



BKK Dachverband e.V.

Mauerstraße 85
10117 Berlin

TEL (030) 2700406-0

FAX (030) 2700406-199

politik@bkk-dv.de

www.bkk-dachverband.de

Stellungnahme
des BKK Dachverband e.V.

vom 26.08.2020

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbes-
serung der Gesundheitsversorgung und Pflege
(Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG)

Inhalt

I. Vorbemerkung	3
II. Detailkommentierung.....	6
Artikel 1	6
Zu Nr. 1: § 85a SGB V Sonderregelungen für Vertragszahnärzte aus Anlass der COVID-19-Epidemie	6
Zu Nr. 3: § 140a SGB V Selektivvertragliche Versorgung	6
Artikel 2	7
Zu Nr. 1: § 4 Abs. 10 KHEntgG (neu) Hebammenstellen-Förderprogramm.....	7
Zu Nr. 2: § 9 Abs. 1a Nr. 6 KHEntgG Einbeziehung der Kinder- und Jugendmedizin in die pauschale Förderung für ländliche Krankenhäuser	9
Artikel 3	11
Zu Nr. 1a: § 8 Abs. 6a Vergütungszuschlag zur Finanzierung zusätzlicher Pflegehilfskraftstellen	11
Zu Nr. 4a (§ 150 Abs. 5c SGB XI): pandemiebedingte Sicherstellung der pflegerischen Versorgung.....	16
Artikel 3 und 4	16
Pandemiebedingte Sonderregelungen zum Pflegeunterstützungsgeld und zur Pflegezeit	16
III. Weiterer Änderungsbedarf	17
Arzneimittel.....	17
Vorratshaltung in den Apotheken.....	17
Impfstoffversorgung.....	17
Sozialversicherungsbeiträge.....	18
Einbeziehung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung bei freiwillig versicherten Beschäftigten in den Gesamtsozialversicherungsbeitrag	18
Ambulante vertragsärztliche Versorgung	19
Bereinigung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung nach § 87a Absatz 3 Satz 7 und 8 SGB V aufgrund extrabudgetärer Vergütung der durch Terminservicestellen sowie Hausärzte vermittelten Behandlungsfälle, Neupatienten und offene Sprechstunde	19

I. Vorbemerkung

Der Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG) adressiert richtiger Weise etliche Themen, die die gesundheitliche und pflegerische Versorgung verbessern. Er regelt darüber hinaus Maßnahmen, die im Rahmen der COVID-19-Pandemie zu dessen Bewältigung ergriffen wurden und nun weiterer Regelungen bedürfen.

Erweiterte Möglichkeiten für Selektivverträge

Die weitreichenden Änderungen des § 140a SGB V bewerten die Betriebskrankenkassen grundsätzlich positiv. Die Neuregelungen erhöhen den Spielraum für gute Versorgungsverträge deutlich und ebnen den Weg für eine integrative, an den Patienteninteressen ausgerichteten Versorgung. Hier ist insbesondere die Einbeziehung anderer Sozialversicherungsträger hervorzuheben.

Wenngleich die Anpassung von Altverträgen an die neue Rechtsgrundlage mit enormem Verwaltungsaufwand verbunden zu sein scheint, wird die Regelung im Sinne einer Stärkung der Manipulationsüberwachung befürwortet. Eine Fristverlängerung ist jedoch zu prüfen. Bei der Beauftragung Dritter für Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen der Leistungserbringer und der Krankenkassen muss gewährleistet sein, dass diese nicht zur Kodierbeeinflussung verwendet werden können.

Das Kostenerstattungsverfahren nach § 13 SGB V hat sich für eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung in Einzelfällen durch nicht zugelassene Leistungserbringer bewährt. Wenngleich die Möglichkeit, die Versorgung von Einzelfällen durch nicht zugelassene Leistungserbringer in einem Vertrag zu bündeln, sinnvoll erscheint, bleibt fraglich, ob der § 140a SGB V hierfür den richtigen Rahmen bietet. Sämtliche dort begründeten Erfordernisse, wie Datenträgere Austausch, Bereinigung, Wirtschaftlichkeitsnachweis etc. können in solchen Vertragskonstellationen nicht erfüllt werden.

