

Stellungnahme



Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)243(17)
zur öffentlichen Anh am
16.11.2020 -
10.11.2020

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und der Pflege (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG) 10.11.2020

sowie

Änderungsantrag 19/23699: „Kapitaleinkünfte bei der Ermittlung der Krankenversicherungsbeiträge berücksichtigen“ der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald und weiterer Abgeordneter der Fraktion DIE LINKE

Deutscher Gewerkschaftsbund
Bundesvorstand
Abteilung Sozialpolitik

Robert Spiller
Referatsleiter Gesundheitspolitik
Europäische Arbeitsmarkt- und
Sozialpolitik

robert.spiller@dgb.de
Telefon: +49 30 - 24060-311
Telefax: +49 30 - 24060-226

Änderungsantrag 19/23712 „Testzentren und Kostenübernahme des Bundes bei Corona-Testungen von Reiserückkehrern“ der Abgeordneten Detlev Spangenberg, Dr. Robby Schlund, Uwe Witt der Fraktion der AfD

Marco Frank
Referatsleiter Pflegepolitik

marco.frank@dgb.de
Telefon: +49 30 – 24060-289
Telefax: +49 30 – 24060-226

Änderungsantrag 19/23715 „Elektronische Dokumentationspflicht nach der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme aussetzen“ der Abgeordneten Petr Bystron, Dietmar Friedhoff, Mariana Harder-Kühnel und weiterer Abgeordneter der Fraktion der AfD

Henriette-Herz-Platz 2
D – 10178 Berlin
www.dgb.de

Änderungsantrag 19/23489 „Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen“ der Abgeordneten Fraktion Bündnis 90/Die Grünen



Änderungsantrag 19/19165 „Für einen Kulturwandel in der Geburtshilfe-Frauen und Kinder in den Mittelpunkt“ der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen

Änderungsantrag 19/23489 „Schriftliche Abstimmung ohne Sitzung“ der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Änderungsantrag 19/23483 „Stellungnahmen zu digitalen Assistenzsystem der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Änderungsantrag 19/23489 „Fortführung begonnener Behandlungen für Bürgerinnen und Bürger des Vereinigten Königreiches“ der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Änderungsantrag 19/23483 „Richtlinie zur Personalbedarfsermittlung“ der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Änderungsantrag 19/23483 „Modelltitel des GKV-SV“ der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Änderungsantrag 19/23483 „Pflegefachkraftstellen-Förderprogramm“ der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Änderungsantrag 19/23483 „Entscheidungsfristen für Pflegekassen“ der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Änderungsantrag 19/23483 „Digitalisierung in der Pflegehilfsmittelversorgung“ der Fraktionen CDU/CSU und SPD



Vorbemerkung

Mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf beabsichtigt die Bundesregierung bis zum Ende des Jahres 2020 eine Reihe von Maßnahmen zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgungsverbesserung. Dazu gehören unter anderem die Verlängerung der rechtlichen Grundlage für die Abrechnung von Liquiditätshilfen an Zahnärzte während der COVID-19-Pandemie, die Verschiebung des Inkrafttretens der zur Heilmittelversorgung in Übereinstimmung mit der Verschiebung des Inkrafttretens der Neufassung der Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln, die Einrichtung eines Hebammenstellen-Förderprogrammes, die Einbeziehung der Kinder- und Jugendmedizin in die pauschale Förderung für ländliche Krankenhäuser, die Entwicklung eines verbindlichen Personalbemessungsinstrumentes für Pflegeeinrichtungen sowie die Schaffung erweiterter Möglichkeiten für Krankenkassen zur Schließung von Selektivverträgen und zur Verfügbarmachung von aus diesen abgeleiteten, regionalen Versorgungsinnovationen.

Der Gesetzgeber hat die vorab im Rahmen der Sozialgarantie 21 skizzierten Schritte zur vorläufigen Stabilisierung des Gesamtniveaus der Sozialversicherungsbeiträge unterhalb der Grenze von 40 Prozent sowie zur finanziellen Stabilisierung der GKV angesichts notwendig werdender Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie und ihrer Folgen im Gesetzesentwurf abgebildet. Gegenüber dem Referentenentwurf wurde somit die rein versorgungsbezogene Inhaltsebene aufgebrochen und um ein Maßnahmenpaket ergänzt, das grundlegende Fragen der finanziellen Stabilität und des damit verbundenen Handlungsbedarfs zur Gewährleistung des Erhalts der Solidargemeinschaft GKV berührt. Aus Sicht des Deutschen Gewerkschaftsbundes wäre es aufgrund der Bedeutung gerade dieser Maßnahmen sinnvoll gewesen, im Rahmen des parlamentarisch-demokratischen Meinungsbildungsprozesses frühzeitig die Meinungsbildung mit Sozialpartnern und Sozialversicherungsträgern darüber zu eröffnen, wie gesetzgeberische Initiativen zur Bewahrung der GKV vor den Folgekosten der Pandemie ausgestaltet werden müssen. Dies gilt insbesondere, da die finanzielle Destabilisierung des GKV-Systems auch aus den gesetzgeberischen Beschlüssen der aktuellen Legislaturperiode resultiert und durch die nun vorgesehenen Maßnahmen zur Beitragssatzstabilisierung nicht behoben werden kann. Aus Sicht des DGB ist eine umfassende Revision der zur finanziellen Stabilisierung der GKV vorgesehenen Einzelmaßnahmen ebenso unerlässlich wie die vorangehende Konsultation und Konsensbildung mit den wesentlichen Konstituenten der GKV.

1. Abrechnungen von Liquiditätshilfen an Zahnärzte während der COVID-19-Pandemie

Inhalt:

Durch die im April 2020 beschlossene COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung (Covid-19-VSt-SchutzV) soll die zahnärztliche Versorgung durch vertragszahnärztliche Praxen dahingehend sichergestellt werden, dass trotz der mit der COVID-19-Pandemie verbundenen Fallzahlrückgänge in den Zahnarztpraxen keine Liquiditätsengpässe entstehen, aus



denen eine Gefährdung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit und damit der vertragszahnärztlichen Versorgungsstrukturen folgen würde. Zu diesem Zweck haben die gesetzlichen Krankenkassen in 2020 mindestens 90 Prozent der in 2019 gezahlten Gesamtvergütung als Abschlagszahlung an die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zu leisten.

Gegenüber dieser Verordnung legt der Referentenentwurf nun im SGB V eine Rechtsgrundlage für die Abrechnung und mögliche Rückzahlung von geleisteten Überzahlungen, die über das tatsächliche Leistungsgeschehen hinausgehen, fest. Demnach haben in den beiden Folgejahren 2021 und 2022 die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen geleistete Überzahlungen vollständig an die Krankenkassen zurückzuerstatten. Den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen wird im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen eine flexible Verteilung der von den Krankenkassen gezahlten Gesamtvergütung ermöglicht, insbesondere um in 2020 an stärker von Liquiditätsengpässen betroffene Zahnarztpraxen höhere Zahlungen leisten zu können. Die Festzuschüsse für die Regelversorgung mit Zahnersatz sind nach § 55 SGB V nicht teil der Gesamtvergütung, sodass sie nicht in die nachträgliche Berechnung möglicher Überdeckungen einfließen können. Die vollständige Erstattung von Überzahlungen ist durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen in den Folgejahren 2021 und 2022 zu leisten.

