungszuschlags für die Betreuungskräfte in stationären Pflegeeinrichtungen zurückgegriffen.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt grundsätzlich diese Regelung.

Neben einer vollständigen Finanzierung der entstehenden Personalkosten muss dabei auch eine Berücksichtigung der mit diesen zusätzlichen Stellen entstehenden sonstigen Kosten erfolgen. Dies umfasst beispielsweise Rekrutierungs- oder Verwaltungskosten. Hierzu ist beispielsweise ein prozentualer Aufschlag auf die Personalkosten denkbar.

Aus Gründen der Verfahrensvereinfachung sollte aber die Möglichkeit geschaffen werden, pauschale Regelungen zur Höhe des Vergütungszuschlags auf Landesebene zu vereinbaren. Dies würde die Notwendigkeit unzähliger Einzelverhandlungen nachhaltig reduzieren. Diejenigen Pflegeheime, die den entsprechenden Vereinbarungen auf Landesebene nicht beitreten wollen, würde der Weg der Einzelverhandlung weiterhin offenstehen.

Die Klarstellung, dass für die Pflegebedürftigen keine zusätzlichen Kosten anfallen, begrüßt der bpa ebenfalls.

C) Änderungsvorschlag

Es wird die Möglichkeit zur Vereinbarung pauschaler Regelungen zur Höhe des Vergütungszuschlags auf Landesebene geschaffen.

Vereinbarung des Vergütungszuschlags zur Finanzierung zusätzlicher Pflegehilfskraftstellen – § 85 Absatz 9 SGB XI

A) Beabsichtigte Neuregelung

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen erhalten Anspruch auf einen Vergütungszuschlag zur Finanzierung zusätzlicher Pflegehilfskraftstellen.

Es muss sich dabei um Stellen handeln, die über das Personal hinausgehen, das nach der Pflegesatzvereinbarung vorzuhalten ist. Die zusätzlichen Pflegehilfskräfte müssen über eine abgeschlossene Ausbildung verfügen, die die von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und von der Gesundheitsministerkonferenz 2013 als Mindestanforderungen beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ (Qualifikationsniveau 3) erfüllt, eine solche Ausbildung berufsbegleitend begonnen haben oder innerhalb von drei Jahren nach Vereinbarung des Vergütungszuschlages eine solche berufsbegleitende Ausbildung beginnen. Die Pflegeeinrichtung muss letzteres sicherstellen, es sei denn, dass der Beginn oder die Durchführung der Ausbildung aus Gründen, die die Einrichtung nicht zu vertreten hat, unmöglich ist.

Die Zahl der zusätzlichen Stellen berechnet sich nach der Belegung der Pflegeeinrichtung. Der Anspruch folgt aus der Addition der folgenden Werte:

1. 0,016 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1,
2. 0,016 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 2,
3. 0,025 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3,
4. 0,032 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 und
5. 0,036 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5.

Jedes Pflegeheim hat einen Mindestanspruch von 0,5 Vollzeitäquivalenten.

Ausbildungsaufwendungen für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal, werden durch den Vergütungszuschlag finanziert, soweit diese Aufwendungen nicht von einer anderen Stelle finanziert werden. Dies beinhaltet die Differenz zwischen dem Gehalt einer Pflegehilfskraft und der Ausbildungsvergütung. Voraussetzung hierfür ist, dass die Pflegehilfskraft beruflich insgesamt ein Jahr tätig war.

B) Stellungnahme

20.000 zusätzliche Assistenzkräfte sollen die Pflegefachkräfte in den Pflegeheimen dauerhaft entlasten. Den Bewohnerinnen und Bewohnern wird damit mehr Zeit für Pflege und Betreuung zur Verfügung gestellt. Die Verbesserung der Personalausstattung wird komplett aus Mitteln der Pflegeversicherung finanziert. Für Bewohnerinnen und Bewohner bedeutet das ein Mehr an Leistung, ohne dass dadurch die persönliche Zuzahlung steigt. **Der bpa begrüßt diese Regelung ausdrücklich.** Vernünftig umgesetzt, wird sie sich positiv auf die Versorgung in den Pflegeheimen auswirken.

Das Ergebnis des zweiten Zwischenberichts des Projekts zur Ermittlung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen gemäß § 113c SGB XI zeigte sehr deutlich, dass die Pflegefachkräfte dringend Unterstützung und Entlastung brauchen durch zusätzliche Assistenzkräfte. Die hier vorgesehene Regelung strebt **ein Mehr an Personal** an. **Dies geschieht ohne jegliche Einbußen an Fachlichkeit.** Die Pflegefachkräfte werden sich künftig noch besser auf ihre qualifizierte Tätigkeit konzentrieren können, da ihnen assistierende Kolleginnen und Kollegen an die Seite gestellt werden.

Die vorgesehenen Werte zur Berechnung des Anspruchs je Pflegebedürftigen pro Pflegegrad scheinen insgesamt geeignet, in der Mehrzahl der vollstationären Pflegeeinrichtungen für eine personelle Unterstützung zu sorgen, auch wenn die in den letzten Jahren bereits erfolgten Verbesserungen der Personalausstattung bisher politisch nie als tatsächliche Entlastung dargestellt wurden. Der bpa begrüßt ausdrücklich, dass sein Vorschlag aus der Stellungnahme zum Referentenentwurf aufgegriffen wurde, einen Mindestanspruch von 0,5 Vollzeitäquivalenten vorzusehen. Dies hilft kleineren Pflegeheimen.

Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Vorgaben zur Qualifikation der Assistenzkräfte sind nicht geeignet, eine schnelle Unterstützung der Pflegeheime durch zusätzliche Assistenzkräfte zu ermöglichen. So ist eine Besetzung zwar grundsätzlich sowohl mit dem Qualifikationsniveau (QN) 3 als auch mit QN 1 oder QN 2 möglich, doch sind die Weiterbildungsvorgaben nicht flächendeckend umsetzbar. Verfügt eine zusätzlich eingestellte Assistenzkraft nur über das QN 1 oder 2, muss innerhalb von drei Jahren eine Weiterqualifizierung zum QN 3 begonnen werden. Im letzten Jahr haben weniger als 6.000 Personen eine solche Ausbildung zum Altenpflegehelfer abgeschlossen. **Die Ausbildungskapazitäten der Länder reichen nicht annähernd aus, um die reguläre Ausbildung der Helfer vorzuhalten und noch einmal doppelt so viele zusätzliche Weiterbildungen anzubieten.** Ausdrücklich betont sei die schon aus wohlverstandenem Eigeninteresse bestehende hohe Motivation der Förderung von

Ausbildung und Qualifizierung in den Pflegeeinrichtungen, die sich in den letzten Jahren sehr eindrücklich durch – gegen jeden Trend in anderen Berufen – stark steigende Ausbildungszahlen bewiesen hat.

Statt ausschließlich QN 3 als verpflichtendes Ziel der Qualifikation festzuschreiben, muss auch die Möglichkeit gegeben werden, die Fördervoraussetzungen mit der Qualifikation zu QN 2 zu erfüllen. Ausdrücklich hinweisen möchte der bpa darauf, dass eine Qualifizierung zum QN 2 eigenständig durch die Pflegeheime und Anbieter von Weiterbildungen mit einer gemeinsamen Kraftanstrengung in Angriff genommen werden kann. Diese wichtige Möglichkeit wird genommen durch die ausschließliche Festlegung auf QN 3. In diesem Zusammenhang sei auch erwähnt, dass die Ergebnisse der Studie zum Personalbemessungsverfahren den Bedarf an zusätzlichen Assistenzkräften nicht nur im QN 3 sehen. Wer eine Umsetzung der Ergebnisse des Personalbemessungsverfahrens ausschließlich über Vorgaben zu den QN anstrebt, riskiert sehenden Auges eine schnell wachsende Versorgungslücke bei absehbar steigender Zahl pflegebedürftiger Menschen. Zudem muss ermöglicht werden, langjährige einschlägige Berufserfahrung qualifikationsfördernd anzuerkennen

Darüber hinaus muss den Plänen einzelner Akteure zur Beschränkung der zusätzlichen Pflegekräfte ausschließlich auf das QN 3 eine entschiedene Absage erteilt werden. Ein Blick in die Zahlen der Bundesagentur für Arbeit offenbart die Hintergründe. **Zwar waren im Schnitt 27.400 Personen im Jahr 2019 mit dem Ziel einer Tätigkeit als Altenpflegehelfer arbeitslos gemeldet, doch nur 2.100 dieser fallen unter das QN 3.** Wäre also eine Besetzung ausschließlich mit solchen Assistenzkräften möglich, die über eine abgeschlossene landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege verfügen (QN 3), wäre eine Besetzung der 20.000 zusätzlichen Stellen aussichtslos. Das Scheitern des Programms würde drohen.

Eine Qualifizierung der Kräfte ist hingegen für alle Beteiligten ein Gewinn. Die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekräfte bekommen eine schnelle Unterstützung und die Assistenzkräfte können sich beruflich weiterbilden mit der Sicherheit einer festen Stelle. Die Erfahrung zeigt zudem, dass viele, die sich zur Assistenzkraft qualifizieren lassen, zu einem späteren Zeitpunkt auch eine Weiterbildung zur Pflegefachkraft in den Blick nehmen.

Die zusätzlichen Kräfte müssen spätestens innerhalb von drei Jahren die Ausbildung bzw. aus Sicht des bpa auch die Qualifizierung zum QN 2 beginnen, es sei denn, dass der Beginn oder die Durchführung dieser Ausbildung oder Qualifizierung aus Gründen, die die Einrichtung nicht zu vertreten hat, unmöglich ist. Diese Regelung begrüßt der bpa ausdrücklich. Sie trägt dazu bei, dass die Pflegeheime einen verlässlichen Anspruch auf die Förderung haben und ermöglicht so eine kontinuierliche Personal- und Einsatzplanung. Gerade das Jahr 2020 mit der Corona-Pandemie zeigt, dass

es unvorhergesehene Ereignisse gibt, auf die der Arbeitgeber keinen Einfluss hat. Diese Regelung berücksichtigt diese Tatsache und sorgt für Rechtssicherheit und ermöglicht einen kontinuierlichen Einsatz der neuen Kräfte.

Die geplante Finanzierung der notwendigen Ausbildungsaufwendungen als Teil des Vergütungszuschlags, soweit diese nicht von einer anderen Stelle getragen werden, wird vom bpa ausdrücklich begrüßt. Dies setzt eine Forderung des bpa um und entspricht auch den Vereinbarungen der Konzertierten Aktion Pflege. Geprüft werden muss, ob die Formulierung „notwendig“ in ihrer Offenheit nicht zu einer restriktiven Genehmigungspolitik der Kostenträger führen wird. Hier sollte ggf. durch eine nicht abschließende Aufzählung im Gesetz oder der Begründung nachgesteuert werden.

Der bpa fordert, dass alle Kosten für die zusätzlichen Assistenzkräfte übernommen werden und nicht pflegesatzrelevant sind. **Die vom Bundesrat geforderte Finanzierung der Schulkosten über die Pflegeversicherung (Bundesrats-Drucksache 561/20 (Beschluss)) lehnt der bpa entschieden ab.** Die Schulkosten sind von den Ländern zu tragen und dürfen nicht die Pflegeversicherung belasten. Bereits bei der Fachkräfteausbildung nach dem Pflegeberufegesetz gibt es große Schwierigkeiten, weil die Bundesländer ihrer Finanzierungsverantwortung für die Pflegeschulen weitgehend nicht nachkommen. Die Länder müssen sich ihrer Verantwortung stellen und die Schulkosten voll umfänglich finanzieren.

Vorsorglich weist der bpa bereits jetzt darauf hin, dass es trotz aller Bemühungen zu erheblichen Kapazitätsproblemen bei der notwendigen Qualifizierung kommen kann, die nahezu parallel zum Start der generalistischen Ausbildung organisiert werden muss.

Der bpa appelliert darüber hinaus, den Vorschlag der Bundesländer aus der Stellungnahme des Bundesrats zum Gesetzentwurf (Bundesrats-Drucksache 561/20 (Beschluss)) zur Qualifikation der Pflegehelfer in angepasster Form zu übernehmen. Die Einengung auf Assistenzkräfte, die über eine abgeschlossene Ausbildung verfügen, die die von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und von der Gesundheitsministerkonferenz 2013 als Mindestanforderungen beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ erfüllen, würde zur Benachteiligung von qualifizierten Assistenzkräften führen, die eine Ausbildung vor der Einführung der Eckpunkte absolviert haben beziehungsweise deren Ausbildungen nicht diese Mindestanforderungen erfüllen.

Während die Versorgung in der vollstationären Pflege durch die Neuregelung gestärkt wird, fehlt eine vergleichbare Initiative für den ambulanten Sektor. Die steigende Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen der letzten Jahre ist trotz des Personalzuwachses nicht zu decken und bewirkt

weitere Arbeitsverdichtung. Die Folge ist: Die Versorgung ist gefährdet und nicht mehr sichergestellt. Dies zeigen Befragungen des bpa und der Wohlfahrtsverbände unter seinen und ihren Mitgliedern. Zahlen und Daten des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung (DIP) im Pflege-Thermometer und des Zentrums für Qualität in der Pflege bestätigen die Befragungsergebnisse. Im Bericht zum ambulanten Bereich der Studie gemäß § 113c SGB XI wurde die Gefährdung der Versorgungssicherheit ebenfalls festgestellt:

„Diese konkretisiert sich in weit verbreiteten Aufnahmestopps neuer Pflegehaushalte, weil die Kapazitäten der ambulanten Pflegedienste dafür nicht mehr ausreichen. Die gefährdete Versorgungssicherheit konkretisiert sich darüber hinaus in Verkleinerungstendenzen der ambulanten Pflegedienste hinsichtlich ihres Einzugsgebiets. Einige Dienste verkleinern ihren Radius, andere fahren einzelne Stadtteile in Großstädten oder bestimmte Dörfer in ländlichen Regionen nicht mehr an. Als dritter Indikator einer gefährdeten Versorgungssicherheit wurde die Kündigung bestehender Verträge mit Pflegehaushalten genannt.“
(Zweiter Zwischenbericht im Projekt „Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM)“, Seite 296)

Die seitens Prof. Dr. Büscher festgestellten Effekte der Verkleinerungen der Versorgungsgebiete, der Reduzierung der Anzahl der versorgten Pflegebedürftigen bis hin zu Kündigungen von bestehenden Versorgungen werden sich durch die demographische Entwicklung absehbar weiter verstärken.

Es ist daher dringend angezeigt, auch konkrete Verbesserungen für die Personalausstattung in der ambulanten Pflege vorzunehmen. Die Pflegedienste benötigen kurzfristig wirkende Maßnahmen, die einen Ausweg aus den aufgezeigten Versorgungslücken und der fehlenden Sicherstellung bieten. Der Gesetzgeber ist gefordert, zeitnah entsprechend nachzusteuern, indem ein bedarfsorientierter Personalmix und die erhebliche Arbeitsverdichtung durch mehr Zeit für die einzelne Leistung im Rahmen der Leistungsvereinbarungen ermöglicht wird sowie die erforderlichen Qualifizierungs- und Rekrutierungsaufwendungen refinanziert werden. Daneben wäre zur verlässlichen Dienstplangestaltung eine Ausstattung mit Springerkräften von besonderer Relevanz für die Pflegedienste. Diese Ausstattung sollte gestaffelt sein nach Betriebsgröße und über einen Zuschlag refinanziert werden – unabhängig von der Pflegesatz- bzw. der Vergütungsvereinbarung. Damit würde auch einer Forderung im Rahmen der Konzertierten Aktion Pflege Rechnung getragen.

C) Änderungsvorschläge

Es erfolgt eine Klarstellung, dass die Voraussetzungen auch dann erfüllt sind, wenn die zusätzlichen Pflegefachkräfte nach spätestens drei Jahren über das Qualifikationsniveau 2 verfügen oder eine entsprechende Qualifizierung begonnen haben.

§ 85 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a SGB XI wird wie folgt geändert:

„a) das über eine abgeschlossene **mindestens einjährige staatlich anerkannte Helferinnen- oder Helferausbildung in der Pflege oder über eine abgeschlossene mindestens einjährige staatlich anerkannte Assistenzausbildung in der Pflege oder über eine abgeschlossene Assistenzausbildung mit Kompetenzen entsprechend des Qualifikationsniveaus 2 des Deutschen Qualifikationsrahmens** verfügt, ~~die die von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und von der Gesundheitsministerkonferenz 2013 als Mindestanforderungen beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ (BAnz. AT 17.02.2016 B3) erfüllt,~~ oder“

Vereinbarungsverfahren und Berichtpflicht zum Vergütungszuschlag – § 85 Absatz 10 SGB XI

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-Spitzenverband berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit vierteljährlich über die Zahl des durch diesen Zuschlag finanzierten Pflegehilfspersonals, die Personalstruktur, den Stellenzuwachs und die Ausgabenentwicklung.

Der GKV-Spitzenverband legt im Benehmen mit u.a. den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen das Nähere für das Vereinbarungsverfahren und den Bericht zum Vergütungszuschlag fest. Die Festlegungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.

B) Stellungnahme

Die Beteiligung der Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen ist sachgerecht.

Die Berichtspflicht des GKV-Spitzenverband an das Bundesministerium für Gesundheit über das Verfahren ist grundsätzlich zu begrüßen. Gleichwohl zeigen vergleichbare Berichtspflichten zu den Förderprogrammen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) bisher keinerlei Wirkung. Da aus ersten bekannt gewordenen Abrufzahlen dieser Programme deutlich wurde, dass sie in der pflegerischen Praxis kaum Wirkung entfalten, ist es richtig, dass mit dem Änderungsantrag 7 (s. Seite 6) reagiert wird. Wenn von 13.000 geplanten zusätzlichen Pflegefachkräften nur etwa 3.748 (Vollzeitäquivalente) in den Pflegeheimen arbeiten, sollte dies ein überdeutliches Signal sein, Änderungen umzusetzen. Noch schleppender wird nur noch das Programm Förderung von Maßnahmen der Pflegeeinrichtungen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf (§ 8 Abs. 7 SGB XI) angenommen. Die Berichtspflicht darf daher nicht nur statistischen Erhebungen dienen, sondern muss im Zweifel auch konkrete Anpassungen nach sich ziehen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Mitteilung zum Abruf des Vergütungszuschlags – § 85 Absatz 11 SGB XI

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bis zum Abschluss einer Vereinbarung des Vergütungszuschlags nach § 84 Abs. 1 SGB XI können Pflegeheime einen solchen Zuschlag dennoch bereits berechnen. Dies ist vor Beginn der Leistungserbringung durch das zusätzliche Personal den Kostenträgern mittels eines Musterformulars anzuzeigen. Die mitzuteilenden Informationen umfassen die ermittelte Höhe des Vergütungszuschlags, Zahl und Pflegegrade der aktuell versorgten Bewohner, der daraus resultierende Anspruch an zusätzlichen Hilfskräften, die Qualifikation, die Entlohnung und die weiteren Personalaufwendungen für diese zusätzlichen Hilfskräfte. Darüber hinaus ist eine Erklärung abzugeben, dass das zusätzliche Personal über das ohnehin vorzuhaltende hinausgeht. Die so finanzierten zusätzlichen Stellen und die der Berechnung des Vergütungszuschlags zugrunde gelegte Bezahlung sind von den Pflegeheimen nachzuweisen.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt, dass die Möglichkeit geschaffen wird, schnellstmöglich die Besetzung der zusätzlichen Pflegehilfskraftstellen vorzunehmen. Es ist nicht notwendig, das Festlegungsverfahren § 85 Absatz 10 SGB XI und Pflegesatzverhandlungen abzuwarten.

Um Planungssicherheit der Pflegeheime zu schaffen, muss klargestellt werden, dass eine Refinanzierung der Pflegehilfskräfte auch rückwirkend ab dem Datum des Inkrafttretens des Gesetzes möglich ist. So können Pflegeheime rechtzeitig mit der Rekrutierung des Personals beginnen und im Anschluss unverzüglich die vom Gesetzgeber erwünschte Verbesserung der Personalsituation umsetzen.

Das Formular des GKV-Spitzenverbandes zur Mitteilung der Leistungserbringung durch zusätzliches Pflegehilfspersonal muss zwingend unmittelbar nach Inkrafttreten des Gesetzes vorliegen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 14 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD Beratungsbesuche – § 148 SGB XI

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI können bis 31.03.2021 auch telefonisch, digital oder per Videokonferenz durchgeführt werden, wenn die pflegebedürftige Person dies wünscht und die Datensicherheit gewährleistet ist.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt die erneute Ermöglichung der Ausweitungen der Beratungsformen ausdrücklich. Diese haben sich in der Praxis deutlich bewährt. Es sollte von daher auch außerhalb von Pandemiezeiten die Möglichkeit der Beratung per Telefon oder Videokonferenz eröffnet werden; soweit dies von der betroffenen Person gewünscht wird.

C) Änderungsvorschlag

Die Regelung wird entfristet.

Änderungsantrag 15 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD Verlängerung pandemiebedingter Sonderregelungen im SGB XI – § 150 Absatz 6 Satz 1 SGB XI

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die pandemiebedingten Sonderregelungen im SGB XI, insbesondere die Kostenerstattungsverfahren, werden bis zum 31. März 2021 verlängert.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt die Verlängerung der pandemiebedingten Sonderregelungen ausdrücklich. Insbesondere das Kostenerstattungsverfahren gemäß § 150 Abs. 2 SGB XI bildet eine entscheidende Grundlage für die Sicherstellung der Versorgung in Pandemiezeiten. Pflegeeinrichtungen können sich darauf verlassen, dass ein erheblicher Teil ihrer coronabedingten Mindereinnahmen und außerordentlichen Aufwendungen refinanziert wird. Dies ermöglich die Fokussierung auf die bestmögliche Versorgung der pflegebedürftigen Menschen. Gleichzeitig bildet das Kostenerstattungsverfahren die Basis für die Erstattung des notwendigen Schutzmaterials sowie der PoC-Antigen-Tests (Schnelltests).

Da die Entwicklung der Corona-Pandemie nicht absehbar ist, sollte rechtzeitig über eine ggf. notwendige Verlängerung der Regelungen bis zum 30. Juni 2021 entschieden werden.

C) Änderungsvorschlag

In § 150 Absatz 6 Satz 1 wird die Angabe „31. Dezember 2020“ durch die Angabe „~~31. März~~ **30. Juni** 2021“ ersetzt.

„Sozialgarantie 2021“ einhalten

Stellungnahme zum Gesetzentwurf zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG)

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(16)243(19)
zur öff Anh. am 16.11.2020 -
Versorgungsverbesserungsgesetz
10.11.2020

10. November 2020

Zusammenfassung

Die vorgesehenen Maßnahmen zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung widersprechen der am 3. Juni 2020 vom Koalitionsausschuss zugesagten „Sozialgarantie, dass die Begrenzung der Beitragsbelastung auf 40 % im kommenden Jahr durch Zuschüsse des Bundes erreicht wird. Stattdessen soll die Beitragssatzbegrenzung für das kommende Jahr nun überwiegend zu Lasten der Beitragszahler finanziert werden, denn nichts anderes ist die geplante Vergemeinschaftung der Rücklagen erfolgreicher Krankenkassen. Zudem würde der Rückgriff auf die Rücklagen erfolgreicher Krankenkassen ausgerechnet die Krankenkassen bestrafen, die in besonders hohem Umfang Zukunftsvorsorge betrieben haben.

Das Ziel des Gesetzentwurfs, die gesundheitliche und pflegerische Versorgung insbesondere durch erweiterte selektivvertragliche Gestaltungsmöglichkeiten und mehr Pflegehilfskräfte zu verbessern, ist richtig. Die dazu vorgeschlagenen Maßnahmen sind überwiegend sachgerecht.

Was leider nach wie vor fehlt, ist ein Konzept für eine nachhaltige Finanzierung der Kranken- und Pflegeversicherung. Dieses muss dazu beitragen, dass die Beitragsbelastung für Arbeitgeber und Beschäftigte auch auf Dauer 40 % nicht übersteigt.

Im Einzelnen

„Sozialgarantie 2021“ nicht durch Vergemeinschaftung von Rücklagen finanzieren

Der Koalitionsausschuss bzw. die Bundesregierung hatte am 3. Juni 2020 in ihrem Programm „Corona-Folgen bekämpfen, Wohlstand sichern, Zukunftsfähigkeit stärken“ zugesagt, dass die Beitragssumme in der Sozialversicherung in dieser Legislaturperiode nicht über 40 % steigen sollte und darüber hinausgehende Finanzbedarfe zumindest 2021 „aus dem Bundeshaushalt“ gedeckt werden sollen. Dabei muss es bleiben! Die geschätzte Finanzierungslücke in der gesetzlichen Krankenversicherung von 16,6 Mrd. € im Jahr 2021 soll nun aber laut Gesetzentwurf überwiegend durch die Beitragszahler ausgeglichen werden. Durch einen „kassenübergreifenden Solidarausgleich“ sollen die Finanzreserven von Krankenkassen mit höheren Rücklagen in Höhe von insgesamt ca. 8 Mrd. € in den Gesundheitsfonds überführt werden. Lediglich 5 Mrd.€ sollen durch eine Anhebung des Bundeszuschusses von 14,5 Mrd. € auf 19,5 Mrd. € finanziert werden. Das ist ein Wortbruch gegenüber den Beitragszahlern. Zudem würden gut wirtschaftende Krankenkassen und ihre Beitragszahler durch den Rückgriff auf ihre Rücklage für die von ihnen geleistete Zukunftsvorsorge bestraft.

Die Vergemeinschaftung der höheren Rücklagen finanziell erfolgreicher Krankenkassen ist ein weiterer Eingriff in die Haushaltsautonomie der Kassen und in die Rechte der Selbstverwaltung. Zudem wird der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen geschwächt, denn wenn erfolgreiches Wirtschaften bestraft wird, geht die Bereitschaft verloren, sich weiter für eine effiziente und finanziell nachhaltige Gesundheitsversorgung einzusetzen. Es ist zwar richtig, die Rücklagen der Krankenkassen auf ein angemessenes und wirklich erforderliches Maß zu begrenzen. Überhöhte Rücklagen sollten aber an die Beitragszahler der jeweiligen Krankenkassen durch niedrigere Zusatzbeiträge zurückfließen und so der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen gestärkt werden, und nicht vom Staat als Zwangsabgabe an den Gesundheitsfonds kassiert werden.

Es ist Konsens zwischen dem Bundesgesundheitsministerium und dem GKV-Spitzenverband bzw. im GKV-Schätzerkreis, dass die Finanzierungslücke von 16,6 Mrd. € im Jahr 2021 nur in Höhe von ca. 3,4 Mrd. € auf die Covid-19-Pandemie zurückzuführen ist. Weitere 2,5 Mrd. € wurden im Jahr 2020 pandemiebedingt eingespart, fallen aber ab dem Jahr 2021 voraussichtlich wieder an. Weit überwiegend, nämlich in Höhe von 10,7 Mrd. €, wird das Defizit durch die ausgabenerhöhenden Gesetze der letzten Jahre verursacht. Damit haben die im Gesetzentwurf vorgesehenen Finanzierungsmaßnahmen lediglich einen Strohfeuereffekt und es bleibt offen, wie die Finanzierungslücken ab 2022 gefüllt werden. Der hohe Ausgabenüberhang in Folge kostspieliger Gesetze aus den Vorjahren wird sich weiter fortschreiben, jedoch sind die Kassenreserven dann aufgebraucht. Der Gesetzentwurf stellt damit keine nachhaltige Lösung für die politisch verursachten Finanzprobleme in der gesetzlichen Krankenversicherung dar. Um die Beitragsbelastung insgesamt nicht über die 40 %-Haltelinie steigen zu lassen, bedarf es umso dringender einer längst überfälligen zukunftsfesten und kostensenkenden Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung.

Möglichkeit von Selektivverträgen stärker ausweiten

Es ist zu begrüßen, dass die Möglichkeiten für Selektivverträge zwischen den Krankenkassen bzw. ihrer Verbände und den Leistungsanbietern (Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuer etc.) erweitert werden sollen. Es ist zudem sinnvoll, dass die gesundheitliche Versorgung entsprechend den regionalen Bedarfen übergreifend organisiert und andere Leistungsträger beteiligt werden können.

Die Möglichkeit von Selektivverträgen sollte aber deutlich umfassender als geplant erweitert werden: Die Krankenkassen und ihre Verbände sollten über die jetzt vorgesehenen Änderungen hinaus auch generell das Recht erhalten, eigenständig mit den Leistungsanbietern – insbesondere mit einzelnen Ärzten, Ärztegruppen sowie Krankenhäusern – zu verhandeln sowie Verträge über Preise, Mengen und Qualitäten abzuschließen. Sie sollten auch grundsätzlich selbst bestimmen, wie sie die im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehenen Leistungen für ihre Versicherten erbringen. Dadurch kann nicht nur ein wirklicher Preiswettbewerb gestartet werden, sondern auch ein Wettbewerb um die beste Versorgungsform (z. B. integrierte Versorgung, kassenarten-spezifische Vertragsarzt-Modelle, medizinische Versorgungszentren, Hausarztsystem, Kostenerstattung oder Sachleistung, stationäre Versorgung). Eine Verpflichtung der Kassen, eine bestimmte Versorgungsform anzubieten, sollte es dagegen nicht mehr geben. Gewährleistet sein muss, dass die notwendige Anbietervielfalt – auch mit Blick auf kleine Betriebe des Gesundheitshandwerks – nicht gefährdet wird.

Ein solcher Wettbewerb würde nicht zu einem unterschiedlichen Umfang des Versicherungsschutzes, wohl aber zu verschiedenen Versorgungsangeboten führen und damit die Wahlmöglichkeiten der Versicherten stärken. Die Krankenkassen hätten deutlich bessere Möglichkeiten, sich durch eigene Angebote von anderen Krankenkassen abzuheben. Der Qualitäts- und Preiswettbewerb würde gestärkt.

Rückzahlung der Liquiditätshilfen für Zahnärzte ist zu begrüßen

Die vorgesehene Rechtsgrundlage für eine Rückzahlung der von den Krankenkassen geleisteten Liquiditätshilfen an Zahnärzte in den Jahren 2021 und 2022 ist zu begrüßen. Aufgrund der COVID-19-Epidemie und des infolgedessen stattfindenden Rückgangs der Behandlungen waren auch Zahnarztpraxen erheblich wirtschaftlich betroffen. Im Sinne einer dauerhaften Leistungsfähigkeit der Versorgungsstrukturen waren die Liquiditätshilfen erforderlich. Auf absehbare Zeit müssen diese Beitragsmittel – wie jetzt vorgesehen – jedoch wieder an die Krankenkassen zurückgezahlt werden, damit die gewährten Liquiditätshilfen nicht zu verlorenen Zuschüssen der Beitragszahler an die Zahnärzte werden.

Zusätzliche Pflegekräfte machen nachhaltiges Pflegefinanzierungskonzept noch dringlicher

Die jetzt vorgesehene Finanzierung von zusätzlich 20.000 Vollzeitstellen im Bereich der Pflegehilfskräfte, mit der Personalengpässe im Pflegebereich gelindert werden sollen, macht eine nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung noch dringlicher. Denn die damit verbundenen jährlichen Mehrausgaben der Pflegeversicherung, die im Entwurf ab 2022 mit 680 Mio. € angegeben werden, lassen sich – auch unter Einbeziehung anderer politisch und demografisch bedingten Kostenerhöhungen bisher und in Zukunft – nicht dauerhaft auf der Grundlage des heutigen Beitragssatzes finanzieren. Die im Koalitionsvertrag vereinbarte 40 %-Grenze bei den Beitragssätzen zur Sozialversicherung muss auch auf Dauer, d. h. auch über das Jahr 2021 hinaus, eingehalten werden.

Ansprechpartner:

BDA | DIE ARBEITGEBER
Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

Soziale Sicherung
T +49 30 2033-1600
soziale.sicherung@arbeitgeber.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)243(21)
zur öff Anh. am 16.11.2020 -
Versorgungsverbesserungsgesetz
10.11.2020

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

Stellungnahme

der Deutschen Krankenhausgesellschaft

zum

Entwurf der Bundesregierung

eines

Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege

(Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG)
(BT-Drs. 19/23483)

sowie zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

(Ausschussdrucksache 19(14)242.2)

anlässlich der öffentlichen Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 16. November 2020

Stand: 10. November 2020

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis 2

Allgemeiner Teil 3

Besonderer Teil 4

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 4

Zu Artikel 1 Nr. 1 (§ 85a – neu SGB V) Sonderregelungen für Vertragszahnärzte aus Anlass der COVID-19-Epidemie 4

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes 5

Zu Artikel 2 Nr. 1 (§ 4 Absatz 10 – neu KHEntgG) Hebammenstellen-Förderprogramm 5

Zu Artikel 2 Nr. 2 (§ 5 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG) Gestaffelte Zuschläge nach der Anzahl der Fachabteilungen für Krankenhäuser der Liste nach § 9 Abs. 1a Nummer 6 KHEntgG 7

Zu Artikel 2 Nr. 3 (§ 9 Abs. 1a Nummer 6 KHEntgG) Erweiterung der Liste nach § 9 Abs. 1a Nummer 6 KHEntgG um die Kinder- und Jugendmedizin 8

Stellungnahme zu den Änderungsanträgen der Fraktionen CDU/CSU und SPD – Ausschussdrucksache 19(14)242.2 10

Zu Änderungsantrag Nr. 3 Kostenübernahme für Behandlungen von Patientinnen und Patienten aus dem EU-Ausland 10

Zu Änderungsantrag Nr. 5 Bemessung der Länderanteile des Krankenhauszukunftsfonds nach dem aktuellen Königsteiner Schlüssel 10

Allgemeiner Teil

In den Versorgungsbereichen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie der sozialen Pflegeversicherung sind Anpassungsbedarfe entstanden, die bislang im Jahr 2020 von der Covid-19-Pandemie überdeckt wurden. Die Krankenhäuser begrüßen deshalb, dass der Gesetzgeber diese Reformbedarfe erkennt und mit dem vorliegenden Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege teilweise angeht.

In der Geburtshilfe gestaltet sich die Betreuung von Schwangeren durch Hebammen und Entbindungspfleger höchst heterogen. Dies ist vor allem auf einen Fachkräftemangel in diesem Bereich zurückzuführen. Die vorgesehene Einführung eines Hebammenstellen-Förderprogramms begrüßen die Krankenhäuser deshalb grundsätzlich. Die vorgesehene Regelung, wonach 0,5 Vollzeitkräfte pro 500 Geburten gefördert werden sollen, greift jedoch zu kurz und ist als Verteilungsmechanismus ungeeignet. Vor dem Hintergrund der auch vom Gesetzgeber angestrebten flächendeckenden Versorgung müssen auch kleine Geburtskliniken von dem Förderprogramm profitieren können, indem die für die Förderung notwendige Mindestfallzahl gestrichen oder angemessen reduziert wird. Für einen dauerhaften Effekt der Förderung ist darüber hinaus eine Verstetigung der Mittel vorzusehen, um einen langfristigen Anreiz zur Schaffung neuer Stellen in den Geburtskliniken zu schaffen.

Die Krankenhäuser begrüßen ausdrücklich, dass die zum 30.06.2020 erstellte Liste gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 6 KHEntgG nach der am 01.10.2020 beschlossenen Erweiterung der G-BA-Regelung um die Kinderkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin noch in diesem Jahr ergänzt werden kann. Somit ist sichergestellt, dass die dringend notwendige Unterstützung der ländlichen und strukturschwachen Kinderkliniken und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin bereits im Budgetjahr 2021 möglich ist. Weiterhin wird die geplante Staffelung begrüßt, da hierdurch eine weitergehende Finanzierungsgerechtigkeit für Krankenhäuser in ländlichen Räumen geschaffen wird, die mehrere basisversorgungsrelevante Fachabteilungen vorhalten.

Besonderer Teil

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 1 Nr. 1 (§ 85a – neu SGB V)
Sonderregelungen für Vertragszahnärzte aus Anlass der COVID-19-Epidemie

Beabsichtigte Neuregelung

Zur Abrechnung von Liquiditätshilfen an Zahnärzte während der COVID-19-Pandemie werden die in § 1 der COVID-19-VSt-SchutzV enthaltenen Regelungen zur Liquiditätshilfe für Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte in das SGB V überführt.

Stellungnahme

Diese Regelung greift zu kurz und ist um die zahnmedizinische Hochschulambulanzversorgung zu erweitern. Diese trägt wesentlich zur vertragszahnärztlichen Versorgung bei, insbesondere weil hier Patientinnen und Patienten mit hohem Behandlungsaufwand und Fallschwere versorgt werden können. Die Eingrenzung nur auf niedergelassene Zahnärzte löst daher eine Ungleichbehandlung aus, die vermieden werden sollte.

Artikel 2

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu Artikel 2 Nr. 1 (§ 4 Absatz 10 – neu KHEntgG)
Hebammenstellen-Förderprogramm

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird mit dem neuen § 4 Abs. 10 KHEntgG ein Hebammenstellen-Förderprogramm für die Jahre 2021 bis 2023 eingeführt. Demnach sollen jeweils 0,5 Hebammenstellen je 500 Geburten zusätzlich finanziert werden. Zudem können zur Entlastung der Hebammen zusätzliche Personalstellen für assistierendes medizinisches Fachpersonal im Umfang von bis zu 10 Prozent der Hebammen-Vollzeitstellen finanziert werden.

Stellungnahme

Die Einführung eines Hebammenstellen-Förderprogramms ist im Grundsatz zu begrüßen. Angesichts des Fachkräftemangels bei den Hebammen ist auch die Möglichkeit zur Finanzierung von Personalstellen für assistierendes medizinisches Fachpersonal (Medizinische Fachangestellte und Pflegefachkräfte) positiv zu bewerten.

Die im Regierungsentwurf vorgesehene Eingrenzung der Fördermittel auf Kliniken, die mindestens 500 Geburten im Jahr zu verzeichnen haben, ist hingegen bei genauerer Betrachtung nicht zielführend. Gemäß den Geburtszahlen der Krankenhäuser würden etwa 20 Prozent der Geburtskliniken von der Inanspruchnahme des Hebammenstellen-Förderprogramms ausgeschlossen. Weitere 5 Prozent der Geburtskliniken sind von einem Förderausschluss gefährdet, da sie derzeit nur knapp oberhalb der 500-Geburten-Grenze liegen. Bei regionaler Betrachtung stellt sich die Lage sogar noch problematischer dar. In Mecklenburg-Vorpommern beispielsweise würden 6 von 16 Geburtskliniken vom Förderprogramm nicht profitieren, zwei weitere wären aufgrund der Geburtenanzahl von nur knapp über 500 von einem Förderausschluss akut gefährdet.

Die Eingrenzung passt darüber hinaus auch nicht zum Sicherstellungsgedanken des Gesetzgebers und des G-BA bezüglich der Versorgung in der Fläche. Eine Eingrenzung der Förderung auf Mindestfallzahlen ist schwer nachzuvollziehen, wenn andererseits Sicherstellungszuschläge gemäß G-BA-Richtlinie gezahlt werden, um in diesen Krankenhäusern die Geburtshilfe zu erhalten.

Die sinnvollste Regelung wäre die Einführung eines Hebammenstellen-Förderprogramms ohne Kopplung an eine hohe Mindestfallzahl und mit der Möglichkeit zur Finanzierung von Personalstellen für assistierendes medizinisches Fachpersonal (Medizinische Fachangestellte und Pflegefachkräfte). Der im Regierungsentwurf vorgesehene Verteilungsmechanismus von 0,5 VK pro 500 Geburten würde jedoch

dazu führen, dass eine Geburtsklinik mit 500 Geburten genauso viele geförderte Stellen erhielte wie eine Geburtsklinik mit 950 Geburten. Zudem sollte das vorgesehene Fördervolumen deutlich erhöht werden. Bei einer wirtschaftlichen Geburtsabteilung mit 500 Geburten pro Jahr sollte mindestens eine zusätzliche Vollkraft refinanziert werden. Die Krankenhäuser schlagen daher vor, das Fördervolumen zu verdoppeln und den Verteilungsmechanismus zumindest dahingehend zu gestalten, dass 0,2 VK pro 100 Geburten gefördert werden.

Wünschenswert wäre darüber hinaus, dass diese Fördermittel dem Krankenhausbereich dauerhaft zur Verfügung stehen. Es ist derzeit nicht erkennbar, dass die im Rahmen des Hebammenstellen-Förderprogramms zusätzlich bereitgestellten Mittel auch nach Ablauf des Förderprogramms zum 1. Januar 2024 im Krankenhausbereich erhalten bleiben. Dies ist zwingend sicherzustellen, um einen dauerhaften Anreiz für die Einstellung von Hebammen und von assistierendem medizinischem Fachpersonal zur Versorgung von Schwangeren in der Geburtshilfe zu geben. Insofern ist entweder eine Regelung zu treffen, mit der die zusätzlichen Mittel auch nach dem Jahr 2023 beim Krankenhaus verbleiben oder eine Einrechnung in den Landesbasisfallwert vorzusehen, wie es beispielsweise auch bei dem Hygiene-Förderprogramm nach § 4 Abs. 9 KHEntgG gesetzlich vorgegeben ist.

Änderungsvorschlag

§ 4 Abs. 10 Satz 1 – neu KHEntgG wird wie folgt geändert:

Die bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildeten Hebammen mit einer Berufserlaubnis nach § 5 Absatz 2 des Hebammengesetzes in der Versorgung von Schwangeren in Krankenhäusern zusätzlich entstehenden Personalkosten werden für die Jahre 2021, 2022 und 2023 bis zu einem Umfang von **~~0,5~~ 0,2** Vollzeitstellen pro **~~500~~ 100** Geburten in einem Krankenhaus finanziert.“

Zu Artikel 2 Nr. 2 (§ 5 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG)
Gestaffelte Zuschläge nach der Anzahl der Fachabteilungen für Krankenhäuser der Liste nach § 9 Abs. 1a Nummer 6 KHEntgG

Beabsichtigte Neuregelung

Die zusätzliche Finanzierung gemäß § 5 Absatz 2a KHEntgG erfolgt nach geltender Rechtslage unabhängig davon, wie viele Fachabteilungen, die Leistungen im Sinne des § 136c Absatz 3 Satz 2 Nummer 3 SGB V erbringen (sogenannte basisversorgungsrelevante Fachabteilungen), ein Krankenhausstandort vorhält. Damit ein Krankenhaus, das mehr als zwei solcher Fachabteilungen vorhält, stärker gefördert wird, wird die zusätzliche Finanzierung nunmehr um gestaffelte Zuschläge in Abhängigkeit von der Anzahl vorgehaltener basisversorgungsrelevanter Fachabteilungen erhöht.

Stellungnahme

Die Krankenhäuser begrüßen die geplante Staffelung ausdrücklich, da hierdurch eine weitergehende Finanzierungsgerechtigkeit für Krankenhäuser in ländlichen Räumen geschaffen wird, die mehrere basisversorgungsrelevante Fachabteilungen vorhalten. Damit durch diese Änderung eine zusätzliche Finanzierung für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum, wie laut der Gesetzesbegründung vom Gesetzgeber auch beabsichtigt, ab dem Jahr 2021 zweifelsfrei sichergestellt ist, schlägt die DKG eine entsprechende Klarstellung in der gesetzlichen Regelung vor.

Änderungsvorschlag (in der Gesetzesformulierung des Änderungsantrags 13 (GPVG – 2. Paket Änderungsanträge Einbringung vor der Anhörung im AfG am 16. November 2020))

In § 5 Absatz 2a Satz 1 wird der neue zweite Halbsatz wie folgt gefasst:

„hält ein Krankenhaus mehr als zwei Fachabteilungen vor, welche die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136c Absatz 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, hat das Krankenhaus darüber hinaus **ab dem Vereinbarungszeitraum 2021** Anspruch auf eine zusätzliche Finanzierung in Höhe von 200.000 Euro jährlich je weiterer vorgehaltener Fachabteilung, welche die Vorgaben nach §136c Absatz 3 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt.“

Zu Artikel 2 Nr. 3 (§ 9 Abs. 1a Nummer 6 KHEntgG)
Erweiterung der Liste nach § 9 Abs. 1a Nummer 6 KHEntgG um die Kinder- und Jugendmedizin

Beabsichtigte Neuregelung

Die Selbstverwaltungsparteien auf der Bundesebene müssen gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG jährlich zum 30. Juni eine Liste der Krankenhäuser vereinbaren, welche die Vorgaben des G-BA zu § 136c Absatz 3 Satz 2 SGB V erfüllen. Krankenhäuser, die in dieser Liste aufgenommen werden, erhalten gemäß § 5 Abs. 2a KHEntgG im folgenden Jahr eine zusätzliche Finanzierung in Höhe von 400.000 Euro p.a.

Die aktuellen Sicherstellungszuschläge-Regelungen (gemäß § 136c Absatz 3 Satz 2 SGB V) bestehen in der Erstfassung seit dem 24. November 2016 für die notwendige Vorhaltung der Fachabteilung Innere Medizin und Chirurgie. In der letzten Änderung vom 19. April 2018 wurde als weitere notwendige Vorhaltung die Fachabteilung Geburtshilfe oder Gynäkologie und Geburtshilfe in die Sicherstellungszuschläge-Regelungen aufgenommen. Durch den neuen Halbsatz in § 9 Abs. 1a Nr. 6 KHEntgG werden die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragt, die um den Bereich der Kinderkrankenhäuser und Fachabteilungen Kinder- und Jugendmedizin erweiterte Liste einmalig bis 31. Dezember 2020 zu vereinbaren. Ab dem nächsten Jahr ist die Frist zur Vereinbarung einer Liste unter Einbeziehung der Kinderkrankenhäuser und Fachabteilungen Kinder- und Jugendmedizin der 30. Juni.

Stellungnahme

In der G-BA Sitzung des Unterausschuss-Bedarfsplanung am 20. Januar 2020 wurde sowohl vom GKV-SV als auch von der DKG der Antrag eingebracht, die bestehenden Sicherstellungszuschläge-Regelungen um die Vorhaltung einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin als basisversorgungsrelevante Leistung zur flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zu ergänzen. Durch die Verzögerung der G-BA-Tätigkeiten aufgrund der Corona-Pandemie war eine Ergänzung der Sicherstellungszuschläge-Regelungen um den Bereich der Kinder- und Jugendmedizin als Voraussetzung für eine Aufnahme auf die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG bis zum 30. Juni 2020 nicht mehr möglich. Der neue Halbsatz ermöglicht die Erweiterung der Liste bis 31. Dezember 2020. Somit wird sichergestellt, dass die Kinderkrankenhäuser und die Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin bereits dieses Jahr die Möglichkeit erhalten, auf die Liste der Krankenhäuser gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 6 KHEntgG, mit Wirkung für das Budgetjahr 2021, aufgenommen zu werden.

Die Krankenhäuser begrüßen dieses Vorhaben aus den genannten Gründen ausdrücklich, damit die Kinderkrankenhäuser und die Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin in ländlichen und strukturschwachen Gebieten durch einen Sicherstellungszuschlag bereits 2021 unterstützt werden.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Stellungnahme zu den Änderungsanträgen der Fraktionen CDU/CSU und SPD – Ausschussdrucksache 19(14)242.2

Zu Änderungsantrag Nr. 3 Kostenübernahme für Behandlungen von Patientinnen und Patienten aus dem EU-Ausland

Zu Artikel 1 Nummer 6b (§ 219a Abs. 6 SGB V)

Beabsichtigte Neuregelung

Es ist beabsichtigt, den zeitlichen Anwendungsbereich der Regelung auf den 31.03.2021 zu erweitern und zugleich eine gesonderte Regelung aufzunehmen, welche dem EU-Austritt des Vereinigten Königreiches von Großbritannien Rechnung tragen soll.

Stellungnahme

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt die beabsichtigten Neuregelungen, da durch sie für die Krankenhäuser weitere Finanzierungssicherheit bei der Behandlung ausländischer COVID-19-Patienten geschaffen wird.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Zu Änderungsantrag Nr. 5 Bemessung der Länderanteile des Krankenhauszukunftsfonds nach dem aktuellen Königsteiner Schlüssel

Zu Artikel 2a neu, 2b neu, 5 (§ 14a KHG, § 21 Krankenhausstrukturfonds-verordnung)

Korrektur Gültigkeit Königsteiner Schlüssel

Beabsichtigte Neuregelung

Die Anpassung soll gewährleisten, dass sich die Förderanteile, die den Ländern nach dem Krankenhauszukunftsfonds zustehen, nach dem am 29. Oktober 2018 bekanntgemachten und am 6. November 2018 im Bundesanzeiger veröffentlichten für das Jahr 2018 aktuell gültigen Königsteiner Schlüssel bemessen und nicht die Vorgängerversion des Königsteiner Schlüssels verwendet wird.

Stellungnahme

Die entsprechende Anpassung ist grundsätzlich nachvollziehbar. Wenngleich sich die Mittelbereitstellung insgesamt nicht ändert, ist jedoch zu beachten, dass sich dadurch auf Landesebene geringfügige Änderungen bei der Verteilung der Bundesmittel ergeben und sich dadurch auch der Anteil der Ko-Finanzierung der Länder anpasst. Länder, die auf Basis der bislang gültigen Rechtslage Finanzmittel in den Haushalt eingestellt haben, sollten gewährleisten, dass diese ggf. aufgestockt werden.

Änderungsvorschlag

Entfällt.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)243(22)
zur öffentlichen Anh am
16.11.2020 -
13.11.2020

DEUTSCHER HAUSÄRZTEVERBAND

STELLUNGNAHME
DES DEUTSCHEN HAUSÄRZTEVERBANDES E.V. ZUM

REFERENTENENTWURF DES BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT EINES GESETZES ZUR VERBESSERUNG DER GESUNDHEITSVERSORGUNG UND PFLEGE (VERSORGUNGSVERBESSERUNGSGESETZ)

25. AUGUST 2020

A. Allgemein

Der Gesetzgeber will mit dem Referentenentwurf die gesundheitliche und pflegerische Versorgung zeitnah und nachhaltig verbessern. Dazu richtet er unter anderem Liquiditätshilfen für Zahnärzte ein, stellt ein Hebammen-Förderungsprogramm auf und verbessert die Personalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen. Flankiert wird dieses Gesetzesvorhaben von dem Entwurf des Krankenhauszukunftsgesetzes. Darin ist vorgesehen, dass Krankenhäuser durch den Aufbau eines Krankenhauszukunftsfonds finanziell bei der Weiterentwicklung ihrer Infrastruktur in Richtung digitaler Prozesse gefördert werden.

Eine Stärkung, Weiterentwicklung, Zukunftsfähigkeit der ambulanten ärztlichen Versorgung wird in keinem der aktuellen Gesetzesvorhaben adressiert. Dabei haben die Corona-Krise und hier der unschätzbare Versorgungsbeitrag der ambulanten v. a. der hausärztlichen Versorgung erneut deren zentrale Bedeutung unterstrichen. Deshalb darf der ambulante Sektor bei der Verbesserung der medizinischen Versorgung für die Versicherten nicht außer Acht bleiben. Ein „Zukunftsfonds ambulante Versorgung“, dessen Mittel beispielsweise genutzt werden könnten, die digitale Infrastruktur in den Arztpraxen zur Versorgung der Patienten und die Telemedizin insgesamt zu verbessern, könnte ein sinnvoller Ansatzpunkt sein und würde auch die weiteren gesetzlichen Vorhaben rund um die Digitalisierung im Gesundheitswesen stützen.

B. Stellungnahme

Mit Blick auf den vorliegenden Referentenentwurf des sogenannten Versorgungsverbesserungsgesetzes begrüßt der Deutsche Hausärzteverband die vorgesehene Weiterentwicklung der Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V. Dabei werden die möglichen Vertragspartner ebenso wie die möglichen Gegenstände von Verträgen der Besonderen Versorgung deutlich erweitert. So wird das Spektrum an spezifischen Versorgungsangeboten für die Patienten, inhaltlich wie auch räumlich, künftig flexibler und breiter werden. Es ist davon auszugehen, dass damit die Innovationskraft des deutschen Gesundheitswesens positive Impulse erhält.

Positiv sieht der Deutsche Hausärzteverband die vorgesehenen Regelungen hinsichtlich der Erweiterung des Kreises möglicher Vertragspartner der Krankenkassen im neuen § 140a Absatz 3 Nummer 7 SGB V. Das Spektrum potenzieller Anbieter von Unterstützungsangeboten für Teilnehmer an Verträgen nach § 140a SGB V könnte damit in Zukunft deutlich breiter und ggf. kundenorientierter werden. Hierzu gehören nach unserem Verständnis auch die Dachverbände von föderal organsierten Berufsverbänden (Zusammenschlüsse von Gemeinschaften). Hier wäre ggf. eine entsprechende Klarstellung in der Gesetzesbegründung wünschenswert.

Unabhängig von der **Unterstützung** von an der Besonderen Versorgung teilnehmenden Hausärzt*innen (§ 140a Absatz 3 Nr. 7 SGB V – neu) ist aus Sicht des Hausärzteverbandes die Regelung in § 140a Absatz 3 Nr. 1 SGB V dahingehend zu überprüfen und ggf. so zu ergänzen, dass die Krankenkassen auch mit (Zusammenschlüssen von) **Gemeinschaften** berechtigter Leistungserbringer **auf Bundesebene** Verträge zur Besonderen Versorgung abschließen können. Der Begriff der ***Gemeinschaften*** wird gesetzlich nicht definiert und kann – je nach Anwendungsbereich – unterschiedlich verstanden werden. Hebt man auf die h. M in der

Literatur (vgl. *Rademacker* in Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, Werkstand: 109. EL Mai 2020, § 73b SGB V, Rn.25 m. w. Nw.) und die höchstrichterliche Rechtsprechung (BSG Urt. v. 25.03.2015 – B 6 KA 9/14 R, BSGE 118, 164 = GesR 2016, 27 Rn. 66) zum Begriff der ***Gemeinschaft*** in § 73b SGB V ab, dann ist auch für ***Gemeinschaften*** i. S. d. § 140a Absatz 3 Nr. 1 SGB V davon auszugehen, dass seitens des Gesetzgebers insoweit keine Beschränkung auf eine bestimmte Rechtsform beabsichtigt ist und dass weder eine innere noch eine äußere Organisationsstruktur vorgegeben wird. Ausschlaggebend für die Anerkennung einer ***Gemeinschaft*** sollte demnach auch bei Verträgen nach § 140a SGB V sein, dass die ***Gemeinschaft*** Versorgungsverträge vereinbaren (Rechtsfähigkeit), organisieren und umsetzen kann. Wir bitten insoweit um Prüfung von § 140a Absatz 3 Nr. 1 SGB V und ggf. um Klarstellung mit dem Ziel, dass so insbesondere den bundesunmittelbaren gesetzlichen Krankenkassen die rechtssichere Möglichkeit gegeben wird, neue, innovative und zukunftsorientierte Versorgungsverträge (z. B. zur Erprobung bestimmter digitaler Versorgungsstrukturen) mit den Berufs- und Interessenverbänden auf Bundesebene (Dachverbände, wie z. B. dem Deutschen Hausärzteverband) auf der Grundlage von § 140a Absatz 3 Nr. 1 SGB V zu vereinbaren. Rechtlich dürfte dies vor dem Hintergrund, dass die Ärzte und Ärztinnen nicht kraft ihrer Mitgliedschaft in einem Berufs- oder Interessenverband, sondern aufgrund einer freiwilligen Willenserklärung an den Verträgen der Besonderen Versorgung teilnehmen, unproblematisch sein. Im Zweifel wäre ein Ausweichen auf § 140a Absatz 3 Nr. 2 SGB V zu prüfen.

Für Rückfragen, Erläuterungen und fachliche Erörterungen stehen wir auch außerhalb des Termins am 01. September 2020 gerne zur Verfügung.

Ansprechpartner

Deutscher Hausärzteverband e.V. | Edmund-Rumpler-Straße 2 | 51149 Köln | www.hausaerzteverband.de
Bundesvorsitz: ✉ ulrich.weigeldt@hausaerzteverband.de | ☏ 030 88714373-30
Geschäftsführer u. Justiziar: ✉ joachim.schuetz@hausaerzteverband.de | ☏ 02203 97788-03
Junior-Geschäftsführer: ✉ sebastian.john@hausaerzteverband.de | ☏ 030 88714373-34

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)243(23)
zur öff Anh am 16.11.2020 -
Versorgungsverbesserungsgesetz
10.11.2020

MDS MEDIZINISCHER DIENST DES SPITZENVERBANDES BUND DER KRANKENKASSEN

Stellungnahme

des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) und der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK)

zum Änderungsantrag 4 (Richtlinie Personalbedarfsermittlung) und Änderungsantrag 1 (Schriftliche Beschlussfassung der Selbstverwaltungsorgane)

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG)

Stand 10. November 2020

I. Stellungnahme zu ausgewählten Artikeln des Änderungsantrags 1

Zu Änderungsantrag 1 – Nr. 1 zu Artikel 1 Nummer 1a, 6a, 12 und 13 (neu) GPVG (§ 79 Abs. 3e (neu), § 217b Abs. 1 Satz 3; § 279 Abs. 9 (neu), § 414 Abs. 1 Satz 3)

Mit den Änderungen wird die Möglichkeit der schriftlichen Beschlussfassung nach § 79 Abs. 3e SGB V auf die Medizinischen Dienste und den MDS ausgedehnt. Die Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste können damit aus wichtigen Gründen ohne Sitzung schriftlich abstimmen. Damit schafft der Gesetzgeber eine unmittelbar für die Dienste anwendbare Grundlage für schriftliche Abstimmungen.

Wir möchten darauf hinweisen, dass im Änderungsantrag 1 unter Ziffer 1c Nummer 13 ein Verweisfehler auftaucht. Es müsste hier *„In § 414 Absatz 1 Satz 3 wird …“* und nicht *„In § 413 Absatz 1 Satz 3 wird …“* heißen.

Bewertung

Die Regelung wird grundsätzlich begrüßt. Sie ermöglicht den Medizinischen Diensten und dem MDS wie auch anderen Selbstverwaltungsorganen der Sozialversicherungsträger angesichts der fortdauernden Corona-Pandemie weiterhin eine erleichterte schriftliche Beschlussfassung. Damit können die Selbstverwaltungsorgane und besondere Ausschüsse aus wichtigen Gründen auch ohne Sitzung schriftlich abstimmen.

Problematisch sehen wir allerdings an, dass die beabsichtigte Regelung erst zum 01.01.2021 in Kraft tritt. Durch das Auslaufen der kürzlich getroffenen Regelung in § 64 Abs. 3a SGB IV zum 30.09.2020 ermangelt es einer entsprechenden Regelung für den Zeitraum Oktober bis Dezember 2020. Im Ergebnis erfordert dieser Umstand im besagten Zeitraum die Durchführung von Gremiensitzungen und Beschlussfassungen in Präsenzform.

Es wird empfohlen die Regelungen rückwirkend in Kraft treten zu lassen. Damit könnten Abstimmungen der Selbstverwaltungsgremien im Zeitraum Oktober bis Dezember 2020 schriftlich durchgeführt werden.

Zu Änderungsantrag 4 – Nr. 2 b zu Artikel 1 Nummer 13a GPVG (§ 414 Abs. 2a SGB V – neu)

Mit der Ergänzung des § 414 SGB V um einen Absatz 2a wird die dem MDS durch das MDK-Reformgesetz übertragene Aufgabe, eine Richtlinie zur Personalbedarfsermittlung mit aufgabenbezogenen Richtwerten für die den Medizinischen Diensten übertragenen Aufgaben zu erlassen, konkretisiert und die Frist zum erstmaligen Erlass der Richtlinie verlängert.

Die Anforderungen an die Richtlinie werden dahingehend konkretisiert, dass die Richtlinie eine bundeseinheitliche Methodik und Vorgehensweise nach angemessenen und anerkannten Methoden der Personalbedarfsermittlung nach § 69 Absatz 6 SGB IV vorzugeben hat und hierfür geeignete Gruppen von Begutachtungsaufträgen definiert. Die für den Erlass der Richtlinie erforderlichen Daten sind in allen Medizinischen Diensten nach der bundeseinheitlichen Methodik und Vorgehensweise zu erheben und durch den MDS unter fachlicher Beteiligung der MDK auszuwerten. Die Richtlinie soll Begutachtungen von Krankenhausleistungen (§ 275c), Arbeitsunfähigkeit (§275 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 Buchstabe b) sowie Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen (§ 275 Absatz 2 Nummer 1) einbeziehen.

Die Richtlinie ist nunmehr bis zum 31.12.2021 zu erlassen. Sie bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

Bewertung

Der MDS und die MDK erachten die durch die Ergänzung des § 414 SGB V um einen Absatz 2a vorgenommenen Konkretisierungen der zu erlassenen Richtlinie für nicht erforderlich und sprechen sich von daher für einen Verzicht auf die beabsichtigten Regelung aus.

Ein Entwurf einer Richtlinie zur Personalbedarfsermittlung nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 SGB V ist von MDS und MDK erstellt worden und liegt mit Stand vom 27.10.2020 auch dem Bundesministerium für Gesundheit vor. Die Richtlinie kann vom MDS bis Jahresende erlassen werden. In Folge aufgetretener Unklarheiten im Rahmen der Vorarbeiten wie sie auch in der Begründung des Änderungsantrages aufgeführt werden wurde eine Überarbeitung eines ersten Richtlinienentwurfes vom MDS und MDK erforderlich, was eine Verzögerung im Verfahren der Richtlinienerarbeitung zur Folge hatte.

Der vorliegende Entwurf der Richtlinie erfüllt nunmehr alle hier im Änderungsantrag aufgeführten Konkretisierungen der Anforderungen an die Richtlinie und geht teilweise sogar darüber hinaus.

Die Ermittlung des Personalbedarfes durch die Medizinischen Dienste erfolgt auf Grundlage anerkannter Verfahren zur Personalbedarfsermittlung. Anerkannte Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfes sind insbesondere die im Handbuch für Organisationsuntersuchungen und Personalbedarfsermittlung des Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat und des Bundesverwaltungsamtes (ORG-Handbuch) beschriebene Instrumente. Dies sind insbesondere analytische Berechnungsmethoden, bei denen der Personalbedarf auf der Basis von Ist-Daten ermittelt wird, die mittels quantitativer Erhebungstechniken erhoben wurden. Das der Richtlinie zu Grunde liegende Ermittlungsverfahren orientiert sich an den Vorgaben des ORG-Handbuchs.

Die in die Personalbedarfsermittlung einzubeziehenden Aufgaben werden - wie in der Begründung gefordert - in „kleinere Gruppen“ differenziert, indem die Art der Erledigungen der Aufgaben durch

die Medizinischen Dienste anhand von Produktgruppen gemäß dem Produktkatalog der MDK-Gemeinschaft differenziert werden. Danach werden bei der Personalbedarfsermittlung folgende Produktgruppen berücksichtigt:

- Sozialmedizinische Fallsteuerung
- Sozialmedizinische Fallberatung (SFB) – fallabschließend
- Kurzgutachten
- Gutachten nach Aktenlage in der Beratungsstelle/BBZ
- Gutachten mit Befunderhebung in der Beratungsstelle / dem BBZ
- Gutachten nach Aktenlage während eines Krankenhaus-/Einrichtungsbesuchs
- Gutachten mit Befunderhebung während eines Haus-/Krankenhaus-/Einrichtungsbesuchs.

Die aufgrund einer gesetzlichen Aufgabenzuweisung erfolgenden sozialmedizinischen Begutachtungen im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung werden in allen Medizinischen Diensten anhand einer bundesweit einheitlichen Systematik zu Begutachtungsanlässen – und diese wiederum zu Anlassgruppen – zusammengefasst. Die verschiedenen Anlassgruppen werden im Entwurf bereits berücksichtigt. Der Entwurf des durch die Medizinischen Dienste erarbeiteten Richtlinienentwurfes geht hierbei über die geforderten mindestens zu definierenden Begutachtungsaufträge hinaus und berücksichtigt neben der Begutachtung von Krankenhausleistungen, Arbeitsunfähigkeit und Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen auch Begutachtungen von ambulanten Leistungen, neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittelversorgung sowie Hilfsmitteln.

Die Ermittlung und Auswertung der Ist-Daten, die für die Richtlinie und die dort enthaltenen aufgabenbezogenen Richtwerte erforderlich ist, ist bereits erfolgt und liegt den vorliegenden Richtlinienentwurf zu Grunde. Der Richtlinien-Entwurf beinhaltet nunmehr 42 bundesweite, MD-übergreifendende aufgabenbezogene Richtwerte. Entsprechend halten die Medizinischen Dienste die klarstellende Verpflichtung zur Erhebung und Auswertung der erforderlichen Daten ebenfalls für entbehrlich.

Die in der Begründung aufgeführte wertschätzende Einschätzung, dass die Festlegung aufgabenbezogener Richtwerte für die Personalbedarfsermittlung der MD eine methodisch komplexe Aufgabe ist, die einen längeren zeitlichen Vorlauf erfordert, nehmen die Medizinischen Dienste positiv zur Kenntnis. Vor dem Hintergrund der mittlerweile zum Abschluss gebrachten intensiven Vorarbeiten für die Erstellung der Richtlinie würden wir es begrüßen, die geleisteten Vorarbeiten jetzt auch im Rahmen eines Richtlinienerlasses zum Abschluss bringen zu können. Der vorliegende Entwurf der Richtlinie sieht zudem vor, die Personalbedarfsermittlung und die auftragsbezogenen Richtwerte in regelmäßigen Abständen fortzuschreiben.

Die Medizinischen Dienste empfehlen im Ergebnis, den eingebrachten Änderungsantrag zu § 414 Absatz 2a (neu) nicht weiter zu verfolgen.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)243(24)
zur öffent. Anh. am 16.11.2020 -
Versorgungsverbesserungsgesetz
11.11.2020

AWO Bundesverband e.V.

Stellungnahme des AWO Bundesverbands zum

- **Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG)**
- **Änderungsantrag der Fraktionen CDU/CSU und SPD Drs. 19 (14) 242.2**
- **Änderungsantrag der Fraktionen CDU/CSU und SPD Drs. 19 (14) 242.3**
- **Änderungsantrag 19/23699: „Kapitaleinkünfte bei der Ermittlung der Krankenversicherungsbeiträge berücksichtigen“ der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald und weiterer Abgeordneter der Fraktion DIE LINKE**

Stand: 26.08.2029

Arbeiterwohlfahrt (AWO) Bundesverband e. V.
Heinrich-Albertz-Haus
Blücherstraße 62/63, 10961 Berlin
www.awo.org

Einleitung und zusammenfassende Bewertung

Die Arbeiterwohlfahrt begrüßt das Vorhaben, insbesondere im Bereich der sozialen Pflegeversicherung bis zum Jahresende 2020 noch wichtige Rechtsänderungen auf den Weg zu bringen, deren Ziel es ist, die gesundheitliche und pflegerische Versorgung zeitnah und nachhaltig zu verbessern. Mit dem Pflegehilfskraftstellenprogramm wird darüber hinaus ein erster wichtiger Schritt hin zur Umsetzung des Personalbemessungsinstruments nach § 113c SGB XI im vollstationären Pflegebereich in Angriff genommen. Besonders zu begrüßen ist auch die Verlängerung des Corona-Schutzschirms bis zum 31.03.2021 für Pflegeeinrichtungen sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Dies gibt den Trägern der Langzeitpflege in der pandemischen Lage die erforderliche Sicherheit über das Jahresende hinaus.

