



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum

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

Stand: 26.08.2020

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeiner Teil	3
2. Kommentierung des Gesetzes	9
• Zu Artikel 1 Nr. 3a cc) § 140a Absatz 1 Satz 3 Besondere regionale Versorgung.....	9
• Zu Artikel 1 Nr. 3a dd) § 140a Absatz 1 Satz 4 Bestandsschutzregelung für Altverträge nach §§ 73a, 73c, 140a.....	10
• Ergänzender Änderungsbedarf: § 140a Absatz 2 neuer Satz 3 (Besondere Versorgung von Leistungen der Regelversorgung, z.B. ambulantes Operieren).....	11
• Zu Artikel 1 Nr. 3b bb) § 140a Absatz 2 Satz 4 Durchführung und Weiterführung innovativer Versorgungsformen im Rahmen des Innovationsfonds	12
• Ergänzender Änderungsbedarf: § 140a Absatz 2 Satz 5 Qualitätsvorgaben bei der Beteiligung verschiedener Leistungssektoren.....	14
• Zu Artikel 1 Nr. 3d § 140a Absatz 3a Neue Gestaltungsmöglichkeiten jenseits der bisherigen Selektivverträge ...	15
• Ergänzender Änderungsbedarf: Zu § 140a Absatz 4 Satz 7 SGB V Teilnahmeerklärungen der Versicherten an besonderen Versorgungsformen	16
• Zu Artikel 2 Nr. 1 § 4 Krankenhausentgeltgesetz (Vereinbarung eines Erlösbudgets).....	17
• Zu Artikel 3 Nr. 1 § 8 Sozialgesetzbuch XI (Gemeinsame Verantwortung).....	20
• Zu Artikel 3 Nr. 4 b) § 150 Sozialgesetzbuch XI (Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige)	23
• Zu Artikel 4 § 9a Pflegezeitgesetz (Nichtanrechnung kurzzeitiger Arbeitsverhinderung während des Geltungszeitraums der Sonderregelungen aus Anlass der COVID-19-Pandemie).....	24
3. Weiterer ergänzender Änderungsbedarf	25
• § 87 Absatz 3 Sätze 7 und 8 SGB V (Bereinigung der MGV aufgrund extrabudgetärer Vergütung der durch Terminservicestellen sowie Hausärzte vermittelten Behandlungsfälle, Neupatienten und offene Sprechstunde)	25
• § 140a Absätze 1, 2, 3 und 4 SGB V (Umbenennung der „besonderen Versorgung“ in „selektivvertragliche Versorgung“).....	28

1. Allgemeiner Teil

Der Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG) beinhaltet eine Reihe von Rechtsänderungen in inhaltlich verschiedenen Bereichen – die deutliche Erweiterung der Selektivvertragsmöglichkeiten ist für die Ersatzkassen besonders hervorzuheben.

Ersatzkassen unterstützen die erweiterten Möglichkeiten für Selektivverträge

Die in Artikel 1 § 140a vorgesehenen Erweiterungen der selektivvertraglichen Möglichkeiten unterstützen die Krankenkassen darin, ihren Versicherten deutlich verbesserte und individueller zugeschnittene Versorgungsmöglichkeiten anzubieten.

Die Ausweitung für alle Leistungsbereiche und alle anderen Leistungserbringer wird dafür sorgen, dass die Ersatzkassen von diesen flexibleren Gestaltungsmöglichkeiten zum Wohle ihrer Versicherten schnell Gebrauch machen werden. Dass der Kreis der Vertragspartner um andere Sozialleistungsträger erweitert wird, begrüßt der vdek grundsätzlich. Die Beteiligung weiterer Sozialversicherungsträger ermöglicht integrierte Versorgungsformen zur Lösung von Problemen beim Übergang von der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung in andere gesundheitsbezogene Leistungsbereiche und greift die geschaffenen Fördermöglichkeiten im Rahmen der Förderung durch den Innovationsfonds auf.

Auch die Ausweitung auf die Nutzung digitaler Versorgungsinnovationen nach § 68a SGB V im Rahmen selektivvertraglicher Versorgungsformen durch die Aufnahme der Anbieter nach § 68a Absatz 3 SGB V als mögliche Vertragspartner ist zukunftsorientiert, hiermit werden weitere Möglichkeiten zur Nutzung digitaler Innovationen in der Versorgung geschaffen.

Die Ersatzkassen haben in ihrer Initiative „regional stark“ in den letzten Jahren deutlich gemacht, dass sie gezielt Verträge abgeschlossen haben, die regionale Besonderheiten und regionale Bedarfe aufgreifen. Insofern ist es konsequent und richtig, dass der Gesetzgeber nun klarstellt, dass sich die besondere Versorgung auch auf einzelne Regionen beschränken beziehungsweise regionale Besonderheiten abweichend von der Regelversorgung abbilden kann. Die Schaffung der ergänzenden Vertragsform im Rahmen des §140a SGB V ermöglicht den Krankenkassen, eine weitere Möglichkeit zum Abschluss regionaler

Verträge auf Basis des §140a SGB V. Aufgrund der entstehenden neuen Gestaltungsspielräume und der damit verbundenen Flexibilisierung des §140a wird die vorgesehene Änderung ausdrücklich begrüßt. Damit klar gestellt wird, dass es sich um eine weitere Vertragsform handelt, die neben den in Absatz 1 Satz 2 bereits genannten Varianten steht, sollte ein Bezug zu Satz 1 ergänzt werden.

Die Ersatzkassen begrüßen ebenfalls, dass die Möglichkeiten, Versorgungsinnovationen zu fördern, erheblich erweitert werden. Es ist zielführend, dass die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, durch den Innovationsfonds geförderte Projekte auf freiwilliger Basis weiterzuführen. Dies unterstützt die bisherige Sichtweise der Ersatzkassen, dass mit der Förderentscheidung des Innovationsausschusses gemäß § 92b SGB V bereits eine Entscheidung über das Innovationspotential einer Versorgung getroffen wurde. Diese Genehmigungsfiktion schafft weitere Rechtsicherheit für die Krankenkassen und ermöglicht die Durchführung und Weiterführung innovativer Versorgungsformen im Rahmen des Innovationsfonds und über den Innovationsfonds hinaus. Der Wegfall des Wirtschaftlichkeitsnachweises ist ebenfalls angemessen, da unabhängig von dem bisher geregelten Nachweis das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt. Dies kann und wird durch die jeweiligen Aufsichtsbehörden im Rahmen der allgemeinen aufsichtsrechtlichen Regeln kontrolliert.