Bewertung:

Aus Sicht des DGB ist das grundlegende Ziel der Sicherstellung des Fortbestehens medizinischer Versorgungsstrukturen während der COVID-19-Pandemie zu begrüßen. Da in nahezu allen ambulanten und stationären Versorgungsebenen insbesondere während der ersten Monate der Pandemie drastische Einbrüche in den Fallzahlen zu verzeichnen waren, ist sowohl eine Gefährdung der Wirtschaftlichkeit einzelner Versorgungsstrukturen als auch der dauerhaften Erhaltung der Arbeitsverhältnisse der dort Angestellten und Beschäftigten nicht auszuschließen. Diese Gefahr ist zudem aufgrund der noch nicht absehbaren zeitlichen Ausmaße der Pandemie eine potentiell andauernde und muss daher gegebenenfalls auch über die beschriebenen Zeiträume hinaus mit einer adäquaten Antwortstrategie bedacht werden. Die medizinische Versorgung der Bürgerinnen und Bürger auf allen Ebenen wie auch der notwendige Erhalt der Beschäftigungsverhältnisse angestellter medizinischer Fachkräfte, der als Voraussetzung für leistungsfähige Versorgungsstrukturen zu sehen ist, müssen über die gesamte Dauer der Pandemie und danach gewährleistet sein.

Davon zu trennen ist jedoch die hier verfolgte Zielsetzung einer Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Versorgungsstrukturen. In einem auf Profitabilität ausgerichteten Gesundheitssystem ist die Sicherstellung von Einnahmen und damit Gewinnen von Versorgungseinrichtungen nicht gleichzusetzen mit Versorgungssicherheit für die Bürgerinnen und Bürger. Einzig zu letzterem Zweck sollten jedoch die gesetzlichen Krankenkassen die Beiträge der Versicherten einsetzen. Das offensichtliche Spannungsverhältnis zwischen dieser Grundanforderung und dem durch die Covid-19-VSt-SchutzV begründeten Anspruch der Kassenzahnärztlichen Zahnarztvereinigungen, Versorgungsstrukturen unabhängig von tatsächlich erbrachten Versorgungsleistungen durch GKV-Mittel auf Grundlage der Abrechnungsdaten eines zurückliegenden Hochkonjunkturjahres querfinanzieren zu wollen, wird dadurch verschärft,



dass unklar bleibt, wo der bloße ökonomische Erhalt der jeweiligen Versorgungsstruktur endet und die verwirklichte Renditeabsicht der jeweiligen Struktur beginnt. Die pauschale Bezifferung von 90% ist keine robuste Berechnungsgrundlage, die sicherstellt, dass die Liquiditätshilfen die nötige Summe zur Aufrechterhaltung beziffert, und nicht eine Hilfe zur Renditesicherung ist.

Für die Versicherten entsteht aus dieser Vorschussfinanzierung ohne begründende Leistung kein versorgungsrelevanter Mehrwert, weshalb es aus Sicht des DGB angemessen gewesen wäre, eine derartige konjunkturelle Hilfsmaßnahme zum Erhalt der Wirtschaftlichkeit durch kurzfristige staatliche Darlehen statt durch den Rückgriff auf Versichertengelder zu verankern. Darüber hinaus bleiben zahlreiche Details der Verordnung, die auch durch den Referentenentwurf nicht präzisiert werden, unklar. So fehlt es etwa an einer notwendigen gesetzlichen Klarstellung gegenüber den betroffenen Versorgungsstrukturen, dass auch im Falle möglicher Rückzahlungen von geleisteten Liquiditätshilfen an die GKV in den Jahren 2021 und 2022 etwaige Kündigungen der abhängig Beschäftigten in den zahnärztlichen Versorgungsstrukturen ausgeschlossen bleiben müssen. Es ist darüber hinaus dringend erforderlich, eine umfassende und verlässliche Datengrundlage der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zu definieren, die in der Rückschau und Nachberechnung ab dem Jahr 2021 zwischen tatsächlich erbrachten Leistungen, gezahlten Liquiditätshilfen zur Existenzsicherung der Versorgungsstrukturen und solchen Hilfen, die in erster Linie der Gewinnerzielung dienen, trennt. Eine Rückzahlungspflicht darf sich nicht nur für zu viel geleistete Überbrückungshilfen ergeben, sondern muss auch für jene Bestandteile der Liquiditätshilfen gelten, die erkennbar der jeweiligen Renditemaximierung dienen. Nur die tatsächliche Sicherstellung des Fortbestands der Versorgungsstruktur als solche darf Ziel der Zahlung von Liquiditätshilfen sein.

2. Erweiterte Möglichkeiten für Selektivverträge

Inhalt:

Künftig soll auch die über die gesetzliche Krankenversicherung hinausreichende Beteiligung anderer Sozialleistungsträger wie beispielsweise kommunaler Einrichtungen der Sozial- und Jugendhilfe mit ihren jeweiligen gesundheitsbezogenen gesetzlichen Aufgaben entsprechend der regionalen Bedarfe übergreifend organisiert und in Netzwerken mit Kostenträgern und Versorgungseinrichtungen miteinander verknüpft werden. Zudem sollen selektivvertragliche Regelungen für Versorgungsinnovationen geöffnet werden, was insbesondere über die Förderung neuer Versorgungsformen durch den Innovationsfonds die Überführung wirksamer Elemente in die Regelversorgung durch freiwillige Selektivvertragsschließung der gesetzlichen Krankenkassen zum Ziel haben soll. Neben kassenindividuellen Verträgen sollen auch kassen- bzw. kassenartübergreifende Verträge über besondere Versorgungsformen mit Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften geschlossen werden können. Zudem wird die in der Pflegeversicherung bereits bestehende Beitrittsmöglichkeit von Krankenkassen zu bereits bestehenden Verträgen auch in der Krankenversicherung übernommen.



Künftig sollen sektorenspezifische Versorgungsaufträge, die bisher nur in der vertragsärztlichen Versorgung bzw. für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte möglich sind, ebenfalls für alle anderen Leistungsbereiche gelten. Insbesondere die Verbreitung von Versorgungsinnovationen im Sinne des Digitale-Versorgungs-Gesetzes, das besondere digitale Versorgungsformen mit Medizinprodukteherstellern vorsieht, soll nun auch auf den Kontext nichtärztlicher Leistungserbringer übertragen werden. Hinzu kommt eine gesetzliche Klarstellung, dass sich besondere Versorgungsformen auf einzelne Regionen beschränken, beziehungsweise regionale Besonderheiten abweichend von der Regelversorgung abgebildet werden können.

Bewertung:

- Aus Sicht des DGB wäre die Ausweitung bisheriger kassenindividueller Selektivverträge auf weitere GKV- Kassenarten bzw. GKV-Kassen gegebenenfalls sinnvoll, um kassenübergreifend positive Kosteneffekte zu generieren und damit in Zeiten einer strapazierten Finanzsituation vieler GKV-Kassen dem Ziel der Stabilisierung betroffener Kassenhaushalte zuträglich zu sein. Nichtsdestotrotz stellen Selektivverträge aufgrund ihrer Orientierung am Wettbewerbsprinzip eine Infragestellung des Solidarprinzips dar, solange einzelne Kassen und damit Versicherte von den durch Selektivverträge ermöglichten Versorgungszusagen ausgeschlossen bleiben. Vor diesem Hintergrund kann der DGB der Ausweitung der Anwendungsmöglichkeiten dieses Instruments nicht zustimmen, solange kein solidarisch für das gesamte GKV-System angelegter Mechanismus zur Vertragsschließung und Vertragsausweitung am Ende derartiger Überlegungen steht.

Die im Referentenentwurf enthaltene Zielsetzung, Versorgungsinnovationen, insbesondere jene digitaler Natur, nach der Einführung durch das Digitale-Versorgungs-Gesetz nun auch für alle weiteren Versorgungszweige verfügbar zu machen, kann weder hinsichtlich zu erwartender Steigerungen der Versorgungsqualität der Versicherten noch mit Blick auf eine diese Qualität begründende vorhandene Datengrundlage überzeugen. Der DGB und seine Gewerkschaften halten es auch bei der Ausweitung auf andere Versorgungsbereiche für zwingend geboten, dass zunächst ein tatsächlicher Patientennutzen und Versorgungseffekt nachgewiesen werden müssen, bevor digitale Gesundheitsanwendungen in den Regelleistungskatalog überführt und damit verordnet werden können.

