



**Stellungnahme des IKK e.V.
zum Referentenentwurf des
Bundesministeriums für Gesundheit
für den**

**Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung
der Gesundheitsversorgung und Pflege
(Versorgungsverbesserungsgesetz –
GPVG)**

Stand: 26.08.2020

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen	3
Kommentierung des Gesetzentwurfs.....	4
§ 140a Absatz 1 Satz 4: Besondere Versorgung.....	4
§ 9 Absatz 1a Nr. 6: Vereinbarung auf Bundesebene	5
Ergänzender Änderungsbedarf	7
§ 87a Abs. 3 Satz 7 und 8 SGB V: Bereinigung der MGV aufgrund extrabudgetärer Vergütung der durch TSVG eingeführten Leistungen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 3 - 6 SGB V	7

Grundsätzliche Anmerkungen

Das vorliegende Gesetz verfolgt die Absicht, durch Regelungen an verschiedenen Stellen des Gesundheits- und Pflegesystems eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege zu erzielen.

Die Innungskrankenkassen begrüßen die erweiterten Möglichkeiten im Bereich der Selektivverträge. Die Optionen, Versorgungsaufträge künftig auch mit weiteren Leistungserbringern schließen sowie Versorgungsangebote auf einzelne Regionen zuschneiden zu können, gibt den Krankenkassen die Möglichkeit, ihr Versorgungsangebot besser auf die Bedarfe ihrer Versicherten abzustimmen. Des Weiteren können künftig neben der Pflegeversicherung, die bisher bereits als Vertragspartner in Frage kam, künftig auch andere Träger der Sozialversicherung oder der Daseinsvorsorge Vertragspartner der Krankenkassen werden. Allerdings sollte mit der Ausweitung der möglichen Vertragspartner auch eine Verankerung von Qualitätsstandards in der Neuregelung erfolgen.

Auch ist die im Gesetz vorgeschlagene Formulierung sehr allgemein gehalten. Unter dem Gebot der Wirtschaftlichkeit ist der Verwaltungsaufwand stets niedrig zu halten. Die in § 140a Abs. 3b) SGB V vorgesehene Regelung, eine Versorgung im Wege der Sach- und Dienstleistung zu ermöglichen, sofern medizinische oder soziale Gründe dies rechtfertigen oder in Fällen, in denen die Voraussetzung für eine Kostenerstattung für von Versicherten selbst beschaffte Leistungen vorliegen, steht dem jedoch entgegen. Eine Erstattung von Einzelleistungen inkl. Prüfung der Leistungen wäre nicht wirtschaftlich. Die Innungskrankenkassen empfehlen daher eine Konkretisierung des Vorhabens bzgl. der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen.

Des Weiteren wird das Ziel, in Krankenhäusern einen Betreuungsschlüssel von einer Hebamme zu zwei Gebärenden (1:2) während entscheidenden Phasen der Geburt zu erreichen, von den Innungskrankenkassen unterstützt. Die vorgesehene Nachweispflicht seitens der Krankenhäuser ist integraler Bestandteil, um eine Versorgungsverbesserung von Gebärenden zu gewährleisten.

Auch das Ziel einer Stärkung der stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen wird grundsätzlich begrüßt. Die Innungskrankenkassen regen eine Neustrukturierung des Sicherstellungszuschlags in Form einer Staffelung an, wodurch eine Förderung von Kinderkliniken und Kinder- und Jugendabteilungen angemessen umgesetzt werden kann.

Der IKK e.V. nimmt im Folgenden Stellung zu einzelnen Aspekten des Gesetzentwurfes. Im Übrigen wird auf die detaillierte Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes verwiesen.

Kommentierung des Gesetzentwurfs

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 a) dd)

§ 140a Absatz 1 Satz 4: Besondere Versorgung

Beabsichtigte Neuregelung

Die gesetzliche Grundlage für Selektivverträge wurde mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz geändert. Bestehende Verträge nach altem Recht wurden in Ihrer Gültigkeit nicht beschränkt. Mit der vorgesehenen Regelung sollen Altverträge nun zu Ende 2021 auslaufen, um ein Nebeneinander verschiedener Rechtsgrundlagen zu beenden.

Bewertung

Aus Sicht der Innungskrankenkassen wird die Notwendigkeit der Anpassung der Rechtsgrundlage nicht ausreichend begründet und ist somit auch nicht nachvollziehbar. Eine Überführung der Bestandsverträge wird zu Nachverhandlungen mit den Vertragspartnern führen, was unnötige und nicht zu rechtfertigende Kostensteigerungen nach sich ziehen würde.