Gemäß GPVG-Entwurf dürfen Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen der Leistungserbringer und der Krankenkassen zur Versorgung der Versicherten durch Vertragspartner oder Dritte erbracht werden, dies schafft aus Sicht der Ersatzkassen Rechtsklarheit. Unabhängig davon, wem Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen als gesetzliche Aufgaben zugewiesen sind, können die Vertragspartner einer besonderen Versorgung diese Aufgaben füreinander wahrnehmen beziehungsweise Dritte mit dieser Aufgabe beauftragen. Die Beschränkung der Ausnahme von der originären Aufgabenwahrnehmung auf besondere Versorgungsformen gewährleistet, dass Interessen der Solidargemeinschaft nicht beeinträchtigt werden. Da die Teilnahme an der besonderen Versorgung zudem für Versicherte freiwillig und die Aufgabenwahrnehmung durch Dritte transparent ist, werden deren Interessen an einer originären Aufgabenwahrnehmung nicht beeinträchtigt.

Von den Krankenkassen können im Rahmen von Verträgen nach § 140a auch eine besondere Versorgung von Leistungserbringern gefördert werden, die diese selbstständig ohne Initiative der Krankenkassen durchführen. Dies kann

sich auch auf eine besondere Versorgung im Rahmen des Versorgungsmanagements nach § 11 Absatz 4 beziehen. Gegenstand der Verträge kann auch eine Beteiligung an übergreifenden Versorgungsaufträgen anderer Sozialleistungsträger oder Träger der Daseinsvorsorge sein. Die Ersatzkassen unterstützen diese Regelung, denn sie ermöglicht eine weitere Flexibilisierung der Beteiligung der Krankenkassen an neuen Versorgungsformen und schafft damit neue Gestaltungsmöglichkeiten, jenseits der bisherigen Selektivverträge. Es ist richtig, dass die Beteiligung dabei nur insofern erfolgen darf, als sie dem Zweck bzw. der Aufgabenerfüllung der gesetzlichen Krankenversicherung dient.

Zudem begrüßen die Ersatzkassen auch die weitere Regelung, 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. Für die Ersatzkassen ist dies wichtig, weil mit der Regelung eine Möglichkeit zur Versorgung in Einzelfällen geschaffen wird, die die bisherigen Kostenübernahmen im Einzelfall ersetzen können und zugleich den Ablauf für Krankenkassen, Versicherte und Leistungserbringer erleichtern. Die Einschränkung auf die genannten Ausnahmefälle stellt zudem klar, dass es sich bei diesen Verträgen nur um Regelungen für fakultative Einzelfälle handeln kann.

Die bisherige Bestandsschutzregelung für Verträge, die auf den §§ 73a, 73c und 140a SGB V in der bis zum 22. Juli 2015 geltenden Fassung geschlossen wurde, soll nun aufgehoben werden. Altverträge sollen bis zum 31.12.2021 nach dieser Vorschrift überführt oder beendet werden. Diese Umstellung ist als bürokratische Hürde abzulehnen. Wir sind auch der Auffassung, dass diese Frist zu kurz bemessen ist, allerdings lehnen wir diese Änderung insgesamt ab. Wenn die Verträge in den Status der Neuverhandlung gestellt werden, werden auch aus partikularen Interessen einzelne Vertragsbedingungen in Frage gestellt, die die Versorgung insgesamt gefährden würden.

Ausgleich der Überzahlungen im zahnärztlichen Bereich sachgerecht

Die Regelungen hinsichtlich des Rettungsschirms Zahnärzte (eingeführt mit dem Covid-19-Bevölkerungsschutzgesetz I) sollen dergestalt verstetigt werden, dass auch nach Auslaufen der entsprechenden Covid-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung (zum 31.03.2021) der Ausgleich möglicher Überzahlungen aus 2020 geleistet werden kann. Dazu sollen laut Entwurf die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen flexible Vereinbarungen treffen können. Die Regelung sah vor, dass die zahnärztliche Gesamtvergütung auf KZV-Ebene für 2020 pauschal mit 90 Prozent der Gesamtvergütung aus 2019 festgesetzt wird. Dadurch sollten Insolvenzen von niedergelassenen Zahnärzten aufgrund Fallzahlrückgänge während der Covid-19-Pandemie vermieden werden. Sollten die tatsächlich erbrachten vertragszahnärztlichen Leistungen letztlich unterhalb der 90 Prozent liegen, soll diese Überzahlung in den Jahren 2021 und 2022 ausgeglichen werden. Eine redaktionelle Fortführung der Regelung, um die Ausgleichszahlungen in den kommenden Jahren sicherzustellen, ist aus Sicht des vdek sachgerecht.

Hebammenstellen-Förderprogramm mit Nachbesserungsbedarf

Es soll laut Entwurf ein Hebammenstellen-Förderprogramm aufgelegt werden. Aus Beitragsmitteln sollen über drei Jahre (2021 bis 2023) pro Jahr 65 Millionen Euro bereitstehen. Ziel ist es, dass pro 500 Geburten (basierend auf dem Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019) 0,5 Vollzeit-Hebammen-Stellen separat zu finanzieren. Zusätzlich soll assistierendes Fachpersonal (Medizinische Fachangestellte, Pflegefachkräfte) bis zu maximal 10 Prozent der Vollzeit-Hebammen-Stellen die zum 01.01.2020 existierten, eingestellt werden können. Förderfähig wären nur Neueinstellungen bzw. Aufstockungen von Teil- auf Vollzeitstellen. Es soll möglichst ein Hebammen/Schwangeren-Betreuungsverhältnis von 1:2 erreicht werden. Der vdek sieht das Problem, dass die Anrechnung von medizinischem Hilfspersonal den Betreuungsschlüssel verwässern könnte. Dennoch wird auch die Förderung zusätzlicher Stellen für assistierendes Personal unterstützt, da es Hebammen sinnvoll entlasten, ihnen eine reine Fokussierung auf die geburtshilfliche Tätigkeit ermöglichen kann und so zu einer Qualitätsverbesserung in der Geburtshilfe beitragen kann. Selbst wenn eine 1:2 Betreuung gegeben ist, sollten Hebammen nicht Aufgaben, die die Organisation der geburtshilflichen Abteilung betreffen, oder Reinigungsarbeiten übernehmen müssen.

Der vdek schlägt daher vor, die Anrechnung von Hilfspersonal auf den Betreuungsschlüssel entweder in der möglichen gesetzlichen oder untergesetzlichen Regelung (QFR-RL) auszuschließen.

Der vdek hält es nicht für zielführend, die Entlastung der Hebammen durch assistierendes Personal in dieser Form lang- und mittelfristig zu vertagen. Zwar können die Bedenken bezüglich des zukünftigen Einsatzes von Hebammen und assistierendem Personal grundsätzlich nachvollzogen werden, der Gesetzentwurf sollte daher dahingehend geändert werden, dass die Krankenhäuser mit dem Nachweis der Beschäftigung zusätzlichen assistierenden Personals Konzepte vorlegen müssen, welche Aufgaben dieses Personal übernimmt. Diese Konzepte sollten ebenfalls Bestandteil der zwingenden Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung sein.