Die Ermöglichung regionaler Versorgungsinnovationen bzw. die Beschränkung besonderer Versorgungsformen auf einzelne Regionen ist insofern zu begrüßen, als das hierdurch sowohl unterschiedliche und neue Ansätze im Versorgungsgeschehen regional erprobt als auch eine an die jeweiligen regionalen Bedarfe angepasste Versorgungsform konzipiert werden kann. Der DGB weist in diesem Kontext jedoch ausdrücklich darauf hin, dass es hier nicht um die weitere Liberalisierung und Ausweitung des GKV-internen Wettbewerbs durch den Ausschluss bestimmter Regionen von besonderen Versorgungsangeboten in anderen Regionen gehen kann, da die grundsätzlich gleichwertige und gleichartige Versorgung innerhalb der Solidargemeinschaft GKV dem widersprechen würde. Stattdessen ist im Sinne des Innovationsgedankens die Erprobung bestmöglicher Versorgungsformen für alle Versicherten auf regionaler Ebene solange zu vertreten, bis eine Übertragung bewährter und



effektiver Versorgungsansätze auf weitere Regionen einen begründeten Versorgungsmehrwert für die Versicherten in Aussicht stellt. Daher ist eine Beschränkung besonderer Versorgungsformen auf einzelne Regionen durch den Referentenentwurf mit einem Gelingensvorbehalt oder einer Frist zu versehen, ab der zu prüfen ist, inwieweit besondere, regionsspezifische Versorgungsangebote aus der regionalen Exklusivität heraus im bundesweiten Versorgungsgeschehen verbreitet werden können, sofern dies durch GKV-Krankenkassen angestrebt wird.

Die Streichung des bisher bestehenden Erfordernisses, nach einer Laufzeit von vier Jahren die Wirtschaftlichkeit eines geschlossenen Selektivvertrages nachzuweisen, ist aus Sicht des DGB nicht vertretbar. Ohne den Nachweis einer gegebenen Wirtschaftlichkeit würde der wesentliche Versichertennutzen für den Abschluss derartiger Verträge nicht mehr gegeben sein.

3. Finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung

Inhalt:

Zur weitgehenden Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages zur GKV nach § 242 SGB V soll der Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds im Jahr 2021 einmalig um 5 Milliarden Euro erhöht werden. Ergänzend hierzu sollen gesetzliche Krankenkassen, deren Finanzreserven 0,4 Monatsausgaben überschreiten, 66,1 Prozent ihrer darüber liegenden Rücklagen an den Gesundheitsfonds abführen und damit einen kassenübergreifenden Soliarausgleich zur Schließung des Finanzdefizits der GKV ermöglichen. Zugleich wird die Obergrenze der Finanzreserven der Rankenkassen, die bisher bei 1,0 der Monatsausgaben lag, auf 0,8 Monatsausgaben abgesenkt, um weitere Finanzreserven zur Finanzierung stabiler kassenindividueller Zusatzbeiträge zu generieren. Damit einher geht auch die Absenkung der Verbotsgrenze zur Anhebung von Zusatzbeiträgen auf 0,8 Monatsausgaben.

Bewertung:

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften kritisieren die vorgesehenen Maßnahmen zur Sicherstellung der Obergrenze des Sozialversicherungsbeitragsniveaus im Bereich der GKV sowie der finanziellen Stabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung deutlich und lehnen sie ab. In ihrer gegenwärtigen Konstruktion verstärken diese Maßnahmen die finanzielle Unsicherheit im GKV-System mittel- und langfristig, während die kurzfristige Möglichkeit zur Schließung bestehender Deckungslücken der gesetzlichen Krankenkassen weder planbare Perspektiven über das Jahr 2021 hinaus schafft, noch die GKV-seitigen Folgekosten der Pandemie adressiert. Damit bleibt der Gesetzesentwurf weit hinter seiner eigenen Zielsetzung zurück.

Eine einmalige Erhöhung des Bundeszuschusses an den Gesundheitsfonds um 5 Milliarden Euro im Jahr 2021 signalisiert bei einem konservativ prognostizierten Haushaltsdefizit der GKV in Höhe von ca. 16,6 Milliarden Euro in erster Linie eine unzureichende Bereitschaft des Gesetzgebers, politische Verantwortung für die Bewältigung der Folgen der Pandemie zu übernehmen und diese mit einer entsprechenden Finanzierungszusage zu realisieren. Ein



Zuschuss in dieser Höhe kann voraussichtlich nur einen Teil der bisher entstandenen Mehrkosten, die maßgeblich auf versicherungsfremden Leistungen beruhen, ausgleichen, und eine Kompensation dieser Leistungen für die ersten Monate des Jahres 2021 ermöglichen. Er ist aber nicht zuletzt auch wegen bereits im vergangenen Jahr erkennbar gewordener Defizite der GKV sowie weiterer erheblicher Finanzierungsrisiken im Kontext der Pandemiebekämpfung zu niedrig berechnet, um die finanzielle Stabilität der GKV längerfristig zu sichern.

Seit der KW 34 liegen die wöchentlichen Testzahlen stetig bei über einer Million; über das ganze Jahr gerechnet liegen sie bei bisher ca. 22 Millionen.¹ Laut Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit zum Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Corona-Virus SARS-CoV-2² ist von 50,5 Millionen Euro zusätzlichen Kosten für die GKV je einer Million ungebündelter PCR-Tests auszugehen. Demnach wären seitens der GKV bisher ca. 1,1 Milliarden Euro an reinen Testkosten zu tragen gewesen.

Gegenwärtig muss unklar bleiben, wie lange das aktuell dynamische bundesweite Infektionsgeschehen anhält, ob und auf welchem Niveau es sich verstetigt und in welcher Größenordnung flächendeckende Testungen während des Winters und Frühjahrs 2020 / 2021 erforderlich sein werden, um die Bevölkerung durch Maßnahmen zur Quarantäne und Kontaktnachverfolgung zu schützen. Geht man für diesen Zeitraum von einem vergleichbar hohen Infektionsgeschehen und ähnlicher Testgrößen wie innerhalb der letzten zehn Wochen aus, wären ca. 1,1 Millionen wöchentliche Testungen weiterhin zu veranschlagen. Geht man von einem längeren Zeitraum mit stärkeren Testgrößenschwankungen aus, wie sie beispielsweise bei Betrachtung der letzten 20 Kalenderwochen ersichtlich werden, würde sich ein niedrigerer Mittelwert für durchzuführende Testungen von ca. 750.000 ergeben.

Alleine bis Ende des I. Quartals 2021 würden demnach weitere ca. 825 Millionen bis 1,1 Milliarden Euro an Zusatzkosten alleine durch PCR-Testungen für die GKV entstehen. Bisher liegen keine Indizien vor, dass die Pandemie bis zum Ende des I. Quartals beendet sein wird; diese Projektion muss also weitergerechnet werden, bis begründet davon ausgegangen werden kann, dass ein dauerhaftes Abklingen der Pandemie realistisch wird. Es liegen ferner keine Schätzungen vor, wann und in welchem Umfang Testungen mit Antikörpern als aussagekräftig und verlässlich hinsichtlich des Nachweises des Vorliegens einer Immunität einzustufen sein werden; da im Dritten Bevölkerungsschutzgesetz allerdings vorgesehen ist, einen Immunitätsnachweis einzuführen, ist auch davon auszugehen, dass Testungen auf vorhandene Immunität in 2021 auch zu Mehrkosten in der GKV führen werden. Ebenso wenig ist bisher ersichtlich, welche Kosten der GKV potentiell entstehen, sobald Impfstoffe gegen Sars-CoV-2 zugelassen und verfügbar sein werden.