Stellungnahme zu den Regelungen im Einzelnen

Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 32 Genehmigungsverfahren bei Heilmittelverordnungen

Der Verzicht auf das Genehmigungsverfahren der Krankenkassen für Heilmittelverordnungen erleichtert den Versicherten den Zugang zu Leistungen und wird daher begrüßt.

Artikel 3: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 18 Hilfsmittelempfehlung

Bewertung:

Die Entfristung der Regelung, dass im Rahmen der Begutachtung vom Medizinischen Dienst (MD) empfohlene Hilfsmittel keiner ärztlichen Verordnung mehr bedürfen, wird ausdrücklich begrüßt.

§ 84 Absatz 9, § 85 Absätze 9 bis 11: Zusätzliche Pflegehilfskraftstellen

Bewertung:

Aus Sicht der AWO ist zu begrüßen, dass die vollstationären Pflegeeinrichtungen, einschließlich der Kurzzeitpflege auf Antrag die Möglichkeit erhalten, zusätzliche Pflegehilfskräfte finanziert zu bekommen, ohne dass dies zu einer finanziellen Mehrbelastung der von der Pflegeeinrichtung versorgten Pflegebedürftigen führt. Wie in dem Projekt zur Ermittlung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in stationären Pflegeeinrichtungen ermittelt, besteht ein nicht unerheblicher Mehrbedarf in Höhe von 36 Prozent an Personal in stationären Pflegeeinrichtungen. Diesen Mehrbedarf differenzieren die Projektergebnisse nach Qualifikationsgruppen. Der Anteil Hilfskräfte am gesamten Mehrbedarf beträgt demnach 69 Prozent.

Die in § 85 Absatz 9 SGB XI angedachte Regelung würde in einer stationären Pflegeeinrichtung mit 71 Bewohner*innen entsprechend der statistischen Verteilung der Pflegegrade zu einem Assistenzkräfteaufwuchs von 1,9 Mitarbeitenden führen. Dies ist eindeutig ein Schritt in die richtige Richtung und scheint als erste Ausbaustufe im Rahmen der Umsetzung eines Personalbedarfsbemessungsinstruments absolut angemessen zu sein. Darüber hinaus ist mit weiteren Ausbaustufen, die wir nun mit Festlegungen zu einer Road Map erwarten, sicherzustellen, dass der im o. g. Projekt ermittelte weitaus größere Mehrbedarf ebenfalls in den kommenden Jahren umgesetzt wird.

In der Gesetzesbegründung werden Kurzzeitpflegegäste eingeschlossen. Im Gesetzestext finden aber Gäste sogenannter solitärer Kurzzeitpflegeeinrichtungen keine Berücksichtigung.

Bemessung, Antrags- und Nachweisverfahren

Es scheint nicht praktikabel zu sein, den zusätzlichen Stellenanteil jährlich dynamisch anhand einer stichtagsbezogenen Pflegegradverteilung/Belegung zu bestimmen. Dies könnte dazu führen, dass bei einer Veränderung der Pflegegradverteilung/Belegung, gerade im Hinblick auf eine bloße Stichtagsbetrachtung, Stellenanteile im nächsten Jahr abgebaut werden müssten, da es bei einer Stichtagsbetrachtung zu nicht unerheblichen Abweichungen gegenüber dem Jahresdurchschnitt kommen könnte. Eine durchschnittliche Pflegegradverteilung wird mit einer Stichtagsbetrachtung nur unzureichend abgebildet. Unsicherheiten ergeben sich insbesondere für neu zugelassene Einrichtungen oder Erweiterungsbauten, bei denen die Personalbemessung bereits nach einem Monat erfolgen soll. Die beschriebene Umsetzung könnte zu nicht unerheblichen Verunsicherungen der Einrichtungen, was eine flächendeckende Inanspruchnahme gefährdet.

Insgesamt sollte das Antrags- und Nachweisverfahren unbürokratisch erfolgen. Daher begrüßen wir, dass das Antragsverfahren abweichend vom RefE im Gesetzentwurf zeitlich nicht losgelöst im Rahmen der Vergütungsverhandlungen nach §§ 84 ff. SGB XI erfolgt und mit den gleichen Verhandlungspartnern durchgeführt wird, um Mehraufwände bei den Trägern zu vermeiden, welche im Verfahren nach § 8 Absatz. 6 bisher nicht berücksichtigungsfähig waren.

Nach § 84 Absatz 2 Satz 4 müssen die Pflegesätze einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos. Nach § 84 Absatz 9 Satz 2 SGB XI n. F. ist der Vergütungszuschlag für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten; § 28 Absatz 2 ist entsprechend anzuwenden. Das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal darf den Pflegebedürftigen finanziell nicht belasten. Folglich muss der Vergütungszuschlag auch die Sach- und Regieaufwendungen umfassen sowie eine angemessene Vergütung des Unternehmerrisikos.

Da der Vergütungszuschlag für Pflegehilfskräfte wie der nach § 84 Abs. 8 SGB XI für Leistungen nach § 43b SGB XI ausschließlich durch die Pflegeversicherung zu tragen ist, sind sämtliche Verweise auf die Sozialhilfeträger in dem Kabinettsentwurf entsprechend den Regelungen für die Leistungen nach § 43b SGB XI zu streichen. Die Wörter „durch die Vertragsparteien nach Absatz 2“ in § 85 Absatz 9 sind deshalb zu streichen. In § 85 Absatz 10 Satz 2 sind die Wörter: „der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe“ zu streichen. Die Sozialhilfeträger sind weder Leistungsträger noch Vertragspartei. Die Finanzierung geht nur zu Lasten der Pflegeversicherung.

Zudem muss für die Einrichtungen klar gefasst werden, wann ein Anspruch auf die Finanzierung möglicherweise erlischt und wann ggf. Rückzahlungsansprüche entstehen. Dies gilt insbesondere für die Voraussetzung, dass eine Einrichtung über das Personal verfügen muss, das die Pflegeeinrichtung nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhalten hat. Dabei ist die komplexe Steuerung der vorzuhaltenden Personalmenge angesichts der z.T. längeren Zeit zwischen der Beantragung eines höheren Pflegegrades und der tatsächlichen Feststellung durch den Medizinischen Dienst zu berücksichtigen, die so ggf. zu einem Erlöschen der Anspruchsvoraussetzungen und infolgedessen zu Rückzahlungsansprüchen führen könnte.

Zur Vereinfachung des Nachweisverfahrens können die Verhandlungspartner auf Landesebene in ihren regelmäßigen Pflegesatzverhandlungen nun überprüfen, ob der Zuschuss zu Recht gezahlt wurde und ob er ggf. in seiner Höhe zu korrigieren ist. Insgesamt muss sichergestellt sein, dass die zusätzlichen Pflegehilfskräfte nicht auf die bestehenden Fachkraftquoten nach den jeweiligen Länderregelungen angerechnet werden dürfen.

In § 85 Absatz 11 ist ein vereinfachtes Verfahren vorgesehen, nach dem die vollstationären Pflegeeinrichtungen bis zur Vereinbarung des Vergütungszuschlages den von ihnen ermittelten Vergütungszuschlag den nach § 85 Absatz 2 als Parteien der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Kostenträgern mitteilen können. Das vereinfachte Verfahren zur schnellen Vereinbarung des Vergütungszuschlags ohne reguläre Pflegesatzvereinbarungen wird begrüßt.

Hierbei handelt sich allerdings unserer Auffassung nach um die Pflegekassen und nicht um alle Parteien der Pflegesatzvereinbarung nach Absatz 2 beteiligten Kostenträger. § 85 Absatz 11 Satz 1 Halbsatz 1 und die Sätze 2 bis 4 sind deshalb anzupassen. Auch sollte die Nummer 3 des Absatzes 11 klarer formuliert werden. Es ist an dieser Stelle nicht sinnvoll, Angaben über die Qualifikation und Entlohnung zu machen, erforderlich sind hier hingegen Angaben über die tatsächlichen Personalaufwendungen. Die Regelung sollte von vornherein so klar gefasst sein, dass es zum Absatz 11 Sätzen 3 und 4 möglichen Beanstandungen nicht kommt. In dem vereinfachten Verfahren müssen die Sach- und Regieaufwendungen ebenfalls eine Berücksichtigung finden. Auch hier dürfen die Pflegebedürftige mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden. § 85 Absatz 11 Satz 1 Nr. 3 ist entsprechend zu ergänzen.

Änderungsbedarf:

Absatz 9 Nummer 2: Angesichts schwankender Belegungsstrukturen sollte der Stellenanteil nicht nach Pflegegraden bemessen werden, sondern anhand von Platzzahlen entsprechend des Sofortprogramms für Pflegekräfte gemäß § 8 Absatz 6 SGB XI. Das Verfahren zu § 8 Absatz 6 (Fachkräfte) erscheint zumindest in dieser Hinsicht leichter handhabbar, da dieses der Pflegeeinrichtung eine verlässliche Planungsgrundlage auf Basis der Einrichtungsgröße liefert.

§ 84 Absatz 9 Satz 1 muss auch auf Absatz 2 Satz 4 verweisen und ist wie folgt zu fassen: *„(9) Vergütungszuschläge sind abweichend von Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung des Absatzes 2 Satz 1, Satz 4 und 5, des Absatzes 7 und des § 87a zusätzliche Entgelte zur Pflegevergütung für die Unterstützung der Leistungserbringung durch zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen.“*

§ 85 Absatz 9 Satz 1 Halbsatz 1 ist wie folgt zu fassen: *Die Vereinbarung des Vergütungszuschlags nach § 84 Absatz 9 Satz 1 ~~durch die Vertragsparteien nach Absatz 2~~ erfolgt auf der Grundlage, …*

In § 85 Absatz 10 Satz 2 ist wie folgt zu fassen: *Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., ~~der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und~~ den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen das Nähere für das Vereinbarungsverfahren nach Absatz 9 in Verbindung mit § 84 Absatz 9 sowie für seinen Bericht nach Satz 1 fest.*

In § 85 Absatz 11 sind die folgenden Änderungen vorzunehmen: *(11) Der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung kann bis zum Abschluss einer Vereinbarung nach § 84 Absatz 9 Satz 1 einen Vergütungszuschlag für zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal nach § 84 Absatz 9 Satz 2 berechnen, wenn er vor Beginn der Leistungserbringung durch das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal den **Vertragsparteien** ~~nach Absatz 2 als Parteien der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Kostenträgern~~ den von ihm entsprechend Absatz 9 ermittelten Vergütungszuschlag zusammen mit folgenden Angaben mitteilt:*

……

§ 85 Absatz 11 Satz 1 Nr. 3 ist entsprechend zu ergänzen: *die Qualifikation, die Entlohnung und die weiteren Personalaufwendungen für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal, sowie die in diesem Zusammenhang entstehenden sonstigen Personal- und Sachaufwendungen.*

§ 85 Absatz 11 Satz 12 ist wie folgt zu ändern: *Für die Mitteilung nach Satz 1 ist ein einheitliches Formular zu verwenden, das der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. ~~und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe~~ bereitstellt. Die Vertragsparteien ~~nach Absatz 2 als Parteien der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Kostenträger~~ können die nach Satz 1*

mitgeteilten Angaben beanstanden. Über diese Beanstandungen befinden die Vertragsparteien ~~nach Absatz 2~~ unverzüglich mit Mehrheit.

Qualifikationsniveau der Pflegehilfskräfte

Es wird begrüßt, dass das über den Vergütungszuschlag zu finanzierende zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal nun das Qualifikationsniveau von QN 3 (uns insbesondere die Nachqualifikation auf das Niveau QN 3) in den Fokus nimmt. Da derzeit nicht genügend Ausbildungsplätze für die Qualifizierung nach QN 3 zur Verfügung stehen, um in dem erforderlichen Maße das benötigte Personal innerhalb der kommenden Jahre zu qualifizieren, ist die vorhandene Flexibilisierung zur Nachqualifikation von drei Jahren sachgerecht.

Gleichzeitig sollte auf die Länder eingewirkt werden entsprechende Ausbildungskapazitäten zügig auszubauen. Trotz der von ASMK und GMK als Mindestanforderungen beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ ist die Assistenz- oder Helferausbildung in den einzelnen Bundesländern zeitlich (1-2 Jahre), inhaltlich und wirtschaftlich sehr unterschiedlich geregelt. So ist beispielsweise die zweijährige Assistenzausbildung in Niedersachsen mit dem Erwerb des Mittleren Schulabschlusses (MSA) verbunden, was zu sehr kurzen Praxiszeiten in den Einrichtungen führt. Die gegenwärtige Anpassung der Assistenzausbildung einzelner Bundesländer an die neue generalistische Pflegeausbildung führt zu einer weiteren Ausdifferenzierung der rechtlichen Ausbildungsgrundlagen. Es wird vorgeschlagen, dieser Entwicklung entgegenzuwirken und eine bundeseinheitliche Regelung der Assistenz- und Helferausbildung anzustreben. Dafür könnte die Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz Rahmenvorgaben machen.

Änderungsanträge

Änderungsantrag 2: § 139 Hilfsmittelverzeichnis

Bewertung:

Die Hinzuziehung von technischer Expertise bei der Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses im Bereich der digitalen oder technischen Assistenzsysteme wird begrüßt. Es muss sich jedoch um unabhängige Sachverständige handeln; dies ist ausdrücklich zu ergänzen. Zudem sollte im Gesetzestext und nicht nur in der Begründung klargestellt werden, dass ablehnende Entscheidungen auf der Grundlage der Expertise einer gesonderten Begründung bedürfen. Neben der technischen Expertise ist zudem dringend der Einbezug der Nutzerexpertise zu ergänzen. Bei der Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses ist zudem das Kriterium des barrierefreien Zugangs zu verankern.

Änderungsantrag 6: § 8 Absatz 3 SGB XI Modelltitel des GKV-SV

Bewertung:

Die Arbeiterwohlfahrt begrüßt nachdrücklich, dass das im Rahmen der KAP vereinbarte Modellprojekt zur Erweiterung der Versorgungsverantwortung von Pflegekräften i.S. der Kompetenzen einer APN (Advanced Practise Nurse) aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung in Höhe von 3 Mio. Euro finanziert werden soll. Diese gesetzliche Neuregelung fördert somit die Entwicklung attraktiver und innovativer Aufgaben- und Verantwortungsbereiche für Pflegefachpersonen, auch sektorenübergreifend. Da die bisherigen Modellvorhaben nach § 8 Absatz 3 Satz 2 sich jedoch inhaltlich vorrangig auf Möglichkeit der Erprobung personenbezogener Budgets sowie neuer Wohnkonzepte beziehen und die nachfolgenden Sätze 3 und 4 die besondere Förderung der Mehrkosten für Pflegebedürftige (z.B. erhöhtes Pflegegeld, pauschalierte Pflegesätze) in den Blick nehmen, passen die Rahmenvorgaben nicht unbedingt zu diesem Modellvorhaben. Es wird daher angeregt, den Modelltitel in einem eigenständigen Absatz 3a zu regeln. Des Weiteren soll geregelt werden, dass die zusätzlichen Personalkosten, die im Rahmen des Modellprojekts in einer Einrichtung entstehen, aus dem Fördervolumen finanziert werden müssen.

Änderungsbedarf:

Überführung der Regelungen in einen neuen § 8 Absatz 3a SGB XI. In Satz 4 wird das Wort „können“ durch „sollen“ ersetzt.

Änderungsantrag 7: § 8 Absatz 6 SGB XI Pflegekraftstellen-Förderprogramm

Bewertung:

Da bislang nur ca. 4000 Stellen des 13.000 Pflegefachkraftstellen-Förderprogramms besetzt werden konnten, ist es angemessen, die Wartefrist von vier Monaten für die Weiterqualifizierung einer Pflegehilfskraft zur Pflegefachkraft zu streichen. Dass im Rahmen des Förderprogramms auch zusätzliche Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich beschäftigt werden können, die nicht berechtigt sind pflegerische Vorbehaltsaufgaben durch zuführen und über keine Kompetenzen zur Durchführung der medizinischen Behandlungspflege verfügen ist für das Programm in gewisser Hinsicht nachvollziehbar, darf allerdings keine Präjudiz dafür sein, dass die Kompetenzen von Pflegekräften ausgehöhlt werden.

Keine Notwendigkeit für eine gesetzliche Kodierung besteht aus Sicht der Arbeiterwohlfahrt bei den halbjährlichen Bestätigungsmeldungen, die die Fortgeltung der bestehenden Anspruchsvoraussetzungen belegen sollen. Dieser Punkt ist untergesetzlich in den Festlegungen zwischen den Verbänden und dem GKV-SV geregelt. Eine untergesetzliche Regelung bietet den Vorteil einer flexiblen Anpassungsmöglichkeit bei auftretenden Problemen.

Änderungsbedarf:

Streichung der Neuregelung in § 8 Absatz 6 Satz 7.

Änderungsantrag 8: § 40 SGB XI Entscheidungsfristen für Pflegekassen

Bewertung:

Die Einführung einer Genehmigungsfiktion bei nicht rechtzeitig erfolgter Entscheidung der Pflegekasse über die Gewährung von Pflegehilfsmitteln wird ausdrücklich als Beschleunigung des Bewilligungsverfahrens begrüßt.

Änderungsantrag 9: § 78 Digitalisierung in der Pflegehilfsmittelversorgung und der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen

Bewertung:

Die Änderung ist im Zusammenhang mit ÄA 2 zu § 139 SGB V Hilfsmittelverzeichnis zu sehen und wird begrüßt. Allerdings sollte das Pflegehilfsmittelverzeichnis im digitalen Bereich nicht nur spätestens alle 3 Jahre, sondern wie auch das Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V, regelmäßig fortgeschrieben werden.

Positiv zu bewerten ist, dass neben den Pflegehilfsmitteln künftig auch digitale Technologien im Bereich der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen für pflegebedürftige Menschen ausdrücklich förderfähig sein sollen. Es wäre allerdings sinnvoll, statt einer einseitigen Empfehlung des GKV-Spitzenverbands, wie im neuen Absatz 2a vorgesehen, ein Verzeichnis der förderfähigen digitalen Technologien zu erstellen. Sowohl bei einem Verzeichnis als auch bei der Erstellung von Empfehlungen sollten die Expertise der Pflegeverbände und der Verbände der Vertretung der Interessen von Menschen mit Behinderung ausdrücklich einbezogen werden. Es wird angeregt zu überlegen, statt einer dreijährigen eine zweijährige Fortschreibungsfrist vorzusehen.

Der neue Absatz 2a, der digitale Technologien ausdrücklich im Rahmen von wohnumfeldverbessernden Maßnahmen vorsieht, wird als obsolet angesehen, da die meisten digitalen Technologien nach ihrer Funktionsweise im Wohnumfeld zugleich Pflegehilfsmittel sein werden. Hier

Änderungsbedarf:

In § 78 Absatz 2 Satz 4 neu soll vor dem Wort „spätestens“ das Wort „regelmäßig“ ergänzt werden.

Streichung von Absatz 2a.

Änderungsantrag 11: Pandemiebedingte Anpassung von Vergütungsvereinbarungen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Bewertung:

Die Arbeiterwohlfahrt begrüßt ausdrücklich, dass mit dem vorliegenden Änderungsantrag die Möglichkeit zu Vereinbarungen über die pandemiebedingten Mindereinnahmen und Mehraufwendungen geschaffen wurde. Die Ausgleichsmechanismen des Schutzschirms für die Reha und Vorsorge nach § 111d SGB V sind zum 30. September ausgelaufen. Die nunmehr vorgesehene Verhandlungsmöglichkeit rück-

wirkend zum 01.10.2020 und prospektiv bis zum 31.3.2021 mit Verlängerungsmöglichkeit bis zum 31.12.2021 wird ausdrücklich begrüßt.

Nachdrücklich begrüßt wird auch, dass mit dem Änderungsantrag auch die ambulanten Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen die Möglichkeit zur Verhandlung coronabedingter Mindereinnahmen und Mehraufwendungen erhalten. Sie konnten entsprechende Belastungen seit der seit März anhaltenden Pandemie bislang noch gar nicht geltend machen.

Das GVPG tritt jedoch erst zum 1.1.2021 in Kraft. Da Verhandlungen mit den Krankenkassen erst zu diesem Zeitpunkt aufgenommen werden können und Ergebnisse erst mit einiger zeitlicher Verzögerung vorliegen, besteht die Gefahr, dass vor allem kleinere Einrichtungen, die während der Periode vom 30. September bis zum 31. Dezember 2020 keine Möglichkeiten weiterer Ausgleichszahlungen durch Auslaufen der Regelung des § 111d haben, in der Übergangsphase insolvent geht. Um dies zu vermeiden, ist es dringend erforderlich, die Norm des § 111 Absatz 5 auf den Zeitraum vom 1.1.2021 bis zum 31.3.2021 mit einer Verlängerungsmöglichkeit zum 31. Dezember 2021 zu begrenzen und gleichzeitig für den Zeitraum vom 1.10.2020 bis zum 31.12.2020 den Ausgleichsmechanismus nach § 111d zu verlängern. Dieser ist für eine Überbrückungsphase zwingend erforderlich. Dafür kann § 111d Absatz 8 genutzt werden, der eine Rechtsverordnung des BMG mit Zustimmung des Bundesrats ermöglicht. Durch den Ausgleich der coronabedingten Minderbelegung mittels einer tagesbezogenen Pauschale von 60 Prozent des mit den Krankenkassen vereinbarten durchschnittlichen Vergütungssatzes kann zumindest ein Teilausgleich der nicht durch die Kliniken zu steuernden Mindereinnahmen erreicht werden.

Nach wie vor sind in den Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen erhebliche Mehrkosten und gleichzeitig Mindereinnahmen zu verzeichnen. Mehraufwendungen konnten im Rahmen der Ausgleichsregelungen nach § 111d SGB V bislang gar nicht geltend gemacht werden. Bundesweit haben medizinische Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen jeder Spezifität wieder die Versorgung aufgenommen, die während des Lockdowns teilweise oder ganz eingestellt werden musste. Ziel muss es sein, den Versorgungsauftrag auch unter verschärften Hygieneregeln mit möglichst vollständiger Kapazität umsetzen zu können, um dem Bedarf in den kommenden Monaten gerecht zu werden.

Eine Vollauslastung der Reha- und Vorsorgeeinrichtungen ist unter den erforderlichen Hygienemaßnahmen und Abstandsregelungen jedoch angesichts unterschiedlicher struktureller Gegebenheiten nicht an jeder Einrichtung möglich. Vor diesem Hintergrund ist der Auslastungsgrad der Einrichtungen von Standort zu Standort sehr unterschiedlich. Auch können die Reha- und Vorsorgekliniken die Belegung nicht vollständig steuern. So kommt es nach wie vor zu Belegungsausfällen aufgrund von kurzfristigen Patient-innenabsagen, kurzfristigen Anamnese-Kontakten vor der Anreise und zu Abreisen aus Kliniken. In Folge dieser Entwicklungen kommt es nach wie vor zu Mindereinnahmen, teilweise unterhalb der Wirtschaftlichkeitsgrenze.

Des Weiteren weisen wir darauf hin, dass die nach wie vor geltenden Abstands- und Hygieneanforderungen erhebliche Leistungs- und Prozessveränderungen nach sich ziehen, deren Kosten in den Vergütungsvereinbarungen bislang nicht berücksichtigt sind:

- Erhöhte Sachkosten für Schutzmaterialien: Den Reha- und Vorsorgeeinrichtungen entstehen coronabedingt erhöhte Kosten für Schutzmaterialien zum Schutz der Patient*innen, Begleitpersonen und Mitarbeitenden.
- Erhöhte Personalkosten wegen Abstandsvorschriften durch kleinere Therapiegruppengrößen oder Umstrukturierung von Verpflegungs- und Freizeitangeboten. Dadurch steigt der anteilige Personalaufwand je Rehabilitand*in.
- Erhöhter personeller und materieller Aufwand bei Reinigung, unterstützenden Dienstleistungen und durch die Umsetzung von Hygienevorschriften, z. B. Besuchskonzepten.
- Erhöhte Kosten für Quarantäne infolge nicht möglicher oder verzögerter Abreisen.

Änderungsbedarf:

Erlass einer Rechtsverordnung des BMG auf der Grundlage des § 111d Absatz 8, befristet bis zum 1.1.2021.

Folgeänderung der Rechtsverordnung:

In § 111 Absatz 5 wird die Frist „1.10.2020“ durch den „1.1.2021“ ersetzt.

Änderungsantrag 14: § 37 Abs. 3 SGB XI Corona-Pandemie; Beratungsbesuche nach § 37 SGB XI

Bewertung:

Die Neufassung von § 148 zu den Beratungsbesuchen nach § 37 Absatz 3 SGB XI, dass die Beratung bis einschließlich 31. März 2021 auch telefonisch, digital oder per Videokonferenz erfolgen, wenn die pflegebedürftige Person dies wünscht und Datensicherheit gewährleistet ist sowie datenschutzrechtliche Belange beachtet werden, wird begrüßt.

Änderungsantrag 15: § 150 Abs. 6 SGB XI Verlängerung pandemiebedingter Sonderregelungen im SGB XI

Bewertung:

Die beabsichtige Verlängerung um weitere drei Monate – bis zum 31. März 2020 - der in § 150 enthaltenen Regelungen, die auf den besonders vulnerablen Bereich der Langzeitpflege zielen, wird ausdrücklich begrüßt.

Änderungsantrag 16: Verlängerung pandemiebedingter Sonderregelungen im SGB XI

Bewertung:

Die AWO begrüßt die weitere Verlängerung der Schutzschirm-Maßnahmen für die Pflegeeinrichtungen nach § 150 SGB XI bis zum 31.3.2021 mit Nachdruck**.** Insbesondere in der Tagespflege zeichnet sich aufgrund des Abstandsgebots und der Hygieneregelungen ein wesentlich geringerer Auslastungsgrad ab, der zu Mindereinnahmen geführt hat und weiterhin führen wird. Mindereinnahmen sind auch in der vollstationären Pflege zu verzeichnen, wenn z. B. Doppelzimmer aufgrund von Quarantäne, Infektionsgeschehens oder wegen notwendiger Kohortierung nicht belegt werden können.

Neben den Mindereinnahmen kommt es in allen Einrichtungen und Diensten auch weiterhin zu Mehraufwendungen für Schutzmaßnahmen, Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen sowie durch notwendige kleinere Gruppen- oder Kohortenbildung aufgrund des Abstandsgebots. Auch die Durchführung der Antigen-Testungen zieht Mehraufwendungen in Form des zusätzlich einzusetzenden Personals nach sich.

Wir setzen uns zudem dafür ein, dass auch die Regelung zur Fortgewährung des Pflegeunterstützungsgelds für einen Zeitraum von bis zu 20 Tagen vom 31.12.2020 bis zum 31.12.2021 verlängert wird.

Es hat sich seit März herausgestellt, dass Einrichtungen, die pflegerische Leistungen rein über das SGB V erbringen wie z.B. einige Intensivpflegedienste, psychiatrische Krankenpflegedienste, SAPV-Pflegedienste oder Familienpflegedienste nicht vom Schutzschirm erfasst sind, obwohl sie die gleichen Probleme wie Pflegedienste nach dem SGB XI hatten und vergleichbare Leistungen wie die SGB XI-Einrichtungen erbringen. Es fehlt an einer entsprechenden gesetzlichen Grundlage. Diese Ungleichbehandlung gilt es durch eine klarstellende gesetzliche Regelung endlich zu korrigieren.

Änderungsbedarf:

In § 150 SGB XI wird ein neuer Absatz 7 eingefügt:

„Die Regelungen der § 150 Absätze 1 bis 3 gelten auch für die zugelassenen Leistungserbringer in der häuslichen Krankenpflege nach § 132a, die nicht nach § 72 zugelassen sind, wenn sie diesen vergleichbare Leistungen erbringen."

In § 150 wird ein neuer Absatz 8 eingefügt:

„Die Regelungen der § 150 Absätze 1 bis 3 gelten auch für die zugelassenen Leistungserbringer in der SAPV nach § 132d, wenn sie diesen vergleichbare Leistungen erbringen."

In § 150 SGB XI wird ein neuer Absatz 9 eingefügt:

„Die Regelungen der § 150 Absätze 1 bis 3 gelten auch für die zugelassenen Leistungserbringer in der Haushaltshilfe nach § 132 SGB V, die nicht nach § 72 zugelassen sind, wenn sie diesen vergleichbare Leistungen erbringen."

In § 150 Absatz 4 wird ergänzt, dass sich die private Krankenversicherung jeweils mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten beteiligt.

Weitergehender Änderungsbedarf

Präqualifizierungserfordernis für Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Behindertenhilfe bei der Hilfsmittelerbringung

Bewertung:

Nach § 126 Absatz 1 Satz 2 können Vertragspartner der Krankenkassen nur Leistungserbringer sein, die die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen. Die Krankenkassen müssen dies nach § 126 Absatz 1a sicherstellen. Zu diesem Zwecke müssen sich Leistungserbringer von der Präqualifizierungsstelle nach Absatz 1a Satz 2 qualifizieren lassen. Die Präqualifizierung gilt für alle Verträge, die durch Ausschreibungen nach § 127 Absatz 1 zustande gekommen sind sowie für Verträge der Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen mit Leistungserbringern, die nach § 127 Absatz 2 geschlossen werden. Eine Präqualifizierung ist lediglich beim Abschluss von Verträgen der Krankenkassen mit Leistungserbringern, die im Einzelfall nach § 127 Absatz 3 geschlossen werden, nicht notwendig.

Grundlage für die Präqualifizierungsanforderungen bildet das Berufsrecht der Leistungserbringer. Hierbei handelt es sich insbesondere um die Handwerksordnung und die Gewerbeordnung (vgl. Hauck/Noftz, SGB V, § 126 Rn. 9 f.). Unter Leistungserbringer fallen somit klassische Handwerksbetriebe und Angehörige von Handwerksberufen (vgl. Hauck/Noftz, SGB V, § 126 Rn. 13 ff.). Bei der Versorgung mit Hilfsmitteln kommt es nicht zu einer „Herstellung, Abgabe und Anpassung“ i. S. d. § 126 SGB V, da dies klassische handwerkliche Tätigkeiten nach der Handwerks- oder Gewerbeordnung voraussetzt. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen oder Einrichtungen der Behindertenhilfe sind daher nicht als Leistungserbringer i. S. d. § 126 SGB V einzuordnen und benötigen keine Präqualifizierung als Lieferant von Hilfsmitteln.

Ohne deren Einbezug in den vorstehend beschriebenen Vorgang der Herstellung, Abgabe und Anpassung von Hilfsmitteln geht es bei Pflegeeinrichtungen allenfalls noch um die sachgerechte Unterstützung der Versicherten bei deren Verwendung. Dies ist Gegenstand der Versorgungsverträge nach §§ 72 ff SGB XI, bei denen das auf die Auftragsvergabe oder die Beitrittsverträge zugeschnittene Präqualifizierungsverfahren aber gerade nicht zur Anwendung kommt. Zudem kontrollieren die im Zusammenhang mit dem Versorgungsvertrag durchgeführten Qualitätsprüfungen regelmäßig auch die hier relevante Unterstützung und deren tatsächliche fachgerechte Durchführung. Vor diesem Hintergrund besteht wegen dieser letztlich wirksameren Kontrolle keinerlei Bedarf nach dem zusätzlichen, kostspieligen und zudem zeitlich immer nur befristeten Präqualifizierungszertifikat im Sinne von § 126 Abs. 1a SGB V.

Änderungsbedarf:

In § 126 Absatz 1 wird nach Satz 2 folgender Satz 3 eingefügt: „Keine Leistungserbringer im Sinne von Satz 2 sind Pflegeeinrichtungen und andere Einrichtungen, die Versicherte mit Hilfsmitteln versorgen, ohne diese herzustellen, abzugeben oder anzupassen."

Stellungnahme zum Antrag der BT-Fraktion DIE LINKE „Kapitaleinkünfte bei der Ermittlung der Krankenversicherungsbeiträge berücksichtigen" (Drucksache 19/23699)

Bewertung:

Die Arbeiterwohlfahrt steht ein für die notwendige Verbreiterung der Einnahmebasis der Kranken- und Pflegversicherung. Die Finanzierung der Kranken- und Pflegversicherung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Wir betonen die Verpflichtung der Gesellschaft, eine solidarische, der persönlichen Leistungsfähigkeit entsprechende Finanzierung von Gesundheit und Pflege sicherzustellen. Die gegenwärtige Finanzierung der Systeme wird dem nicht gerecht.

Die Umlagefinanzierung hat sich in der Vergangenheit grundsätzlich bewährt. Die Beitragssatzsteigerungen der vergangenen Jahre hätten dabei erheblich gemindert und zum Teil vermieden werden können, wenn der Kreis der Versicherten ausgedehnt, die Beitragsbemessungsgrundlagen erweitert und die Versicherungsbeiträge die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherten besser abbilden würden.

Um dies zu gewährleisten, tritt die AWO bereits seit langem dafür ein, die Beitragsbemessungsrundlage der Kranken- und Pflegeversicherung zu erweitern und andere Einkommensarten, etwa Kapitaleinkünfte, mit einzubeziehen. Auf diese Weise würde nicht nur die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherten besser abgebildet, sondern auch die Finanzierung auf „breitere Schultern" verteilt und eine stabilere, noch weniger von zweitweise schwankenden Beitragseinnahmen aus Lohneinkommen abhängige Finanzierung gewährleistet.

Die AWO tritt dafür ein die Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung anzuheben. Kleine und mittlere Einkommen werden dadurch entlastet, denn die Ausweitung der Bemessungsgrundlage ermöglicht eine Senkung des allgemeinen Beitragssatzes oder zusätzliche Leistungsausgaben. Eine Anhebung kann auch schrittweise erfolgen.

Durch diesen Schritt würde der solidarische Charakter der Versicherungszweige zusätzlich betont.

Die Arbeiterwohlfahrt weißt in diesem Zusammenhang auf Ihre Gutachten zur Umsetzung einer Bürgerversicherung bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit sowie zu Berechnungen zur Finanzierbarkeit der Pflege über eine Bürgerversicherung hin.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)243(25)
zur öffent. Anh.am 16.11.2020 -
Versorgungsverbesserungsgesetz
11.11.2020

verbraucherzentrale
Bundesverband

20 JAHRE
gemeinsam
wirksam

VERSORGUNG VERBRAUCHER-ORIENTIERT VERBESSERN

Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbands zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG)
BT-Drucksache 19/23483

sowie zu den Änderungsanträgen 1-15 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum GPVG
BT-Drucksache 19(14)/242.2

10. November 2020

Impressum

Verbraucherzentrale
Bundesverband e.V.

Team
Gesundheit und Pflege

Rudi-Dutschke-Straße 17
10969 Berlin

Gesundheit@vzbv.de

Bundesverband der Verbraucherzentralen und Verbraucherverbände

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.

INHALT

I. ZUSAMMENFASSUNG 3

II. EINLEITUNG 4

III. ANMERKUNGEN UND FORDERUNGEN DES VZBV IM EINZELNEN 5

1. Das grundlegende Ziel des Innovationsfonds – die Regelversorgung zu verbessern – darf nicht unterminiert werden 5
2. Mehr Transparenz über Versorgungswirkung der Selektivverträge der Krankenkassen schaffen 6
3. Finanzielle Lasten der Corona-Krise müssen gerecht verteilt werden 6
4. Sofortprogramm: Aufstockung von Pflegehilfskräften im Bereich der Langzeitpflege 7
5. Verfahrensvereinfachung hinsichtlich der Pflegehilfsmittelversorgung 7
6. Digitalisierung der Pflegehilfsmittelversorgung 7
7. Berücksichtigung digitaler Technologien im Bereich der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen 9
8. Aussetzung der Beratungsbesuche nach § 37 SGB XI 10

I. ZUSAMMENFASSUNG

Der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) begrüßt, dass mit dem vorgelegten Gesetzentwurf im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) bis zum Ablauf des Jahres noch wichtige Rechtsänderungen auf den Weg gebracht werden sollen, um die gesundheitliche und pflegerische Versorgung zu verbessern. Der vzbv hält die vorgesehenen Regelungen überwiegend für geeignet, die Gesundheits- und Pflegeversorgung im Sinne der Verbraucherinnen und Verbraucher[1] zu verbessern.

Die vorgesehenen Regelungen zu neuen Möglichkeiten im Bereich der Selektivverträge, speziell den möglichen Einbezug anderer Sozialversicherungsträger sowie anderer Leistungserbringer und die Berücksichtigung regionaler Besonderheiten in der Versorgung werden unterstützt. Kritisch bewertet der vzbv die Erleichterungen bei der Möglichkeit, dass Krankenkassen Innovationsfondsprojekte als Selektivverträge weiterführen können. Diese Regelung unterminiert das grundsätzliche Ansinnen des Innovationsfonds: Versorgungsinnovationen in die Regelversorgung zu überführen. Im Bereich der Selektivverträge fordert der vzbv zudem mehr Transparenz für Verbraucher, insbesondere hinsichtlich der Versorgungswirkung der Verträge.

Den vorgesehenen einmaligen Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds von 5 Milliarden Euro bewertet der vzbv als keinesfalls ausreichend, um die Kosten für gesamtgesellschaftliche Aufgaben zu kompensieren, die im Zuge der Corona-Pandemie von der Solidargemeinschaft gestemmt wurden. Der vzbv fordert eindringlich eine Erhöhung des vorgesehenen Bundeszuschusses. Der Bund muss hier seiner Finanzierungsverantwortung nachkommen. Beitragszahlern dürfen nicht einseitig die Lasten der Krise aufgebürdet werden.

Die Digitalisierung der Pflegehilfsmittelversorgung ist vor dem Hintergrund der Stärkung der häuslichen Pflege und Förderung der Selbständigkeit von Pflegebedürftigen dem vzbv seit langem ein wichtiges Anliegen, weswegen die Grundausrichtung im neunten Änderungsantrag positiv bewertet wird.

Vor dem Hintergrund der Pandemie wird ebenso begrüßt, dass die zahlreichen Unterstützungsleistungen und Sonderregelungen, die die Bundesregierung so zügig im Rahmen der letzten Monate seit Pandemiebeginn auf dem Weg gebracht hat, bis zum Jahresende verlängert werden. Kritisch sieht der vzbv allerdings, dass auch weiterhin keine Qualitätsregelprüfungen in Pflegeheimen stattfinden. Trotz der angestiegenen Infektionszahlen und der ernsten Lage, muss es mit durchdachten Schutz- und Hygienekonzepten möglich sein, wieder Prüfungen in den Heimen durchzuführen. Nicht die Abschottung der Pflegeheimbewohner, sondern Kontrollen dienen der Sicherung der Pflegequalität und somit dem Schutz der Bewohner.

[1] Die im weiteren Text gewählte männliche Form bezieht sich immer zugleich auf Personen aller Geschlechter. Wir bitten um Verständnis für den weitgehenden Verzicht auf Mehrfachbezeichnungen zugunsten einer besseren Lesbarkeit des Textes.

II. EINLEITUNG

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht eine Vielzahl von Regelungen zur Verbesserung der Versorgung vor. Außerdem ist die Stabilisierung der Finanzsituation der GKV Gegenstand dieses Gesetzentwurfs.

Zu den weiteren Zielsetzungen des vorgelegten Gesetzentwurfs gehören insbesondere:

- Erweiterte Möglichkeiten für Selektivverträge
- Ein einmaliger Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds zur Sicherstellung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung
- Bessere Versorgung von Schwangeren durch Förderung zusätzlicher Hebammenstellen (Hebammenstellen-Förderprogramm)
- Einbeziehung der Kinder- und Jugendmedizin in die zusätzliche Finanzierung für bedarfsnotwendige Krankenhäuser im ländlichen Raum und gestaffelte Zuschläge nach der Anzahl der Fachabteilungen
- Aufstockung von Pflegehilfskräften im Bereich der Langzeitpflege
- Verfahrensvereinfachung hinsichtlich Hilfsmittelempfehlungen bei der Pflegebegutachtung

Die Änderungsanträge 1 bis 15 der Fraktionen CDU/CSU sowie SPD sehen unter anderem Änderungen zugunsten einer Digitalisierung der Pflegehilfsmittelversorgung sowie eine Erweiterung der Modellvorhaben bezogen auf die Entwicklung und Erprobung innovativer Versorgungsansätze vor. Vor dem Hintergrund der Pandemie ist ebenfalls die Möglichkeit für Pflegebedürftige vorgesehen, auf Wunsch die Beratungsbesuche nach § 37 SGB XI statt in der Häuslichkeit auch telefonisch, digital oder per Videokonferenz durchzuführen sowie eine Verlängerung der Sonderregelungen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung während der aktuellen Corona-Krise nach § 150 SGB XI vorgesehen.

Der vzbv bedankt sich an dieser Stelle für die Gelegenheit zur Stellungnahme und möchte im Folgenden auf die für Verbraucher besonders relevanten Regelungsvorschläge genauer eingehen.

III. ANMERKUNGEN UND FORDERUNGEN DES VZBV IM EINZELNEN

1. DAS GRUNDLEGENDE ZIEL DES INNOVATIONSFONDS – DIE REGELVERSORGUNG ZU VERBESSERN – DARF NICHT UNTERMINIERT WERDEN

Für Patienten sind die harten Sektorengrenzen im Gesundheitswesen in Deutschland ein großes Problem. Sie behindern noch immer koordinierte Versorgungsprozesse, Informationsaustausch und Kommunikation zwischen den Professionen. Gleiches gilt für die häufig unzureichende interprofessionelle Zusammenarbeit innerhalb und über die Sektorengrenzen hinweg sowie die Versorgung an den Grenzen der Sozialgesetzbücher und die damit verbundenen wechselnden Zuständigkeiten, insbesondere bezüglich der unterschiedlichen Kostenträger. Das Inseldenken und -handeln, dem die Patienten in der Versorgung immer noch viel zu häufig begegnen, führt in einem immer komplexer werdenden Gesundheitssystem zu erheblichen Hürden. Für die Patienten kommt es dadurch immer wieder zu vollkommen unnötigen Brüchen in der Versorgung. Vor diesem Hintergrund begrüßt der vzbv die vorgesehenen Möglichkeiten, weitere Leistungserbringer (nicht-ärztliche Gesundheitsberufe) in Selektivverträge einzubeziehen sowie Sozialversicherungsträger außerhalb des SGB V in Selektivverträge einbinden zu können, ausdrücklich. Auch die Möglichkeit der Ausrichtung der Versorgung an regionalen Besonderheiten wird begrüßt.

Selektivverträge sollten insbesondere ein Instrument sein, um unterschiedliche Versorgungsansätze zu erproben und aus den Erfahrungen für die Regelversorgung zu lernen und geeignete Ansätze in eben diese zu übertragen. Im Sinne dieser Prämisse wurde auch der Innovationsfonds ins Leben gerufen: Grundsätzliches Anliegen des Innovationsfonds ist es, dass geeignete Versorgungsinnovationen in die Regelversorgung überführt werden. Nach § 2 Abs. 5 der Verfahrensordnung des Innovationsausschusses gemäß § 92b SGB V wird die Regelversorgung definiert als „… die Versorgung, auf die alle Versicherten unabhängig von ihrer Krankenkassenzugehörigkeit, ihrem Wohnort oder ihrer Zustimmung zu einem Vorhaben oder Programm Anspruch haben.“ Damit sollen mittelfristig alle Versicherten, unabhängig von ihrer Kassenzugehörigkeit, von den erfolgreichen neuen Versorgungsformen profitieren.

Die nun vorgeschlagenen Regelungen, die es Krankenkassen deutlich erleichtern sollen, Innovationsfondsprojekte beziehungsweile Teile der Innovationen als Selektivverträge weiterführen zu können, bewertet der vzbv daher kritisch: Dadurch wird das grundlegende Ansinnen, eine Verbesserung der Versorgung für alle Versicherten (Regelversorgung), unterminiert. Richtig ist: Ein kleiner Teil der Projekte ist sehr spezifisch und an regionale Besonderheiten angepasst. Nicht in allen Fällen ist deshalb eine Überführung in die Regelversorgung möglich. Die geplante Regelung sollte daher entsprechend spezifiziert werden.

> Der vzbv fordert, dass nur in begründeten Fällen, in denen eine Überführung in die Regelversorgung nicht möglich ist, eine Weiterführung als Selektivvertrag ermöglicht wird. Hierzu könnte eine niedrigschwellige Bewertungsinstanz beim Innovationsausschuss installiert werden. In allen anderen Fällen müssen gemäß den Evaluationsergebnissen der Projekte nachweisliche Innovationen auch Eingang in die Regelversorgung finden, damit alle Versicherten davon profitieren können.

2. MEHR TRANSPARENZ ÜBER VERSORGUNGSWIRKUNG DER SELEKTIVVERTRÄGE DER KRANKENKASSEN SCHAFFEN

Aus Sicht des vzbv ist es dringend notwendig, dass Selektivverträge im Allgemeinen nicht nur hinsichtlich ihrer wirtschaftlichen Wirkungen überprüft werden, sondern auch hinsichtlich ihrer Versorgungswirkung. Die Evaluation von Selektivverträgen sollte von unabhängigen Stellen durchgeführt werden. Für Versicherte ist es bisher kaum möglich, spezifische Informationen zu Versorgungsangeboten einer Krankenkasse in Erfahrung zu bringen und deren Nutzen bzw. Wirksamkeit beurteilen zu können. Für einen tatsächlichen und von der Politik gewünschten Qualitätswettbewerb ist das jedoch eine Grundvoraussetzung. Die eingerichtete Transparenzstelle gibt aus Patientensicht hierzu keine ausreichenden Informationen.

> Der vzbv fordert daher bei der geplanten Reform der Selektivverträge umfassende weiterführende Informationspflichten für die Krankenkassen vorzusehen. Alle Selektivverträge müssen nicht nur veröffentlicht, sondern auch evaluiert werden. Diese Informationen müssen Verbrauchern leicht verständlich und vergleichbar, etwa in einem Online-Portal, zugänglich gemacht werden. Wirksame Versorgungskonzepte müssen nach entsprechender Prüfung schließlich allen Versicherten zugänglich gemacht werden. Nur so können Selektivverträge die Versorgung nachhaltig verbessern. Die Förderung der Evaluation von Selektivverträgen könnte dazu beispielsweise wieder in den Innovationsfonds aufgenommen werden und eine Verpflichtung zur Evaluation formuliert werden.

3. FINANZIELLE LASTEN DER CORONA-KRISE MÜSSEN GERECHT VERTEILT WERDEN

Der im vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehene Steuerzuschuss aus Bundesmitteln von 5 Milliarden Euro reicht keinesfalls aus, um die im Kontext der Corona-Pandemie von der Solidargemeinschaft zu leistenden gesamtgesellschaftlichen Kosten, etwa für Massentestung und das Aufspannen verschiedener Rettungsschirme, adäquat zu kompensieren. Der Bund kommt seiner Verantwortung hier nicht in ausreichendem Maße nach, sondern belastet einseitig die Solidargemeinschaft mit dem Rückgriff auf die Reserven der GKV und steigende Beitragssätze. Der vzbv schließt sich der Forderung des Bundesrates an, den Zuschuss aus Bundesmitteln signifikant zu erhöhen. Im Vorschlag des Bundesrates ist ein einmaliger Zuschuss von insgesamt 11 Milliarden Euro vorgesehen[2].

Durch den umfangreichen Rückgriff auf die Rücklagen der Solidargemeinschaft kann ein erheblicher Anstieg der Beitragssätze zur GKV im Wahljahr 2021 zwar noch abgedämpft werden. Für das Jahr 2022 und die folgenden Jahre ist jedoch mit weiteren Steigerungen der Beitragssätze und damit weiteren Belastungen für die Beitragszahler der GKV zu rechnen.

> Die Bekämpfung der Corona-Pandemie wird auch künftig hohe Kosten für Wirtschaft, Gesellschaft und auch im Gesundheitswesen nach sich ziehen. Derzeit wird das voraussichtliche Defizit der Gesetzlichen Krankenversicherung für das Jahr

[2] Stellungnahme des Bundesrates zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz - GPVG) https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2020/0501-0600/561-20(B).pdf?__blob=publicationFile&v=1 (abgerufen am 9. November 2020).

2021 mit über 16 Milliarden Euro beziffert[3]. Der vzbv fordert, diese Lasten gerecht zu verteilen und nicht die Beitragszahler der GKV einseitig zu belasten.

4. SOFORTPROGRAMM: AUFSTOCKUNG VON PFLEGEHILFSKRÄFTEN IM BEREICH DER LANGZEITPFLEGE

Die Schaffung von 20.000 Vollzeitstellen im Bereich der Pflegehilfskräfte ist nach dem Pflegepersonalstärkungsgesetz als weitere Sofortmaßnahme in der vollstationären Pflege und erster Schritt zur Umsetzung der Ergebnisse aus dem Projekt zur Personalbemessung in Pflegeheimen zu befürworten. Eine qualitativ hochwertige und am Bedarf orientierte Altenpflege setzt eine deutlich bessere Personalausstattung in den Pflegeeinrichtungen voraus. Während die bislang entstandenen Mehrkosten größtenteils einseitig den Pflegebedürftigen aufgebürdet wurden, sieht die hier vorgeschlagene Regelung vor, dass die zusätzlichen Stellen vollständig über einen Vergütungszuschlag finanziert werden und es somit zu keinen Mehrbelastungen mit in der Folge steigenden pflegebedingten Eigenanteilen für pflegebedürftige Verbraucher kommen wird.

Gleichwohl gibt der vzbv zu bedenken, dass ein Ausbau von Hilfskräften langfristig nicht zu einem Abbau von Fachkräften in den Einrichtungen führen darf. Ebenso ist die durch den Abschlussbericht zur Entwicklung und Erprobung eines einheitlichen Personalbemessungsinstruments in Pflegeheimen[4] vorgeschlagene Neuausrichtung der Personalausstattung und dem Verhältnis von Hilfs- zu Fachkräften nicht ohne eine Veränderung der internen Organisationsstrukturen möglich. Hilfskräfte benötigen Anleitung und Überwachung durch Fachkräfte, die hierfür Kapazitäten in ihrem Arbeitsalltag schaffen müssen.

5. VERFAHRENSVEREINFACHUNG HINSICHTLICH DER PFLEGEHILFSMITTELVERSORGUNG

Für pflegebedürftige Menschen haben Hilfsmittel im Versorgungsalltag neben der Unterstützung durch pflegende Angehörige und professionelle Pflege- und Betreuungskräfte eine enorme Bedeutung. Die vzbv begrüßt daher sowohl die im Entwurf vorgeschlagene Verstetigung der Regelung aus § 18 Absatz 6a Satz 5 SGB XI wie auch die Beschleunigung des Bewilligungsverfahrens für Pflegehilfsmittel im Änderungsantrag 8. Beide Regelungsvorschläge tragen für Pflegebedürftige zur Verfahrensvereinfachung und Beschleunigung der Hilfsmittelgewährung bei.

6. DIGITALISIERUNG DER PFLEGEHILFSMITTELVERSORGUNG

Digitale Assistenzsysteme können Pflegebedürftigen mehr Selbstständigkeit und Sicherheit im eigenen Zuhause ermöglichen. Diese Assistenzsysteme können Pflegehilfsmittel im Sinne des § 40 SGB XI sein mit der Besonderheit, dass sie ausschließlich technikbasiert funktionieren. Im Übrigen erfüllen sie aber die gleichen Versorgungsziele

[3] Bericht des Schätzerkreises zur Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die Jahre 2020 und 2021: https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Schaetzerkreis/20201027SK_2021_Abschlussbericht.pdf (abgerufen am 9. November 2020).

[4] IPP, iaw, KKSB, Abschlussbericht im Projekt „Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß §113c SGB XI (PeBeM), August 2020, https://www.gs-qsa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/09/Abschlussbericht_PeBeM.pdf (abgerufen am 9. November 2020).

wie andere – klassische – Pflegehilfsmittel und sollten zukünftig auch über diese Norm erstattungsfähig sein. Bislang müssen Verbraucher digitale Pflegehelfer aber, mit Ausnahme der im Pflegehilfsmittelverzeichnis gelisteten Hausnotrufsysteme, selbst bezahlen. Bei weiteren Produkten, die nicht im Verzeichnis gelistet sind, zögern die Kassen, was eine Kostenübernahme betrifft. Verbrauchern bleibt dann nur die Möglichkeit, ihren Anspruch vor dem Sozialgericht einzuklagen.

> Der vzbv begrüßt daher die im neunten Änderungsantrag vorgeschlagene regelhafte Fortschreibung des Pflegehilfsmittelverzeichnisses unter besonderer Berücksichtigung digitaler Technologien, wobei aufgrund der Schnelllebigkeit dieser Technologien die Überarbeitung spätestens alle zwei statt drei Jahre erfolgen sollte.

Ein vom vzbv in Auftrag gegebenes Rechtsgutachten[5] aus dem Jahr 2019 empfiehlt außerdem zur gesetzlichen Klarstellung eine Anpassung der gesetzlichen Regelungen, um eine möglichst umfassende Versorgung Pflegebedürftiger mit digitalen Pflegetechnologien zu ermöglichen, die einen pflegerischen Nutzen aufweisen.

> Anpassung des § 40 SGB XI: Unter Berücksichtigung der Ergebnisse des genannten Rechtsgutachtens schlägt der vzbv eine Ergänzung des § 40 SGB XI um einen neuen Absatz 1a vor, der die Pflegehilfsmitteldefinition des § 40 Absatz 1 erweitert:
>
> Neu: § 40 Absatz 1a SGB XI:
>
> Zu den Pflegehilfsmitteln nach Absatz 1 zählen zudem technische Pflegehilfsmittel, auch wenn sie als Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen sind, sofern diese einen pflegerischen Nutzen aufweisen, insbesondere durch
>
> a) die der Verbesserung der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen im Hinblick auf die in § 14 Absatz 2 und Absatz 3 SGB XI genannten Lebensbereiche
>
> b) die Erleichterung der Pflege.
>
> § 40 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

Positiv bemerken möchte der vzbv ebenfalls die zukünftige Pflicht der Pflegekassen zur gebührenfreien Information und Beratung der Hersteller, was die Voraussetzungen und das Verfahren zur Aufnahme neuartiger Pflegehilfsmittel betrifft.

> Um die neuen Technologien in der Gesellschaft, insbesondere aber unter Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen oder solchen, die einen Antrag auf Pflegeleistungen gestellt haben, bekannt zu machen und deren Akzeptanz zu fördern, ist es aus Sicht des vzbv notwendig, die nach den §§ 7 ff. SGB XI bestehenden Beratungs- und Informationsangebote dahingehend auszubauen bzw. neue Beratungswege ähnlich der Wohnberatungsstellen, die über wohnumfeldverbessernde Maßnahmen nach § 40 Absatz 4 SGB XI beraten, zu entwickeln. Je früher Betroffene über Angebote informiert werden, idealerweise schon im Rahmen der Antragsstellung von Pflegeleistungen bzw. im Rahmen der Vor-Ort-Begutachtung durch den

[5] Dierks, Retter, Pirk, Rechtsgutachten im Auftrag des vzbv zur Erstattungsfähigkeit von AAL-Systemen, November 2019, https://www.vzbv.de/pressemitteilung/digitale-pflegehelfer-kassen-sollen-kosten-erstatten (abgerufen am 9. November 2020).

Medizinischen Dienst der Krankenkassen, desto passgenauer können die Technologien in ihrer Häuslichkeit eingesetzt und auf ihre Bedürfnisse abgestimmt werden.

7. BERÜCKSICHTIGUNG DIGITALER TECHNOLOGIEN IM BEREICH DER WOHNUMFELDVERBESSERNDEN MAßNAHMEN

Im Änderungsantrag ebenfalls vorgeschlagen wird die Regelung, dass neben den Pflegehilfsmitteln künftig auch digitale Technologien im Bereich der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen für pflegebedürftige Menschen ausdrücklich förderfähig sein sollen.

Hier gibt der vzbv allerdings zu bedenken, dass zumindest die gegenwärtig am Markt verfügbaren digitalen Technologien sich eher direkt dem Pflegehilfsmittelbereich nach § 40 Absatz 1 SGB XI als den wohnumfeldverbessernden Maßnahmen nach Absatz 4 zuordnen lassen. Ausgehend von dem gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbands zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI[6] sind gegenwärtig drei Gruppen von wohnumfeldverbessernden Maßnahmen anerkannt. Bei Maßnahmen, die eine Anpassung der konkreten Wohnumgebung an die Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen bezwecken und deshalb in einer anderen Wohnumgebung nicht notwendigerweise benötigt werden, ist die Einordnung von AAL-Technologien problematisch, da AAL in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen unabhängig von der konkreten Wohnumgebung zum Einsatz kommen. Ebenfalls problematisch ist es in der zweiten Gruppe betreffend Maßnahmen, die mit wesentlichen Eingriffen in die Bausubstanz verbunden sind und damit der Gebäudesubstanz auf Dauer zugefügt werden. Auch diese Kriterien dürften nicht erfüllt sein, da AAL nicht mit wesentlichen Eingriffen in die Bausubstanz verbunden sind. Allenfalls ließen sich AAL unter die technischen Hilfen im Haushalt als dritte Gruppe der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen subsumieren, da keine feste Verbindung des AAL mit dem Wohnumfeld erforderlich ist[7]. Jedoch erfordert eine wohnumfeldverbessernde Maßnahme, dass der Gegenstand bei einem Umzug regelmäßig in der Wohnung verbleibt und nicht mitgenommen wird.

Aufgrund dieser Zuordnungsproblematik kommt der vzbv zu der Bewertung, dass der neu geplante § 2a im § 78 SGB XI wohl keinen praktischen Nutzen entfalten und entsprechend gestrichen werden sollte. Vorrangig sollte die Einordnung digitaler Technologien als Pflegehilfsmittel im Sinne des § 40 Absatz 1 SGB XI vorgenommen werden. Sollte allerdings an der Regelung im Absatz 2a festgehalten werden, wäre es zumindest sinnvoll, statt einer wie hier vorgeschlagenen einseitigen Empfehlung des GKV-Spitzenverbands, ein Verzeichnis der förderfähigen digitalen Technologien zu erstellen. Sowohl bei einem Verzeichnis als auch bei der Erstellung von Empfehlungen sollten die Expertise der Pflegeverbände und der Verbände der Vertretung der Interessen von Menschen mit Behinderung ausdrücklich einbezogen werden.

[6] GKV-SV, Gemeinsames Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI, S. 213.

[7] Lungstras in: Udsching/Schütze, SGB XI, § 40, Rn. 32.

8. AUSSETZUNG DER BERATUNGSBESUCHE NACH § 37 SGB XI

Der zehnte Änderungsantrag sieht unter anderem vor, dass Beratungsbesuche nach § 37 SGB XI zum Schutz der pflegebedürftigen Verbraucher bis einschließlich den 31. März 2021 telefonisch, digital oder per Videokonferenz erfolgen können, wenn die pflegebedürftige Person dies wünscht. Diese Wahlmöglichkeit zwischen häuslichen und außerhäuslichen Beratungseinsätzen wird ausdrücklich begrüßt.

In diesem Zusammenhang möchte der vzbv jedoch kritisch anmerken, dass Qualitätsregelprüfungen in Pflegeheimen weiterhin ausgesetzt sind. Seit Mitte März, also seit acht Monaten, finden keine regelhaften Qualitätsprüfungen mehr in Pflegeheimen statt. Lediglich die Möglichkeit für Anlassprüfungen, etwa aufgrund einer Beschwerde, ist weiterhin gegeben. Doch wer soll gegenwärtig Anlässe melden? Schließlich sind es überwiegend Angehörige und externe Personen, die akute Missstände melden und eine Prüfung einfordern. In nahezu allen Einrichtungen herrschen aber weiterhin strikte Besuchseinschränkungen und Verbote, sodass ein uneingeschränkter Zugang zu Gemeinschafts- und Einzelräumen der pflegebedürftigen Verbraucher nicht möglich ist. Pflegebedürftige Verbraucher in den Heimen selbst werden kaum Anlässe melden. Entweder aus Angst vor einer Schlechterstellung oder weil sie aufgrund ihrer physischen und psychischen Einschränkungen dazu schlichtweg nicht in der Lage sind. Es ist unbekannt, wie viele Anlassprüfungen seit Beginn der Aussetzung in den Bundesländern tatsächlich stattgefunden haben. Angesichts der schwierigen Arbeitsbedingungen unter Corona besteht die begründete Sorge, dass die Qualität der Pflege gelitten hat. Eine sorgfältige Prüfung wäre also besonders wichtig.

> Der vzbv fordert daher, dass es mit durchdachten Schutz- und Hygienekonzepten wieder möglich sein muss, Prüfungen in den Heimen durchzuführen. Nicht die Abschottung der Pflegebewohner, sondern Kontrollen dienen der Sicherung der Pflegequalität und somit dem Schutz der Bewohner.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)243(26)
zur öffentl. Anh. am 16.11.2020 -
Versorgungsverbesserungsgesetz
11.11.2020

DER PARITÄTISCHE
GESAMTVERBAND

Stellungnahme

zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz - GPVG) (Drucksache 19/23483)

und

zu den Änderungsantragen der Fraktionen CDU/CSU und SPD

(Ausschussdrucksachen 19(14)242.2 und 19(14)242.3)

sowie

zu dem Antrag der BT-Fraktion DIE LINKE „Kapitaleinkünfte bei der Ermittlung der Krankenversicherungsbeiträge berücksichtigen“ (Drucksache 19/23699)

A. Einleitung und zusammenfassende Bewertung

Der Paritätische begrüßt das Vorhaben, im Bereich der sozialen Pflegeversicherung bis zum Jahresende 2020 noch wichtige Rechtsänderungen auf den Weg zu bringen, deren Ziel es ist, die gesundheitliche und pflegerische Versorgung zeitnah und nachhaltig zu verbessern. Mit dem Pflegehilfskraftstellenprogramm wird ein erster wichtiger Schritt hin zur Umsetzung des Personalbemessungsinstruments nach § 113c SGB XI im vollstationären Pflegebereich in Angriff genommen. Nachdem im Referen-

Paritätischer Gesamtverband
Oranienburger Straße 13-14, 10178 Berlin, Tel: 030 24636-0, Fax: 030 24636-110
Email: info@paritaet.org, Internet: http://www.paritaet.org

tenentwurf dieser Schritt aufgrund der alleinigen Qualifizierungsstrategie von Pflegehilfskräften mit Basiskursen o.Ä. (QN 2) noch unter seinen Möglichkeiten blieb, schießt nun die alleinige Qualifizierungsstrategie von 1- u. 2- jährig nach Landesrecht ausgebildeten Pflegehilfskräften (QN 3) über das Ziel hinaus. Aus unserer Sicht müssen hier stärker die derzeitigen knappen Kapazitäten für diese Pflegehilfskraftausbildungen berücksichtigt werden. Es muss für einen längeren Zeitraum beides möglich sein, nämlich über das Pflegehilfskraftstellenprogramm Personal einzustellen, welches sowohl nach QN 2 als auch QN 3 qualifiziert wird.

Besonders zu begrüßen ist auch die Verlängerung des Corona-Pflegeschutzschirms bis zum 31.03.2020. Dies gibt den Trägern der Langzeitpflege in der pandemischen Lage die erforderliche Sicherheit über das Jahresende hinaus. Begrüßt werden auch die Regelungen zur pandemiebedingten Anpassung von Vergütungsvereinbarungen der Vorsorge- und Rehabiliationseinrichtungen.

B. Stellungnahme zu den Regelungen im Einzelnen

Artikel 3: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 18 Hilfsmittelempfehlung

Bewertung:

Die Entfristung der Regelung, dass im Rahmen der Begutachtung vom Medizinischen Dienst (MD) empfohlene Hilfsmittel keiner ärztlichen Verordnung mehr bedürfen, wird ausdrücklich begrüßt.

§ 84 Absatz 9 SGB; § 85 Absätze 9 bis 11 XI: Zusätzliche Pflegehilfskraftstellen

Bewertung:

Aus Sicht des Paritätischen ist zu begrüßen, dass die vollstationären Pflegeeinrichtungen, einschließlich der Kurzzeitpflege auf Antrag die Möglichkeit erhalten, zusätzliche Pflegehilfskräfte finanziert zu bekommen, ohne dass dies zu einer finanziellen Mehrbelastung der von der Pflegeeinrichtung versorgten Pflegebedürftigen führt. Wie in dem Projekt zur Ermittlung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in stationären Pflegeeinrichtungen ermittelt, besteht ein nicht unerheblicher Mehrbedarf in Höhe von 36 Prozent an Personal in stationären Pflegeeinrichtungen. Diesen Mehrbedarf differenzieren die Projektergebnisse nach Qualifikationsgruppen. Der Anteil Hilfskräfte am gesamten Mehrbedarf beträgt demnach 69 Prozent.

Die in § 85 Absatz 9 SGB XI angedachte Regelung würde in einer stationären Pflegeeinrichtung mit 71 Bewohner*innen entsprechend der statistischen Verteilung der Pflegegrade zu einem Assistenzkräfteaufwuchs von 1,9 Mitarbeitenden führen. Dies ist eindeutig ein Schritt in die richtige Richtung und scheint als erste Ausbaustufe im Rahmen der Umsetzung eines Personalbedarfsbemessungsinstruments absolut angemessen zu sein. Darüber hinaus ist mit weiteren Ausbaustufen, die wir nun mit Festlegungen zu einer Road Map erwarten, sicherzustellen, dass der im o. g. Projekt ermittelte weitaus größere Mehrbedarf ebenfalls in den kommenden Jahren umgesetzt wird.

In der Gesetzesbegründung werden Kurzzeitpflegegäste eingeschlossen. Im Gesetzestext finden aber Gäste sogenannter solitärer Kurzzeitpflegeeinrichtungen keine Berücksichtigung.