Aktuell besteht in der Praxis das Problem, dass die Nachweise für die Anzahl der Vollkräfte und deren Kosten im Pflegebudget nicht aussagekräftig sind. Die WPs testieren, dass die Krankenhäuser das Personal entsprechend auf den Konten gebucht haben, allerdings nicht, dass dieses Vorgehen sachgerecht ist.

Des Weiteren regt der vdek eine Klarstellung an, dass die Förderung gezielt auf Krankenhäuser ausgerichtet wird, die mindestens 500 Geburten im Jahr durchführen. Damit stärkt die Förderung gleichzeitig die Leistungskonzentration in Krankenhäusern, die eine große Erfahrung und Routine in der Geburtshilfe vorweisen, was der Behandlungsqualität und Patientensicherheit zugutekommt.

Einbezug kinder- und jugendmedizinischer Stationen/Kliniken in die Sicherstellungszuschläge systemkonform

Der Entwurf sieht vor, dass kinder- und jugendmedizinische Stationen/Kliniken in die Sicherstellungszuschläge ländlicher Krankenhäuser aufgenommen werden sollen. Jeweils zum 30.06. wird eine Liste von Krankenhäusern erstellt, die pauschal 400.000 Euro zusätzlich erhalten, wenn sie für eine flächendeckende Versorgung im ländlichen Raum notwendig sind, aber zu geringe Fallzahlen aufweisen. Bereits ab 2021 sollen pädiatrische Krankenhäuser und Stationen in diese Liste aufgenommen werden. Das BMG rechnet, dass etwa 31 neue Häuser in den Genuss der Sicherstellungszuschläge kommen. Das ergibt für die Krankenkassen zusätzliche Ausgaben in Höhe von 11,2 Millionen Euro. Aus vdek-Sicht erscheint die Lösung systemkonform.

Einführung der ersten Stufe eines Personalbemessungsverfahrens in der vollstationären Pflege guter Ansatz

Der GPVG-Entwurf sieht darüber hinaus vor, dass eine erste Stufe zur Einführung eines Personalbemessungsverfahrens in der vollstationären Pflege auf Grundlage der Ergebnisse der Studie zur Ermittlung des einheitlichen Personalbedarfs (SOCIMUM) umgesetzt wird. Dies begrüßt der vdek. Dabei sollen zusätzlich ca. 20.000 Stellen für Altenpflegehilfskräfte finanziert werden. Die Kosten hierfür werden ausschließlich durch die Pflegeversicherung übernommen. Der vdek bewertet es positiv, dass dadurch die Pflegebedürftigen nicht weiter belastet werden. Allerdings sollte anstatt des vorgesehenen Antrags- und Auszahlungsverfahrens, das sich offensichtlich am laufenden Pflegeförderstellenprogramm für die 13.000 zusätzlichen Pflegekräfte orientiert, die Finanzierung der zusätzlichen Stellen bürokratiearm über eine Zuschlagsregelung erfolgen, analog des etablierten Verfahrens für die zusätzlichen Betreuungskräfte.

Verlängerung der Frist für nicht abgerufene Entlastungsbeträge sinnvoll

Für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege soll die Frist für den Einsatz von nicht abgerufenen Entlastungsbeträgen aus 2019 – welche mit dem Covid-19-Bevölkerungsschutzgesetz II bereits auf den 30.09.2020 verschoben worden ist – bis zum Jahresende ausgedehnt werden. Der vdek unterstützt diese versichertenfreundliche Regelung, die dem Umstand Rechnung trägt, dass Pflegebedürftige den Entlastungsbetrag, z.B. aufgrund geschlossener Tagespflegereinrichtungen, bisher nicht einsetzen konnten.

Klarstellung beim Pflegeunterstützungsgeld nicht erforderlich

Das während der Corona-Zeit in Anspruch genommene Pflegeunterstützungsgeld soll gemäß dem Gesetzentwurf nicht auf den regulären Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld angerechnet werden. Eine solche Regelung ist aus Sicht des vdek nicht erforderlich, da die bestehenden Regelungen bereits heute die grundsätzliche Möglichkeit bieten, bei einer erneuten akuten Pflegesituation 10 Tage Pflegeunterstützungsgeld in Anspruch zu nehmen. Auch wurde bereits im 2. Bevölkerungsschutzgesetz zum Ausdruck gebracht, dass die Regelungen des Pflegezeitgesetzes unberührt bleiben.

2. Kommentierung des Gesetzes

Zu Artikel 1 Nr. 3a cc)

§ 140a Absatz 1 Satz 3 Besondere regionale Versorgung

Beabsichtigte Neureglung

Mit der Regelung wird klargestellt, dass sich die besondere Versorgung auch auf einzelne Regionen beschränken beziehungsweise regionale Besonderheiten abweichend von der Regelversorgung abbilden kann. Es wird damit neben der integrierten Versorgung, der besonderen Versorgung (siehe Änderungsantrag bb)) eine weitere Vertragsform etabliert. Die neugeschaffene regionale Versorgung erhöht daher den Gestaltungsspielraum für die Krankenkassen.

Bewertung

Die Schaffung der ergänzenden Vertragsform im Rahmen des §140a SGB V ermöglicht den Krankenkassen, eine weitere Möglichkeit zum Abschluss regionaler Verträge auf Basis des §140a SGB V. Aufgrund der entstehenden neuen Gestaltungsspielräume und der damit verbundenen Flexibilisierung des §140a wird die vorgesehene Änderung ausdrücklich begrüßt. Damit klar gestellt wird, dass es sich um eine weitere Vertragsform handelt, die neben den in Absatz 1 Satz 2 bereits genannten Varianten steht, sollte ein Bezug zu Satz 1 ergänzt werden.

Änderungsvorschlag

Nach dem Wort „Verträge“ wird „nach Satz 1“ eingefügt.

Zu Artikel 1 Nr. 3a dd)

§ 140a Absatz 1 Satz 4 Bestandsschutzregelung für Altverträge nach §§ 73a, 73c, 140a

Beabsichtigte Neureglung

Die bisherige Bestandsschutzregelung für Verträge, die auf den §§ 73a, 73c und 140a SGB V in der bis zum 22. Juli 2015 geltenden Fassung geschlossen wurde, soll nun aufgehoben werden.

Bewertung

Altverträge sollen bis zum 31.12.2021 nach dieser Vorschrift überführt oder beendet werden. Diese Umstellung ist als bürokratische Hürde abzulehnen. Der vdek ist der Auffassung, dass diese Frist zu kurz bemessen ist und lehnt diese Änderung insgesamt ab. Wenn die Verträge in den Status der Neuverhandlung gestellt werden, werden auch aus partikularen Interessen einzelne Vertragsbedingungen in Frage gestellt, die die Versorgung insgesamt gefährden würden.