¹ Homepage des Robert-Koch-Instituts, Erfassung der Sars-CoV-2-Testzahlen in Deutschland, abgerufen am 03.11.: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Testzahl.html

² https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Corona-Test-VO_20i_SGB_V_mit_Begrueundung.pdf



Diese Herausforderungen addieren sich zu finanziellen Mehrbelastungen der GKV, die bereits vor Ausbruch der Pandemie bekannt waren. Ende 2019 wurde für das laufende Jahr bereits mit einem Defizit von 4 bis 5 Milliarden Euro aufgrund der Gesetzgebungen der vergangenen Jahre gerechnet; zudem war bereits damals ersichtlich, dass der Gesundheitsfonds weitere Zahlungsverpflichtungen im Umfang von ca. 2,3 Milliarden Euro schultern musste, die im darauf folgenden Jahr, also 2021, durch die Krankenkassen wieder auszugleichen sind. Zu diesen Hintergründen addieren sich weiterhin die Verpflichtung der GKV, für jedes zusätzlich vorgehaltene Intensivbett in Krankenhäusern 50.000€ Zuschuss zu zahlen; ebenso die Impfkosten für Grippeimpfstoffe zur Vermeidung einer parallel mit dem Sars-CoV-2 Virus laufenden Grippe-Infektionswelle sowie die aufgrund flächendeckender Kurzarbeitsmaßnahmen zu erwartenden kassenseitigen Einnahmerückgänge im neuen Kalenderjahr.

Ein Bundeszuschuss in Höhe von 5 Milliarden Euro kann angesichts dessen nur als Tropfen auf den heißen Stein verstanden werden. Dass der gesetzlichen Krankenversicherung in massivem Umfang versicherungsfremde Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsschutzes aufgebürdet werden, ist nicht nachvollziehbar und gegenüber der Versichertengemeinschaft auch nicht zu rechtfertigen. Insbesondere die Verpflichtung der GKV, Testkosten für Nicht GKV-Versicherte zu übernehmen, bedeutet faktisch eine Enteignung der Solidargemeinschaft. Alle Bürgerinnen und Bürger benötigen selbstverständlich Zugänge zu ausreichenden Testkapazitäten; diese zur Verfügung zu stellen und zu finanzieren, ist allerdings hoheitliche öffentliche Aufgabe. Die Schonung der privaten Krankenversicherungsunternehmen vor einer angemessenen Verpflichtung zur Beteiligung an den entstehenden Kosten ist aus Sicht des DGB und seiner Mitgliedsgewerkschaften keinesfalls zu vertreten.

Eindringlich warnt der DGB davor, die Reserven der gesetzlichen Krankenkassen oberhalb der gesetzlich festgelegten Rücklagenuntergrenze anteilig dazu zu verwenden, die Einnahmen des Gesundheitsfonds kurzfristig zu erhöhen. Zunächst handelt es sich bei diesen Reserven um Rücklagen der Versicherten, die in erster Linie während der ausgesetzten paritätischen GKV-Finanzierung entstanden sind. Die selbstverwalteten gesetzlichen Krankenkassen stehen daher in besonderem Maße in der treuhänderischen Verantwortung, eine gute Versorgung ihrer Versicherten mit eben diesen Mitteln sicherzustellen. Ein staatlicher Eingriff in diese Rücklagen wie auch eine Absenkung der Anhebungsverbotsobergrenze für Zusatzbeiträge übergeht jedoch die Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter der Krankenkassen, widerspricht dem Prinzip einer selbstverwalteten Solidargemeinschaft GKV und bedient sich an den Beiträgen der Versicherten ohne erkennbar versorgungsbezogene Zielsetzungen. Der DGB fordert den Gesetzgeber angesichts dessen auf, sicherzustellen, dass derartige Missachtungen des Selbstverwaltungsprinzips nicht weiter verfolgt werden. Weiterhin bleibt der Gesetzgeber aufgefordert, den Ankündigungen der Sozialgarantie Folge zu leisten, dass nicht die Versicherten mit ihren Beitragsmitteln primär in Haftung zur Stabilisierung der Beiträge und der GKV in Haftung genommen werden. Sowohl die Anhebung der Zusatzbeiträge als auch die Entnahme von Kassenrücklagen stellt jedoch das Gegenteil dieser Ankündigung dar.



Darüber hinaus führt die Festlegung des 30.06. als Stichtag für die Prüfung auf Vorhandensein entnahmefähiger Rücklagen seitens der Krankenkassen zu einer verzerrten Bewertung der tatsächlichen Haushaltssituation der GKV-Kassen. Im 2. Quartal 2020 waren zahlreiche Krankenkassen aufgrund geringer Leistungsanspruchnahmen seitens ihrer Versicherten, die sich aus einer pandemiebedingten Zurückhaltung gegenüber erforderlichen wie auch nicht erforderlichen Leistungen ergab, mit einer im Vergleich zu den beiden vorhergehenden Quartalen kurzfristig verbesserten Einnahme- und Rücklagesituation konfrontiert. Hieraus kann jedoch kein langfristig positiver finanzieller Effekt angenommen werden, da zahlreiche verschobene Leistungsausgaben zu einem späteren Zeitpunkt nachgeholt werden. Insofern nutzt die Festlegung des Stichtags auf den 30.06. kurzfristig dem zu erwartenden Volumen der Überweisungen an den Gesundheitsfonds, schadet aber der finanziellen Stabilität der jeweiligen Kasse.

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften fordern den Gesetzgeber angesichts dieser Situation auf, dringend dafür Sorge zu tragen, dass nicht nur die Beitragssatzstabilität, sondern auch die mittel- und langfristige Systemstabilität der GKV zu den Zielen des Gesetzesentwurf hinzugefügt werden. Hierfür erforderlich sind unter anderem eine deutliche Erhöhung des Bundeszuschusses an den Gesundheitsfonds im Jahr 2021, die nicht nur direkte Testkosten im Zusammenhang mit der Pandemie deckt, sondern über ein ausreichendes Volumen verfügt, um weitere Kosten, etwa für Antikörpertests und Impfungen zumindest im gesamten Jahr 2021 decken zu können. Eine angemessene Beteiligung der privaten Krankenversicherungsunternehmen an diesen Kosten sowie eine vollständige Kostenübernahme für Testungen und perspektivisch für Impfungen für PKV-Kunden ist ebenso unerlässlich wie die Refinanzierung der Kosten, die der GKV bisher für die Testung nicht versicherter Personen entstanden sind und entstehen werden. Ergänzend fordern der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften, sowohl die Absenkung der Mindestreservehöhe als auch der Anhebungsverbotsobergrenze für Zusatzbeiträge nicht weiterzuverfolgen.

Der Gesetzgeber ist ferner aufgefordert, ein langfristiges Maßnahmenkonzept zur Stabilisierung der GKV vorzulegen, dessen Wirksamkeit im Gegensatz zum vorliegenden Entwurf nicht erkennbar bei den Bundestagswahlen 2021 endet. Dabei ist nicht nur die Beitragssatzstabilität der Versicherten, sondern auch die dauerhafte Sicherstellung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenkassen zu betrachten. Als erster Schritt hierzu ist eine nicht rückzahlbare Aufstockung des Bundeszuschusses in Höhe des bereits vor Ausbruch der Pandemie ersichtlichen Finanzierungsdefizits der GKV vorzunehmen. Darüber hinaus sind zahlreiche Gesetzgebungen der laufenden Legislaturperiode, die keinen erkennbaren Nutzen für eine Verbesserung der Versorgungsqualität der Versicherten bringen, hinsichtlich ihrer Revisionsfähigkeit und sich daraus ergebender Einsparpotentiale für die GKV zu prüfen. Dazu gehören insbesondere die extrabudgetäre Vergütungspflicht für angebotene ambulante Sprechstunden, wie sie durch das TSVG festgeschrieben wurde; ferner die ungeprüfte Vergütungszusage für digitale Gesundheitsanwendungen während der ersten 12 Monate ihrer Marktverfügbarkeit sowie ebenso die Wiederherstellung nicht begrenzter Rechnungsprüfungen bei der Krankenhausabrechnungsprüfung. Grundsätzlich müssen Leistungsaus-



gliederungen als Ergebnis finanzieller Instabilitäten innerhalb der GKV zulasten der Versicherten dauerhaft vermieden werden. Zudem muss den gesetzlichen Krankenkassen durch Wiederherstellung der vormals geltenden Untergrenze für Mindestrücklagen sowie durch Aufhebung der gesetzlichen Verpflichtung zum Abschmelzen bestehender Reserven wieder ein ausreichender operativer Spielraum eingeräumt werden, um kurzfristig und künftig auf konjunkturelle Herausforderungen angemessen reagieren zu können.