Hebammenstellen-Förderprogramm

Der BKK Dachverband unterstützt die Zielsetzung des Gesetzgebers, die Hebammenversorgung in der stationären Geburtshilfe zu stärken und die Betreuungsrelation von Hebammen zu Schwangeren/Müttern zu verbessern. Das vorgeschlagene Hebammenstellen-Förderprogramm ist aus Sicht des BKK Dachverbandes jedoch zu undifferenziert. Ein solches Programm muss Maßnahmen zur Schaffung zusätzlicher Hebammenkapazitäten sowie Überlegungen zu einem zielgerichteten, Kriterien-basierten Mitteleinsatz in den Kliniken vorausgehen. Daneben gilt es, das Berufsbild der Hebamme im stationären Kontext zu stärken und Kliniken im Rahmen des Förderprogramms zu verpflichten, Hebammen von administrativen und berufsfernen Aufgaben zu befreien.

Sollte der Gesetzgeber am derzeitigen Stand des Hebammenstellen-Förderprogramm festhal-

ten, muss explizit ausgeschlossen sein, dass Einstellungen von Hebammen, die in ein Angestelltenverhältnis übernommen werden, aber bereits vorher in den jeweiligen Kliniken als freiberufliche Beleghebammen tätig waren, als förderfähig im Sinne des Förderprogrammes gestellt werden.

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

Einem weiteren Abbau von Versorgungskapazitäten der Kinder- und Jugendmedizin muss dringend entgegengewirkt und gleichzeitig ein hohes Maß an Versorgungsqualität sichergestellt werden. Der Einbezug der Kinder- und Jugendmedizin in die Förderung über Sicherstellungszuschläge ist eine erste richtige Maßnahme, um die Finanzierungssystematik kurzfristig auf die Stärkung der kinder- und jugendmedizinischen Kapazitäten auszurichten. Der BKK Dachverband regt darüber hinaus an, dass die Auszahlung des Zuschlages an die Erfüllung weiterer Kriterien geknüpft wird, die im Rahmen der jährlichen Budgetverhandlungen mit den Kostenträgern nachzuweisen sind.

Neben der nun forcierten kurzfristigen finanziellen Stärkung der Kinder- und Jugendmedizin, sollte allerdings auch eine zielgerichtete langfristige Weiterentwicklung des DRG-Systems im Bereich der Pädiatrie verfolgt werden. Um insbesondere die wohnortnahe medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in ländlichen Gegenden zu stärken, sollte der Aufbau und die Nutzung regionaler Versorgungsnetzwerke in der Kinder- und Jugendmedizin vorangetrieben werden.

Vergütungszuschlag Pflegehilfskräfte

Im Rahmen der bestehenden Vergütungszuschlagsregelungen für zusätzliche Pflegestellen in vollstationären Pflegeeinrichtungen ist nunmehr auch eine erste Stufe zur Umsetzung und Einführung des Personalbemessungsverfahrens (n. § 113c SGB XI) in Pflegeeinrichtungen vorgesehen. Dies begrüßt der BKK Dachverband ausdrücklich. Wenngleich zu betonen ist, dass ein Zuschlag für zusätzliche Pflegehilfs- bzw. Assistenzkräfte nur eine flankierende Maßnahme auf dem Weg zur Umsetzung des vorgeschlagenen Personalbemessungsinstruments sein kann. Dringend muss parallel auch die Ausbildung von Pflegehilfskräften vereinheitlicht werden, welche landesrechtlich geregelt ist. Der BKK Dachverband weist darauf hin, dass eine Operationalisierung der Zuschlagsregelung im Achten Kapitel des SGB XI sinnvoller wäre, da beispielsweise die inhaltlich angedachte Berechnung der zusätzlichen Pflegehilfskräfte anhand der Belegungsstrukturen der stationären Pflegeeinrichtungen bereits heute ein wesentliches Merkmal der Pflegesatzverhandlungen darstellt. Außerdem würden die mit dem Förderverfahren nach § 8 Abs. 6 SGB XI einhergehenden erheblichen bürokratischen Aufwände auf allen Seiten vermieden.