Änderungsvorschlag

Streichung von Artikel 1, Nr.3 Buchstabe dd)

Ergänzender Änderungsbedarf: § 140a Absatz 2 neuer Satz 3 (Besondere Versorgung von Leistungen der Regelversorgung, z.B. ambulantes Operieren)

Sachverhalt

Aktuell besteht eine Rechtsunsicherheit darüber, ob Leistungen, die in der Regelversorgung explizit einem Sektor zugeordnet sind, im Rahmen von Selektivverträgen auch außerhalb dieses Sektors erbracht werden können. Konkret betroffen sind hier beispielsweise Leistungen im Bereich des ambulanten Operierens. Nach Auffassung des Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) sowie des Hessischen Landessozialgerichts (L1 KR 644/18 KI) können ambulante Operationen, die nicht im Leistungskatalog des §115 b SGB V bzw. im EBM enthalten sind, im Rahmen von Selektivverträgen nicht ambulant erbracht werden. Diese enge Interpretation führt dazu, dass insbesondere im Bereich des ambulanten Operierens innovative Verfahren aus dem stationären Bereich selektivvertraglich nicht in den ambulanten Bereich überführt werden können, solange sie nicht in den EBM oder den Katalog nach § 115b SGB V übernommen wurden. Letzteres kann ggf. erhebliche Zeit in Anspruch nehmen. Eine solch restriktive, am Kollektivvertragssystem ausgerichtete Auslegung widerspricht dem Sinn und Zweck von Selektivverträgen, der darin besteht, dass die Vertragspartner gerade innovative Versorgungsmodelle zügig umsetzen können. Daher sollte im Gesetz eine Klarstellung erfolgen.

Ergänzender Änderungsvorschlag

Nach § 140a Abs. 2 Satz 2 wird folgender Satz 3 eingefügt:

„Bei der ambulant ärztlichen Leistung kann die Abweichung auch darin bestehen, dass diese nicht in den Leistungskatalogen aufgeführt wird.“

Zu Artikel 1 Nr. 3b bb)

§ 140a Absatz 2 Satz 4 Durchführung und Weiterführung innovativer Versorgungsformen im Rahmen des Innovationsfonds

Beabsichtigte Neureglung

Die Regelung sieht vor, dass mit der Förderentscheidung des Innovationsausschusses gemäß § 92b SGB V bereits eine Aussage über das Innovationspotential der Versorgung getroffen wird, so dass die Anforderungen des § 140a Absatz 1 SGB V an das Vorliegen einer integrierten oder besonderen Versorgung und die Anforderungen des § 140a Absatz 2 Satz 3 SGB V an die Zweckrichtung der Abweichung von der Regelversorgung zur Versorgungsverbesserung als erfüllt angesehen werden können. Somit gilt während und nach der Förderung eine Genehmigungsfiktion, die die Beurteilungsmöglichkeiten der zuständigen Aufsichtsbehörden einschränken. Aus Gründen der Gleichbehandlung gilt die Fiktion auch für gleichartige besondere Versorgungsformen, die durch andere Vertragspartner in anderen Regionen erbracht werden. Zudem bezieht sich die Fiktion auch auf Fälle, in denen nur Teile der geförderten neuen Versorgungsform in einem Vertrag nach § 140a SGB V fortgeführt werden oder zusätzliche Versorgungselemente oder Vertragspartner aufgenommen werden, die initial nicht Teil der neuen Versorgungsform beziehungsweise des bisherigen Vertrages waren.

Bewertung

Die Genehmigungsfiktion schafft weitere Rechtsicherheit für die Krankenkassen und ermöglicht die Durchführung und Weiterführung innovativer Versorgungsformen im Rahmen des Innovationsfonds und über den Innovationsfonds hinaus.

Die in der Gesetzesbegründung explizit genannten Hinweise, dass die gesetzliche Fiktion nach Förderende fortgilt, sich auch auf nur teilweise weiterhin umgesetzte Bestandteile oder auf zusätzlich aufgenommene Fördererelemente oder weitere Vertragspartner der Neuen Versorgungsform erstreckt sollte aus Klarstellungsgründen in den Gesetzestext aufgenommen werden. Dies gilt ebenso für den bisher nur in der Gesetzesbegründung enthaltenen Verweis, dass die Fiktion auch für gleichartige besondere Versorgungsformen gilt, die durch andere Vertragspartner in anderen Regionen auf Basis eines entsprechenden Vertrages nach § 140a SGB V erbracht werden.

Änderungsvorschlag

Die Sätze 5 und 6 werden wie folgt neu gefasst: „Die Fiktion bezieht sich auch auf Fälle, in denen nur Teile der geförderten neuen Versorgungsform in einem Vertrag nach §140a fortgeführt werden oder zusätzliche Versorgungselemente oder Vertragspartner aufgenommen werden, die initial nicht Teil der neuen Versorgungsform waren. Die Fiktion gilt auch für gleichartige besondere Versorgungsformen, die durch andere Vertragspartner in anderen Regionen auf Basis eines entsprechenden Vertrages nach § 140a SGB V erbracht werden.“

Ergänzender Änderungsbedarf: § 140a Absatz 2 Satz 5 Qualitätsvorgaben bei der Beteiligung verschiedener Leistungssektoren

Sachverhalt

Die Regelungen in § 140a Abs. 2 Satz 5 SGB V sehen eine Beteiligung verschiedener Leistungssektoren vor, die sich jeweils an eigenen Qualitätsvorgaben orientieren.

Die Regelung definiert jedoch nur die in der vertragsärztlichen Versorgung beschlossenen Anforderungen als Mindeststandard. Diese passen jedoch nicht für alle beteiligten Sektoren bzw. Leistungserbringer. Daher bedarf es der Klarstellung, dass deren Geltung nur für den Sektor bzw. das Fach des jeweiligen Leistungserbringers reicht, damit es nicht zu komplizierten überschneidenden Geltungsbereichen kommt. Da nun künftig auch nicht-ärztliche Leistungserbringer an besonderen Versorgungsaufträgen beteiligt werden und diese auch andere als die in § 140a Abs. 2 Satz 5 vorausgesetzte Anforderungen erfüllen müssen, ist eine solche Klarstellung sinnvoll.

Ergänzender Änderungsvorschlag

In § 140a Abs. 2 Satz 5 wird hinter dem Wort „Mindestvoraussetzungen“ „soweit den jeweiligen Sektor bzw. Leistungserbringer in dessen Fach betreffend,“ eingefügt.

Zu Artikel 1 Nr. 3d

§ 140a Absatz 3a Neue Gestaltungsmöglichkeiten jenseits der bisherigen Selektivverträge

Beabsichtigte Neureglung

Die Regelung ermöglicht die Förderung von Versorgungsprojekten der Leistungserbringer, die den Zielen einer besonderen Versorgung nach Absatz 1 entsprechen, aber nicht von den Krankenkassen initiiert und betrieben werden. Die Beteiligung der Krankenkassen, sofern die Anforderungen des § 140a SGB V im Übrigen eingehalten werden, kann sich nach dieser Regelung auf finanzielle Zuschüsse zu den Kosten der Projektstrukturen oder auf besondere Vergütungsvereinbarungen beschränken.

