



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum

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

Stand: 10.11.2020

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeiner Teil	4
2. Kommentierung des Gesetzentwurfs.....	12
• Zu Artikel 1 Nummer 6 a) cc) § 140a Absatz 1 Satz 4 Bestandsschutzregelung für Altverträge nach §§ 73a, 73c, 140a.....	12
• Ergänzender Änderungsbedarf: § 140a Absatz 2 neuer Satz 3 (Besondere Versorgung von Leistungen der Regelversorgung, z. B. ambulantes Operieren)	13
• Ergänzender Änderungsbedarf: § 140a Absatz 2 Satz 5 Qualitätsvorgaben bei der Beteiligung verschiedener Leistungssektoren	14
• Zu Artikel 1 Nummer 6 d) § 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 1 Nummer 8 § 242 Absatz 1 SGB V – Zusatzbeitrag.....	17
• Zu Artikel 1 Nummer 9 § 260 Absatz 2 SGB V – Betriebsmittel	19
• Zu Artikel 2 Nummer 1 § 4 Absatz 2 KHEntG – Vereinbarung eines Erlösbudgets	20
• Zu Artikel 3 Nummer 4 § 85 SGB XI – Pflegesatzverfahren	23
3. Kommentierung der Änderungsanträge von CDU/CSU und SPD ...	26
• Zu Änderungsantrag 7 „Pflegefachkraftstellen-Förderprogramm“	26
• Zu Änderungsantrag 8 „Entscheidungsfristen für Pflegekassen“	27
• Zu Änderungsantrag 9 „Digitalisierung in der Pflegehilfsmittelversorgung“	28
• Zu Änderungsantrag 10 „Sicherstellung der medizinischen Versorgung in epidemischen Lagen, Finanzierung von Testzentren“	29
• Zu Änderungsantrag 11 „Pandemiebedingte Anpassung von Vergütungsvereinbarungen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen“	30
• Zu Änderungsantrag 14 „Corona-Pandemie; Beratungsbesuche nach § 37 SGB XI“	31
• Zu Änderungsantrag 15 „Verlängerung pandemiebedingter Sonderregelungen im SGB XI“	32
4. Weiterer ergänzender Änderungsbedarf	33

- § 140a Absätze 1, 2, 3 und 4 SGB V (Umbenennung der „besonderen Versorgung“ in „selektivvertragliche Versorgung“)33

1. Allgemeiner Teil

Der Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG) beinhaltet eine Reihe von Rechtsänderungen in inhaltlich verschiedenen Bereichen. Insbesondere sei an dieser Stelle auf die deutliche Erweiterung der Selektivvertragsmöglichkeiten einzugehen sowie auf die regulatorische Umsetzung des BMG-Papiers zur Sozialgarantie 2021.

Ersatzkassen unterstützen die erweiterten Möglichkeiten für Selektivverträge

Die in § 140a SGB V 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 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 Innovationspotenzial einer Versorgung getroffen wurde. Diese Genehmigungsfiktion schafft weitere Rechtssicherheit 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.

Regelungen zur GKV-Finanzierung im Jahr 2021 notwendig

Zur Deckung der voraussichtlichen Finanzierungslücke in der GKV von ca. 16 Milliarden Euro und zur Einhaltung der Sozialgarantie 2021 – die Deckelung der Sozialversicherungsabgaben bei insgesamt 40 Prozent – wurde von der Bundesregierung ein Bündel an Maßnahmen vorgeschlagen, die die Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen betreffen.

So soll der Bundeszuschuss in den Gesundheitsfonds einmalig um fünf Milliarden Euro auf insgesamt 19,5 Milliarden Euro im Jahr 2021 erhöht werden. Der vorliegende Gesetzentwurf sieht zusätzlich eine Abschmelzregelung bei den Rücklagen der Krankenkassen vor. Diejenigen Krankenkassen, deren Rücklagen über einem Grenzwert von 40 Prozent einer durchschnittlichen Monatsausgabe liegen, müssen 66,1 Prozent aller über dem Grenzwert liegenden Rücklagen an den Gesundheitsfonds abführen. Diese an den Gesundheitsfonds abgeführten Mittel fließen in 2021 neben den regulären Einnahmen in die Zuweisungen an die Krankenkassen. Zusätzlich sollen sowohl

die Anhebungsverbotsgrenze für den kassenindividuellen Zusatzbeitrag gesenkt und die Rücklagenobergrenze von 100 Prozent einer durchschnittlichen Monatsrücklage auf 80 Prozent abgesenkt werden. Kassen, die über Rücklagen oberhalb dieser Grenze verfügen, dürfen ihre Zusatzbeiträge nicht anheben und müssen ihre Rücklagen durch gleichbleibende oder sinkende Zusatzbeiträge innerhalb von drei Jahren abbauen.