4. Bessere Versorgung von Schwangeren durch Förderung zusätzlicher Hebammenstellen (Hebammenstellen-Förderprogramm)

Inhalt:

Zur Verbesserung der Versorgung von Schwangeren in der stationären Geburtshilfe und zur Entlastung von Hebammen und Entbindungspflegern wird ein dreijähriges Hebammenstellen-Förderprogramm für die Jahre 2021 bis 2023 aufgelegt. Damit werden den Krankenhäusern zusätzliche finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt, mit denen die Neueinstellung und Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von Hebammen und von assistierendem medizinischem Fachpersonal zur Versorgung von Schwangeren in der Geburtshilfe gefördert wird. Mit dem Hebammenstellen-Förderprogramm wird eine Verbesserung der Betreuungsrelation von Hebammen/Entbindungspflegern zu Schwangeren angestrebt, die im Regelfall bei 1:2 und unter optimalen Bedingungen bei 1:1 liegen soll.

Bewertung:

Der DGB begrüßt die angestrebte Verbesserung der Versorgung von Schwangeren durch die Neueinstellung und Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von Hebammen und von assistierendem medizinischem Fachpersonal über 3 Jahre, mit der das vorgegebene Ziel einer Betreuungsrelation von Hebammen/Entbindungspflegern zu Schwangeren von 1:1, oder zumindest von 1:2 jedoch nicht erreicht werden kann. Daher braucht es ein langfristiger angelegtes Hebammenstellen-Förderprogramm. Neben einer Klärung, für welche Tätigkeiten und Aufgaben weiteres Personal gebraucht wird, muss sichergestellt werden, dass die vorbehaltenen Tätigkeiten von Hebammen und Entbindungspfleger eingehalten werden und eine gute Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen erfolgen kann.

Wichtig beim geplanten Förderprogramm ist, dass die Fördermittel zur Finanzierung von zusätzlichen Stellen verwendet-, und die somit geschaffenen Stellenanteile nachgewiesen werden müssen. Keinesfalls dürfen die Fördermittel missbraucht werden, um zuvor abgebautes Personal wieder neu einzustellen. Insofern begrüßt der DGB die geplante Regelung, nach der das Krankenhaus durch eine schriftliche Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung die Schaffung neuer Stellen auf Stationen der Geburtshilfe zu belegen hat.

Des Weiteren ist zwingend darauf zu achten, dass die Förderstellen, bzw. Stellenanteile in Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen geschaffen werden. Die Evaluierung des Programms durch den GKV-SV gegenüber dem Ministerium muss klar darüber Auskunft geben, ob die Förderung dazu beigetragen hat, das durchschnittliche Betreuungsverhältnis von



Hebammen, bzw. Entbindungspflegern zu Schwangeren auf mindestens 1:2 zu erhöhen. Langfristig muss ein Betreuungsverhältnis von 1:1 – im Sinne einer guten medizinischen Versorgung – erreicht werden.

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

Inhalt:

Mit der geplanten Änderung im Krankenhausentgeltgesetz wird die Möglichkeit zur Erweiterung der bereits vereinbarten Liste zuschlagsfähiger ländlicher Krankenhäuser vom 30. Juni 2020 bis zum 31. Dezember 2020 geschaffen, damit die neu einzubeziehenden Kinderkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin bereits im Jahr 2021 von der pauschalen Förderung in Höhe von jährlich 400.000 Euro profitieren können.

Bewertung:

Der DGB begrüßt die geplante Regelung, nach der gezielt auch Kinderkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin mehr Mittel erhalten sollen, um eine ausreichende Versorgung zu gewährleisten. Ausschlaggebend war die anhaltende Kritik an der Krankenhausfinanzierung über Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, DRG), die insbesondere in diesem besonders kostenintensiven Bereich dazu führt, dass Abteilungen geschlossen- und eine gesetzlich vorgeschriebene, gute medizinische Versorgung nicht immer sichergestellt werden kann. In Zeiten der Corona-Pandemie ist dieses Problem noch einmal besonders deutlich zutage getreten. Deshalb ist es gut, dass der Gesetzgeber nun zeitnah eine (Ausnahme-)Regelung in Aussicht stellt, die kurzfristig Abhilfe schaffen soll.

Der DGB verweist jedoch auf das generelle Problem der DRG-basierten Krankenhausfinanzierung, in dem nicht bedarfsgerecht, sondern anreizfinanziert eine zunehmende Kommerzialisierung medizinischer Leistungserbringung stattfindet. Insbesondere in der Kinder- und Jugendmedizin ist dies besonders tragisch, weil die Umstände dazu führen, dass immer mehr Kinderstationen schließen. Dass das Problem besonders virulent ist, beweist das Ansinnen der SPD, die Pädiatrie vollständig aus der DRG-Finanzierung auszugliedern. In einem Präsidiumsbeschluss vom 28.7.2020 heißt es „Das System der Fallpauschalen (DRG) ist für die Kinder- und Jugendmedizin ungeeignet und muss durch ein System ersetzt werden, das den individuellen Fällen und Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen gerecht wird“. Dies gelte auch für den Bereich der Geburtshilfe. Expertisen der Fachpolitiker verweisen auf die Besonderheiten bei der Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen, die eine hoch individualisierte medizinische Behandlung und besondere persönliche Zuwendung durch Pflegekräfte und Ärzte benötigen. Dies wird in den DRGs jedoch nicht entsprechend abgebildet und führt deshalb schnell zu Defiziten. Der DGB verweist noch einmal darauf, dass eine dem Gesetzauftrag entsprechende bedarfsgerechte Versorgung nicht davon abhängen darf, ob sie sich amortisiert. Auch wenn die notwendigen Vorhaltekosten nicht bezahlt werden, muss der Sicherstellungsauftrag einer adäquaten Versorgung gewährleistet



sein. Nötig ist eine Krankenhausversorgung, die sich nach den individuellen Bedarfen richtet und bei wirtschaftlicher Betriebsführung vollständig zu refinanzieren ist.

6. Zukunftsorientierte Personalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen

Inhalt:

Mit der vorgeschlagenen Regelung soll auf der Grundlage eines wissenschaftlichen Gutachtens zur Personalbemessung in stationären Einrichtungen nach §113c SGB XI ein erster Schritt in Richtung eines verbindlichen Personalbemessungsinstrumentes für Pflegeeinrichtungen gegangen werden. Konkret sollen bis zu 20.000 zusätzliche Stellen für Pflegehilfskräfte in der Altenpflege vollständig über einen Vergütungszuschlag aus der Pflegeversicherung finanziert werden. Dabei soll eine zusätzliche finanzielle Belastung der von den Pflegeeinrichtungen versorgten Pflegebedürftigen vermieden werden.