Pandemiebedingte Sonderregelungen

Die pandemiebedingten gesetzlichen Anpassungen bei der Abrechnung von Liquiditätshilfen an Vertragszahnärzte und zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung (Entlastungsbetrag sowie Pflegeunterstützungsgeld) werden befürwortet.

Weiteren auf die Corona-Pandemie bezogenen Änderungsbedarf sieht der BKK Dachverband im Arzneimittelbereich, im Beitragsrecht und im ambulanten vertragsärztliche Bereich:

- Vorratshaltung in den Apotheken sicherstellen;
- Einheitliche Regelungen zur Bereitstellung von Impfstoffen, um Überbevorratung und Verknappung in Arztpraxen zu vermeiden;
- Schutz von freiwillig versicherten Beschäftigten vor doppelter Beitragslast bei Arbeitgeberinsolvenz;
- Verlängerung des Bereinigungszeitraums für extrabudgetäre, mit dem TSVG eingeführte vertragsärztlichen Leistungen bei Terminvermittlung, Behandlung von Neupatienten und offenen Sprechstunden aufgrund der Corona-Pandemie zur Vermeidung von Doppelvergütung;

II. Detailkommentierung

Artikel 1

Zu Nr. 1: § 85a SGB V Sonderregelungen für Vertragszahnärzte aus Anlass der COVID-19-Epidemie

Da die COVID-19-VSt-SchutzV zum 31. März 2021 außer Kraft tritt, wird die Schaffung einer Rechtsgrundlage für die Vereinbarungen zu den Rückzahlungen zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen begrüßt. Ohne eine gesetzliche Regelung wären entstandene Rückzahlungsansprüche gefährdet.

Zu Nr. 3: § 140a SGB V Selektivvertragliche Versorgung

Die weitreichenden Änderungen des § 140a SGB V bewerten die Betriebskrankenkassen grundsätzlich positiv. Die Neuregelungen erhöhen den Spielraum für gute Versorgungsverträge deutlich und ebnen den Weg für eine integrative, an den Patienteninteressen ausgerichtete Versorgung. Hierzu zählt insbesondere die Erweiterung der Regelungen auf die nicht-ärztlichen Leistungserbringer und die Reduktion des Aufwandes in Bezug auf Innovationsfonds-Projekten.

Wenngleich eine Überführung bzw. **Anpassung von Altverträgen an die neue Rechtsgrundlage** mit nicht unerheblichem Verwaltungsaufwand verbunden zu sein scheint, wird die Regelung im Sinne einer Stärkung der Manipulationsüberwachung befürwortet. Anforderungen an die Überführung müssen indes im Gesetzestext spezifiziert werden, damit Rechtssicherheit für die Vertragspartner hergestellt wird. Prinzipiell gilt, es sollte nur das angepasst werden, was nötig ist. Die Überführung darf keine (neuen) Ausschreibungen und/oder neue Vertragsverhandlungen nach sich ziehen. Andernfalls ist zu befürchten, dass viele der Verträge der besonderen Versorgung eher beendet werden.

Während Verträge nach § 140a SGB V in der bis 22. Juli 2015 geltenden Fassung und Verträge nach § 73c SGB V vergleichsweise leicht zu überführen sind, ist bei Verträgen nach § 73a SGB V die Überführung schwieriger, daher ist die vorgegebene Frist zur Überführung noch einmal zu überprüfen.