Insgesamt sollen durch diese Maßnahmen 13 Milliarden Euro generiert werden. Fünf Milliarden Euro durch den erhöhten Steuerzuschuss und acht Milliarden Euro durch die Abschmelzregelung. Um die Deckungslücke von ca. 16 Milliarden Euro zu schließen, werden Schätzungsweise weitere drei Milliarden Euro benötigt. Diese sollen durch Anhebung der Zusatzbeitragssätze generiert werden. Der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a Absatz 2 SGB V wird durch das BMG nach Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises entsprechend festgelegt. Er müsste um 0,2 Prozentpunkte auf 1,3 Prozent angehoben werden. Damit läge der Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz noch knapp unter der 40 Prozent-Marke. Die Abgaben lägen bei insgesamt 39,95 Prozent, zuzüglich des Kinderlosenzuschlags i. H. v. von 0,25 Prozent zur sozialen Pflegeversicherung

Die Finanzierungslücke ist vor allem dadurch entstanden, dass die GKV in der Pandemie viele gesamtgesellschaftliche Aufgaben zuverlässig und unkompliziert übernommen hat. Der vdek erwartet eine gerechte Kostenverteilung und die stärkere Einbeziehung der privaten Krankenversicherung in die Finanzierung dieser gesamtgesellschaftlichen Aufgaben. Es ist nicht gerecht, die Hauptlast der Deckung der Finanzierungslücke den Beitragszahlern und der Selbstverwaltung zu überantworten. Der vorgesehene Rücklagenabbau beeinträchtigt eine vorausschauende Finanzplanung der Selbstverwaltung.

Dass die Politik ein Maßnahmenpaket zur Finanzierung der Milliardenlücke in der gesetzlichen Krankenversicherung vorlegt und dabei auch Rücklagen der Krankenkassen einbezieht, ist grundsätzlich nachvollziehbar. Die Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter in den Gremien der Ersatzkassen weisen darauf hin, dass nach der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) und der gesetzgeberischen Festlegung eines allgemeinen Beitragssatzes im Jahr 2008 ein weiteres Mal in die Autonomie der Selbstverwaltung eingegriffen werden soll. Auch wenn der

Rücklagenabbau in die Finanzautonomie der Selbstverwaltung eingreift, räumt der vdek ein, dass hiermit finanzielle Fehlentwicklungen seit der Einführung des Morbi-RSA korrigiert werden sollen, durch die vor allem die Ersatzkassen im Wettbewerb benachteiligt werden. In der Hochphase der Pandemie waren es die selbstverwalteten gesetzlichen Krankenkassen, die alles getan haben, damit das Gesundheitssystem handlungs- und leistungsfähig bleibt. Eine erneute finanzielle und strukturelle Beschneidung der GKV durch die Eingriffe in die Finanzautonomie der Selbstverwaltung sollte verhindert werden.

Die Absenkung des Grenzwerts für ein Beitragssatzanhebungsverbot auf 0,8 Monatsausgaben (MA) verengt den Korridor des zulässigen Umfangs an Finanzreserven noch weiter und sollte unterbleiben.

Die momentanen Grenzwerte wurden erst mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) eingeführt und haben bisher noch nicht ihre volle Wirkung hinsichtlich des Abbaus von Finanzreserven entfalten können. Es kann daher noch nicht beurteilt werden, ob die bestehenden Regelungen zum Rücklagenabbau der Krankenkassen alleine nicht schon die angestrebten Effekte in gewünschtem Ausmaß sicherstellen würden. Eine erneute Verschärfung dieser Regelung erscheint daher überstürzt und ist weder eine notwendige noch hinreichende Bedingung für eine Stabilisierung der GKV-Financen im Jahr 2021. Finanzwirkungen gehen von dieser Änderung kaum aus und sind zur eigentlichen Zielsetzung des Gesetzes zur Stabilisierung der GKV-Finanzlage nicht hilfreich.

Zumindest sollte aber bei der Ermittlung der Grenze für ein Beitragssatzanhebungsverbot die Abführung der Rücklagen – laut § 272 GPVG – bereits 2020 im Zuge der Haushaltsplanung 2021 berücksichtigt werden. Dazu sollte § 242 Absatz 1 um einen neuen Satz 5 erweitert werden. Danach sind bei der Ermittlung des Verhältnisses nach Satz 4 die von den Krankenkassen nach § 272 Absatz 1 aus den Finanzreserven abzuführenden Mittel, deren Verrechnung nach § 272 Absatz 2 Satz 2 in der Haushaltsplanung für das Jahr 2021 zu berücksichtigen ist, von den in den vierteljährlichen Rechnungsergebnissen aktuellsten ausgewiesenen Finanzreserven in Abzug zu bringen.