Änderungsvorschlag

Streichung.

Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2

§ 9 Absatz 1a Nr. 6: Vereinbarung auf Bundesebene

Beabsichtigte Neuregelung

Die Bundesebene vereinbart jährlich eine Liste der bedarfsnotwendigen Krankenhäuser im ländlichen Raum, die einen Sicherstellungszuschlag erhalten. Die Erstellung der Liste erfolgt auf der Grundlage der Regelungen des G-BA gemäß § 136c Absatz 3 Satz 2 SGB V. Durch die vorgesehene Regelung sollen Kinderkliniken sowie Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin in die genannte Liste einbezogen werden.

Bewertung

Es ist davon auszugehen, dass die in der Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 anspruchsberechtigten Krankenhäuser an der bisherigen zusätzlichen Finanzierung in Höhe von 400.000 Euro festhalten werden. Eine Absenkung müsste von politischer Seite gewollt und durchgesetzt werden. Eine Regelung enthält das Gesetz dazu nicht. Dementsprechend wäre ein Grundbetrag der Finanzierung dieser Krankenhäuser (Bestandschutzfragen) weiterhin vorgegeben.

Für die prozentual besonders betroffenen Krankenkassen in den Ländern Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg und damit für die Versichertengemeinschaft vor Ort würde dies bedeuten, dass die bereits durch die geltende Rechtsgrundlage in diesen Regionen bedingten Mehrbelastungen an Sicherstellungszuschlägen weiter stiegen. Mit Blick auf die Notwendigkeit des wirtschaftlichen Handelns von Krankenkassen gerade in diesen besonders betroffenen Regionen schlagen die Innungskrankenkassen folgende Regelung vor:

Der bisher durch Gesetz festgelegte jährliche Pauschalbetrag von 400.000 Euro je Krankenhaus/je Standort wird aufgeteilt. Die anspruchsberechtigten Krankenhäuser/Standorte werden mit einem Sockelbetrag von 200.000 Euro und einem zusätzlichen Betrag von je 100.000 Euro je bedarfsnotwendiger Fachabteilung finanziert. Damit bliebe der Grundbetrag von 400.000 Euro grundsätzlich erhalten, die höchstmögliche Finanzierung läge je Krankenhaus/Standort damit bei 600.000 Euro. Die Mehrkosten wären so begrenzt.

Änderungsvorschlag

§ 5 Absatz 2 a KHEntgG wird wie folgt gefasst:

„(2a) Ein Krankenhaus, das in die Liste nach § 9 Absatz 1a Nummer 6 aufgenommen wurde, hat für das der Auflistung folgende Jahr Anspruch auf eine zusätzliche Finanzierung in Höhe von 400.000 Euro jährlich eines Sockelbetrages in Höhe von 200.000 Euro und 100.000 Euro je vorgehaltener bedarfsnotwendiger Fachabteilung gemäß den Regelungen nach § 136c Absatz 3 Satz 2 Nummer 3 des SGB V, jedoch maximal 600.000 Euro jährlich je Krankenhaus. Die Mittel sind zweckgebunden für die Vorhaltungen der Fachabteilungen nach Satz 1 zu verwenden. [...]“

Ergänzender Änderungsbedarf

§ 87a Abs. 3 Satz 7 und 8 SGB V: Bereinigung der MGV aufgrund extrabudgetärer Vergütung der durch TSVG eingeführten Leistungen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 3 - 6 SGB V

Derzeitige Regelung

Durch das Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) wurde bei Terminvermittlungen, hausärztlich vermittelter fachärztlicher Weiterbehandlung, offenen Sprechstunden und Neupatienten (TSVG-Konstellationen) die Vergütung außerhalb der vereinbarten Gesamtvergütung eingeführt.

Dadurch werden bestehende Leistungen im Umfang von jährlich rund 5 Mrd. Euro durch Verschiebung aus der mit befreiender Wirkung pauschal gezahlten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) in den Bereich der ohne Mengenbegrenzung unquotiert zu zahlenden, extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV) gefördert. Davon entfallen mehr als 4 Mrd. Euro allein auf die Konstellation Neupatienten. Die MGV ist um diese Leistungen begrenzt auf ein Jahr – konkret in den ersten 12 Monaten nach Inkrafttreten der jeweiligen TSVG-Konstellation – zu bereinigen. Im Ergebnis sollten die Krankenkassen jährlich rund 500 Mio. Euro zusätzlich für die bereits bislang erbrachten Leistungen vergüten und außerdem sämtliche zukünftigen Mengensteigerungen in diesem Bereich vollständig finanzieren.