Die **Beauftragung Dritter für Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen der Leistungserbringer und der Krankenkassen** ist prinzipiell zu begrüßen. Es sollte jedoch ergänzt werden, dass Beratungsleistungen in Bezug auf die Kodierungspraxis ausgeschlossen sind. Bisher ist in dem § 140a Abs. 2 Satz 7 SGB V lediglich geregelt, dass keine Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen geschlossen werden dürfen. Beratungsleistungen Dritter könnten hingegen zur Kodierbeeinflussung missbraucht werden.

Möglichkeiten zur **Einbeziehung anderer Sozialversicherungsträger** begrüßen die Betriebskrankenkassen als wichtigen Schritt hin zu einer Verzahnung der Sozialgesetzbücher und Vermeidung von Sektorenbrüchen. Allerdings ist klarzustellen, dass eine solche Regelung nicht dazu führt, dass die Krankenkassen versicherungsfremde Leistungen finanzieren.

Das Kostenerstattungsverfahren nach § 13 SGB V hat sich für eine individuelle und bedarfsgerechte Versorgung in Einzelfällen durch nicht zugelassene Leistungserbringer bewährt. Die Betriebskrankenkassen begrüßen dennoch die Möglichkeit, die **Versorgung von Einzelfällen durch nicht zugelassene Leistungserbringer** in einem Vertrag zu bündeln. Fraglich ist jedoch, ob der § 140a SGB V hierfür den richtigen Rahmen bietet. Sämtliche dort begründete Erfordernisse, wie Datenträgeraustausch, Bereinigung, Wirtschaftlichkeitsnachweis etc. können in solchen Vertragskonstellationen nicht erfüllt werden. Auch ist der bürokratische Aufwand eines Vertragsabschlusses nach § 140a für Einzelfälle groß.

Es bleibt zu prüfen, ob hier ggf. eine neue gesetzliche Grundlage zu schaffen ist. Auszuschließen ist dabei, dass zugelassenen Leistungserbringern ein Anreiz gesetzt wird, sich den kollektivvertraglichen Regelungen zu entziehen, um Leistungen unter für sie lukrativeren Konditionen zu erbringen. Damit würde sich die Versorgung für die Versichertengemeinschaft als Ganzes verschlechtern.

Artikel 2

Zu Nr. 1: § 4 Abs. 10 KHEntG (neu) Hebammenstellen-Förderprogramm

Der BKK Dachverband unterstützt die Zielsetzung des Gesetzgebers, die Hebammenversorgung in der stationären Geburtshilfe zu stärken und die Betreuungsrelation von Hebammen zu Schwangeren/Müttern zu verbessern. Dabei ist aus versorgungsqualitativen Aspekten eine Orientierung an einen Betreuungsschlüssel 1:2, wie er für freiberuflich im Krankenhaus tätige Hebammen bereits durch die Regelungen des Vertrages nach § 134a SGB V gilt, wünschenswert.

Ein adäquater Betreuungsschlüssel kann zur Erhöhung der Attraktivität des Hebammenberufes beitragen und ist ein Aspekt für die Bedürfnisse der Hebammen nach einer zufriedenstellenden Arbeitsbelastung. **Darüber hinaus kommt es gerade im stationären Setting darauf an, die Hebammentätigkeit von administrativen und weiteren berufsfremden Aufgaben zu entlasten.** Dies führt zu einem gezielteren Einsatz der Ressource Hebamme in der Geburtsbegleitung sowie zu einer besseren Arbeitszufriedenheit, wenn der berufliche Einsatz die Kernkompetenzen ins Zentrum rückt. Daher sollte ein Hebammenstellen-Förderprogramm ebenso gezielt Delegationsmöglichkeiten für Hebammen nachweislich erweitern. Besondere Relevanz gewinnt der effizientere Einsatz der Ressource Hebamme vor dem Hintergrund der aktuellen Situation am Arbeitsmarkt. Vakanzen sind kaum zu besetzen.