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, 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 zehn 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 Wirtschaftsprüfer 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

Die Liste der Krankenhäuser, die pauschal 400.000 Euro Sicherstellungszuschlag erhalten, soll bis Ende des Jahres 2020 um Kinderkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin, die die Voraussetzungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) erfüllen, erweitert werden. Zudem sollen Krankenhäuser, die auf der Sicherstellungsliste stehen, künftig eine höhere Pauschale als 400.000 Euro erhalten können. Dafür muss ein Krankenhaus mehr als zwei basisrelevante Fachabteilungen vorhalten. So kann es je zusätzlicher basisrelevanter Fachabteilung weitere 200.000 Euro erhalten. Das BMG rechnet, dass etwa 31 neue Standorte in den Genuss

der Zuschläge kommen, laut Schätzungen der GKV, ist mit bis zu 59 zusätzlichen Standorten zu rechnen. Das ergibt für die Krankenkassen zusätzliche Ausgaben in Höhe von mindestens 11,8 Millionen Euro. Aus vdek-Sicht erscheint die Lösung systemkonform. Es gilt jedoch auch der Grundsatz: Qualität geht vor Erreichbarkeit.

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 (SOCIUM) 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.

2. Kommentierung des Gesetzentwurfs

Zu Artikel 1 Nummer 6 a) cc)

§ 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 22.07.2015 geltenden Fassung geschlossen wurde, soll nun aufgehoben werden.

Bewertung

Altverträge sollen bis zum 31.12.2024 nach dieser Vorschrift überführt oder beendet werden. Diese Umstellung ist als bürokratische Hürde abzulehnen. Inhaltlich bedeutet die Neuregelung eine personell aufwendige reine formalistische Umstellung der Altverträge auf die neue Rechtsgrundlage, die überflüssig ist, weil die Verträge in der Umsetzung zwingend allein an der jetzt geltenden Gesetzeslage orientiert sind und nicht an nicht mehr geltenden Gesetzesständen. Damit wären nach der hier intendierten Gesetzesänderung im Ergebnis allein die Vertragsdokumente zu überarbeiten und an die neuen Gesetzesbezeichnungen anzupassen und dann neu zu zeichnen. In der rechtlichen Beurteilung dieser Verträge ändert sich somit nichts, weil Altgesetzesstände nicht gelten. Allerdings würde den Vertragsparteien die Möglichkeit eröffnet, nun inhaltlich Konditionen in Frage zu stellen, was wiederum die Wirtschaftlichkeit der Verträge verschlechtern könnte. Daher wird die Neuregelung abgelehnt.

Änderungsvorschlag

Die Regelung wird gestrichen.

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 Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) sowie des Hessischen Landessozialgerichts (L1 KR 644/18 Kl) können ambulante Operationen, die nicht im Leistungskatalog des § 115b SGB V bzw. im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (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 Absatz 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.“

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

Sachverhalt

Die Regelungen in § 140a Absatz 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 allerdings 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 Absatz 2 Satz 5 vorausgesetzte Anforderungen erfüllen müssen, ist eine solche Klarstellung sinnvoll.

Ergänzender Änderungsvorschlag

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

Zu Artikel 1 Nummer 6 d)

§ 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 Absatz 3a Nummer 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 Absatz 3a wird in Satz 2 statt der im Gesetzentwurf vorgesehenen Wörter *„soweit sie dem Zweck der gesetzlichen Krankenversicherung dienen“* folgender Halbsatz eingefügt: *„soweit es den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht“*. Es wird in Absatz 3a folgender Satz 3 ergänzt: *„Die Beteiligung nach den Ziffern 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 Absatz 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 Absatz 4 Satz 7 wird folgender Satz angefügt: *„In den Fällen von Absatz 2 Satz 4 wird gleichzeitig mit der Teilnahmeerklärung die Einwilligung gemäß Absatz 4 Satz 1 in die Datennutzung erklärt.“*

Beabsichtigte Neureglung

Die Änderung erweitert das bereits in Absatz 1 Satz 4 enthaltene Verbot zur Anhebung des Zusatzbeitragssatzes auf alle Kassen mit Finanzreserven oberhalb von 0,8 MA (statt wie bisher einer MA). Ziel der Regelung ist der Abbau von Finanzreserven bei den Krankenkassen bis auf das Vierfache der Mindestrücklage von 0,2 MA.

