

Selektivverträge umfassend ermöglichen – nachhaltige Pflegefinanzierung gewährleisten

Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheit und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG)

26. August 2020

Zusammenfassung

Das Ziel des Referentenentwurfs, die gesundheitliche und pflegerische Versorgung insbesondere durch erweiterte selektivvertragliche Gestaltungsmöglichkeiten und mehr Pflegehilfskräfte zu stärken, ist richtig. Die dazu vorgeschlagenen Maßnahmen sind überwiegend sachgerecht. Allerdings muss bei der Gestaltung von Selektivverträgen darauf geachtet werden, dass die notwendige Anbietervielfalt nicht gefährdet wird.

Die geplante Finanzierung zusätzlicher Pflegekräfte auf Kosten der Pflegeversicherung, die zu jährlichen Mehraufwendungen der sozialen Pflegeversicherung in Höhe von 665 Mio. € führen soll, macht es noch dringlicher, dass endlich das lange angekündigte Konzept für eine nachhaltige Finanzierung der Pflege und der Pflegeversicherung vorgelegt wird. Dieses muss dazu beitragen, dass die Beitragsbelastung für Arbeitgeber und Beschäftigte auch auf Dauer 40 % nicht übersteigt.

Im Einzelnen

Möglichkeit von Selektivverträgen stärker ausweiten

Es ist zu begrüßen, dass die Möglichkeiten für Selektivverträge zwischen den Krankenkassen und ihrer Verbände und den Leistungsanbietern (Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser etc.) etwas erweitert werden sollen. Krankenkassen sollen zu Recht künftig Selektivverträge auch gemeinsam abschließen und bestehenden Verträgen beitreten können. Auch der Wegfall des Genehmigungsvorbehalts durch die jeweilige Aufsichtsbehörde ist positiv zu bewerten. Damit wird die Planungssicherheit bei Auslaufen eines Versorgungsvertrags gestärkt.

Diese Flexibilisierungen stellen sinnvolle Maßnahmen dar, um einen wirtschaftlichen und sparsamen Einsatz der Beitragsmittel zu gewährleisten und tragen damit auch dazu bei, einem weiteren Anstieg der Beitragsätze entgegenzuwirken. Allerdings muss darauf geachtet werden, dass die notwendige Anbietervielfalt – auch mit Blick auf kleine Handwerksbetriebe – nicht gefährdet wird.

Die Möglichkeit von Selektivverträgen sollte aber deutlich umfassender erweitert werden:



Die Krankenkassen und ihre jeweiligen Verbände sollten über die jetzt vorgesehenen Änderungen hinaus auch generell das Recht erhalten, eigenständig mit den Leistungsanbietern – insbesondere mit einzelnen Ärzten, Ärztegruppen sowie Krankenhäusern – zu verhandeln sowie Verträge über Preise, Mengen und Qualitäten abzuschließen. Sie sollten auch grundsätzlich selbst bestimmen, wie sie die im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehenen Leistungen für ihre Versicherten erbringen. Der Gesetzgeber sollte daher die Regelung der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern sowie zwischen den Krankenkassen und Versicherten soweit wie möglich dem Vertragswettbewerb überlassen und die sektorale Budgetierung überwinden. Dadurch kann ein Wettbewerb um die beste Versorgungsform (z. B. integrierte Versorgung, kassenarten-spezifische Vertragsarzt-Modelle, medizinische Versorgungszentren, Hausarztssystem, Kostenerstattung oder Sachleistung, stationäre Versorgung) gestartet werden. Eine Verpflichtung der Kassen, eine bestimmte Versorgungsform anzubieten, sollte es dagegen nicht geben.

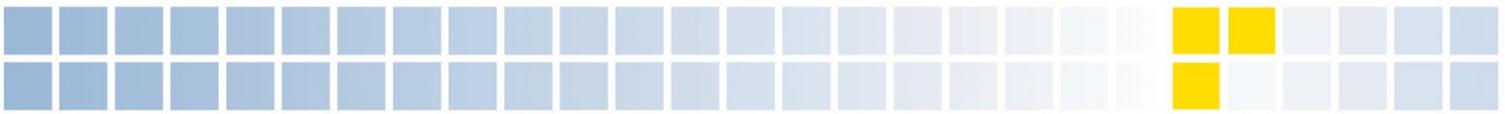
Ein solcher Wettbewerb würde nicht zu einem unterschiedlichen Umfang des Versicherungsschutzes, wohl aber zu verschiedenen Versorgungsangeboten führen und damit die Wahlmöglichkeiten der Versicherten stärken. Die Krankenkassen hätten deutlich bessere Möglichkeiten, sich durch eigene Angebote von anderen Krankenkassen abzuheben. Der Qualitäts- und Preiswettbewerb würde gestärkt.