Bewertung:

Der DGB begrüßt das Ansinnen des Gesetzgebers, ein Personalbemessungsverfahren auf der Grundlage eines wissenschaftlich entwickelten Verfahrens einführen zu wollen. Damit soll die Personalsituation in allen zugelassenen Einrichtungen der vollstationären Altenpflege einschließlich der Kurzzeitpflege schnellst möglichst verbessert werden. Die Regelung soll sicherstellen, dass die vollstationären Pflegeeinrichtungen einen Anspruch auf Finanzierung zusätzlichen (Hilfs-)Personals ausschließlich auf der Grundlage ihrer Bewohnerstruktur haben. Der DGB stellt noch einmal klar, dass darüber ein Nachweis geführt-, und die Fachkraftquote in Höhe von 50 Prozent davon unberührt bleiben muss.

Kritisch sieht der DGB, dass das Gesetz keine Anforderung an die durch die Pflegeeinrichtungen sicherzustellende Qualifikation der zusätzlichen Pflegehilfskräfte ohne abgeschlossene landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege stellt. Einer Dequalifizierung in der Pflege muss unbedingt entgegengewirkt werden, um den so wichtigen Pflegeberuf in der Gesellschaft aufzuwerten und dem Fachkräftemangel Einhalt zu gebieten. Die Pflege und Versorgung von Menschen erfordert ein hohes Maß an Fachlichkeit, Engagement und Verantwortung. Deshalb ist das Qualifikationsniveau 3 (QN3) für das Stellenaufbauprogramm zwingend nachzuweisen.

§ 85 sieht vor, dass zusätzliche Pflegehilfskräfte auch dann refinanziert werden, wenn sie über keinerlei landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung verfügen. Dies gilt auch für den Fall, wenn die Pflegeeinrichtung nachweisen kann, dass der Beginn oder die Durchführung dieser Ausbildung aus Gründen, die die Einrichtung nicht zu vertreten hat, nicht möglich ist. Eine solche Regelung lehnt der DGB ab. Aus gewerkschaftlicher Sicht ist es wichtig, dass es allen Hilfskräften ermöglicht wird, sich weiter zu qualifizieren und perspektivisch auch eine Fachkraftausbildung abzuschließen.



Bei allen Anstrengungen, die unternommen werden, um mehr Personal zu gewinnen, muss im Vordergrund die gute Versorgung der pflegebedürftigen Menschen stehen. Deshalb ist es umso wichtiger, dass es den Hilfskräften mit einer guten fachlichen Betreuung in den Einrichtungen ermöglicht wird, sich weiter zu qualifizieren und perspektivisch auch die Fachkraftausbildung abzuschließen. Dadurch kann ein längerer Verbleib mit verbesserten Perspektiven im Beruf erreicht werden.

Perspektivisch wird zu klären sein, wie bei der weiteren Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens eine sich aus den Ergebnissen des oben genannten Projektes ergebende Angleichung der bislang unterschiedlichen Personal- und Stellenschlüssel in den einzelnen Ländern erfolgen kann. Noch sind die landesspezifischen Vorgaben zur Personalausstattung in Kraft. Eine schnelle Weiterentwicklung hin zu einer bundeseinheitlichen Pflegepersonalbemessung muss deshalb das Ziel der weiteren Bemühungen sein. In diesem Sinne ist es wichtig, dass der Roadmap-Prozess zur Einführung eines Personalbemessungsinstruments schnell eingeleitet wird und der Algorithmus 1.0 gemäß dem Auftrag aus der KAP erprobt werden kann. Als an dem Prozess beteiligte Organisation sieht der DGB mit Sorge, dass stattdessen einzelne Elemente des Rothgang-Gutachtens herausgegriffen und flächendeckend umgesetzt werden sollen, ohne dass vorab in der Praxis geprüft wird, wie sich dies auf den Pflegeprozess, auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten und die Qualität der pflegerischen Versorgung auswirken wird. Das Herzstück, das Personalbemessungsinstrument, kommt gar nicht mehr darin vor, sondern wird auf mögliche Personalausbaustufen bei gleichzeitiger Flexibilisierung der Fachkraftquote reduziert. Einer Absenkung der Standards wären damit Tür und Tor geöffnet. Deshalb appelliert der DGB an das BMG, die Umsetzung des Personalbemessungsinstruments vorerst nach Modell 2 in rd. 20 Einrichtungen zu erproben, bevor vorzeitige Standards flächendeckend eingezogen werden.

7. Verfahrensvereinfachung hinsichtlich Hilfsmittlempfehlungen bei der Pflegebegutachtung

Inhalt:

Die Regelung, dass die im Gutachten zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit ausgesprochenen Empfehlungen zum Hilfsmittelbedarf bei Zustimmung des Versicherten für bestimmte Hilfsmittel als Antrag auf Leistungen gelten, ist bis zum 31. Dezember 2020 befristet. Die der Verfahrensvereinfachung dienende und die Versicherten und ihre Familien entlastende Vorschrift soll nun auch über diesen Zeitpunkt hinaus Anwendung finden, da sie sich in der Praxis bewährt hat.

Bewertung:

Der DGB begrüßt die vorgesehene Gesetzesänderung. Die zur Verfahrensvereinfachung und Entbürokratisierung der Verfahren zwischen Kranken- und Pflegekassen und dem Medizinischen Dienst dienende Regelung hat sich in der Praxis bewährt. Dies gilt auch im Hinblick auf eine effizientere Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln.



8. Änderungsantrag 19/23699: „Kapitaleinkünfte bei der Ermittlung der Krankenversicherungsbeiträge berücksichtigen“, Dr. Achim Kessler, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald und weiterer Abgeordneter der Fraktion DIE LINKE

Inhalt:

Im Antrag wird gefordert, neben der Erhöhung und Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze auch die bisher nicht zu verbreitragenden Kapitaleinkommen einzubeziehen, um höhere Zusatzbeiträge zu vermeiden. Im Einzelnen beinhaltet dies die Betrachtung der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten inklusive Kapitaleinkünften sowie Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung; dabei sei zur Vermeidung der Verbeitragung geringer Summen und zur Harmonisierung mit dem Steuerrecht der Sparerpauschbetrag von derzeit 801 Euro pro Jahr als Orientierungsgröße festzuschreiben. Mit diesen zusätzlichen Einnahmen soll die Ausfinanzierung der Zuweisungen des Gesundheitsfonds sowie zur Senkung des allgemeinen Beitragssatzes genutzt werden. Gleiches gilt für das Nutzungsgebot der zusätzlichen Einnahmen für den Ausschluss von Beitragsanhebungen in der sozialen Pflegeversicherung sowie für die Entlastung von Menschen mit Pflegebedarf und ihrer Familien.

Bewertung

Der DGB weist darauf hin, dass der Antragstext mit der Nennung einer Erhöhung und Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze zwei nicht kongruente Ziele verfolgt. In einer schrittweisen Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, zunächst auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung, sowie einer Verbeitragung weiterer Einkommensarten oberhalb einer festzulegenden Freibetragsgrenze sehen der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften sinnvolle und zielführende Maßnahmen zur beitragsbezogenen Entlastung der Versicherten und zur Stabilisierung der GKV über das Jahr 2021 hinaus. Diese Maßnahmen entsprechen wesentlichen gewerkschaftlichen Forderungen zur Realisierung einer solidarischen und verbreiterten Beitragsbasis, die für die Umsetzung einer Bürgerversicherung erforderlich sind.

9. Änderungsantrag 19/23712 „Testzentren und Kostenübernahme des Bundes bei Corona-Testungen von Reiserückkehrern“, Detlev Spangenberg, Dr. Robby Schlund, Uwe Witt der Fraktion der AfD

Inhalt

Im Antrag wird gefordert, die Kosten der Corona-Testungen im vollen Umfang durch den Bundeshaushalt zu tragen und diese nicht aus den Reserven der gesetzlichen Krankenkassen zu bedienen; ebenso die Durchführung von Testungen ausschließlich in dafür vorgesehenen Testzentren, eine Aufstockung von Fachkräften und Materialien für diese Testzentren zur Sicherstellung des Mehrbedarfs an Testungen sowie die Beschaffung von Materialien in ausreichender Größenordnung zur Bereitstellung ausreichender Kapazitäten für Testungen und Schutzkleidungen im Herbst und Winter.