Bewertung

Die Absenkung des Grenzwerts für die Finanzreserven auf 0,8 MA verengt den Korridor des zulässigen Umfangs an Finanzreserven noch weiter. Die bisherige Spanne zwischen Mindestrücklage (0,2 MA) und Obergrenze (eine MA) von 0,8 MA erscheint sinnvoll, um Ausgabenschwankungen innerhalb eines Jahres abzufedern sowie eine mittelfristige Finanzplanung der Krankenkassen zu ermöglichen.

Die momentanen Grenzwerte wurden erst mit dem GKV-VEG eingeführt und haben bisher noch nicht ihre volle Wirkung hinsichtlich des Abbaus von Finanzreserven entfalten können. Es kann daher noch nicht beurteilt werden, ob die bestehenden Regelungen zum Rücklagenabbau der Krankenkassen alleine nicht schon die angestrebten Effekte in gewünschtem Ausmaß sicherstellen würden.

Eine erneute Verschärfung dieser Regelung erscheint daher überstürzt und ist weder eine notwendige noch hinreichende Bedingung für eine Stabilisierung der GKV-Finzen in 2021. Finanzwirkungen gehen von dieser Änderung kaum aus und sind zur eigentlichen Zielsetzung des Gesetzes zur Stabilisierung der GKV-Finanzlage nicht hilfreich.

Änderungsvorschlag

Streichung der Neureglung

Alternativ ist § 242 Absatz 1 um den folgenden neuen Satz 5 zu erweitern:

„Bei der Ermittlung des Verhältnisses nach Satz 4 sind die von den Krankenkassen nach § 272 Absatz 1 aus den Finanzreserven abzuführenden Mittel, deren Verrechnung nach § 272 Absatz 2 Satz 2 in der Haushaltsplanung

für das Jahr 2021 zu berücksichtigen ist, von den in den vierteljährlichen Rechnungsergebnissen jeweils ausgewiesenen Finanzreserven in Abzug zu bringen.“

Zu Artikel 1 Nummer 9
§ 260 Absatz 2 SGB V – Betriebsmittel

Beabsichtigte Neureglung

Die Änderung erweitert die bereits in Absatz 2 enthaltene Vorschrift zum Abbau von Finanzreserven auf alle Kassen mit Finanzreserven oberhalb von 0,8 MA (statt wie bisher einer MA). Ziel der Regelung ist der Abbau von Finanzreserven bei den Krankenkassen bis auf das Vierfache der Mindestrücklage von 0,2 Monatsausgaben.

Bewertung

Die Absenkung des Grenzwerts für die Finanzreserven auf 0,8 MA ist nicht sachgerecht, da der Korridor des zulässigen Umfangs an Finanzreserven noch weiter verkleinert wird. Die bisherige Spanne zwischen Mindestrücklage (0,2 MA) und Obergrenze (einer MA) von 0,8 Monatsausgaben erscheint sinnvoll, um Ausgabenschwankungen innerhalb eines Jahres abzufedern sowie eine mittelfristige Finanzplanung zu ermöglichen.

Im Übrigen wird auf unsere Bewertung zu Nummer 8 des Gesetzentwurfs verwiesen.

Änderungsvorschlag

Streichung der Neuregelung

Zu Artikel 2 Nummer 1

§ 4 Absatz 2 KHEntG – Vereinbarung eines Erlösbudgets

Beabsichtigte Neureglung

Es wird ein Förderprogramm für neue bzw. aufgestockte Stellen von Hebammen eingeführt. Neben Hebammen ist auch unterstützendes Fachpersonal in der Geburtshilfe und Gynäkologie eingeschlossen. Dabei handelt es sich um medizinische Fachangestellte, Dokumentations- und Pflegekräfte. 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 unterstützenden Fachpersonals ist auf zehn 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-Spitzenverband (GKV-SV) wird beauftragt, ab 2022 jährlich über das Förderprogramm zu berichten.

Bewertung

Aus Sicht des vdek ist die Zielsetzung des Hebammenstellenförderprogramms, die geburtshilfliche Versorgung durch zusätzliche Hebammenstellen zu verbessern, zu begrüßen. Der vdek unterstützt das Ziel, einen Hebammen-Betreuungsschlüssel von zunächst 1:2, perspektivisch 1:1 zu erreichen. Dieser Hebammen-Betreuungsschlüssel sollte gesetzlich oder untergesetzlich durch den G-BA festgelegt werden.

Allerdings lässt sich der Fachkräftemangel bei Hebammen nicht einfach nur mit zusätzlichem Geld für neue bzw. aufgestockte Stellen beheben. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurde zudem schon das Förderprogramm für die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf auf Hebammen ausgedehnt – „mit dem Ziel, Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal oder von Hebammen und Entbindungspflegern zusätzlich zu fördern“ (§ 4 Absatz 8a KHEntG).