Bewertung

Durch die neugeschaffenen Regelungen des Absatzes 3a werden die Regelungsmöglichkeiten für die Krankenkassen umfassend erweitert. Der Absatz 3a ermöglicht eine weitere Flexibilisierung der Beteiligung der Krankenkassen an neuen Versorgungsformen und schafft damit neue Gestaltungsmöglichkeiten, jenseits der bisherigen Selektivverträge. Die Erweiterung wird daher grundsätzlich begrüßt. Aus Klarstellungsgründen sollte sich die Beteiligung von Krankenkassen an Verträgen nach Abs. 3a Satz 1 und 2 aber nicht nach dem Zweck der gesetzlichen Krankenkassen richten, sondern sich an deren Aufgaben orientieren. Darüber hinaus ist klarzustellen, dass die jeweils aufzuwendenden Mittel auch ausschließlich der jeweiligen Trägeraufgabe zufließen müssen, was aus § 30 SGB IV folgt.

Änderungsvorschlag

In Abs. 3a wird in Satz 3 statt der im Gesetzentwurf vorgesehenen Wörter „soweit es dem Zweck der gesetzlichen Krankenversicherung dient“ folgender Halbsatz eingefügt: „ soweit es den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht“. Es wird in Abs. 3a folgender Satz 4 ergänzt: „Die Beteiligung nach den Sätzen 1 und 2 darf insbesondere auch hinsichtlich der finanziellen Mittel nur erfolgen, soweit es um die Wahrnehmung von Aufgaben einer Krankenkasse im Rahmen des übergreifenden Versorgungsauftrages geht.“

Ergänzender Änderungsbedarf: Zu § 140a Absatz 4 Satz 7 SGB V Teilnahmeerklärungen der Versicherten an besonderen Versorgungsformen

Sachverhalt

In § 140a Absatz 4 SGB V sind die Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten an einer besonderen Versorgung geregelt.

Der Versicherte muss dabei sein Einverständnis für die Teilnahme und sein Einverständnis für eine Nutzung seiner Daten für wissenschaftliche Zwecke getrennt voneinander erklären bzw. kann seine Teilnahme an einem besonderen Versorgungsvertrag nicht von seinem Einverständnis zur Nutzung seiner Daten zu wissenschaftlichen Zwecken abhängig gemacht werden. Bei Innovationsfondsprojekten ist in § 92a Abs. 1 Satz 3 eine wissenschaftliche Begleitung und Förderung Voraussetzung für eine Förderung. Eine Inanspruchnahme der Leistung ohne Zustimmung zur Datennutzung zu Evaluationszwecken ist in diesen Fällen nicht möglich. Deswegen ist es geboten, in diesem Fall die beiden separaten Erklärungen zu bündeln.

Ergänzender Änderungsvorschlag

Nach § 140a Abs. 4 Satz 7 wird folgender Satz angefügt: „In den Fällen von Abs. 2 Satz 4 wird gleichzeitig mit der Teilnahmeerklärung die Einwilligung gemäß Abs. 4 Satz 1 in die Datennutzung erklärt.“

Zu Artikel 2 Nr. 1

§ 4 Krankenhausentgeltgesetz (Vereinbarung eines Erlösbudgets)

Beabsichtigte Neureglung

Es wird ein Förderprogramm für neue bzw. aufgestockte Stellen von Hebammen eingeführt. Neben Hebammen ist auch Fachpersonal, das in der Geburtshilfe assistiert, eingeschlossen. Dabei handelt es sich um medizinische Fachangestellte und Pflegefachkräfte. Die Laufzeit des Förderprogramms ist auf 2021 bis 2023 begrenzt.

Je Krankenhaus sollen auf diese Weise bis zu 0,5 Hebammen-Vollzeitstellen pro 500 Geburten finanziert werden. Die Finanzierung des assistierenden Fachpersonals ist auf 10 Prozent der zum 01.01.2020 vorhandenen Hebammen-Vollzeitstellen begrenzt. Voraussetzung der Finanzierung ist eine schriftliche Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung. Das Krankenhaus hat zudem die jeweiligen Stellenbesetzungen und zweckentsprechende Mittelverwendung per Testat nachzuweisen. Der GKV-SV wird beauftragt, ab 2022 jährlich über das Förderprogramm zu berichten.

Bewertung

Der vdek regt eine Klarstellung an, dass die Förderung gezielt auf Krankenhäuser ausgerichtet wird, die mindestens 500 Geburten im Jahr durchführen. Damit stärkt die Förderung gleichzeitig die Leistungskonzentration in Krankenhäusern, die eine große Erfahrung und Routine in der Geburtshilfe vorweisen, was der Behandlungsqualität und Patientensicherheit zugutekommt.

Abzulehnen ist, dass innerhalb des Hebammenstellen-Förderprogramms auch andere Berufsgruppen finanziert werden sollen. Sämtliches Personal im Funktionsdienst wird über die Fallpauschalen vergütet. Der Einsatz der Fördermittel sollte sich auf den Aufbau und die Aufstockungen von entsprechendem qualifizierten Fachpersonal konzentrieren. Im Zuge der Umsetzung der Regelungen zu den Pflegepersonaluntergrenzen hat sich gezeigt, dass die Möglichkeit zur Anrechnung von medizinischem Hilfspersonal auf die Einhaltung der Personaluntergrenzen zu einer Verwässerung des Betreuungsschlüssels führt. Dieser Umsetzungsfehler sollte vermieden werden.

Assistierendes Personal kann Hebammen sinnvoll entlasten, ihnen eine reine Fokussierung auf die geburtshilfliche Tätigkeit ermöglichen und so zu einer

Qualitätsverbesserung in der Geburtshilfe beitragen. Selbst wenn eine 1:2 Betreuung gegeben ist, sollten Hebammen nicht Aufgaben, die die Organisation der geburtshilflichen Abteilung betreffen, oder Reinigungsarbeiten übernehmen müssen. Das Hilfspersonal sollte jedoch weder über ein gezieltes Förderprogramm finanziert werden, noch auf Betreuungsschlüssel angerechnet werden. Diese beiden Instrumente sollten ausschließlich dazu dienen, die Versorgung durch genügend qualifiziertes Fachpersonal sicherzustellen. Der vdek schlägt daher vor, die Anrechnung von Hilfspersonal auf den Betreuungsschlüssel entweder in der möglichen gesetzlichen oder untergesetzlichen Regelung (QFR-RL) auszuschließen.