Bewertung

Bei Einführung von neuen Leistungen ist zunächst in der Regel von einem Anwachsen des Leistungsbedarfs für einen Zeitraum von mehreren Jahren auszugehen. Nach der TSVG Neuregelung können von der Verschiebung betroffene Leistungen, welche bereits vor dem Inkrafttreten des TSVG erbracht wurden und in den ersten 12 Monaten nicht in vollem Umfang anfallen, daher nicht bereinigt werden.

Weiter ist von einer Unterbereinigung insbesondere auch dann auszugehen, wenn die entsprechenden Leistungen in den ersten 12 Monaten - z. B. durch einen pandemiebedingten Fallzahlrückgang – nur in reduziertem Umfang erbracht werden, oder wenn sie zwar erbracht, aber nur unvollständig als TSVG-Leistungen gekennzeichnet werden.

Aktuell kommt es zu einer unvollständigen Kennzeichnung insbesondere dadurch, dass alle ärztlichen 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.

In diesem Zusammenhang ist aufgefallen, dass eine Reihe von Kassenärztlichen Vereinigungen ihre Mitglieder darauf hingewiesen haben, dass bei einer ordnungsgemäßen Kennzeichnung durch die Bereinigung Honorareinbußen drohen, die durch eine Anwendung der Kennzeichnung erst nach Ablauf der Bereinigungsdauer vermieden werden können. Dementsprechend fallen die Bereinigungsanteile der TSVG-Konstellationen in den KV-Bezirken höchst unterschiedlich aus. Während im 4. Quartal 2019 in den KV-Bezirken Niedersachsen und Schleswig-Holstein knapp über 10 % aller Leistungen als TSVG-Leistungen gekennzeichnet und somit bereinigt wurden, beträgt dieser Anteil im KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern lediglich 0,25 %. Insbesondere in diesem KV-Bezirk existieren entsprechende Hinweise der KV, von einer Kennzeichnung abzusehen.

Insgesamt führt die COVID-19-Pandemie daher zu einer unvollständigen Bereinigung der durch das TSVG geförderten und bereits vor Inkrafttreten des TSVG erbrachten Leistungen. 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 MGV-Anteile zu zahlen sein, denen gar keine MGV-Leistungen mehr gegenüberstehen. Der Umfang der hierdurch hervorgerufenen Doppelfinanzierung wird nach aktuellen Prognosen, die auf der Analyse von Abrechnungsdaten beruhen, auf ca. 2,7 Mrd. Euro jährlich geschätzt.

Um diese sachlich nicht gerechtfertigte Überzahlung zu verhindern, müsste die Dauer der Bereinigung in § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V von einem Jahr auf mindestens zwei Jahre erweitert werden. Damit würde anstelle des nicht repräsentativen ersten Jahres nach Inkrafttreten der jeweiligen TSVG-Förderung erst das jeweils zweite Jahr nach Inkrafttreten basiswirksam für den Bereinigungsumfang der MGV in den Folgejahren. Hierdurch würde eine Doppelfinanzierung weitgehend vermieden!

Darüber hinaus zeigt sich bereits im Jahr 2019 eine unvollständige Kennzeichnung von TSVG-Leistungen, insbesondere bei den Neupatienten. Nicht gekennzeichnete TSVG-Leistungen führen zu einer unsachgerechten dauerhaften Doppelfinanzierung dieser Leistungen. Die gesetzliche Regelung ist daher anzupassen und eine verpflichtende Kennzeichnung von TSVG-Leistungen vorzusehen.

Änderungsvorschlag

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

„Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragspartner haben die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in den Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 1 um die in Satz 5 Nr. 3-6 genannten Leistungen unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszah-

lungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen sind, begrenzt auf zwei Jahre ab Inkrafttreten der neuen Vergütungsregelungen zu bereinigen; die vom Bewertungsausschuss zu beschließenden Vorgaben nach Absatz 5 Satz 7 sind zu berücksichtigen.

Dabei sind alle Leistungen, die die Kriterien nach § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 3-6 SGB V erfüllen, ab sofort, jedoch spätestens ab dem vierten Abrechnungsquartal 2020 verpflichtend einheitlich durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen und medizinischen Versorgungszentren zu kennzeichnen und in der Abrechnung gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zu übermitteln; der Bewertungsausschuss beschließt Vorgaben für eine einheitliche Kennzeichnung.“