Zudem stellt das Hebammenstellen-Förderprogramm in seiner jetzigen Fassung nicht sicher, dass das zusätzliche Personal nach Beendigung des

Förderprogramms in den Regelbetrieb des Krankenhauses übernommen werden kann und weiterhin zweckgebunden finanziert wird. Hierzu müsste der Gesetzesvorschlag entsprechend ergänzt werden. Die Krankenhäuser müssen verpflichtet werden, nachzuweisen, dass sie das über das Förderprogramm eingestellte Personal über 2023 hinaus beschäftigen. Die Weiterbeschäftigung sollte zwingender Bestandteil der Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung sein.

Abzulehnen ist auch, dass innerhalb des Hebammenstellen-Förderprogramms auch andere Berufsgruppen finanziert werden sollen. Sämtliches Personal im Funktionsdienst wird über die Fallpauschalen vergütet. Die Gesetzgebung darf nicht dazu führen, dass für jede Berufsgruppe im Krankenhaus eigene Finanzierungsregeln aufgestellt werden. Dies führt zu Bürokratieaufbau und weiterer Belastung der Budgetverhandlungen mit den Krankenhäusern. Der Einsatz der Fördermittel sollte sich daher auf den Aufbau und die Aufstockungen von entsprechend qualifiziertem 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. Ein solcher Fehler sollte an dieser Stelle vermieden werden. Falls unterstützendes 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. Dies sollte ebenfalls zwingender Bestandteil der Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung sein.

Der vdek regt zudem 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.

Änderungsvorschlag

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

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

Daraus leiten sich sachlogisch folgende Änderungen ab:

- In Artikel 2 Nummer 1 zu § 4 Absatz 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 Absatz 10 (Neu) KHEntgG ist Satz 6 wie folgt zu ändern: *„Voraussetzung für die Finanzierung ist, dass im Vergleich zum 1. Januar 2020 zusätzliche Stellen für Hebammen ~~oder für Hebammen unterstützendes Fachpersonal~~ geschaffen oder dass entsprechende Teilzeitstellen aufgestockt werden.“*
- In Artikel 2 Nummer 1 § 4 Absatz 10 (Neu) KHEntgG ist Satz 17 wie folgt zu ändern: *„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich, erstmals zum 30. Juni 2022 über die Zahl der Vollzeitkräfte und den Umfang der aufgestockten Teilzeitstellen ~~gesondert für Hebammen und für das Hebammen unterstützende Fachpersonal~~, die auf Grund der Finanzierung nach Satz 1 ~~den Sätzen 1 und 3~~ in den Jahren 2021, 2022 und 2023 neu eingestellt oder deren vorhandene Teilzeitstellen aufgestockt wurden.“*
- In Artikel 2 Nummer 1 zu § 4 Absatz 10 (Neu) KHEntgG ist Satz 18 wie folgt zu ändern: *„Die Krankenkassen sind verpflichtet, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die für die Berichterstattung nach Satz 17 erforderlichen Informationen über die Vereinbarungen der Vertragsparteien zur Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von nach Satz 1 ~~den Sätzen 1 und 3~~ finanziertem Personal zu übermitteln.“*

Beabsichtigte Neureglung

Neben der bereits heute stattfindenden Förderung von zusätzlichen Fach- und Hilfskräften nach § 8 Absatz 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 (prospektiven) Belegungsstruktur der Einrichtung im Pflegesatzzeitraum. Anders als das Verfahren nach § 8 Absatz 6 SGB XI (13.000 Stellen-Programm), welches als Antragsverfahren ausgestaltet ist und für die Ersatzkassen durch die DAK-Gesundheit umgesetzt wird, können die Pflegeeinrichtungen ihre Aufwendungen über einen Zuschlag nach § 84 Absatz 9 SGB XI refinanzieren lassen. Der GKV-SV legt im Benehmen mit der privaten Krankenversicherung (PKV), der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe (BAGüS) und den Leistungserbringerverbänden das Nähere für das Vereinbarungsverfahren fest. Übergangsweise, d. h. bis eine vertragliche Vereinbarung nach § 84 Absatz 9 SGB XI besteht, kann die Pflegeeinrichtung die Beschäftigung zusätzlicher Hilfskraftstellen auch abrechnen, nachdem eine entsprechende Mitteilung an die Pflegekassen erfolgt ist.

Bewertung

Grundsätzlich wird begrüßt, dass der Gesetzgeber sich zügig 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“ erfolgt, da 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 im 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. 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.

Begrüßt wird ferner, dass die Förderung unter der Voraussetzung erfolgt, dass es sich um qualifizierte Hilfskräfte handeln muss oder dass innerhalb von drei Jahren eine landesrechtlich geregelte Qualifizierungsmaßnahme erfolgt. Dass die Pflegekassen auch die Ausbildungskosten übernehmen sollen, wird hingegen kritisch gesehen, denn die Finanzierung von Ausbildungsstätten ist weiterhin Ländersache.