Bemessung, Antrags- und Nachweisverfahren

Es scheint nicht praktikabel zu sein, den zusätzlichen Stellenanteil jährlich dynamisch anhand einer stichtagsbezogenen Pflegegradverteilung/Belegung zu bestimmen. Dies könnte dazu führen, dass bei einer Veränderung der Pflegegradverteilung/Belegung, gerade im Hinblick auf eine bloße Stichtagsbetrachtung, Stellenanteile im nächsten Jahr abgebaut werden müssten, da es bei einer Stichtagsbetrachtung zu nicht unerheblichen Abweichungen gegenüber dem Jahresdurchschnitt kommen könnte. Eine durchschnittliche Pflegegradverteilung wird mit einer Stichtagsbetrachtung nur unzureichend abgebildet. Unsicherheiten ergeben sich insbesondere für neu zugelassene Einrichtungen oder Erweiterungsbauten, bei denen die Personalbemessung bereits nach einem Monat erfolgen soll. Die beschriebene Umsetzung könnte zu nicht unerheblichen Verunsicherungen der Einrichtungen führen, was eine flächendeckende Inanspruchnahme gefährdet.

Insgesamt sollte das Antrags- und Nachweisverfahren unbürokratisch erfolgen. Daher begrüßen wir, dass das Antragsverfahren abweichend vom RefE im Gesetzentwurf zeitlich nicht losgelöst im Rahmen der Vergütungsverhandlungen nach §§ 84 ff. SGB XI erfolgt und mit den gleichen Verhandlungspartnern durchgeführt wird, um Mehraufwände bei den Trägern zu vermeiden, welche im Verfahren nach § 8 Absatz. 6 bisher nicht berücksichtigungsfähig waren.

Nach § 84 Absatz 2 Satz 4 müssen die Pflegesätze einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung ihres Unternehmerrisikos. Nach § 84 Absatz 9 Satz 2 SGB XI n. F: ist der Vergütungszuschlag für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten; § 28 Absatz 2 ist entsprechend anzuwenden. Das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal darf den Pflegebedürftigen finanziell

nicht belasten. Folglich muss der Vergütungszuschlag auch die Sach- und Regieaufwendungen umfassen sowie eine angemessene Vergütung des Unternehmerrisikos.

Da der Vergütungszuschlag für Pflegehilfskräfte wie der nach § 84 Abs. 8 SGB XI für Leistungen nach § 43b SGB XI ausschließlich durch die Pflegeversicherung zu tragen ist, sind sämtliche Verweise auf die Sozialhilfeträger in dem Kabinettsentwurf entsprechend den Regelungen für die Leistungen nach § 43b SGB XI zu streichen. Die Wörter „durch die Vertragsparteien nach Absatz 2“ in § 85 Absatz 9 sind deshalb zu streichen. In § 85 Absatz 10 Satz 2 sind die Wörter: „der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe“ zu streichen. Die Sozialhilfeträger sind weder Leistungsträger noch Vertragspartei. Die Finanzierung geht nur zu Lasten der Pflegeversicherung.

Zudem muss für die Einrichtungen klar gefasst werden, wann ein Anspruch auf die Finanzierung möglicherweise erlischt und wann ggf. Rückzahlungsansprüche entstehen. Dies gilt insbesondere für die Voraussetzung, dass eine Einrichtung über das Personal verfügen muss, das die Pflegeeinrichtung nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhalten hat. Dabei ist die komplexe Steuerung der vorzuhaltenden Personalmenge angesichts der z.T. längeren Zeit zwischen der Beantragung eines höheren Pflegegrades und der tatsächlichen Feststellung durch den Medizinischen Dienst zu berücksichtigen, die so ggf. zu einem Erlöschen der Anspruchsvoraussetzungen und infolgedessen zu Rückzahlungsansprüchen führen könnte.

Zur Vereinfachung des Nachweisverfahrens können die Verhandlungspartner auf Landesebene in ihren regelmäßigen Pflegesatzverhandlungen nun überprüfen, ob der Zuschuss zu Recht gezahlt wurde und ob er ggf. in seiner Höhe zu korrigieren ist. Insgesamt muss sichergestellt sein, dass die zusätzlichen Pflegehilfskräfte nicht auf die bestehenden Fachkraftquoten nach den jeweiligen Länderregelungen angerechnet werden dürfen.

In § 85 Absatz 11 ist ein vereinfachtes Verfahren vorgesehen, nach dem die vollstationären Pflegeeinrichtungen bis zur Vereinbarung des Vergütungszuschlages den von ihnen ermittelten Vergütungszuschlag den nach § 85 Absatz 2 als Parteien der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Kostenträgern mitteilen können. Das vereinfachte Verfahren zur schnellen Vereinbarung des Vergütungszuschlags ohne reguläre Pflegesatzvereinbarungen wird begrüßt.

Hierbei handelt sich allerdings unserer Auffassung nach um die Pflegekassen und nicht um alle Parteien der Pflegesatzvereinbarung nach Absatz 2 beteiligten Kostenträger. § 85 Absatz 11 Satz 1 Halbsatz 1 und die Sätze 2 bis 4 sind deshalb anzupassen. Auch sollte die Nummer 3 des Absatzes 11 klarer formuliert werden. Es ist an dieser Stelle nicht sinnvoll, Angaben über die Qualifikation und Entlohnung zu ma-

chen, erforderlich sind hier hingegen Angaben über die tatsächlichen Personalaufwendungen. Die Regelung sollte von vornherein so klar gefasst sein, dass es zu den im Absatz 11 Satz 3 und 4 möglichen Beanstandungen nicht kommt. In dem vereinfachten Verfahren müssen die Sach- und Regieaufwendungen ebenfalls eine Berücksichtigung finden. Auch hier dürfen die Pflegebedürftige mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden. § 85 Absatz 11 Satz 1 Nr. 3 ist entsprechend zu ergänzen.

Änderungsbedarf:

Absatz 9 Nummer 2: Angesichts schwankender Belegungsstrukturen sollte der Stellenanteil nicht nach Pflegegraden bemessen werden, sondern anhand von Platzzahlen entsprechend des Sofortprogramms für Pflegekräfte gemäß § 8 Absatz 6 SGB XI. Das Verfahren zu § 8 Absatz 6 (Fachkräfte) erscheint zumindest in dieser Hinsicht leichter handhabbar, da dieses der Pflegeeinrichtung eine verlässliche Planungsgrundlage auf Basis der Einrichtungsgröße liefert.

§ 84 Absatz 9 Satz 1 muss auch auf Absatz 2 Satz 4 verweisen und ist wie folgt zu fassen: „*(9) Vergütungszuschläge sind abweichend von Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung des Absatzes 2 Satz 1, Satz 4 und 5, des Absatzes 7 und des § 87a zusätzliche Entgelte zur Pflegevergütung für die Unterstützung der Leistungserbringung durch zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen.“*

§ 85 Absatz 9 Satz 1 Halbsatz 1 ist wie folgt zu fassen: „*Die Vereinbarung des Vergütungszuschlags nach § 84 Absatz 9 Satz 1 ~~durch die Vertragsparteien nach Absatz 2~~ erfolgt auf der Grundlage, …“*

In § 85 Absatz 10 Satz 2 ist wie folgt zu fassen: „*Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., ~~der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und~~ den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen das Nähere für das Vereinbarungsverfahren nach Absatz 9 in Verbindung mit § 84 Absatz 9 sowie für seinen Bericht nach Satz 1 fest.“*

In § 85 Absatz 11 sind die folgenden Änderungen vorzunehmen: „*(11) Der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung kann bis zum Abschluss einer Vereinbarung nach § 84 Absatz 9 Satz 1 einen Vergütungszuschlag für zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal nach § 84 Absatz 9 Satz 2 berechnen, wenn er vor Beginn der Leistungserbringung durch das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal den* ***Vertragsparteien*** *~~nach Absatz 2 als Parteien der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Kostenträgern~~ den von ihm entsprechend Absatz 9 ermittelten Vergütungszuschlag zusammen mit folgenden Angaben mitteilt:“*

§ 85 Absatz 11 Satz 1 Nr. 3 ist entsprechend zu ergänzen: *„die Qualifikation, die Entlohnung und die weiteren Personalaufwendungen für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal,* ***sowie die in diesem Zusammenhang entstehenden sonstigen Personal- und Sachaufwendungen.“***

§ 85 Absatz 11 Satz 12 ist wie folgt zu ändern: *„Für die Mitteilung nach Satz 1 ist ein einheitliches Formular zu verwenden, das der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. ~~und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe~~ bereitstellt. Die* ***Vertragsparteien*** *~~nach Absatz 2 als Parteien der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Kostenträger~~ können die nach Satz 1 mitgeteilten Angaben beanstanden. Über diese Beanstandungen befinden die Vertragsparteien ~~nach Absatz 2~~ unverzüglich mit Mehrheit.“*

Qualifikationsniveau der Pflegehilfskräfte

Es wird begrüßt, dass das über den Vergütungszuschlag zu finanzierende zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal nun das Qualifikationsniveau QN 3 (uns insbesondere die Nachqualifikation auf das Niveau QN 3) in den Fokus nimmt. Allerdings wurde die Regelung aus dem Referentenentwurf verworfen, nach der mit dem Vergütungszuschlag auch die Qualifizierung von Mitarbeiter*innen des Niveaus QN 1 auf QN 2 sowie deren Beschäftigung finanziert werden sollte. Wir hielten beide Varianten gegenwärtig für die richtige Strategie mehr Personal aufzubauen. Die alleinige Fokussierung auf QN 3 wird mit großer Sicherheit dazu führen, dass dieses Programm nicht schnell erfolgreich sein wird. Es stehen vermutlich nicht genügend Ausbildungsplätze zur Verfügung, um in dem erforderlichen Maße das benötigte Personal innerhalb der kommenden Jahre zu qualifizieren. Ob die vorhandene Flexibilisierung von drei Jahren, in der die Ausbildung zu QN 3 erfüllt oder angefangen werden muss, ausreicht und sich positiv auf die Inanspruchnahme auswirkt, können wir nicht voraussagen. Aber es bleibt ein Unsicherheitsfaktor. Besser wäre es also klarzustellen, dass in der ersten Ausbaustufe sowohl QN 2 als auch QN 3 finanziert werden und erst in einer späteren Ausbaustufe Regelungen zur Nachqualifizierung für QN 3 verpflichtend werden, wenn sich das Ausbildungsangebot verbessert hat.

Trotz der von ASMK und GMK als Mindestanforderungen beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ ist die Assistenz- oder Helferausbildung in den einzelnen Bundesländern zeitlich (1-2 Jahre), inhaltlich und wirtschaftlich sehr unterschiedlich geregelt. So ist beispielsweise die zweijährige Assistenzausbildung in Niedersachsen mit dem Erwerb des Mittleren Schulabschlusses (MSA) verbunden, was zu sehr kurzen Praxiszeiten in den Einrichtungen führt. Die gegenwärtige Anpassung der Assistenzausbildung einzelner Bundesländer an die neue generalistische Pflegeausbildung führt

zu einer weiteren Ausdifferenzierung der rechtlichen Ausbildungsgrundlagen. Es wird vorgeschlagen, dieser Entwicklung entgegenzuwirken und eine bundeseinheitliche Regelung der (generalistischen) Assistenz- und Helferausbildung anzustreben. Dafür könnte die Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz Rahmenvorgaben machen.

Das der Bundesrat die Regelungen in seiner Stellungnahme aufgreift und vorschlägt, das die vorhandenen Ausbildungen zur einjährig staatlich anerkannte Helferinnen- oder Helferausbildung in der Pflege oder einjährig staatlich anerkannte Assistenzausbildung in der Pflege ausreichen sollen, unterstreicht unsere Befürchtung, dass es zunächst nicht genügend Ausbildungsplätze für QN 3 geben wird.

Änderungsbedarf

In § 85 Absatz 9 Satz1 SGB XI muss geregelt werden, dass der Vergütungszuschlag in der ersten Ausbaustufe auch für die Qualifizierung von Mitarbeiter*innen des Niveaus QN 1 auf QN 2 sowie deren Beschäftigung eingesetzt werden kann.

C. Änderungsanträge

Änderungsantrag 6: § 8 Absatz 3 SGB XI Modelltitel des GKV-SV

Bewertung:

Der Paritätische begrüßt nachdrücklich, dass das im Rahmen der KAP vereinbarte Modellprojekt zur Erweiterung der Versorgungsverantwortung von Pflegekräften i.S. der Kompetenzen einer APN (Advanced Practise Nurse) aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung in Höhe von 3 Mio. Euro finanziert werden soll. Diese gesetzliche Neuregelung fördert somit die Entwicklung attraktiver und innovativer Aufgaben- und Verantwortungsbereiche für Pflegefachpersonen, auch sektorenübergreifend. Da die bisherigen Modellvorhaben nach § 8 Absatz 3 Satz 2 sich jedoch inhaltlich vorrangig auf Möglichkeit der Erprobung personenbezogener Budgets sowie neuer Wohnkonzepte beziehen und die nachfolgenden Sätze 3 und 4 die besondere Förderung der Mehrkosten für Pflegebedürftige (z.B. erhöhtes Pflegegeld, pauschalierte Pflegesätze) in den Blick nehmen, passen die Rahmenvorgaben nicht unbedingt zu diesem Modellvorhaben. Es wird daher angeregt, den Modelltitel in einem eigenständigen Absatz 3a zu regeln. Des Weiteren soll geregelt werden, dass die zusätzlichen Personalkosten, die im Rahmen des Modellprojekts in einer Einrichtung entstehen, aus dem Fördervolumen finanziert werden müssen.

Änderungsbedarf:

Überführung der Regelungen in einen neuen § 8 Absatz 3a SGB XI. In Satz 4 wird das Wort „können“ durch „sollen“ ersetzt.

Änderungsantrag 7: § 8 Absatz 6 SGB XI Pflegekraftstellen-Förderprogramm

Bewertung:

Da bislang nur ca. 4000 Stellen des 13.000 Pflegefachkraftstellen-Förderprogramms besetzt werden konnten, ist es angemessen, die Wartefrist von 4 Monaten für die Weiterqualifizierung einer Pflegehilfskraft zur Pflegefachkraft zu streichen. Dass im Rahmen des Förderprogramms auch zusätzliche Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich beschäftigt werden können, die über keine Kompetenzen zur Durchführung der medizinischen Behandlungspflege verfügen ist für das Programm in gewisser Hinsicht vertretbar, darf allerdings keine Präjudiz dafür sein, dass die Kompetenzen von Pflegekräften ausgehöhlt werden.

Änderungsantrag 8: § 40 SGB XI Entscheidungsfristen für Pflegekassen

Bewertung:

Die Einführung einer Genehmigungsfiktion bei nicht rechtzeitig erfolgter Entscheidung der Pflegekasse über die Gewährung von Pflegehilfsmitteln wird ausdrücklich als Beschleunigung des Bewilligungsverfahrens begrüßt.

Änderungsantrag 9: § 78 Digitalisierung in der Pflegehilfsmittelversorgung und der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen

Bewertung:

Die Änderung ist im Zusammenhang mit ÄA 2 zu § 139 SGB V Hilfsmittelverzeichnis zu sehen und wird begrüßt. Allerdings sollte das Pflegehilfsmittelverzeichnis im digitalen Bereich nicht nur spätestens alle 3 Jahre, sondern wie auch das Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V, regelmäßig fortgeschrieben werden.

Positiv zu bewerten ist, dass neben den Pflegehilfsmitteln künftig auch digitale Technologien im Bereich der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen für pflegebedürftige Menschen ausdrücklich förderfähig sein sollen. Es wäre allerdings sinnvoll, statt einer einseitigen Empfehlung des GKV-Spitzenverbands, wie im neuen Absatz 2a vorgesehen, ein Verzeichnis der förderfähigen digitalen Technologien zu erstellen. Sowohl bei einem Verzeichnis als auch bei der Erstellung von Empfehlungen sollten die Expertise der Pflegeverbände und der Verbände der Vertretung der Interessen von Menschen mit Behinderung ausdrücklich einbezogen werden. Es wird angeregt zu überlegen, statt einer dreijährigen eine zweijährige Fortschreibungsfrist vorzusehen.

Der neue Absatz 2a, der digitale Technologien ausdrücklich im Rahmen von wohnumfeldverbessernden Maßnahmen vorsieht, wird als obsolet angesehen, da die

meisten digitalen Technologien nach ihrer Funktionsweise im Wohnumfeld zugleich Pflegehilfsmittel sein werden. Hier

Änderungsbedarf:

In § 78 Absatz 2 Satz 4 neu soll vor dem Wort „spätestens“ das Wort „regelmäßig“ ergänzt werden.

Streichung von Absatz 2a.

Änderungsantrag 11: § 111 und § 111c SGB V Pandemiebedingte Anpassung von Vergütungsvereinbarungen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Bewertung:

Die Ergänzung, dass Krankenkassen und die Träger der zugelassenen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ihre Vergütungsvereinbarungen vom 01.10.2020 bis zum 30.03.2021 anpassen, um den pandemiebedingten Veränderungen im täglichen Leistungsgeschehen Rechnung zu tragen wird begrüßt.

Änderungsantrag 14: § 37 Abs. 3 SGB XI Corona-Pandemie; Beratungsbesuche nach § 37 SGB XI

Bewertung:

Die Neufassung von § 148 zu den Beratungsbesuchen nach § 37 Absatz 3 SGB XI, dass die Beratung bis einschließlich 31. März 2021 auch telefonisch, digital oder per Videokonferenz erfolgen, wenn die pflegebedürftige Person dies wünscht und Datensicherheit gewährleistet ist sowie datenschutzrechtliche Belange beachtet werden, wird begrüßt.

Änderungsantrag 15: § 150 Abs. 6 SGB XI Verlängerung pandemiebedingter Sonderregelungen im SGB XI

Die beabsichtige Verlängerung um weitere drei Monate – bis zum 31. März 2020 - der in § 150 enthaltenen Regelungen, die auf den besonders vulnerablen Bereich der Langzeitpflege zielen, wird ausdrücklich begrüßt.

D. Weitergehender Änderungsbedarf

Präqualifizierungserfordernis für Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Behindertenhilfe bei der Hilfsmittelerbringung

Nach § 126 Absatz 1 Satz 2 können Vertragspartner der Krankenkassen nur Leistungserbringer sein, die die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen. Die Krankenkassen müssen dies nach § 126 Absatz 1a sicherstellen. Zu diesem Zwecke müssen sich Leistungserbringer von der Präqualifizierungsstelle nach Absatz 1a Satz 2 qualifizieren lassen. Die Präqualifizierung gilt für alle Verträge, die durch Ausschreibungen nach § 127 Absatz 1 zustande gekommen sind sowie für Verträge der Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen mit Leistungserbringern, die nach § 127 Absatz 2 geschlossen werden. Eine Präqualifizierung ist lediglich beim Abschluss von Verträgen der Krankenkassen mit Leistungserbringern, die im Einzelfall nach § 127 Absatz 3 geschlossen werden, nicht notwendig.

Grundlage für die Präqualifizierungsanforderungen bildet das Berufsrecht der Leistungserbringer. Hierbei handelt es sich insbesondere um die Handwerksordnung und die Gewerbeordnung (vgl. Hauck/Noftz, SGB V, § 126 Rn. 9 f.). Unter Leistungserbringer fallen somit klassische Handwerksbetriebe und Angehörige von Handwerksberufen (vgl. Hauck/Noftz, SGB V, § 126 Rn. 13 ff.). Bei der Versorgung mit Hilfsmitteln kommt es nicht zu einer „Herstellung, Abgabe und Anpassung“ i. S. d. § 126 SGB V, da dies klassische handwerkliche Tätigkeiten nach der Handwerks- oder Gewerbeordnung voraussetzt. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen oder Einrichtungen der Behindertenhilfe sind daher nicht als Leistungserbringer i. S. d. § 126 SGB V einzuordnen und benötigen keine Präqualifizierung als Lieferant von Hilfsmitteln.

Ohne deren Einbezug in den vorstehend beschriebenen Vorgang der Herstellung, Abgabe und Anpassung von Hilfsmitteln geht es bei Pflegeeinrichtungen allenfalls noch um die sachgerechte Unterstützung der Versicherten bei deren Verwendung. Dies ist Gegenstand der Versorgungsverträge nach §§ 72 ff SGB XI, bei denen das auf die Auftragsvergabe oder die Beitrittsverträge zugeschnittene Präqualifizierungsverfahren aber gerade nicht zur Anwendung kommt. Zudem kontrollieren die im Zusammenhang mit dem Versorgungsvertrag durchgeführten Qualitätsprüfungen regelmäßig auch die hier relevante Unterstützung und deren tatsächliche fachgerechte Durchführung. Vor diesem Hintergrund besteht wegen dieser letztlich wirksameren Kontrolle keinerlei Bedarf nach dem zusätzlichen, kostspieligen und zudem zeitlich immer nur befristeten Präqualifizierungszertifikat im Sinne von § 126 Abs. 1a SGB V.

Änderungsbedarf:

In § 126 Absatz 1 wird nach Satz 2 folgender Satz 3 eingefügt: „Keine Leistungserbringer im Sinne von Satz 2 sind Pflegeeinrichtungen und andere Einrichtungen, die Versicherte mit Hilfsmitteln versorgen, ohne diese herzustellen, abzugeben oder anzupassen.“

E. Stellungnahme zum Antrag der BT-Fraktion DIE LINKE „Kapitaleinkünfte bei der Ermittlung der Krankenversicherungsbeiträge berücksichtigen“ (Drucksache 19/23699)

Der Paritätische steht ein für die notwendige Verbreiterung der Einnahmebasis der Kranken- und Pflegversicherung. Die Finanzierung der Kranken- und Pflegversicherung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Wir betonen die Verpflichtung der Gesellschaft, eine solidarische, der persönlichen Leistungsfähigkeit entsprechende Finanzierung von Gesundheit und Pflege sicherzustellen. Die gegenwärtige Finanzierung der Systeme wird dem nicht gerecht.

Die Umlagefinanzierung hat sich in der Vergangenheit grundsätzlich bewährt. Die Beitragssatzsteigerungen der vergangenen Jahre hätten dabei erheblich gemindert und zum Teil vermieden werden können, wenn der Kreis der Versicherten ausgedehnt, die Beitragsbemessungsgrundlagen erweitert und die Versicherungsbeiträge die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherten besser abbilden würden.

Um dies zu gewährleisten, tritt der Paritätische bereits seit langem dafür ein, die Beitragsbemessungsrundlage der Kranken- und Pflegeversicherung zu erweitern und andere Einkommensarten, etwa Kapitaleinkünfte, mit einzubeziehen. Auf diese Weise würde nicht nur die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherten besser abgebildet, sondern auch die Finanzierung auf „breitere Schultern“ verteilt und eine stabilere, noch weniger von zweitweise schwankenden Beitragseinnahmen aus Lohneinkommen abhängige Finanzierung gewährleistet. Dass eine Beitragsbemessung, die neben dem Lohneinkommen auch andere Einnahmen einbezieht - etwa aus Vermietung, Verpachtung und Kapitalvermögen – administrativ ohne Probleme umzusetzen ist, belegt die entsprechende Beitragserhebung bei freiwillig Versicherten.

Der Paritätische tritt dafür ein, in einem ersten Schritt die Beitragsbemessungsgrenze deutlich anzuheben, mindestens auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung. Kleine und mittlere Einkommen werden dadurch entlastet, denn die Ausweitung der Bemessungsgrundlage ermöglicht eine Senkung des allgemeinen Beitragssatzes oder zusätzliche Leistungsausgaben. Eine Anhebung kann auch schrittweise erfolgen.

Durch diesen Schritt würde der solidarische Charakter der Versicherungszweige zusätzlich betont. Die in Deutschland bestehende Möglichkeit, dass sich ausgerechnet der einkommensstärkste und häufig überdurchschnittlich gesunde Teil der Bevölkerung durch einen Wechsel in eine private Versicherung einem Beitrag zur solidarischen Finanzierung entziehen kann, ist anachronistisch und findet weltweit nahezu kein Pedant. Aus diesem Grund ist die Versicherungspflichtgrenze künftig aufzuheben und eine allgemeine Versicherungspflicht einzuführen. Rechtlich notwendige

Übergangsfristen und dem gebotenen Bestandsschutz sind dabei Rechnung zu tragen.

Berlin, 09. November 2020
Gesundheit, Teilhabe und Pflege

Kontakt

altenhilfe@paritaet.org

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)243(27)
zur öffentl. Anh. am 16.11.2020 -
Versorgungsverbesserungsgesetz
11.11.2020

Stellungnahme des IKK e.V. zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG)

Stand: 10.11.2020

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen 3
Kommentierung des Gesetzentwurfs 6
§ 221a: Ergänzender Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds im Jahr 2021 6
§ 242 Absatz 1 Satz 4: Zusatzbeitrag 8
§ 260 Absatz 2 Satz 1 und 2: Betriebsmittel 10
§ 272: Sonderregelungen für den Gesundheitsfonds im Jahr 2021 11
Kommentierung der Änderungsanträge 13
§ 111 und § 111c: pandemiebedingte Anpassung von Vergütungsvereinbarungen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 13
§ 242 Absatz 1 Satz 4: Zusatzbeitrag 15
§ 40 SGB XI: Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen 17

Grundsätzliche Anmerkungen

Der vorliegende Gesetzesentwurf verfolgt die Absicht, durch Regelungen an verschiedenen Stellen des Gesundheits- und Pflegesystems eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege zu erzielen.

Darüber hinaus wurde das Gesetz im Zuge der Diskussion über die Einhaltung der Sozialgarantie, d.h. der Begrenzung der Sozialabgaben für 2020 und 2021 auf max. 40 Prozent, um Regelungen erweitert, die massiv in das Selbstverwaltungsrecht, konkret in das Haushaltsrecht und in das Vermögen der Krankenkassen, eingreifen.

Die vorgesehene Abführung von 8 Mrd. Euro aus dem Vermögen der einzelnen Krankenkassen stellt einen massiven Eingriff in die Finanzautonomie der selbstverwalteten gesetzlichen Krankenversicherung dar. Zudem wird ein fatales Signal an die Krankenkassen gesendet, die Rücklagen in rechtlich zulässiger und wirtschaftlich vorausschauender Weise gebildet haben. Die Erkenntnis, dass die Erträge wirtschaftlichen und sparsamen Handelns sowie einer im Sinne der Versichertengemeinschaft vorausschauenden, langfristigen Finanzplanung mit einem Federstrich konfisziert werden können, setzt letztlich starke Fehlanreize für zukünftiges Kassenhandeln.

Um die im Rahmen der „Sozialgarantie 2020“ versprochene Grenze der Gesamtsozialausgaben von 40 Prozent nicht zu überschreiten, wäre eine entsprechende auskömmliche Gegenfinanzierung aus Bundesmitteln erforderlich.

Finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung - Regelungen im Zusammenhang mit der Sozialgarantie

Konkret sollen mit dem Gesetzesentwurf Maßnahmen zur Stabilisierung der Zusatzbeiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung umgesetzt werden. Die vorgesehenen Änderungen sehen neben einem einmaligen Bundeszuschuss von 5 Mrd. Euro für das Jahr 2021 die Abführung von Rücklagen der Krankenkassen in Höhe von insgesamt 8 Mrd. Euro vor. Zusätzlich soll die gesetzlich zulässige Obergrenze für Finanzvermögen der Krankenkassen weiter abgesenkt werden.

Wenngleich die Innungskrankenkassen den Rückgriff auf die Kassenvermögen im Grundsatz als nachvollziehbar erachten, ist die geplante Art und Weise ein massiver Eingriff in die Finanzautonomie der Krankenkassen und wird gerade in der vorgesehenen Höhe von 8 Mrd. Euro abgelehnt.

Grundlage der Ermittlung des Finanzierungsbedarfs für 2021 bildet eine gemeinsame Finanzschätzung des Bundesministerium für Gesundheit und des GKV Spitzenverbands von Anfang September.

Hieraus ergibt sich für das Jahr 2021 auch vor dem Hintergrund einnahmen- und ausgabenseitiger Auswirkungen der Corona-Krise ein Bedarf von rund 16 Mrd. Euro, um den aktuellen Zusatzbeitragssatz von 1,1 Prozent stabil zu halten. Aktuelle Einschätzungen der GKV gehen sogar von einem rund 1,7 Mrd. Euro höheren Finanzierungsbedarf aus.

Die Bereitschaft des Bundes, lediglich 5 Mrd. Euro als Bundeszuschuss zu leisten, wälzt den Großteil der finanziellen Verantwortung in Höhe von rund 11 Mrd. Euro auf die gesetzliche Krankenversicherung und damit auf die Beitragszahlenden ab. Dabei wird außer Acht gelassen, dass der Finanzbedarf in der festgestellten Höhe auch deshalb zustande kommt, weil die GKV insbesondere während der Corona-Krise gesamtgesellschaftliche Aufgaben zur Sicherstellung und Aufrechterhaltung der Versorgung übernommen hat.

Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist die Annahme, die Vermögenssituation der Krankenkassen könne den vorgesehenen Vermögensabbau problemlos verkraften, durch den stichtagsbezogenen Blick auf den 30. Juni stark verzerrt. Es ist davon auszugehen, dass sich das Vermögen bis zum Jahresende 2020 bereits ohne weitere Eingriffe deutlich reduziert. Ein zentraler Grund ist dabei der mit dem Versichertenentlastungsgesetz vorgeschriebene Vermögensabbau. Wir gehen davon aus, dass statt den vom Bundesministerium für Gesundheit als Rechtfertigung gewählten rund 20,6 Mrd. Euro zum Jahresende „nur“ rund 16 Mrd. Euro an Vermögen verbleiben. Werden diese um weitere 8 Mrd. Euro reduziert, bilden die verbleibenden 8 Mrd. Euro weniger als 0,35 einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Jahres 2021.

Die Aussage im Gesetzesentwurf, dass die Mittel unterhalb von 0,4 Monatsausgaben unangetastet bleiben, ist damit nur eine Momentaufnahme. Realistisch betrachtet würde einer Krankenkasse im Durchschnitt nicht einmal das Doppelte der Mindestreserve verbleiben.

Wenn es nicht zu einer deutlichen Anhebung des Bundeszuschusses zur Stabilisierung der Zusatzbeiträge in 2021 kommt, dann - und nur dann - wäre aus Sicht der Innungskrankenkassen ein Zugriff auf die Vermögen vertretbar. Dabei müsste es zu einer deutlichen Verringerung des in Anspruch genommenen Vermögens der Krankenkassen kommen, so dass auch zum Jahresende allen Kassen im Mittel mindestens das 0,4-fache einer durchschnittlichen Monatsausgabe für das Jahr 2021 verbleibt.

Das vorgeschlagene Berechnungsverfahren zur Höhe der aufzubringenden Mittel lehnen die Innungskrankenkassen deshalb ab. Wir schlagen stattdessen vor, die Finanzreserven der Krankenkassen oberhalb des 0,8-fachen einer durchschnittlichen Monatsausgabe komplett zu solidarisieren. In Kombination mit den Regelungen im GKV-FKG kann so der erforderliche Übergang vom Preis- hin zum Qualitätswettbewerb wirkungsvoll beschleunigt werden. Damit wird erreicht, dass bei der Umsetzung der Reform des Morbi-RSA die Kassen von einer angeglichen Wettbewerbsposition starten.

Um die im Rahmen der „Sozialgarantie 2020“ versprochene Grenze der Gesamtsozialausgaben von 40 Prozent nicht zu überschreiten, ist darüber hinaus eine entsprechende Gegenfinanzierung in Höhe von weiteren 4 Mrd. Euro aus Bundesmitteln erforderlich.

Dies erscheint auch insofern sachgerecht, als die im Koalitionsvertrag in Aussicht gestellte Einführung von kostendeckenden Beiträgen für ALG-II-Bezieher seitens des Gesetzgebers bisher nicht umgesetzt wurde.

Die Innungskrankenkassen lehnen die weitere Senkung der gesetzlich definierten Höchstgrenzen für die Finanzreserven der Kassen und die damit verbundenen Abbaumechanismen ab. Die Beitragssatzautonomie der Krankenkassen wird durch diese Regelung weiter ausgehöhlt. Ebenso abgelehnt wird die Senkung der Grenze des Verbots für Zusatzbeitragssatzanhebungen.

Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist eine Sonderregelung erforderlich, die Krankenkassen Zusatzbeitragssatzanhebungen zum 1. Januar 2021 ermöglicht, wenn die Mindestreserve absehbar im Jahresverlauf unterschritten wird. Die Aufnahme dieser Sonderregelung im Rahmen der Änderungsanträge wird insofern begrüßt.

Die Begrenzung der Anhebung auf den erforderlichen Zusatzbeitragssatz, um eine Unterschreitung der gesetzlichen Mindestrücklage gerade so zu vermeiden, lehnen die Innungskrankenkassen in diesem Zusammenhang hingegen ab. Denn es ist nicht erkennbar, wie diese Regelung das Ziel erreichen soll, die Planungssicherheit zu erhöhen.

Regelungen im Zusammenhang mit Versorgungsfragen

Was die erweiterten Möglichkeiten im Bereich der Selektivverträge angeht, werden diese von den Innungskrankenkassen begrüßt. Die Optionen, Versorgungsaufträge künftig auch mit weiteren Leistungserbringern schließen zu können sowie Versorgungsangebote auf einzelne Regionen zu beschränken, gibt den Krankenkassen die Möglichkeit, ihr Versorgungsagenbot zielgenauer auf die Bedarfe ihre Versicherten abzustimmen.

Auch das Ziel einer Stärkung der stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen wird von den Innungskrankenkassen grundsätzlich begrüßt. Die Innungskrankenkassen regen dazu eine Neustrukturierung des Sicherstellungszuschlags durch eine gestaffelte Förderung an, wodurch eine Förderung von Kinderkliniken und Kinder- und Jugendabteilungen angemessen umgesetzt werden kann.

Der IKK e.V. nimmt im Folgenden Stellung zu einzelnen Aspekten des Gesetzentwurfes sowie zu den Änderungsanträgen. Im Übrigen wird auf die detaillierte Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes verwiesen.

Kommentierung des Gesetzentwurfs

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 221a: Ergänzender Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds im Jahr 2021

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung in Satz 1 verpflichtet den Bund für das Jahr 2021 zur Zahlung eines ergänzenden Bundeszuschusses an den Gesundheitsfonds in Höhe von 5 Mrd. Euro.

Durch diese Regelung soll sichergestellt werden, den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz nach § 242a für das Jahr 2021 weitestgehend stabil zu halten. Hierdurch soll im Rahmen der von der Bundesregierung zugesicherten „Sozialgarantie 2021“ der Gesamtsozialversicherungsbeitrag unterhalb der Grenze von 40 Prozent gehalten werden.

Grundlage der Ermittlung des Finanzierungsbedarfs für 2021 bildet eine gemeinsame Finanzschätzung des Bundesministeriums für Gesundheit und des GKV Spitzenverbands von Anfang September. Hieraus ergibt sich für das Jahr 2021 auch vor dem Hintergrund einnahmen- und ausgabenseitiger Auswirkungen der Corona-Krise ein Bedarf von rund 16,6 Mrd. Euro, um den aktuellen Zusatzbeitragssatz von 1,1 Prozent stabil zu halten.

Satz 2 regelt die anteilige Bezuschussung der landwirtschaftlichen Krankenkasse, welche nicht über den Gesundheitsfonds finanziert wird. Der Anteil der landwirtschaftlichen Krankenkasse soll 30 Mio. Euro betragen.

Bewertung

Die Erhöhung von Bundesmitteln ist aus Sicht der Innungskrankenkassen insbesondere vor dem Hintergrund der pandemiebedingten Krisensituation und der Übernahme gesamtgesellschaftlicher Aufgaben durch die GKV sachgerecht und zielführend.

Die Bereitschaft des Bundes, lediglich 5 Mrd. Euro als einmaligen Bundeszuschuss zu leisten, wälzt den Großteil der finanziellen Verantwortung in Höhe von rund 11 Mrd. Euro auf die gesetzliche Krankenversicherung und damit auf die Beitragszahlenden ab. Dabei wird außer Acht gelassen, dass der Finanzbedarf in der festgestellten Höhe auch deshalb zustande kommt, weil die GKV insbesondere während der Corona-Krise gesamtgesellschaftliche Aufgaben zur Sicherstellung und Aufrechterhaltung der Versorgung übernommen hat.

Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist die Annahme, die Vermögenssituation der Krankenkassen könne den vorgesehenen Vermögensabbau problemlos kompensieren durch den stichtagsbezogenen Blick auf den 30. Juni stark verzerrt. Es ist davon auszugehen, dass sich das Vermögen bis zum Jahresende 2020 bereits ohne weitere Eingriffe deutlich reduziert. Ein zentraler Grund ist dabei der mit dem Versichertenentlastungsgesetz vorgeschriebene Vermögensabbau. Wir gehen davon aus, dass statt den vom Bundesministerium für Gesundheit als Grundlage gewählten rund 20,6 Mrd. Euro zum Jahresende „nur“ rund 16 Mrd. Euro an Vermögen verbleiben. Werden diese um weitere 8 Mrd. Euro reduziert bilden die verbleibenden 8 Mrd. Euro weniger als 0,35 einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Jahres 2021. Die Aussage im Gesetzesentwurf, dass die Mittel oberhalb unterhalb von 0,4 Monatsausgaben unangetastet bleiben ist damit nur eine Momentaufnahme. Realistisch betrachtet würde einer Krankenkasse im Durchschnitt nicht einmal das Doppelte der Mindestreserve verbleiben.

Die Innungskrankenkassen schlagen daher eine Verringerung des in Anspruch genommenen Vermögens der Krankenkassen um 4 Mrd. Euro vor, so dass auch zum Jahresende allen Kassen im Mittel mindestens 0,4 einer durchschnittlichen Monatsausgabe für das Jahr 2021 verbleiben.

Um die im Rahmen der „Sozialgarantie 2020“ versprochene Grenze der Gesamtsozialausgaben von 40 Prozent nicht zu überschreiten ist eine entsprechende Gegenfinanzierung in Höhe von insgesamt 9 Mrd. Euro aus Bundesmitteln erforderlich.

Änderungsvorschlag

§ 221a ist wie folgt zu ändern:

a) In Satz 1 ist die Angabe „5“ werden durch die Angabe „9“ zu ersetzen.

b) In Satz 2 ist die Angabe „30“ durch die Angabe „55“ zu ersetzen.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 242 Absatz 1 Satz 4: Zusatzbeitrag

Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung ergänzt die in Artikel 1 Nr. 9 beabsichtigte Änderung in § 260, mit denen die Krankenkassen verpflichtet werden, ihre Finanzreserven aus Rücklagen und Betriebsmitteln abzubauen, wenn diese die gesetzlich neu definierte Obergrenze überschreiten. Krankenkassen sollen ihre Zusatzbeiträge daher solange nicht anheben dürfen, wie ihre Finanzreserven die zulässige Obergrenze überschreiten.

Diese Obergrenze wird durch die Neuregelung von einer durchschnittlichen Monatsausgabe auf das 0,8-fache einer durchschnittlichen Monatsausgabe gesenkt.

Maßgeblich für eine Anhebung sind dabei die zuletzt vorgelegten vierteljährlichen Rechnungsergebnisse.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen lehnen die Senkung der Grenze des Zusatzbeitragssatzanhebungsverbot ab. Die Beitragssatzautonomie wird durch diese Regelung erneut deutlich beschnitten, ohne einen erkennbaren Mehrwert erkennen zu lassen.

Aufgrund des am 1. Januar 2019 in Kraft getretenen Versichertenentlastungsgesetzes sind die Krankenkassen bereits verpflichtet, ihre Rücklagen binnen drei Jahren bis auf eine Monatsausgabe abzuschmelzen. Um insoweit überschießende Finanzreserven abzubauen, erheben daher zahlreiche Krankenkassen derzeit einen bereits in 2020 bei weitem nicht kostendeckenden Zusatzbeitragssatz. Aufgrund der vom GKV-Schätzerkreis prognostizierten zunehmenden Ausgabendynamik nimmt die Unterdeckung durch den bereits aktuell zu niedrig erhobenen Zusatzbeitragssatz in 2021 noch weiter zu. Diese niedrigen Zusatzbeitragssätze setzen aber gerade das Vorhandensein entsprechender Finanzreserven voraus, die nach Artikel 1 Nr. 11 jedoch abzuführen sind.

Für Krankenkassen, für die ein Anhebungsverbot gilt, besteht zum 1. Januar keine Möglichkeit, auf die steigenden Ausgaben und auf eine ggf. durch die Reform des Morbi-RSA stark veränderte Einnahmensituation zu reagieren. Die “Sozialgarantie 2021“ sollte aber selbstverständlich nicht nur am 1. Januar 2021, sondern auch im Jahresverlauf und für den durchschnittlich erhobenen Zusatzbeitragssatz gelten. Die Anwendung des Anhebungsverbotes ohne eine Berücksichtigung der nach Artikel 1 Nr. 11 vorgesehenen Vermögensabführungen in den Gesundheitsfonds bedeutet, dass Krankenkassen erst

mit Vorliegen der Rechnungsergebnisse für das 1. Quartal 2021 ihren Zusatzbeitragssatz der drastisch veränderten Finanzsituation (erhöhte Ausgaben, verminderte Einnahmen, erheblich reduziertes Vermögen) anpassen können. Wird ihnen die Möglichkeit einer moderaten Anpassung zum 1. Januar genommen, muss die unterjährige Anhebung des Zusatzbeitragssatzes umso höher ausfallen. Dies gefährdet nicht nur die weitere Realisierung der „Sozialgarantie 2021“, sondern birgt auch das Risiko verstärkter Mitgliederverluste bei den vom Anhebungsverbot betroffenen Krankenkassen und erhöht damit die Haftungsrisiken in der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein Anhebungsverbot kann es deshalb nur für Krankenkassen geben, die auch nach Abzug der an den Gesundheitsfonds abzuführenden Finanzreserven über ein Finanzvermögen oberhalb einer Monatsausgabe verfügen.

Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 8 wird wie folgt gefasst:

§ 242 Absatz 1 wird um folgenden Satz 5 ergänzt:

„Im Jahr 2020 sind bei der Feststellung der Vermögensverhältnisse nach Satz 4 die nach § 272 Absatz 1 von den Krankenkassen an den Gesundheitsfonds abzuführenden Finanzmittel, die nach § 272 Absatz 2 im Jahr 2021 mit den Zuweisungen des Gesundheitsfonds verrechnet werden, von den in den vierteljährlichen Rechnungsergebnissen ausgewiesenen Finanzreserven in Abzug zu bringen.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9

§ 260 Absatz 2 Satz 1 und 2: Betriebsmittel

Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung senkt die Obergrenze für Obergrenze für die Pflicht zum stufenweisen Abbau von Finanzreserven der Krankenkassen von einer Monatsausgabe auf das 0,8-fache einer Monatsausgabe ab.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen lehnen die weitere Senkung der gesetzlich zulässigen Obergrenzen für Finanzvermögen ab.

Die Beitragssatzautonomie wird durch diese Regelung erneut deutlich beschnitten. Die Festlegung der Beitragssätze in einer Kasse erfolgt in einer paritätisch besetzten Selbstverwaltung, wie sie bei den Innungskrankenkassen besteht, unter Würdigung von verschiedenen externen wie internen Gründen. Entscheidungen fallen mit Blick auf finanzielle Risiken, die sich aus dem Wettbewerb und aus gesetzlichen Vorgaben geben können, wie mit Blick auf beabsichtigte Investitionen in Versorgungsverbesserungen.

Der bestehende Einschnitt bedarf keiner weiteren Verschärfung. Insbesondere, da die Vermögen ohnehin abgeschmolzen werden sollen.

Änderungsvorschlag

Streichung.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11

§ 272: Sonderregelungen für den Gesundheitsfonds im Jahr 2021

Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 1 der Neuregelung legt fest, dass den Einnahmen des Gesundheitsfonds im Jahr 2021 einmalig Mittel aus den Finanzreserven der am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen zugeführt werden. In Verbindung mit dem unter Artikel 1 Nummer 7 geregelten Bundeszuschusses sollen so die Zusatzbeitragssätze stabilisiert werden.

Dazu werden die entsprechenden Krankenkassen verpflichtet, 66,1 Prozent der Finanzreserven nach § 260 Absatz 2 Satz 1, die zwei Fünftel des durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Betrags der Ausgaben für die in § 260 Absatz 1 Nummer 1 genannten Zwecke überschreiten, an den Gesundheitsfonds abzuführen. Maßgeblich für die Berechnung sind die von den Krankenkassen für das erste Halbjahr 2020 nach Abschluss des zweiten Quartals 2020 vorgelegten vierteljährlichen Rechnungsergebnisse (KV45).

Absatz 2 regelt, dass die Beträge vom Bundesamt für soziale Sicherung (BAS) berechnet und per Bescheid geltend gemacht werden. Die festgesetzten Beträge werden dann vom BAS mit den nach § 16 Absatz 5 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung für das Ausgleichsjahr 2021 an die Krankenkasse auszuzahlenden Zuweisungen verrechnet. Die Verrechnung wird gleichmäßig auf die verbleibenden Monate des Jahres 2021 aufgeteilt, um eine Gleichmäßigkeit zu erzielen. Nach Satz 4 sollen Klagen gegen die Bescheide des BAS keine aufschiebende Wirkung haben.

Bewertung

Wie bereits in den grundsätzlichen Anmerkungen dargestellt, lehnen die Innungskrankenkassen den Eingriff in das Selbstverwaltungsrecht im Allgemeinen ab und halten die Belastung der Vermögen der Krankenkassen in Höhe von 8 Mrd. Euro im Besonderen als unverhältnismäßig hoch.

Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist die Annahme, die Vermögenssituation der Krankenkassen könne den vorgesehenen Vermögensabbau problemlos kompensieren durch den stichtagsbezogenen Blick auf den 30. Juni stark verzerrt. Es ist davon auszugehen, dass sich die Vermögen der Krankenkassen bis zum Jahresende 2020 bereits ohne weitere Eingriffe deutlich reduzieren. Ein zentraler Grund ist dabei der mit dem Versichertenentlastungsgesetz vorgeschriebene Vermögensabbau. Wir gehen davon aus, dass statt den vom Bundesministerium für Gesundheit als Grundlage gewählten

rund 20,6 Mrd. Euro zum Jahresende „nur“ rund 16 Mrd. Euro an Vermögen verbleiben. Werden diese um weitere 8 Mrd. Euro reduziert bilden die verbleibenden 8 Mrd. weniger als 0,35 einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Jahres 2021. Die Aussage im Gesetzesentwurf, dass die Mittel oberhalb unterhalb von 0,4 Monatsausgaben unangetastet bleiben ist damit nur eine Momentaufnahme. Realistisch betrachtet würde einer Krankenkasse im Durchschnitt nicht einmal das Doppelte der Mindestreserve verbleiben.

Wenn es nicht zu einer deutlichen Anhebung des Bundeszuschusses zur Stabilisierung der Zusatzbeiträge in 2021 kommt, dann - und nur dann - wäre aus Sicht der Innungskrankenkassen ein Zugriff auf die Vermögen vertretbar. Dabei müsste es zu einer deutlichen Verringerung des in Anspruch genommenen Vermögens der Krankenkassen kommen, so dass auch zum Jahresende allen Kassen im Mittel mindestens 0,4 einer durchschnittlichen Monatsausgabe für das Jahr 2021 verbleibt. So wird die finanzielle Handlungsfähigkeit der Krankenkassen nicht durch Eingriffe des Gesetzgebers gefährdet.

Das vorgeschlagene Berechnungsverfahren zur Höhe der aufzubringenden Mittel lehnen die Innungskrankenkassen ab. Durch Fehlsteuerungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) ist es in den vergangenen Jahren zu Wettbewerbsverzerrungen gekommen. Dass dies auch seitens des Gesetzgebers wahrgenommen wurde, zeigt sich eindrücklich an der Einführung des Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG). Es wird deshalb vorgeschlagen, die Finanzreserven der Krankenkassen oberhalb des 0,8-fachen einer durchschnittlichen Monatsausgabe komplett zu solidarisieren. Eine exakte Berechnung der erforderlichen Obergrenze, ab der Vermögen abzuführen ist, ist aufgrund fehlender Einzelkassenwerte für den IKK e.V. nicht möglich. Nach unseren Berechnungen handelt es sich bei dem Gesamtvermögen oberhalb des 0,8-fachen einer Monatsausgabe mindestens um 4 Mrd. Euro. Vermögenden Kassen bleibt mit den verbleibenden Finanzreserven ein ausreichender finanzieller Handlungsspielraum erhalten. Krankenkassen, die in den vergangenen Jahren vom Morbi-RSA benachteiligt worden sind, bleibt durch die geringere Inanspruchnahme ihres Vermögens die Wettbewerbsfähigkeit erhalten. In Kombination mit den Regelungen im GKV-FKG kann so der erforderliche Übergang vom Preis- hin zum Qualitätswettbewerb wirkungsvoll beschleunigt werden.

Die vorgesehene Durchführung durch das BAS halten die Innungskrankenkassen für nachvollziehbar, ebenso die unter Absatz 2 beschriebenen Verfahrensgrundsätze.

Änderungsvorschlag

In Satz 1 ist die Angabe „66,1 Prozent der“ durch die Angabe „die“ und die Angabe „zwei Fünftel“ durch „vier Fünftel“ zu ersetzen.

Kommentierung der Änderungsanträge

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 2b - neu und 2c – neu
§ 111 und § 111c: pandemiebedingte Anpassung von Vergütungsvereinbarungen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der geplanten Neuregelung soll die Leistungsfähigkeit der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen während der derzeitigen epidemischen Lage weiterhin gewährleistet werden. Vorgesehen ist, die bisherigen Ausgleichszahlungen durch Vergütungsvereinbarungen zwischen den Krankenkassen und den Einrichtungsträgern anzupassen, um den pandemiebedingten Veränderungen im täglichen Leistungsgeschehen Rechnung zu tragen. Die Vergütungsvereinbarungen sollen für den Zeitraum vom 1. Oktober 2020 bis zum 31. März 2021 gelten. Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats die genannte Befristung bis zum 31. Dezember 2021 verlängern.

Bewertung

Nach Einschätzung der Innungskrankenkassen ist die bisherige Schutzschirm-Regelung für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ausreichend, um die Leistungsfähigkeit sowie die wirtschaftliche Betriebsführung der Einrichtungen während der epidemischen Lage zu gewährleisten. Zudem hat sich das Bundesministerium für Gesundheit die Ermächtigung zugesprochen, die bisherige Regelung um weitere 6 Monate zu verlängern, ohne davon Gebrauch zu machen.

Die Neuregelung würde dazu führen, dass die Ausgleichszahlungen für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nicht mehr aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, sondern direkt zu den Krankenkassen verlagert werden. Dadurch würden pandemiebedingte Kosten direkt den Beitragszahlern aufgelastet.

Zudem würden die Anpassungen der Vergütungsvereinbarungen einen unverhältnismäßig hohen Verwaltungsaufwand auf Seiten der GKV wie auf Seiten der Einrichtungsträger verursachen. Insbesondere unter Berücksichtigung des Erfüllungsaufwand der mit dem kürzlich in Kraft getretenen Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG) einhergeht, werden somit bürokratische Anforderungen gestellt, die gerade in der derzeitigen Situation überflüssig und vermeidbar erscheinen.

Änderungsvorschlag

Streichung.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8

§ 242 Absatz 1 Satz 4: Zusatzbeitrag

Beabsichtigte Neuregelung

Durch den Änderungsantrag wird die vorgesehene Senkung der Vermögensobergrenze, ab der Zusatzbeitragssatzerhöhungen verboten sind, ergänzt.

Dabei wird zunächst eine Sonderregelung eingeführt, die es Krankenkassen ermöglichen soll, den Zusatzbeitragssatz zu erhöhen, wenn diese zwar Ende 2020 die Vermögensgrenze überschreiten, jedoch absehbar im Jahresverlauf 2021 unter die Mindestrücklage fallen. Die Höhe dieser Anhebung wird jedoch begrenzt auf den Zusatzbeitragssatz, der erforderlich ist, um eine Unterschreitung der gesetzlichen Mindestrücklage zu vermeiden.

Des Weiteren ist eine Regelung für Krankenkassen mit weniger als 50.000 Mitgliedern vorgesehen. Diese können sich auf Antrag von den Aufsichtsbehörden eine Anhebung ihrer Zusatzbeitragssätze genehmigen lassen, durch die einer Unterschreitung der für sie individuell erforderlichen Rücklage entgegengewirkt wird.

Ferner sollen bei der Bemessung der Zusatzbeitragssätze grundsätzlich die Ausgabenerwartungen des Schätzerkreises für das Jahr 2021 als Maßstab zugrunde gelegt werden. Abweichungen von den Annahmen des Schätzerkreises sind von den Krankenkassen schriftlich zu begründen.

Schließlich wird die Zuführung von Geldmitteln für künftig zu zahlende Versorgungsbezüge der Bediensteten und ihrer Hinterbliebenen nach § 263 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ist im Haushaltsplan für das Haushaltsjahr 2021 begrenzt.

Bewertung

Wie den Ausführungen zu Artikel 1, Nummer 8 zu entnehmen ist, begrüßen die Innungskrankenkassen die Einführung einer Sonderregelung , die Krankenkassen Zusatzbeitragssatzanhebungen zum 1. Januar 2021 ermöglicht, wenn die Mindestreserve absehbar im Jahresverlauf unterschritten wird.

Änderungsvorschlag

Artikel 1 Nummer 8 wird wie folgt gefasst:

§ 242 Absatz 1 wird um folgenden Satz 5 ergänzt:

„Im Jahr 2020 sind bei der Feststellung der Vermögensverhältnisse nach Satz 4 die nach § 272 Absatz 1 von den Krankenkassen an den Gesundheitsfonds abzuführenden Finanzmittel, die nach § 272 Absatz 2 im Jahr 2021 mit den Zuweisungen des Gesundheitsfonds verrechnet werden, von den in den vierteljährlichen Rechnungsergebnissen ausgewiesenen Finanzreserven in Abzug zu bringen.“

Zu Artikel 3 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 8
§ 40 SGB XI: Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Beabsichtigte Neuregelung

Für § 40 SGB XI wird ein neuer Absatz 6 vorgesehen:

„Die Pflegekasse hat über einen Antrag auf Pflegehilfsmittel oder Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine Pflegefachkraft oder der Medizinische Dienst nach Absatz 1 Satz 2 beteiligt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Kann die Pflegekasse die Fristen nach Satz 1 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.“

Bewertung

Die geplante Regelung wird von den Innungskrankenkassen abgelehnt.

Eine Übernahme der Regelungen nach § 13 Abs. 3a SGB V (PRG) in die Regelungen nach § 40 SGB XI ist nach Ansicht der Innungskrankenkassen nicht sachgerecht. Darüber hinaus haben die Regelungen in § 13 Abs. 3a SGB V bereits zu erheblichen Auslegungsschwierigkeiten mit umfangreicher Rechtsprechung geführt. Auch in der Kommentarliteratur wird die Regelung des § 13 Abs. 3a SGB V erheblich kritisiert und deren Abschaffung gefordert.

Darüber hinaus sind die in beiden Paragraphen aufgeführten Leistungen nicht vergleichbar. Hilfsmittel nach § 33 SGB V sind jeweils direkt für den Versicherten selbst vorgesehen (entweder zum Behinderungsausgleich oder zur Krankenbehandlung). Dies trifft auf Pflegehilfsmittel nicht durchgängig zu. Denn der Gebrauch bestimmter Pflegehilfsmittel, wie z.B. Mundschutz, Desinfektionsmittel etc., dient nicht dem Schutz des zu Pflegenden, sondern dem Schutz der Pflegeperson. Entsprechendes gilt für Hilfsmittel zur Pflegeerleichterung. Für Pflegehilfsmittel ein bürokratisches Verfahren vorzusehen, geht insofern fehl, stattdessen wäre eine Pauschalierung der hierfür vorgesehen Mittel sinnvoll (s.u.).

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen sind Zuschussleistungen für z.B. durch Handwerksbetriebe durchgeführte Umbaumaßnahmen. Auch hier handelt es sich charakteristisch nicht um Sachleistungen im Sinne von dringender, lebenserhaltender Versorgung zur Krankenbehandlung oder zum Behinderungsausgleich. Nach allgemeiner Erfahrung

werden auch diese Anträge nahezu immer dem MD vorgelegt. Es wäre dann aber erforderlich, nahezu bei jedem Antrag den Versicherten zusätzlich über die entsprechenden Fristen zu informieren, also ein erhöhter Verwaltungsaufwand für die Kassen. Zudem finden i.d.R. zeitaufwändige Abstimmungen mit Hausverwaltungen statt, ob Umbaumaßnahmen überhaupt – und wenn ja, wie – durchzuführen sind, so dass die Leistung allein deshalb oft Verzögerungen erfährt.

Zudem ist zu bedenken, dass schon jetzt der MD an Leistungsgrenzen stößt. Die Innungskrankenkassen sind deshalb der Ansicht, dass die nötige „Infrastruktur“ noch nicht vorhanden ist. Sollte eine solche Regelung tatsächlich eingeführt werden, müssten zunächst die Voraussetzungen dafür geschaffen werden. Zum jetzigen Zeitpunkt bereits eine Frist vorzusehen, wird abgelehnt.

Für den Bereich der Pflegehilfsmittel schlagen die Innungskrankenkassen vor, § 40 Abs. 2 Satz 1 SGB XI in dem Sinne umzuformulieren, dass die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel in Höhe von 40 Euro dem Pflegegeld aufgeschlagen werden. Damit würde die Möglichkeit geschaffen, dass die anspruchsberechtigten Versicherten sich die erforderliche Leistung selbst bedarfsgerecht beschaffen können. Die Versicherten erhalten durch diese Maßnahme eine umgehende Versorgung. Die Bedarfsprüfung durch den MD und die notwendige Bewilligung durch die Krankenkassen entfällt. Frei werdende Kapazitäten können der sonstigen Antragsbearbeitung zur Verfügung gestellt werden. Bearbeitungszeiten können so effektiv reduziert werden.

Änderungsvorschlag

Streichung des geplanten neuen Absatzes 6 in § 40 SGB XI.

Stattdessen Umformulierung des § 40 Abs. 2 Satz 1 SGB XI wie folgt:

„Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel in Höhe von 40 Euro werden dem Pflegegeld aufgeschlagen.“

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)243(28)
zur öffentl. Anh. am 16.11.2020 -
Versorgungsverbesserungsgesetz
11.11.2020

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. | Mielenforster Str. 2 | 51069 Köln

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Leiterin Sekretariat PA 14
Anja Lüdtke
Per Mail an anja.luedtke@bundestag.de

09.11.2020

Stellungnahme des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.

zur Verbändeanhörung zum Entwurf eines

Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (GPVG)

Zu uns

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ) ist die berufliche Interessenvertretung der Kinder- und Jugendärzte[1] in Deutschland. Knapp 12.000 Kinder- und Jugendärzte aus Klinik, Praxis und öffentlichem Gesundheitsdienst gehören dem Verband an.

Mielenforster Straße 2
51069 Köln

Stabsstelle Politik und Kommunikation
Fon (030) 28 04 75 10
Fax (0221) 68 32 04

kathrin.jackel-neusser@uminfo.de
www.bvkj.de
www.kinderaerzte-im-netz.de

Vereinsregister:
AG Köln VR 10647

Deutsche Apotheker-
und Ärztebank Köln
IBAN: DE91 3006 0601 0001 2737 79
BIC (Swift Code): DAAEDEDD

Steuer-Nr.: 218/5751/0668

Grundsätzliches vorab

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Aufforderung zur Stellungnahme zur Verbändeanhörung zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (GPVG).

Wir nehmen hier Stellung zu den Inhalten die Versorgung von Kindern und Jugendlichen betreffend.

[1] Im Folgenden sind selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

Gesunde Kinder
sind unsere Zukunft.

Zu Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - Weiterer Regelungsbedarf:

Sie hatten uns zusätzlich den Änderungsantrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen vom 02.11.2020 übersandt. Diesen Änderungsantrag begrüßen wir ausdrücklich insbesondere wegen des dringenden Handlungsbedarfs (Begründung s. weiter unten).

Zu § 43 a, Klarstellung zu nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen erforderlich

§ 43 a SGB V bedarf der Klarstellung hinsichtlich der Finanzierung sog. „nichtärztlicher sozialpädiatrischer Leistungen" und muss daher wie folgt geändert werden:

„(1) Versicherte Kinder haben im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung Anspruch auf nicht-ärztliche sozialpädiatrische Leistungen, insbesondere auf psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen; § 30 des Neunten Buches bleibt unberührt.

(2) Versicherte Kinder haben Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, die unter ärztlicher Verantwortung in der ambulanten psychiatrischen Behandlung und in ermächtigten Sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB V erbracht werden."

Begründung:

Bisher ist die Finanzierung sog. „nichtärztlicher sozialpädiatrischer Leistungen" nur in der ambulanten psychiatrischen Behandlung eindeutig geregelt (vgl. § 43 a Abs. 2 SGB V).

Die bisherige Formulierung in Absatz 1 hat in den vergangenen Jahren zu erheblichen Rechtsunsicherheiten geführt, so dass sich in einigen Bundesländern die Träger der Eingliederungshilfe bereits aus der Finanzierung zurückgezogen haben. Zuletzt sorgte ein Urteil des Landessozialgericht Berlin-Brandenburg (LSG BB) aus dem Oktober 2018 dafür, dass sich nun auch z.B. in NRW die Landschaftsverbände flächendeckend ab 01.01.2021 die Finanzierung beenden.

Das Urteil hatte in einem Einzelfall der GKV die vollumfängliche Finanzierungspflicht für alle Leistungen des SPZ in Diagnostik, Beratung, Therapie und Förderung zugesprochen, also auch für die „nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen".

Zur Vermeidung einer Vielzahl von Klageverfahren aller SPZ zur Durchsetzung Ihrer Forderungen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen ist eine gesetzliche Klarstellung erforderlich.

Zu 2. Erweiterte Möglichkeiten für Selektivverträge

Bewertung BVKJ:

Nach wie vor sind die Pädiater hinsichtlich des Zugangs zu Selektivverträgen hier den Allgemeinmedizinern nicht gleichgestellt. Dies gilt es zu ändern. Eine rechtliche Ungleichbehandlung ist nicht zweckmäßig, weil sowohl Pädiater als auch Allgemeinmediziner/Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung die hausärztliche Versorgung der Bevölkerung sicherstellen.

Zu 3. Bessere Versorgung von Schwangeren durch Förderung zusätzlicher Heb-ammenstellen (Hebammenstellen-Förderprogramm)"

Bewertung BVKJ:

Dies begrüßen wir grundsätzlich. Der Fokus sollte aber nicht nur auf dem Hebammen- und Entbindungspfleger-Mangel in der stationären Versorgung, sondern gerade auch in der ambulanten Schwangerenvor- und -nachsorge liegen. Auch hier sind gravierende Versorgungsmängel zu konstatieren.

Zu 4. Einbeziehung der Kinder- und Jugendmedizin in die pauschale Förderung für ländliche Krankenhäuser

Bewertung BVKJ:

Die geplante Regelung, die Liste vom 30. Juni 2020 zur Ausweisung der gemäß § 136c Absatz 3 Satz 2 SGB V zuschlagsberechtigten Krankenhäuser zu erweitern, begrüßen wir ausdrücklich. Da-mit wird sichergestellt, dass diejenigen Kinderkrankenhäuser und die Krankenhäuser mit einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin, welche die Vorgaben zur Aufnahme in die Liste er-füllen, nicht erst ab 2022 unterstützt werden.

Es sei aber ergänzend angemerkt, dass eine Summe von 400.000 Euro i.d.R. bei Weitem nicht ausreichen wird, um die notwendigen Vorhaltekosten zur Aufrechterhaltung einer stationären Mindest-struktur für die päd. Akutversorgung abzudecken. Dazu sind, auch angesichts der zunehmenden Personalprobleme gerade in ländlichen Regionen, die individuelle Situation der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen berücksichtigende gesetzliche Regelungen von Nöten.

Wir geben allerdings zu bedenken, dass ein Sicherstellungsanspruch für die ländliche Struktur auch wirklich bei der Pädiatrie ankommen muss. Die Mittel müssen zweckgebunden für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen eingesetzt werden.

Zu 5. Zukunftsorientierte Personalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Bewertung BVKJ:

Hier ist die Pädiatrie nicht ausreichend mitgedacht worden. Im ambulanten Be-reich haben wir immer wieder Probleme bei der Vermittlung von in der Kinderpflege erfahrenen ambulanten Diensten. Denn diese Passage bezieht sich leider nur auf Pflegeeinrichtungen und nicht auf Kliniken.

Abschließende Bemerkung:

Eine Änderung der Stellungnahme im weiteren Verfahren behalten wir uns vor. Gerne stehe ich Ihnen persönlich für den weiteren Austausch zur Verfügung!

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Thomas Fischbach

Präsident des BVKJ

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)243(29)
zur öffentl. Anh. am 16.11.2020 -
Versorgungsverbesserungsgesetz
11.11.2020

vdek
Die Ersatzkassen

Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG)

Stand: 10.11.2020

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeiner Teil 4

2. Kommentierung des Gesetzentwurfs 12

- Zu Artikel 1 Nummer 6 a) cc) § 140a Absatz 1 Satz 4 Bestandsschutzregelung für Altverträge nach §§ 73a, 73c, 140a 12
- Ergänzender Änderungsbedarf: § 140a Absatz 2 neuer Satz 3 (Besondere Versorgung von Leistungen der Regelversorgung, z. B. ambulantes Operieren) 13
- Ergänzender Änderungsbedarf: § 140a Absatz 2 Satz 5 Qualitätsvorgaben bei der Beteiligung verschiedener Leistungssektoren 14
- Zu Artikel 1 Nummer 6 d) § 140a Absatz 3a Neue Gestaltungsmöglichkeiten jenseits der bisherigen Selektivverträge ... 15
- Ergänzender Änderungsbedarf: Zu § 140a Absatz 4 Satz 7 SGB V Teilnahmeerklärungen der Versicherten an besonderen Versorgungsformen 16
- Zu Artikel 1 Nummer 8 § 242 Absatz 1 SGB V – Zusatzbeitrag 17
- Zu Artikel 1 Nummer 9 § 260 Absatz 2 SGB V – Betriebsmittel 19
- Zu Artikel 2 Nummer 1 § 4 Absatz 2 KHEntG – Vereinbarung eines Erlösbudgets 20
- Zu Artikel 3 Nummer 4 § 85 SGB XI – Pflegesatzverfahren 23

3. Kommentierung der Änderungsanträge von CDU/CSU und SPD ... 26

- Zu Änderungsantrag 7 „Pflegefachkraftstellen-Förderprogramm“ 26
- Zu Änderungsantrag 8 „Entscheidungsfristen für Pflegekassen“ 27
- Zu Änderungsantrag 9 „Digitalisierung in der Pflegehilfsmittelversorgung“ 28
- Zu Änderungsantrag 10 „Sicherstellung der medizinischen Versorgung in epidemischen Lagen, Finanzierung von Testzentren“ 29
- Zu Änderungsantrag 11 „Pandemiebedingte Anpassung von Vergütungsvereinbarungen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen“ 30
- Zu Änderungsantrag 14 „Corona-Pandemie; Beratungsbesuche nach § 37 SGB XI“ 31
- Zu Änderungsantrag 15 „Verlängerung pandemiebedingter Sonderreglungen im SGB XI“ 32

4. Weiterer ergänzender Änderungsbedarf 33

- § 140a Absätze 1, 2, 3 und 4 SGB V (Umbenennung der „besonderen Versorgung“ in „selektivvertragliche Versorgung“) 33

1. Allgemeiner Teil

Der Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG) beinhaltet eine Reihe von Rechtsänderungen in inhaltlich verschiedenen Bereichen. Insbesondere sei an dieser Stelle auf die deutliche Erweiterung der Selektivvertragsmöglichkeiten einzugehen sowie auf die regulatorische Umsetzung des BMG-Papiers zur Sozialgarantie 2021.