Falls assistierendes Personal trotzdem Teil des Förderprogramms bleiben sollte, sollten die Krankenhäuser zumindest individuelle Konzepte vorlegen, welche Aufgaben assistierendes Personal übernimmt. Denn die Entlastung durch assistierendes Personal/Delegation hat Grenzen. Einige Dokumentationspflichten sind in der Berufsordnung der Hebammen vorgesehen. Sie müssen von der Delegation ausgenommen werden. Stattdessen wäre eine Entlastung durch den Abbau bürokratischer Tätigkeiten, die z.B. in Zusammenhang mit einer Organisation der geburtshilflichen Abteilung stehen (Ambulanztätigkeiten), sowie die Entlastung von Reinigungsarbeiten eine Grundvoraussetzung für eine diesbezügliche Förderung. Dieses sollte ebenfalls zwingender Bestandteil der Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung sein.

Ein prozentualer Ansatz zur Ermittlung der zu fördernden assistierenden Personalstellen erscheint sinnvoll. Sichergestellt werden muss, dass bei einer Unterstützung durch Pflegefachkräfte diese nicht zugleich über das Pflegebudget finanziert werden, um eine Doppelfinanzierung zu vermeiden. Dies ist vom Wirtschaftsprüfer separat nachzuweisen.

Aktuell besteht in der Praxis das Problem, dass die Nachweise für die Anzahl der Vollkräfte und deren Kosten im Pflegebudget nicht aussagekräftig sind. Die WPs testieren, dass die Krankenhäuser das Personal entsprechend auf den Konten gebucht haben, allerdings nicht, dass dieses Vorgehen sachgerecht ist.

Änderungsvorschlag

Im Artikel 2 Nummer 1 § 4 Satz 10 (Neu) KHEntgG werden ersten Satz nach den Wörtern „0,5 Vollzeitstellen pro 500 Geburten in einem Krankenhaus“ die Wörter „mit mindestens 500 durchgeführten Geburten“ eingefügt.

Im Artikel 2 Nummer 1 § 4 Satz 10 (Neu) KHEntgG werden die Sätze 3 und 4 gestrichen.

Daraus leiten sich sachlogisch folgende Änderungen ab:

- In Artikel 2 Nummer 1 § 4 Satz 10 (Neu) KHEntgG ist Satz 5 wie folgt zu ändern: „Zur Umsetzung **von Satz 1** ~~der Sätze 1 und 2~~ vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 jährlich einen zusätzlichen Betrag.“
- In Artikel 2 Nummer 1 § 4 Satz 10 (Neu) KHEntgG ist Satz 6 wie folgt zu ändern: „Voraussetzung für diese Förderung ist, dass das Krankenhaus nachweist, dass auf Grund einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung zusätzliche Hebammen ~~und medizinisches Fachpersonal nach Satz 3~~ bei der Versorgung von Schwangeren im Vergleich zu dem zum 1. Januar 2020 festgestellten jahresdurchschnittlichen Bestand umgerechneter Vollzeitkräfte neu eingestellt oder aufgestockt entsprechend der Vereinbarung beschäftigt werden und nicht in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig ist.“
- In Artikel 2 Nummer 1 § 4 Satz 10 (Neu) KHEntgG ist Satz 7 wie folgt zu ändern: „Der dem Krankenhaus nach **Satz 1** ~~den Sätzen 1 und 2~~ insgesamt zustehende Betrag wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2a finanziert und gesondert in der Rechnung ausgewiesen.“
- In Artikel 2 Nummer 1 § 4 Satz 10 (Neu) KHEntgG ist Satz 12 wie folgt zu ändern: „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet jährlich, erstmalig zum 30. Juni 2022, dem Bundesministerium für Gesundheit über die Zahl der Vollkräfte und den Umfang der aufgestockten Teilzeitstellen ~~gesondert für Hebammen und für assistierendes medizinisches Fachpersonal~~, die auf Grund der Förderung nach **Satz 1** ~~den Sätzen 1 und 2~~ in den Jahren 2021, 2022 und 2023 zusätzlich beschäftigt wurden.“

Zu Artikel 3 Nr. 1

§ 8 Sozialgesetzbuch XI (Gemeinsame Verantwortung)

Beabsichtigte Neureglung

Neben der bereits heute stattfindenden Förderung von zusätzlichen Fach- und Hilfskräften nach § 8 Abs. 6 SGB XI aus GKV-Mitteln sollen nun je Einrichtung noch weitere Hilfskräfte aus Mitteln der Pflegeversicherung finanziert werden. Die Anzahl der geförderten Hilfskräfte richtet sich dabei nach der Belegungsstruktur der Einrichtung zu einem bestimmten Stichtag (30. Juni des Vorjahres). Die Förderung erfolgt als Selbstkostenförderung (tatsächliche Aufwendungen). Das Vorgehen richtet sich nach dem Verfahren nach § 8 Abs. 6 SGB XI.

Bewertung

Grundsätzlich wird begrüßt, dass der Gesetzgeber sich zeitnah der konkreten Umsetzung des wissenschaftlich entwickelten Personalbemessungsinstruments (PeBeM) widmet. Die Begleitforschung des Projektes hatte einen erhöhten Personalbedarf insbesondere im Hilfskräftebereich aufgezeigt, um die Pflegefachkräfte zu entlasten.

Kritisch gesehen wird jedoch, dass die Stellenförderung nach dem „Gießkannenprinzip“ erfolgen soll und die tatsächliche Personalausstattung in den Einrichtungen unberücksichtigt bleibt. Gemäß der geplanten Regelung erhalten alle Einrichtungen – unabhängig von der tatsächlichen Ist-Personalausstattung – zusätzliches Personal nach einer festen Quote, die sich an der Zahl der Pflegebedürftigen je Pflegegrad festmacht. Die Personalausstattung wird also nicht je Einrichtung bedarfsgerecht an den durch das PeBeM ermittelten Bedarfswerten angeglichen. Damit werden die bestehenden Unterschiede zwischen Einrichtungen (in den Bundesländern) durch die Förderung weiter manifestiert: Einrichtungen mit einer guten Personalausstattung erhalten genauso zusätzliche Stellen wie Einrichtungen mit einer bisher geringen Personalausstattung.

Unberücksichtigt bleiben zudem die unterschiedlichen Regelungen zur Ausbildung der Pflegehilfskräfte in den einzelnen Bundesländern. Aus Sicht des vdek ist daher eine gesetzliche Konvergenzphase erforderlich, in der die tatsächliche Personalausstattung aller ca. 12.500 Pflegeeinrichtungen nach und nach an die vorgesehene Soll-Ausstattung gemäß PeBeM angeglichen wird.

Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen müssen bereits heute bundesdurchschnittlich über 2.000 Euro jeden Monat aus eigener Tasche aufbringen. Daher ist es nachvollziehbar, dass der neuerliche Stellenaufbau nicht zu Lasten der Pflegebedürftigen geht, sondern mittels Direktzahlung von der Pflegeversicherung finanziert werden soll. Der Pflegeversicherung entstehen dabei gemäß den Berechnungen im Gesetzentwurf bei voller Ausschöpfung (ca. 20.000 Stellen) Kosten i. H. v. 665 Mio. Euro jährlich. Aus Sicht des vdek baut diese Kostenrechnung jedoch auf dem Pflege-Mindestlohn auf, sodass die tatsächlichen Kosten (in naher Zukunft) deutlich höher liegen werden.

Begrüßt wird ferner, dass die Förderung für gänzlich unqualifizierte Hilfskräfte unter der Voraussetzung erfolgt, dass innerhalb von zwei Jahren eine Qualifizierungsmaßnahme erfolgt. Aus Sicht des vdek sollte hier noch klargestellt werden, dass nur eine landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege als Qualifizierungsmaßnahme in Betracht kommt. Der Begriff einer „sonstigen Qualifizierungen“ ist zu weit gefasst.

Allerdings wird die konkrete Ausgestaltung des Förderprogramms als Antragsverfahren, durch das die tatsächlichen Aufwendungen erstattet werden, kritisch gesehen. Zum geht die Umsetzung mit einem hohem bürokratischem Aufwand einher, da bei einer personenbezogenen Förderung der tatsächlichen Personalaufwendungen jede Änderung (z.B. Personalwechsel, Gehaltsaufstockung etc.) einer neuer Antrag der Einrichtung als auch eine erneute Bearbeitung durch die Pflegekasse erforderlich ist. Zum anderen wäre die Finanzierung damit vollständig von den sonstigen Vergütungsregelungen losgelöst. Es wird schwierig sein, die zunehmend zergliederte und nach außen hin wenig transparente Finanzierung von Personal in Pflegeeinrichtungen in der Zukunft wieder in einem einheitlichen Konzept zusammenzuführen, zum Beispiel nach Einführung des PeBeM in den Regelbetrieb.

Sinnvoller wäre es daher, die zusätzlichen Hilfskräfte analog zur Finanzierung des Personals für zusätzliche Betreuung und Aktivierung – welche bereits heute ausschließlich durch die Pflegekassen erfolgt – im Gesetz zu verankern. Die Zuschläge würden somit im Rahmen der Vergütungsverhandlungen prospektiv vereinbart und pro Bewohner an die Einrichtung gezahlt, unabhängig von tatsächlichen Änderungen bei den Personalkosten.

Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Regelung nach § 8 Abs. 6a SGB XI ist zu streichen. Stattdessen ist im SGB XI-Abschnitt „Vergütung der stationären Pflegeleistungen“ eine Regelung für einen Vergütungszuschlag einzufügen, analog der §§ 84 Abs. 8 und 85 Abs.8 SGB XI.

Um eine bundesweit einheitliche Personalausstattung – die sich am tatsächlichen Bedarf der Pflegebedürftigen orientiert – umzusetzen, ist das PeBeM zunächst verbindlich im SGB XI zu verankern und damit die unterschiedlichen rahmenvertraglichen Regelungen in den Ländern abzulösen. Zudem sind gesetzliche Regelungen zur Feststellung der Ist- und Soll-Personalausstattung und eine gesetzliche Konvergenzphase gesetzlich festzulegen, in der jedes Pflegeheim seine tatsächliche Personalausstattung an die Soll-Ausstattung angleicht und finanziert bekommt.

Satz 2 wird zudem wie folgt geändert:

Für den Fall, dass die vollstationäre Pflegeeinrichtung eine zusätzliche Pflegehilfskraft ohne abgeschlossene landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege oder ohne sonstige abgeschlossene Qualifikierungsmaßnahme eingestellt hat, muss die vollstationäre Pflegeeinrichtung sicherstellen, dass die Pflegehilfskraft innerhalb von zwei Jahren eine solche landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege erfolgreich durchläuft.

Zu Artikel 3 Nr. 4 b)

§ 150 Sozialgesetzbuch XI (Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige)

Beabsichtigte Neureglung

Die Pandemie-Sonderregelung hinsichtlich des Pflegeunterstützungsgeldes und der unter Corona-Bedingungen in Anspruch genommenen Arbeitstage soll nicht auf den regulären Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld angerechnet werden. Die Ausweitung des Leistungsanspruchs für coronabedingte Arbeitsverhinderung auf 20 Arbeitstage nach § 150 Abs. 5d SGB XI im Fall einer Inanspruchnahme soll nicht zu einer Anspruchsverkürzung bei dem regulären Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a SGB XI führen.

Bewertung

Der Gesetzentwurf setzt fälschlicherweise voraus, dass ein jährlicher Anspruch bzw. ein Lebensanspruch auf Pflegeunterstützungsgeld besteht. Dies entspricht jedoch nicht der aktuellen gesetzlichen Regelungen. Beim Pflegeunterstützungsgeld handelt es sich um einen Anspruch im Zusammenhang mit einem leistungsauslösenden Ereignis (akute Pflegesituation) und nicht um einen jährlichen Anspruch bzw. einen Lebensanspruch. Daher bieten die bestehenden Regelungen bereits heute die Möglichkeit, bei einer (erneuten) akuten Pflegesituation maximal 10 Tage Pflegeunterstützungsgeld in Anspruch zu nehmen. Eine Ausgestaltung als Jahres- oder Lebensbudget würde die aktuellen Ansprüche sogar unnötig verkürzen.

Bereits in der Gesetzesbegründung zu § 150 Abs. 5d SGB XI im 2. Bevölkerungsschutzgesetz wurde zum Ausdruck gebracht, dass es keine Wechselwirkungen zwischen dem Bezug von Pflegeunterstützungsgeld nach § 150 Abs. 5d SGB XI und nach § 44a SGB XI gibt (BT Drs 19/18967 S. 44: „Im Übrigen lässt diese Regelung die Regelungen des Pflegezeitgesetzes und § 44a Absatz 3 unberührt, das heißt das Pflegeunterstützungsgeld kann alternativ auch auf diese Rechtsgrundlage gestützt werden“). Insofern besteht aus Sicht des vdek auch keine Notwendigkeit für diese Neuregelung.

Änderungsvorschlag

Die Regelung ist zu streichen.

Zu Artikel 4

§ 9a Pflegezeitgesetz (Nichtanrechnung kurzzeitiger Arbeitsverhinderung während des Geltungszeitraums der Sonderregelungen aus Anlass der COVID-19-Pandemie)

Beabsichtigte Neuregelung

Die während der Corona-Zeit in Anspruch genommene Pflegezeit soll nicht auf den Regelanspruch angerechnet werden.

Bewertung

Siehe Kommentierung zu Artikel 3 Nr. 4 b) (Pflegeunterstützungsgeld).

Änderungsvorschlag

Es besteht keine Notwendigkeit für die Regelung. Die Regelung ist zu streichen.