Die erweiterten Handlungsspielräume der Krankenkassen erfordern allerdings die Beachtung von kartell- und wettbewerbsrechtlichen Regelungen. Der Ordnungsrahmen muss Regelungen zur Vereinigungskontrolle bei Fusionen, zur Verhaltenskontrolle von marktbeherrschenden bzw. marktstarken Krankenkassen sowie zur Verhinderung unlauteren Wettbewerbs umfassen. Die notwendige Anbietervielfalt muss – auch mit Blick auf kleine und mittlere Betriebe der Gesundheitshandwerke – erhalten bleiben. Eine Bündelung der Interessenvertretung kleinerer Leistungserbringer ist deshalb ebenso sinnvoll wie etwa die Anerkennung kleinerer Interessengemeinschaften neben einer bislang obligatorischen zentralen Vertretung (z. B. bei der Ärzteschaft).

Zudem müssten die gesetzlichen Krankenkassen im Gegenzug zur Option von Selektivverträgen den jeweiligen Sicherstellungsauftrag in den einzelnen Leistungsbereichen übernehmen, damit weiter eine flächendeckende Versorgung (z. B. Ärzte, Arzneimittel) gewährleistet ist.

Neuerliche Ausweitung pflegebedingter Freistellungsansprüche unterlassen

Eine zusätzliche Erweiterung des Freistellungszeitraums für Zeiten, in denen Beschäftigte Pflegeunterstützungsgeld in Anspruch nehmen oder sich um die Gewährleistung der Pflege von Angehörigen kümmern, sollte unterbleiben. Bei Beginn der COVID-19-Pandemie wurde bereits eine Regelung geschaffen, durch die für die Dauer der Pandemie die genannten Freistellungsansprüche von bislang bis zu 10 Tagen auf bis zu 20 Tage ausgeweitet werden. Wenn diese erweiterte Freistellungsansprüche von bis zu 20 Tagen künftig nicht mehr auf den regulären Freistellungsanspruch von 10 Tagen angerechnet würde, würden die Arbeitgeber durch Freistellungen von insgesamt bis zu 30 Tagen belastet. Das wäre eine dreimal so lange Anspruchsdauer wie vor der Pandemie. Auf solche zusätzlichen Belastungen der Arbeitgeber sollte gerade während der derzeit wirtschaftlich sehr schwierigen Phase verzichtet werden. Sie passen nicht zum notwendigen Belastungsmoratorium.



Rückzahlung der Liquiditätshilfen für Zahnärzte ist zu begrüßen

Die vorgesehene Rechtsgrundlage für eine Rückzahlung der von den Krankenkassen geleisteten Liquiditätshilfen an Zahnärzte in den Jahren 2021 und 2022 ist zu begrüßen. Aufgrund der COVID-19-Epidemie und des infolgedessen stattfindenden Rückgangs der Behandlungen waren auch Zahnarztpraxen erheblich wirtschaftlich betroffen. Im Sinne einer dauerhaften Leistungsfähigkeit der Versorgungsstrukturen waren die Liquiditätshilfen erforderlich. Auf absehbare Zeit müssen diese Beitragsmittel – wie jetzt vorgesehen – jedoch wieder an die Krankenkassen zurückgezahlt werden, damit die gewährten Liquiditätshilfen nicht zu verlorenen Zuschüssen der Beitragszahler an die Zahnärzte werden.

Zusätzliche Pflegekräfte machen Pflegefinanzierungskonzept noch dringlicher

Die jetzt vorgesehene Finanzierung von 20.000 Vollzeitstellen im Bereich der Pflegehilfskräfte, mit der Personalengpässe im Pflegebereich gelindert werden sollen, macht die Vorlage des schon lange angekündigten Konzepts für eine nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung noch dringlicher. Denn die damit verbundenen jährlichen Mehrausgaben der Pflegeversicherung, die im Entwurf ab 2022 mit 665 Mio. € angegeben werden, lassen sich nicht dauerhaft auf der Grundlage des heutigen Beitragssatzes finanzieren. Die im Koalitionsvertrag vereinbarte 40%-Grenze bei den Beitragssätzen zur Sozialversicherung muss auch auf Dauer eingehalten werden.

Ansprechpartner:

BDA | DIE ARBEITGEBER

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

Soziale Sicherung

T +49 30 2033-1600

soziale.sicherung@arbeitgeber.de