Ersatzkassen unterstützen die erweiterten Möglichkeiten für Selektivverträge

Die in § 140a SGB V vorgesehenen Erweiterungen der selektivvertraglichen Möglichkeiten unterstützen die Krankenkassen darin, ihren Versicherten deutlich verbesserte und individueller zugeschnittene Versorgungsmöglichkeiten anzubieten.

Die Ausweitung für alle Leistungsbereiche und alle anderen Leistungserbringer wird dafür sorgen, dass die Ersatzkassen von diesen flexibleren Gestaltungsmöglichkeiten zum Wohle ihrer Versicherten schnell Gebrauch machen werden. Dass der Kreis der Vertragspartner um andere Sozialleistungsträger erweitert wird, begrüßt der vdek grundsätzlich. Die Beteiligung weiterer Sozialversicherungsträger ermöglicht integrierte Versorgungsformen zur Lösung von Problemen beim Übergang von der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung in andere gesundheitsbezogene Leistungsbereiche und greift die geschaffenen Fördermöglichkeiten im Rahmen der Förderung durch den Innovationsfonds auf.

Auch die Ausweitung auf die Nutzung digitaler Versorgungsinnovationen nach § 68a SGB V im Rahmen selektivvertraglicher Versorgungsformen durch die Aufnahme der Anbieter nach § 68a Absatz 3 SGB V als mögliche Vertragspartner ist zukunftsorientiert, hiermit werden weitere Möglichkeiten zur Nutzung digitaler Innovationen in der Versorgung geschaffen.

Die Ersatzkassen haben in ihrer Initiative „regional stark“ in den letzten Jahren deutlich gemacht, dass sie gezielt Verträge abgeschlossen haben, die regionale Besonderheiten und regionale Bedarfe aufgreifen. Insofern ist es konsequent und richtig, dass der Gesetzgeber nun klarstellt, dass sich die besondere Versorgung auch auf einzelne Regionen beschränken, beziehungsweise regionale Besonderheiten abweichend von der Regelversorgung abbilden kann.

Die Ersatzkassen begrüßen ebenfalls, dass die Möglichkeiten, Versorgungsinnovationen zu fördern, erheblich erweitert werden. Es ist zielführend, dass die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, durch den Innovationsfonds geförderte Projekte auf freiwilliger Basis weiterzuführen. Dies unterstützt die bisherige Sichtweise der Ersatzkassen, dass mit der Förderentscheidung des Innovationsausschusses gemäß § 92b SGB V bereits eine Entscheidung über das Innovationspotenzial einer Versorgung getroffen wurde. Diese Genehmigungsfiktion schafft weitere Rechtssicherheit für die Krankenkassen und ermöglicht die Durchführung und Weiterführung innovativer Versorgungsformen im Rahmen des Innovationsfonds und über den Innovationsfonds hinaus. Der Wegfall des Wirtschaftlichkeitsnachweises ist ebenfalls angemessen, da unabhängig von dem bisher geregelten Nachweis das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt. Dies kann und wird durch die jeweiligen Aufsichtsbehörden im Rahmen der allgemeinen aufsichtsrechtlichen Regeln kontrolliert.

Gemäß GPVG-Entwurf dürfen Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen der Leistungserbringer und der Krankenkassen zur Versorgung der Versicherten durch Vertragspartner oder Dritte erbracht werden, dies schafft aus Sicht der Ersatzkassen Rechtsklarheit. Unabhängig davon, wem Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen als gesetzliche Aufgaben zugewiesen sind, können die Vertragspartner einer besonderen Versorgung diese Aufgaben füreinander wahrnehmen beziehungsweise Dritte mit dieser Aufgabe beauftragen. Die Beschränkung der Ausnahme von der originären Aufgabenwahrnehmung auf besondere Versorgungsformen gewährleistet, dass Interessen der Solidargemeinschaft nicht beeinträchtigt werden. Da die Teilnahme an der besonderen Versorgung zudem für Versicherte freiwillig und die Aufgabenwahrnehmung durch Dritte transparent ist, werden deren Interessen an einer originären Aufgabenwahrnehmung nicht beeinträchtigt.

Von den Krankenkassen können im Rahmen von Verträgen nach § 140a auch eine besondere Versorgung von Leistungserbringern gefördert werden, die diese selbstständig ohne Initiative der Krankenkassen durchführen. Dies kann sich auch auf eine besondere Versorgung im Rahmen des Versorgungsmanagements nach § 11 Absatz 4 beziehen. Gegenstand der Verträge kann auch eine Beteiligung an übergreifenden Versorgungsaufträgen anderer Sozialleistungsträger oder Träger der Daseinsvorsorge sein. Die

Ersatzkassen unterstützen diese Regelung, denn sie ermöglicht eine weitere Flexibilisierung der Beteiligung der Krankenkassen an neuen Versorgungsformen und schafft damit neue Gestaltungsmöglichkeiten, jenseits der bisherigen Selektivverträge. Es ist richtig, dass die Beteiligung dabei nur insofern erfolgen darf, als sie dem Zweck bzw. der Aufgabenerfüllung der gesetzlichen Krankenversicherung dient.

Zudem begrüßen die Ersatzkassen auch die weitere Regelung, dass Gegenstand der Verträge nach § 140a auch eine Versorgung im Wege der Sach- und Dienstleistung sein kann, sofern medizinische oder soziale Gründe dies rechtfertigen oder in Fällen, in denen die Voraussetzung für eine Kostenerstattung für von Versicherten selbst beschaffte Leistungen vorliegen. Derartige Versorgungsverträge können auch mit nicht zugelassenen Leistungserbringern abgeschlossen werden, wenn sie eine mindestens gleichwertige Versorgung gewährleisten. Für die Ersatzkassen ist dies wichtig, weil mit der Regelung eine Möglichkeit zur Versorgung in Einzelfällen geschaffen wird, die die bisherigen Kostenübernahmen im Einzelfall ersetzen können und zugleich den Ablauf für Krankenkassen, Versicherte und Leistungserbringer erleichtern. Die Einschränkung auf die genannten Ausnahmefälle stellt zudem klar, dass es sich bei diesen Verträgen nur um Regelungen für fakultative Einzelfälle handeln kann.

Regelungen zur GKV-Finanzierung im Jahr 2021 notwendig

Zur Deckung der voraussichtlichen Finanzierungslücke in der GKV von ca. 16 Milliarden Euro und zur Einhaltung der Sozialgarantie 2021- die Deckelung der Sozialversicherungsabgaben bei insgesamt 40 Prozent - wurde von der Bundesregierung ein Bündel an Maßnahmen vorgeschlagen, die die Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen betreffen.

So soll der Bundeszuschuss in den Gesundheitsfonds einmalig um fünf Milliarden Euro auf insgesamt 19,5 Milliarden Euro im Jahr 2021 erhöht werden. Der vorliegende Gesetzenzwurf sieht zusätzlich eine Abschmelzregelung bei den Rücklagen der Krankenkassen vor. Diejenigen Krankenkassen, deren Rücklagen über einem Grenzwert von 40 Prozent einer durchschnittlichen Monatsausgabe liegen, müssen 66,1 Prozent aller über dem Grenzwert liegenden Rücklagen an den Gesundheitsfonds abführen. Diese an den Gesundheitsfonds abgeführten Mittel fließen in 2021 neben den regulären Einnahmen in die Zuweisungen an die Krankenkassen. Zusätzlich sollen sowohl

die Anhebungsverbotsgrenze für den kassenindividuellen Zusatzbeitrag gesenkt und die Rücklagenobergrenze von 100 Prozent einer durchschnittlichen Monatsrücklage auf 80 Prozent abgesenkt werden. Kassen, die über Rücklagen oberhalb dieser Grenze verfügen, dürfen ihre Zusatzbeiträge nicht anheben und müssen ihre Rücklagen durch gleichbleibende oder sinkende Zusatzbeiträge innerhalb von drei Jahren abbauen.

Insgesamt sollen durch diese Maßnahmen 13 Milliarden Euro generiert werden. Fünf Milliarden Euro durch den erhöhten Steuerzuschuss und acht Milliarden Euro durch die Abschmelzregelung. Um die Deckungslücke von ca. 16 Milliarden Euro zu schließen, werden Schätzungsweise weitere drei Milliarden Euro benötigt. Diese sollen durch Anhebung der Zusatzbeitragssätze generiert werden. Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a Absatz 2 SGB V wird durch das BMG nach Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises entsprechend festgelegt. Er müsste um 0,2 Prozentpunkte auf 1,3 Prozent angehoben werden. Damit läge der Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz noch knapp unter der 40 Prozent-Marke. Die Abgaben lägen bei insgesamt 39,95 Prozent, zuzüglich des Kinderlosenzuschlags i. H. v. von 0,25 Prozent zur sozialen Pflegeversicherung

Die Finanzierungslücke ist vor allem dadurch entstanden, dass die GKV in der Pandemie viele gesamtgesellschaftliche Aufgaben zuverlässig und unkompliziert übernommen hat. Der vdek erwartet eine gerechte Kostenverteilung und die stärkere Einbeziehung der privaten Krankenversicherung in die Finanzierung dieser gesamtgesellschaftlichen Aufgaben. Es ist nicht gerecht, die Hauptlast der Deckung der Finanzierungslücke den Beitragszahlern und der Selbstverwaltung zu überantworten. Der vorgesehene Rücklagenabbau beeinträchtigt eine vorausschauende Finanzplanung der Selbstverwaltung.

Dass die Politik ein Maßnahmenpaket zur Finanzierung der Milliardenlücke in der gesetzlichen Krankenversicherung vorlegt und dabei auch Rücklagen der Krankenkassen einbezieht, ist grundsätzlich nachvollziehbar. Die Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter in den Gremien der Ersatzkassen weisen darauf hin, dass nach der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) und der gesetzgeberischen Festlegung eines allgemeinen Beitragssatzes im Jahr 2008 ein weiteres Mal in die Autonomie der Selbstverwaltung eingegriffen werden soll. Auch wenn der

Rücklagenabbau in die Finanzautonomie der Selbstverwaltung eingreift, räumt der vdek ein, dass hiermit finanzielle Fehlentwicklungen seit der Einführung des Morbi-RSA korrigiert werden sollen, durch die vor allem die Ersatzkassen im Wettbewerb benachteiligt werden. In der Hochphase der Pandemie waren es die selbstverwalteten gesetzlichen Krankenkassen, die alles getan haben, damit das Gesundheitssystem handlungs- und leistungsfähig bleibt. Eine erneute finanzielle und strukturelle Beschneidung der GKV durch die Eingriffe in die Finanzautonomie der Selbstverwaltung sollte verhindert werden.

Die Absenkung des Grenzwerts für ein Beitragssatzanhebungsverbot auf 0,8 Monatsausgaben (MA) verengt den Korridor des zulässigen Umfangs an Finanzreserven noch weiter und sollte unterbleiben.

Die momentanen Grenzwerte wurden erst mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) eingeführt und haben bisher noch nicht ihre volle Wirkung hinsichtlich des Abbaus von Finanzreserven entfalten können. Es kann daher noch nicht beurteilt werden, ob die bestehenden Regelungen zum Rücklagenabbau der Krankenkassen alleine nicht schon die angestrebten Effekte in gewünschtem Ausmaß sicherstellen würden. Eine erneute Verschärfung dieser Regelung erscheint daher überstürzt und ist weder eine notwendige noch hinreichende Bedingung für eine Stabilisierung der GKV-Finanzen im Jahr 2021. Finanzwirkungen gehen von dieser Änderung kaum aus und sind zur eigentlichen Zielsetzung des Gesetzes zur Stabilisierung der GKV-Finanzlage nicht hilfreich.

Zumindest sollte aber bei der Ermittlung der Grenze für ein Beitragssatzanhebungsverbot die Abführung der Rücklagen - laut § 272 GPVG - bereits 2020 im Zuge der Haushaltsplanung 2021berücksichtigt werden. Dazu sollte § 242 Absatz 1 um einen neuen Satz 5 erweitert werden. Danach sind bei der Ermittlung des Verhältnisses nach Satz 4 die von den Krankenkassen nach § 272 Absatz 1 aus den Finanzreserven abzuführenden Mittel, deren Verrechnung nach § 272 Absatz 2 Satz 2 in der Haushaltsplanung für das Jahr 2021 zu berücksichtigen ist, von den in den vierteljährlichen Rechnungsergebnissen aktuellsten ausgewiesenen Finanzreserven in Abzug zu bringen.

Ausgleich der Überzahlungen im zahnärztlichen Bereich sachgerecht

Die Regelungen hinsichtlich des Rettungsschirms Zahnärzte (eingeführt mit dem COVID-19-Bevölkerungsschutzgesetz I) sollen dergestalt verstetigt werden, dass auch nach Auslaufen der entsprechenden COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung (zum 31.03.2021) der Ausgleich möglicher Überzahlungen aus 2020 geleistet werden kann. Dazu sollen laut Entwurf die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen flexible Vereinbarungen treffen können. Die Regelung sah vor, dass die zahnärztliche Gesamtvergütung auf KZV-Ebene für 2020 pauschal mit 90 Prozent der Gesamtvergütung aus 2019 festgesetzt wird. Dadurch sollten Insolvenzen von niedergelassenen Zahnärzten aufgrund Fallzahlrückgänge während der COVID-19-Pandemie vermieden werden. Sollten die tatsächlich erbrachten vertragszahnärztlichen Leistungen letztlich unterhalb der 90 Prozent liegen, soll diese Überzahlung in den Jahren 2021 und 2022 ausgeglichen werden. Eine redaktionelle Fortführung der Regelung, um die Ausgleichszahlungen in den kommenden Jahren sicherzustellen, ist aus Sicht des vdek sachgerecht.

Hebammenstellen-Förderprogramm mit Nachbesserungsbedarf

Es soll laut Entwurf ein Hebammenstellen-Förderprogramm aufgelegt werden. Aus Beitragsmitteln sollen über drei Jahre (2021 bis 2023) pro Jahr 65 Millionen Euro bereitstehen. Ziel ist es, pro 500 Geburten (basierend auf dem Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019) 0,5 Vollzeit-Hebammen-Stellen separat zu finanzieren. Zusätzlich soll assistierendes Fachpersonal (Medizinische Fachangestellte, Pflegefachkräfte) bis zu maximal zehn Prozent der Vollzeit-Hebammen-Stellen die zum 01.01.2020 existierten, eingestellt werden können. Förderfähig wären nur Neueinstellungen bzw. Aufstockungen von Teil- auf Vollzeitstellen. Es soll möglichst ein Hebammen/Schwangeren-Betreuungsverhältnis von 1:2 erreicht werden. Der vdek sieht das Problem, dass die Anrechnung von medizinischem Hilfspersonal den Betreuungsschlüssel verwässern könnte.

Dennoch wird auch die Förderung zusätzlicher Stellen für assistierendes Personal unterstützt, da es Hebammen sinnvoll entlasten, ihnen eine reine Fokussierung auf die geburtshilfliche Tätigkeit ermöglichen kann und so zu einer Qualitätsverbesserung in der Geburtshilfe beitragen kann. Selbst wenn eine 1:2 Betreuung gegeben ist, sollten Hebammen nicht Aufgaben, die die Organisation der geburtshilflichen Abteilung betreffen, oder Reinigungsarbeiten übernehmen müssen.

Der vdek schlägt daher vor, die Anrechnung von Hilfspersonal auf den Betreuungsschlüssel entweder in der möglichen gesetzlichen oder untergesetzlichen Regelung (QFR-RL) auszuschließen.

Der vdek hält es nicht für zielführend, die Entlastung der Hebammen durch assistierendes Personal in dieser Form lang- und mittelfristig zu vertagen. Zwar können die Bedenken bezüglich des zukünftigen Einsatzes von Hebammen und assistierendem Personal grundsätzlich nachvollzogen werden, der Gesetzentwurf sollte daher dahingehend geändert werden, dass die Krankenhäuser mit dem Nachweis der Beschäftigung zusätzlichen assistierenden Personals Konzepte vorlegen müssen, welche Aufgaben dieses Personal übernimmt. Diese Konzepte sollten ebenfalls Bestandteil der zwingenden Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung sein. Aktuell besteht in der Praxis das Problem, dass die Nachweise für die Anzahl der Vollkräfte und deren Kosten im Pflegebudget nicht aussagekräftig sind. Die Wirtschaftsprüfer testieren, dass die Krankenhäuser das Personal entsprechend auf den Konten gebucht haben, allerdings nicht, dass dieses Vorgehen sachgerecht ist.

Des Weiteren regt der vdek eine Klarstellung an, dass die Förderung gezielt auf Krankenhäuser ausgerichtet wird, die mindestens 500 Geburten im Jahr durchführen. Damit stärkt die Förderung gleichzeitig die Leistungskonzentration in Krankenhäusern, die eine große Erfahrung und Routine in der Geburtshilfe vorweisen, was der Behandlungsqualität und Patientensicherheit zugutekommt.

Einbezug kinder- und jugendmedizinischer Stationen/Kliniken in die Sicherstellungszuschläge systemkonform

Die Liste der Krankenhäuser, die pauschal 400.000 Euro Sicherstellungszuschlag erhalten, soll bis Ende des Jahres 2020 um Kinderkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin, die die Voraussetzungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) erfüllen, erweitert werden. Zudem sollen Krankenhäuser, die auf der Sicherstellungsliste stehen, künftig eine höhere Pauschale als 400.000 Euro erhalten können. Dafür muss ein Krankenhaus mehr als zwei basisrelevante Fachabteilungen vorhalten. So kann es je zusätzlicher basisrelevanter Fachabteilung weitere 200.000 Euroerhalten. Das BMG rechnet, dass etwa 31 neue Standorte in den Genuss

der Zuschläge kommen, laut Schätzungen der GKV, ist mit bis zu 59 zusätzlichen Standorten zu rechnen. Das ergibt für die Krankenkassen zusätzliche Ausgaben in Höhe von mindesten 11,8 Millionen Euro. Aus vdek-Sicht erscheint die Lösung systemkonform. Es gilt jedoch auch der Grundsatz: Qualität geht vor Erreichbarkeit.

Einführung der ersten Stufe eines Personalbemessungsverfahrens in der vollstationären Pflege guter Ansatz

Der GPVG-Entwurf sieht darüber hinaus vor, dass eine erste Stufe zur Einführung eines Personalbemessungsverfahrens in der vollstationären Pflege auf Grundlage der Ergebnisse der Studie zur Ermittlung des einheitlichen Personalbedarfs (SOCIUM) umgesetzt wird. Dies begrüßt der vdek. Dabei sollen zusätzlich ca. 20.000 Stellen für Altenpflegehilfskräfte finanziert werden. Die Kosten hierfür werden ausschließlich durch die Pflegeversicherung übernommen. Der vdek bewertet es positiv, dass dadurch die Pflegebedürftigen nicht weiter belastet werden.

2. Kommentierung des Gesetzentwurfs

Zu Artikel 1 Nummer 6 a) cc)
§ 140a Absatz 1 Satz 4 Bestandsschutzregelung für Altverträge nach §§ 73a, 73c, 140a

Beabsichtigte Neureglung

Die bisherige Bestandsschutzregelung für Verträge, die auf den §§ 73a, 73c und 140a SGB V in der bis zum 22.07.2015 geltenden Fassung geschlossen wurde, soll nun aufgehoben werden.

Bewertung

Altverträge sollen bis zum 31.12.2024 nach dieser Vorschrift überführt oder beendet werden. Diese Umstellung ist als bürokratische Hürde abzulehnen. Inhaltlich bedeutet die Neuregelung eine personell aufwendige reine formalistische Umstellung der Altverträge auf die neue Rechtsgrundlage, die überflüssig ist, weil die Verträge in der Umsetzung zwingend allein an der jetzt geltenden Gesetzeslage orientiert sind und nicht an nicht mehr geltenden Gesetzesständen. Damit wären nach der hier intendierten Gesetzesänderung im Ergebnis allein die Vertragsdokumente zu überarbeiten und an die neuen Gesetzesbezeichnungen anzupassen und dann neu zu zeichnen. In der rechtlichen Beurteilung dieser Verträge ändert sich somit nichts, weil Altgesetzesstände nicht gelten. Allerdings würde den Vertragsparteien die Möglichkeit eröffnet, nun inhaltlich Konditionen in Frage zu stellen, was wiederum die Wirtschaftlichkeit der Verträge verschlechtern könnte. Daher wird die Neuregelung abgelehnt.

Änderungsvorschlag

Die Regelung wird gestrichen.

Ergänzender Änderungsbedarf: § 140a Absatz 2 neuer Satz 3 (Besondere Versorgung von Leistungen der Regelversorgung, z. B. ambulantes Operieren)

Sachverhalt

Aktuell besteht eine Rechtsunsicherheit darüber, ob Leistungen, die in der Regelversorgung explizit einem Sektor zugeordnet sind, im Rahmen von Selektivverträgen auch außerhalb dieses Sektors erbracht werden können. Konkret betroffen sind hier beispielsweise Leistungen im Bereich des ambulanten Operierens. Nach Auffassung des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) sowie des Hessischen Landessozialgerichts (L1 KR 644/18 Kl) können ambulante Operationen, die nicht im Leistungskatalog des § 115b SGB V bzw. im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) enthalten sind, im Rahmen von Selektivverträgen nicht ambulant erbracht werden. Diese enge Interpretation führt dazu, dass insbesondere im Bereich des ambulanten Operierens innovative Verfahren aus dem stationären Bereich selektivvertraglich nicht in den ambulanten Bereich überführt werden können, solange sie nicht in den EBM oder den Katalog nach § 115b SGB V übernommen wurden. Letzteres kann ggf. erhebliche Zeit in Anspruch nehmen. Eine solch restriktive, am Kollektivvertragssystem ausgerichtete Auslegung widerspricht dem Sinn und Zweck von Selektivverträgen, der darin besteht, dass die Vertragspartner gerade innovative Versorgungsmodelle zügig umsetzen können. Daher sollte im Gesetz eine Klarstellung erfolgen.

Ergänzender Änderungsvorschlag

Nach § 140a Absatz 2 Satz 2 wird folgender Satz 3 eingefügt:
„Bei der ambulant ärztlichen Leistung kann die Abweichung auch darin bestehen, dass diese nicht in den Leistungskatalogen aufgeführt wird.“

Ergänzender Änderungsbedarf: § 140a Absatz 2 Satz 5 Qualitätsvorgaben bei der Beteiligung verschiedener Leistungssektoren

Sachverhalt

Die Regelungen in § 140a Absatz 2 Satz 5 SGB V sehen eine Beteiligung verschiedener Leistungssektoren vor, die sich jeweils an eigenen Qualitätsvorgaben orientieren.

Die Regelung definiert jedoch nur die in der vertragsärztlichen Versorgung beschlossenen Anforderungen als Mindeststandard. Diese passen allerdings nicht für alle beteiligten Sektoren bzw. Leistungserbringer. Daher bedarf es der Klarstellung, dass deren Geltung nur für den Sektor bzw. das Fach des jeweiligen Leistungserbringers reicht, damit es nicht zu komplizierten überschneidenden Geltungsbereichen kommt. Da nun künftig auch nicht-ärztliche Leistungserbringer an besonderen Versorgungsaufträgen beteiligt werden und diese auch andere als die in § 140a Absatz 2 Satz 5 vorausgesetzte Anforderungen erfüllen müssen, ist eine solche Klarstellung sinnvoll.

Ergänzender Änderungsvorschlag

In § 140a Absatz 2 Satz 5 wird hinter dem Wort *„Mindestvoraussetzungen“* *„soweit den jeweiligen Sektor bzw. Leistungserbringer in dessen Fach betreffend,“* eingefügt.

Zu Artikel 1 Nummer 6 d)
§ 140a Absatz 3a Neue Gestaltungsmöglichkeiten jenseits der bisherigen Selektivverträge

Beabsichtigte Neureglung
Die Regelung ermöglicht die Förderung von Versorgungsprojekten der Leistungserbringer, die den Zielen einer besonderen Versorgung nach Absatz 1 entsprechen, aber nicht von den Krankenkassen initiiert und betrieben werden. Die Beteiligung der Krankenkassen, sofern die Anforderungen des § 140a SGB V im Übrigen eingehalten werden, kann sich nach dieser Regelung auf finanzielle Zuschüsse zu den Kosten der Projektstrukturen oder auf besondere Vergütungsvereinbarungen beschränken.

Bewertung
Durch die neugeschaffenen Regelungen des Absatzes 3a werden die Regelungsmöglichkeiten für die Krankenkassen umfassend erweitert. Der Absatz 3a ermöglicht eine weitere Flexibilisierung der Beteiligung der Krankenkassen an neuen Versorgungsformen und schafft damit neue Gestaltungsmöglichkeiten, jenseits der bisherigen Selektivverträge. Die Erweiterung wird daher grundsätzlich begrüßt. Aus Klarstellungsgründen sollte sich die Beteiligung von Krankenkassen an Verträgen nach Absatz 3a Nummer 1 und 2 aber nicht nach dem Zweck der gesetzlichen Krankenkassen richten, sondern sich an deren Aufgaben orientieren. Darüber hinaus ist klarzustellen, dass die jeweils aufzuwendenden Mittel auch ausschließlich der jeweiligen Trägeraufgabe zufließen müssen, was aus § 30 SGB IV folgt.

Änderungsvorschlag
In Absatz 3a wird in Satz 2 statt der im Gesetzentwurf vorgesehenen Wörter *„soweit sie dem Zweck der gesetzlichen Krankenversicherung dienen“* folgender Halbsatz eingefügt: *„soweit es den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht“*. Es wird in Absatz 3a folgender Satz 3 ergänzt: *„Die Beteiligung nach den Ziffern 1 und 2 darf insbesondere auch hinsichtlich der finanziellen Mittel nur erfolgen, soweit es um die Wahrnehmung von Aufgaben einer Krankenkasse im Rahmen des übergreifenden Versorgungsauftrages geht.“*

Ergänzender Änderungsbedarf: Zu § 140a Absatz 4 Satz 7 SGB V
Teilnahmeerklärungen der Versicherten an besonderen Versorgungsformen

Sachverhalt

In § 140a Absatz 4 SGB V sind die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten an einer besonderen Versorgung geregelt.

Der Versicherte muss dabei sein Einverständnis für die Teilnahme und sein Einverständnis für eine Nutzung seiner Daten für wissenschaftliche Zwecke getrennt voneinander erklären bzw. kann seine Teilnahme an einem besonderen Versorgungsvertrag nicht von seinem Einverständnis zur Nutzung seiner Daten zu wissenschaftlichen Zwecken abhängig gemacht werden. Bei Innovationsfondsprojekten ist in § 92a Absatz 1 Satz 3 eine wissenschaftliche Begleitung und Förderung Voraussetzung für eine Förderung. Eine Inanspruchnahme der Leistung ohne Zustimmung zur Datennutzung zu Evaluationszwecken ist in diesen Fällen nicht möglich. Deswegen ist es geboten, in diesem Fall die beiden separaten Erklärungen zu bündeln.

Ergänzender Änderungsvorschlag

Nach § 140a Absatz 4 Satz 7 wird folgender Satz angefügt: *„In den Fällen von Absatz 2 Satz 4 wird gleichzeitig mit der Teilnahmeerklärung die Einwilligung gemäß Absatz 4 Satz 1 in die Datennutzung erklärt.“*

Zu Artikel 1 Nummer 8
§ 242 Absatz 1 SGB V – Zusatzbeitrag

Beabsichtigte Neureglung
Die Änderung erweitert das bereits in Absatz 1 Satz 4 enthaltene Verbot zur Anhebung des Zusatzbeitragssatzes auf alle Kassen mit Finanzreserven oberhalb von 0,8 MA (statt wie bisher einer MA). Ziel der Regelung ist der Abbau von Finanzreserven bei den Krankenkassen bis auf das Vierfache der Mindestrücklage von 0,2 MA.

Bewertung
Die Absenkung des Grenzwerts für die Finanzreserven auf 0,8 MA verengt den Korridor des zulässigen Umfangs an Finanzreserven noch weiter. Die bisherige Spanne zwischen Mindestrücklage (0,2 MA) und Obergrenze (eine MA) von 0,8 MA erscheint sinnvoll, um Ausgabenschwankungen innerhalb eines Jahres abzufedern sowie eine mittelfristige Finanzplanung der Krankenkassen zu ermöglichen.

Die momentanen Grenzwerte wurden erst mit dem GKV-VEG eingeführt und haben bisher noch nicht ihre volle Wirkung hinsichtlich des Abbaus von Finanzreserven entfalten können. Es kann daher noch nicht beurteilt werden, ob die bestehenden Regelungen zum Rücklagenabbau der Krankenkassen alleine nicht schon die angestrebten Effekte in gewünschtem Ausmaß sicherstellen würden.

Eine erneute Verschärfung dieser Regelung erscheint daher überstürzt und ist weder eine notwendige noch hinreichende Bedingung für eine Stabilisierung der GKV-Finanzen in 2021. Finanzwirkungen gehen von dieser Änderung kaum aus und sind zur eigentlichen Zielsetzung des Gesetzes zur Stabilisierung der GKV-Finanzlage nicht hilfreich.

Änderungsvorschlag
Streichung der Neuregelung

Alternativ ist § 242 Absatz 1 um den folgenden neuen Satz 5 zu erweitern:

„Bei der Ermittlung des Verhältnisses nach Satz 4 sind die von den Krankenkassen nach § 272 Absatz 1 aus den Finanzreserven abzuführenden Mittel, deren Verrechnung nach § 272 Absatz 2 Satz 2 in der Haushaltsplanung

für das Jahr 2021 zu berücksichtigen ist, von den in den vierteljährlichen Rechnungsergebnissen jeweils ausgewiesenen Finanzreserven in Abzug zu bringen."

Zu Artikel 1 Nummer 9
§ 260 Absatz 2 SGB V – Betriebsmittel

Beabsichtigte Neureglung
Die Änderung erweitert die bereits in Absatz 2 enthaltene Vorschrift zum Abbau von Finanzreserven auf alle Kassen mit Finanzreserven oberhalb von 0,8 MA (statt wie bisher einer MA). Ziel der Regelung ist der Abbau von Finanzreserven bei den Krankenkassen bis auf das Vierfache der Mindestrücklage von 0,2 Monatsausgaben.

Bewertung
Die Absenkung des Grenzwerts für die Finanzreserven auf 0,8 MA ist nicht sachgerecht, da der Korridor des zulässigen Umfangs an Finanzreserven noch weiter verkleinert wird. Die bisherige Spanne zwischen Mindestrücklage (0,2 MA) und Obergrenze (einer MA) von 0,8 Monatsausgaben erscheint sinnvoll, um Ausgabenschwankungen innerhalb eines Jahres abzufedern sowie eine mittelfristige Finanzplanung zu ermöglichen.

Im Übrigen wird auf unsere Bewertung zu Nummer 8 des Gesetzentwurfs verwiesen.

Änderungsvorschlag
Streichung der Neuregelung

Zu Artikel 2 Nummer 1
§ 4 Absatz 2 KHEntG – Vereinbarung eines Erlösbudgets

Beabsichtigte Neureglung
Es wird ein Förderprogramm für neue bzw. aufgestockte Stellen von Hebammen eingeführt. Neben Hebammen ist auch unterstützendes Fachpersonal in der Geburtshilfe und Gynäkologie eingeschlossen. Dabei handelt es sich um medizinische Fachangestellte, Dokumentations- und Pflegekräfte. Die Laufzeit des Förderprogramms ist auf 2021 bis 2023 begrenzt.

Je Krankenhaus sollen auf diese Weise bis zu 0,5 Hebammen-Vollzeitstellen pro 500 Geburten finanziert werden. Die Finanzierung des unterstützenden Fachpersonals ist auf zehn Prozent der zum 01.01.2020 vorhandenen Hebammen-Vollzeitstellen begrenzt. Voraussetzung der Finanzierung ist eine schriftliche Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung. Das Krankenhaus hat zudem die jeweiligen Stellenbesetzungen und zweckentsprechende Mittelverwendung per Testat nachzuweisen. Der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) wird beauftragt, ab 2022 jährlich über das Förderprogramm zu berichten.

Bewertung
Aus Sicht des vdek ist die Zielsetzung des Hebammenstellenförderprogramms, die geburtshilfliche Versorgung durch zusätzliche Hebammenstellen zu verbessern, zu begrüßen. Der vdek unterstützt das Ziel, einen Hebammen-Betreuungsschlüssel von zunächst 1:2, perspektivisch 1:1 zu erreichen. Dieser Hebammen-Betreuungsschlüssel sollte gesetzlich oder untergesetzlich durch den G-BA festgelegt werden.

Allerdings lässt sich der Fachkräftemangel bei Hebammen nicht einfach nur mit zusätzlichem Geld für neue bzw. aufgestockte Stellen beheben. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurde zudem schon das Förderprogramm für die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf auf Hebammen ausgedehnt – „mit dem Ziel, Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal oder von Hebammen und Entbindungspflegern zusätzlich zu fördern“ (§ 4 Absatz 8a KHEntgG).

Zudem stellt das Hebammenstellen-Förderprogramm in seiner jetzigen Fassung nicht sicher, dass das zusätzliche Personal nach Beendigung des

Förderprogramms in den Regelbetrieb des Krankenhauses übernommen werden kann und weiterhin zweckgebunden finanziert wird. Hierzu müsste der Gesetzesvorschlag entsprechend ergänzt werden. Die Krankenhäuser müssen verpflichtet werden, nachzuweisen, dass sie das über das Förderprogramm eingestellte Personal über 2023 hinaus beschäftigen. Die Weiterbeschäftigung sollte zwingender Bestandteil der Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung sein.

Abzulehnen ist auch, dass innerhalb des Hebammenstellen-Förderprogramms auch andere Berufsgruppen finanziert werden sollen. Sämtliches Personal im Funktionsdienst wird über die Fallpauschalen vergütet. Die Gesetzgebung darf nicht dazu führen, dass für jede Berufsgruppe im Krankenhaus eigene Finanzierungsregeln aufgestellt werden. Dies führt zu Bürokratieaufbau und weiterer Belastung der Budgetverhandlungen mit den Krankenhäusern. Der Einsatz der Fördermittel sollte sich daher auf den Aufbau und die Aufstockungen von entsprechend qualifiziertem Fachpersonal konzentrieren. Im Zuge der Umsetzung der Regelungen zu den Pflegepersonaluntergrenzen hat sich gezeigt, dass die Möglichkeit zur Anrechnung von medizinischem Hilfspersonal auf die Einhaltung der Personaluntergrenzen zu einer Verwässerung des Betreuungsschlüssels führt. Ein solcher Fehler sollte an dieser Stelle vermieden werden. Falls unterstützendes Personal trotzdem Teil des Förderprogramms bleiben sollte, sollten die Krankenhäuser zumindest individuelle Konzepte vorlegen, welche Aufgaben assistierendes Personal übernimmt. Denn die Entlastung durch assistierendes Personal/Delegation hat Grenzen. Einige Dokumentationspflichten sind in der Berufsordnung der Hebammen vorgesehen. Sie müssen von der Delegation ausgenommen werden. Stattdessen wäre eine Entlastung durch den Abbau bürokratischer Tätigkeiten, die z. B. in Zusammenhang mit einer Organisation der geburtshilflichen Abteilung stehen (Ambulanztätigkeiten), sowie die Entlastung von Reinigungsarbeiten eine Grundvoraussetzung für eine diesbezügliche Förderung. Dies sollte ebenfalls zwingender Bestandteil der Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung sein.

Der vdek regt zudem eine Klarstellung an, dass die Förderung gezielt auf Krankenhäuser ausgerichtet wird, die mindestens 500 Geburten im Jahr durchführen. Damit stärkt die Förderung gleichzeitig die Leistungskonzentration in Krankenhäusern, die eine große Erfahrung und Routine in der Geburtshilfe vorweisen, was der Behandlungsqualität und Patientensicherheit zugutekommt.

Änderungsvorschlag

Im Artikel 2 Nummer 1 zu § 4 Absatz 10 (Neu) KHEntgG werden im ersten Satz nach den Worten *„0,5 Vollzeitstellen pro 500 Geburten in einem Krankenhaus“* die Worte *„mit mindestens 500 durchgeführten Geburten“* eingefügt.

Im Artikel 2 Nummer 1 zu § 4 Absatz 10 (Neu) KHEntgG werden die Sätze 3 und 4 gestrichen.

Daraus leiten sich sachlogisch folgende Änderungen ab:

- In Artikel 2 Nummer 1 zu § 4 Absatz 10 (Neu) KHEntgG ist Satz 5 wie folgt zu ändern: *„Zur Umsetzung* ***von Satz 1*** *~~der Sätze 1 und 2~~ vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 jährlich einen zusätzlichen Betrag.“*
- In Artikel 2 Nummer 1 § 4 Absatz 10 (Neu) KHEntgG ist Satz 6 wie folgt zu ändern: *„Voraussetzung für die Finanzierung ist, dass im Vergleich zum 1. Januar 2020 zusätzliche Stellen für Hebammen ~~oder für Hebammen unterstützendes Fachpersonal~~ geschaffen oder dass entsprechende Teilzeitstellen aufgestockt werden.“*
- In Artikel 2 Nummer 1 § 4 Absatz 10 (Neu) KHEntgG ist Satz 17 wie folgt zu ändern: *„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich, erstmals zum 30. Juni 2022 über die Zahl der Vollzeitkräfte und den Umfang der aufgestockten Teilzeitstellen ~~gesondert~~ für Hebammen ~~und für das Hebammen unterstützende Fachpersonal~~, die auf Grund der Finanzierung nach* ***Satz 1*** *~~den Sätzen 1 und 3~~ in den Jahren 2021, 2022 und 2023 neu eingestellt oder deren vorhandene Teilzeitstellen aufgestockt wurden.“*
- In Artikel 2 Nummer 1 zu § 4 Absatz 10 (Neu) KHEntgG ist Satz 18 wie folgt zu ändern: *„Die Krankenkassen sind verpflichtet, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die für die Berichterstattung nach Satz 17 erforderlichen Informationen über die Vereinbarungen der Vertragsparteien zur Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von nach* ***Satz 1*** *~~den Sätzen 1 und 3~~ finanziertem Personal zu übermitteln.“*

Zu Artikel 3 Nummer 4
§ 85 SGB XI – Pflegesatzverfahren

Beabsichtigte Neureglung
Neben der bereits heute stattfindenden Förderung von zusätzlichen Fach- und Hilfskräften nach § 8 Absatz 6 SGB XI aus GKV-Mitteln sollen nun je Einrichtung noch weitere Hilfskräfte aus Mitteln der Pflegeversicherung finanziert werden. Die Anzahl der geförderten Hilfskräfte richtet sich dabei nach der (prospektiven) Belegungsstruktur der Einrichtung im Pflegesatzzeitraum. Anders als das Verfahren nach § 8 Absatz 6 SGB XI (13.000 Stellen-Programm), welches als Antragsverfahren ausgestaltet ist und für die Ersatzkassen durch die DAK-Gesundheit umgesetzt wird, können die Pflegeeinrichtungen ihre Aufwendungen über einen Zuschlag nach § 84 Absatz 9 SGB XI refinanzieren lassen. Der GKV-SV legt im Benehmen mit der privaten Krankenversicherung (PKV), der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe (BAGüS) und den Leistungserbringerverbänden das Nähere für das Vereinbarungsverfahren fest. Übergangsweise, d. h. bis eine vertragliche Vereinbarung nach § 84 Absatz 9 SGB XI besteht, kann die Pflegeeinrichtung die Beschäftigung zusätzlicher Hilfskraftstellen auch abrechnen, nachdem eine entsprechende Mitteilung an die Pflegekassen erfolgt ist.

Bewertung
Grundsätzlich wird begrüßt, dass der Gesetzgeber sich zügig der konkreten Umsetzung des wissenschaftlich entwickelten Personalbemessungsinstruments (PeBeM) widmet. Die Begleitforschung des Projektes hatte einen erhöhten Personalbedarf insbesondere im Hilfskräftebereich aufgezeigt, um die Pflegefachkräfte zu entlasten.

Kritisch gesehen wird jedoch, dass die Stellenförderung nach dem „Gießkannenprinzip“ erfolgt, da die tatsächliche Personalausstattung in den Einrichtungen unberücksichtigt bleibt. Gemäß der geplanten Regelung erhalten alle Einrichtungen – unabhängig von der tatsächlichen Ist-Personalausstattung – zusätzliches Personal nach einer festen Quote, die sich an der Zahl der Pflegebedürftigen je Pflegegrad festmacht. Die Personalausstattung wird also nicht je Einrichtung bedarfsgerecht an im PeBeM ermittelten Bedarfszahlen angeglichen. Damit werden die bestehenden Unterschiede zwischen Einrichtungen (in den Bundesländern) durch die Förderung weiter manifestiert: Einrichtungen mit einer guten Personalausstattung erhalten genauso

zusätzliche Stellen wie Einrichtungen mit einer bisher geringen Personalausstattung. Unberücksichtigt bleiben zudem die unterschiedlichen Regelungen zur Ausbildung der Pflegehilfskräfte. Aus Sicht des vdek ist daher eine gesetzliche Konvergenzphase erforderlich, in der die tatsächliche Personalausstattung aller ca. 12.500 Pflegeeinrichtungen nach und nach an die vorgesehene Soll-Ausstattung gemäß PeBeM angeglichen wird.

Begrüßt wird ferner, dass die Förderung unter der Voraussetzung erfolgt, dass es sich um qualifizierte Hilfskräfte handeln muss oder dass innerhalb von drei Jahren eine landesrechtlich geregelte Qualifizierungsmaßnahme erfolgt. Dass die Pflegekassen auch die Ausbildungskosten übernehmen sollen, wird hingegen kritisch gesehen, denn die Finanzierung von Ausbildungsstätten ist weiterhin Ländersache.

Verbessert werden muss das Gesetz noch hinsichtlich des Übergangverfahrens. So sollte auch beim Übergangsverfahren auf die der (laufenden) Pflegesatzvereinbarung zugrundeliegenden prospektiven Bewohnerstruktur abgestellt werden. Im Sinne der Entbürokratisierung wäre es zudem äußerst sinnvoll, dass auch die Höhe der Personalkosten auf der Pflegesatzvereinbarung aufbaut. Hintergrund ist, dass in den Pflegesatzvereinbarungen in der Regel auf die durchschnittlichen Personalkosten von Fachkräften und Hilfskräften abgestellt wird. Die durchschnittlichen Personalkosten für (bestehende) Pflegehilfskräfte lassen sich unproblematisch auch auf die zusätzlichen Hilfskräfte übertragen. Hierfür sollte zumindest die Option bestehen.

Sehr sinnvoll ist es, dass der GKV-SV ein einheitliches Formular zur Meldung für das Übergangsverfahren vorgeben kann. Auf die Benehmensherstellung mit PKV und BAGüS ist zu verzichten, da diese Akteure sich auch nicht an der Bearbeitung der Antragsverfahren beteiligen.

Änderungsvorschlag

Verankerung eines „PeBeM-Fahrplans“

Um eine bundesweit einheitliche Personalausstattung – die sich am tatsächlichen Bedarf der Pflegebedürftigen orientiert – umzusetzen, ist das PeBeM zunächst verbindlich im SGB XI zu verankern und damit die unterschiedlichen rahmenvertraglichen Regelungen in den Ländern abzulösen.

Zudem sind gesetzliche Regelungen zur Feststellung der Ist- und Soll-Personalausstattung und eine gesetzliche Konvergenzphase gesetzlich festzulegen, in der jedes Pflegeheim seine tatsächliche Personalausstattung an die Soll-Ausstattung angleicht und finanziert bekommt.

Feinjustierung des Übergangsverfahrens

Absatz 11 Nummer 1 und 3 sind wie folgt zu fassen:

> 1. die Anzahl der ~~zum Zeitpunkt der Mitteilung~~ **im laufenden Pflegesatzzeitraum prospektiv** versorgten Pflegebedürftigen nach Pflegegraden,
>
> (…)
>
> 3. die Qualifikation, **wahlweise** die **der geltenden Pflegesatzvereinbarung zugrundeliegende durchschnittliche** Entlohnung **von Pflegehilfskräften in der Einrichtung oder die Entlohnung einschließlich der** ~~und die~~ weiteren Personalaufwendungen für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal,

Absatz 11 Satz 2 ist wie folgt zu fassen:

> Für die Mitteilung nach Satz 1 ist ein einheitliches Formular zu verwenden, das der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit~~, dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe~~ bereitstellt.

3. Kommentierung der Änderungsanträge von CDU/CSU und SPD

Zu Änderungsantrag 7
„Pflegefachkraftstellen-Förderprogramm“

Sachverhalt
Mit dem Änderungsantrag soll eine Konkretisierung des Pflegefachkraftstellen-Förderprogramms erfolgen. Dazu wird der förderfähige Personalkreis um Pflegehilfskräfte in Ausbildung zur Pflegefachkraft sowie um weitere Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich (Altentherapeut, Heilerzieher, Heilerziehungspfleger, Heilpädagogen, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Sozialtherapeuten) erweitert.

Bewertung
In den Teilen A und C soll das Förderprogramm auf weitere bereits in der Pflege tätige Berufsgruppen (Altentherapeuten, Heilerzieher, Heilerziehungspfleger, Heilpädagogen, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Sozialtherapeuten) ausgeweitet werden. Diese zählen nicht zu den Pflegefachkräften nach § 71 Absatz 3 SGB XI und sind demnach bisher nicht förderfähig. Die Aufnahme dieser Berufsgruppen entspricht nicht der Intention des § 8 Absatz 6 SGB XI, die darin liegt Pflegekräfte zu fördern, die die medizinische Behandlungspflege übernehmen. Hinzu kommt, dass die Refinanzierung wegen der medizinischen Behandlungspflege über die GKV erfolgt. Mit der ursprünglichen Wartefrist soll erreicht werden, dass in einem hohen Maße Pflegefachkräfte, die die medizinische Behandlungspflege durchführen können, zusätzlich finanziert werden. Sofern die Wartefrist aufgehoben wird, muss davon ausgegangen werden, dass vermehrt Pflegehilfskräfte finanziert werden, die allerdings nicht die medizinische Behandlungspflege durchführen können. Die Teile A und C sind aus Sicht des vdek daher abzulehnen.

In Teil B wird eine Regelung zum Nachweisverfahren aufgenommen, die zwischen den Beteiligten abgestimmt ist und bereits Aufnahme in die Festlegungen des GKV-Spitzenverbands zu § 8 Absatz 6 SGB XI gefunden hat. Mit der Verankerung im SGB XI wird diese Regelung rechtsverbindlich geregelt. Das ist sinnvoll.

Zu Änderungsantrag 8
„Entscheidungsfristen für Pflegekassen“

Sachverhalt
Durch die Änderung soll die Entscheidung der Pflegekassen über Anträge auf Pflegehilfsmittel bzw. wohnumfeldverbessernde Maßnahmen beschleunigt werden. Die neuen Fristen sehen dazu eine Entscheidung innerhalb von drei Wochen bzw. fünf Wochen, wenn eine Pflegefachkraft oder der Medizinische Dienst begutachten muss, vor.

Bewertung
Die Pflegekassen bearbeiten die Anträge derzeit zügig, der Pflegebedürftige erhält die erforderlichen Pflegehilfsmittel und die wohnumfeldverbessernden Maßnahmen ohne Zeitverzögerung. Die Regelung ist aus Sicht des vdek daher nicht erforderlich.

Zu Änderungsantrag 9
„Digitalisierung in der Pflegehilfsmittelversorgung“

Sachverhalt

Ziel des Änderungsantrags ist es, pflegebedürftigen Menschen in der häuslichen Versorgung neue Techniken und Technologien möglichst zeitnah zugänglich zu machen, soweit sie als Pflegehilfsmittel oder wohnumfeldverbessernde Maßnahmen pflegerischen Nutzen aufweisen und als Pflegehilfsmittel der Erleichterung der Pflege dienen.

Bewertung

Der Änderungsantrag besteht aus zwei Regelungsteilen.
Im ersten Teil werden die bestehenden Verfahrensregelungen zum Hilfsmittelverzeichnis aus dem SGB V auf das Pflegehilfsmittelverzeichnis im SGB XI übertragen. Die Anpassung ist nachvollziehbar und unkritisch.

Im zweiten Teil soll für den Bereich der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen eine gleiche Verfahrensweise umgesetzt werden. Auch hier soll zukünftig ein feststehender definierter Produktkatalog für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen erstellt werden. Dies weicht von der bisherigen Verfahrensweise stark ab. Festgelegt ist bisher z. B. ein rutschhemmender Bodenbelag, allerdings werden keine Produkte, z. B. Fliesen bestimmter Hersteller, aufgeführt. Gleiches gilt für andere wohnumfeldverbessernde Maßnahmen. Das angedachte Verfahren wäre somit viel zu kleinteilig und bürokratisch. Der Teil des Änderungsantrages zu den Neuregelungen bei wohnumfeldverbessernden Maßnahmen wird vom vdek daher abgelehnt.

Zu Änderungsantrag 10
„Sicherstellung der medizinischen Versorgung in epidemischen Lagen, Finanzierung von Testzentren“

Sachverhalt

Der Anwendungsbereich des § 105 Absatz 3 SGB wird auf die Sicherstellung der medizinischen Versorgung erweitert (bisher: vertragsärztliche Versorgung). Die zeitliche Befristung der Regelung wird aufgehoben; sie gilt auch nach dem 31.12.2020 bei einer epidemischen Lage nationaler Tragweite. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, den Krankenkassen rechnungsbegründende Unterlagen zur Verfügung zu stellen.

Bewertung

Die Erweiterung der Regelung bei gleichzeitiger Vollfinanzierung durch die GKV bewertet der vdek kritisch. Es ist zu erwarten, dass in diesem Rahmen vermehrt Leistungen, die nicht zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung erforderlich sind, zulasten der GKV erbracht werden. Stattdessen sollte sichergestellt werden, dass Ausgaben für Nicht-GKV-Versicherte durch die jeweiligen Kostenträger (insbesondere PKV) zu tragen sind bzw. die Übernahme der Kosten als gesamtgesellschaftliche Aufgabe direkt aus Steuermitteln des Bundes erfolgt.

Die vorgesehene „Entfristung“ ist grundsätzlich nachvollziehbar. Sie steht insoweit in einem Sachzusammenhang zur Erklärung einer Pandemie durch den Deutschen Bundestag.

Eine erhöhte Transparenz bei der Abrechnung der Leistungen wird vom vdek positiv bewertet, nach Ansicht der Ersatzkassen ist die Regelung allerdings nicht ausreichend. Stattdessen sollten die Krankenkassen in die Entscheidungen über entsprechende Vereinbarungen auf Landesebene einbezogen werden.

Zu Änderungsantrag 11
„Pandemiebedingte Anpassung von Vergütungsvereinbarungen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen“

Sachverhalt

Mit den geplanten Änderungen sollen die mit den stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Mütter-/Vater-Kind-Einrichtungen und ambulanten Reha-Zentren getroffenen Vergütungsvereinbarungen für den Zeitraum vom 01.10.2020 bis 31.03.2021 um Regelungen zum Ausgleich von pandemiebedingten Mehraufwänden oder Mindereinnahmen ergänzt werden.

Bewertung

Durch die Regelung wären ca. 1.120 Vorsorge-/Reha-Einrichtungen, 130 MVK-Einrichtungen und 640 ambulante Reha-Zentren (insgesamt rund 1.900 Verträge) betroffen. Auch wenn die hinter der Regelung stehende Absicht aus Sicht des vdek nachvollziehbar erscheint, so ist die Umsetzung über die Anpassung der Vergütungsverträge extrem bürokratisch. Zusätzlich entstünde den Krankenkassen ein weiterer Mehraufwand durch fällige (rückwirkende) Nachberechnungen ab 01.10.2020. Auch droht die Gefahr, dass es zu zahlreichen, sehr unterschiedlichen Regelungen bundesweit kommt.

Änderungsvorschlag

Daher sollte der Gesetzgeber stattdessen den sogenannten „Rettungsschirm Reha nach § 111d SGB V“ – analog zum Sozialdienstleister-Einsatzgesetz (SodEG) verlängern. Dieser ist zum 30.09.2020 ausgelaufen. Mit den Regelungen dieses Schutzschirms wäre ein bewährtes und unbürokratisches Verfahren zum Ausgleich pandemiebedingter Mindereinnahmen sichergestellt, bei dem nicht tausende Einzelvereinbarungen zu schließen/zu verhandeln wären. Der Schutzschirm müsste allerdings auf die ambulanten Reha-Einrichtungen ausgeweitet werden, da diese bisher nicht davon erfasst waren.

Zu Änderungsantrag 14
„Corona-Pandemie; Beratungsbesuche nach § 37 SGB XI“

Sachverhalt

In der Zeit vom 27. März bis 30. September 2020 waren die Beratungsbesuche durch das Aussetzen der Sanktionierung (Kürzung bzw. Entzug des Pflegegeldes) faktisch eingestellt (COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz i. V. m. § 148 SGB XI). Auf ausdrücklichen Wunsch des Pflegebedürftigen wurden die Beratungsbesuche natürlich durchgeführt, überwiegend telefonisch. Die oben genannte Ausnahmeregelung wurde nicht über den 30.09.2020 hinaus verlängert, die Beratungsbesuche daher in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen wieder aufgenommen.

Bewertung

Die Beratungsbesuche haben bei der häuslichen Pflege eine hohe Bedeutung, sie sorgen für eine langfristige Sicherstellung der häuslichen Pflege. Dies gilt besonders in der COVID-19-Pandemie, hier besteht ein erhöhter Bedarf an Beratung und Unterstützung. Mit der Regelung soll die Durchführung der Beratungsbesuche per Telefon, digital oder per Videokonferenz ermöglicht werden. Die Regelung wird vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklungen in der Corona-Pandemie begrüßt. Grundsätzlich ist die Durchführung über Videokonferenz gegenüber der telefonischen Beratung zu bevorzugen, da hierbei die Inaugenscheinnahme des Pflegebedürftigen sowie des Wohnbereichs möglich ist. Unklar ist jedoch, was sich zusätzlich zur Videokonferenz hinter dem Wort „digital“ verbirgt. In jedem Fall muss am persönlichen Gespräch mit dem Pflegebedürftigen festgehalten werden. Das Wort „digital“ sollte daher gestrichen werden.

Zu Änderungsantrag 15
„Verlängerung pandemiebedingter Sonderreglungen im SGB XI“

Sachverhalt

Die pandemiebedingten Sonderregelungen (u. a. Meldepflicht einer Pflegeeinrichtung bei nicht sichergestellter Pflege, Ausgleichszahlung für Mehraufwendungen und Mindereinnahmen – sogenannter Pflege-Schutzschirm) sollen verlängert werden.

Bewertung

Die oben genannten Maßnahmen und Sonderregelungen haben sich bisher bei der Bewältigung der COVID-19-Pandemie bewährt. Die Verlängerung der Sonderregelungen kann vom vdek daher nachvollzogen werden, um insbesondere die Pflege und die Versorgung der Pflegebedürftigen strukturell zu sichern. Die damit einhergehenden Mehrausgaben für die Pflegeversicherung müssen allerdings über zusätzliche Steuerzuschüsse finanziert werden. Der bisherige Zuschuss von 1,8 Milliarden Euro deckt diese neuerliche Verlängerung des Pflegeschutzschirms nicht ab.

4. Weiterer ergänzender Änderungsbedarf

§ 140a Absätze 1, 2, 3 und 4 SGB V (Umbenennung der „besonderen Versorgung“ in „selektivvertragliche Versorgung“)

Sachverhalt

Die bestehende Regelung nach § 140a SGB V sieht vor, dass sich nach h. M. die selektivvertragliche Versorgung von den Regelversorgungsleistungen abheben muss. Demnach liegt eine besondere Versorgung nur vor, wenn sie sich von den Regelversorgungsleistungen unterscheidet. In der Praxis besteht für die Krankenkassen grundsätzlich kein Anreiz, reine Regelversorgungsleistungen im Rahmen eines Selektivvertrages zu vereinbaren, da dies im Regelfall eine Bereinigung des Behandlungsbedarfes nach Absatz 6 wie auch eine gesonderte Abrechnungsprüfung unter Berücksichtigung der Leistungen der Regelversorgung nach sich zieht. Im Ausnahmefall kann in der Praxis dennoch ein Bedürfnis für die Etablierung eines mit Regelleistungen inhaltsgleichen Selektivvertrages bestehen. Um dies zukünftig zu ermöglichen und keine über die Regelversorgung hinausgehenden Besonderheiten vereinbaren zu müssen, wird die Änderung von besonderer Versorgung in selektivvertragliche Versorgung vorgeschlagen.

Änderungsvorschlag

In § 140a werden in der Überschrift und in den Absatz 1, 2, 3 und 4 die Wörter *„besondere Versorgung“* durch die Wörter *„selektivvertragliche Versorgung“* ersetzt.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Askanischer Platz 1
10963 Berlin
Tel.: 030/2 69 31 - 0
Fax: 030/2 69 31 - 2900
Politik@vdek.com

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)243(30)
zur öffentl. Anh. am 16.11.2020 -
Versorgungsverbesserungsgesetz
11.11.2020

Vereinte Dienstleistungs-gewerkschaft

Stellungnahme
der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG)

BT-Drs. 19/23483

Zur öffentlichen Anhörung am 16. November 2020

Berlin, 10. November 2020
Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di
Bundesvorstand – Bereich Gesundheitspolitik,
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Vorbemerkung

Die medizinischen und pflegerischen Versorgungsstrukturen sind unverzichtbar für die Daseinsvorsorge. Das hat die Corona-Pandemie für unsere Gesellschaft besonders deutlich gemacht. Menschen in unserem Land müssen sich darauf verlassen können, bei Krankheit, Pflegebedürftigkeit oder bei der Geburt gut versorgt zu werden. Entscheidend ist dafür eine Personalausstattung, die eine bedarfsgerechte Versorgung von Patient*innen und Pflegebedürftigen ermöglicht.

Mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz) werden als Maßnahmen unter anderem

- ein dreijähriges Hebammenstellen-Förderprogramm,
- die Einbeziehung der Kinder- und Jugendmedizin in die Förderung für ländliche Krankenhäuser sowie
- eine zukunftsorientierte Personalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen sowie
- die Schaffung erweiterter Möglichkeiten für Krankenkassen zur Schließung von Selektivverträgen und zur Verfügbarmachung von aus diesen abgeleiteten, regionalen Versorgungsinnovationen
- die dauerhafte Verfahrensvereinfachung bei Hilfsmittelempfehlungen im Rahmend er Pflegebegutachtung

vorgeschlagen.

Grundsätzlich gehen die vorgeschlagenen Änderungen auf der Versorgungsebene in die richtige Richtung, jedoch sind für nachhaltige Verbesserungen weitergehende Schritte erforderlich.

Der Personalnotstand in den Krankenhäusern gefährdet die Sicherheit der Patient*innen und die Gesundheit der Beschäftigten. Die enorme Arbeitsverdichtung der vergangenen Jahre treibt viele aus ihrem Beruf oder in die Teilzeit. Das Potential wird für eine gute Versorgung gebraucht. Um verlässliche Dienstpläne, Pausen und die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben zu ermöglichen, muss mehr Personal in die Kliniken. Dafür sind verbindliche Vorgaben nötig. Für das Pflegepersonal liegt ein Personalbemessungsinstrument vor, welches eine bedarfsgerechte Personalausstattung regelt und schnell in Kraft gesetzt werden kann. Auch alle anderen

Berufsgruppen, wie die Hebammen und Geburtspfleger, brauchen am Bedarf orientierte Personalstandards.

Die Finanzierung der Krankenhäuser über Fallpauschalen hat zu erheblichen Fehlentwicklungen geführt. Der Kostendruck ist gefährlich für Patient*innen und Beschäftigte. Im Gesundheitssystem muss der Versorgungsbedarf im Vordergrund stehen, nicht der Erlös. Gerade bei den Krankenhäusern und Fachabteilungen der Kinder- und Jugendmedizin werden die Grenzen des Fallpauschalensystems offenkundig. Hier zeigt sich der Reformbedarf deutlich: Die Krankenhausfinanzierung muss sich nach dem tatsächlichen Bedarf richten, inklusive der nötigen Vorhaltekosten.

Gute Pflege braucht genug qualifizierte Beschäftigte. Der bestehende Flickenteppich unterschiedlichster Regelungen für die stationären Pflegeeinrichtungen in den Bundesländern, die zudem nicht verbindlich genug sind, muss ersetzt werden durch ein bundesweit einheitliches und am Pflegebedarf orientiertes Personalbemessungsverfahren. Dessen Einhaltung muss verpflichtend sein und regelmäßig überprüft werden. Um die Gesundheit der Beschäftigten zu schützen und eine hohe Versorgungsqualität für pflegebedürftige Menschen zu gewährleisten, muss zeitnah eine bundesweit einheitliche und bedarfsgerechte Personalausstattung erreicht werden.

Im vorliegenden Gesetzentwurf werden die vorab skizzierten Maßnahmen im Rahmen der Sozialgarantie 2021 abgebildet. Diese sollen darauf abzielen, das Gesamtniveau der Sozialversicherungsbeiträge auf eine Grenze unterhalb von 40 Prozent vorläufig zu stabilisieren sowie die GKV angesichts notwendiger pandemiebedingter Maßnahmen abzusichern. Damit wurde der inhaltliche Bezug auf die Versorgungsebene gegenüber dem Referentenentwurf durchbrochen. Die vorgeschlagenen Maßnahmen betreffen grundlegende Fragen der finanziellen Stabilität und berühren die Gewährleistung des Erhalts der GKV-Solidargemeinschaft. ver.di kritisiert, dass im Rahmen des parlamentarisch-demokratischen Meinungsbildungsprozesses die Sozialpartner und Sozialversicherungsträger erst an diesem Punkt eingebunden werden. Die Pandemie hat in besonderer Weise deutlich gemacht, wie sinnvoll und notwendig ein leistungsfähiges, allen Bürgerinnen und Bürgern zugängliches GKV-System ist. Um es aufrecht zu erhalten, muss die GKV nachhaltig abgesichert und stabilisiert werden. Die Absenkung der Mindestreserve bei den Krankenkassen auf 0,2 Monatsausgaben hat deren Fähigkeit, auf systemische Schocks zu reagieren, bereits deutlich eingeschränkt. Mit dem vorgesehenen Zugriff auf Rücklagen wird in das Haushaltsrecht der sozialen Selbstverwaltung der Beitragszahler eingegriffen. Noch ist ein Ende der Pandemie nicht in Sicht.

Umso wichtiger, dass GKV-System nachhaltig zu stabilisieren und auf die weiteren Herausforderungen vorzubereiten. Das kann nur im Rahmen einer frühzeitigen Einbindung und Konsensbildung mit der Selbstverwaltung gelingen.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Erweiterte Möglichkeit für Selektivverträge

Künftig soll es über die GKV hinaus eine Beteiligung anderer Sozialleistungsträger, so beispielsweise kommunale Einrichtungen der Sozial- und Jugendhilfe, mit ihren jeweiligen gesundheitsbezogenen gesetzlichen Aufgaben in Netzwerken möglich sein, um die gesundheitliche Versorgung der Versicherten entsprechend regionaler Bedarfe übergreifend zu organisieren. Außerdem sollen selektivvertragliche Regelungen für Versorgungsinnovationen weiter geöffnet werden. Dazu sollen neue Versorgungsformen, die durch den Innovationsfonds gefördert wurden, über erprobte Projektstrukturen selektivvertraglich auf freiwilliger Basis weitergeführt werden, um in der Regelversorgung anzukommen.

Grundsätzlich kann eine Ausweitung der besonderen Versorgung dem Nutzen der Patientinnen und Patienten bzw. der Versicherten zu Gute kommen, wenn beispielsweise in Regionen die gesundheitliche Versorgung der Versicherten profitiert von einer besseren Vernetzung der Kostenträger und Versorgungseinrichtungen. Jedoch stehen Selektivverträge dem zentralen Grundsatz der gesetzlichen Krankenversicherung entgegen, dass alle Versicherten denselben Anspruch auf bedarfsgerechte und medizinisch notwendige Leistungen haben. Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung mit denselben Erkrankungen sollten also alle denselben uneingeschränkten Anspruch auf die notwendige Versorgung haben und nicht unterschiedlich behandelt werden. Solange die Zielperspektive auf eine bundeseinheitliche, bedarfsgerechte Versorgung bei der Reform der besonderen Versorgung nicht erkennbar ist, lehnt ver.di eine Ausweitung der Anwendungsmöglichkeiten des Instruments der Selektivverträge ab. Das Solidarprinzip darf über den Weg der besonderen Versorgung nicht infrage gestellt werden, indem einzelne Kassen und damit Versicherte von Leistungen aus Selektivverträgen ausgeschlossen bleiben.

ver.di hält den Wirksamkeitsnachweis und die Nutzenbewertung insbesondere für digitale Gesundheitsanwendungen für erforderlich, bevor Versorgungsinnovationen für weitere Versorgungszweige verfügbar gemacht werden.

Finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung

Zur weitgehenden Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages zur GKV nach § 242 SGB V soll der Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds im Jahr 2021 einmalig um 5 Milliarden Euro erhöht werden. Ergänzend hierzu sollen gesetzliche Krankenkassen, deren Finanzreserven 0,4 Monatsausgaben überschreiten, 66,1 Prozent ihrer darüber liegenden Rücklagen an den Gesundheitsfonds abführen und damit einen kassenübergreifenden Solidarausgleich zur Schließung des Finanzdefizits der GKV ermöglichen. Zugleich wird die Obergrenze der Finanzreserven der Krankenkassen, die bisher bei 1,0 der Monatsausgaben lag, auf 0,8 Monatsausgaben abgesenkt, um weitere Finanzreserven zur Finanzierung stabiler kassenindividueller Zusatzbeiträge zu generieren. Damit einher geht auch die Absenkung der Verbotsgrenze zur Anhebung von Zusatzbeiträgen auf 0,8 Monatsausgaben.

ver.di kritisiert die vorgelegten Maßnahmen scharf und lehnt diese ab. Die Beitragsrücklagen der gesetzlichen Krankenkassen unterliegen der verfassungsmäßigen Eigentumsgarantie, sie werden durch die gesetzlichen Krankenkassen verwaltet. Die Verwendung von Begriffen wie Überschüsse, Gewinne, Vermögen oder Rücklagen der Krankenkassen lenkt von den tatsächlichen Eigentumsverhältnissen ab. Die Beitragsrücklagen sind vor allem in den Jahren der disparitätischen Beitragsfinanzierung entstanden, als die Versicherten einen Arbeitnehmerzusatzbeitrag zum allgemeinen Beitrag an die gesetzlichen Krankenkassen entrichten mussten. Mit dem Abschmelzen der Beitragsrücklagen werden Arbeitgeber doppelt bevorteilt: einerseits über die Arbeitnehmerzusatzbeiträge mit etwa 70 Mrd. Euro, zum anderen erfolgt durch die Dämpfung der paritätischen Beitragssätze eine Entlastung. Die Zwangsabführung der Beitragsrücklagen stellt einen fundamentalen Eingriff in Haushaltsautonomie der Krankenkassen dar, der nicht mit der Pandemie zu rechtfertigen ist. Gerade aufgrund der noch nicht abzusehenden weiteren Kosten der Corona-Pandemie und möglicherweise zunehmender weiterer Pandemiegeschehen aufgrund globaler Entwicklungen und deren Auswirkungen auf die Umwelt sind die Beitragsrücklagen bei den Kassen notwendig, um systemische Schocks durch die gesetzliche Krankenversicherung gut zu bewältigen.

ver.di kritisiert darüber hinaus die unterjährige Festlegung des maßgeblichen Stichtages 30.6.2020 für die Berechnung der abzuführenden Mittel. Unterjährige Stichtage bieten keine seriöse Grundlage bezogen auf die Finanzlage, weder in einem Wirtschaftsunternehmen noch im Bereich der GKV. Für eine fundierte Bewertung sind den Wirtschaftsprüfern vorgelegten Jahresabschlüsse erforderlich.

Einen zusätzlichen Eingriff in die Haushaltsautonomie der Verwaltungsräte der gesetzlichen Krankenkassen stellt die Regelung zur Absenkung des Anhebungsverbotes der kassenindividuellen Zusatzbeiträge auf 0,8 Monatsausgaben dar. Die soziale Selbstverwaltung durch die Sozialpartner wird mit diesem Schritt weiter ausgehöhlt. Mit den tiefgreifenden Maßnahmen wird in das System eingegriffen, mit dem Deutschland in der Pandemie weltweit Anerkennung bekommen hat. Die selbstverwalteten gesetzlichen Krankenkassen setzen alles daran, unser Gesundheitssystem während der Pandemie handlungs- und leistungsfähig zu halten. Anstatt das System während der Pandemie zu stabilisieren, erfolgt erneut ein nicht akzeptabler Eingriff in die Autonomie der Selbstverwaltung.

Der als einmalige Erhöhung vorgesehene Bundeszuschuss für das Jahr 2021 entspricht in seiner Höhe mit 5 Milliarden Euro nicht annähernd dem Ausgleich, der aus der Verantwortung des Bundes gegenüber den Versicherten notwendig ist. Bei einem zu erwartenden Defizit von über 16 Milliarden Euro im Jahr 2021 würden damit den Beitragszahlern der maßgebliche Teil der bisher entstandenen Mehrkosten, die im Wesentlichen auf versicherungsfremden Leistungen beruhen, aufgebürdet. Hinzu kommen zusätzliche Ausgabensteigerungen von weiteren etwa 1,3 Milliarden Euro für Testungen etc., die noch nicht in der Prognose des Schätzerkreises beim BAS enthalten sind. Eine seriöse Haushaltsplanung für 2021 ist vor diesem Hintergrund für die Krankenkassen derzeit nicht absehbar.

Zahlreiche Maßnahmen im Rahmen der Pandemiebekämpfung, so diverse Rettungsschirme, Corona-Massentests für ausgewählte Bevölkerungsgruppen wurden durch den Bund mit dem Hinweis auf eine angemessene Beteiligung verordnet. Allein für die Testungen kann inzwischen, nachdem sich die wöchentlichen Testungen auf einem Niveau von einer Million bewegen und bisher 22 Millionen mal getestet wurde, von einer Belastung bis jetzt von mehr als einer Milliarde Euro mit stark steigender Tendenz ausgegangen werden. ver.di kritisiert scharf, dass die Testungen der Gesamtbevölkerung allein den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen und ihren Arbeitgeber aufgebürdet werden. Darüber hinaus fehlt bisher die angemessene Beteiligung der privaten Krankenversicherungsunternehmen. Bei den zur Pandemiebewältigung notwendigen Testungen handelt es sich um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die aus Steuermitteln zu finanzieren ist. Diese angemessene Beteiligung des Bundes muss nun folgen, damit die gesetzliche Krankenversicherung krisenfest ausgestattet wird. Der Bundeszuschuss von 5 Milliarden Euro kann angesichts der zu erwartenden Kosten nur ein erster Schritt sein. Er ist in einem deutlichen Umfang zu erhöhen.

Hebammenstellen-Förderprogramm

Zur Verbesserung der Versorgung von Schwangeren in Fachabteilungen für Geburtshilfe und Gynäkologie von Krankenhäusern und zur Entlastung von Hebammen und Entbindungspflegern wird ein dreijähriges Hebammenstellen-Förderprogramm für die Jahre 2021 bis 2023 aufgelegt. Damit werden den Krankenhäusern zusätzliche finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt, mit denen die Neueinstellung und Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von Hebammen und von unterstützendem Fachpersonal zur Versorgung von Schwangeren in Fachabteilungen für Geburtshilfe und Gynäkologie gefördert wird. Mit dem Hebammenstellen-Förderprogramm wird eine Verbesserung der Betreuungsrelation von Hebammen/Entbindungspfleger*innen zu Schwangeren angestrebt, die im Regelfall bei 1:2 und unter optimalen Bedingungen bei 1:1 liegen soll.

ver.di begrüßt das Ziel der vorgesehenen Maßnahmen, die stationäre Hebammenversorgung von Schwangeren zu verbessern. Für eine spürbare Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Hebammen und Entbindungspflegern braucht es jedoch weitreichender Maßnahmen. Die vorgeschlagene Förderung über einen Zeitraum von 3 Jahren von 0,5 Vollzeitstellen pro 500 Geburten in einem Krankenhaus reicht nicht aus, um die strukturelle Unterversorgung in der klinischen Geburtshilfe angemessen zu adressieren. Die in der Begründung angeführte angestrebte Verbesserung der Betreuungsrelation von Hebammen/Entbindungspflegern zu Schwangeren von 1:1 oder zumindest von 1:2 kann damit nicht erreicht werden.

Hinsichtlich der Finanzierung von zusätzlichen Personalstellen für unterstützendes Fachpersonal für Abteilungen der Geburtshilfe und Gynäkologie braucht es zunächst einer Klärung, für welche Tätigkeiten und Aufgaben weiteres Personal gebraucht wird. Hieraus abgeleitet kann festgelegt werden, welche Berufsgruppen an dieser Stelle mitfinanziert werden sollten. Es muss sichergestellt werden, dass die vorbehaltenen Tätigkeiten von Hebammen und Entbindungspfleger eingehalten werden und eine gute Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen erfolgen kann.

Wichtig ist, dass die Fördermittel zur Finanzierung von zusätzlichen Stellen verwendet und die Besetzung der somit geschaffenen Stellenanteile nachgewiesen werden muss. Positiv ist die geplante Regelung, dass das Krankenhaus durch eine schriftliche Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung die Schaffung neuer Stellen auf Stationen der Geburtshilfe zu belegen hat. Ebenfalls positiv ist die Regelung, dass das Krankenhaus nachweisen muss, dass das neue oder aufgestockte Personal beschäftigt wird und nicht in der unmittelbaren Patientenversorgung

auf bettenführenden Stationen tätig ist. Gut ist, dass die tarifvertraglich vereinbarten Vergütungen zu berücksichtigen sind. Maßgeblich ist, dass die Refinanzierung der zusätzlichen Stellen in Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen tatsächlich erfolgt und entsprechend besetzt wird.

Zu dem neu eingefügten Anspruch des Krankenhauses auf eine zusätzliche Finanzierung in Höhe von 200 000 Euro jährlich je weiterer vorgehaltener Fachabteilungen (Ergänzung des § 5 Absatz 2a Satz 1) ist zwingend darauf zu achten, dass die zusätzliche Finanzierung ebenfalls tatsächlich für die Neueinstellung oder Aufstockung des Fachpersonals erfolgt.

Es braucht dringend umfassende, nachhaltige Maßnahmen, um die Arbeitsbedingungen der Hebammen und Entbindungspfleger in den Kreißsälen der Kliniken dauerhaft zu verbessern und damit mehr Hebammen und Entbindungspfleger für die Arbeit in der Klinik (zurück) zu gewinnen. Neben einer ausreichenden Finanzierung braucht es der Einführung eines verbindlichen Betreuungsschlüssels, der eine 1:1 Betreuungsrelation gewährleistet. Ziel muss sein, die Versorgung von Schwangeren, Gebärenden und Neugeborenen zu verbessern.

Einbeziehung der Kinder- und Jugendmedizin in die pauschale Förderung für ländliche Krankenhäuser

Mit der geplanten Änderung im Krankenhausentgeltgesetz wird die Möglichkeit zur Erweiterung der bereits vereinbarten Liste zuschlagsfähiger ländlicher Krankenhäuser vom 30. Juni 2020 bis zum 31. Dezember 2020 geschaffen, damit die neu einzubeziehenden Kinderkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin bereits im Jahr 2021 von der pauschalen Förderung in Höhe von jährlich 400.000 Euro profitieren können.

ver.di begrüßt grundsätzlich diese vorgelegte Regelung, die gewährleisten soll, dass neu einzubeziehende Kinderkrankenhäuser und pädiatrische Fachabteilungen noch im Jahr 2021 einen Sicherstellungszuschlag erhalten können. Für die nachhaltige Absicherung der Krankenhausversorgung im ländlichen Raum, insbesondere der Kinder- und Jugendmedizinischen Kliniken und Fachabteilungen, sind grundsätzliche Reformen bei der Krankenhausfinanzierung erforderlich. Kinder und Jugendliche erfordern eine besonders hoch individualisierte medizinische Behandlung. Durch eine bedarfsgerechte Personalausstattung muss die ausreichende Zeit für besondere persönliche Zuwendung, die die Versorgung von Kindern und Jugendlichen erfordert, gewährleistet sein. Über die Finanzierung durch

Fallpauschalen wird dies nicht sichergestellt. Die Menschen müssen sich überall auf eine gute Gesundheitsversorgung verlassen können. Es dürfen keine Kliniken schließen, weil sie sich nicht rentieren.

Personalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Mit der vorgeschlagenen Regelung soll ein erster Schritt in Richtung eines verbindlichen Personalbemessungsinstrumentes in der stationären Langzeitpflege nach § 113 c SGB XI gegangen werden, indem bis zu 20.000 zusätzliche Stellen für Pflegehilfskräfte in vollstationären Einrichtungen (inklusive Kurzzeitpflege) vollständig über einen Vergütungszuschlag finanziert werden sollen. Damit soll eine finanzielle Belastung der von den Pflegeeinrichtungen versorgten pflegebedürftigen Menschen vermieden werden.

ver.di begrüßt grundsätzlich, dass der Gesetzgeber sich dazu bekennt, ein im Auftrag der Pflegeselbstverwaltung erarbeitetes, wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in stationären Pflegeinrichtungen einzuführen. Um die personelle Ausstattung schnellstmöglich zu verbessern, soll durch die vorgesehene Regelung sichergestellt werden, dass die zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen einen Anspruch auf die Refinanzierung zusätzlicher Pflegehilfskräfte auf der Grundlage ihrer Bewohner*innenstruktur haben. Da die Pflege und Versorgung von Menschen ein hohes Maß an Fachlichkeit, Engagement und Verantwortung erfordert, braucht es verbindliche bundeseinheitliche Vorgaben zur Personalausstattung, die sich am Bedarf der pflegebedürftigen Menschen orientieren und eine sichere Versorgung garantieren.

Sollen nun im Vorgriff auf das weitere Verfahren zusätzliche Stellen für Pflegehilfskräfte refinanziert werden, hat der Gesetzgeber dafür Sorge zu tragen, dass der Einsatz der Pflegehilfskräfte dokumentiert wird und dass die Fachkraftquote in Höhe von 50 Prozent davon ausdrücklich unberührt bleibt. Darüber hinaus ist das QN 3 für das Stellenaufbauprogramm zwingend nachzuweisen.

§ 85 Absatz 9 Nr. 1c sieht vor, dass zusätzliche Pflegehilfskräfte auch dann refinanziert werden, wenn sie über keinerlei landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung verfügen. Dies gilt auch für den Fall, wenn die Pflegeeinrichtung nachweisen kann, dass der Beginn oder die Durchführung dieser Ausbildung aus Gründen, die die Einrichtung nicht zu vertreten hat, nicht möglich ist. Diese Regelung lehnt ver.di ab. Ein solches Verfahren leistet einer Dequalifizierung des Pflegeberufes weiteren Vorschub, führt zu einer zusätzlichen Belastung der

Pflegefachkräfte und letztlich zu einer Verschlechterung der Pflege- und Versorgungsqualität. Damit wird ein falsches Signal gesetzt: es wird suggeriert „Pflege kann jede*r". Dies widerspricht allen Bemühungen den Pflegeberuf aufzuwerten. ver.di fordert daher, den Passus „es sei denn, dass der Beginn oder die Durchführung dieser Ausbildung aus Gründen, die die Einrichtung nicht zu vertreten hat, unmöglich ist" ersatzlos zu streichen. Darüber hinaus wird darauf hingewiesen, dass das Anleiten und die Integration von Kräften ohne jegliche Qualifikation eine hohe zusätzliche Belastung für die ohnehin schon am Limit arbeitenden Teams darstellen. Wichtig ist, dass es den Hilfskräften ermöglicht wird, sich weiter zu qualifizieren und perspektivisch auch die Fachkraftausbildung abzuschließen.

Bei allen Anstrengungen, die unternommen werden, um mehr Personal zu gewinnen, muss im Vordergrund die gute Versorgung der pflegebedürftigen Menschen stehen. Dazu ist eine hohe Fachlichkeit des Personal zu gewährleisten. Im Fokus muss weiterhin die Fachkräftesicherung stehen. Es ist daher von zentraler Bedeutung – wie in der Konzertierten Aktion Pflege (KAP) vereinbart – alle Anstrengungen zu unternehmen, Fachkräfte (zurück) zu gewinnen und Pflegekräfte in der Altenpflege zu halten. Menschen werden sich dann für die Pflegeberufe begeistern, wenn diese ihnen ein attraktives Tätigkeitfeld mit guten Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen sowie eine angemessene Bezahlung bieten. Um das bestehende Potential zu heben, sind u.a. erweiterte Angebote zur Weiterqualifizierung von Pflegehilfskräften sowie bessere Ausbildungsbedingungen, darunter eine gute Praxisanleitung, dringend notwendig.

Perspektivisch wird zu klären sein, wie bei der weiteren Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens eine sich aus den Ergebnissen des oben genannten Projektes ergebende Angleichung der bislang unterschiedlichen Personal- und Stellenschlüssel in den einzelnen Ländern erfolgen kann. Noch sind die landesspezifischen Vorgaben zur Personalausstattung in Kraft. Die Erprobung des vorliegenden Algorithmus 1.0 und die Einführung eines einheitlichen Personalbemessungsinstruments ist der Auftrag aus der KAP. Diesen Auftrag hat der Roadmap-Prozess zu erfüllen. Leider zeichnet sich im Rahmen des Roadmap-Prozesses ab, dass die bislang vorgetragenen Vorstellungen weit hinter den Erwartungen zurückbleiben: Weder ist eine Erprobung des Algorithmus 1.0, noch ein ambitionierter Zeitplan zur Einführung eines Personalbemessungsinstruments vorgesehen. Stattdessen sollen einzelne Elemente des Rothgang-Gutachtens herausgegriffen und flächendeckend umgesetzt werden, ohne vorab in der Praxis zu prüfen, wie sich dies auf den Pflegeprozess, auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten und die Qualität der pflegerischen Versorgung auswirken wird. Das Herzstück, das Personalbemessungsinstrument, kommt gar nicht mehr darin vor, sondern wird auf mögliche Personalausbaustufen bei gleichzeitiger

Flexibilisierung der Fachkraftquote reduziert. Wichtig ist jedoch, dass es keinesfalls zur Absenkung von Qualitätsstandards kommt; in keinem Bereich darf der Einsatz von Fachkräften reduziert werden.
Es ist entscheidend, zeitnah gute Praxisbeispiele zu schaffen, um zu zeigen, was ein gutes, am Bedarf und der Bewohner*innenstruktur ausgerichtetes Personalbemessungsinstrument für die Pflegequalität und die Arbeitsbedingungen bewirken kann. Deshalb schlägt ver.di vor, bereits für das Jahr 2021 Einrichtungen auszuwählen, denen es gelungen ist, mehr beruflich Pflegende, insbesondere Pflegefachpersonen, in entsprechendem Umfang einzustellen und den damit verbundenen Prozess zu begleiten. Selbst wenn es sich nur um eine niedrige zweistellige Zahl an Einrichtungen handeln sollte, können daraus positive Effekte für die Zukunft aller Einrichtungen abgeleitet werden, und es könnten bereits Erfahrungen daraus gezogen werden, die dann für die geplante Konzeptentwicklung genutzt werden könnten. Das wäre ein wichtiges Signal an die Beschäftigten.

Darüber hinaus ist die Umsetzung mit einem deutlich ambitionierteren Zeitplan zu versehen, damit eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen und damit die Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe zeitnah angegangen werden kann.

Regelungen im Hinblick auf pandemiebedingte Sonderregelungen im Elften Buch Sozialgesetzbuch und im Pflegezeitgesetz

Der Geltungszeitraum des § 150 Absatz 5c SGB XI zur Verwendbarkeit von im Jahr 2019 nicht verbrauchten Leistungsbeträgen des Entlastungsbetrags nach § 45b SGB XI wird einmalig noch einmal bis zum 31. Dezember 2020 verlängert. Im Rahmen der Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung während der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Pandemie soll in § 150 Absatz 5d geregelt werden, dass abweichend von dem regulären Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3, welches je pflegebedürftiger Person für bis zu insgesamt zehn Arbeitstage bezogen werden kann, unter bestimmten, im Gesetz geregelten Bedingungen ein Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld für bis zu insgesamt 20 Arbeitstage besteht. Zudem sollen Regelungen aufgenommen werden, nach denen eine Anrechnung der im Geltungszeitraum der pandemiebedingten Sonderregelungen in Anspruch genommenen Arbeitstage auf die regulären Ansprüche auf Pflegeunterstützungsgeld respektive die entsprechende Betriebshilfe oder Kostenerstattung für landwirtschaftliche Unternehmer nicht erfolgt. Entsprechend wird in einem neuen § 9a Pflegezeitgesetz geregelt, dass die im Geltungszeitraum der pandemiebedingten Sonderregelung des § 9 Absatz 1 Pflegezeitgesetz in Anspruch genommenen Arbeitstage nicht auf das reguläre Recht, im Rahmen

einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung nach dem Pflegezeitgesetz der Arbeit fernzubleiben, angerechnet werden dürfen.

Diese Regelung kommt unmittelbar den pflegenden Angehörigen zugute und sorgt für eine unbürokratische Entlastung, gerade auch für Berufstätige. Daher unterstützt ver.di die geplante Gesetzesänderung. Sämtliche Regelungen sind auch auf Beschäftigte in Betrieben mit weniger als 15 Mitarbeiter*innen auszudehnen.

Verfahrensvereinfachung hinsichtlich Hilfsmittelempfehlungen bei der Pflegebegutachtung

Die Regelung, dass die im Gutachten zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit ausgesprochenen Empfehlungen zum Hilfsmittelbedarf bei Zustimmung des Versicherten für bestimmte Hilfsmittel als Antrag auf Leistungen gelten, ist bis zum 31. Dezember 2020 befristet. Die der Verfahrensvereinfachung dienende und die Versicherten und ihre Familien entlastende Vorschrift soll nun auch über diesen Zeitpunkt hinaus Anwendung finden, da sie sich in der Praxis bewährt hat.

ver.di begrüßt die vorgesehene Gesetzesänderung. Die Verfahrensvereinfachung leistet einen sinnvollen Beitrag zur Entbürokratisierung und führt zu einer schnelleren und besseren Versorgung der Versicherten mit medizinischen Hilfsmitteln.

Zum gesamten Gesetzentwurf sowie zu den vorgelegten Änderungsanträgen verweisen wir zudem auf die von allen Mitgliedsgewerkschaften getragene Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB).

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)243(31)
zur öffentl. Anh. am 16.11.2020 -
Versorgungsverbesserungsgesetz
11.11.2020

Stellungnahme zum Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz

KNAPPSCHAFT
für meine Gesundheit!

Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkung 3

2. Stellungnahme zum Gesetzentwurf 4

Regelungen zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung 4

Erweiterte Möglichkeiten für Selektivverträge 5

Bessere Versorgung von Schwangeren durch Förderung zusätzlicher Hebammenstellen (Hebammenstellen-Förderprogramm) 5

Einbeziehung der Kinder- und Jugendmedizin in die pauschale Förderung für ländliche Krankenhäuser 6

Zukunftsorientierte Personalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen 6

Inkrafttreten der bundesweiten Verträge zur Heilmittelversorgung 7

Verfahrensvereinfachung hinsichtlich Hilfsmittelempfehlungen bei der Pflegebegutachtung 8

3. Änderungsbedarf zu einzelnen Vorschriften 9

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) 9

§ 221a Ergänzender Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds im Jahr 2021 9

§ 242a Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz 10

§ 260 Betriebsmittel 11

§ 272 Sonderregelungen für den Gesundheitsfonds im Jahr 2021 12

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes - KHEntgG) 15

§ 5 Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG 15

1. Vorbemerkung

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz - GPVG) legt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) einen Kabinettsentwurf vor, der die gesundheitliche und pflegerische Versorgung zeitnah und nachhaltig verbessern und die finanzielle Stabilität der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Jahr 2021 gewährleisten soll.

Die KNAPPSCHAFT begrüßt die im Gesetzentwurf vorgesehenen Verbesserungen der Versorgung der Versicherten. Die Neuregelungen zur finanziellen Stabilisierung der GKV im Jahr 2021 werden hingegen entschieden abgelehnt. Das anteilige Heranziehen der Finanzreserven der Krankenkassen zur Stärkung des Gesundheitsfonds im Jahr 2021 bedeutet einen massiven Eingriff in die Autonomie der Krankenkassen. Zudem wird mit diesem Eingriff keine nachhaltige Stabilisierung der Finanzlage über das Jahr 2021 hinaus erreicht. In den Folgejahren ist mit erheblichen Defiziten zu rechnen, da dann die Finanzreserven der Krankenkassen massiv abgeschmolzen sind.

Die Beitragszahler treten bei dem aktuellen Gesetzvorhaben als Hauptfinanzierer auf. Da sich durch die Corona-Krise Auswirkungen auf die gesamte Gesellschaft ergeben, sollten diese finanziellen Lasten maßgeblich auch von der Gesellschaft über Steuern gezahlt werden. Eine einseitige Belastung der GKV ist nicht akzeptabel.

Die Absenkung der Grenze für das Anhebungsverbot von Zusatzbeitragssätzen lässt eine vorausschauende Finanzpolitik der Krankenkassen nicht zu und wird von der KNAPPSCHAFT abgelehnt.

2. Stellungnahme zum Gesetzentwurf

Im Folgenden nimmt die KNAPPSCHAFT im Einzelnen zu dem Kabinettsentwurf Stellung:

Regelungen zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung

Aufgrund der Wirtschaftskrise, bedingt durch die COVID-19-Pandemie, und der gesetzlichen Vorhaben der aktuellen Legislaturperiode steht die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) vor großen finanziellen Herausforderungen. Neben konjunkturbedingten Mindereinnahmen ergeben sich erhebliche Mehrausgaben für die Krankenkassen. Der vor diesem Hintergrund verfasste Gesetzentwurf sieht weitreichende Maßnahmen zur Stabilisierung der Finanzsituation der GKV vor.

Die beabsichtigten Neuregelungen zur finanziellen Stabilisierung der GKV werden seitens der KNAPPSCHAFT in der vorgelegten Fassung abgelehnt.

Das anteilige Heranziehen der Finanzreserven der Krankenkassen zur Stärkung des Gesundheitsfonds im Jahr 2021 bedeutet einen massiven Eingriff in die Autonomie der Krankenkassen. Dieser gewährleistet zudem keine finanzielle Stabilität über das Ende des Jahres 2021 hinaus.

Der ergänzende Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds im Jahr 2021 reicht in seiner Höhe nicht aus. Die Bewältigung der Covid-19-Pandemie und die Finanzierung der damit verbundenen Kosten sind eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Damit sollten auch die Covid-19-bedingten Kosten in voller Höhe durch die Steuerzahler getragen werden.

Die Absenkung der Grenze für das Anhebungsverbot von Zusatzbeitragssätzen lässt eine vorausschauende Finanzpolitik der Krankenkassen nicht zu.

Bei den weiteren Änderungen handelt es sich um redaktionelle Anpassungen. Diese erscheinen aus Sicht der KNAPPSCHAFT als sachgerecht.

Erweiterte Möglichkeiten für Selektivverträge

Die im Gesetzesentwurf vorgesehenen Änderungen des § 140a SGB V zielen darauf ab, im Bereich der besonderen Versorgung die Spielräume für eine bessere Vernetzung der Akteure zu erweitern und regionalen Bedürfnissen stärker Rechnung tragen zu können. Zudem soll die Fortführung innovativer Versorgungsprojekte unterstützt werden.

Die KNAPPSCHAFT begrüßt die beabsichtigen Neuregelungen. Durch die Einbeziehung zusätzlicher Kostenträger und Leistungserbringer können Reichweite, Vernetzungs- und Wirkungsgrad der besonderen Versorgung im Sinne der Patientinnen und Patienten gefördert werden. Darüber hinaus wird es erleichtert, durch den Innovationsfonds geförderte Projekte (freiwillig) in eine selektivvertragliche Anschlussversorgung zu überführen. Die ergänzenden Klarstellungen und Konkretisierungen dürften zudem dazu beitragen, die praktische Umsetzung besonderer Versorgungskonzepte zu erleichtern und das Aufsichtshandeln in diesem Bereich zu harmonisieren. Zu begrüßen ist auch, dass den anlässlich des Referentenentwurfes vorgebrachten Bedenken bzgl. einer zu kurzen Anpassungsfrist für die Umstellung der sogenannten Altverträge im Kabinettsentwurf Rechnung getragen wurde, indem diese Frist bis zum 31. Dezember 2024 verlängert wurde.

Bessere Versorgung von Schwangeren durch Förderung zusätzlicher Hebammenstellen (Hebammenstellen-Förderprogramm)

Vor dem Hintergrund des Eckpunktepapiers des BMG wird das Hebammenstellen-Förderprogramm für den Förderzeitraum 2021 bis 2023 als weiterer Baustein zu Verbesserung der Personalsituation in der Versorgung von Schwangeren in der Geburtshilfe begrüßt.

Durch die zielgerichtete Förderung von Geburtskliniken mit mindestens 500 Geburten pro Jahr wird eine qualitativ hochwertige Betreuung während der Geburt gestärkt und eine Konzentration von Geburtskliniken gefördert.

Zur Sicherstellung der Nachhaltigkeit der mit dem Förderprogramm neu geschaffenen Stellen oder aufgestockten vorhandenen Teilzeitstellen ist perspektivisch auch in diesem Bereich eine gesetzliche Festlegung einer Mindestpersonalausstattung notwendig. Eine solche Festlegung einer Mindestpersonalausstattung ist dazu geeignet, einem möglichen Wegfall neu geschaffener Stellen oder aufgestockter vorhandener Teilzeitstellen nach Ende des Förderzeitraumes entgegenzuwirken und eine mögliche Verpuffung der Fördermittel zu vermeiden. Die durch die

Förderung angestrebte Betreuungsrelation von Hebammen zu Schwangeren von mindestens 1 : 2 ist aus Sicht der KNAPPSCHAFT ein sachgerechter Einstieg.

Einbeziehung der Kinder- und Jugendmedizin in die pauschale Förderung für ländliche Krankenhäuser

Die eigenständige Einbeziehung der Kinder- und Jugendmedizin in die pauschale Förderung für bedarfsnotwendige ländliche Krankenhäuser wird begrüßt. Die Bestrebungen zur Erweiterung der mit Wirkung für das Jahr 2021 vereinbarten Liste von Krankenhäusern um die Kinder- und Jugendmedizin bis zum 31 Dezember 2020 auf Basis der durch den G-BA noch zu ergänzenden Regelungen zu den Sicherstellungszuschlägen ist sachgerecht und erforderlich, um eine pauschale Förderung bereits ab dem Jahr 2021 zu ermöglichen.

Die in den Kabinettsbeschluss aufgenommene gestaffelte Erhöhung der pauschalen Förderung für ländliche Krankenhäuser von 400.000 Euro um 200.000 Euro je weitere bedarfsnotwendige Fachabteilung nach den Vorgaben des G-BA zur Sicherstellung der Vorhaltung dieser Strukturen für die ländliche Bevölkerung stellt sicher, dass ein hoher Anreiz darin besteht, alle bedarfsnotwendigen Fachabteilungen zu erhalten. Die Regelung wird grundsätzlich begrüßt. Dass allerdings Krankenhäuser bei Vorhaltung lediglich einer bedarfsnotwendigen Fachabteilung nach wie vor 400.000 Euro erhalten, wird aus Sicht der KNAPPSCHAFT im Rahmen der gefundenen Neuregelung als nicht sachgerecht angesehen.

Die Anreizsetzung für den Erhalt aller bedarfsnotwendigen Fachabteilungen muss mit einem hohen Grad der Sicherstellung des sicherheitsrelevanten Versorgungsauftrages einhergehen. Die Feststellung einer zeitweisen Nichterfüllung des sicherstellungsrelevanten Versorgungsauftrages muss in der Konsequenz eine anteilige Rückzahlung der erhaltenen Förderung zur Folge haben.

Zukunftsorientierte Personalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Die Ergebnisse des Projekts zur Ermittlung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen zeigen, dass in vollstationären Pflegeeinrichtungen zukünftig auch mehr Pflegehilfskräfte benötigt werden. Hierzu sollen zusätzliche Entgelte zur Pflegevergütung für die Unterstützung der Leistungserbringung durch zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal in zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen gewährt werden können, soweit das nach der Pflegesatzvereinbarung vorzuhaltende Personal

hierdurch überschritten wird. Im Gegensatz zu den Vergütungszuschlägen nach § 8 Abs. 6 SGB XI tragen die Pflegekassen diese Zuschläge alleine. Aber auch hier sollen die Pflegebedürftigen nicht zusätzlich belastet werden. Die Umsetzung des Verfahrens ist in Festlegungen des GKV-Spitzenverband zu beschreiben. Geplant sind bis zu 20.000 zusätzliche Stellen.

Die Umsetzung wird die soziale Pflegeversicherung jährlich mit bis zu 680 Millionen Euro belasten. Im Jahr 2021 wird dabei eine 50%-ige Besetzung der Stellen und somit Ausgabensteigerung erwartet (10.000 Stellen, 340 Millionen Euro).

So sehr die o.g. Regelung auch seitens der KNAPPSCHAFT befürwortet wird, ist davon auszugehen, dass das neue Gesetz die angespannte Situation in den Pflegeeinrichtungen nicht nachhaltig verbessern wird. Bereits mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz sollten bis zu 13.000 zusätzliche Stellen in der Altenpflege geschaffen werden. Die Besetzung dieser Stellen wurde jedoch nicht vollumfänglich in Anspruch genommen, da Pflegefachkräfte auf dem Markt rar sind. Auch wenn die Anforderungen an das nun betroffene Personal geringer sind, ist zu befürchten, dass sich ein ähnliches Bild zeigt. Insbesondere ist nicht zu erwarten, dass innerhalb eines Jahres bereits 10.000 dieser Stellen besetzt sein werden.

Mit der verwaltungsmäßigen Umsetzung kommen auf die Pflegekassen zudem erhebliche Mehraufwände (Antragsverfahren, Pflegesatzverhandlungen, Berichtspflichten) zu.

Inkrafttreten der bundesweiten Verträge zur Heilmittelversorgung

Die Verträge im Bereich der Heilmittelversorgung werden in diesem Jahr erstmals bundesweit vom GKV-Spitzenverband mit den Heilmittelverbänden verhandelt. Ursprünglich sollten diese Verträge zum 1. Juli 2020 in Kraft treten. Grundlage für die Verhandlungen über die Inhalte der Verträge sind unter anderem die Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln in der vertrags(zahn)-ärztlichen Verordnung (Heilmittel-Richtlinien), die zeitgleich überarbeitet wurden. Da die Heilmittel-Richtlinien in der Neufassung erst zum 1. Oktober 2020 in Kraft treten konnten, wurde das Inkrafttreten der bundesweiten Verträge durch Artikel 3 COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz ebenfalls auf den 1. Oktober 2020 verschoben.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat kürzlich beschlossen, das Inkrafttreten der Neufassung der Heilmittel-Richtlinie vom 1. Oktober 2020 auf den 1. Januar 2021 zu verschieben.

Da in der Folge Rechtsunsicherheiten bei der Umsetzung der erstmals auf Bundesebene abzuschließenden Verträge zur Heilmittelversorgung zu erwarten sind, soll nach dem Kabinettsentwurf das Inkrafttreten dieser Verträge auf den 1. Januar 2021 verschoben werden.

Die Gesetzesänderung ist aus Sicht der KNAPPSCHAFT sachgerecht, da die in den Verträgen enthaltenen Regelungen auf den neuen Heilmittel-Richtlinien basieren. Aufgrund des erheblichen Aufwands und aus Zeitgründen scheidet die Alternative einen zweiten Vertrag mit allen Heilmittelbereichen für den Übergangszeitraum vom 1. Oktober bis 31. Dezember 2020 zu schließen aus.

Verfahrensvereinfachung hinsichtlich Hilfsmittelempfehlungen bei der Pflegebegutachtung

Sofern die Medizinischen Dienste die Notwendigkeit von (Pflege-)Hilfsmitteln, die im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit stehen, bei der Pflegebegutachtung feststellen, ist eine weitere ärztliche Verordnung für diese Hilfsmittel nicht mehr notwendig. Die Krankenkasse kann unmittelbar – mit Zustimmung des Versicherten – eine Lieferung durch einen Leistungserbringer veranlassen.

Der Kabinettsentwurf entfristet diese bis zum 31. Dezember 2020 geltende Regelung.

Die Verfahrensweise hat sich in der Vergangenheit bewährt, die Versicherten werden von bürokratischen Lasten befreit und die Versorgung kann deutlich schneller erfolgen. Die KNAPPSCHAFT befürwortet daher die Entfristung dieser Regel.

3. Änderungsbedarf zu einzelnen Vorschriften

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7

§ 221a Ergänzender Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds im Jahr 2021

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ziel der Neuregelung ist es, den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz nach § 242a weitestgehend stabil zu halten. Deshalb leistet der Bund einen ergänzenden Bundeszuschuss in Höhe von 5 Milliarden Euro an den Gesundheitsfonds, einschließlich eines Zuschusses von 30 Millionen Euro an die landwirtschaftliche Krankenkasse.

B) Stellungnahme

Grundsätzlich begrüßt die KNAPPSCHAFT die Erhöhung des Bundeszuschusses. Das voraussichtliche Defizit des Jahres 2021 von mehr als 16 Milliarden Euro bei den gesetzlichen Krankenkassen ist nicht nur Ergebnis der COVID-19-Pandemie, sondern auch Folge der Gesetzgebung in der laufenden Legislaturperiode. Der avisierte Betrag in Höhe von 5 Milliarden Euro (weniger als ein Drittel des Defizits) reicht nicht aus.

Die Beitragszahler treten bei dem aktuellen Gesetzvorhaben als Hauptfinanzierer auf. Da sich durch die Corona-Krise Auswirkungen auf die gesamte Gesellschaft ergeben, sind die finanziellen Lasten in einem größeren als dem jetzt geplanten Maße auf den Steuerzahler zu übertragen. Eine unausgewogene Belastung der GKV ist nicht akzeptabel.

C) Änderungsvorschlag

Im Ergebnis ist der ergänzende Bundeszuschuss zu erhöhen.

Nr. 8

§ 242a Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach Absatz 1 Satz 4 dürfen Krankenkassen ihren Zusatzbeitragssatz nicht anheben, solange sie ausweislich ihrer letzten vierteljährlichen Rechnungsergebnisse über Finanzreserven verfügen, die eine Monatsausgabe übersteigen. Durch die Änderung entfaltet das Zusatzbeitragssatz-Anhebungsverbot bei Finanzreserven, die das 0,8-fache einer Monatsausgabe überschreiten, seine Wirkung.

B) Stellungnahme

Durch die Absenkung auf das 0,8-fache einer Monatsausgabe sollen die Krankenkassen noch stärker dazu gezwungen werden, ihre Finanzreserven zur Dämpfung ihres Zusatzbeitragssatzes einzusetzen. Die kurzfristige Absenkung verhindert eine vorausschauende Finanzplanung. Krankenkassen, die ihre bisherige Handlungsweise an der Obergrenze von 1,0 Monatsausgaben ausgerichtet haben, sind kurzfristig zu strategischen Veränderungen verpflichtet. Zudem werden ihnen rund zwei Drittel des Betrages zwischen 0,8 und 1,0 Monatsausgaben, die zur Stabilisierung des Beitragssatzes im Jahr 2021 eingeplant waren, für diese Zwecke entzogen.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung wird gestrichen.

Nr. 9

§ 260 Betriebsmittel

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 260 Absatz 2 Satz 1 und 2 wird das Wort „Einfache“ jeweils durch das Wort „0,8-fache“ ersetzt.

B) Stellungnahme

s. Stellungnahme zu Nr. 8.

C) Änderungsvorschlag

s. Stellungnahme zu Nr. 8.

Nr. 11

§ 272 Sonderregelungen für den Gesundheitsfonds im Jahr 2021

A) Beabsichtigte Neuregelung

Ziel der Neuregelung ist es, dem Gesundheitsfonds im Jahr 2021 einmalig Mittel aus den Finanzreserven der am Risikostrukturausgleich teilnehmenden Krankenkassen zuzuführen. Hierfür werden die Finanzreserven nach § 260 Absatz 2 Satz 1 jeder Krankenkasse, die ausweislich ihrer dem BMG über den GKV-Spitzenverband bis zum 14. August 2020 gemeldeten vierteljährlichen Rechnungsergebnisse des ersten Halbjahres 2020 (Statistik KV 45) 0,4 einer Monatsausgabe überschreiten, in Höhe von 66,1 Prozent herangezogen. Der einmalige und bundesweite Solidarausgleich soll dafür sorgen, dass die Beitragszahler nicht nur die Aufgaben der eigenen, sondern auch die der anderen Krankenkassen finanzieren.

Den Einnahmen des Gesundheitsfonds werden damit im Jahr 2021 einmalig rund 8 Milliarden Euro zugeführt.

Diese Maßnahme soll der Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a dienen.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung wird seitens der KNAPPSCHAFT abgelehnt.

Es handelt sich bei dem Vorhaben um einen drastischen Eingriff in die Beitragssatz- und Entscheidungsautonomie der Krankenkassen. Eine seriöse und nachhaltige Planung, darunter ist gerade die Festlegung der Höhe des Zusatzbeitragssatzes auf Basis der vorhandenen Finanzmittel durch die Selbstverwaltung zu verstehen, wird ad absurdum geführt.

Die sofortige Abführung von 66,1 Prozent der Finanzmittel oberhalb von 0,4 Monatsausgaben konterkariert das ursprüngliche Vorhaben des Gesetzgebers, die Mitglieder an den Finanzreserven partizipieren zu lassen, indem die Finanzreserven bei Überschreiten einer bestimmten Obergrenze (bisher 1,0 Monatsausgaben; zukünftig

0,8 Monatsausgaben) durch geringere Zusatzbeitragssätze abgebaut werden sollen. Krankenkassen haben seinerzeit strategische Entscheidungen getroffen, die nun kurzfristig keinen Bestand mehr haben können.

Der Schwellenwert von 0,4 Monatsausgaben ist zu niedrig angesetzt. In der Folge wird es aufgrund der zusätzlichen Belastung durch die Abführung finanzieller Mittel vermehrt zu Insolvenzverfahren im Krankenkassensektor kommen. Widerspiegeln wird sich diese Situation der Krankenkassen bei der Risikobewertung des GKV-Spitzenverbandes nach §§ 171b ff. SGB V. Es ist davon auszugehen, dass zukünftig vermehrt Krankenkassen unter Beobachtung des GKV-Spitzenverband stehen werden.

Die vergangenen Monate haben gezeigt, dass die vollständigen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie bei weitem noch nicht abzusehen sind. Die KNAPPSCHAFT hält es für falsch, gerade in dieser von Unsicherheit geprägten Zeit, die Reserven der Krankenkassen auf das angedachte Minimum zu reduzieren. Die COVID-19-Pandemie wird sich auch nach dem Jahr 2021 auf die gesamte Gesellschaft und die gesetzliche Krankenversicherung auswirken. Insofern ist der Blick auf das Jahr 2021 nicht ausreichend. Eine Perspektive auf die Zeit danach ist dem Gesetzentwurf nicht zu entnehmen. Das hält die KNAPPSCHAFT für bedenklich.

Das vierteljährliche Rechnungsergebnis des ersten Halbjahres 2020 (Statistik KV 45) soll als Grundlage für die Berechnung der an den Gesundheitsfonds abzuführenden Mittel dienen. Dies wird seitens der KNAPPSCHAFT als nicht adäquat angesehen. Zum einen werden Zahlen herangezogen, die nicht geprüft und von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer testiert sind, zum anderen sind die Zahlen des ersten Halbjahres von der COVID-19-Pandemie geprägt und insofern nicht aussagekräftig genug.

Da das Ausgabenvolumen in der Statistik KV 45 für das erste Halbjahr 2020 insgesamt deutlich zu niedrig ist, sind massive Ausgabensteigerungen im zweiten Halbjahr 2020 zu erwarten. Deshalb müssen viele Krankenkassen auf ihre Reserven zugreifen.

Der Gesetzgeber greift einmal mehr in den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen ein. Finanzreserven sind in aller Regel das Resultat einer guten wettbewerblichen Positionierung. Eine sofortige zwangsweise Abführung steht im Widerspruch zum Wettbewerbsgedanken.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung wird gestrichen.

Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes - KHEntgG)

Nr. 2

§ 5 Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung soll die zusätzliche Finanzierung bedarfsnotwendiger Krankenhäuser im ländlichen Raum, differenziert nach der Anzahl basisversorgungsrelevanter Fachabteilungen ab dem Jahr 2021 ermöglicht werden.

B) Stellungnahme

Die Regelung kann zur Sicherstellung der Vorhaltung der bedarfsnotwendigen Strukturen für die ländliche Bevölkerung beitragen. Allerdings ist nicht sachgerecht, bei Vorhaltung lediglich einer bedarfsnotwendigen Fachabteilung einen Betrag von 400.000 Euro bereitzustellen. Zur Anreizsetzung für den Erhalt aller bedarfsnotwendigen Fachabteilungen sind Sanktionierungen bei einer zeitweisen Nichterfüllung des sicherstellungsrelevanten Versorgungsauftrags vorzusehen.

C) Änderungsvorschlag

§ 5 Absatz 2a KHEntgG wird wie folgt geändert:

“(2a) Ein Krankenhaus, das in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 aufgenommen wurde, hat für das der Auflistung folgende Jahr Anspruch auf eine zusätzliche Finanzierung in Höhe von ~~400 000 Euro jährlich~~ **200.000 Euro jährlich je vorgehaltene bedarfsnotwenige Fachabteilung je Standort gemäß den Regelungen nach § 136c Absatz 3 Satz 2 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**. Die Berechnung gegenüber den Patientinnen oder Patienten oder den Kostenträgern erfolgt, indem der jährliche Betrag nach Satz 1 durch die voraussichtliche Summe der voll- und teilstationären Fälle des Krankenhauses geteilt wird. Der Betrag nach Satz 2 ist erstmals bei Patientinnen oder Patienten abzurechnen, die ab dem 1. Januar 2020 zur Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen wurden. Ist ein Krankenhaus nicht mehr in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 aufgenommen, so ist der Betrag nach Satz 2 letztmalig

bei Patientinnen oder Patienten abzurechnen, die vor dem 1. Januar des auf die letztmalige Auflistung folgenden Jahres zur Behandlung in das Krankenhaus aufgenommen wurden. **Erfüllt ein Krankenhaus mit Anspruch auf einen Sicherstellungszuschlag seinen sicherstellungsrelevanten Versorgungsauftrag länger als vier Wochen nicht, so hat das Krankenhaus dies der Landeskrankenhausplanungsbehörde und den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen unverzüglich anzuzeigen. Der Anspruch auf einen Sicherstellungszuschlag entfällt in diesen Fällen anteilig der Höhe nach in Abhängigkeit des zeitlichen Umfangs der Nichterfüllung des sicherstellungsrelevanten Versorgungsauftrages. Die anteilige Förderung ist zurückzuzahlen**.”

Dr. Simone Kunz
Abteilungsleitung
Kranken- und Pflegeversicherung

Bei Rückfragen:
Telefon 0234 304-10000
simone.kunz@kbs.de

www.knappschaft.de

Stand: November 2020

KNAPPSCHAFT
für meine Gesundheit!

Diakonie
Deutschland

Stellungnahme der Diakonie Deutschland
Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG)
* Änderungsantrag der Fraktionen CDU/CSU und SPD Drs. 19 (14) 242.2
* Änderungsantrag der Fraktionen CDU/CSU und SPD Drs. 19 (14) 242.3

Diakonie Deutschland
Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.

Maria Loheide
Vorstand Sozialpolitik

Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin
T +49 30 65211-1632
F +49 30 65211-3632
maria.loheide@diakonie.de
www.diakonie.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)243(32)
zur öffentl. Anh. am 16.11.2020 - Versorgungsverbesserungsgesetz
11.11.2020

Berlin, 10. November 2020

Gerne nimmt die Diakonie Deutschland die Möglichkeit wahr, zum o. g. Gesetzentwurf sowie den genannten Änderungsanträgen Stellung zu nehmen.

A. Allgemeine Bewertung

1. Durch Veränderungen im § 140a (Besondere Versorgung) SGB V werden die Handlungsmöglichkeiten der Akteure für **sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen** im Selektivvertragsrecht deutlich ausgeweitet. Die Aufnahme konzeptioneller Impulse der Diakonie Deutschland für eine bessere sektorenübergreifende Versorgung wird zwar begrüßt, jedoch setzen wir uns für einen Reformansatz im SGB V mit dem Ziel ein, die Regelversorgung sektorenübergreifend zu strukturieren und die „Besondere Versorgung“ auf die Erprobung innovativer Versorgungsformen zu begrenzen. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung müssen in Erfüllung ihres gesetzlichen Auftrags allen Versicherten offenstehen.
2. Mit Veränderungen im Krankenhausentgeltgesetz wird ein **Förderprogramm für Hebammenstellen in der stationären Versorgung** geschaffen, das aus Sicht der Diakonie Deutschland nur als erster Schritt zur Behebung der Versorgungsprobleme in der stationären Geburtshilfe zu begreifen ist.
3. Die **Sicherstellungszuschläge** für Kinderkliniken und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin antworten darauf, dass die Daseinsversorgung in diesem Bereich nicht mehr durchgängig gesichert ist. Aus der Sicht der Diakonie Deutschland ist dieser Schritt im Sinne einer möglichst wohnortnahen Versorgung kranker Kinder und Jugendlicher zu begrüßen.
4. Vor dem Hintergrund der pandemischen Krise ist aus der Sicht der medizinischen **Vorsorge - und Rehabilitationskliniken** nach § 111d SGB V einen Rettungsschirm aufrechtzuerhalten. Erst nach einer Übergangsphase sollten die Änderungsanträge der Koalitionsparteien, die die §§ 111 und 111c SGB V betreffen, greifen.
5. Vor dem Hintergrund der schwierigen Vergütungslage im Rahmen der Versorgung mit Haushaltshilfe (nach § 132 SGB V) setzt sich die Diakonie Deutschland nachdrücklich dafür ein, dass die tarifvertraglich vereinbarten Vergütungen sowie entsprechende Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden können.

6. Die **Schaffung zusätzlicher Pflegehilfskraftstellen** ohne weitere Belastung der Eigenanteile der pflegebedürftigen Menschen wird als ein allererster Schritt zur Umsetzung eines in der Altenhilfe dringlich einzuführenden Personalbemessungssystems gesehen und insoweit begrüßt. Angesichts schwankender Belegungsstrukturen sollte der Stellenanteil nicht nach Pflegegraden bemessen werden, sondern anhand von Platzzahlen entsprechend des Sofortprogramms für Pflegekräfte gemäß § 8 Absatz 6 SGB XI. Auch das Antrags- und Nachweisverfahren muss bürokratieärmer ausgestaltet werden. Neben den Personalkosten, sind auch die Sach- und Regiekosten durch die Pflegekassen zu finanzieren, damit das beabsichtigte politische Ziel der Vermeidung von finanzieller Mehrbelastung für die von der Pflegeeinrichtung versorgten Pflegebedürftigen erreicht werden kann. Die Diakonie Deutschland setzt sich in diesem Zusammenhang nochmals für eine bundeseinheitliche Regelung der Assistenzausbildung ein. Dafür könnte die Fachkommission nach § 53 PflBG Rahmenvorgaben schaffen.
7. Angesichts der Tatsache, dass die Pandemie noch nicht beendet ist, sieht die Diakonie Deutschland die Notwendigkeit einer **Verlängerung einzelner Maßnahmen des Schutzschirms für die Pflegeeinrichtungen nach § 150 Absatz 2 und 3 SGB XI und für die nach Landesrecht anerkannten Angebote nach § 150 Absatz 5a SGB XI. Wir begrüßen daher die geplante Verlängerung des Schutzschirms nach § 150 SGB XI durch den Änderungsantrag 15/Drs. 19 (14) 242.3.**
8. Ambulante Dienste, die **pflegerische Leistungen nur über das SGB V erbringen** und keinen Versorgungsvertrag nach dem SGB XI haben, wie z. B. einige Intensivpflegedienste, psychiatrische Krankenpflegedienste, SAPV-Dienste oder Familienpflegedienste, wurden bisher nicht vom Schutzschirm erfasst, obwohl sie die gleichen Probleme wie die Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste nach dem SGB XI hatten. Dies gilt es zu korrigieren.

Artikel 1
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu § 140a Besondere Versorgung
Die im Referentenentwurf formulierten Änderungen des § 140a erweitern die selektivvertraglichen Spielräume erheblich. Sie müssen nach Auffassung der Diakonie der Erprobung innovativer Ansätze der sektorenübergreifenden Versorgung dienen und die Überführung in die Regelversorgung vorbereiten.
Insbesondere die Ermöglichung von Vernetzungen über die Grenzen der gesetzlichen Krankenversicherung hinaus nimmt konzeptionelle Impulse der Diakonie nach einer sektorenübergreifenden Perspektive in der Versorgung, insbesondere von chronisch kranken, pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen und komplexen Bedarfen, auf.
In unserem Positionspapier „Sektorenübergreifende Versorgung für multimorbide alte Menschen“ (Diakonie Text 01.2017) wurden Versorgungsprobleme im Kontext der Versorgung zu Hause und an den Schnittstellen zum Krankenhaus und zur Pflegeeinrichtung dargestellt. Regelmäßig sind es über die Krankenversorgung und auch über den Leistungskatalog der GKV hinausgehende Bedarfe, die, um Teilhabe und Selbstbestimmung zu verwirklichen, in einem Sozialraum erbracht werden müssen. Dazu sind sektorenübergreifende Strukturen der Bedarfserkennung, der Fallbegleitung, der Information und Beratung sowie der koordinierten Leistungserbringung in regionalen Netzwerken sinnvoll. Für die Gruppe chronisch kranker und behinderter Kinder erstellte die DVfR eine vergleichbare Analyse und kam zu ähnlichen Schlussfolgerungen (vgl.: Zur interdisziplinären Teilhabesicherung von Kindern mit (drohenden) Behinderungen, chronischen Erkrankungen oder Entwicklungsbeeinträchtigungen im Vorschulalter und der Unterstützung ihrer Eltern. Positionspapier der DVfR August 2019).

Zu Absatz 1
Die Klarstellung, dass auch kassen- bzw. kassenartübergreifende Verträge abgeschlossen werden können mit Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften und, dass Krankenkassen zu bereits bestehenden Verträgen beitreten können, erweitert den Handlungsspielraum der Akteure i. S. einer an der Versorgungslage orientierten sektorenübergreifenden Vertragsgestaltung und -entwicklung.
Die Ermöglichung besonderer sektorenspezifischer Versorgungsverträge für nichtärztliche Leistungserbringer wird begrüßt, da auf diesem Wege die berufsgruppenübergreifende Versorgung bei der Erprobung neuer Versorgungsformen verbessert werden kann
Mit dem neuen Satz 3 wird klargestellt, dass die besondere Versorgung auf Regionen beschränkt werden kann. Das kann sinnvoll sein, um in einer Region Kooperationen zu erproben.
Dass das Nebeneinander von alten und neuen Versorgungsverträgen nach § 140a mit Frist beendet wird, wird der konzeptionellen Weiterentwicklung der besonderen Versorgungsformen und der rechtlichen Klarheit gerecht.

Zu Absatz 2
Die Klarstellung des neu formulierten Satz 4 dahingehend, dass nach § 92 a geförderte Projekte den Anforderungen nach § 140a entsprechen, wird befürwortet. Begrüßt wird ferner, dass die bisherigen Aussagen zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit gestrichen werden.
Von Bedeutung für die Praxis sektorenübergreifender Versorgung ist, dass Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen der Leistungserbringer und Krankenkassen durch Vertragspartner oder Dritte erbracht werden dürfen. Dadurch könnte, wie die Gesetzesbegründung ausführt, diese Leistung, beispielsweise eine aufsuchende Beratung bei vulnerablen Personengruppen etwa durch Sozialarbeiter, auf Dritte übertragen oder füreinander wahrgenommen werden. Dadurch wird die innovative Erprobung der Arbeit multidisziplinärer Teams in komplexen Versorgungsstrukturen erleichtert.

Zu Absatz 3
In Absatz 3 werden als neue Vertragspartner der Krankenkassen „andere (…) Sozialleistungsträger“ und die für diese zur Versorgung berechtigten Leistungserbringer angeführt. Diese Änderung entspricht den vielfältigen Praxisbedürfnissen, konzeptionellen Überlegungen und Forderungen nach dem Einbezug weiterer Sozialleistungsträger in die Entwicklung sektorenübergreifender Strukturen.

Ferner werden die privaten Kranken- und Pflegeversicherungen in den Kreis der Vertragspartner aufgenommen. Diese Regelung wird von der Diakonie abgelehnt, da die privaten Versicherer damit zwar an Versorgungsinnovationen, nicht aber den Gestehungskosten der Verträge, denen sie beitreten, beteiligt sind. Darüber hinaus steht die Diakonie Deutschland der Dualität von gesetzlicher und privater Krankenversicherung kritisch gegenüber.
Die Aufnahme anderer Berufs- und Interessenverbände der Leistungserbringer (in Nummer 7) reflektiert die Öffnung der besonderen Versorgungsformen für sektorenübergreifendes Handeln.

Zu Absatz 3a und 3b (neu)
Absatz 3a konkretisiert auf der Ebene der Vertragsgegenstände die Einbeziehung weiterer Sozialleistungsträger und Leistungserbringer. Es ist ausdrücklich positiv zu bewerten, dass anerkannt wird, dass häufig einzelne Leistungserbringer Versorgungsinnovationen ausbilden. Positiv zu bewerten ist auch, dass Gegenstand der Verträge auch die Beteiligung an übergreifenden Versorgungsaufträgen anderer Sozialleistungsträger sein kann. Damit werden den Vertragspartnern große Spielräume einer umfassenden teilhabebezogenen Versorgung einschließlich des Versorgungsmanagements nach § 11 Absatz 4 SGB V eröffnet. Für die Diakonie ist entscheidend, dass alle an der Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer einer Region – in Wahrnehmung einer gemeinsamen Verantwortung – in die Erprobung dieser neuen Form sektorenübergreifenden Handelns einbezogen werden.

Die im neuen Absatz 3b eröffnete Möglichkeit, dass eine Krankenkasse in Einzelfällen aus medizinischen oder sozialen Gründen oder in anderen Fallkonstellationen Kosten selbst beschaffter Leistungen erstattet, sowie Verträge auch mit nicht zugelassenen Leistungserbringern abschließt, ist insbesondere, wie auch in der Gesetzesbegründung ausgeführt, bei seltenen Erkrankungen und anderen komplexen Fallkonstellationen von Belang und zu begrüßen.

So sinnvoll die im Entwurf vorgeschlagenen Änderungen für die Erprobung innovativer Formen der Leistungserbringung sind, so notwendig ist es auch, dass in der Regelversorgung sektorenübergreifendes Handeln mehr als bisher ermöglicht wird, um die Begrenzungen, die mit Selektivverträgen verbunden sind, aufzuheben. Selektivverträge setzen auf eine wettbewerbliche Konstellation zwischen Krankenkassen und zwischen Leistungserbringern. Wenn sie Kooperationen fördern, schließen sie doch zugleich, da selektiv, Akteure aus der Verpflichtung zu einer gemeinsam verantworteten Gestaltung der sozialräumlichen Versorgung aus. Gerade Patientinnen und Patienten mit komplexen Bedarfen, die mitunter auch in schwierigen Lebensbedingungen leben, sind unter wettbewerblichen Gesichtspunkten nicht immer wirtschaftlich interessant, noch macht es unter den Gesichtspunkten der Gesundheit und der Teilhabe Sinn, ihnen den Zugang zu sektorenübergreifenden Leistungselementen dadurch zu erschweren, dass diese nur selektiv, fragmentiert, umgesetzt werden; wir verweisen in diesem Zusammenhang auf unsere Analyse in den „Positionen der Diakonie Deutschland in der Gesundheits-, Rehabilitations- und Pflegepolitik 2018“.
Vor dem Hintergrund der Analyse setzt sich die Diakonie Deutschland für weitergehende Veränderungen des SGB V ein, um die **Regelversorgung** sektorenübergreifend zu gestalten. Die selektivvertraglichen Regelungen nach § 140a können ihrem besonderen Charakter entsprechend auf die zeitlich begrenzte Erprobung innovativer Versorgungsformen, die mit besonderer Begründung über eine Frist hinaus weitergeführt werden können, beschränkt werden. Dies wird auch dem Charakter der gesetzlichen Krankenkassen gerecht, die die sozialrechtlichen Ansprüche aller Versicherten, hier auf eine sozialleistungsträgerübergreifende Versorgung, umzusetzen haben.

Änderungsanträge zu Artikel 1 und weitere Änderungsbedarfe im SGB V

Zu Änderungsantrag 2/Drs. 19 (14) 242.2: § 139 Hilfsmittelverzeichnis

Die Hinzuziehung von technischer Expertise bei der Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses im Bereich der digitalen oder technischen Assistenzsysteme wird begrüßt. Es muss sich jedoch um unabhängige Sachverständige handeln; dies ist ausdrücklich zu ergänzen. Zudem sollte im Gesetzestext und nicht nur in der Begründung klargestellt werden, dass ablehnende Entscheidungen auf der Grundlage der Expertise einer gesonderten Begründung bedürfen. Neben der technischen Expertise ist zudem dringend der Einbezug der Nutzerexpertise zu ergänzen. Bei der Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses ist zudem das Kriterium des barrierefreien Zugangs zu verankern.

Zu Änderungsantrag 11/ Drs. 19 (14) 242.3
Zu Artikel 1, Änderung des SGB V§§ 111, 111c SGB V (zur pandemiebedingten Anpassung von Vergütungsvereinbarungen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen)

Die Hoffnung, dass die medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach dem (ersten) Lockdown in einen Regelbetrieb starten, musste durch die Entwicklung der Pandemie im Herbst aufgegeben werden. Die Einrichtungen arbeiten weiterhin im Krisenmodus mit erheblichen Mindereinnahmen und Mehrkosten.

Zugleich ist es sinnvoll, über die akute pandemische Krise, die auch eine der Einrichtungen ist, hinaus, die Einrichtungen materiell zu sichern, damit sie ihre Versorgungsaufträge wahrnehmen können.

Vor diesem Hintergrund begrüßt die Diakonie Deutschland die mit den vorgeschlagenen Änderungen in den §§ 111 und 111c SGB V verfolgten Anliegen, bittet jedoch dringend darum, dass für eine Übergangsphase der Rettungsschirm nach § 111d SGB V verlängert wird. Die Verlängerung des Rettungsschirms bis zum 31.03.2021 ist nach § 111d Abs. 8 durch Rechtsverordnung des BMG mit Zustimmung des Bundesrats möglich. In dieser Übergangsphase können die in den Änderungsvorschlägen formulierten Verhandlungen stattfinden.
Wird auf die Verlängerung des Rettungsschirms verzichtet, müssten die Einrichtungen in einer existenziellen Krisensituation mit den Krankenkassen verhandeln, der Ausgang wäre offen, die Gewichtsverteilung der Verhandlungspartner sehr ungleich.

Es soll ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass die Bestimmungen des § 111d SGB V einrichtungsbezogene Ausgleichzahlungen vorsehen; es handelt sich nicht um pauschale Erstattungen.

Ausdrücklich begrüßt die Diakonie Deutschland, dass die ambulanten Rehabilitationseinrichtungen in die geplanten Bestimmungen zur Anpassung der Vergütungsvereinbarungen einbezogen sind.

Änderungsbedarf:
In den vorgeschlagenen Formulierungen der Änderungen der §§ 111 und 111c SGB V werden die angegebenen Fristen aufgrund Verlängerung des Reha-Rettungsschirms (bis zum 31.03.2021) nach § 111d SGB V zeitlich verschoben (mit Beginn der Vergütungsanpassungen zum 1.4.2021).

§ 126 SGB V Versorgung durch Vertragspartner
Präqualifizierungserfordernis für Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe bei der Hilfsmittelerbringung
Nach § 126 Absatz 1 Satz 2 können Vertragspartner der Krankenkassen nur Leistungserbringer sein, die die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen. Die Krankenkassen müssen dies nach § 126 Absatz 1a sicherstellen. Zu diesem Zweck müssen sich Leistungserbringer von der Präqualifizierungsstelle nach Absatz 1a Satz 2 qualifizieren lassen. Die Präqualifizierung gilt für alle Verträge, die durch Ausschreibungen nach § 127 Absatz 1 zustande gekommen sind sowie für Verträge der Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen mit Leistungserbringern, die nach § 127 Absatz 2 geschlossen werden. Eine Präqualifizierung ist lediglich beim Abschluss von Verträgen der Krankenkassen mit Leistungserbringern, die im Einzelfall nach § 127 Absatz 3 geschlossen werden, nicht notwendig.
Grundlage für die Präqualifizierungsanforderungen bildet das Berufsrecht der Leistungserbringer. Hierbei handelt es sich insbesondere um die Handwerksordnung und die Gewerbeordnung (vgl. Hauck/Noftz, SGB V, § 126 Rn. 9 f.). Unter Leistungserbringer fallen somit klassische Handwerksbetriebe und Angehörige von Handwerksberufen (vgl. Hauck/Noftz, SGB V, § 126 Rn. 13 ff.). Bei der Versorgung mit Hilfsmitteln kommt es nicht zu einer „Herstellung, Abgabe und Anpassung“ i. S. d. § 126 SGB V, da dies klassische handwerkliche Tätigkeiten nach der Handwerks- oder Gewerbeordnung voraussetzt. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen oder Einrichtungen der Eingliederungshilfe sind daher nicht als Leistungserbringer i. S. d. § 126 SGB V einzuordnen und benötigen keine Präqualifizierung als Lieferant von Hilfsmitteln.

Ohne deren Einbezug in den vorstehend beschriebenen Vorgang der Herstellung, Abgabe und Anpassung von Hilfsmitteln geht es bei Pflegeeinrichtungen allenfalls noch um die sachgerechte Unterstützung der Versicherten bei deren Verwendung. Dies ist Gegenstand der Versorgungsverträge nach §§ 72 ff SGB XI, bei denen das auf die Auftragsvergabe oder die Beitrittsverträge zugeschnittene Präqualifizierungsverfahren aber gerade nicht zur Anwendung kommt. Zudem kontrollieren die im Zusammenhang mit dem Versorgungsvertrag durchgeführten Qualitätsprüfungen regelmäßig auch die hier relevante Unterstützung und deren tatsächliche fachgerechte Durchführung. Vor diesem Hintergrund besteht wegen dieser letztlich wirksameren Kontrolle keinerlei Bedarf nach dem zusätzlichen, kostspieligen und zudem zeitlich immer nur befristeten Präqualifizierungszertifikat im Sinne von § 126 Abs. 1a SGB V.

Änderungsbedarf:
In § 126 Absatz 1 wird nach Satz 2 folgender Satz 3 eingefügt:
„Keine Leistungserbringer im Sinne von Satz 2 sind Pflegeeinrichtungen und andere Einrichtungen, die Versicherte mit Hilfsmitteln versorgen, ohne diese herzustellen, abzugeben oder anzupassen."