3. Weiterer ergänzender Änderungsbedarf

§ 87 Absatz 3 Sätze 7 und 8 SGB V (Bereinigung der MGV aufgrund extrabudgetärer Vergütung der durch Terminservicestellen sowie Hausärzte vermittelten Behandlungsfälle, Neupatienten und offene Sprechstunde)

Sachverhalt

In den Sätzen 7 und 8 des § 87a Absatz 3 werden die regionalen Vertragspartner verpflichtet, in den Vereinbarungen nach § 87a Absatz 3 Satz 1 die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung um die extrabudgetär vergüteten Leistungen nach § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 3 bis 6 unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des Vorjahresquartals zu bereinigen. Der Bereinigungszeitraum ist auf ein Jahr ab Inkrafttreten der Vergütungsregelungen begrenzt.

Insbesondere die Begrenzung der Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) auf das erste Jahr des Inkrafttretens ist problematisch, weil dies zu einer massiven Unterbereinigung der MGV führt.

Grundsätzlich entwickelt sich nach Inkrafttreten von neuen Vergütungs- und Verfahrensregelungen die damit verbundene Leistungserbringung erst langsam und ist naturgemäß zunächst weit von einem „Sättigungsgrad“ entfernt. Dies ist bspw. auch bei Einführung von neuen Leistungen in den EBM so. Dabei ist i.d.R. von einem Anwachsen des Leistungsbedarfs für einen Zeitraum von mehreren Jahren auszugehen. Die Ärzte und Kassenärztlichen Vereinigungen mussten sich auf die neuen Regelungen und damit zusammenhängend auch neuen Verfahren vorbereiten und auch die Nutzung der Terminvermittlung durch die Versicherten musste sich erst etablieren.

Aufgrund des TSVG sind vertragsärztliche Leistungen bei Terminvermittlungen, bei offenen Sprechstunden und bei Neupatienten extrabudgetär zu vergüten. Dies umfasst einerseits neu eingeführte Zuschläge für vorgenommene Terminvermittlungen und andererseits die Förderung bestehender Leistungen durch Verlagerung aus der MGV in die extrabudgetär vergütete Gesamtvergütung, aus der die Leistungen unquotiert gegenüber dem Leistungserbringer vergütet werden. Innerhalb der bisherigen MGV-Leistungen betrifft dies schätzungsweise ein Vergütungsvolumen von 5 Mrd. Euro. Diese aus der MGV finanzierten Leistungen sind zu bereinigen, um eine Doppelvergütung zu verhindern. Das Gesetz sieht vor, diese Leistungen aus der MGV befristet auf ein Jahr um die

bisherige Auszahlungsquote gekürzt zu bereinigen. Bei einer vollständigen Bereinigung würden sich Mehrkosten lediglich aus zukünftigen Mengensteigerungen, Auszahlungsquotenanhebungen und neuen Vermittlungszuschlägen ergeben. Wenn die Erbringung oder Kennzeichnung von TSVG-Leistungen im ersten Jahr nach Inkrafttreten jedoch unvollständig ist, kommt es zusätzlich aufgrund der Unterbereinigung ab dem zweiten Jahr zu einer Doppelvergütung. Allein aus dem pandemiebedingten Leistungs- und Fallzahlrückgang im 2. Quartal 2020 und der vorrangigen Kennzeichnung von Corona-Leistungen als nicht vorhersehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfs können jährlich über 1 Mrd. Euro ungerechtfertigte Doppelvergütung resultieren.

Es ist daher zwingend geboten, die Bereinigungsdauer auf mindestens zwei Jahre zu verlängern und somit anstelle des nicht repräsentativen ersten Jahres das zweite Jahr basiswirksam für den Bereinigungsumfang in den Folgejahren zu machen.

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.

Die durch das TSVG bewirkten Mehrbelastungen für die Krankenkassen und die Versicherten wären erheblich höher als zunächst angenommen, wenn es aufgrund einer unveränderten Gesetzeslage bei einer unvollständigen Erbringung und Kennzeichnung von TSVG-Leistungen im bereinigungsfähigen Zeitraum bleibt.

Vorschlag

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

„Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragspartner haben die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in den Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 1 um die in Satz 5 Nummer 3 bis 6 genannten Leistungen unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen sind, der ersten acht Quartale ab Inkrafttreten der neuen Vergütungsregelungen zu bereinigen. Dabei sind alle Leistungen, die die Kriterien nach § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 3 bis 6 SGB V erfüllen, verpflichtend in den Abrechnungsdaten zu kennzeichnen.“

In § 87a Absatz 3 werden nach Satz 8 folgende Sätze angefügt:

„Die Kennzeichnung der Leistungen erfolgt ab sofort und nach Vorliegen der technischen Voraussetzungen durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung, spätestens jedoch ab dem 4. Abrechnungsquartal 2020. Die entsprechenden Regelungen im Bundesmantelvertrag zur Umsetzung des §75 Abs. 1a SGB V und des Satz 5 Nr. 3 bis 6 SGB V sowie die vom Bewertungsausschuss zu beschließenden Vorgaben nach Absatz 5 Satz 7 sind zu berücksichtigen.“

§ 140a Absätze 1, 2, 3 und 4 SGB V (Umbenennung der „besonderen Versorgung“ in „selektivvertragliche Versorgung“)

Sachverhalt

Die bestehende Regelung nach § 140a SGB V sieht vor, dass sich nach h. M. die selektivvertragliche Versorgung von den Regelversorgungsleistungen abheben muss. Demnach liegt eine besondere Versorgung nur vor, wenn sie sich von den Regelversorgungsleistungen unterscheidet. In der Praxis besteht für die Krankenkassen grds. kein Anreiz, reine Regelversorgungsleistungen im Rahmen eines Selektivvertrages zu vereinbaren, da dies im Regelfall eine Bereinigung des Behandlungsbedarfes nach Abs. 6 wie auch eine gesonderte Abrechnungsprüfung unter Berücksichtigung der Leistungen der Regelversorgung nach sich zieht. Im Ausnahmefall kann in der Praxis dennoch ein Bedürfnis für die Etablierung eines mit Regelleistungen inhaltsgleichen Selektivvertrages bestehen (z. B. wenn die Sicherstellung einer Leistung nicht in hinreichendem Maße gewährleistet ist). Um dies zukünftig zu ermöglichen und keine über die Regelversorgung hinausgehenden Besonderheiten vereinbaren zu müssen, wird die Änderung von besonderer Versorgung in selektivvertragliche Versorgung vorgeschlagen.

Vorschlag

In § 140a werden in der Überschrift und in den Abs. 1, 2, 3 und 4 die Wörter „besondere Versorgung“ durch die Wörter „selektivvertragliche Versorgung“ ersetzt.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Askanischer Platz 1
10963 Berlin
Tel.: 030/2 69 31 – 0
Fax: 030/2 69 31 – 2900
Politik@vdek.com