

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

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



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 Zusatzbeitragsatzes 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 Bundesausschusses (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 Strategiefälligkeit 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 zusatzbeitragsrelevante 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 den erstmaligen 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 konsentiertere 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 Versorgungsaufträge auch mit anderen Leistungsanbietern geschlossen werden. Der erweiterte Leistungserbringerkreis bleibt hierbei jedoch auf berechnete 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 Bestandschutzregelung 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 Gesetzgebung 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 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.

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 Anhebungsverbot 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 Beitragsatzanpassungsverbot (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 un-
ausgewogen 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, langfristi-
gen Finanzplanung vom Gesetzgeber jederzeit für andere Zwecke vereinnahmt werden kön-
nen, 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 neu eingestellten/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 Kreißaal 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 Bundesausschusses (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 Kreißaal 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 Hygiene-sonderprogramm 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 Pflegeberufgesetzes,~~
- ~~4. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger nach § 58 Absatz 1 Satz 1 des Pflegeberufgesetzes,~~
- ~~5. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger nach § 66 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Pflegeberufgesetzes,~~
- ~~6. Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner nach dem Pflegeberufgesetz.~~

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 unterstützendes 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 aller 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 Fachabteilung geschaffen. Bei der Vorhaltung aller Fachabteilungen ergäbe sich in der Summe ebenso eine Förderung von 800.000 Euro, bei der Vorhaltung einer einzelnen Fachabteilung jedoch nur 200.000 Euro im Vergleich zu 400.000 Euro mit der beabsichtigten Regelung.

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)) vereinbarten 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 Bundesebene 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. Bisher 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 Pflege-satzverfahrens 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 Mengengrenzung 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 zusatzbeitragsatzrelevante 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 klargelegt 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 I 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 Deutschen 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 Datenübermittlungsbezugnis 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 Krankenhauszukunftsgesetzes (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 LBFV-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:

„¹Die 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. ²Satz 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. ³Wird 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. **⁴Satz 3 ist ausgeschlossen, wenn die niedrigere Summe der effektiven Bewertungsrelationen aufgrund der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite entstanden ist.** ⁵Soweit 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. ⁶Satz 2 findet im Zusammenhang mit der Einführung und Weiterentwicklung des Pflegebudgets nach § 6a keine Anwendung.