Voraussetzung für den Erfolg eines Hebammenstellen-Förderprogrammes – wie angedacht – ist jedoch, dass **ausreichend personelle Ressourcen** (Hebammen) am Arbeitsmarkt vorhanden sind, die zusätzlich zur Verfügung stehen und als zusätzliche Arbeitskräfte die Hebammenversorgung in den Kliniken verbessern. Dies ist aus Sicht des BKK Dachverbandes nicht der Fall. So kann nicht garantiert werden, dass sich mit der beschlossenen Akademisierung des Berufsbildes die Anzahl ausgebildeter Hebammen signifikant erhöhen wird. Vielmehr wird befürchtet, dass begrenzte Hochschulkapazitäten und das Streben akademisierter Hebammen nach dem Erbringen höherwertiger Tätigkeiten zu einer weiteren Verknappung von Hebammenleistungen führen.

Eine reine Verschiebung von Hebammenkapazitäten aus dem ambulanten, freiberuflichen Bereich in die stationäre Versorgung oder ein Abwerben der stationär tätigen Hebammen durch andere Kliniken trägt der Zielsetzung des Gesetzes nicht Rechnung und verursacht an anderen Stellen Engpässe im Angebot von Hebammenleistungen.

Ein undifferenziertes, nur sehr allgemeinen Grundsätzen verpflichtetes Hebammenstellen-Förderprogramm ist aus Sicht des BKK Dachverbandes daher derzeit nicht geeignet, die Betreuungssituation in den Kliniken vor dem Hintergrund einer gezielteren Auslastung der Ressource Hebamme zu verbessern. Vielmehr müssen einem Hebammenförderprogramm Maßnahmen zur Schaffung zusätzlicher Hebammenkapazitäten sowie Überlegungen zu einem zielgerichteten streng Kriterien-basierten Mitteleinsatz auf Grund sehr heterogener Auslastungssituationen in den Kliniken vorausgehen. Daneben gilt es das Berufsbild der Hebamme im stationären Kontext zu stärken und Kliniken im Rahmen des Förderprogramms zu verpflichten, Hebammen von administrativen und berufsfernen Aufgaben zu befreien.

Aus Sicht des BKK Dachverbandes lassen sich **notwendige Hebammenkapazitäten freisetzen**, indem:

- 1.) Kliniken verpflichtet werden, die Tätigkeit von angestellten Hebammen tatsächlich vorrangig im Bereich der Geburtsbetreuung einzusetzen,
- 2.) Weitere Gesundheitsberufe für die außerklinische ambulante Leistungserbringung zugelassen werden und die ausgebildeten Hebammen so der stationären Geburtshilfe wieder vermehrt zur Verfügung stehen. Dies könnte z. B. erreicht werden, wenn freiberufliche Physiotherapeuten zur Leistungserbringung und Abrechnung von Kursen zur Rückbildungsgymnastik berechtigt würden. Ein weiteres Beispiel wäre die Einbindung von Still- und Laktationsberaterinnen begrenzt auf die Stillberatung. Damit könnten Hebammen von einem Teil ihres großen Aufgabenspektrums entlastet und freie Kapazitäten für die Erbringung zentraler Hebammenleistungen geschaffen werden.

Ergänzend dazu unterstützt der BKK Dachverband den Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes zur Schaffung eines neuen Ausbildungsberufes „**Mütterpflegekraft**“.

Um dies perspektivisch zu ermöglichen, ist es notwendig eine Leistungserbringung der Mütterpflegekraft außerhalb der Geburtshilfe (z.B. für die außerklinische Wochenbettbetreuung) zu erlauben.