Anerkennung der Tarifbindung bei den Leistungserbringern der Versorgung mit Haushaltshilfe (§ 132 SGB V)
In vielen Bundesländern entsprechen die von den Krankenkassen gewährten Vergütungen für die Leistungserbringung im Bereich der Versorgung mit Haushaltshilfe (§ 38 SGB V) bei weitem nicht den tariflichen Vergütungen, welche die entsprechenden Dienste an ihre Mitarbeitenden zu bezahlen haben. Die Lücken zwischen der gewährten Vergütung und den tatsächlich zu bezahlenden tariflichen Gehältern betragen teilweise bis zu 30 Prozent. Die Lücke in der Refinanzierung wird überwiegend durch Spendenaufkommen, Zuschüsse kirchlicher Träger, teilweise durch freiwillige kommunale Zuschüsse (wie z.B. in der Stadt München) getragen. Die Corona-Pandemie hat die Situation der Familienpflegedienste nochmals erschwert, da die Dienste im März und April 2020 Einnahmeverluste durch Erlösausfälle im Umfang von ca. 30 Prozent hinnehmen mussten. Die Freie Wohlfahrtspflege setzt sich mit großem Nachdruck dafür ein, die Finanzierungslücke durch die Anerkennung der Tarifbindung bei Vergütungsverhandlungen nach § 132 SGB V zu schließen.
Familienpflegedienste leisten mit ihren Haushaltshilfen und Dorfhelfer/innen gerade für Familien in prekären Lebenslagen mit hohen krankheitsbedingten Belastungen Hilfen, deren Wert unschätzbar ist. Typische Familienkonstellationen sind Mehrkindfamilien im Niedrigeinkommensbereich oder Familien mit einem Kind mit einer Behinderung, in denen die Mütter schwersterkrankt sind. Brechen die Dienste weg, bleiben die Familien unversorgt.

Änderungsbedarf
§ 132 Absatz 1 wird nach Satz 1 um folgende Sätze ergänzt:
„Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden; insoweit gilt § 71 nicht. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die entsprechende Bezahlung der Beschäftigten jederzeit einzuhalten und sie auf Verlangen einer Vertragspartei nachzuweisen."

Artikel 2
Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Zu § 4 (hier: zum Hebammen-Förderprogramm)
Es ist ausdrücklich zu begrüßen, dass ein Hebammen-Förderprogramm aufgelegt wird, das die Relation von Hebammen zu Schwangeren verbessern soll. Das IGES-Gutachten (Stationäre Hebammenversorgung, September 2019) hat gezeigt, dass die Versorgungssituation der Schwangeren wie auch die Arbeitssituation von Hebammen in den Kliniken durch erhebliche Probleme gekennzeichnet sind. Zu nennen sind Versorgungsengpässe in Großstädten, die mangelnde Zufriedenheit der Hebammen bezüglich der Qualität der Tätigkeit, der Umfang fachfremder Tätigkeiten, eine hohe Arbeitsbelastung bei zu niedrigem Einkommen.
Die Geburtshilfe ist durch ein komplexes Entwicklungsprogramm dieses Leistungsbereichs in unterschiedlichen Hinsichten zu fördern. Die im Referentenentwurf vorgesehene Finanzierung der Personalkosten für die Jahre 2021 bis 2023 bis zu einem Umfang von 0,5 Vollzeitstellen pro 500 Geburten ist vor dem Hintergrund der skizzierten Problemanalyse ein erster, aber bei weitem nicht ausreichender Schritt. Ziel muss es sein, schrittweise eine Betreuungssituation von 1:1 von Hebammen und Gebärenden zu erreichen. Ferner machen wir darauf aufmerksam, dass die Entlastung der Hebammen sich auf fachfremde Tätigkeiten beziehen muss. Die Förderung von assistierendem Personal ist sinnvoll und zu begrüßen, ausgebildete Pflegefachkräfte sind für diesen Zweck jedoch überqualifiziert und sind angesichts des Personalmangels in anderen Bereichen einzusetzen.

Änderungsbedarf:
Streichung der Ziffern 3 bis 6 in § 4 Absatz 10 Satz 4 SGB V n.F.

Zu § 9 (hier: zu den Sicherstellungszuschlägen für Kinderkliniken und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin)
Durch Beifügung des neuen Halbsatzes wird die Liste um die Krankenhäuser erweitert, die bis zu einem Stichtag die Vorgaben für Sicherstellungszuschläge für Kinderkliniken und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin erfüllen.
Dieser Schritt wird nachdrücklich befürwortet. Er antwortet auf Versorgungs- und Finanzierungsprobleme, die von den wissenschaftlichen Fachgesellschaften dargestellt sind. Der Zuschlag kann einen Beitrag dazu leisten, insbesondere die regionale stationäre pädiatrische Versorgung zu sichern und damit auch die gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern.

Artikel 3
Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 18 Hilfsmittelempfehlung
Die Entfristung der Regelung, dass im Rahmen der Begutachtung vom Medizinischen Dienst (MD) empfohlene Hilfsmittel keiner ärztlichen Verordnung mehr bedürfen, wird ausdrücklich begrüßt.

§ 84 Absatz 9 SGB XI; § 85 Absätze 9 bis 11 SGB XI: Zusätzliche Pflegehilfskraftstellen
Aus Sicht des Diakonie Deutschland ist zu begrüßen, dass die vollstationären Pflegeeinrichtungen einschließlich der Kurzzeitpflege auf Antrag die Möglichkeit erhalten, zusätzliche Pflegehilfskräfte finanziert zu bekommen, ohne dass dies zu einer finanziellen Mehrbelastung der von der Pflegeeinrichtung

versorgten Pflegebedürftigen führt. Wie in dem Projekt zur Ermittlung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in stationären Pflegeeinrichtungen ermittelt, besteht ein nicht unerheblicher Mehrbedarf in Höhe von 36 Prozent an Personal in stationären Pflegeeinrichtungen. Diesen Mehrbedarf differenzieren die Projektergebnisse nach Qualifikationsgruppen. Der Anteil an Assistenzkräften am gesamten Mehrbedarf beträgt demnach 69 Prozent.

Die in § 85 Absatz 9 SGB XI angedachte Regelung würde in einer durchschnittlich großen stationären Pflegeeinrichtung mit 71 Bewohner*innen entsprechend der statistischen Verteilung der Pflegegrade zu einem Assistenzkräfteaufwuchs von 1,9 Mitarbeitenden führen. Dies ist zwar ein Schritt in die richtige Richtung, ist aber noch weit entfernt von den im o. g. Projekt ermittelten Mehrbedarfen, zumal ein Gesamtkonzept des ermittelten Personalbedarfs zur Umsetzung fehlt. In der Gesetzesbegründung werden Kurzzeitpflegegäste eingeschlossen. Im Gesetzestext finden aber Gäste sogenannter solitärer Kurzzeitpflegeeinrichtungen keine Berücksichtigung.

Qualifikationsniveau der Pflegehilfskräfte

Es wird begrüßt, dass das über den Vergütungszuschlag zu finanzierende zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal nun das Qualifikationsniveau von QN 3 erfüllen muss bzw. sich auf Niveau QN 3 nachqualifizieren lassen muss.
Vorweg möchten wir auf Folgendes hinweisen: Trotz der von ASMK und GMK als Mindestanforderungen beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ ist die Assistenz- oder Helferausbildung in den einzelnen Bundesländern zeitlich (1-2 Jahre), inhaltlich und wirtschaftlich sehr unterschiedlich geregelt. So ist beispielsweise die zweijährige Assistenzausbildung in Niedersachsen mit dem Erwerb des Mittleren Schulabschlusses (MSA) verbunden, was zu sehr kurzen Praxiszeiten in den Einrichtungen führt. Die gegenwärtige Anpassung der Assistenzausbildung einzelner Bundesländer an die neue generalistische Pflegeausbildung führt zu einer weiteren Ausdifferenzierung der rechtlichen Ausbildungsgrundlagen. Es wird vorgeschlagen, dieser Entwicklung entgegenzuwirken und eine bundeseinheitliche Regelung der (generalistischen) Assistenz- und Helferausbildung anzustreben. Dafür könnte die Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz Rahmenvorgaben machen.

Um sicherzustellen, dass im Rahmen des 20.000-Pflegehilfskraftstellenprogramms Pflegekräfte nach QN 3 möglichst schnell zur Verfügung stehen, sofern sie nachqualifiziert werden müssen, sollte die berufsbegleitende Qualifizierung zum frühestmöglichen Zeitpunkt, jedoch spätestens zum Ablauf des ersten Jahres nach Vereinbarung des Vergütungszuschlags begonnen sein. Ein möglichst früher Ausbildungsbeginn minimiert die Gefahr, dass Auszubildende und Träger erst zu Beginn des dritten Jahres feststellen, dass die betreffende Person für eine Ausbildung zur Pflegehilfskraft ungeeignet ist oder ein Abbruch droht.

Bemessung, Antrags- und Nachweisverfahren

Angesichts schwankender Belegungsstrukturen sollte der Stellenanteil nicht nach Pflegegraden bemessen werden, sondern anhand von Platzzahlen entsprechend des Sofortprogramms für Pflegekräfte gemäß § 8 Absatz 6 SGB XI.

Das Verfahren zu § 8 Absatz 6 (Fachkräfte) erscheint zumindest in dieser Hinsicht leichter handhabbar, da dieses der Pflegeeinrichtung eine verlässliche Planungsgrundlage auf Basis der Einrichtungsgröße liefert. Bei der Konzipierung des konkreten Verfahrens sind jedoch die Erfahrungen aus dem Verfahren nach Absatz 6 zu berücksichtigen. Nicht zuletzt aufgrund rechtlicher Unsicherheiten und hohen bürokratischen Aufwands wurden entsprechende Stellen nicht flächendeckend beantragt.

Insgesamt sollte das Antrags- und Nachweisverfahren unbürokratisch erfolgen. Daher begrüßen wir, dass das Antragsverfahren abweichend vom RefE im Gesetzentwurf zeitlich nicht losgelöst im Rahmen der Vergütungsverhandlungen nach §§ 84 ff. SGB XI erfolgt und mit den gleichen Verhandlungspartnern durchgeführt wird, um Mehraufwände bei den Trägern zu vermeiden, welche im Verfahren nach § 8 Absatz 6 bisher nicht berücksichtigungsfähig waren. Zudem muss für die Einrichtungen klar festgelegt werden, wann ein Anspruch auf die Finanzierung möglicherweise erlischt und wann ggf. Rückzahlungsansprüche entstehen. Dies gilt insbesondere für die Voraussetzung, dass eine Einrichtung über das Personal verfügen muss, das die Pflegeeinrichtung nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhalten hat. Dabei ist die komplexe Steuerung der vorzuhaltenden Personalmenge angesichts der z.T. längeren Zeit zwischen der Beantragung eines höheren Pflegegrades und der tatsächlichen Feststellung durch den Medizinischen Dienst zu berücksichtigen, die so ggf. zu einem Erlöschen der Anspruchsvoraussetzungen und infolgedessen zu Rückzahlungsansprüchen führen könnte.

Zur Vereinfachung des Nachweisverfahrens können die Verhandlungspartner auf Landesebene in ihren regelmäßigen Pflegesatzverhandlungen nun überprüfen, ob der Zuschuss zu Recht gezahlt wurde und ob er ggf. in seiner Höhe zu korrigieren ist. Insgesamt muss sichergestellt sein, dass die zusätzlichen Pflegeassistent*innen nicht auf die bestehenden Fachkraftquoten nach den jeweiligen Länderregelungen angerechnet werden dürfen.

§ 84 Absatz 2 Satz 4 normiert, dass die Pflegesätze einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen müssen, seine Aufwendungen zu finanzieren und seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen unter Berücksichtigung einer angemessenen Vergütung seines Unternehmerrisikos. Nach § 84 Absatz 9 Satz 2 SGB XI n. F: ist der Vergütungszuschlag für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten; § 28 Absatz 2 ist entsprechend anzuwenden. Das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal darf den Pflegebedürftigen finanziell nicht belasten. Folglich muss der Vergütungszuschlag auch die Sach- und Regieaufwendungen umfassen sowie eine angemessene Vergütung des Unternehmerrisikos. Dies gilt sowohl für § 84 Absatz 9 SGB XI als auch für das vereinfachte Verfahren nach § 85 Absatz 11 SGB XI. § 84 Absatz 9 Satz 1 und § 85 Absatz 11 Satz 1 Nr. 3 sind deshalb entsprechend zu ergänzen.

Da der Vergütungszuschlag für Pflegehilfskräfte wie der nach § 84 Abs. 8 SGB XI für Leistungen nach § 43b SGB XI ausschließlich durch die Pflegeversicherung zu tragen ist, sind sämtliche Veweise auf die Sozialhilfeträger in dem Kabinettsentwurf entsprechend den Regelungen für die Leistungen nach § 43b SGB XI zu streichen. Die Wörter „durch die Vertragsparteien nach Absatz 2“ sind deshalb in § 85 Absatz 1 Satz 1 Halbsatz 1 zu streichen.

Die Sozialhilfeträger sind weder Leistungsträger noch Vertragspartei. Die Finanzierung geht nur zu Lasten der Pflegeversicherung. **In § 85 Absatz 10 Satz 2** sind die Wörter: „der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe“ zu streichen.

Das vereinfachte Verfahren zur schnellen Vereinbarung des Vergütungszuschlags ohne reguläre Pflegesatzvereinbarungen nach **§ 85 Absatz 11** wird grundsätzlich begrüßt. Es sollte allerdings klargestellt werden, dass das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal die Voraussetzungen nach Absatz 9 Nummer 1 Buchstaben a) bis c) erfüllt. Auch sollte die Nummer 3 des Absatzes 11 klarer formuliert werden. Es ist an dieser Stelle nicht sinnvoll, Angaben über die Qualifikation zu machen. Auch müssen in dem vereinfachten Verfahren die Sach- und Regieaufwendungen ebenfalls eine Berücksichtigung finden. Auch

hier dürfen die Pflegebedürftigen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden. § 85 Absatz 11 Satz 1 Nr. 3 ist entsprechend zu ergänzen. (siehe auch oben).
Bei den Leistungsträgern handelt es sich unserer Auffassung nach um die Pflegekassen und nicht um alle nach Absatz 2 beteiligten Kostenträger als Parteien der Pflegesatzvereinbarung. § 85 Absatz 11 Satz 1 Halbsatz 1 und die Sätze 2 bis 4 sind deshalb anzupassen.

Änderungsbedarfe

In § 84 Absatz 9 Satz 1 muss auch auf § 84 Absatz 2 Satz 4 verwiesen werden. § 84 Absatz 9 Satz 1 sollte wie folgt gefasst werden:
„(9) Vergütungszuschläge sind abweichend von Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung des Absatzes 2 Satz 1**, Satz 4** und 5, des Absatzes 7 und des § 87a zusätzliche Entgelte zur Pflegevergütung für die Unterstützung der Leistungserbringung durch zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal in vollstationären Pflegeeinrichtungen."

§ 85 Absatz 9 Satz 1 Halbsatz 1 sollte wie folgt gefasst werden:
„Die Vereinbarung des Vergütungszuschlags nach § 84 Absatz 9 Satz 1 ~~durch die Vertragsparteien nach Absatz 2~~ erfolgt auf der Grundlage, …"

§ 85 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 c) sollte wie folgt gefasst werden:
„für das die vollstationäre Pflegeeinrichtung sicherstellt, dass es **in den ersten sechs Monaten, jedoch** spätestens zum Ablauf des ~~dritten~~ **ersten** Jahres nach Vereinbarung des Vergütungszuschlags nach § 84 Absatz 9 Satz 1 oder nach der Mitteilung nach Absatz 11 Satz 1 eine berufsbegleitende Ausbildung im Sinne von Buchstabe a beginnen wird, es sei denn, dass der Beginn oder die Durchführung dieser Ausbildung aus Gründen, die die Einrichtung nicht zu vertreten hat, unmöglich ist. **Es ist sicherzustellen, dass eine Verzögerung des Ausbildungsbeginns nicht zu einem wirtschaftlichen Vorteil der Einrichtung führen kann und so Fehlanreize ausgeschlossen werden."**

§ 85 Absatz 10 Satz 2 sollte wie folgt gefasst werden:
„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., ~~**der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe**~~ **und** den Bundesvereinigungen der Träger stationärer Pflegeeinrichtungen das Nähere für das Vereinbarungsverfahren nach Absatz 9 in Verbindung mit § 84 Absatz 9 sowie für seinen Bericht nachSatz 1 fest."
In § 85 Absatz 11 sollten die folgenden Änderungen vorgenommen werden.
„(11) Der Träger der vollstationären Pflegeeinrichtung kann bis zum Abschluss einer Vereinbarung nach § 84 Absatz 9 Satz 1 einen Vergütungszuschlag für zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal nach § 84 Absatz 9 Satz 2 berechnen, wenn er vor Beginn der Leistungserbringung durch das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal den **Vertragsparteien** ~~**nach Absatz 2 als Parteien der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Kostenträgern**~~ den von ihm entsprechend Absatz 9 ermittelten Vergütungszuschlag zusammen mit folgenden Angaben mitteilt:
……
3. ~~**die Qualifikation**~~, die Entlohnung und die weiteren Personalaufwendungen für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal, **sowie die in diesem Zusammenhang entstehenden sonstigen Personal- und Sachaufwendungen einschließlich den Regiekosten.**

….
5. die Erklärung, dass das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal über das Personal hinausgeht, das die vollstationäre Pflegeeinrichtung nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2

Nummer 2 vorzuhalten hat; **und dass die Anforderungen nach Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a) bis c) erfüllt sind**.

Für die Mitteilung nach Satz 1 ist ein einheitliches Formular zu verwenden, das der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. ~~und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe~~ bereitstellt. Die **Vertragsparteien** ~~nach Absatz 2 als Parteien der Pflegesatzvereinbarung beteiligten Kostenträger~~ können die nach Satz 1 mitgeteilten Angaben beanstanden. Über diese Beanstandungen befinden die Vertragsparteien ~~nach Absatz 2~~ unverzüglich mit Mehrheit."

Änderungsanträge zu Artikel 3

Änderungsantrag 6/Drs. 19 (14) 242.2: § 8 Absatz 3 SGB XI Modelltitel des GKV-SV

Der Diakonie Deutschland begrüßt, dass das im Rahmen der KAP vereinbarte Modellprojekt zur Erweiterung der Versorgungsverantwortung von Pflegekräften i.S. der Kompetenzen einer APN (Advanced Practise Nurse) aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung in Höhe von 3 Mio. Euro finanziert werden soll. Diese gesetzliche Neuregelung fördert somit die Entwicklung attraktiver und innovativer Aufgaben- und Verantwortungsbereiche für Pflegefachpersonen, auch sektorenübergreifend. Da die bisherigen Modellvorhaben nach § 8 Absatz 3 Satz 2 sich jedoch inhaltlich vorrangig auf Möglichkeiten der Erprobung personenbezogener Budgets sowie neuer Wohnkonzepte beziehen und die nachfolgenden Sätze 3 und 4 die besondere Förderung der Mehrkosten für Pflegebedürftige (z.B. erhöhtes Pflegegeld, pauschalierte Pflegesätze) in den Blick nehmen, passen die Rahmenvorgaben nicht unbedingt zu diesem Modellvorhaben. Es wird daher angeregt, den Modelltitel in einem eigenständigen Absatz 3a zu regeln. Des Weiteren soll geregelt werden, dass die zusätzlichen Personalkosten, die im Rahmen des Modellprojekts in einer Einrichtung entstehen, aus dem Fördervolumen finanziert werden müssen.

Änderungsbedarf

Überführung der Regelungen in einen neuen § 8 Absatz 3a SGB XI.
In Satz 4 wird das Wort „können" durch „sollen" ersetzt.

Änderungsantrag 7/Drs. 19 (14) 242.2: § 8 Absatz 6 SGB XI Pflegefachkraftstellen-Förderprogramm

Da bislang nur ca. 4000 Stellen des 13.000 Pflegefachkraftstellen-Förderprogramms besetzt werden konnten, ist es angemessen, die Wartefrist von 4 Monaten für die Weiterqualifizierung einer Pflegehilfskraft zur Pflegefachkraft zu streichen. Es ist geplant, dass im Rahmen des Förderprogramms auch zusätzliche Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich beschäftigt werden können, die über keine fachpflegerischen Kompetenzen verfügen. Hierbei erscheint uns wichtig, dass diese Fachkräfte im Rahmen ihres berufsspezifischen Tätigkeitsprofils eingesetzt werden, beispielsweise als Sozialpädag*in oder Ergotherapeut*in in den vollstationären Pflegeeinrichtungen und nicht als Pflegehilfskräfte. Dies ist in der Gesetzesbegründung oder im Gesetz selbst klarzustellen.

Der Diakonie Deutschland erschließt sich nicht die Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung bei den halbjährlichen Bestätigungsmeldungen, die die Fortgeltung der bestehenden Anspruchsvoraussetzungen belegen sollen. Dieser Punkt ist untergesetzlich in den Festlegungen zwischen den Verbänden und dem GKV geregelt. Eine untergesetzliche Regelung bietet den Vorteil einer flexiblen Anpassungsmöglichkeit bei auftretenden Problemen.

Änderungsbedarf
Streichung der Neuregelung in § 8 Absatz 6 Satz 7.

Änderungsantrag 8/Drs. 19 (14) 242.2: § 40 SGB XI Entscheidungsfristen für Pflegekassen
Die Einführung einer Genehmigungsfiktion bei nicht rechtzeitig erfolgter Entscheidung der Pflegekasse über die Gewährung von Pflegehilfsmitteln wird ausdrücklich als Beschleunigung des Bewilligungsverfahrens begrüßt.
Änderungsantrag 9/Drs. 19 (14) 242.2: § 78 Digitalisierung in der Pflegehilfsmittelversorgung und den wohnumfeldverbessernden Maßnahmen
Diese Änderung weist einen Konnex zu Änderungsantrag 2 zu § 139 SGB V Hilfsmittelverzeichnis auf und wird begrüßt. Allerdings sollte das Pflegehilfsmittelverzeichnis im digitalen Bereich nicht nur spätestens alle 3 Jahre, sondern wie auch das Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V, fortlaufend fortgeschrieben werden.
Positiv zu bewerten ist, dass neben den Pflegehilfsmitteln künftig auch digitale Technologien im Bereich der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen für pflegebedürftige Menschen ausdrücklich förderfähig sein sollen. Es wäre allerdings sinnvoll, statt einer einseitigen Empfehlung des GKV-Spitzenverbands, wie im neuen Absatz 2a vorgesehen, ein Verzeichnis der förderfähigen digitalen Technologien zu erstellen. Sowohl bei einem Verzeichnis als auch bei der Erstellung von Empfehlungen sollten die Expertise der Leistungserbringerverbände in der Pflege, der Pflegeberufsverbände und der Verbände der Vertretung der Interessen von Menschen mit Behinderung ausdrücklich einbezogen werden. Es wird angeregt, zu überlegen, statt einer dreijährigen eine zweijährige Fortschreibungsfrist vorzusehen.
Ebenfalls begrüßt wird der neue Absatz 2a. Dieser sieht digitale Technologien ausdrücklich im Rahmen von wohnumfeldverbessernden Maßnahmen vor, da technische Hilfen im Haushalt, die als wohnumfeldverbessernde Maßnahmen gewertet werden können, bisher regelmäßig nicht aus der Pflegeversicherung finanzierbar waren.
Weiterhin bestehen bleiben jedoch die fehlenden ausreichenden und dauerhaften Regelungen zur Finanzierung von digitalen Innovationen in Pflegeeinrichtungen.

Änderungsbedarf
In § 78 Absatz 2 Satz 4 neu soll vor dem Wort „spätestens“ das Wort „regelmäßig“ ergänzt werden.

Änderungsantrag 14/Drs. 19 (14) 242.3: § 148 Beratungsbesuch – Einführung einer befristeten Sonderregelung

Mit diesem Änderungsantrag wird eine befristete Sonderregelung zur Durchführung der Beratungsbesuche gemäß § 37 Absatz 3 eingeführt. Während der Corona-Pandemie kann auf Wunsch des Pflegebedürftigen dieser auch telefonisch, digital oder per Videokonferenz erfolgen. Unserer Auffassung nach sollten die Erfahrungen, die bis 31.März 2021 gewonnen werden, ausgewertet werden. Danach sollte dann entschieden werden, wie diese Regelung in die Regelversorgung übernommen werden kann.

Änderungsantrag 15/ Drs. 19 (14) 242.3.: § 150 SGB XI Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige – Verlängerung der befristeten Sonderregelung
Der Schutzschirm des § 150 Absatz 2 und 3 für zugelassene Pflegeeinrichtungen hat sich in der bisherigen Pandemie sehr bewährt. Analoges gilt auch für den Schutzschirm nach § 150 Absatz 5a für die nach Landesrecht anerkannten Angebote. Der gegenwärtige Anstieg der Infektionszahlen zeigt,

dass die Krise noch nicht vorüber ist und sicherlich den ganzen Winter andauern wird. Insbesondere vulnerable Patientinnen und Patienten, wie chronisch kranke Menschen und pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen, müssen weiterhin vor einer Ansteckung mit COVID-19 geschützt werden. Gleichzeitig muss eine kontinuierliche gesundheitliche Versorgung auch in dieser Zeit sichergestellt werden. Die Studie aus Bremen (https://www.uni-bremen.de/fb11/corona-update-fb11/zur-situation-der-langzeitpflege-in-deutschland-waehrend-der-corona-pandemie) hat gezeigt, dass pflegebedürftige Menschen ein besonders hohes Risiko schwerer Krankheitsverläufe aufweisen und, dass 60 % aller durch COVID-19 verursachten Todesfälle Menschen betreffen, die in stationären Pflegeeinrichtungen leben oder von Pflegediensten versorgt werden. Diese Risiken gilt es, wo auch immer möglich, zu minimieren. Dies bedeutet, dass Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste mindestens bis zur Entwicklung eines Impfstoffes mit SARS-COV- 2 bezogenen Schutz- und Hygienekonzepten für die pflegebedürftigen Menschen und Ihre Angehörigen aber auch für die Mitarbeitenden arbeiten müssen.

Eine Verlängerung um weitere drei Monate der in § 150 enthaltenen Regelungen, die auf den besonders vulnerablen Bereich der Langzeitpflege zielen, ist daher auch unserer Auffassung nach angezeigt. **Die Diakonie Deutschland begrüßt deshalb die Verlängerungen der pandemiebedingten Sonderregelungen im SGB XI bis zum 31.03.2021.**

In allen Bereichen der Pflege und des Gesundheitswesens (ambulante Pflege, teilstationäre Pflege, vollstationäre Pflege, stationäre Hospize, nach Landesrecht anerkannte Angebote, …) werden wir aber auch nach dem 31.03.2021 **außerordentliche Corona-bedingte Mehraufwendungen für Schutz- und Hygienematerialien sowie entsprechende Schutz- und Hygienemaßnahmen** haben. Hierzu zählen insbesondere:

- **Schutzmaßnahmen:** Schutzmasken (insbesondere Mund-Nasenschutz, FFP2 Masken), Schutzkleidung, Schutzbrille, Einmalhandschuhe, Aufbewahrung und Reinigung von Arbeitsbekleidung und persönlicher Schutzausrüstung (PSA) (Sachkosten sowie Zeitaufwand für An- und Ablegen ggf. auch für Wiederaufbereitung, Anleitung und Aufklärung)
- **Desinfektions- und Reinigungsaufwand**: gestiegener Bedarf an Sachkosten für Desinfektionsmittel, Isoliervorrichtungen und an Zeitaufwand für Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen sowie perspektivisch höherer Bedarf an Luftreinigungsgeräten wegen der Übertragung von SARS-CoV-2 über Aerosole
- **Erhöhter Zeitaufwand durch Einhaltung des Abstandsgebots**, durch das Angebot der Betreuung in kleinen, getrennt organisierten Gruppen, durch eine veränderte Tourenplanung in der ambulanten Pflege.

Unserer Auffassung nach ist es schwierig, die hier dargestellten außerordentlichen Corona-bedingten Mehraufwendungen über Pflegesatz-, Vergütungs- oder Tagesbedarfssatzverhandlungen abzusichern; denn dies bedeutet für die pflegebedürftigen Menschen in der stationären Pflege eine Erhöhung der Eigenanteile und in der ambulanten Pflege bzw. in der Tagespflege eine Reduktion der Leistungszeiten, der Nutzungstage oder höhere Zuzahlungen.
Unserer Ansicht nach bedarf es hier eines Zuschlags, der ausschließlich über das SGB XI finanziert werden muss und nicht durch die pflegebedürftigen Menschen, und der auch bei niedriger Infektionslage zur Anwendung kommt.

Außerdem setzen wir uns weiterhin für eine Erweiterung des Anwendungsbereichs des Schutzschirms von § 150 Absatz 2 auf weitere Pflegeeinrichtungen/-dienste ein.

§ 150 Absatz 2 sieht die Kostenerstattung von Mehraufwendungen und Mindereinnahmen für zugelassene Pflegeeinrichtungen vor. Dies impliziert, dass ambulante Pflegedienste, die reine SGB V-Leistungen anbieten, wie SAPV-Pflegedienste, Intensivpflegedienste, psychiatrische Krankenpflegedienste oder Familienpflegedienste (mit einem Versorgungsvertrag nach § 132 SGB V) die Kostenerstattung nicht erhalten konnten und können, obwohl sie in gleicher Weise von der Pandemie betroffen waren wie Pflegedienste mit einem Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI. Dasselbe Problem haben auch stationäre Hospize, die keinen Versorgungsvertrag nach SGB XI aufweisen. Diese gesetzliche Lücke gilt es zu schließen.

Änderungsbedarf
In § 150 Absatz 4 wird ergänzt, dass sich die private Krankenversicherung jeweils mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten beteiligt.

In § 150 SGB XI wird ein neuer Absatz 7 eingefügt: „Die Regelungen der § 150 Absätze 1 bis 3 gelten auch für die zugelassenen Leistungserbringer in der häuslichen Krankenpflege nach § 132a, die nicht nach § 72 zugelassen sind.“

In § 150 wird ein neuer Absatz 8 eingefügt: „Die Regelungen der § 150 Absätze 1 bis 3 gelten auch für die zugelassenen Leistungserbringer in der SAPV nach § 132d.“

In § 150 SGB XI wird ein neuer Absatz 9 eingefügt: „Die Regelungen der § 150 Absätze 1 bis 3 gelten auch für die zugelassenen Leistungserbringer in der Haushaltshilfe nach § 132 SGB V, die nicht nach § 72 zugelassen sind.“

Gez.
Maria Loheide,
Vorstand Sozialpolitik
Diakonie Deutschland

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)243(33)
zur öffentl. Anh. am 16.11.2020 -
Versorgungsverbesserungsgesetz
11.11.2020

BDPK
Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.

10.11.2020

Stellungnahme
zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG)

A. Vorbemerkung

Wir begrüßen sehr, dass die Regierungsfraktionen eine Formulierungshilfe für die pandemiebedingte Anpassung von Vergütungsvereinbarungen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in das laufende Gesetzgebungsverfahren einbringen. Insbesondere vor dem Hintergrund der hygienebedingten Mehraufwände der Einrichtungen bei Personal- und Sachkosten sowie fehlender Einnahmen durch pandemiebedingten Minderbelegungen, bedarf es einer Vergütungssatzanpassung. Da Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach der derzeitigen Gesetzeslage keine Möglichkeit haben durch die Aufnahme kurzfristiger Vergütungsverhandlungen auf solche Situationen reagieren zu können, ist es richtig, dass der Gesetzgeber dafür eine Grundlage schaffen möchte.

Problematisch an der vorgesehenen Regelung ist, dass vorgesehen ist, dass jede Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung (ca. 1.120 Einrichtungen) mit jeder Krankenkasse (ca. 10 Krankenkassen pro Klinik) einzelne Vergütungsverhandlungen aufnehmen sollen ohne jegliche festgelegte Verhandlungsgrundlage. Dies bedeutet einen enormen organisatorischen und zeitlichen Aufwand, den weder die Rehabilitationseinrichtungen noch die Krankenkassen leisten können. Wenn dann auch noch die Schiedsstelle entscheiden muss, kommen für die Rehabilitationseinrichtungen alle Hilfen zu spät.

Wir möchten deshalb anregen, eine praktikable und kurzfristig umsetzbare Regelung zu schaffen:

Gesetzliche Festlegung eines Corona-Zuschlages:

Eine aus unserer Sicht praktikable Regelung wäre, gesetzlich einen Vergütungsaufschlag auf die bestehende Vergütungsvereinbarung von 21% pro Patient (betrifft auch die im Rahmen von Vorsorge- und Reha-Maßnahmen aufgenommenen Kinder) und Tag festzulegen. Das entspricht einem Corona-Zuschlag von etwa 25 Euro bei einem durchschnittlichen Vergütungssatz von 130 EUR je Behandlungstag. Die Notwendigkeit der Erhöhung um 21% wurde detailliert durch das beiliegende Gutachten des Wirtschaftsprüfers aktiva - Beratung im Gesundheitswesen GmbH nachgewiesen.

Ausgleich einer coronabedingten Minderbelegung bei Teil- oder Komplettschließung:

Zudem muss eine Härtefallregelung aufgenommen werden, wenn die Belegung übermäßig einbricht aufgrund von Infektionsausbrüchen in der Klinik (Patienten oder Mitarbeiter), lokalen Lockdowns in den zuweisenden Krankenhäusern (Wegfall von Anschluss-Leistungen) oder vermehrte Absagen der Versicherten aufgrund von Unsicherheiten. Denn ab einer bestimmten Anzahl von Behandlungsausfällen bedarf es einer weiteren Erhöhung der Vergütungsaufschlags. Eine praktikable Regelung wäre aus unserer Sicht, dass bei einem Belegungseinbruch von mehr als 40% im Vergleich zur durchschnittlichen Belegung im Jahr 2019 die Regelung der Ausgleichszahlung des § 111d SGB V wieder eingesetzt wird. Diese müsste dann auch für die ambulante Rehabilitation gelten. Andernfalls müssten bei größeren Einbrüchen die belegenden Krankenkassen die Ausfälle der anderen Krankenkassen finanzieren.

Diese Regelungen haben den Vorteil, dass die Coronahilfen schnell und zügig greifen können.

Formulierungsvorschläge:

1. <u>§ 111 Abs. 5 SGB V werden folgende Sätze angefügt:</u>

„Die Vereinbarungen nach Satz 1 sind auf Grund der durch die SARS-CoV-2-Pandemie bedingten besonderen Situation der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen vom 1. Oktober 2020 bis zum 31. März 2021 um mindestens 21 Prozent anzupassen, um die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu gewährleisten. Bedarf es einer höheren Anpassung, hat die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen dies gegenüber einer Krankenkasse nachzuweisen.

Beträgt der Belegungseinbruch mehr als 40% im Vergleich zu der Anzahl der im Jahresdurchschnitt 2019 pro Tag stationär behandelten Patientinnen und Patienten der Krankenkassen, erhalten Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 und § 111a SGB V einen Ausgleich für die leerstehenden Betten. § 111 d SGB V gilt entsprechend. Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats die in Satz 7 genannte Frist bis zum 31. Dezember 2021 verlängern.“

2. <u>§ 111c Abs. 3 SGB V werden folgende Sätze angefügt:</u>

„Die Vereinbarungen nach Satz 1 sind auf Grund der durch die SARS-CoV-2-Pandemie bedingten besonderen Situation der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen vom 1. Oktober 2020 bis zum 31. März 2021 um mindestens 21 Prozent anzupassen, um die

Leistungsfähigkeit der Einrichtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu gewährleisten. Bedarf es einer höheren Anpassung, hat die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen dies gegenüber einer Krankenkasse nachzuweisen.

Beträgt der Belegungseinbruch mehr als 40% im Vergleich zu der Anzahl der im Jahresdurchschnitt 2019 pro Tag ambulant behandelten Patientinnen und Patienten der Krankenkassen, erhalten die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 c SGB V einen Ausgleich für die nicht in Anspruch genommenen Behandlungsplätze. § 111 d SGB V gilt entsprechend. Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats die in Satz 7 genannte Frist bis zum 31. Dezember 2021 verlängern."

3. § 22 KHG wird bis zum 31.03.2021 verlängert.

Begründung:

Nach § 22 KHG konnten die Länder bis zum 30.09.2020 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen bestimmen, in denen Patientinnen und Patienten, die einer nicht aufschiebbaren akutstationären Krankenhausversorgung nach § 39 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bedürfen, vollstationär behandelt werden können. Diese Regelung hat sich in manchen Bundesländern während der ersten Welle bewährt und hilft insbesondere bei regionalen Infektionsausbrüchen alle vorhandenen medizinischen Kapazitäten zu nutzen. Um diese Möglichkeit auch in der jetzigen zweiten Welle zu haben, sollte § 22 KHG bis zum 31.03.2020 verlängert werden.

Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) vertritt seit über 70 Jahren die Interessen von mehr als 1.000 Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken in privater Trägerschaft. Als deutschlandweit agierender Spitzenverband setzt er sich für eine qualitativ hochwertige, innovative und wirtschaftliche Patientenversorgung in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken ein.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)243(34)
zur öffentl. Anh. am 16.11.2020 -
Versorgungsverbesserungsgesetz
11.11.2020

Verband der Privaten Krankenversicherung

Stellungnahme

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG)
Drucksache 19/23483

sowie

zu den Änderungsanträgen 1 bis 15 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
Drucksache 19 (14) 242.2

anlässlich der öffentlichen Anhörung
am 16. November 2020

- Der PKV-Verband begrüßt die vorgesehene Unterstützung und Entlastung von Pflegekräften in der Altenpflege durch die Schaffung zusätzlicher Stellen für Pflegehilfskräfte. Die Finanzierung der zusätzlichen Betreuungskräfte, Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte sollte jedoch nach einheitlichen Finanzierungsverfahren erfolgen.
- Der PKV-Verband begrüßt die Möglichkeit, private Krankenversicherungsunternehmen an den besonderen Versorgungsformen der gesetzlichen Krankenkassen zu beteiligen. Plädiert wird für gleichberechtigte Vertragsbeziehungen der Kostenträger mit Gestaltungsmöglichkeiten für alle beteiligten Akteure.

Postfach 511040 50946 Köln | Gustav-Heinemann-Ufer 74c 50968 Köln | Telefon (0221) 99 87 – 0 | Telefax (0221) 99 87 – 39 50 | E-Mail info@pkv.de | Internet www.pkv.de

I. Grundsätzliche Bewertung

Der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) unterstützt das Ziel des Gesetzentwurfs, die Pflege- und Betreuungskräfte in stationären Pflegeeinrichtungen zu entlasten und die pflegerische Versorgung zu verbessern. Mit den zusätzlichen bis zu 20.000 Personalstellen wird dazu beigetragen, die Attraktivität des Pflegeberufes – auch in Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen der Konzertierten Aktion Pflege – weiter zu steigern.

Die mit der vollständigen Finanzierung der Mehrkosten durch die Pflegeversicherung entstehende zusätzliche Belastung der Beitragszahler ist mit Blick auf die nach wie vor ausstehende Finanzierungsreform jedoch nicht zu rechtfertigen. Schon angesichts der sich anbahnenden Gefährdung der wirtschaftspolitisch bedeutsamen Sozialabgabenquotengrenze von 40 Prozent lässt sich ein weiteres Mehrausgabenprogramm zu Lasten der Beitragszahler nicht begründen. Ebenso bedenklich ist die Ausweitung von Zahlungsverpflichtungen der umlagefinanzierten Sozialversicherung angesichts des demografischen Wandels: Der Gesetzentwurf würde zu einer weiteren impliziten Verschuldung der Sozialversicherung zu Lasten der jüngeren Generationen führen.

Das gewählte Verfahren zur Finanzierung der zusätzlichen 20.000 Pflegehilfskraftstellen trägt zu mehr Transparenz bei den Verbrauchern über die tatsächlichen Kosten der Pflege und Betreuung bei, auch wenn weiterhin eine Finanzierung über die Pflegeversicherung erfolgt. Jedoch sollte die Finanzierung von zusätzlichem Personal nach einheitlichen Regelungen und Finanzierungsverfahren erfolgen. Daher sollte auch die Finanzierung der 13.000 Pflegefachkraftstellen nach § 8 Abs. 6 SGB XI auf das bereits bewährte und etablierte Finanzierungsverfahren zum 1. Januar 2021 umgestellt werden. Das bestehende Antragsverfahren müsste dann, wie in Änderungsantrag 7 ausgeführt, auch nicht erleichtert und angepasst werden.

Der PKV-Verband unterstützt die geplante Verlängerung eines Großteils der Regelungen zum „Pflegeschutzschirm“ bis zum 31. März 2021, da diese der Unterstützung und Entlastung von Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftigen dienen. Den betroffenen Einrichtungen wird damit die notwendige Planungssicherheit durch eine weiterhin erforderliche finanzielle Entlastung gesichert. Der PKV-Verband begrüßt insbesondere, dass bei der Verlängerung mit Augenmaß vorgegangen wird, indem die Regelungen um weitere drei Monate verlängert werden und nicht um eine größere Zeitspanne.

II. Stellungnahme zu wichtigen Regelungsmaterien

§ 84 Absatz 9 SGB XI und § 85 Abs. 9 bis 11 SGB XI: Schaffung von 20.000 zusätzlichen Stellen im Pflegehilfskraftbereich

Vorgeschlagene Regelung

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die über zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal verfügen, erhalten nach Vereinbarung zur Finanzierung einen Vergütungszuschlag, der von der Pflegekasse zu tragen bzw. vom privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten ist. Dadurch sollen bis zu 20.000 zusätzliche Vollzeitstellen im Pflegehilfskraftbereich mit landesrechtlicher Assistenz- oder Helferausbildung (Qualifikationsniveau Q3) unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Projektes Personalbemessung nach § 113c SGB XI geschaffen werden. Die jährlichen Mehrausgaben in der sozialen Pflegeversicherung belaufen sich auf bis zu 665 Mio. EUR und in der privaten Pflegepflichtversicherung auf bis zu 50 Mio. EUR.

Bewertung

a) Qualifikationsniveau

Laut den Ergebnissen des Projektes Personalbemessung nach § 113c SGB XI ergibt sich insbesondere bei den qualifizierten Assistenzkräften ein Mehrbedarf. Dabei werden Assistenzkräfte ohne Ausbildung in Qualifikationsniveau 1-2 und Assistenzkräfte mit 1-2jähriger Ausbildung in Qualifikationsniveau 3 eingeordnet. Durch die vorgesehenen Regelungen in § 85 Abs. 9 Nr. 1 SGB XI werden drei Varianten zur Umsetzung ermöglicht. Insbesondere die Varianten b) und c) sollten dabei mit einem entsprechenden Abschluss enden.

b) Vereinheitlichung der Verfahren zur Finanzierung der Vergütungszuschläge

Im Vergleich zum Referentenentwurf wurde der Gesetzentwurf dahingehend verändert, dass die Finanzierung der 20.000 Pflegehilfskraftstellen nun über einen zu vereinbarenden Vergütungszuschlag erfolgt, der von den Pflegekassen getragen und den privaten Versicherungsunternehmen zu erstatten ist. Das bewährte Verfahren der Finanzierung der zusätzlichen Betreuungskräfte wird insofern übernommen.

Änderungsantrag 7 – § 8 Abs. 6 SGB XI: Pflegefachkraftstellen-Förderprogramm

Vorgeschlagene Regelung

Die Regelungen zur Förderung von 13.000 zusätzlichen Pflegefachkräften sollen vereinfacht werden. Gleichzeitig soll es den Pflegeeinrichtungen angesichts der kritischen Arbeitsmarktsituation für Pflegefachkräfte ermöglicht werden, den Vergütungszuschlag auch für weitere Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich zu erhalten.

Bewertung
Eine Überarbeitung der Regelungen zur Förderung von 13.000 zusätzlichen Pflegefachkraftstellen ist nicht erforderlich. Vielmehr sollte nun eine endgültige Vereinheitlichung der Verfahren zur Finanzierung der Vergütungszuschläge und damit eine Integration in das bestehende Pflegesatzverfahren erfolgen. Daher ist auch die Finanzierung der 13.000 zusätzlichen Pflegefachkraftstellen nach § 8 Abs. 6 SGB XI auf das bewährte Verfahren zur Finanzierung der zusätzlichen Pflegehilfskräfte und Betreuungskräfte umzustellen. Dadurch kann auch eine Verbesserung der Transparenz für die Verbraucher über die wirklichen Kosten der Pflege und Betreuung erreicht werden, auch wenn eine Finanzierung durch die Pflegeversicherung oder andere Kostenträger (Beihilfe) erfolgt.

Durch die Umstellung kann der bürokratische Aufwand, wie auch in den Stellungnahmen des GKV-Spitzenverbandes und auch verschiedener Verbände der Leistungserbringer zum Referentenentwurf des GPVG benannt, auf Seiten der Kostenträger und der Pflegeeinrichtungen reduziert werden. Zudem entspricht dieses Verfahren dem bereits etablierten Verfahren für Vergütungszuschläge für die zusätzliche Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen nach §§ 84 und 85 SGB XI sowie dem vorgesehenen Verfahren zur Finanzierung der zusätzlichen Pflegehilfskräfte.

Die bestehende Regelung nach § 8 Abs. 6 SGB XI sollte zum 1. Januar 2021 in neue gesetzliche Regelungen – analog der Neuregelungen in § 84 Abs. 9 und § 85 Abs. 9 bis 11 SGB XI – überführt werden. Dabei sollte durch ein pragmatisches Überleitungsverfahren für bestehende Vereinbarungen nach § 8 Abs. 6 SGB XI der Aufwand für alle Beteiligten möglichst minimiert werden. Die vorgeschlagenen Änderungen durch diesen Änderungsantrag können dabei berücksichtigt werden.

Auch im Diskussionsprozess zu einer Roadmap zur Umsetzung der Ergebnisse für ein Personalbemessungsverfahren (§ 113c SGB XI) ist perspektivisch vorgesehen, dass die zusätzlichen Personalstellen, die derzeit über gesonderte Vergütungszuschläge für zusätzliche Pflegehilfs- und Pflegefachkräfte sowie für die zusätzliche Betreuung nach § 43b SGB XI über die Pflegeversicherung finanziert werden, wieder in das allgemeine Vertragsrecht überführt werden. Damit werden sie Bestandteil der regulär vorzuhaltenden Personalausstattung. Diese Umstellung des Finanzierungsverfahrens dient daher nicht zuletzt der Vorbereitung zur Umsetzung eines Personalbemessungsverfahrens.

Änderungsantrag 15 – § 150 Abs. 6 SGB XI: Verlängerung pandemiebedingter Sonderregelungen

Vorgeschlagene Regelung
Die Regelungen des § 150 SGB XI zur Unterstützung und Entlastung der Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftigen werden bis zum 31. März 2021 verlängert. Umfasst sind davon

unter anderem die Regelungen zum Schutzschirm für Pflegeeinrichtungen und nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag und die pandemiebedingten Sonderregelungen für die Inanspruchnahme von Sachleistungen und des Entlastungsbetrages.

Bewertung

Es ist nachvollziehbar, dass aufgrund des Fortbestehens der Corona-Pandemie die Regelungen des § 150 SGB XI zur Unterstützung der Pflegeeinrichtungen, Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen verlängert werden. Wir begrüßen sehr, dass dabei mit Augenmaß vorgegangen wird, indem die Regelungen um weitere drei Monate verlängert werden und nicht um eine größere Zeitspanne. Denn es lässt sich jetzt noch nicht absehen, wie sich die Pandemie weiterentwickeln wird. Hier umsichtig zu agieren, ist auch deshalb wichtig, weil diese Maßnahmen letztendlich eine weitere Belastung der Beitragszahler bedeuten. Wir gehen davon aus, dass die auf die PPV entfallenden Mehrkosten ca. 35 Mio. EUR – analog der durch das KHZG vorgenommenen Verlängerung des Schutzschirmes – betragen; die durch die Coronavirus-Testverordnung (TestV) entstehenden Mehrkosten sind hierin jedoch noch nicht enthalten.

Mit den Schutzschirmen für Pflegeeinrichtungen und Angebote zur Unterstützung im Alltag werden deren coronabedingte Mehrausgaben und Mindereinnahmen bis März 2021 weiter durch die Pflegeversicherung finanziert. Eine Finanzierung über Steuerzuschüsse wäre sachgerechter gewesen, weil die Schutzschirme im Pflegebereich, wie alle anderen Schutzschirme auch, Aufgaben im gesamtgesellschaftlichen Interesse sind. Tatsächlich gehen die Mindereinnahmen der Einrichtungen nicht zwingend mit geringeren Ausgaben für die Pflegeversicherung einher. Das zeigen auch die leistungsrechtlichen Sonderregelungen, die aufgrund der Corona-Pandemie eingeführt wurden.

Weiterer Änderungsbedarf zu § 150 Abs. 4 SGB XI

Vorschlag

§ 150 Absatz 4 sollte dahingehend ergänzt werden, dass die nach § 8 Abs. 9 SGB XI bis zum 31. Dezember 2020 und danach bis zum Ende des jeweiligen Kalenderjahres von der PKV gezahlten, aber nicht abgerufenen Mittel mit dem Finanzierungsanteil für den „Pflegeschutzschirm“ verrechnet werden können.

Begründung

Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung betreiben, beteiligen sich entsprechend § 150 Absatz 4 SGB XI in Höhe von 7 Prozent an den Kosten des „Pflegeschutzschirms“. Die Beteiligung der privaten Pflegepflichtversicherung an den Mehraufwendungen z.B. für Schutzausrüstung oder Tests sowie der Mindereinnahmen der Pflegeeinrichtungen und der Angebote zur Unterstützung im Alltag muss aus Beiträgen der Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung – ohne Steuerzuschuss und ohne Beteiligung der Beihilfe – zusätzlich gedeckt werden. Zur Entlastung sollte eine Verrechnung mit den von der PKV gezahlten zweckgebundenen Mitteln nach § 8 Absatz 6 iVm Absatz 9 SGB

XI zugelassen werden, wenn und soweit diese nicht vollständig für Vergütungszuschläge zur Finanzierung von zusätzlichem Pflegepersonal benötigt werden.

§ 140a Abs. 3 Satz 1 Nr. 3b SGB V: Beteiligung der PKV an Verträgen der integrierten Versorgung

Vorgeschlagene Regelungen

Die Regelung ermöglicht eine Beteiligung der privaten Kranken- und Pflegeversicherungen an besonderen Versorgungsformen der Krankenkassen, die auch für Privatversicherte zugänglich sind.

Bewertung

Die Neuregelung des Selektivvertragsbereichs zielt darauf ab, die gesundheitliche Versorgung auch entsprechend der regionalen Bedarfe kostenträgerübergreifend zu organisieren. Hierzu sollen u.a. weitere Kostenträger Selektivverträgen gesetzlicher Krankenkassen nach § 140a SGB V beitreten dürfen. Dies umfasst auch eine mögliche Einbindung von Unternehmen der Privaten Krankenversicherung (PKV).

Die Option, dass sich die Unternehmen der PKV an Verträgen der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V beteiligen können, wird grundsätzlich begrüßt. Die Beitrittsmöglichkeit hat bereits bei den Qualitätsverträgen nach § 110a SGB V und bei den Modellvorhaben nach § 64b Absatz 4 SGB V gut funktioniert und könnte nun auch auf den Bereich der IV-Verträge ausgedehnt werden.

Ein PKV-Unternehmen wird mit der neuen Regelung in die Liste der Leistungserbringer eingereiht, mit denen eine gesetzliche Krankenkasse Verträge schließen kann. Das heißt jedoch nicht, dass die PKV auch selber als Vertragspartner vergleichbar einer Krankenkasse tätig werden kann. Vielmehr wird lediglich ein Recht zum Beitritt zu einem Selektivvertrag ermöglicht, verbunden mit einer finanziellen Beteiligung.

Ein Kostenträger ist allerdings kein Leistungserbringer; er muss darauf Einfluss nehmen können, wie unter den Bedingungen eines anderen Systems die Versorgung der Versicherten bestmöglich organisiert werden kann. Zielführender wären daher gleichberechtigte Vertragsbeziehungen der Kostenträger mit Gestaltungsmöglichkeiten für alle beteiligten Akteure, um ihre jeweiligen Bedarfe in den Verträgen abbilden zu können. Dies ist auch vor dem Hintergrund des privaten Zusatzversicherungsmarktes für GKV-Versicherte mit Blick auf Ressourceneffizienz und den Abbau bürokratischer Hürden zu beachten.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)243(35)
zur öffentl. Anh. am 16.11.2020 -
Versorgungsverbesserungsgesetz
11.11.2020

DBfK Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe

Bundesverband

Alt-Moabit 91
10559 Berlin

T +49 30 219 157-0
F +49 30 219 157-77

dbfk@dbfk.de
www.dbfk.de

DBfK Bundesverband Alt-Moabit 91 10559 Berlin

Ausschuss für Gesundheit PA 14
Deutscher Bundestag
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Per Mail: anja.luedtke@bundestag.de

Berlin, 10.11.2020

Stellungnahme des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe e.V. (DBfK) zum Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege
(Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG)
Drucksache 19/23483
Stand 19.10.2020

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) bedankt sich für die Möglichkeit zur Stellungnahme. Wir werden uns nur zu den für die Pflege besonders relevanten Anteile im Gesetzentwurf äußern.

Der Gesetzentwurf will u.a. zusätzliche Pflegehilfskräfte in stationären Pflegeeinrichtungen ermöglichen, die im Idealfall über eine landesrechtlich geregelte Pflegeassistenzausbildung verfügen oder gerade absolvieren.

Der DBfK begrüßt grundsätzlich den beabsichtigten Stellenzuwachs. Die chronische Überlastung von Pflegefachpersonen und Pflegekräften in Pflegeheimen und die daraus resultierenden physischen und psychischen Schäden sowie die Berufsflucht sind vielfach dokumentiert. Der Unterschied bei der Personalausstattung zwischen den Bundesländern entbehrt jeglicher sachlichen Begründung.

Das sog. ‚Rothgang-Gutachten hat einen Stellenmehrbedarf von über 100.000 Stellen berechnet – überwiegend im Bereich der Pflegeassistenz. Die jetzt geplanten etwa 20.000 Stellen bezeichnet das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) als ersten Schritt zur Umsetzung der neuen Personalbemessung in der stationären Langzeitpflege.

Der DBfK hält diesen Schritt zu diesem Zeitpunkt nicht für ausreichend. Es fehlt ein klares politisches Bekenntnis zur Endausbaustufe der Stellenmehrung. Insbesondere wird der Unterschied bei der Personalausstattung zwischen den Bundesländern damit gar nicht adressiert. Nur ein eindeutiges, verbindliches Ziel birgt das Potenzial, in die Berufsgruppe hinein die Hoffnung auf Verbesserung der Lage zu bewirken.

Der DBfK begrüßt, dass die Bewohner/innen durch das Vorhaben nicht finanziell belastet werden. Grundsätzlich positiv ist auch, dass die zusätzlichen Stellen nach Pflegegraden differenziert berechnet werden sollen.

Stellungnahme zu den einzelnen Regelungen:

Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

§ 4 Absatz 10 neu

Der DBfK unterstützt, dass Hebammen entlastet werden sollen, ist aber der Auffassung, dass die Entlastung sich auf fachfremde Tätigkeiten beziehen muss (z. B. durch Versorgungsassistent/innen). Pflegefachpersonen sind hierfür überqualifiziert und werden an anderer Stelle dringend benötigt. Sie sollten deshalb vollständig aus den in Frage kommenden Berufen gestrichen werden.

Artikel 3: Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

§ 18 Hilfsmittelempfehlung

Die Entfristung der Regelung, dass vom Medizinischen Dienst (MD) im Rahmen der Begutachtung empfohlene Hilfsmittel keiner ärztlichen Verordnung mehr bedürfen, wird vom DBfK begrüßt.

§ 84 Absatz 9

Der DBfK begrüßt, dass es durch die Stellenmehrung nicht zu zusätzlichen Belastungen der Bewohner/ kommt. Das vorgesehene Stellenkontingent ist aus unserer Sicht allerdings zu knapp bemessen und der weitere Zeitplan zum Aufbau von Stellen im Umfang des im Projekt zur Personalbemessung errechneten Umfangs muss zügig erfolgen.

Wir begrüßen, dass nun die Qualifikationsanforderung auf QN3 bzw. ‚in Ausbildung zu QN3' festgelegt wurde. Soll nämlich der Stellenaufbau tatsächlich zu einer Entlastung der Pflegefachkräfte führen, ist dies unverzichtbar. Es sollte allerdings klargestellt werden, dass nach drei Jahren die Ausbildung zur/zum Pflegeassistent/in abgeschlossen sein sollte und nicht nur begonnen. Die Pflegehilfskräfte sollten bereits im ersten Jahr der Einstellung die Ausbildung zur/zum Pflegeassistent/in beginnen. Hier sind die Länder aufgefordert in Ausbildungskapazitäten zu investieren.
Auch müssen die Tatbestände, die bei Verfehlen dieser Anforderung als nicht vom Träger verschuldet betrachtet werden möglichst exakt benannt werden. Nur im Ausnahmefall soll eine ersatzweise Qualifizierung auf Niveau QN2 akzeptiert werden.

§ 85 Abs. 9

Es ist im Grundsatz zu begrüßen, dass zu den Ausbildungsaufwendungen auch die Differenz zwischen dem Gehalt einer Pflegehilfskraft und der Ausbildungsvergütung zählt, sofern die Pflegehilfskraft zuvor bereits ein Jahr beschäftigt wurde. Die Finanzierung der Differenz zwischen

Ausbildungsvergütung und Gehalt sollte aber auf jene Pflegehilfskräfte beschränkt werden, die zum Inkrafttreten des Gesetzes bereits bei der Einrichtung beschäftigt waren, um Fehlanreize auszuschließen.

Änderungsantrag 6: § 8 Absatz 3 SGB XI Modelltitel des GKV-SV

Der DBfK begrüßt nachdrücklich, dass Personalkosten aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung für das in der KAP vereinbarte Modell erweiterter Pflegepraxis (ANP – Advanced Nursing Practice) in Pflegeheimen finanziert werden sollen.

Änderungsantrag 7: § 8 Absatz 6 SGB XI

Der DBfK sieht es als problematisch, dass im Rahmen des Förderprogramms auch ‚zusätzliche Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich' anstelle von Pflegefachkräften beschäftigt werden können. Diese verfügen z.B. über keine Kompetenzen zur Durchführung der medizinisch veranlassten Pflege. Es besteht die Gefahr, dass pflegerische Kompetenz in der direkten Versorgung ausgehöhlt wird.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)243(36)
zur öffentl. Anh. am 16.11.2020 -
Versorgungsverbesserungsgesetz
11.11.2020

AOK Die Gesundheitskasse. | 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

Hier: Änderungsanträge

Ausschussdrucksache 19 (14) 242.2

Ausschussdrucksache 19(14) 242.3

Stand 10.11.2020

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Tel. 030/ 3 46 46 - 2299

Inhaltsverzeichnis:

Änderungsantrag 1 ..... - 4 -

Art.1 Nr. 1 und 2 Beschlussfassung der Selbstverwaltungsgremien..... - 4 -

Art.1 Nr. 1a.) § 79 Absatz 3e SGB V - Organe..... - 5 -

Art.1 Nr. 1b.) § 217b Absatz 1 SGB V - Organe..... - 6 -

Art.1 Nr. 1 c.) § 279 Absatz 9 –Verwaltungsrat und Vorstand- und § 413 (eigentlich 414) Absatz 1 Satz 3 SGB V und § 414 Übergangsregelung für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen ..... - 7 -

Art. 5 Inkrafttreten…… ..... - 8 -

Änderungsantrag 2 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ..... - 9 -

Art. 1 Nr. 5a – neu –§ 139 Absatz 11 Satz 2 SGB V Hilfsmittelverzeichnis..... - 9 -

Änderungsantrag 3 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ..... - 11 -

Art. 1 Nr. 6b (neu) § § 219a Absatz 6 SGB V Kostenübernahme für Behandlungen von Patienten und Patientinnen aus dem EU-Ausland..... - 11 -

Änderungsantrag 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ..... - 12 -

Art. 1 Nr. 12a § 283 SGB V Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund ..... - 12 -

Art. 1 Nr. 13a § 414 SGB V Übergangsregelung für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen ..... - 13 -

Änderungsantrag 5 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ..... - 15 -

Art. 2a, 2b, 5 § 14a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, § 21 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung; Inkrafttreten ..... - 15 -

Änderungsantrag 6 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch..... - 16 -

Art. 3 Nr. 0/0a § 8 Abs. 3 SGB XI Modelltitel des GKV-SV ..... - 16 -

Änderungsantrag 7 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch..... - 18 -

Art. 3 Nr. 0b § 8 Absatz 6 Satz 7 SGB XI Pflegefachkraftstellen-Förderprogramm ..... - 18 -

Änderungsantrag 8 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch..... - 20 -

Art. 3 Nr. 2a § 40 SGB XI Entscheidungsfristen für Pflegekassen ..... - 20 -

Änderungsantrag 9 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch ..... - 21 -

Artikel 3 Nummer 2b - neu - § 78 SGB XI Digitalisierung in der Pflegehilfsmittelversorgung ..... - 21 -

Änderungsantrag 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ..... - 23 -

Art. 1 Nr. 2a – neu - § 105 Abs. 3 SGB V -Förderung der vertragsärztlichen Versorgung ..... - 23 -

Art. 4a – neu - § 13 der Coronavirus-Testverordnung ..... - 24 -

§ 13 Abs. 4 der Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Testverordnung – TestV) ..... - 24 -

Änderungsantrag 11 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ..... - 26 -

Art. 11 Nr. 2b und c § 111 SGB V Versorgungsverträge mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und §111c SGB V Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen ..... - 26 -

Änderungsantrag 12 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ..... - 30 -

Zu Artikel 1 Nr. 4a - neu - (§ 125b SGB V Pandemiebedingte Abrechnungsmöglichkeit der Hygienepauschale für Heilmittelerbringer ..... - 30 -

Änderungsantrag 13 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes ..... - 31 -

Art. 13 Nr. 2 § 5 KHENtgG Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen ... - 31 -

Änderungsantrag 14 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch ..... - 32 -

Art. 3 Nr. 5 § 148 SGB XI Beratungsbesuche ..... - 32 -

Änderungsantrag 15 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch ..... - 33 -

Art. 3 Nr. 6 § 150 Absatz 6 Satz 1 SGB XI Verlängerung pandemiebedingter Sonderregelungen im SGB XI ..... - 33 -

Änderungsantrag 1

Art.1 Nr. 1 und 2 Beschlussfassung der Selbstverwaltungsgremien

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einfügung von Aufhebungsformulierungen zu den §§ 79 Absatz 3d und 279 Absatz 9 SGB V sowie der Rücksetzung des § 217b SG B V in die bisherige Fassung wird die Grundlage geschaffen, die Möglichkeit der schriftlichen Beschlussfassung für die Selbstverwaltungsorgane ab dem 01.01.2022 zu beenden.

B Stellungnahme

Die weiteren Änderungen sind notwendig, um die Aufhebung der mit dem Gesetz befristet eingeführten Regelung über den Artikel 5 Inkrafttreten zu erreichen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Art.1 Nr. 1a.) § 79 Absatz 3e SGB V - Organe

A Beabsichtigte Neuregelung

Angesichts der fortdauernden COVID-19-Pandemie soll den Selbstverwaltungsorganen der Kassenärztlichen Vereinigungen und ihrer Bundesvereinigungen eine schriftliche Beschlussfassung ermöglicht werden.

B Stellungnahme

Mit dem Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite (2. COVIfSGAnpG) wurde die Möglichkeit mit dem §79 Absatz 3e SGB V geschaffen, dass die Selbstverwaltungsorgane auch schriftlich Beschlüsse fassen können. Es ist sinnvoll, diese Möglichkeit bis zum Ende der Pandemie fortbestehen zu lassen und nicht mit Wirkung vom 01.10.2020 gem. Artikel 18 Absatz 9 des 2. COVIfSGAnpG zu beenden. Der Gesetzgeber sieht hierfür nun den 31.12.2021 vor. Dies erscheint realistisch und verhindert, dass ggf. das Ende der Regelung mehrmals nach hinten verschoben werden muss.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Art.1 Nr. 1b.) § 217b Absatz 1 SGB V - Organe

A Beabsichtigte Neuregelung

Angesichts der fortdauernden COVID-19-Pandemie soll den Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen eine schriftliche Beschlussfassung ermöglicht werden.

B Stellungnahme

Mit dem Gesetz für den erleichterten Zugang zu sozialer Sicherung und zum Einsatz und zur Absicherung sozialer Dienstleister aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 (Sozialschutz – Paket) vom 27.03.2020 wurde die Möglichkeit mit dem §64 Absatz 3a SGB IV geschaffen, dass die Selbstverwaltungsorgane und besondere Ausschüsse aus wichtigem Grund auch schriftlich Beschlüsse fassen können. Es ist sinnvoll, diese Möglichkeit bis zum Ende der Pandemie fortbestehen zu lassen und nicht mit Wirkung vom 01.10.2020 gem. Artikel 11 Absatz 3 des Sozialschutz – Pakets zu beenden. Der Gesetzgeber sieht hierfür nun den 31.12.2021 vor. Dies erscheint realistisch und verhindert, dass ggf. das Ende der Regelung mehrmals nach hinten verschoben werden muss.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Art.1 Nr. 1 c.) § 279 Absatz 9 –Verwaltungsrat und Vorstand- und § 413 (eigentlich 414) Absatz 1 Satz 3 SGB V und § 414 Übergangsregelung für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

A Beabsichtigte Neuregelung

Angesichts der fortdauernden COVID-19-Pandemie sollen den Verwaltungsräten der medizinischen Dienste schriftliche Beschlussfassungen ermöglicht werden.

B Stellungnahme

Mit der Einfügung des Absatzes 9 kann der Verwaltungsrat eines medizinischen Dienstes aus wichtigen Gründen schriftlich abstimmen. Es ist sinnvoll, diese Möglichkeit bis zum Ende der Pandemie zu schaffen. Der Gesetzgeber sieht hierfür nun den 31.12.2021 vor. Dies erscheint realistisch und verhindert, dass ggf. das Ende der Regelung mehrmals nach hinten verschoben werden muss.

Damit diese Regelung zum Tragen kommt muss allerdings in §414 Absatz 1 Satz 3 SGB V in der ab dem 20.10.2020 geltenden Fassung ergänzt werden, weil ansonsten der §279 Absatz 9 SGB V nicht zum Tragen kommen würde. Die Änderung ist somit sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Der redaktionelle Fehler sollte behoben werden. Der zu ändernde Satz befindet sich nicht in § 413, sondern in §414 SGB V.

Art. 5 Inkrafttreten

A Beabsichtigte Neuregelung

Im Zusammenwirken mit dem Artikel 1a (neu) können die Möglichkeiten der schriftlichen Beschlussfassung gem. Artikel 1 Nummer 1a, 6a, 12 und 13 aufgehoben werden.

B Stellungnahme

Damit die Möglichkeit der schriftlichen Beschlussfassung zum 31.12.2021 endet, ist die Änderung des Artikels 5 Inkrafttreten mit der Aufnahme des neuen Absatzes 4 notwendig.

Die bisherigen Regelungen zur schriftlichen Beschlussfassung endeten zum 30.09.2020. Um einen friktionslosen Übergang der Regelungen zu gewähren und Formalverstöße zu verhindern, sollten die neuen Regelungen spätestens zum 01.10.2020 in Kraft treten. Daher ist Artikel 5 Absatz 2 entsprechend der vorgeschlagenen neuen Nummern anzupassen.