Bewertung

Aus Sicht des DGB ist die Anpassung der Rechtsverordnung für die künftige Übernahme der Testkosten durch den Bundeshaushalt in vollem Umfang sachlich richtig. Der GKV bereits entstandene Kosten für Testungen sind rückwirkend anteilig durch Private Krankenversicherungsunternehmen an die GKV zu erstatten, da der Gesetzgeber auch die Testung Nicht GKV-Versicherter Personen mit Mitteln der GKV festgeschrieben hat.

Die Festschreibung von Testzentren als Ort für die Durchführung von Tests ist abhängig von der Entwicklung des Infektionsgeschehens, der Verfügbarkeiten an Testkapazitäten und medizinischem Personal und Fachkräften sowie den Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts zu bewerten.

Die Deckung des Mehrbedarfs an Fachkräften und Materialien sowohl aktuell als auch mittelfristig für die kommenden Monate ist grundsätzlich sinnvoll. Statt einer isolierten einzelstaatlichen Initiative ist es aus Sicht des DGB jedoch erforderlich, ein koordiniertes, europaweites Vorgehen anzustreben, bei dem eine gemeinsame Bevorratung und Koordination der zur Verfügung stehenden Ressourcen innerhalb der EU administriert wird.

10. Änderungsantrag 19/23715 „Elektronische Dokumentationspflicht nach der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme aussetzen“ der Abgeordneten Petr Bystron, Dietmar Friedhoff, Mariana Harder-Kühnel und weiterer Abgeordneter der Fraktion der AfD

Inhalt

Im Antrag wird gefordert, die elektronische Dokumentationspflicht nach der G-BA-Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme auszusetzen, bis die technischen Voraussetzungen dafür sicher gegeben sind.

Bewertung

Ursächlich für die befristete Aussetzung der elektronischen Dokumentationspflicht war das Fehlen der notwendigen technischen Voraussetzungen seitens einiger Hersteller von Praxisverwaltungssystemen. Diese nun vollständig auszusetzen, bis sichergestellt ist, dass die relevanten Hersteller nachgebessert haben, verschiebt die aus dem Fehlen der Dokumentation entstehenden Lasten auf die Versicherten, die Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch nehmen. Der DGB fordert daher, die Elektronische Dokumentationspflicht nicht auszusetzen und stattdessen seitens des Gesetzgebers den G-BA aufzufordern, eine finanzielle Sanktionierung von Herstellern zu beschließen, die trotz Verlängerung der Aussetzung bis zum 01. Oktober die geforderten technischen Voraussetzungen nicht bereit gestellt haben. Die Einhaltung der elektronischen Dokumentationspflicht bei Praxisverwaltungssysteme, deren Hersteller diese Voraussetzungen erfüllt haben, ist nicht einzuschränken.



11. Änderungsantrag 19/23489 „Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen“ der Abgeordneten Fraktion Bündnis 90/Die Grünen

Inhalt

Im Antrag wird gefordert, die Finanzierung sog. nichtärztlicher sozialpädiatrischer Leistungen außerhalb der ambulanten psychiatrischen Behandlung, insbesondere also in sozialpädagogischen Zentren, durch gesetzliche Klarstellung in den Regelleistungskatalog der GKV zu übernehmen.

Bewertung

Vor einer entsprechenden gesetzlichen Klarstellung ist durch den Gesetzgeber zu prüfen, ob alle sozialpädagogischen Zentren in den Leistungskatalog einzubeziehen sind bzw. welche Kriterien für eine der Gewährleistung der Versorgungsqualität angemessene Auswahl der Anzahl sozialpädagogische Zentren notwendig sind.

12. Änderungsantrag 19/19165 „Für einen Kulturwandel in der Geburtshilfe-Frauen und Kinder in den Mittelpunkt“ der Abgeordneten der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen

Inhalt:

Der Antrag beinhaltet im Wesentlichen das Ziel der Verbesserung der Qualität der Geburtshilfe und der Stärkung der Wahlfreiheit des Geburtsortes. Konkret soll der GBA beauftragt werden, ein Personalbemessungsinstrument für die Hebammenversorgung in Kreißsälen einzuführen, welches eine 1:1-Betreuung der Schwangeren durch eine Hebamme in wesentlichen Phasen der Geburt sicherstellt. Darüber hinaus sollen Kliniken verpflichtet werden, ihren Hebammen-Betreuungsschlüssel sowie von ihnen ergriffene Maßnahmen zur Senkung ihrer risikoadjustierten Kaiserschnitttrate zu veröffentlichen.

Bewertung:

Der DGB unterstützt den Antrag im Sinne einer angemessenen guten qualitativen Versorgung von Gebärenden. Analog zur Pflegepersonal-Problematik in den Krankenhäusern ist auch für eine gute Betreuung während der Geburt ausreichend qualifiziertes Fachpersonal sicherzustellen und entsprechend zu refinanzieren. Mit der verpflichtenden Veröffentlichung des Hebammen-Betreuungsschlüssels durch die Krankenhäuser würde der Wettbewerb um eine gute Versorgungsqualität zum Wohle der Patientinnen und Patienten befeuert. Die Veröffentlichung der ergriffenen Maßnahmen zur Senkung der risikoadjustierten Kaiserschnitttrate wäre dabei ein zusätzliches Qualitätskriterium, welches für zusätzliche Transparenz sorgen könnte.



13. Änderungsantrag 19/23489 „Schriftliche Abstimmung ohne Sitzung“ der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Inhalt

Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie Sitzungen des Verwaltungsrates des GKV Spitzenverbandes, des MD Bund und der MD der Länder sollen aus wichtigen Gründen auch ohne Sitzung schriftlich abstimmen.

Bewertung

Die im Rahmen der Pandemiebekämpfung erforderliche Aussetzung von Abstimmungsvorgängen auf Basis von Präsenzsitzungen der genannten Gremien erscheint sinnvoll.

14. Änderungsantrag 19/23483 „Stellungnahmen zu digitalen Assistenzsystemen der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Inhalt

Bei geplanten Fortschreibungen des Hilfsmittelverzeichnisses im Rahmen der Förderung der technischen Innovationen in der (Pflege-)Hilfsmittelversorgung, die einen Bezug zu technischen und digitalen Assistenzsystemen aufweisen, sollen Stellungnahmen eines Sachverständigen aus dem Bereich der Technik eingeholt und einbezogen werden können.

Bewertung

Die Einholung von Stellungnahmen erscheint sinnvoll. Neben Einholung von Stellungnahmen aus dem Bereich der Technik sind jedoch auch Stellungnahmen von Sachverständigen aus dem Bereich der Pflege- und Versorgungspraxis sowie ggf. aus weiteren, etwa die ethischen Dimensionen der Einführung digitaler oder technischer Assistenzsysteme und Hilfsmittel bewertenden Sachverständigen zuzulassen.

15. Änderungsantrag 19/23489 „Kostenübernahme für Behandlungen von Patientinnen und Patienten aus dem EU-Ausland“ der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Inhalt

Personen, deren Wohnstaat ein anderer EU-Mitgliedsstaat ist, sollen eine bis zum 31. März 2021 bereits begonnene Krankenhausbehandlung fortführen dürfen. Die Kosten übernimmt der Bund. Die Behandlung von Personen, deren Wohnstaat das Vereinigte Königreich ist, soll auch über den 30. September 2020 hinaus ermöglicht werden.



Bewertung

Der DGB unterstützt die Fortführung der Behandlung von Bürgerinnen und Bürgern aus anderen EU-Mitgliedsstaaten mit Mitteln des Bundes.