Verbessert werden muss das Gesetz noch hinsichtlich des Übergangsverfahrens. So sollte auch beim Übergangsverfahren auf die der (laufenden) Pflegesatzvereinbarung zugrundeliegenden prospektiven Bewohnerstruktur abgestellt werden. Im Sinne der Entbürokratisierung wäre es zudem äußerst sinnvoll, dass auch die Höhe der Personalkosten auf der Pflegesatzvereinbarung aufbaut. Hintergrund ist, dass in den Pflegesatzvereinbarungen in der Regel auf die durchschnittlichen Personalkosten von Fachkräften und Hilfskräften abgestellt wird. Die durchschnittlichen Personalkosten für (bestehende) Pflegehilfskräfte lassen sich unproblematisch auch auf die zusätzlichen Hilfskräfte übertragen. Hierfür sollte zumindest die Option bestehen.

Sehr sinnvoll ist es, dass der GKV-SV ein einheitliches Formular zur Meldung für das Übergangsverfahren vorgeben kann. Auf die Benennungsherstellung mit PKV und BAGüS ist zu verzichten, da diese Akteure sich auch nicht an der Bearbeitung der Antragsverfahren beteiligen.

Änderungsvorschlag

Verankerung eines „PeBeM-Fahrplans“

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.

Feinjustierung des Übergangsverfahrens

Absatz 11 Nummer 1 und 3 sind wie folgt zu fassen:

1. die Anzahl der ~~zum Zeitpunkt der Mitteilung~~ **im laufenden Pflegesatzzeitraum prospektiv** versorgten Pflegebedürftigen nach Pflegegraden,

(...)

3. die Qualifikation, **wahlweise die der geltenden Pflegesatzvereinbarung zugrundeliegende durchschnittliche Entlohnung von Pflegehilfskräften in der Einrichtung oder die Entlohnung einschließlich der** ~~und die weiteren~~ Personalaufwendungen für das zusätzliche Pflegehilfskraftpersonal,

Absatz 11 Satz 2 ist wie folgt zu fassen:

Für die Mitteilung nach Satz 1 ist ein einheitliches Formular zu verwenden, das der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Benehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit, ~~dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe~~ bereitstellt.

3. Kommentierung der Änderungsanträge von CDU/CSU und SPD

Zu Änderungsantrag 7
„Pflegefachkraftstellen-Förderprogramm“

Sachverhalt

Mit dem Änderungsantrag soll eine Konkretisierung des Pflegefachkraftstellen-Förderprogramms erfolgen. Dazu wird der förderfähige Personalkreis um Pflegehilfskräfte in Ausbildung zur Pflegefachkraft sowie um weitere Fachkräfte aus dem Gesundheits- und Sozialbereich (Altentherapeut, Heilerzieher, Heilerziehungspfleger, Heilpädagogen, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Sozialtherapeuten) erweitert.

Bewertung

In den Teilen A und C soll das Förderprogramm auf weitere bereits in der Pflege tätige Berufsgruppen (Altentherapeuten, Heilerzieher, Heilerziehungspfleger, Heilpädagogen, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Sozialtherapeuten) ausgeweitet werden. Diese zählen nicht zu den Pflegefachkräften nach § 71 Absatz 3 SGB XI und sind demnach bisher nicht förderfähig. Die Aufnahme dieser Berufsgruppen entspricht nicht der Intention des § 8 Absatz 6 SGB XI, die darin liegt Pflegekräfte zu fördern, die die medizinische Behandlungspflege übernehmen. Hinzu kommt, dass die Refinanzierung wegen der medizinischen Behandlungspflege über die GKV erfolgt. Mit der ursprünglichen Wartefrist soll erreicht werden, dass in einem hohen Maße Pflegefachkräfte, die die medizinische Behandlungspflege durchführen können, zusätzlich finanziert werden. Sofern die Wartefrist aufgehoben wird, muss davon ausgegangen werden, dass vermehrt Pflegehilfskräfte finanziert werden, die allerdings nicht die medizinische Behandlungspflege durchführen können. Die Teile A und C sind aus Sicht des vdek daher abzulehnen.

In Teil B wird eine Regelung zum Nachweisverfahren aufgenommen, die zwischen den Beteiligten abgestimmt ist und bereits Aufnahme in die Festlegungen des GKV-Spitzenverbands zu § 8 Absatz 6 SGB XI gefunden hat. Mit der Verankerung im SGB XI wird diese Regelung rechtsverbindlich geregelt. Das ist sinnvoll.