C Änderungsvorschlag

Änderung des Artikel 5 Absatz 2 wie folgt:

(2) Artikel 1 Nummer 1, 1a, 3, 6a,12 und 13 tritt mit Wirkung vom … [einsetzen: Datum des Kabinettbeschlusses] in Kraft.

Änderungsantrag 2 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Art. 1 Nr. 5a – neu –§ 139 Absatz 11 Satz 2 SGB V Hilfsmittelverzeichnis

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber beabsichtigt, dass der GKV-Spitzenverband im Kontext der Antragsverfahren „Aufnahme von Produkten in das (Pflege-)Hilfsmittelverzeichnis“, jeweils mindestens eine Stellungnahme eines Sachverständigen oder unabhängigen Forschungsinstituts aus dem Bereich der Technik einholen lassen muss, soweit ein Bezug zu digitalen oder technischen Assistenzsystemen besteht. Begründet wird die Ergänzung des § 139 Absatz 11 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch um einen Satz 3 damit, dass technische Innovation in der (Pflege-)Hilfsmittelversorgung gefördert werden sollen.

B Stellungnahme

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) im April 2017 erhielt der GKV-Spitzenverband nicht nur den Auftrag, das Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelverzeichnis bis Ende 2018 systematisch auf Aktualität hin zu überprüfen und im gebotenen Umfang fortzuschreiben. Der Gesetzgeber setzte sich auch ausdrücklich zum Ziel, die Qualität der Hilfsmittelversorgung im Sinne der Patientinnen und Patienten sowie der Beitragszahlenden durch die Stärkung der Versichertenrechte und des Sachleistungsprinzips bedeutend zu verbessern. Diese Kernaufgabe hat der GKV-Spitzenverband übernommen und sie programmatisch ins Zentrum der Fortschreibung des Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelverzeichnisses gestellt.

Darüber hinaus werden dem GKV-Spitzenverband neue Erkenntnisse – auch die, die sich auch auf Innovationen beziehen – von der Industrie oder von den Leistungserbringern spätestens bei Wahrnehmung ihrer Stellungnahme-Rechte zu den Fortschreibungsentwürfen übermittelt. Unabhängig davon wird der Aktualisierungsbedarf vor jeder Fortschreibung aktiv bei den stellungnahmeberechtigten Organisationen abgefragt. Fachgesellschaften, Fachverbände, Patientenorganisationen und andere Dritte können den GKV-Spitzenverband auch jederzeit auf neue Entwicklungen hinweisen.

Stand und Aktualität des Hilfsmittel- und des Pflegehilfsmittelverzeichnisses ist jedoch in hohem Maße vom Antragsgebaren der Hersteller abhängig! Das heißt: Keine Anträge von Herstellern ihrer Produkte in das Hilfsmittel- bzw. Pflegehilfsmittelverzeichnis = keine Möglichkeit/en der Abbildung neuer, weiterentwickelter oder innovativer Produkte in diesen Verzeichnissen. So gibt es beispielsweise bis heute keine Anträge von Herstellern von Pflegehilfsmitteln zur selbständigeren Lebensführung/Mobilität“ (= Pflegehilfsmittel der Produktgruppe 52), in denen ohne Weiteres auch Ambient Assistent Living-Systeme (siehe Änderungsantrag 9) subsumiert werden könnten (dies ganz unkonventionell durch die Etablierung neuer Produktarten oder Produktuntergruppen).

Im Weiteren ist die beabsichtigte Neuregelung äußerst unspezifisch bzw. unbestimmt, sie verzögert Prozesse statt sie zu beschleunigen und hat keinerlei Mehrwert für die Versorgung gesetzlich Krankenversicherter.

C Änderungsvorschlag

Der Änderungsantrag wird aus diesen Gründen nicht befürwortet.

Änderungsantrag 3 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Art. 1 Nr. 6b (neu) § § 219a Absatz 6 SGB V Kostenübernahme für Behandlungen von Patienten und Patientinnen aus dem EU-Ausland

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung zur Übernahme der Behandlungskosten für ausländische Corona-Intensivpatienten durch den Bund wird über das bisherige Ende (30. September 2020) bis zum 31. März 2021 verlängert. Für Patienten aus dem Vereinigten Königreich gilt die Regelung für den Zeitpunkt nach dem Austritt aus der EU („Brexit“, 31. Dezember 2020) nur für Behandlungen, die bis zum 31. Dezember begonnen wurden. Die Regelung soll nahtlos an die bisherige Regelung anschließen, also rückwirkend mit Wirkung vom 01. Oktober 2020 in Kraft treten.

B Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung ist sachgerecht und wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 4 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Art. 1 Nr. 12a § 283 SGB V Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Richtlinie zur Personalbedarfsermittlung für die den MD übertragenen Aufgaben muss aufgabenbezogene Richtwerte enthalten, die übergreifend für alle MD einheitlich gelten. Begründete Abweichungen von den Richtwerten sind aufgrund der unterschiedlichen Struktur der einzelnen MD möglich.

B Stellungnahme

Aufgabenbezogenen Richtwerte für die Personalbemessung zu den Aufgaben der MD bilden das Kernstück der neu zu erlassenden Richtlinie zur Personalbedarfsermittlung. Die Klarstellung, dass diese übergreifend für alle MD einheitlich gelten, wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Art. 1 Nr. 13a § 414 SGB V Übergangsregelung für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Richtlinie zur Personalbedarfsermittlung für die den MD übertragenen Aufgaben soll mindestens die Bereiche der Begutachtungen von Krankenhausleistungen, von Arbeitsunfähigkeit sowie von Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen umfassen. Die Personalbedarfsermittlung muss nach einer bundeseinheitlichen Methodik erfolgen und anerkannte und angemessene Methoden einsetzen, wie sie beispielsweise im Handbuch für Organisationsuntersuchungen und Personalbedarfsermittlung des Bundesministeriums des Innern und des Bundesverwaltungsamtes dargestellt sind. Die großen Aufgabenbereiche werden in typische, in allen MD vergleichbare kleinere Gruppen von Begutachtungsaufträgen eingeteilt, welche Gegenstand der Aufwandserhebung sind. Diese kann auch in Stichproben erfolgen.

Die Datenerhebung soll durch den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) bei allen Medizinischen Diensten sowie beim Sozialmedizinischen Dienst Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See spätestens ab dem 31. März 2021 erfolgen. Der MDS koordiniert die Datenerhebung und die Datenauswertung unter fachlicher Beteiligung der MD, wobei die Vergabe von Aufträgen an Dritte zur Unterstützung möglich ist.

Die Richtlinie soll bis zum 31. Dezember 2021 erlassen werden; sollte vor diesem Datum der MD Bund bereits konstituiert sein, gilt diese Frist für den MD Bund als Rechtsnachfolger des MDS. Die Richtlinie bedarf der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

B Stellungnahme

Die Konkretisierung des Inhalts und der Methodik der Personalbedarfsermittlungsrichtlinie für die Medizinischen Dienste wird begrüßt. Es erscheint realistisch, sich für den ersten Erlass der Richtlinie auf die drei großen Aufgabenbereiche Begutachtungen von Krankenhausleistungen, von Arbeitsunfähigkeit sowie von Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen zu konzentrieren. Die Richtlinie sollte sukzessive um die anderen Begutachtungsbereiche der MD unter dem SGB V (z.B. Hilfsmittelversorgung, Zahnärztliche Leistungen, Qualitätskontrollen im Krankenhaus) erweitert werden. Ebenso können die hier gewonnenen Instrumente zur Entwicklung der analogen Personalbedarfsermittlungsrichtlinie für die Begutachtungen in der Pflege nach § 53d SGB XI eingesetzt werden und so zum zügigen Erlass auch dieser Richtlinie führen. Der gewählte Ansatz, sich am Handbuch für Organisationsuntersuchungen und Personalbedarfsermittlung des Bundesministeriums des Innern und des Bundesverwaltungsamtes zu orientieren, für die jeweiligen Begutachtungsaufgaben in allen MD typische, kleinere Gruppen mit homogenem Arbeitsaufwand für Datenerhebungen in Stichprobenform zu bilden und auf dieser Grundlage aufgabenbezogene Richtwerte zu bilden, gibt dem MDS und den MD eine klare Vorgabe, die auch kontrollierbar ist. Aufgrund der unterschiedlichen Struktur der einzelnen MD sind begründete

Abweichungen möglich, daher ist der Rahmen flexibel genug, um regionalen Besonderheiten auch aus Sicht der Krankenkassen Rechnung zu tragen.

Mit Artikel 4 Nr. 21 des Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 19. Mai 2020 (Änderung des § 327 Abs. 2 Satz 3 und 4, nach dem Patientendaten-Schutz-Gesetz vom 14. Oktober 2020 nun § 414 Abs. 2 Satz 3 und 4) hat der MDS die Aufgabe erhalten, bis zum 31. Dezember 2020 die (ursprünglich zum Erlass durch den MD Bund vorgesehene) Richtlinie zur Bestellung, unabhängigen Aufgabenwahrnehmung und Vergütung der Ombudsperson nach § 278 Absatz 3 SGB V in den Medizinischen Diensten zu erlassen. Diese Verpflichtung fehlt in der im ÄA vorliegenden Fassung des § 414 Abs. 2 Satz 3 und 4 SGB V.

C Änderungsvorschlag

In § 414 wird ergänzend zum neuen Absatz 2a in Absatz 2 der Satz 4 wie folgt gefasst:

„§ 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 und 5 zweite Alternative in der am 1. Januar 2020 geltenden Fassung ist mit der Maßgabe anwendbar, dass der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 bis zum 28. Februar 2021 und die Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 zweite Alternative bis zum 31. Dezember 2020 erlässt.“

In § 53d SGB XI wird in Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 nach dem Wort „mit“ die Wörter „für alle Medizinischen Dienste einheitlichen“ eingefügt.

Es wird ein neuer Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Die Richtlinie nach Absatz 2 Nummer 2 erlässt der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen/Bund der Pflegekassen erstmalig zum 31. Dezember 2021 unter Anwendung der Vorgaben des § 414 Absatz 2a Satz 2 und 3 SGB V.“

Änderungsantrag 5 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Art. 2a, 2b, 5 § 14a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, § 21 der Krankenhausstrukturfonds-Verordnung; Inkrafttreten

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung in Artikel 2a soll gewährleisten, dass sich die Förderanteile, die den Ländern nach dem Krankenhauszukunftsfonds zustehen, nach dem aktuellen Königsteiner Schlüssel richten. Der im KHZG genannte Verweis stellt nicht den aktuellen Verteilungsschlüssel dar. Mit dieser Regelung erfolgt der Verweis auf den aktuellen Königsteiner Schlüssel.

Der Artikel 2b beinhaltet eine Folgeänderung dazu.

Mit Artikel 5 soll rückwirkend das zeitgleiche Inkrafttreten der Änderungen der Artikel 2a und 2b mit dem Inkrafttreten der Artikel 1 und 2 des Krankenhauszukunftsgesetzes sichergestellt werden.

B Stellungnahme

Mit diesen Regelungen soll eine möglichst realitätsnahe Verteilung der Mittel des Krankenhauszukunftsfonds sichergestellt werden. Die Verteilung erfolgt über den Königsteiner Schlüssel, der die Bevölkerungszahlen der jeweiligen Bundesländer abbildet. Der Königsteiner Schlüssel wird in regelmäßigen Abständen im Bundesanzeiger veröffentlicht. Der Verweis im KHZG erfolgte jedoch nicht auf die aktuelle Veröffentlichung im Bundesanzeiger, sondern auf die vorangegangene. Mit diesen Regelungen soll nunmehr auf die aktuelle Veröffentlichung im Bundesanzeiger verwiesen werden. Die Regelungen sind deshalb sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Änderungsantrag 6 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Art. 3 Nr. 0/0a § 8 Abs. 3 SGB XI Modelltitel des GKV-SV

A Beabsichtigte Neuregelung

Für die Erprobung von erweiterten Versorgungskonzepten, in denen die Kompetenzen von Pflegefachpersonen effizient durch eine erweiterte Versorgungsverantwortung genutzt werden können, werden über die Forschungsstelle des GKV-Spitzenverbandes drei Millionen Euro p.a. zur Verfügung gestellt. Ziel der damit geförderten Projekte ist, mit der kompetenzorientierten Aufgabenverteilung des Pflegefachpersonals in Pflegeeinrichtungen die Versorgungqualität und die Arbeitszufriedenheit der beruflich Pflegenden zu verbessern und ggf. damit Effizienzpotentiale im Gesundheitswesen zu heben.

B Stellungnahme

Insbesondere pflegebedürftige Menschen haben komplexe Versorgungsbedarfe, die weit über die pflegerische Versorgung hinausgehen. Es wird daher ausdrücklich begrüßt, dass mit Erprobung der erweiterten Pflegepraxis in Einrichtungen der Langzeitpflege die medizinisch-pflegerische Versorgung an den Bedarfslagen der Pflegebedürftigen ausgerichtet wird und hierfür die erweiterten Kompetenzen von Pflegefachpersonen, die sie auch in der Primärversorgung haben, eingesetzt werden. Diese gesetzliche Neuregelung greift damit auch das Ansinnen aus der Konzertierten Aktion Pflege auf, die Entwicklung attraktiver und innovativer Aufgaben- und Verantwortungsbereiche für Pflegefachpersonen zu befördern.

Mit diesem Förderansatz besteht nicht nur die Chance zu erproben, ob unnötige Krankenhauseinweisungen vermieden werden können, sondern es werden auch wichtige Impulse für die Weiterentwicklung hin zu einer sektorenübergreifenden personenzentrierten Versorgung gesetzt. Damit kann auch ein wichtiger Beitrag geleistet werden, die Behandlungsverläufe nicht nach den Sektoren, sondern an den medizinisch-pflegerischen Bedarfen der Pflegebedürftigen auszurichten.

Der Ansatz, gesetzlich ein Fördervolumen für diesen Zweck zur Verfügung zu stellen, wird ausdrücklich begrüßt. Allerdings wird mit der Erhöhung des Forschungsvolumens des GKV-Spitzenverbandes und der Verknüpfung mit der eigentlichen Intention des Modellvorhabens in § 8 Absatz 3 SGB XI der Erprobung von erweiterter Pflegepraxis in Einrichtungen der Langzeitpflege nicht gerecht:

- Durch die vorgesehene Änderung wird eine Zweckbindung des Fördervolumens von drei Mio. Euro p.a. an die Erprobung innovativer Versorgungsansätze unter besonderer Berücksichtigung einer kompetenzorientierten Aufgabenverteilung nicht erreicht.
- Der Gesetzgeber verfolgt mit der in Absatz 3 verankerten Modellklausel das Ziel, vorrangig die Möglichkeiten eines personenbezogenen Budgets sowie die Umsetzung neuer

Wohnkonzepte für Pflegebedürftige zu erproben. Die Rahmenbedingungen des § 8 Absatz 3 fokussieren daher auch diese vorrangige Zielstellung. Sie sind jedoch nicht ohne Weiteres auf die Erprobung von innovativen Versorgungsansätze mit dem Ziel erweiterter Pflegepraxis übertragbar.

Es wird daher angeregt, eine eigene Norm hierfür zu etablieren.

C Änderungsvorschlag

Die Änderungen in § 8 Absatz 3 sind zu streichen.

Es wird in § 8 ein neuer Absatz 3a eingefügt:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung mit 3 Millionen Euro je Kalenderjahr die Entwicklung oder Erprobung innovativer Versorgungsansätze unter besonderer Berücksichtigung einer kompetenzorientierten Aufgabenverteilung des Personals in Pflegeeinrichtungen durchführen und mit Leistungserbringern vereinbaren. Sofern die Erprobung den Einsatz von zusätzlichen Pflegefachpersonen in der Versorgung durch die Pflegeeinrichtung erfordert, können die dadurch entstehenden Personalkosten in das nach Satz 1 vorgesehene Fördervolumen einbezogen werden. Bei der Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben kann im Einzelfall von den Regelungen des Siebten Kapitels abgewichen werden. Pflegebedürftige dürfen durch die Durchführung von Modellvorhaben nach Satz 1 weder ganz noch teilweise belastet werden. Soweit die in Satz 1 genannten Mittel im jeweiligen Haushaltsjahr nicht verbraucht wurden, können sie in das Folgejahr übertragen werden. Die Modellvorhaben sind auf längstens fünf Jahre zu befristen. Der GKV-Spitzenverband beschließt Empfehlungen über die konkreten Voraussetzungen, Ziele, Inhalte und Durchführung von Modellvorhaben. Die Empfehlungen sind bis [drei Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes] vorzulegen und bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Näheres über das Verfahren zur Auszahlung der aus dem Ausgleichsfonds zu finanzierenden Fördermittel regeln der GKV-Spitzenverband Bund der Pflegekassen und das Bundesamt für Soziale Sicherung durch Vereinbarung. Der GKV-Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Modellvorhaben im Hinblick auf die Erreichung der Ziele der Modellvorhaben nach allgemein wissenschaftlichen Standards zu veranlassen. Der von unabhängigen Sachverständigen zu erstellende Bericht über die Ergebnisse der Auswertung ist zu veröffentlichen. § 45c Absatz 5 Satz 6 gilt entsprechend.“

Änderungsantrag 7 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Art. 3 Nr. 0b § 8 Absatz 6 Satz 7 SGB XI Pflegefachkraftstellen-Förderprogramm

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Frist zum Nachweis einer vergeblichen Stellenbesetzung von bisher 4 Monaten zur Gewährung des Vergütungszuschlags wird aufgehoben. Angesichts der kritischen Arbeitsmarktsituation für Pflegefachkräfte kann der Vergütungszuschlag auch für weitere Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich beantragt werden, z.B. für Altentherapeutinnen, Altentherapeuten, Heilerzieherinnen, Heilerzieher, Heilerziehungspflege-rinnen, Heilerziehungspfleger, Heilpädagoginnen, Heilpädagogen, Sozialarbeiterinnen, Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen, Sozialpädagogen sowie Sozialtherapeutinnen und Sozialtherapeuten.

Ergänzend wird die - bisher nur in der Orientierungshilfe des GKV-Spitzenverband festgehaltene - Bestätigungsmeldung der Pflegeeinrichtung über das unveränderte Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen gesetzlich verankert.

B Stellungnahme

Zur Verbesserung der Personalausstattung in Pflegeeinrichtungen wurde im Rahmen des Roadmap-Prozesses zur Einführung eines Personalbemessungsverfahrens in stationären Pflegeeinrichtungen u.a. der Baustein abgestimmt, die Besetzung der Stellen im Fachkraftstellen-Programms des PpSG zu erleichtern. Vollstationären Pflegeeinrichtungen wird es nun ermöglicht, vor Ablauf der 4-montigen Frist Pflegehilfskräfte in Ausbildung zur Pflegefachperson einzustellen. Diese Regelung wird begrüßt.

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) erhält seit dem 1. Januar 2019 jede vollstationäre Pflegeeinrichtung für die Neueinstellung bzw. Aufstockung von zusätzlichen Pflegefachpersonen, die über das Personal hinausgeht, das die Pflegeeinrichtung nach der Pflegesatzvereinbarung vorzuhalten hat, eine Vollfinanzierung der zusätzlichen Personalkosten aus Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung. Das Ziel dieser Verbesserung ist es, aus Mitteln der GKV Pflegepersonal zu finanzieren, die Leistungen der Behandlungspflege erbringen und dabei die Pflegeleistungsempfänger nicht zusätzlich belastet werden. Mit der nun vorgesehenen Anpassung soll es den Einrichtungen ermöglicht werden, auch Fachkräfte aus weiteren Gesundheits- und Sozialberufen, die sich in Ausbildung zu einer Pflegefachfrau oder Pflegefachmann befinden, einzustellen und über den Vergütungszuschlag aus der GKV zu finanzieren. Diese Fachkräfte besitzen jedoch nicht die notwendigen Qualifikationen zur Durchführung der medizinischen Behandlungspflege. Das Finanzierungserfordernis zur Übernahme der Finanzierung durch die Gesetzliche Krankenversicherung greift nicht.

In der bisherigen Regelung fehlte die gesetzliche Verankerung, dass eine Meldeverpflichtung als Voraussetzung für den Zahlungsanspruch notwendig ist. Die Neuregelung wird daher begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Der § 8 Absatz 6 Satz 4 SGB XI wird wie folgt gefasst:

„Die vollstationäre Pflegeeinrichtung kann auch für die Beschäftigung von zusätzlichen Pflegehilfskräften, die sich in der Ausbildung zur Pflegefachfrau oder Pflegefachmann befinden, einen Vergütungszuschlag erhalten.“

Änderungsantrag 8 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Art. 3 Nr. 2a § 40 SGB XI Entscheidungsfristen für Pflegekassen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflegekassen werden verpflichtet, über die Anträge auf Pflegehilfsmittel und auf Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen innerhalb von drei Wochen bzw. fünf Wochen (Prüfung der Notwendigkeit von Pflegehilfsmittel unter Beteiligung eine Pflegefachkraft oder Medizinischer Dienst) zu entscheiden. Sofern die Frist nicht eingehalten werden kann, sollen rechtzeitig die Gründe dargelegt werden. Andernfalls gilt der Antrag nach Ablauf der Frist als genehmigt.

B Stellungnahme

Zu Wohnumfeld-verbessernde Maßnahmen:

Bereits bei der Pflegebegutachtung können baulichen Maßnahmen zur Anpassung des Wohnumfeldes durch den Medizinischen Dienst empfohlen werden. Diese gelten als Antrag, sofern der Versicherte nicht widerspricht. Darüber hinaus können im Rahmen der Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 SGB XI Wohnumfeld-verbessernde Maßnahmen angeregt werden. Die Pflegekassen sind verpflichtet, die Pflegebedürftigen hinsichtlich der Bezuschussung von Wohnumfeld-verbessernden Maßnahmen, über die allgemeinen Leistungsvoraussetzungen und über die in Frage kommende Maßnahmen zu beraten. Die Pflegekassen haben insofern ein hohes Interesse, über die Anträge zügig zu entscheiden. Die Antragsunterlagen müssen hierfür jedoch vollständig sein, d.h. z.B. Fotos, Kostenvoranschlag müssen dem Antrag beigefügt sein. Beratung zu Angeboten von Handwerkern bis zum Vertragsabschluss, die technische Beratung durch Architekten (z. B. das Erstellen eines Gutachtens über mögliche bauliche Maßnahmen z.B. in Bezug auf die Statik), die Beantragung von Eigentümergenehmigungen sowie anderer notwendiger Zustimmungen sollten vor Antragstellung bereits erfolgt sein. Sollten dadurch Verzögerungen bei der Entscheidung der Pflegekasse eintreten, können diese nicht zu Lasten der Pflegekassen gehen. Eine Fristsetzung für die Entscheidung der Pflegekasse ist daher abzulehnen.

Da bei der Antragsprüfung insbesondere das Wirtschaftlichkeitsgebot - auch im Interesse der Antragsteller - zu beachten ist, ist eine Genehmigungsfiktion nach Fristablauf abzulehnen. Die beantragte Maßnahme muss im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglichen oder erheblich erleichtern oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederherstellen.

C Änderungsvorschlag

Die Änderung wird gestrichen.

Änderungsantrag 9 Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Artikel 3 Nummer 2b - neu - § 78 SGB XI Digitalisierung in der Pflegehilfsmittelversorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

a) Resultierend aus b) und c) beabsichtigt der Gesetzgeber, den 78 des Elften Sozialgesetzbuches von „Verträge über Pflegehilfsmittel“ in „Verträge über Pflegehilfsmittel, Pflegehilfsmittelverzeichnis und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen“ umzubenennen.

b) Dieser Änderungsantrag beinhaltet wieder ein an den GKV-Spitzenverband adressiertes neues Regulativ, wonach dieser das Pflegehilfsmittelverzeichnis turnusmäßig mindestens alle drei Jahre unter Berücksichtigung digitaler Technologien fortschreiben soll. Begründet wird der Änderungsantrag damit, dass bei der Beurteilung des pflegerischen Nutzens neben den Vorgaben vor allem auch die Ausrichtung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eine Rolle spielen müsse. Weiterhin soll der GKV-Spitzenverband verpflichtet werden, Hersteller auf deren Anfrage gebührenfrei über die Voraussetzungen und das Verfahren zur Aufnahme von neuartigen Pflegehilfsmitteln in das Pflegehilfsmittelverzeichnis zu beraten. Darüber hinaus soll er über Anträge zur Aufnahme von neuartigen Pflegehilfsmitteln in das Pflegehilfsmittelverzeichnis innerhalb von drei Monaten nach Vorlage der vollständigen Unterlagen entscheiden. Grund für diese neuen, weiteren Vorgaben an den GKV-Spitzenverband ist der voranschreitende technische Fortschritt, auch im Pflegebereich.

c) Der GKV-Spitzenverband soll darüber hinaus verpflichtet werden, spätestens alle drei Jahre unter besonderer Berücksichtigung digitaler Technologien Empfehlungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen einschließlich des Verfahrens zur Aufnahme von Produkten oder Maßnahmen in die Empfehlungen zu beschließen.

B Stellungnahme

b) Es erschließt sich nicht, warum die Frist zur turnusmäßigen Fortschreibung für bestimmte Produktbereiche auf drei Jahre verkürzt werden soll. Die derzeit geltende Frist für alle Produktgruppen wurde nach ausgiebiger Erörterung und unter Würdigung von Innovationsdynamik und Fortschreibungsaufwand mit den Herstellerorganisationen aller Hilfsmittel-Branchen auf fünf Jahre festgelegt, (auch dieser Aspekt wurde vom BMG im Kontext der Prüfung der Verfahrensordnung nach § 139 Absatz 7 SGB V genehmigt).

Darüber sind jederzeit anlassbezogene Fortschreibungen, z. B. aufgrund von Vorschlägen und Stellungnahmen Dritter (wie zum Beispiel Hersteller, Leistungserbringer und deren Verbände oder Organisationen oder Patientenorganisationen) möglich und finden auch statt, wie jüngst die der „Therapeutischen Bewegungsgeräte = Produktgruppe 32“.

Im Weiteren ergibt sich bereits aus § 139 Absatz 4 SGB V eine Beratungspflicht des GKV-Spitzenverbandes im Rahmen eines Antragsverfahrens zur Aufnahme von neuartigen Produkten in das Hilfsmittel- bzw. Pflegehilfsmittelverzeichnis.

Stand und Aktualität des Hilfsmittel- und des Pflegehilfsmittelverzeichnisses sind aber nicht allein von den Fortschreibungsaktivitäten des GKV-Spitzenverbandes abhängig. Vielmehr „lebt" und „weiterentwickelt sich" das Hilfsmittel- bzw. Pflegehilfsmittelverzeichnis durch Anträge von Herstellern, auch von denen innovativer respektive digitaler Produkte! Im Umkehrschluss heißt das: Keine Anträge von Herstellern ihrer Produkte in das Hilfsmittel- bzw. Pflegehilfsmittelverzeichnis = keine Möglichkeit/en der Abbildung neuer, weiterentwickelter, innovativer bzw. digitaler Produkte in diesen Verzeichnissen. So gibt es – mit Ausnahme der Hausnotrufgeräte – bis heute keine Anträge von Herstellern von „Pflegehilfsmitteln zur selbständigeren Lebensführung/Mobilität (= Pflegehilfsmittel der Produktgruppe 52)", in denen ohne Weiteres digital geprägte/-basierte Produkte oder auch Ambient Assistent Living-Systeme subsumiert werden könnten. Damit wären diese Produkte deklaratorisch Leistungen der Pflegeversicherung. Der Gesetzgeber kann seiner Regelungsaffinität gegenüber den Kranken- und Pflegekassen auch weiterhin nachgehen; dieses beschriebene Phänomen bzw. Problem wird mit keiner „Kassen-Regel" gelöst!

c) Die vorgesehene Regelung ist nicht sachgerecht. Bei wohnumfeldverbessernden Maßnahmen handelt es sich nicht um konkrete Produkte, sondern eben um Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes. Dies können Maßnahmen sein, die eine Anpassung der konkreten Wohnumgebung an die Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen bezwecken und deshalb in einer anderen Wohnumgebung notwendigerweise nicht benötigt werden. Wohnumfeldverbessernden Maßnahmen sind aber auch Maßnahmen, die mit wesentlichen Eingriffen in die Bausubstanz verbunden sind und damit der Gebäudesubstanz auf Dauer hinzugefügt werden. Ebenfalls als Maßnahmen zählen technische Hilfen im Haushalt wie z. B. Ein- und Umbau von Mobiliar. Eine Liste möglicher Maßnahmen enthält das Gemeinsame Rundschreiben des GKV-Spitzenverband und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften, auf die der Gesetzgeber in seiner Begründung verweist. In selbigem werden dort keine konkreten Produkte aufgelistet, sondern vielmehr bauliche Maßnahmen. Dies ist insofern auch sachgerecht und entspricht der gesetzlichen Intention, da eine Anpassung des individuellen Wohnumfeldes erfolgt. Neben den verbauten Produkten beinhalten wohnumfeldverbessernde Maßnahmen auch Dienstleistungen des Einbaus.

Damit können die Empfehlungen über wohnumfeldverbessernde Maßnahmen keine konkreten Produkte enthalten! Eine Übertragung der Leistung „wohnumfeldverbessernde Maßnahmen" auf die Systematik des Pflegehilfsmittelverzeichnisses ist eben nicht möglich!

C Änderungsvorschlag

Im Ergebnis sind die Änderungsvorschläge weder zielführend noch lösen sie die unter „B" dargelegte Problematik; sie können daher nur abgelehnt werden.

Änderungsantrag 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Art. 1 Nr. 2a – neu - § 105 Abs. 3 SGB V -Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der angedachten Neuregelung soll die mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz eingeführte Regelung zur Finanzierung von pandemiebedingten außerordentlichen Maßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen in Teilen überführt bzw. neu geregelt werden. So wird der Geltungsbereich der außerordentlichen Maßnahmen, der bisher auf die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung beschränkt ist, auf Maßnahmen zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung allgemein erweitert. Eine Finanzierung durch die gesetzlichen Krankenkassen wird indes ausgeschlossen, wenn bereits im Haushaltsplan der Kassenärztlichen Vereinigung abgebildete Mittel für die Maßnahmen vorgesehen sind oder die Finanzierung durch ein Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes geregelt ist. Zum Zwecke der Abrechnung sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen rechnungsbegründende Unterlagen zur Verfügung stellen, in denen Art und Höhe der Kosten im Einzelnen dargelegt werden.

B Stellungnahme

Die Neuregelung sieht in Satz 1 die Ausweitung des Anwendungsbereichs der Regelung auf „Maßnahmen zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung“ (bislang: „Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung“) vor. Die angedachte Änderung ist ordnungspolitisch abzulehnen. Die „Sicherstellung der medizinischen Versorgung“ fällt nicht unter die Regelungen des Zweiten Abschnittes des Vierten Kapitels des Sozialgesetzbuches Fünf und gehört damit nicht zu den Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen. Nach den Vorgaben des § 77 Abs. 1 Satz 1 SGB V i. V. m. § 75 SGB V können Kassenärztlichen Vereinigungen nur Aufgaben der vertragsärztlichen Versorgung übertragen werden.

Darüber hinaus bedeutet die Übertragung der „Sicherstellung der medizinischen Versorgung“ auf die Kassenärztlichen Vereinigungen indirekt die Übertragung der staatlichen Aufgabe der Daseinsvorsorge auf diese. Mit dieser Formulierung könnten die KVen u. a. finanzielle Maßnahmen in Krankenhäusern zur Stützung der „medizinischen Versorgung“ vornehmen, welche dann von den Krankenkassen zu zahlen wären. Ferner könnte eine Unterstützung des ÖGD (z. B. zur Kontaktnachverfolgung durch die Terminservicestelle) erfolgen. Auch diese Kosten könnten dann – obwohl verfassungsrechtlich eindeutig Aufgabe des Staates (hier: Länder; Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG i. V. m. IfSG) – den Krankenkassen in Rechnung gestellt werden. Außerdem läuft die Gegenfinanzierung in Leere, da sich diese explizit auf die vertragsärztliche Versorgung bezieht (§ 105 Abs.1a Satz 1 letzter Halbsatz).

Die Neuregelung dehnt gleichzeitig die Zuständigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als Träger der infrastrukturellen und Personalkosten in der vertragsärztlichen Versorgung auf die gesamte Bevölkerung aus, ohne dass nach dem Krankenversicherungsstatus differenziert

würde. Die explizite Delegation der finanziellen Zuständigkeit an die GKV mag in der Sache vielleicht naheliegend sein; sollte an der Änderung festgehalten werden, bedarf es zwingend einer Beteiligung weiterer Kostenträger. Auch schon in der Vergangenheit konnte die bisherige Begrenzung auf die vertragsärztliche Versorgung etwa bei dem Aufbau von Fieberambulanzen nicht gewährleistet werden, da auch nicht-gesetzlich Krankenversicherte diese in Anspruch nehmen konnten. Auch der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) war an diesen Maßnahmen in Teilen beteiligt oder hat sich ihrer bedient. In der Folge waren diese Maßnahmen nie rein auf eine Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung allein beschränkt.

Auch der in der Gesetzesbegründung vorgenommene Verweis auf die weiterhin mögliche Finanzierung von Persönlicher Schutzausrüstung zeigt das Dilemma. Weder auf Landesebene noch bei Gesprächen zwischen den Verbänden auf Bundesebene konnte eine Beteiligung der Privaten Krankenversicherung erreicht werden, obwohl die Persönliche Schutzausrüstung aus naheliegenden Gründen für gesetzlich wie nicht-gesetzlich Krankenversicherte genutzt wird, wenn diese die jeweilige Arztpraxis aufsuchen oder aufgesucht haben. Die hierbei entstandenen Kosten sind den Krankenkassen in Rechnung gestellt worden.

Die weiteren Kostenträger waren und sind damit an der Finanzierung weiterhin nicht ausreichend beteiligt. Daher ist es notwendig, dass entweder diese Kostenträger beteiligt oder eine Finanzierung durch den Steuerzahler erfolgt.

Die Regelung zu den rechnungsbegründenden Unterlagen ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Die Änderung ist zu streichen. Sollte daran festgehalten werden, ist es zwingend, entweder eine Beteiligung der privaten Krankenversicherung (PKV) und weiteren Sozialträgern und/oder aber die Finanzierung durch den Steuerzahler sicherzustellen. Letzteres hieße, dass für die Erstattung der den Kassenärztlichen Vereinigungen entstandenen Kosten für außerordentlichen Maßnahmen § 13 Absatz 1 bis 3 der Testverordnung entsprechend gilt und § 105 Absatz 3 SGB V wie im COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vorgesehen zum 01. Januar 2021 aufgehoben wird.

Zu präzisieren wäre, ab wann, d.h. für welche Abrechnungszeiträume die Finanzierung von Testzentren über § 105 Absatz 3 ausgeschlossen ist.

Art. 4a – neu - § 13 der Coronavirus-Testverordnung§ 13 Abs. 4 der Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Testverordnung – TestV)

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung wird der bisherige § 13 Abs. 4 der Coronavirus-Testverordnung aufgehoben.

B Stellungnahme

Zum Ausschluss etwaiger Doppelfinanzierungen ist die Regelung zu begrüßen und sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Änderungsantrag 11 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Art. 11 Nr. 2b und c § 111 SGB V Versorgungsverträge mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und §111c SGB V Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen

A Beabsichtigte Neuregelung

2b)

Die vorgesehene Änderung sieht vor, dass die Krankenkassen und die zugelassenen Vorsorge – und Rehabilitationseinrichtungen ihre Vergütungsvereinbarungen vom 01.10.2020 bis zum 31.03.2021 anpassen, um den pandemiebedingten Veränderungen im täglichen Leistungsgeschehen Rechnung zu tragen.

Das BMG kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Frist bis zum 31.12.2021 verlängern.

2c)

Die vorgesehene Änderung sieht vor, dass die Krankenkassen und die zugelassenen ambulanten Rehabilitationseinrichtungen ihre Vergütungsvereinbarungen vom 01.10.2020 bis zum 31.03.2021 anpassen, um den pandemiebedingten Veränderungen im täglichen Leistungsgeschehen Rechnung zu tragen.

Das BMG kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Frist bis zum 31.12.2021 verlängern.

B Stellungnahme

2b)

Die AOK-Gemeinschaft lehnt den Änderungsvorschlag ab.

Pandemiebedingte Mehrausgaben sind durch den Bund im Rahmen der Gefahrenabwehr zu regeln und zu finanzieren. Sonderkonstellationen wie die aktuelle Pandemie müssen von allgemeinen Vergütungsbestandteilen getrennt werden.

Zudem ist die hier beabsichtigte Neuregelung nicht wettbewerbsneutral. Im Vorsorge- und Rehabilitationsbereich werden die Vergütungsvereinbarungen kassenindividuell mit jeder einzelnen Rehabilitationseinrichtung geschlossen. Variabilität besteht auch in den Laufzeiten der individuellen Vergütungsvereinbarungen, welche unter anderem die praktische Umsetzung des Änderungsantrages unmöglich machen. Ferner fehlt bei der beabsichtigten Neuregelung der Einbezug weiterer Kostenträger, wie z.B. die Deutsche Rentenversicherung sowie die private Krankenversicherung. Zumindest sollte hier eine Harmonisierung mit den Ausgleichsverfahren der Deutschen Rentenversicherung eruiert werden.

Im Gegensatz zum Krankenhaussektor, gibt es keine Bedarfsplanung in der Vorsorge und Rehabilitation, d. h. die Länder sind nicht verantwortlich für eine ausreichende Versorgung mit stationären Reha- und Vorsorge-Leistungen.Ebenso werden keine (prospektiven) Mengen vereinbart, weshalb in den Versorgungs- und/oder Vergütungsverträgen keine Belegungsgarantie ausgesprochen werden. Belegungsschwankungen gehören somit grundsätzlich zum Unternehmerrisiko. Eine Abgrenzung zu pandemiebedingten Belegungsschwankungen ist daher nicht möglich. Aus diesem Grund können Einpreisungen der gegenwärtigen Belegungsrückgänge nicht in der regulären Vergütung erfolgen.

Des Weiteren ist eine Abgrenzung der pandemiebedingten Mehrausgaben im Personal- und Sachkostenbereich von klassischen Kostensteigerungen kaum abgrenzbar.

Die vorgeschlagene Regelung ist somit zu unspezifisch. Die AOK-Gemeinschaft sieht die Gefahr, dass die Vertragsparteien im Zuge der Vergütungsverhandlungen und gegebenenfalls auch Schiedsstellen mit einem hohen bürokratischen Aufwand belastet werden.

Gleichwohl vertritt die AOK-Gemeinschaft die Auffassung, dass die Versorgungsstrukturen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V und § 111c SGB V sowie der Mutter-Vater-Kind-Einrichtungen nach § 111a SGB V zu schützen und aufrecht zu erhalten sind. Dabei müssen die Einrichtungen, die im Rahmen der aktuellen Pandemie ebenfalls einen wesentlichen Beitrag für das deutsche Gesundheitssystem geleistet haben, bei der Sicherung der wirtschaftlichen Existenz unterstützt werden. Vor diesem Hintergrund spricht sich die AOK-Gemeinschaft für die Verlängerung des Rettungsschirms nach § 111d Abs. 8 SGB V für weitere 6 Monate aus. Mit der Fortführung des Rettungsschirms ist eine wettbewerbsneutrale Sicherung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gewährleistet. Ferner sind hier erprobte Strukturen vorhanden. Hiermit könnte kurzfristig die Liquidität der Einrichtungen nach § 111 und § 111 a, c SGB V gesichert werden. Der bürokratische Aufwand wäre für alle beteiligten Vertragspartner am geringsten.

Um die pandemiebedingten Mehrbelastungen (Hygiene, Abstand) im laufenden Betrieb finanziell zu unterstützen, sollte es eine einheitliche Regelung für die GKV, DRV und PKV in Form eines coronabedingten Hygienezuschlags geben. Bereits heute übernehmen die GKV und DRV coronabedingte Hygienezuschläge auf freiwilliger Basis, deren Zahlung derzeit bis zum 31. Dezember 2020 zugesagt ist. Die Höhe des Zuschlages beträgt aktuell je Leistungstag (Aufnahme- und Entlasstag gelten als 1 Tag) 6 EUR für ambulante Einrichtungen, 8 EUR für stationäre Einrichtungen und 16 EUR für den Versicherten incl. aller Begleitpersonen.

Eine parallele gesetzliche Regelung ist bis 31. Dezember 2020 nicht erforderlich, eine gesetzliche Klarstellung des Sachverhaltes zum 01.01.2021 wird begrüßt. Die Laufzeit des Zuschlages sollte der des Rettungsschirmes gemäß § 111 d Abs. 8 SGB V entsprechen. Die Höhe des Zuschlags sollte analog der bisherigen Zahlungen und Regelungen der DRV und GKV gestaltet werden. Auch hier gilt, dass die pandemiebedingten Mehrausgaben durch den Bund im Rahmen der Gefahrenabwehr zu regeln und zu finanzieren sind.

Zu c)

Für die ambulanten Rehabilitationseinrichtungen gilt, dass auch hier ein bundesweiter und wettbewerbsneutraler Lösungsansatz umzusetzen ist. Pandemiebedingte Mehrausgaben sind durch

den Bund im Rahmen der Gefahrenabwehr zu regeln und zu finanzieren. Sonderkonstellationen wie die aktuelle Pandemie müssen von allgemeinen Vergütungsbestandteilen getrennt werden. Daher können Einpreisungen der gegenwärtigen Belegungsrückgänge nicht in der regulären Vergütung erfolgen.

Gleichwohl vertritt die AOK-Gemeinschaft die Auffassung, dass die Versorgungsstrukturen der ambulanten Rehabilitationseinrichtungen zu schützen und aufrecht zu erhalten sind. Dabei müssen die Einrichtungen, die im Rahmen der aktuellen Pandemie ebenfalls einen wesentlichen Beitrag für das deutsche Gesundheitssystem geleistet haben, bei der Sicherung der wirtschaftlichen Existenz unterstützt werden. Vor diesem Hintergrund spricht sich die AOK-Gemeinschaft für die Etablierung eines Rettungsschirms für die ambulante Reha analog zu § 111d Abs. 8 SGB V für 6 Monate aus.

C Änderungsvorschlag

Zu b)

Verlängerung des Rettungsschirms nach § 111d Abs. 8 SGB V um 6 Monate

Ergänzende gesetzliche Regelung für coronabedingte Hygienezuschläge

Nach § 111d wird folgender § 111e eingefügt:

„§ 111e

Befristete Zuschläge für Mehraufwendungen an Vorsorge- und Rehabilitations-einrichtungen aus Anlass der COVID-19-Pandemie

(1) Für die den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen aus Anlass der COVID-19-Pandemie entstandenen Mehraufwendungen für Sachmittel zur Einhaltung von Hygienevorschriften bei Rehabilitanden und Mitarbeitenden und organisatorischen Maßnahmen in den Einrichtungen erhalten diese für Leistungen, die im Zeitraum ab 1. Januar 2021 erbracht werde. Die Dauer der Laufzeit richtet sich nach § 111d SGB V.

(2) Der Zuschlag im Sinne von Absatz 1 beläuft sich für jeden Leistungstag

1. bei Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 besteht, auf 8,00 Euro,
2. bei Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111c Absatz 1 besteht, auf 6,00 Euro,
3. bei Einrichtungen nach § 111a, sofern Versicherte von einer oder mehreren Personen mit Zustimmung der Krankenkasse begleitet werden, 16,00 Euro und
4. bei Maßnahmen der ambulanten Suchtrehabilitation sowie der Suchtnachsorge auf 0,25 Euro je Teilnehmer und Termin. Der Zuschlag wird nicht für telematische Leistungen gewährt.

Bei Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 besteht, gelten Aufnahme- und Entlassungstag als ein Leistungstag im Sinne von Satz 1.

Zu c)

Etablierung eines Rettungsschirms für die ambulante Rehabilitation analog zur stationären Vorsorge- und Reha gemäß § 111 d Abs. 8 SGB V

Ergänzende gesetzliche Regelung für coronabedingte Hygienezuschläge: siehe zu b)

Änderungsantrag 12 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 1 Nr. 4a - neu - (§ 125b SGB V Pandemiebedingte Abrechnungsmöglichkeit der Hygienepauschale für Heilmittelerbringer

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung soll das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ermächtigt werden, per Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates bestimmen zu können, dass Leistungserbringer nach § 124 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 zur pauschalen Abgeltung der Kosten für erhöhte Hygienemaßnahmen infolge der COVID-19-Pandemie für jede Heilmittelverordnung, die sie abrechnen, einen zusätzlichen Betrag in Höhe von 1,50 Euro gegenüber den Krankenkassen, längstens befristet bis zum 31. Dezember 2021, geltend machen können.

B Stellungnahme

Heilmittelerbringer können auf Grundlage der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung (COVID-19-VSt-SchutzV) zur pauschalen Abgeltung der Kosten für erhöhte Hygienemaßnahmen infolge der COVID-19-Pandemie bereits bis zum 31.12.2020 bei jeder Abrechnung einer Verordnung eine zusätzliche Pauschale in Höhe von 1,50 Euro geltend machen. Die Rechtsverordnung soll mit dem vorliegenden Änderungsantrag nun eine gesetzliche Grundlage erhalten. Die Möglichkeit, dass das BMG per Rechtsverordnung die Abrechnung der Hygienepauschale in Höhe von 1,50 Euro mit Blick auf die weitere Entwicklung der Pandemie verlängern kann, erscheint sachgerecht. Dies nach derzeitigem Stand längstens befristet bis zum 31.12.2021 vornehmen zu können, wird vor dem Hintergrund der erforderlichen Befristung von Ermächtigungen ebenfalls als sachgerecht angesehen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Änderungsantrag 13 Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Art. 13 Nr. 2 § 5 KHENtgG Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen

A Beabsichtigte Neuregelung

Die vorgesehene Änderung sieht vor, dass sich die zusätzliche Finanzierung nach der in einem Krankenhaus vorgehaltenen Anzahl basisversorgungsrelevanter Fachabteilungen unverändert nach der Erfüllung der Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für Sicherstellungszuschläge richtet.

B Stellungnahme

Die Regelung ist sachgerecht und wird begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Keiner.

Änderungsantrag 14 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Art. 3 Nr. 5 § 148 SGB XI Beratungsbesuche

A Beabsichtigte Neuregelung

Unter Beachtung datenschutzrechtlicher Belange können Beratungsbesuche bis 31.03.2021 auf Wunsch des Pflegebedürftigen telefonisch, digital oder per Videokonferenz durchgeführt werden.

B Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht und daher zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Änderungsantrag 15 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Art. 3 Nr. 6 § 150 Absatz 6 Satz 1 SGB XI Verlängerung pandemiebedingter Sonderregelungen im SGB XI

A Beabsichtigte Neuregelung

Die bis zum 31.12.2020 befristete Sonderregelung des § 150 zur Bewältigung der Folgen der Covid-19 Pandemie wird bis 31.03.2021 verlängert.

B Stellungnahme

Die Änderung ist sachgerecht und daher zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

Keiner

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)243(37)
zur öffent. Anh. am 16.11.2020 -
Versorgungsverbesserungsgesetz
11.11.2020

Spitzenverband

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 12.11.2020

zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD Ausschussdrucksache 19(14)242.2 vom 3.11.2020 Ausschussdrucksache 19(14)242.3 vom 9.11.2020

Zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG) BT-Drs. 19/23483

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

Inhaltsverzeichnis

I. Stellungnahme zu den Änderungsanträgen 4
Ausschussdrucksache 19(14)242.2 4
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 4
Änderungsantrag 1 4
Zu Artikel 1 Nummer 1a – neu, 6a – neu, 12 – neu, 13 – neu, Artikel 1a – neu und Artikel 5 4
§§ 79, 217b, 279 und 413 – Schriftliche Beschlussfassung der Selbstverwaltungsorgane 4
Änderungsantrag 2 5
Zu Artikel 1 Nummer 5a – neu – 5
§ 139 SGB V – Hilfsmittelverzeichnis 5
Änderungsantrag 3 7
Zu Artikel 1 Nummer 6b – neu 7
§ 219a Absatz 6 – Kostenübernahme für Behandlungen von Patientinnen und Patienten aus dem EU-Ausland 7
Änderungsantrag 4 8
Zu Artikel 1 Nummer 12a – neu,13a – neu – 8
§§ 283 und 414 – Richtlinie zur Personalbedarfsermittlung 8
Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch 10
Änderungsantrag 6 10
Zu Artikel 3 Nummer 0 – neu –, 0a – neu 10
§ 8 Absatz 3 – Modelltitel des GKV-SV 10
Änderungsantrag 7 12
Zu Artikel 3 Nummer 0b – neu – 12
§ 8 Absatz 6 – Pflegefachkraftstellen-Förderprogramm 12
Änderungsantrag 8 14
Zu Artikel 3 Nummer 2a – neu – 14
§ 40 – Entscheidungsfristen für Pflegekassen 14
Änderungsantrag 9 16
Zu Artikel 3 Nummer 2b – neu – 16
§ 78 – Digitalisierung in der Pflegehilfsmittelversorgung 16
Ausschussdrucksache 19(14)242.3 20
Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch 20
Änderungsantrag 10 20

Zu Artikel 1 Nr. 2a – neu – **20**

§ 105 – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung 20

Änderungsantrag 11 ..... **23**

Zu Artikel 1 Nr. 2b – neu –Buchstabe a) und Buchstabe b) **23**

§ 111 – Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (pandemiebedingte Anpassung von Vergütungsvereinbarungen) 23

Änderungsantrag 11 ..... **27**

Zu Artikel 1 Nr. 2c Buchstabe a) und Buchstabe b) **27**

§ 111c – Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen (pandemiebedingte Anpassung von Vergütungsvereinbarungen) 27

Änderungsantrag 12 ..... **28**

Zu Artikel 1 Nummer 4a – neu **28**

§ 125b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (pandemiebedingte Abrechnungsmöglichkeit der Hygienepauschale für Heilmittelerbringer) 28

Änderung des elften Buches Sozialgesetzbuch **29**

Änderungsantrag 14 ..... **29**

Zu Artikel 3 Nummer 5 – neu – **29**

§ 148 – Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI 29

Änderungsantrag 15 ..... **31**

zu Artikel 3 Nummer 6 – neu – **31**

§ 150 – Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige 31

I. Stellungnahme zu den Änderungsanträgen

Ausschussdrucksache 19(14)242.2

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Änderungsantrag 1

Zu Artikel 1 Nummer 1a – neu, 6a – neu, 12 – neu, 13 – neu, Artikel 1a – neu und Artikel 5

§§ 79, 217b, 279 und 413 – Schriftliche Beschlussfassung der Selbstverwaltungsorgane

A) Beabsichtigte Neuregelung

Angesichts der fortdauernden COVID-19-Pandemie soll den Selbstverwaltungsorganen der Kassenärztlichen Vereinigungen und ihrer Bundesvereinigungen, dem GKV-Spitzenverband, dem MDS und den Medizinischen Diensten befristet bis zum 31. Dezember 2021 eine erleichterte schriftliche Beschlussfassung ermöglicht werden. Eine vergleichbare Regelung ist für die Selbstverwaltungsorgane der Sozialversicherungsträger im Rahmen eines anderen Gesetzgebungsverfahrens im SGB IV vorgesehen.

B) Stellungnahme

Mit der vorgesehenen Regelung wird in § 217b SGB V ein Verweis zum § 64 Abs. 3a SGB IV ergänzt. § 64 Abs. 3a SGB IV sieht vor, dass die Selbstverwaltungsorgane und besonderen Ausschüsse nach § 36a SGB IV aus wichtigen Gründen ohne Sitzung schriftlich abstimmen können. Mit dieser Regelung werden die Möglichkeiten der schriftlichen Beschlussfassung erweitert. Damit wird sichergestellt, dass Beschlüsse auch ohne Sitzung schriftlich gefasst werden können, solange aufgrund der Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung der Infektionen mit dem Coronavirus keine Präsenzsitzungen stattfinden können. Insofern sind der Verweis zu § 64 Abs. 3a und die entsprechend geltenden Regelungen für die Selbstverwaltungsorgane der Kassenärztlichen Vereinigungen und ihrer Bundesvereinigungen sowie für den MDS und die Medizinischen Dienste in § 79, 279 und § 413 SGB V zu befürworten.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sollte eine entsprechende Regelung zur schriftlichen Abstimmung auch für die Landesverbände der Krankenkassen vorgesehen werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Ausschussdrucksache 19(14)242.2
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Änderungsantrag 2

Zu Artikel 1 Nummer 5a – neu –

§ 139 SGB V – Hilfsmittelverzeichnis

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 139 SGB V soll um die Verpflichtung erweitert werden, dass der GKV-Spitzenverband vor Fortschreibungen des Hilfsmittel- bzw. Pflegehilfsmittelverzeichnisses mit Bezug zu digitalen oder technischen Assistenzsystemen mindestens eine Stellungnahme eines Sachverständigen oder unabhängigen Forschungsinstituts aus dem Bereich der Technik einholt. Der Vorschlag wird damit begründet, dass dadurch technische Innovationen in der (Pflege-)Hilfsmittelversorgung gefördert werden können.

B) Stellungnahme

In § 139 Absatz 11 Satz 2 SGB V ist bereits geregelt, dass der GKV-Spitzenverband im Rahmen von Fortschreibungen des Hilfsmittelverzeichnisses, das auch das Pflegehilfsmittelverzeichnis umfasst, auch Stellungnahmen von medizinischen Fachgesellschaften sowie Sachverständigen aus Wissenschaft und Technik einholen kann. Von dieser Möglichkeit wird Gebrauch gemacht, wenn ein konkreter Bedarf besteht, d. h. Fragestellungen auch zu neuen Technologien nicht aus den eigenen Reihen beantwortet werden können. Es besteht keine Notwendigkeit, eine entsprechende generelle Verpflichtung einzuführen.

Die verpflichtende Einbindung von technischem Sachverstand ohne sachlichen Grund könnte zu unnötigen Zeitverzögerungen bei den Fortschreibungen führen, da nicht in jedem Bereich externer Sachverstand (unverzüglich) zur Verfügung steht und die Beratungsleistung ggf. in einem zeitaufwändigen Verfahren ausgeschrieben werden müsste. Außerdem würden ungerechtfertigte Kosten entstehen.

Dem GKV-Spitzenverband werden neue Erkenntnisse – die sich auch auf Innovationen beziehen – von der Industrie oder von den Leistungserbringern in der Regel spätestens bei Wahrnehmung ihrer Stellungnahmerechte zu den Fortschreibungsentwürfen übermittelt. Unabhängig davon wird der Aktualisierungsbedarf vor jeder Fortschreibung aktiv bei den stellungnahmeberechtigten Organisationen abgefragt. Fachgesellschaften, Fachverbände, Patientenorganisationen und andere Dritte können den GKV-Spitzenverband auch jederzeit auf neue Entwicklungen hinweisen.

C) Änderungsvorschlag

Der Änderungsantrag wird aus diesen Gründen nicht befürwortet.

Ausschussdrucksache 19(14)242.2
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Änderungsantrag 3

Zu Artikel 1 Nummer 6b – neu

§ 219a Absatz 6 – Kostenübernahme für Behandlungen von Patientinnen und Patienten aus dem EU-Ausland

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 219a Abs. 6 SGB V sieht in der aktuellen Fassung vor, dass der Bund unter den dort genannten Bedingungen die Kosten für Krankenhausbehandlungen von Patienten aus anderen EU-Staaten oder dem Vereinigten Königreich übernimmt, die auf Grund einer Absprache zwischen einem Land oder dem Bund und einem EU-Staat oder dem Vereinigten Königreich wegen des Coronavirus SARS-CoV-2 in Deutschland behandelt werden. Diese Regelung gilt für Behandlungen, die bis zum 30.09.2020 begonnen wurden. Der Änderungsantrag sieht unter Nummer 1 Buchstabe a) eine Verlängerung für Behandlungen vor, die bis zum 31.03.2021 begonnen werden.

Für Patienten, deren Wohnstaat das Vereinigte Königreich ist, soll die Regelung wegen des EU-Austritts und der im Austrittsabkommen geregelten Übergangsphase nur für Behandlungen gelten, die bis zum 31.12.2020 begonnen werden, Nummer 1 Buchstabe b).

Beide Änderungen sollen nach Nummer 2 mit Wirkung vom 01.10.2020 in Kraft treten.

B) Stellungnahme

Die vorgeschlagene Verlängerung des Anwendungszeitraums für Krankenhausbehandlungen, die bis zum 31.03.2021 begonnen werden, ist wegen der aktuell steigenden Anzahl an am SARS-CoV-2 erkrankten Personen und der dadurch hervorgerufenen Belastung der Gesundheitssysteme in einigen EU-Staaten nachvollziehbar. Die Beschränkung des Anwendungszeitraums im Verhältnis zum Vereinigten Königreich bis zum 31.12.2020 resultiert folgerichtig aus dem EU-Austritt des Vereinigten Königreichs und den Regelungen aus dem Austrittsabkommen. Ein rückwirkendes Inkrafttreten der Änderungen zum 01.10.2020 ist sinnvoll.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Ausschussdrucksache 19(14)242.2
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Änderungsantrag 4

Zu Artikel 1 Nummer 12a – neu,13a – neu –

§§ 283 und 414 – Richtlinie zur Personalbedarfsermittlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zu 12a

Die Regelung sieht vor, dass die Richtlinie zur Personalbedarfsbemessung (gemäß § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4) aufgabenbezogene Richtwerte für die den Medizinischen Diensten (MD) übertragenen Aufgaben zu enthalten hat, die übergreifend und für alle MD einheitlich gelten sollen.

Zu 13a Buchstabe a

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 13a Buchstabe b und redaktionelle Anpassungen u. a. in §414 Absatz 2 SGB V.

Zu 13a Buchstabe b

Die Regelung sieht vor, dass der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) oder der Medizinische Dienst Bund (MD Bund) als sein Rechtsnachfolger die Personalbedarfsermittlungs-Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 bis zum 31. Dezember 2021 erlässt. Eine bundeseinheitliche Methodik und Vorgehensweise wird für die Personalbedarfsermittlung und mit Frist auch für die Datenerhebung und Datenauswertung gefordert und genannt. Die mindestens in der Richtlinie einzubeziehenden Begutachtungsfelder werden aufgeführt.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung wird als Eingriff in die Zuständigkeit der Selbstverwaltung abgelehnt. Gemäß § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V (MDK-Reformgesetz) hat der MDS eine Richtlinie zur Personalbedarfsermittlung für die Medizinischen Dienste (MD) bis zum 30.09.2020 zu erlassen, die der Genehmigung durch das BMG bedarf. Der MDS hat in der

letzten Oktoberwoche dem BMG eine mit der MDK-Gemeinschaft formulierte und konsentierte überarbeitete Version der Richtlinie übermittelt. Damit liegt eine fertige Version der Richtlinie vor, die der MDS zum Ende des Jahres 2020 erlassen kann. Aufgrund des ausformulierten und dem BMG vorliegenden Richtlinientextes sind die im Änderungsantrag enthaltenen Konkretisierungen der Richtlinienvorbereitungen und -inhalte sowie die Verlängerung der Frist zum Erlass dieser Richtlinie nicht erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

Streichung.

Ausschussdrucksache 19(14)242.2
Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Änderungsantrag 6

Zu Artikel 3 Nummer 0 – neu –, 0a – neu

§ 8 Absatz 3 – Modelltitel des GKV-SV

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 8 Absatz 3 SGB XI kann der Spitzenverband Bund der Pflegekassen aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung mit 5 Millionen Euro im Kalenderjahr Maßnahmen wie Modellvorhaben, Studien, wissenschaftliche Expertisen und Fachtagungen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, insbesondere zur Entwicklung neuer qualitätsgesicherter Versorgungsformen für Pflegebedürftige, durchführen und mit Leistungserbringern vereinbaren.

In der Konzertierten Aktion Pflege wurde vereinbart, dass das Bundesministerium für Gesundheit die Einrichtung eines Modellprogramms im SGB XI prüft, mit dem innovative Versorgungskonzepte, in denen Pflegefachpersonen in besonderem Maße ihre Kompetenzen, auch im Sinne einer erweiterten Versorgungsverantwortung, einsetzen können, insbesondere hinsichtlich der Versorgungsqualität, Zufriedenheit der beruflich Pflegenden und Effizienz vergleichend bewertet werden sollen.

Mit der geplanten Regelung können innovative Versorgungsansätze unter besonderer Berücksichtigung einer kompetenzorientierten Aufgabenverteilung des Personals in Pflegeeinrichtungen entwickelt und erprobt werden und das Fördervolumen wird von 5 auf 8 Mio. Euro angehoben.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt. Damit wird sichergestellt, dass für die über den § 8 Abs. 3 SGB XI zu finanzierenden vielfältigen laufenden und geplanten Maßnahmen ausreichend Mittel bereitstehen.

Die Formulierung der geplanten Regelung unter Buchstabe c) des Änderungsantrages ist in der vorliegenden Fassung redaktionell ungenau und muss angepasst werden.

C) Änderungsvorschlag

Die Formulierung der geplanten Regelung unter Buchstabe c) des Änderungsantrages ist in der vorliegenden Fassung redaktionell ungenau und muss angepasst werden.

Es wird folgende Formulierung vorgeschlagen:

„Bei Vorhaben, im Rahmen derer die Entwicklung oder Erprobung innovativer Versorgungsansätze den Einsatz von zusätzlichem Personal in der Versorgung durch die Pflegeeinrichtungen erfordern, können die dadurch entstehenden Personalkosten in das nach Satz 1 vorgesehene Fördervolumen einbezogen werden."

Ausschussdrucksache 19(14)242.2
Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch
Änderungsantrag 7

Zu Artikel 3 Nummer 0b – neu –

§ 8 Absatz 6 – Pflegefachkraftstellen-Förderprogramm

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach § 8 Absatz 6 Satz 4 SGB XI können vollstationäre Pflegeeinrichtungen nur dann für zusätzliche Pflegehilfskräfte, die sich in der Ausbildung zur Pflegefachkraft befinden, einen Vergütungszuschlag erhalten, wenn sie nachweisen, dass sie innerhalb von vier Monaten keine Pflegefachkräfte einstellen konnten. Durch die beantragte Änderung wird diese Wartefrist zur Finanzierung von zusätzlichen Pflegehilfskräften, die sich in der Ausbildung zur Pflegefachkraft befinden, aufgehoben.

Außerdem soll es den Pflegeeinrichtungen ermöglicht werden, den Vergütungszuschlag auch für weitere Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich zu erhalten.

Die Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, bei unverändert vorliegenden Anspruchsvoraussetzungen dies den Pflegekassen halbjährlich zu melden. Diese Bestätigungsmeldung soll als Voraussetzung für die Fortzahlung des Vergütungszuschlags gesetzlich aufgenommen werden.

B) Stellungnahme

Angesichts der kritischen Arbeitsmarktsituation für Pflegefachkräfte ist es nachvollziehbar, dass Pflegeeinrichtungen für Pflegehilfskräfte, die sich in der Ausbildung zur Pflegefachkraft befinden, ohne Wartefrist einen Vergütungszuschlag erhalten können. Dieser Regelung widerspricht allerdings die beantragte Änderung, dass auch für Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich, ohne dass diese sich in einer Ausbildung zur Pflegefachkraft befinden, ein Vergütungszuschlag gezahlt werden soll. Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich, die für die Pflege und Betreuung von Pflegebedürftigen eingesetzt werden, gelten in Abgrenzung zu Pflegefachkräften üblicherweise als Pflegehilfskräfte. Warum für diese nicht die Vorgabe gelten soll, dass sie sich in der Ausbildung zur Pflegefachkraft befinden, ist nicht nachvollziehbar. Es ist auch nicht mit dem Zweck des Pflegestellenförderprogramms nach § 8 Absatz 6 SGB XI bzw. dem zugrundeliegenden jährlichen Mitteltransfer von 640 Millionen Euro von der GKV in den Ausgleichsfonds der SPV gem. § 37 Abs. 2a SGB V vereinbar, der damit begründet wird, dass Pflegeeinrichtungen bei der Leistungserbringung insbesondere im

Bereich der medizinischen Behandlungspflege unterstützt werden sollen. Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich können und dürfen jedoch keine medizinische Behandlungspflege erbringen.

Darüber hinaus ist zu dem bestehenden Pflegestellen-Förderprogramm nach § 8 Absatz 6 SGB XI allgemein anzumerken, dass zur Finanzierung der Vergütungszuschläge ebenfalls auf das bewährte Verfahren zur Finanzierung der zusätzlichen Betreuungskräfte umgestellt werden sollte. Damit könnte die Finanzierung der zusätzlichen Betreuungskräfte nach § 84 Absatz 8 und § 85 Absatz 8 SGB XI, der zusätzlichen Pflegehilfskräfte (vorgesehen für § 84 Absatz 9 und § 85 Absatz 9 bis 11; siehe Gesetzentwurf GPVG, Art. 3, Nr. 3 und 4) sowie der zusätzlichen Pflegekräfte nach diesem Förderprogramm nach einheitlichen Verfahren zur Vereinbarung und Auszahlung von Vergütungszuschlägen erfolgen und damit den bürokratischen Aufwand erheblich reduzieren.

C) Änderungsvorschlag

In § 8 Absatz 6 SGB XI wird Satz 4 wie folgt geändert:

„Die vollstationäre Pflegeeinrichtung kann auch für die Beschäftigung zusätzlicher Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich, die sich in der Ausbildung zur Pflegefachkraft befinden sowie von weiteren zusätzlichen Pflegehilfskräften, die sich in der Ausbildung zur Pflegefachkraft befinden, einen Vergütungszuschlag erhalten."

Das bestehende Pflegestellen-Förderprogramm nach § 8 Absatz 6 SGB XI ist analog der beabsichtigten Neuregelung in § 84 Absatz 9 und § 85 Absatz 9 bis 11 SGB XI ebenfalls in §§ 84 und 85 SGB XI neu zu verorten.

Ausschussdrucksache 19(14)242.2
Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch
Änderungsantrag 8

Zu Artikel 3 Nummer 2a – neu –

§ 40 – Entscheidungsfristen für Pflegekassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 40 SGB XI soll zur Beschleunigung der Bewilligungsverfahren für Pflegehilfsmittel und Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds um einen neuen Absatz 6 ergänzt werden, in dem analog zu der Regelung in § 13 Absatz 3a SGB V bestimmt wird, dass die Pflegekasse über einen Antrag auf Pflegehilfsmittel oder Zuschüsse zu Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine Pflegefachkraft oder der Medizinische Dienst nach Absatz 1 Satz 2 beteiligt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden hat und die Leistung als genehmigt gilt, sofern die Pflegekasse dem Leistungsberechtigten nicht rechtzeitig schriftlich mitgeteilt hat, dass die Frist von ihr nicht eingehalten werden kann.