16. Änderungsantrag 19/23483 „Richtlinie zur Personalbedarfsermittlung“ der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Inhalt

Im Antrag wird vorgesehen, klarzustellen, dass die vom MD Bund bzw. vom MDS zu erlassende Richtlinie zur Personalbedarfsermittlung MD-übergreifende, aufgabenbezogene Richtwerte für die den MD übertragenen Aufgaben enthalten muss, die für alle MD einheitlich gelten sollen. Begründete Abweichungen einzelner MD sollen weiterhin möglich sein.

Bewertung

Unter der Maßgabe des möglichen begründeten Abweichens einzelner MD von der Richtlinie erscheint die Festlegung einer einheitlichen Richtlinie zur Personalbedarfsermittlung sinnvoll. Zur Festlegung dieser einheitlichen Richtlinie sind aus Sicht des DGB vorab die MD hinsichtlich der veranschlagten Personalbemessung hinzuzuziehen. Da die MD vor Verabschiedung des MDK Reformgesetzes organisatorisch an die Krankenkassen angebunden waren, erfordert eine rückwirkende Betrachtung tatsächlicher Personalbedarfe auch die Möglichkeit der Hinzuziehung der gesetzlichen Krankenkassen und der durch sie zuvor in die Verwaltungsräte der MDK entsandten Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter.

17. Änderungsantrag 19/23483 „Modelltitel des GKV-SV“ der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Inhalt:

Um innovative Versorgungsansätze mit einer für wirksame Aussagen geeigneten Größe und gegebenenfalls unter Einbeziehung einer hinreichenden Anzahl entsprechend qualifizierter Pflegefachpersonen erproben zu können, sind aufgrund der Erfahrungen mit vergleichbaren Projekten aus diesem Bereich Fördermittel in Höhe von 3 Millionen Euro pro Jahr erforderlich, um entsprechende Projekte – auch über mehrere Jahre – durchführen zu können.

Durch die Ausweitung der Zweckbestimmung des Modelltitels auf Möglichkeiten der Erprobung innovativer Versorgungsansätze unter besonderer Berücksichtigung einer kompetenzorientierten Aufgabenverteilung des Personals in Pflegeeinrichtungen soll ermittelt werden, ob sich die Versorgung pflegebedürftiger Personen sowie die Arbeitszufriedenheit der Pflegefachpersonen dadurch maßgeblich verbessert und ggf. zur Einsparung von Kosten für das Gesundheitswesen beiträgt.



Durch die Klarstellung der Kostenübernahme wird sichergestellt, dass durch Modellvorhaben, die zusätzliches pflegerisches Personal erfordern, die Pflegebedürftigen keine finanzielle Mehrbelastung erfahren und Projektvorhaben, die zu einer maßgeblichen Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger Personen beitragen, nicht aus Gründen der unsicheren Kostenübernahme abgelehnt werden.

Bewertung:

Der DGB unterstützt das Modellvorhaben im Sinne eines verbesserten Versorgungsansatzes in der Pflege durch innovative und kompetenzorientierte Aufgabenverteilung des Personals in Pflegeeinrichtungen. Zur Verbesserung der Arbeitszufriedenheit ist ausreichend qualifiziertes Personal vorzuhalten und entsprechend zu refinanzieren. Insbesondere die Zusage, dass durch die Kostenausweitung für das Modellprojekt die Eigenanteile der Pflegebedürftigen nicht tangiert werden dürfen, unterstützt der DGB vorbehaltlos.

18. Änderungsantrag 19/23483 „Pflegefachkraftstellen-Förderprogramm“ der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Inhalt:

Bislang ist die Gewährung des Vergütungszuschlages an antragstellende, vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach Maßgabe des § 8 Absatz 6 SGB XI grundsätzlich zur Refinanzierung von Pflegefachkraftstellen, die zusätzlich über Neueinstellungen oder über Stellenaufstockung in der Einrichtung geschaffen wurden, möglich. Nach § 8 Absatz 6 Satz 4 SGB XI kann nur im Ausnahmefall, wenn von der Pflegeeinrichtung der Nachweis geführt wird, dass es in einem Zeitraum von über vier Monaten nicht gelungen ist, für die gewünschte Stelle bzw. Stellenerweiterung eine Pflegefachkraft zu finden, auch auf Pflegehilfskräfte zurückgegriffen werden, die sich - als zwingende Voraussetzung - in Ausbildung zur Pflegefachkraft befinden.

Durch den geänderten Satz 4 wird die Wartefrist zur Finanzierung von zusätzlichen Pflegehilfskräften zugunsten der Einrichtungsträger aufgehoben. Entsprechend entfällt auch der Nachweis zu Einhaltung dieser Wartefrist, weshalb auch Satz 8 angepasst wird.

Bewertung:

Der DGB kritisiert die Aufhebung der Wartefrist zur Einstellung zusätzlicher geförderter Pflegehilfskräfte und befürchtet, dass mit der geplanten Regelung mehr Hilfskräfte anstelle der über die Fachkraftquote zwingend vorgeschriebenen Pflegefachkräfte angeworben werden sollen. In der Konsequenz würde das Versorgungsniveau geschwächt und die Bemühungen der Arbeitgeber zur Einstellung qualifizierter und motivierter Pflegefachkräfte entsprechend rückläufig. Der DGB spricht sich deshalb für eine Beibehaltung der Regelung aus und fordert die Arbeitgeber auf, gute Lohn- und Arbeitsbedingungen als Wettbewerbsvorteil zu nutzen, um zufriedene und gut qualifizierte Pflegefachkräfte einzustellen und darüber eine gute Versorgungsqualität der Versicherten zu ermöglichen.



19. Änderungsantrag 19/23483 „Entscheidungsfristen für Pflegekassen“ der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Inhalt:

Die Pflegekasse hat über einen Antrag auf Pflegehilfsmittel oder Zuschüsse zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine Pflegefachkraft oder der Medizinische Dienst nach Absatz 1 Satz 2 beteiligt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Kann die Pflegekasse die Fristen nach Satz 1 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt.

Bewertung:

Der DGB unterstützt den Antrag vorbehaltlos im Sinne verlässlicher Leistungszusagen innerhalb der vom Gesetzgeber vorgegebenen Zeitrahmen.

20. Änderungsantrag 19/23483 „Digitalisierung in der Pflegehilfsmittelversorgung“ der Fraktionen CDU/CSU und SPD

Inhalt:

Das Pflegehilfsmittelverzeichnis ist spätestens alle drei Jahre unter besonderer Berücksichtigung digitaler Technologien fortzuschreiben. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt spätestens alle drei Jahre, erstmals bis zum 30. September 2021, unter besonderer Berücksichtigung digitaler Technologien Empfehlungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen, zu denen üblicherweise Zuschüsse nach § 40 Absatz 4 gewährt werden können.

Bewertung:

Die Neuregelungen greifen Anregungen aus den Diskussionen im Rahmen der Konzierten Aktion Pflege auf. Nicht nur im Bereich der medizinischen Versorgung, sondern auch im Bereich der pflegerischen Versorgung schreitet die Entwicklung digitaler Technologien immer rascher voran. Ziel der Neuregelungen ist es, pflegebedürftigen Menschen in der häuslichen Versorgung auch diese Techniken möglichst zeitnah zugänglich zu machen, soweit sie als Pflegehilfsmittel oder wohnumfeldverbessernde Maßnahmen pflegerischen Nutzen aufweisen und als Pflegehilfsmittel der Erleichterung der Pflege dienen, zur Linderung der Beschwerden beitragen oder eine selbständigere Lebensführung ermöglichen. Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung müssen die Pflege ermöglichen, erheblich erleichtern oder eine möglichst selbständige Lebensführung wiederherstellen. Der DGB begrüßt die vorgeschlagenen Regelungen im Sinne einer verbesserten Versorgung der Pflegebedürftigen und Versicherten.