Zu Änderungsantrag 8
„Entscheidungsfristen für Pflegekassen“

Sachverhalt

Durch die Änderung soll die Entscheidung der Pflegekassen über Anträge auf Pflegehilfsmittel bzw. wohnumfeldverbessernde Maßnahmen beschleunigt werden. Die neuen Fristen sehen dazu eine Entscheidung innerhalb von drei Wochen bzw. fünf Wochen, wenn eine Pflegefachkraft oder der Medizinische Dienst begutachten muss, vor.

Bewertung

Die Pflegekassen bearbeiten die Anträge derzeit zügig, der Pflegebedürftige erhält die erforderlichen Pflegehilfsmittel und die wohnumfeldverbessernden Maßnahmen ohne Zeitverzögerung. Die Regelung ist aus Sicht des vdek daher nicht erforderlich.

Zu Änderungsantrag 9
„Digitalisierung in der Pflegehilfsmittelversorgung“

Sachverhalt

Ziel des Änderungsantrags ist es, pflegebedürftigen Menschen in der häuslichen Versorgung neue Techniken und Technologien möglichst zeitnah zugänglich zu machen, soweit sie als Pflegehilfsmittel oder wohnumfeldverbessernde Maßnahmen pflegerischen Nutzen aufweisen und als Pflegehilfsmittel der Erleichterung der Pflege dienen.

Bewertung

Der Änderungsantrag besteht aus zwei Regelungsteilen.

Im ersten Teil werden die bestehenden Verfahrensregelungen zum Hilfsmittelverzeichnis aus dem SGB V auf das Pflegehilfsmittelverzeichnis im SGB XI übertragen. Die Anpassung ist nachvollziehbar und unkritisch.

Im zweiten Teil soll für den Bereich der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen eine gleiche Verfahrensweise umgesetzt werden. Auch hier soll zukünftig ein feststehender definierter Produktkatalog für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen erstellt werden. Dies weicht von der bisherigen Verfahrensweise stark ab. Festgelegt ist bisher z. B. ein rutschhemmender Bodenbelag, allerdings werden keine Produkte, z. B. Fliesen bestimmter Hersteller, aufgeführt. Gleiches gilt für andere wohnumfeldverbessernde Maßnahmen. Das angedachte Verfahren wäre somit viel zu kleinteilig und bürokratisch. Der Teil des Änderungsantrages zu den Neuregelungen bei wohnumfeldverbessernden Maßnahmen wird vom vdek daher abgelehnt.

Zu Änderungsantrag 10
„Sicherstellung der medizinischen Versorgung in epidemischen Lagen,
Finanzierung von Testzentren“

Sachverhalt

Der Anwendungsbereich des § 105 Absatz 3 SGB wird auf die Sicherstellung der medizinischen Versorgung erweitert (bisher: vertragsärztliche Versorgung). Die zeitliche Befristung der Regelung wird aufgehoben; sie gilt auch nach dem 31.12.2020 bei einer epidemischen Lage nationaler Tragweite. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, den Krankenkassen rechnungsbegründende Unterlagen zur Verfügung zu stellen.

Bewertung

Die Erweiterung der Regelung bei gleichzeitiger Vollfinanzierung durch die GKV bewertet der vdek kritisch. Es ist zu erwarten, dass in diesem Rahmen vermehrt Leistungen, die nicht zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung erforderlich sind, zulasten der GKV erbracht werden. Stattdessen sollte sichergestellt werden, dass Ausgaben für Nicht-GKV-Versicherte durch die jeweiligen Kostenträger (insbesondere PKV) zu tragen sind bzw. die Übernahme der Kosten als gesamtgesellschaftliche Aufgabe direkt aus Steuermitteln des Bundes erfolgt.

Die vorgesehene „Entfristung“ ist grundsätzlich nachvollziehbar. Sie steht insoweit in einem Sachzusammenhang zur Erklärung einer Pandemie durch den Deutschen Bundestag.

Eine erhöhte Transparenz bei der Abrechnung der Leistungen wird vom vdek positiv bewertet, nach Ansicht der Ersatzkassen ist die Regelung allerdings nicht ausreichend. Stattdessen sollten die Krankenkassen in die Entscheidungen über entsprechende Vereinbarungen auf Landesebene einbezogen werden.

Zu Änderungsantrag 11

„Pandemiebedingte Anpassung von Vergütungsvereinbarungen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen“

Sachverhalt

Mit den geplanten Änderungen sollen die mit den stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Mütter-/Vater-Kind-Einrichtungen und ambulanten Reha-Zentren getroffenen Vergütungsvereinbarungen für den Zeitraum vom 01.10.2020 bis 31.03.2021 um Regelungen zum Ausgleich von pandemiebedingten Mehraufwänden oder Mindereinnahmen ergänzt werden.