B) Stellungnahme

Es ist grundsätzlich nachvollziehbar, dass die für Anträge auf Versorgung mit Hilfsmitteln nach dem SGB V maßgeblichen Regelungen zu Entscheidungsfristen in § 13 Absatz 3a SGB V auch auf Anträge zur Versorgung Versicherter mit Pflegehilfsmitteln Anwendung finden sollen. Eine möglichst schnelle Entscheidung über den Leistungsanspruch sollte auch bei Pflegehilfsmitteln erfolgen. Zu bedenken ist allerdings, dass die Pflegekassen die Notwendigkeit der Versorgung mit den beantragten Pflegehilfsmitteln gemäß § 40 Absatz 1 Satz 2 SGB XI unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des Medizinischen Dienstes zu prüfen haben und danach hier regelhaft Dritte in die Prüfung der Anträge einzubeziehen sind, von denen die Pflegekassen dann in zeitlicher Hinsicht abhängig sind.

Eine Erstreckung der Fristenregelung auf die Erstattungs- bzw. Zuschussleistung nach § 40 Abs. 4 SGB XI für Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen ist nicht sachgerecht und wird nicht befürwortet. Die Prüfung entsprechender Anträge setzt die Bewertung der Wohnsituation und die Einholung von Unterlagen des Versicherten und der Leistungsanbieter voraus und erfor-

dert häufig zeitaufwändige Abstimmungen zur Möglichkeit und Durchführbarkeit von Umbaumaßnahmen. Die zeitlichen Abläufe sind hier den Einflussmöglichkeiten der Pflegekasse weitgehend entzogen.

C) Änderungsvorschlag

Der Änderungsantrag wird aus diesen Gründen nicht befürwortet.

Ausschussdrucksache 19(14)242.2
Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch
Änderungsantrag 9

Zu Artikel 3 Nummer 2b – neu –

§ 78 – Digitalisierung in der Pflegehilfsmittelversorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

a) Der Änderungsantrag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD hat zum Ziel, das Pflegehilfsmittelverzeichnis turnusmäßig mindestens alle drei Jahre unter Berücksichtigung digitaler Technologien fortzuschreiben. Aus der Begründung zum Antrag ergibt sich, dass bei der Beurteilung des pflegerischen Nutzens neben den Vorgaben vor allem auch die Ausrichtung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eine Rolle spielen müsse. Weiterhin soll der GKV-Spitzenverband verpflichtet werden, Hersteller auf deren Anfrage gebührenfrei über die Voraussetzungen und das Verfahren zur Aufnahme von neuartigen Pflegehilfsmitteln in das Pflegehilfsmittelverzeichnis zu beraten. Darüber hinaus soll er über Anträge zur Aufnahme von neuartigen Pflegehilfsmitteln in das Pflegehilfsmittelverzeichnis innerhalb von drei Monaten nach Vorlage der vollständigen Unterlagen entscheiden. Zur Begründung wird auf den voranschreitenden technischen Fortschritt auch im Pflegebereich hingewiesen.

b) Der GKV-Spitzenverband wird weiterhin verpflichtet, spätestens alle drei Jahre unter besonderer Berücksichtigung digitaler Technologien Empfehlungen zu Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen einschließlich des Verfahrens zur Aufnahme von Produkten oder Maßnahmen in die Empfehlungen zu beschließen.

B) Stellungnahme

a) Aus der Begründung des Änderungsantrags geht hervor, dass zum Teil Regelungen vorgeschlagen werden, die bereits mit gleicher Zielsetzung in § 139 SGB V enthalten sind und durch einen Querverweis auch für die Pflegehilfsmittel gelten. Gleichwohl sollen die Vorgaben auch im SGB XI nochmals gesetzlich verankert werden, um deren Bedeutung für die Pflegehilfsmittelversorgung insbesondere im Zusammenhang mit digitalisierter Technik zu betonen. Dies betrifft zum Beispiel die Bescheidung innerhalb von drei Monaten nach Vorlage vollständiger Antragsunterlagen oder die Verpflichtung des GKV-Spitzenverbandes zur Durchführung von Beratungsverfahren im Rahmen eines Antragsverfahrens zur Aufnahme von neuartigen Produkten in das Hilfsmittelverzeichnis.

Querverweise in Gesetzen dienen der Vermeidung von Wiederholungen und der einfachen Erfassung von Parallelvorschriften. Sie sind in Gesetzen üblich und stellen keine Wertigkeit einer Vorschrift dar. Eine Änderung im Gesetz ist daher nicht erforderlich und würde eher Fragen aufwerfen.

Es ist zudem nicht nachvollziehbar, warum die Frist zur turnusmäßigen Fortschreibung für bestimmte Produktbereiche auf drei Jahre verkürzt werden soll. Die derzeit gemäß Verfahrensordnung nach § 139 Absatz 7 SGB V geltende Frist für alle Produktgruppen wurde nach ausgiebiger Erörterung mit den Herstellerorganisationen aller Hilfsmittel-Branchen auf fünf Jahre festgelegt, wobei Innovationsdynamik und Fortschreibungsaufwand (auch auf Seiten der Industrie und Leistungserbringer) sorgfältig gegeneinander abgewogen wurden. Die Verfahrensordnung wurde mit dieser Fünf-Jahres-Frist vom BMG genehmigt.

Darüber hinaus ist in der Verfahrensordnung weitreichend geregelt, dass Fortschreibungen jederzeit, d. h. innerhalb der Fünf-Jahres-Frist, anlassbezogen z. B. aufgrund von Vorschlägen und Stellungnahmen Dritter wie Industrievertreter, Sachverständige oder Patientenorganisationen initiiert werden können. Dies erfolgt insbesondere dann, wenn maßgebliche medizinisch-technische Weiterentwicklungen bekannt werden.

Derzeit werden acht Produktgruppen des Hilfsmittel- bzw. Pflegehilfsmittelverzeichnisses vorzeitig fortgeschrieben, darunter auch die Produktgruppe 52 „Pflegehilfsmittel zur selbstständigeren Lebensführung/Mobilität“. Bei dieser Fortschreibung wird auch dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff Rechnung getragen. Dies zeigt, dass sich der Fortschreibungsrhythmus gemäß der oben genannten Verfahrensordnung bewährt hat und bezogen auf das Aufwand-Nutzen-Verhältnis angemessen ist.

Eine Beratungspflicht des GKV-Spitzenverbandes im Rahmen eines Antragsverfahrens zur Aufnahme von neuartigen Produkten in das Hilfsmittel- bzw. Pflegehilfsmittelverzeichnis über Qualität und Umfang der vorzulegenden Antragsunterlagen und über die grundlegenden Anforderungen an den Nachweis des medizinischen bzw. pflegerischen Nutzens ergibt sich bereits aus § 139 Absatz 4 SGB V. Hierfür kann der GKV-Spitzenverband angemessene Gebühren erheben, wodurch verhindert wird, dass durch die Beratung entstehende Aufwände zu Lasten der Versichertengemeinschaft gehen. Da die Hersteller durch die Listung ihrer Produkte im Hilfsmittel- bzw. Pflegehilfsmittelverzeichnis verbesserte Marktchancen haben, ist es gerechtfertigt, dass sie zumindest für ihren individuellen Beratungsbedarf eine Aufwandsentschädigung leisten.

Es wird darauf hingewiesen, dass der GKV-Spitzenverband bisher keine Gebühren zur Deckung seiner Verwaltungsausgaben für die Antragsverfahren insgesamt erheben kann,

da eine Rechtsverordnung nach § 139 Absatz 8 SGB V immer noch aussteht. Und dies, obwohl auch diese Aufwände zu Lasten der Versichertengemeinschaft gehen.

b) Die vorgesehene Regelung ist nicht sachgerecht, insbesondere nicht in Hinblick auf ein Antragsverfahren zur Aufnahme von Herstellern und Produkten in die Empfehlungen. Die vorgesehene Regelung orientiert sich am Pflegehilfsmittelverzeichnis. Bei den Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen handelt es sich nicht um konkrete Produkte, sondern um Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes. Dies können Maßnahmen sein, die eine Anpassung der konkreten Wohnumgebung an die Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen bezwecken und deshalb in einer anderen Wohnumgebung notwendigerweise nicht benötigt werden. Aber auch Maßnahmen, die mit wesentlichen Eingriffen in die Bausubstanz verbunden sind und damit der Gebäudesubstanz auf Dauer hinzugefügt werden. Ebenfalls als Maßnahmen zählen technische Hilfen im Haushalt wie z. B. Ein- und Umbau von Mobiliar. Eine Liste möglicher Maßnahmen enthält das Gemeinsame Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften, auf die der Gesetzgeber in seiner Begründung verweist. Wie diese Auflistung auch verdeutlicht, werden dort keine konkreten Produkte aufgelistet, sondern vielmehr bauliche Maßnahmen. Dies ist insofern auch sachgerecht, da eine Anpassung des individuellen Wohnumfeldes erfolgt. So kann in einem Einzelfall der Einbau einer bodengleichen Dusche aufgrund der baulichen Gegebenheiten möglich sein, in einem anderen Fall jedoch nicht, sondern nur der Einbau einer niedrigeren Duschtasse. Neben den verbauten Produkten beinhaltet die Maßnahme im Übrigen auch die Dienstleistung des Einbaus. Des Weiteren sind ggf. Vorgaben aus den landesrechtlichen Bauvorschriften zu beachten (z. B. Handlauf ab einer bestimmten Stufenzahl, die vom Vermieter oder dem Pflegebedürftigen selbst zu tragen wären).

Damit können die Empfehlungen keine konkreten Produkte enthalten, sondern immer nur auf mögliche Maßnahmen abstellen. Es zeigt sich, dass die Systematik des Pflegehilfsmittelverzeichnisses nicht auf die Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen übertragbar ist. In diesem Zusammenhang stellt sich im Übrigen auch die Frage, ob dann ein Hersteller oder Dienstleister (z. B. der Handwerker) einen Antrag auf Aufnahme in die Empfehlungen stellen kann. Bei der Aufnahme von einzelnen Produkten wird die Problematik der Abgrenzung von Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen und Pflegehilfsmitteln gesehen.

Wie bereits dargestellt, enthält das Gemeinsame Rundschreiben eine entsprechende Auflistung an möglichen Maßnahmen. Dieses Rundschreiben hat zwar keine rechtliche

Bindung für die Pflegekassen, hat aber ebenfalls Empfehlungscharakter und nimmt Stellung zu den für die Pflegekassen relevanten leistungsrechtlichen Bestimmungen und wird regelmäßig aktualisiert. Insofern gibt es bereits entsprechende Empfehlungen, so dass die Notwendigkeit einer weiteren Empfehlung nicht gesehen wird. Selbst wenn es aus Sicht des Gesetzgebers einer weitergehenden Empfehlung des GKV-Spitzenverband bedarf, so entfaltet diese ebenfalls keine Bindungswirkung. Es besteht – wie in der Begründung dargestellt – weiterhin die Pflicht der Pflegekasse, Anträge auf Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen in jedem Einzelfall zu prüfen und bei Vorliegen der Voraussetzungen auch Zuschüsse zu Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen zu bewilligen, die in den Empfehlungen nicht benannt sind. Eine Vereinfachung und ein höherer Nutzen für den Versicherten durch die Empfehlungen lässt sich nicht erkennen.

Im Ergebnis sind die Änderungsvorschläge nicht zielführend.

C) Änderungsvorschlag

Der Änderungsantrag wird aus diesen Gründen nicht befürwortet.

Ausschussdrucksache 19(14)242.3

Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch

Änderungsantrag 10

Zu Artikel 1 Nr. 2a – neu –

§ 105 – Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung des ersten Satzes in Absatz 3 wird der Handlungsrahmen für Kassenärztliche Vereinigungen erweitert. Die Krankenkassen haben künftig die Kosten für außerordentliche Maßnahmen zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung während des Bestehens einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes den Kassenärztlichen Vereinigungen zu erstatten.

Mit dem neuen Satz 3 wird geregelt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen zum Zwecke der Abrechnung der außerordentlichen Maßnahmen rechnungsbegründende Unterlagen den Krankenkassen zu übermitteln haben.

Die bisher bis zum 31.12.2020 befristete Regelung wird entfristet.

B) Stellungnahme

Die Intention des Gesetzgebers – mit der Neuregelung auch künftig ausreichend Handlungsfähigkeit beim Eintreten einer epidemischen Lage sicherzustellen – wird grundsätzlich begrüßt, da die praktische Anwendung der aktuell gültigen Regelung gezeigt hat, dass eine trennscharfe Zuordnung von außerordentliche Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung nicht immer eindeutig möglich ist. So ist festzustellen, dass auch Personen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, von den ausschließlich durch die GKV finanzierten außerordentlichen Maßnahmen profitieren. Gleichwohl wird aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes die derzeitige Formulierung „Sicherstellung der medizinischen Versorgung“ zu Rechtsunsicherheiten führen und folglich zu erheblichem Interpretationsbedarf der Regelung, da die derzeit verwendete Begrifflichkeit z.B. auch außerordentliche Maßnahmen der stationären Versorgung beinhalten könnte. Insofern wird vorgeschlagen, den Handlungsrahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen auf die ambulante ärztliche Versorgung zu präzisieren.

Diese, über die vertragsärztliche Versorgung hinausgehende, erweiterte Handlungsfreiheit für Kassenärztliche Vereinigungen auf außerordentliche Maßnahmen zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung wird grundsätzlich unter der Maßgabe begrüßt, dass eine angemessene finanzielle Beteiligung der privaten Krankenversicherung gesetzlich geregelt wird. Hierzu wird vorgeschlagen, eine pauschale Beteiligung in Höhe von 10 Prozent in Anlehnung an bereits bestehende gesetzliche Regelungen ergänzend aufzunehmen. Hierbei sollen der GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Verband der Privaten Krankenversicherung mit Wirkung für die privaten Krankenversicherungsunternehmen, das Nähere zur Abrechnung des Finanzierungsanteils der privaten Krankenversicherungsunternehmen (z.B. Rechnungslegung und Rechnungsempfänger) vereinbaren.

Sollte eine finanzielle Beteiligung der privaten Krankenversicherung an den zusätzlichen Kosten für außerordentliche Maßnahmen während des Bestehens einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes nicht umsetzbar sein, ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zwingend die beabsichtigte Erweiterung des Handlungsrahmens der Kassenärztlichen Vereinigungen auf den Kernauftrag -Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung - zurückführen.

Darüber hinaus sind vor dem Hintergrund der bestehenden Finanzierungsverantwortung der gesetzlichen Krankenkassen zwingend die außerordentlich zu ergreifenden Maßnahmen durch die Kassenärztliche Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen festzulegen.

Die in Satz 3 neu aufgenommene Übermittlung von rechnungsbegründenden Unterlagen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen an die Krankenkassen als Nachweis und zur Überprüfung der ergriffenen außerordentlichen Maßnahmen wird ausdrücklich begrüßt. Es ist sicherzustellen, dass für die von den Kassenärztlichen Vereinigungen außerordentlich ergriffenen Maßnahmen das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V entsprechend gilt.

C) Änderungsvorschlag

In § 105 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

„Die Krankenkassen haben der Kassenärztlichen Vereinigung die zusätzlichen Kosten für außerordentliche Maßnahmen, die zur Sicherstellung der **ambulanten ärztlichen** Versorgung während des Bestehens einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes erforderlich sind, zu erstatten. Die Erstattung ist ausgeschlossen, soweit die betreffende Maßnahme bereits im Haushaltsplan der Kassenärztlichen Vereinigung abgebildet ist oder soweit die Finanzierung der betreffenden Maßnahme durch ein

Gesetz o-der aufgrund eines Gesetzes anderweitig vorgesehen ist. Zum Zwecke der Abrechnung übermittelt die Kassenärztliche Vereinigung den Krankenkassen rechnungsbegründende Unterlagen, aus denen sich Art und Höhe der zu erstattenden Kosten im Einzelnen ergeben. **Die Kassenärztliche Vereinigung vereinbart im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die außerordentlichen Maßnahmen nach Satz 1. Diese Maßnahmen sind jederzeit wirtschaftlich zu erbringen. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen beteiligen sich mit einem Anteil von 10 Prozent. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Verband der Privaten Krankenversicherungsunternehmen vereinbaren mit Wirkung für die privaten Krankenversicherungsunternehmen bis zum [ein Monat nach Inkrafttreten] das Nähere zur Abrechnung des Finanzierungsanteils der privaten Krankenversicherungsunternehmen.“**

Alternativer Änderungsvorschlag sofern eine finanzielle Beteiligung der privaten Krankenversicherung nicht umsetzbar:

§ 105 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Krankenkassen haben der Kassenärztlichen Vereinigung die zusätzlichen Kosten für außerordentliche Maßnahmen, die zur Sicherstellung der **vertragsärztlichen** Versorgung während des Bestehens einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes erforderlich sind, zu erstatten. Die Erstattung ist ausgeschlossen, soweit die betreffende Maßnahme bereits im Haushaltsplan der Kassenärztlichen Vereinigung abgebildet ist oder soweit die Finanzierung der betreffenden Maßnahme durch ein Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes anderweitig vorgesehen ist. Zum Zwecke der Abrechnung übermittelt die Kassenärztliche Vereinigung den Krankenkassen rechnungsbegründende Unterlagen, aus denen sich Art und Höhe der zu erstattenden Kosten im Einzelnen ergeben. **Die Kassenärztliche Vereinigung vereinbart im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die außerordentlichen Maßnahmen nach Satz 1. Diese Maßnahmen sind jederzeit wirtschaftlich zu erbringen.“**

Ausschussdrucksache 19(14)242.3
Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch
Änderungsantrag 11

Zu Artikel 1 Nr. 2b – neu –Buchstabe a) und Buchstabe b)

§ 111 – Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (pandemiebedingte Anpassung von Vergütungsvereinbarungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

a) Die Überschrift soll um die Begrifflichkeit „Verordnungsermächtigung" ergänzt werden.

b) An den § 111 Absatz 5 werden 2 weitere Sätze angefügt:

Mit den geplanten gesetzlichen Regelungen sollen die zwischen den Krankenkassen und den stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie den Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen vereinbarten Vergütungen vom 1. Oktober 2020 bis 31. März 2021 um die durch die SARS-CoV-2-Pandemie bedingte besondere Situation der o.g. Einrichtungen angepasst werden, damit die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleistet wird. Die zuvor genannte Frist soll durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit und mit Zustimmung des Bundesrats bis zum 31. Dezember 2021 verlängert werden können.

B) Stellungnahme

Mit der vorgesehenen Ergänzung in § 111 Abs. 5 SGB V soll im Rahmen der Vergütungsvereinbarungen ein vom 01.10.2020 bis 31.03.2021 zeitlich befristeter Ausgleich für Mehraufwände bei Personal- und Sachkosten sowie fehlende Einnahmen durch pandemiebedingte Minderbelegungen ermöglicht werden. Die Zielsetzung, den SARS-CoV-2-pandemiebedingten Veränderungen im täglichen Leistungsgeschehen von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gerecht zu werden, ist vor dem Hintergrund der aktuellen Situation und den bundesweit steigenden Fallzahlen von COVID-19-Patienten nachvollziehbar. Diese Zielsetzung kann jedoch in Bezug auf den Ausgleich fehlender Einnahmen durch pandemiebedingte Minderbelegungen nicht über die Vereinbarung von Vergütungen für erbrachte Leistungen zwischen Einrichtungen und einzelnen Krankenkassen erreicht werden. Dies deshalb, weil

- sich Mindererlöse aufgrund von Minderbelegungen nur durch eine Berücksichtigung der Belegungssituation der Einrichtung insgesamt – d.h. unabhängig von den differenzierten Belegungsanteilen einzelner Krankenkassen – sachgerecht quantifizieren lassen und

- prospektiv mit den einzelnen Krankenkassen vereinbarte höhere Vergütungen in Erwartung einer zukünftigen Belegung die intendierte Gewährleistung der Leistungsfähigkeit der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nicht sicherstellen können.

Im Ergebnis könnte sowohl eine Über- als auch Unterkompensation der Mindererlöse entstehen.

Darüber hinaus trägt der Änderungsvorschlag weder der notwendigen Anforderung Rechnung, dass die Finanzierung pandemiebedingter Mehrausgaben durch den Bund erfolgen muss und deshalb solche Sonderkonstellationen von allgemeinen Vergütungsbestandteilen getrennt werden müssen, noch dem Sachverhalt, dass im Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation keine (prospektiven) Mengen vereinbart werden; in den Versorgungs- und/oder Vergütungsverträgen werden deshalb keine Belegungsgarantien ausgesprochen, so dass Belegungsschwankungen grundsätzlich dem Unternehmerrisiko zugerechnet werden. Eine für die individuelle Vergütungsverhandlung mit einzelnen Krankenkassen erforderliche Abgrenzung zu pandemiebedingten Belegungsschwankungen und darauf basierende Einpreisung der coronabedingten Belegungsrückgänge in die Vergütung sind deshalb nicht möglich.

Bei der Umsetzung der vorgesehenen Änderung zum Ausgleich von pandemiebedingten Minderbelegungen würden zudem erhebliche Verwaltungsaufwände sowohl auf Seiten der Einrichtungen als auch der Krankenkassen entstehen; die Krankenkassen hätten mit ca. 1.120 stationären Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen, ca. 130 Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen und ca. 640 ambulante Rehabilitationseinrichtungen (siehe Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 2c) zu verhandeln. Weder der Gesetzestext noch die Begründung enthalten darüber hinaus einheitliche Grundlagen bzw. Anforderungen für die Berechnung der Mindereinahmen, sodass zahlreiche sehr unterschiedliche Regelungen – ggf. erst nach Durchführung aufwändiger Schiedsverfahren – bundesweit zu erwarten wären, die die Umsetzung auf Seiten der Einrichtungen erheblich erschweren würde. Die rückwirkende Anwendung seit 01.10.2020 und die erforderliche Umsetzungszeit bis zum tatsächlichen Vergütungsabschluss würde zudem dazu führen, dass die höheren Vergütungsansprüche in aller Regel durch Nachberechnungen auf bereits abgerechnete Leistungen umzusetzen wären. Der damit für alle Beteiligten entstehende Aufwand wäre beachtlich.

In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass in Bezug auf den Ausgleich von Minderbelegungen mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 27.03.2020 die Regelung des § 111d SGB V geschaffen wurde, mit der den stationären Vorsorge- und Rehabili-

tationseinrichtungen und nach Erweiterung der rechtlichen Grundlagen auch den Einrichtungen des Müttergenesungswerkes und gleichartigen Einrichtungen ein Anspruch auf anteilige Ausgleichszahlungen für ausgefallene Erlöse eingeräumt wurde. Mit diesen Zahlungen wurde der coronabedingte Belegungsrückgang in den Einrichtungen für die Zeit vom 16.03. bis zum 30.09.2020 kompensiert. Die auf der Grundlage des § 111d SGB V definierten Einzelheiten zur Berechnung und zum Nachweis der Ausgleichszahlungen hat der GKV-Spitzenverband mit den Verbänden der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene am 09.04.2020 vereinbart und am 07.05.2020 ergänzt. Das hiermit etablierte Verfahren hat sich bewährt, da die antragstellenden Einrichtungen kurzfristig Ausgleichszahlungen erhalten haben, die nachhaltig dazu beigetragen haben, die Versorgungstrukturen zu erhalten und damit perspektivisch die Wiederkehr zum Regelbetrieb zu ermöglichen. Aufgrund der positiven Erfahrungen und Erkenntnisse mit der bisherigen Umsetzung der Ausgleichszahlungen nach § 111d SGB V auf Bundesebene sollte der Geltungszeitraum dieser gesetzlichen Regelung anstelle der vorgesehenen gesetzlichen Änderungen in § 111 Abs. 5 SGB V über den 30.09.2020 hinaus verlängert werden. Dieser Schutzschirm sollte auch auf die ambulanten Rehabilitationseinrichtungen ausgeweitet werden. Damit würde im Übrigen eine vergleichbare Situation zu den Zuschüssen nach dem Sozialdienstleister-Einsatzgesetz (SodEG) geschaffen werden, auf die die Rehabilitationseinrichtungen u.a. gegenüber der Rentenversicherung bis zum 31.12.2020 einen Anspruch geltend machen können; nach Ankündigung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) soll der Anspruch durch ein modifiziertes SodEG bis zum 31.03.2021 verlängert werden.

Im Ergebnis ist nicht erkennbar, warum das bis zum 30.09.2020 bestehende, gut funktionierende und von allen Beteiligten akzeptierte Verfahren zur Umsetzung von Ausgleichszahlungen nach § 111d SGB V durch aufwändige Vergütungsverhandlungen, die zudem bei den Einrichtungen nicht zu kurzfristigen Unterstützungsleistungen führen würden, ersetzt werden soll.

Die geplante gesetzliche Änderung soll ausweislich der Begründung zum Änderungsantrag auch dem Ausgleich von Mehraufwänden für Personal- und Sachkosten dienen. Diese Zielsetzung wird bereits durch eine Empfehlung des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zur befristeten Vergütung der coronabedingten Mehraufwendungen für Hygiene- und Organisationsmaßnahmen über Zuschläge in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Einrichtungen des Müttergenesungswerks und gleichartigen Einrichtungen sowie ambulanten Rehabilitationseinrichtungen aufgegriffen. Die Empfehlungen sehen bundesweit einheitliche Zuschläge für Leistungen vor, die im Zeitraum vom 01.09.2020 bis zum 31.12.2020 erbracht werden. Eine Fortführung der Empfehlung über den 31.12.2020 hinaus ist möglich. Die Zuschläge können in einem einfachen Verfahren

zusätzlich im Rahmen der Abrechnung der bestehenden Vergütungssätze unmittelbar geltend gemacht werden, so dass eine aufwändige Anpassung der Vergütungsvereinbarungen nicht erforderlich ist.

C) Änderungsvorschläge

In Artikel 1 wird folgende Nummer 2b eingefügt:

„2b. § 111d wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 4 wird die Angabe „30. September 2020“ durch die Angabe „31. März 2021“ ersetzt.

b) In Absatz 8 werden die Wörter „um bis zu 6 Monate“ durch die Wörter „bis zum 31. Dezember 2021“ ersetzt.

c) Folgender Absatz 9 wird angefügt:

„Die Absätze 1 bis 7 gelten entsprechend für Rehabilitationseinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111c Absatz 1 mit der Maßgabe, dass diese Rehabilitationseinrichtungen für die Ausfälle der Einnahmen, die seit dem 1. Oktober 2020 dadurch entstehen, dass Therapieplätze nicht so belegt werden können, wie es vor dem Auftreten der SARS-CoV-2-Pandemie geplant war, Ausgleichszahlungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erhalten.“

Ausschussdrucksache 19(14)242.3
Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch
Änderungsantrag 11

Zu Artikel 1 Nr. 2c Buchstabe a) und Buchstabe b)

§ 111c – Versorgungsverträge mit Rehabilitationseinrichtungen (pandemiebedingte Anpassung von Vergütungsvereinbarungen)

A) Beabsichtigte Neuregelung

a) Die Überschrift soll um die Begrifflichkeit „Verordnungsermächtigung" ergänzt werden.

b) An den § 111c Absatz 3 werden 2 weitere Sätze angefügt:

Mit den geplanten gesetzlichen Regelungen sollen die zwischen den Krankenkassen und den ambulanten Rehabilitationseinrichtungen vereinbarten Vergütungen vom 1. Oktober 2020 bis 31. März 2021 um die durch die SARS-CoV-2-Pandemie bedingte besondere Situation der o.g. Einrichtungen angepasst werden, damit die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleistet wird. Die zuvor genannte Frist soll durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit und mit Zustimmung des Bundesrats bis zum 31. Dezember 2021 verlängert werden können.

B) Stellungnahme

Auf die Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 2b wird verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Siehe Änderungsvorschläge zu Artikel 1 Nummer 2b.

Sofern an der vorgesehenen Änderung in Artikel 1 Nr. 2c Buchstabe b) festgehalten wird, bedarf es folgender Anpassungen:

In § 111c Abs. 3 wird der neu eingefügte Satz 7 wie folgt angepasst:

Nach den Wörtern „Situation der" werden die Wörter „Vorsorge- oder" gestrichen.

Ausschussdrucksache 19(14)242.3
Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch
Änderungsantrag 12

Zu Artikel 1 Nummer 4a - neu

§ 125b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (pandemiebedingte Abrechnungsmöglichkeit der Hygienepauschale für Heilmittelerbringer)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Änderung soll das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ermächtigt werden, per Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates bestimmen zu können, dass Leistungserbringer nach § 124 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 2 zur pauschalen Abgeltung der Kosten für erhöhte Hygienemaßnahmen infolge der COVID-19-Pandemie für jede Heilmittelverordnung, die sie abrechnen, einen zusätzlichen Betrag in Höhe von 1,50 Euro gegenüber den Krankenkassen, längstens befristet bis zum 31. Dezember 2021, geltend machen können.

B) Stellungnahme

Heilmittelerbringer konnten auf Grundlage der COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung (COVID-19-VSt-SchutzV) zur pauschalen Abgeltung der Kosten für erhöhte Hygienemaßnahmen infolge der COVID-19-Pandemie bereits bis 30.09.2020 bei jeder Abrechnung einer Verordnung eine zusätzliche Pauschale in Höhe von 1,50 Euro geltend machen. Die Rechtsverordnung soll mit dem vorliegenden Änderungsantrag nun eine gesetzliche Grundlage erhalten. Die Möglichkeit, dass das BMG per Rechtsverordnung die Abrechnung der Hygienepauschale in Höhe von 1,50 EUR mit Blick auf die weitere Entwicklung der Pandemie verlängern kann, erscheint sachgerecht und wird begrüßt. Dies nach derzeitigem Stand längstens befristet bis zum 31.12.2021 vornehmen zu können, wird vor dem Hintergrund der erforderlichen Befristung von Ermächtigungen ebenfalls als sachgerecht angesehen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Ausschussdrucksache 19(14)242.3
Änderung des elften Buches Sozialgesetzbuch

Änderungsantrag 14

Zu Artikel 3 Nummer 5 – neu –

§ 148 – Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz wurde die Sanktionsregelung des § 37 Abs. 6 SGB XI bis zum 30.09.2020 ausgesetzt. Demnach wurde das Pflegegeld nicht gekürzt bzw. gestrichen, wenn im Zeitraum vom 01.01.2020 bis 30.09.2020 der verpflichtende Beratungsbesuch in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen nach § 37 Abs. 3 SGB XI nicht nachgewiesen wurde. Die Regelung des Aussetzens der Sanktionsregelung wurde nicht verlängert, so dass seit dem 01.10.2020 die Beratungsbesuche in den gesetzlich geregelten Fristen des § 37 Abs. 3 SGB XI nachzuweisen sind. Mit der vorgesehenen Regelung des § 148 SGB XI können Pflegebedürftige auf Wunsch den Beratungsbesuch statt in der eigenen Häuslichkeit auch telefonisch, digital oder per Videokonferenz erhalten. Neben dem Wunsch des Pflegebedürftigen ist die Datensicherheit zu gewährleisten und datenschutzrechtliche Belange durch die Beratungsperson zu beachten.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung ist sachgerecht. Seit dem 01.10.2020 haben Pflegebedürftige den Beratungsbesuch innerhalb der gesetzlich festgelegten Fristen nachzuweisen. Zugleich steigt die Zahl der an COVID-19-Infizierten stetig an. Vor diesem Hintergrund sollte den Pflegebedürftigen Rechnung getragen werden, die zur Minimierung des Infektionsrisikos keine fremden Personen in ihrer Häuslichkeit haben möchten. Mit der vorgesehenen Regelung können Pflegebedürftige den Beratungsbesuch in Anspruch nehmen, ohne dass sie den direkten Kontakt mit der Beratungsperson haben. Da für die Durchführung der Beratungsbesuche in telefonischer oder digitaler Form oder per Videokonferenz der Wunsch des Pflegebedürftigen maßgeblich ist, erhält der Pflegebedürftige das Wahlrecht, auf Wunsch den Beratungsbesuch in der vorgesehenen Form, aber auch in der bisherigen Form durch den Besuch in der Häuslichkeit wahrnehmen zu können. Sachgerecht ist ebenfalls, dass die Datensicherheit und der Datenschutz zu gewährleisten sind.

Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass über die mit den Beratungspersonen vereinbarten Vergütungssätze hinaus etwaige Anschaffungen an technischem Equipment (z. B. Tablets)

seitens der Beratungspersonen (künftig) nicht geltend gemacht werden können. Zudem kann es sich bei den in § 148 SGB XI vorgesehenen Möglichkeiten der Durchführung der Beratungsbesuche lediglich um eine vorübergehende Lösung infolge des Pandemiegeschehens handeln. Aufgrund der Ausrichtung der Beratungsbesuche müssen diese grundsätzlich auch langfristig weiterhin in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen erfolgen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Ausschussdrucksache 19(14)242.3
Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch
Änderungsantrag 15

zu Artikel 3 Nummer 6 – neu –

§ 150 – Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die in § 150 SGB XI durch das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz und durch das Zweite Bevölkerungsschutz-Gesetz zur Unterstützung und Entlastung von Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftigen getroffenen und erstmals bis 30. September 2020 und durch Verlängerung bis zum 31.12.2020 befristeten Regelungen sollen bis zum 31. März 2021 verlängert werden.

B) Stellungnahme

Angesichts der derzeitigen und auch für die kommenden Monate erwartbaren Infektionslage ist auch in dem besonders vulnerablen Bereich der Pflege von einer anhaltenden Gefährdungslage und in der Folge von andauernden Belastungen für Leistungserbringer und Pflegebedürftige auszugehen. Es ist deshalb angezeigt, den sogenannten Pflege-Schutzschirm zu verlängern. Damit wird auch eine zusätzliche Belastung der Pflegebedürftigen vermieden, da die pandemiebedingten Aufwendungen der Pflegeeinrichtungen, z. B. für die Anschaffung der Schutzkleidung, nicht auf die Vergütungen der Pflegeleistungen umgelegt werden. Da auch für die Fortführung der bestehenden Regelung vorgesehen ist, einen Großteil der pandemiebedingten Aufwendungen aus Mitteln der sozialen Pflegeversicherung und anteilig aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung zu leisten, ist es erforderlich, dass die zusätzlichen Aufwendungen ausgeglichen werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)243(38)
zur öffentlichen Anh am
16.11.2020 -
13.11.2020

Verband medizinischer Fachberufe e.V.

Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung
zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege
(Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG)

1. Liquiditätshilfen an Zahnärzte in der Corona-Pandemie (Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Die Belange der Zahnmedizinischen Fachangestellten sind von dieser Regelung in erheblichen Umfang betroffen. Wir begrüßen das Anliegen des Gesetzgebers eine Regelung zur finanziellen Unterstützung von Zahnarztpraxen in das SGB V aufzunehmen und unterstützen die Forderungen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung in ihrer Stellungnahme vom 1. September 2020. Es bedarf eines echten Rettungsschirms für die Zahnärzteschaft analog den Regelungen im ärztlichen Bereich.

Im Rahmen dieser Regelung sollte ein Corona-Sonderbonus für Zahnmedizinische Fachangestellte aufgenommen werden. Eine entsprechende Gegenfinanzierung aus staatlichen Mitteln sollte sichergestellt werden.

Begründung:

Zahnmedizinische Fachangestellte betreuen und versorgen die Patienten tagtäglich in den Zahnarztpraxen, assistieren den Zahnärztinnen und Zahnärzten bei der Behandlung der Patienten, führen Prophylaxe-Behandlungen bei Kindern, Erwachsenen und Senioren durch. Die Einhaltung der Hygieneanforderungen nach RKI und vieler weiterer gesetzlicher Vorgaben liegt im Aufgabenbereich der Zahnmedizinischen Fachangestellten. Sie begleiten die Arbeitgeber zur Behandlung in Senioren- und Pflegeheime und unterstützen sie dabei maßgeblich, eine gute zahnmedizinische Versorgung für die Menschen in diesem Land zu gewährleisten. Das alles machen sie mit sehr viel Freude am Beruf – für unsere Patientinnen und Patienten.

Es arbeiten mehr als 200.000 Zahnmedizinische Fachangestellte bundesweit im ambulanten Gesundheitswesen. Ein Blick in den Entgeltatlas der Agentur für Arbeit zeigt, dass ihr mittleres Entgelt bei 2.123 Euro brutto im Monat und damit unterhalb der Niedriglohnschwelle liegt. Wir begrüßen daher die Entscheidungen der Bundesregierung zur Aufstockung des Kurzarbeitergelds, um die finanziellen Sorgen unserer Berufsangehörigen zu mildern. Auch der erleichterte Zugang zur Grundsicherung hilft an dieser Stelle.

Allerdings brauchen die Zahnmedizinischen Fachangestellten eine Perspektive und ein deutliches Signal aus der Politik, dass ihre Leistungen und ihr Einsatz in der zahnärztlichen Versorgung gesehen und wertgeschätzt werden. Ein echter Schutzschirm und ein Corona-Sonderbonus aus staatlichen Mitteln wäre ein erstes Signal. Die finanzielle Situation der Zahnmedizinischen Fachangestellten ist nach wie vor schwierig, schildern uns unsere Mitglieder. Sie sind immer noch oder wieder von Kurzarbeit betroffen und die Arbeitslosenzahlen sind von April bis August 2020 deutlich gestiegen. Auch wenn sie sich seit September leicht rückläufig entwickeln, liegen sie immer noch ca. 40% über dem Vorjahreszeitraum.

Zahnmedizinische Fachangestellte sind systemrelevant und unverzichtbar. Sie arbeiten unter besonderen Infektionsrisiken mit geringem Abstand bei der Assistenz und in der Prophylaxe am Patienten.

2. Hebammen-Förderprogramm (Artikel 2 Änderung des Krankenhausentgelt-gesetzes)

Wir begrüßen im Grundsatz das dreijährige Hebammen-Förderprogramm und damit die Stärkung der Geburtshilfe, denn unsere Mitglieder sind als Berufsangehörige in frauendominierten Berufen besonders betroffen.

Zu der geplanten Änderung in § 4 Absatz 10 des Krankenhausentgeltgesetz möchten wir folgendes anmerken:

Medizinische Fachangestellte können Hebammen aufgrund ihrer Ausbildung und mit ihren Kompetenzen sowohl bei verwaltenden Aufgaben als auch bei medizinischen Leistungen, wie dem Anlegen und Überwachen des CTGs oder der Bestimmung der Vitalwerte der werdenden Mutter, deutlich entlasten. Allerdings ist dies nur im Rahmen des gesetzlich zulässigen Delegationsrahmens auf Anweisung des Arztes und nicht auf Anweisung einer Hebamme möglich. In den gynäkologischen Praxen im ambulanten Bereich und in den Ambulanzen der Kliniken gehören diese Aufgaben zu den Routinetätigkeiten der Medizinischen Fachangestellten.

Wir bitten daher um Klarstellung, welche Aufgaben die Medizinischen Fachangestellten als unterstützendes Fachpersonal leisten sollen und ob sie bei diesen Tätigkeiten dem Arzt oder der Hebamme unterstellt sind.

3. Staatliche Gegenfinanzierung der Personalkosten

Wir begrüßen es grundsätzlich, dass Medizinischen Fachangestellten ein neues Einsatzgebiet als unterstützendes Fachpersonal analog den anderen genannten Berufen eröffnet wird. Bei der Finanzierung soll die tarifvertragliche Vereinbarung berücksichtigt werden, die in dem Krankenhaus für die meisten Beschäftigten maßgeblich ist.

Hier ist aus unserer Sicht Folgendes anzumerken:

Auch wenn der Einsatz der Medizinischen Fachangestellten nur niederschwellig geplant ist, möchten wir darauf hinweisen, dass wir schon jetzt regionale Fachkräfteengpässe im niedergelassenen Bereich haben und dies eine Verschiebung der Engpässe innerhalb der Gesundheitsberufe bedeutet. In der Zeit von 2012 bis 2018 ist die Zahl der Medizinischen Fachangestellten, die in Krankenhäusern arbeiten, bereits um 34% gestiegen. Viele von ihnen wurden in Arztpraxen ausgebildet und stehen dem ambulanten Gesundheitswesen dann nicht mehr zur Verfügung, weil die Honorarsituation der niedergelassenen Ärzte keine adäquate Bezahlung des Praxispersonals zulässt. Medizinische Fachangestellte, die nach dem Tarifvertrag des öffentlichen Dienstes bezahlt werden, erhalten zu Beginn ihrer Berufstätigkeit bereits über 300 Euro brutto mehr als ein*e Berufsanfänger*in, die in der Arztpraxis nach Tarifvertrag in Tätigkeitsgruppe III eingruppiert wird. In Tätigkeitsgruppe I ist dieser Abstand noch größer. Aus diesem Grund halten wir es für dringend geboten, auch die Finanzierung der Personalkosten im ambulanten Gesundheitswesen zu ändern. Vereinbarte Tarifsteigerungen sind aus staatlichen Mitteln gegen zu finanzieren. Ein erster Schritt wäre die Aufnahme von MFA in das Corona-Sonderbonusprogramm der Pflegekräfte.

Medizinische Fachangestellte sind systemrelevant und unverzichtbar. Sie arbeiten in der Corona-Pandemie – wie viele Pflegekräfte – an der Belastungsgrenze.

Universität Bremen

Universität Bremen · **socium** · Postfach 330440 28334 Bremen

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)243(39)
zur öffent Anh. am 16.11.2020 -
Versorgungsverbesserungsgesetz
16.11.2020

Abteilung
Gesundheit, Pflege und Alterssicherung

Prof. Dr. Heinz Rothgang
Abteilungsleiter

UNICOM, Mary-Somerville-Str. 5
Raum 3.4250
28359 Bremen
Telefon (0421) 218 - 58557
eMail rothgang@uni-bremen.de
www www.socium.uni-bremen.de

Sekretariat:
Vicki May
Telefon (0421) 218 - 58556
Fax (0421) 218 - 58623
eMail vicki.may@uni-bremen.de

www.socium.uni-bremen.de

13.11.2020

Stellungnahme zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG)

anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 16. November 2020

1 Einleitung

Gegenstand der öffentlichen Anhörung ist der Gesetzesentwurfe der Bundesregierung, fünf Anträge der Oppositionsfraktionen sowie eine Vielzahl von Änderungsanträgen insbesondere der Regierungsfraktionen. Die vorliegende Stellungnahme bezieht sich lediglich auf den Gesetzentwurf und hierbei ausschließlich auf den Regelungsbereich „Zukunftsorientierte Personalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen“. Hierzu wird zunächst auf die Ergebnisse des Projektes gemäß § 113c SGB XI zur Entwicklung eines Personalbemessungsverfahrens eingegangen (Abschnitt 2). Vor diesem Hintergrund werden die einschlägigen Vorgaben des GPVG bewertet. Dabei wird zunächst auf die vorliegenden Regelungen eingegangen (Abschnitt 3), dann aber auch dargelegt, welche Aspekte im Gesetzentwurf fehlen und daher im nächsten Reformschritt umgesetzt werden müssen (Abschnitt 4). Die Defizite des GPVG liegen nämlich weniger in den Normen des Gesetzentwurfes selbst, sondern in den noch fehlenden Regelungen.

2 Ergebnisse des Projektes zur Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsverfahren in der Langzeitpflege

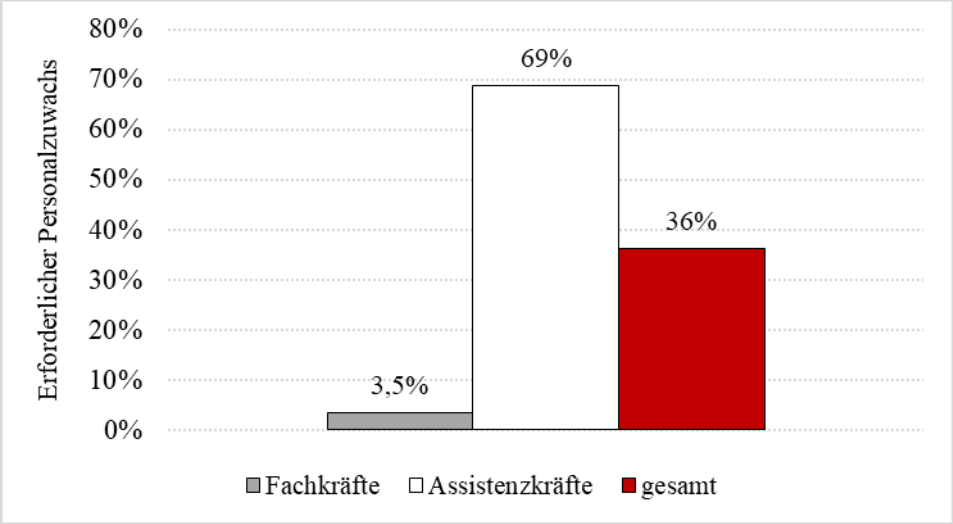
Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) hat der Bundesgesetzgeber die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI beauftragt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben sicherzustellen. Der Auftrag für die Entwicklung und Erprobung dieses Verfahrens wurde an die Universität Bremen vergeben. Im September dieses Jahres wurde das Projekt abgeschlossen und der Abschlussbericht an die Auftraggeber übergeben. Diese haben den Bericht abgenommen und auf der Homepage des Qualitätsausschusses veröffentlicht.[1] Das Projekt ist damit abgeschlossen und die Ergebnisse liegen vor.

[1] https://www.gs-qsa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/09/Abschlussbericht_PeBeM.pdf.

Bereits in den im Juni veröffentlichten Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1-5 hat sich die Konzertierte Aktion Pflege verpflichtet, das Personalbemessungsverfahren „in geeigneten Schritten gemeinsam zügig anzugehen“ (BMG 2019: 45). In dem im November 2020 veröffentlichten erstem Bericht zu Stand der Umsetzung dieser Vereinbarungen wird das Ziel bekräftigt, „die Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens zügig vorzubereiten und … gesetzlich zu verankern“ (KAP 2020: 12). Das GPVG, in dessen Rahmen „eine erste Personalausbaustufe gesetzlich verankert“ wird, wird dabei ausdrücklich als „ein erster Schritt in Richtung eines verbindlichen Personalbemessungsverfahrens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen“ bezeichnet (Bundesregierung 2020: 13).

Um beurteilen zu können, inwieweit das GPVG dieser Zielsetzung gerecht wird, ist es notwendig, sich zunächst die zentralen Ergebnisse des Projektes gemäß § 113c SGB XI vor Augen zu führen. Zentrales Ergebnis ist ein Algorithmus 1.0, der auf Einrichtungsebene aus der nach Pflegegrad differenzierten Zahl der Heimbewohner eine nach Qualifikationsniveau differenzierte Zahl der Pflegekräfte errechnet, die notwendig sind, um eine bedarfsgerechte Pflege zu ermöglichen. Da der bedarfsgerechte Qualifikationsmix von der Pflegegradstruktur der Bewohner*innen abhängt, wird die derzeit bestehende starre Fachkraftquote durch einen heimindividuellen bedarfsgerechten Pflegepersonalmix ersetzt.

Bezogen auf einer bundesdurchschnittliche Pflegegradverteilung, wie sie sich in der Pflegestatistik im Dezember 2017 gezeigt, hat ergeben sich *Personalmehrbedarfe* von 36,2 %, allerdings weit überwiegend für Assistenzkräfte (Abbildung 1). Als Ausgangswert für sind die Ermittlung der Steigerungsraten wurden die bundesdurchschnittlichen Stellenschlüssel, die sich als gewogener Mittelwert auf Basis der Landesrahmenvereinbarungen ergeben (Wagner & Rothgang 2019) zuzüglich der 13.000 Stellen, die nach dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz zusätzlich finanziert werden können, herangezogen. Ausgehend von einer Fachkraftquote von 50 % wurden diese Stellen hälftig auf Fach- und Assistenzkräfte verteilt. Die Steigerungsraten beziehen sich somit auf jeweils refinanzierbare Stellen. Da derzeit einige Tausend Stellen unbesetzt sind, ergeben sich höhere Steigerungsraten, wenn das Ergebnis des Algorithmus 1.0 auf die derzeit besetzten Stellen bezogen wird.



Anmerkung: Referenz sind die modifizierten Pflegeschlüssel nach Rothgang & Wagner 2019.

Quelle: Rothgang et al. 2020: 258.

Abbildung 1: Personalmehrbedarf insgesamt und differenziert zwischen Fach- und Assistenzkräften

Bezogen auf eine Stellenzahl von 321.912 Vollzeitäquivalenten für das Jahr 2019 (Rothgang et al. 2020: 366) resultieren hieraus *Pflegepersonalmehrbedarfe* im Umfang von insgesamt 116.532 Vollzeitstellen, davon 5.672 Fachkraft- und 110.860 Assistenzkraftstellen. Werden die Assistenzkraftstellen gemäß den Ergebnissen der 62 Wohnbereiche, die an der Beobachtungsstudie zur Entwicklung des Personalbemessungsinstruments teilgenommen haben, in Pflegekräfte ohne Ausbildung (QN 1 und QN 2) sowie Pflegekräfte mit 1-2jähriger Ausbildung nach Landesrecht (QN 3) unterschieden, ergeben sich die in Abbildung 2 enthaltenen Werte.

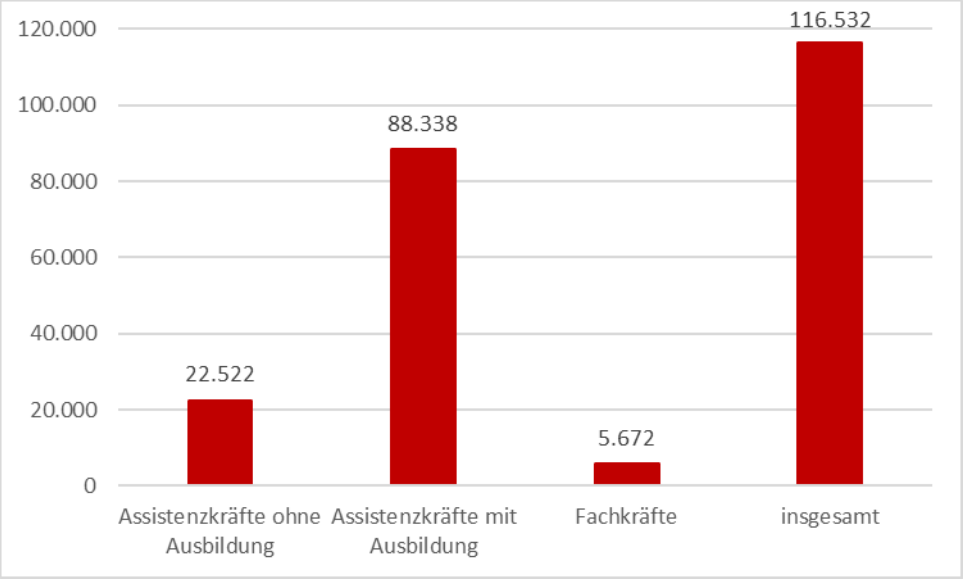


Abbildung 2: Pflegepersonalmehrbedarf nach Qualifikationsniveau der Pflegekräfte

Ein derartig umfassender Personalmehrbedarf ist nicht von einen auf den anderen Tag zu befriedigen, da diese Pflegekräfte erst durch verstärkte Ausbildungsanstrengungen – insbesondere bei Assistenzkräften mit Ausbildung – und verstärkte Bemühungen zum Halten von Pflegekräften gewonnen bzw. zusätzlich gehalten werden müssen. Zudem erfordert der sinnvolle Einsatz dieser zusätzlichen Pflegepersonen zeitintensive Organisations- und Personalentwicklungsprozesse in den Einrichtungen. Im Abschlussbericht wird daher ein *mehrjähriger Umsetzungs- und Konvergenzprozess* empfohlen, der folgende Elemente enthalten soll:

1. einen ersten Schritt der Personalmehrung für alle Pflegeheime bereits zu Beginn des Jahres 2021,
2. einen Zeitplan, der Umfang und Fristigkeit weiterer Umsetzungsschritte für alle Pflegeheime enthält und
3. eine zeitnah beginnende modellhafte Einführung in einer begrenzten Zahl von Pflegeheimen.

In diesen Heimen soll zum einen erprobt werden, wie die bei Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens resultierenden Personalmengen im Rahmen veränderter Organisationsformen

effektiv und effizient eingesetzt werden können und zum anderen, welche konkreten Organisationsentwicklungen notwendig sind. um dies zu gewährleisten. Idealerweise sollten erste Ergebnisse aus den Modellheimen bereits beim zweiten Umsetzungsschritt für alle stationären Pflegeeinrichtungen vorliegen, so dass Fehlentwicklungen vermieden werden können.

3 Vorliegende Regelungen des GPVG

Der Entwurf des Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetzes bezieht sich ausschließlich auf das erste der oben genannten drei Elemente. Er sieht in Bezug auf die „zukunftsorientierte Personalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen“ vor, dass
zusätzliche Stellenanteile im Umfang von bis zu

- 0,016 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 oder 2,
- 0,025 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3,
- 0,032 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 und
- 0,036 Vollzeitäquivalenten je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5,
- mindestens aber 0,5 Vollzeitäquivalente,

für den Pflegesatzzeitraum durch einen Vergütungszuschlag nach § 84 Absatz 9 Satz 1 finanziert werden können. Werden diese Zuschläge mittels einer angenommenen Nettojahresarbeitszeit von 1.560 Stunden in verfügbare Minuten Pflegezeit pro Durchschnittstag umgerechnet, ergeben sich die in Spalte (5) der Tabelle 1 angegebenen Werte.

Tabelle 1: Relation von GPVG-Zuschlägen mit Ist- und Soll-Zeitmengen

	(1) Ist-Werte (in Minuten /Tag)	(2) Soll-Werte (in Minuten / Tag)	(3)=(2)-(1) Delta (in Minuten / Tag)	(4)=(3)/(2) Relatives Delta (in % des Ist)	(5) GPVG-Zuschläge (in Minuten / Tag)	(6)=(5)/(4) Zuschläge in % des relativen Deltas
PG1	56	69	13	23%	4,103	**17,7**
PG2	66	82	16	24%	4,103	**16,9**
PG3	86	118	32	37%	6,411	**17,2**
PG4	115	170	55	48%	8,206	**17,2**
PG5	146	224	78	53%	9,232	**17,3**

Quelle: eigene Berechnungen basierend auf Rothgang et al. 2020.

Diese können in Relation gesetzt werden zu den in den 62 Erhebungseinheiten der Studie nach § 113c SGB XI gemessenen Ist-Zeitmengen sowie den sich aus Algorithmus 1.0 ergebenden Soll-Zeitmengen. Dabei zeigt sich, dass die o.g. Zuschläge so bemessen sind, dass sie in allen Pflegegraden etwa 17 % des insgesamt ermittelten zusätzlichen Personalbedarfs abdecken (Tabelle 1). Die Staffelung der Aufschläge nach Pflegegrade ist somit sowohl dem Grunde nach als auch in ihrer Ausgestaltung wohlbegründet.

Sinnvoll ist es auch, dass diese Zusatzstellen besetzt werden *können, aber nicht müssen*. Damit wird für die Einrichtungen ein Anreiz gesetzt, sich um entsprechendes Personal zu bemühen und ein entsprechender Wettbewerb in Gang gesetzt. Den Einrichtungen, die dabei kurzfristig nicht erfolgreich sind, drohen aber keine ordnungsrechtlichen Konsequenzen. Gleichzeitig verdeutlicht Tabelle 1 aber auch, dass dieser erste Schritt nur *weniger als ein Fünftel* des erkannten Mehrbedarfs befriedigt.

Da sich der erkannte Pflegepersonalmehrbedarf insbesondere auf die *Pflegekräfte mit Ausbildung in QN 3* bezieht (vgl. Abbildung 2), ist es sinnvoll, den ersten Umsetzungsschritt genau auf diese Personalkategorie zu beziehen. Indem die Refinanzierungsoption auch für Pflegepersonen eröffnet wird, die eine entsprechende Ausbildung angetreten haben oder so zeitnah antreten werden, dass sie in drei Jahren abgeschlossen ist, werden den Einrichtungen weitere Freiräume geschaffen, die eine Inanspruchnahme der Refinanzierungsoption für diese zusätzlichen Stellen befördern.

Angesichts der erheblichen Personalmehrbedarfe in QN 3 ist es für diesen ersten Umsetzungsschritt möglich, zusätzliche Stellen auf die bestehenden Stellenschlüssel vorzusehen, ohne dass die Gefahr der Übersteuerung in einzelnen Ländern oder Einrichtungen besteht. Damit werden Unterschiede zwischen den Ländern und einzelnen Heimen aber perpetuiert. Für den nächsten Umsetzungsschritt ist es daher zwingend, die *Zuschlagslogik durch eine Abschlagslogik* zu ersetzen, bei der ausgehend vom Algorithmus 1.0 – in den jeweiligen Umsetzungsstufen zunehmende – Umsetzungsgrade bestimmt werden, da nur so ein Konvergenzprozess eingeleitet werden kann.

Bei Besetzung von 20.000 zusätzlichen Stellen entstehen gemäß den Berechnungen des Gesetzesentwurfs *Zusatzausgaben* in Höhe von 730 Mio. Euro per annum. Würde dieser Betrag gemäß der derzeitigen Finanzierungslogik allein von den Heimbewohner*innen getragen, würden sich deren Eigenanteile um weitere rund 1.000 Euro pro Jahr erhöhen. Um dies zu verhindern, ist im Gesetzentwurf vorgesehen, dass Pflegebedürftige „mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden“ dürfen (§ 85 Abs. 9 SGB XI n.F.) und diese Ausgaben vielmehr von den Pflegekassen und von dem privaten Versicherungsunternehmen zu tragen ist. Auch diese Maßgabe ist kurzfristig sinnvoll, um Zusatzbelastungen der Heimbewohner zu vermeiden, die derzeit bereits als sehr hoch bzw. zu hoch anzusehen sind (vgl. Rothgang 2020). Allerdings ist schwer vorstellbar, dass auch weitere Umsetzungsschritte auf diesem Weg finanziert werden können. Eine *Neuordnung der Finanzierung der Pflegeversicherung* wie sie im Eckpunktepapier des Bundesgesundheitsministeriums vom 4. November vorgeschlagen wurde, erscheint daher als Voraussetzung, um weitere Umsetzungsschritte durchzuführen, ohne die Heimbewohner selbst mit den entstehenden Zusatzkosten zu belasten.

Im besonderen Teil der Gesetzesbegründung wird festgestellt wird: „Die landesspezifischen Vorgaben zur Personalausstattung einschließlich der ordnungsrechtlichen Fachkraftquoten der Landesheimrechte bleiben von diesem zusätzlichen Personalstellenförderprogramm unberührt.“ (Bundestags-Drucksache 19/23483: 41). Dies ist in zweierlei Hinsicht bemerkenswert. Zum einen wird damit deutlich gemacht, dass eine Anrechnung der zusätzlichen Stellen für Pflegeassistenzkräfte bei der Berechnung ordnungsrechtlicher Fachkraftquoten eine Besetzung dieser Stellen für die Einrichtungen de facto unmöglich machen würde. Zum anderen verbirgt sich hinter dieser Feststellung aber ein Appell an die Länder so zu verfahren, da das heimrechtliche Ordnungsrecht seit der Föderalismusreform 2007 Ländersache ist und der bundesrechtlichen Gesetzgebungskompetenz daher Grenzen gesetzt sind.

4 Weitergehender Regelungsbedarf

Das Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz ist der erste Schritt zur Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens – nicht mehr, aber auch nicht weniger. Die darin enthaltenden Regelungen sind durchgängig sachgerecht, und es ist zu begrüßen, dass zügig mit

dem Umsetzungsprozess begonnen wird. Ein Vergleich der Regellungen des GPVG mit den Anforderungen an eine umfassende Einführung des Personalbemessungsverfahrens verdeutlicht andererseits aber, was noch fehlt und in den nächsten Schritten umgesetzt werden muss:

1. Selbst bei vollständiger Besetzung der im GPVG vorgesehenen zusätzlichen Stellen ist damit nur rund ein Sechstel des erkannten Pflegepersonalmehrbedarfs abgedeckt. Bei gleicher Schrittlänge sind rechnerisch noch fünf weiterer Umsetzungsschritte zur vollständigen Umsetzung notwendig, und die vollständige Umsetzung wird noch viele Jahre dauern. Für die nächsten Umsetzungsschritte ist daher eine *größere Schrittlänge* erforderlich. Diese ist auch wünschenswert, weil die Gefahr besteht, dass bei zu kleinen Personalmehrungen jeweils auf Organisationsentwicklung verzichtet wird. Handelt es sich dagegen um größere Personalzuwächse, steigt die Bereitschaft auch größere organisatorische Veränderungen vorzunehmen, um mit den neuen Personalmixen umzugehen.
2. Für den ersten Schritt war es möglich, eine Personalmehrung durch Zuschläge auf die bestehenden Strukturen sachgerecht umzusetzen. Für die nächsten Schritte ist es dagegen erforderlich, ausgehend vom Algorithmus 1.0 mit jedem Schritt *steigende Umsetzungsgrade* vorzusehen. Durch eine solche Vorgehensweise werden dann automatisch Konvergenzprozesse initiiert. Sind die Schrittlängen (zu) gering, müssen zudem Besitzstandsschutzregeln vorgesehen werden, damit es nicht temporär zu einer Absenkung von Personalschlüsseln kommen kann. Da der Personalmehrbedarf bei Fachkräften gering ist, bietet es sich weiterhin an, für diese Personalkategorie schon im nächsten Umsetzungsschritt eine volle Umsetzung des Algorithmus 1.0 vorzusehen.
3. Damit eine positive Signalwirkung erkennbar ist, die es ermöglicht, verstärkt Personal zu rekrutieren und derzeitige Pflegekräfte davon abzubringen, aus der Langzeitpflege auszuscheiden, ist eine *verbindliche Planung der nächsten Schritte* notwendig, in der diese in ihrem Umfang benannt und terminiert werden. Nur so kann Aufbruchstimmung erzeugt werden. Es ist zu hoffen, dass der Roadmapprozess zu einer solchen umfassenden Planung führt.

4. Eine bloße Personalmehrung gemäß Algorithmus 1.0 führt nicht automatisch zu einer Steigerung der Pflegequalität und einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte. Notwendig sind vielmehr zusätzlich *Organisations- und Personalentwicklungsprozesse*. Die neuen Personalmixe implizieren neue Rollenverständnisse für Fach- und Assistenzkräfte: Während sich Fachkräfte neben der Fachpflege verstärkt um Planung und Evaluation sowie Anleitung und Beaufsichtigung einer größeren Zahl an Assistenzkräften kümmern müssen, müssen Fach- und Assistenzkräfte wieder erlernen, wie unter veränderten Rahmenbedingungen mit ausreichenden Zeitkontingenten gepflegt werden und wie kompetenzorientierte Pflege dabei mit Bezugspflege sinnvoll verknüpft werden kann. Damit diese Prozesse mitsamt den möglichen Irrungen und Wirrungen nicht von jeder einzelnen Einrichtung durchlebt werden müssen, ist es unverzichtbar, dass in einer begrenzten Zahl von Heimen mit einem Personalschlüssel nahe am Algorithmus 1.0 unter Einsatz digitaler Technologien neue Organisationsformen ausprobiert und Entwicklungspfade ausgehend vom Status quo zu diesen Organisationsformen betreten und dokumentiert werden. Wird eine derartige modellhafte Einführung zeitnah angestoßen, können die Ergebnisse schon im nächsten Umsetzungsschritt allen Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden, damit die notwendigen Prozesse der Reorganisation so angeleitet durchgeführt werden können. In diesem Zusammenhang ist auch die zukünftige Rolle akademisch ausgebildeter Pflegekräfte zu reflektieren.
5. Nachdem die Konzertiere Aktion viele sinnvolle Maßnahmen in Bezug auf Pflegefachkräfte initiiert hat, ist es weiterhin notwendig, nunmehr auch die *Pflegekräfte mit Ausbildung nach Landesrecht* unterhalb des Fachkraftniveaus verstärkt ins Auge zu fassen und landesrechtliche Regelungen dabei anzugleichen und zu harmonisieren. Um die benötigten Personalmengen bereitstellen zu können, ist eine entsprechende *Ausbildungsoffensive* unabdingbar, bei der nicht nur die Ausbildungskapazitäten erhöht werden, sondern auch die Weiterqualifikation von einem zum nächsten Qualifikationsniveau systematisch ermöglicht und gefördert wird.

6. Insgesamt kann die Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens nur gelingen, wenn Verbesserungen der Personalschlüssel, Ausbildungsoffensiven sowie Personal- und Organisationsentwicklung aufeinander abgestimmt werden und im Rahmen einer *verbindlichen Gesamtstrategie* umgesetzt werden, in der die nächsten Schritte in Umfang und Fristigkeit auch auf längere Sicht vereinbart werden.

5 Literatur

BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (Hrsg.) (2019a): Konzertierte Aktion Pflege. Vereinbarungstext der Arbeitsgruppen 1 bis 5. Unter Mitarbeit von Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium für Arbeit und Soziales. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/0619_KAP_Vereinbarungstexte_AG_1-5.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2020.

Bundesregierung (2020): Konzertierte Aktion Pflege. Erster Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/2020-11-13_1._Bericht_zum_Stand_der_Umsetzung_der_KAP.PDF, zuletzt geprüft am 12.11.2020.

Rothgang, Heinz (2020): Pflege als „Teilkaskosystem“?: Zur richtig verstandenen Bedeutung von Verantwortungsteilung in der Pflege. In Zerth, Jürgen (Hg.): Pflege-Perspektiven. Ordnungspolitische Aspekte, Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung und Implikationen für eine gute Praxis der Pflege. Medhochzwei, 29-42.

Rothgang Heinz / Wagner Christian (2019): Quantifizierung der Personalverbesserungen in der stationären Pflege im Zusammenhang mit der Umsetzung des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes. Expertise für das Bundesministerium für Gesundheit. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_Quantifizierung_der_Personalverbesserungen.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2020.

Rothgang, Heinz / Görres, Stefan / Darmann-Finck, Ingrid / Wolf-Ostermann, Karin / Becke, Guido / Brannath, Werner / Cordes, Janet / Fünfstück, Mathias Fünfstück / Heinze, Franziska / Kalwitzki, Thomas / Stolle, Claudia / Kloep, Stephan / Krempa Agata / Mazner, Lukas / Zenz (geb. Schwerdt), Cora / Sticht, Sarah (2020): Abschlussbericht im Projekt Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM). URL: https://www.gs-qsa-pflege.de/wp-content/uploads/2020/09/Abschlussbericht_PeBeM.pdf.