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.“