Bewertung

Durch die Regelung wären ca. 1.120 Vorsorge-/Reha-Einrichtungen, 130 MVK-Einrichtungen und 640 ambulante Reha-Zentren (insgesamt rund 1.900 Verträge) betroffen. Auch wenn die hinter der Regelung stehende Absicht aus Sicht des vdek nachvollziehbar erscheint, so ist die Umsetzung über die Anpassung der Vergütungsverträge extrem bürokratisch. Zusätzlich entstünde den Krankenkassen ein weiterer Mehraufwand durch fällige (rückwirkende) Nachberechnungen ab 01.10.2020. Auch droht die Gefahr, dass es zu zahlreichen, sehr unterschiedlichen Regelungen bundesweit kommt.

Änderungsvorschlag

Daher sollte der Gesetzgeber stattdessen den sogenannten „Rettungsschirm Reha nach § 111d SGB V“ – analog zum Sozialdienstleister-Einsatzgesetz (SodEG) verlängern. Dieser ist zum 30.09.2020 ausgelaufen. Mit den Regelungen dieses Schutzschirms wäre ein bewährtes und unbürokratisches Verfahren zum Ausgleich pandemiebedingter Mindereinnahmen sichergestellt, bei dem nicht tausende Einzelvereinbarungen zu schließen/zu verhandeln wären. Der Schutzschirm müsste allerdings auf die ambulanten Reha-Einrichtungen ausgeweitet werden, da diese bisher nicht davon erfasst waren.

Sachverhalt

In der Zeit vom 27. März bis 30. September 2020 waren die Beratungsbesuche durch das Aussetzen der Sanktionierung (Kürzung bzw. Entzug des Pflegegeldes) faktisch eingestellt (COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz i. V. m. § 148 SGB XI). Auf ausdrücklichen Wunsch des Pflegebedürftigen wurden die Beratungsbesuche natürlich durchgeführt, überwiegend telefonisch. Die oben genannte Ausnahmeregelung wurde nicht über den 30.09.2020 hinaus verlängert, die Beratungsbesuche daher in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen wieder aufgenommen.

Bewertung

Die Beratungsbesuche haben bei der häuslichen Pflege eine hohe Bedeutung, sie sorgen für eine langfristige Sicherstellung der häuslichen Pflege. Dies gilt besonders in der COVID-19-Pandemie, hier besteht ein erhöhter Bedarf an Beratung und Unterstützung. Mit der Regelung soll die Durchführung der Beratungsbesuche per Telefon, digital oder per Videokonferenz ermöglicht werden. Die Regelung wird vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklungen in der Corona-Pandemie begrüßt. Grundsätzlich ist die Durchführung über Videokonferenz gegenüber der telefonischen Beratung zu bevorzugen, da hierbei die Inaugenscheinnahme des Pflegebedürftigen sowie des Wohnbereichs möglich ist. Unklar ist jedoch, was sich zusätzlich zur Videokonferenz hinter dem Wort „digital“ verbirgt. In jedem Fall muss am persönlichen Gespräch mit dem Pflegebedürftigen festgehalten werden. Das Wort „digital“ sollte daher gestrichen werden.

Zu Änderungsantrag 15
„Verlängerung pandemiebedingter Sonderregelungen im SGB XI“

Sachverhalt

Die pandemiebedingten Sonderregelungen (u. a. Meldepflicht einer Pflegeeinrichtung bei nicht sichergestellter Pflege, Ausgleichszahlung für Mehraufwendungen und Mindereinnahmen – sogenannter Pflege-Schutzschirm) sollen verlängert werden.

Bewertung

Die oben genannten Maßnahmen und Sonderregelungen haben sich bisher bei der Bewältigung der COVID-19-Pandemie bewährt. Die Verlängerung der Sonderregelungen kann vom vdek daher nachvollzogen werden, um insbesondere die Pflege und die Versorgung der Pflegebedürftigen strukturell zu sichern. Die damit einhergehenden Mehrausgaben für die Pflegeversicherung müssen allerdings über zusätzliche Steuerzuschüsse finanziert werden. Der bisherige Zuschuss von 1,8 Milliarden Euro deckt diese neuerliche Verlängerung des Pflegeschutzes nicht ab.

4. Weiterer ergänzender Änderungsbedarf

§ 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 grundsätzlich kein Anreiz, reine Regelversorgungsleistungen im Rahmen eines Selektivvertrages zu vereinbaren, da dies im Regelfall eine Bereinigung des Behandlungsbedarfes nach Absatz 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. 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.

Änderungsvorschlag

In § 140a werden in der Überschrift und in den Absatz 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