Sollte der Gesetzgeber an seinem Hebammenstellen-Förderprogramm festhalten, muss explizit ausgeschlossen sein, dass Einstellungen von Hebammen, die in ein Angestelltenverhältnis übernommen werden, aber bereits vorher in den jeweiligen Kliniken als freiberufliche Beleghebammen tätig waren, als förderfähig im Sinne des Förderprogrammes gestellt werden. Andernfalls wäre damit explizit keine Verbesserung der Betreuungsrelation verbunden. **Voraussetzung für eine Förderung darf daher nicht nur die Aufstockung von angestellten Voll- und Teilzeitkräften sein.** Vielmehr muss auch ein Nachweis dahingehend erbracht werden, dass mit der Aufstockung der angestellten Voll- und Teilzeitkräfte eine Verbesserung der Betreuungsrelation verbunden ist sowie begleitend kein berufsferner Einsatz der Hebammen in den Kliniken stattfindet.

Gleichzeitig sollte der Gesetzgeber prüfen, inwieweit ein Hebammenbelegwesen in Kliniken Fehlanreize zulasten eines optimalen Betreuungsschlüssels setzt. Der wirtschaftliche Anreiz, die Erlöse des Hebammenteams durch möglichst wenig Beleghebammen zu teilen, um den pro-Kopf-Erlös zu steigern, führt dazu, dass eine Optimierung des Betreuungsschlüssels durch Beleghebammen vielfach nicht favorisiert wird. **Diese Fehlanreize ließen sich mit einer Reglementierung / Einschränkung des Belegwesens für Hebammen korrigieren.**

Zu Nr. 2: § 9 Abs. 1a Nr. 6 KHEntgG Einbeziehung der Kinder- und Jugendmedizin in die pauschale Förderung für ländliche Krankenhäuser

Um die wohnortnahe Versorgung im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin im gesamten Bundesgebiet sicherzustellen und zu stärken, sieht der Gesetzgeber vor, die Kinderkliniken und Fachabteilungen in die pauschale Förderung für ländliche Krankenhäuser einzubeziehen. Dafür sollen die Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 31. Dezember 2020 die Liste mit den gemäß § 136c Abs. 3 S. 2 SGB V zuschlagsberechtigten Krankenhäusern erweitern. Und zwar um die Kinderkliniken und Krankenhäuser mit Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin, die die Kriterien des G-BA zu Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Abs. 3 S. 2 SGB V erfüllen. Damit könnten bereits ab dem Jahr 2020 ungefähr 31 weitere, vorwiegend Krankenhäuser in ländlicheren Gebieten, die gemäß § 5 Abs. 2a KHEntgG vorgesehene pauschale Fördersumme in Höhe von 400.000 Euro pro Jahr erhalten.

Der BKK Dachverband befürwortet die finanzielle Stärkung der Kinderkliniken und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin ausdrücklich. Bereits seit einigen Jahren steht die bedarfsgerechte Versorgung von Kindern und Jugendlichen und damit auch die Frage einer sachgerechten Finanzierung von Kinderkrankenhäusern, pädiatrischen Fachabteilungen und Zentren auf der versorgungspolitischen Agenda. Einem weiteren Abbau von Versorgungskapazitäten der Kinder- und Jugendmedizin muss dringend entgegengewirkt und gleichzeitig ein hohes Maß an Versorgungsqualität sichergestellt werden. **Der Einbezug der Kinder- und Jugendmedizin in die Förderung über Sicherstellungszuschläge ist eine erste richtige Maßnahme, um die Finanzierungssystematik kurzfristig auf die Stärkung der kinder- und jugendmedizinischen Kapazitäten auszurichten.**

Der BKK Dachverband regt an, dass die **Auszahlung des Zuschlages an die Erfüllung weiterer Kriterien geknüpft** wird, die im Rahmen der jährlichen Budgetverhandlungen mit den Kostenträgern nachzuweisen sind. Bislang existieren nämlich keine weitergehenden Vorgaben hierzu. Es ist beispielsweise unklar, ob die Mittel dort ankommen und nachhaltig investiert werden, wo sie für die Versorgung der Kinder und Jugendlichen in den Einrichtungen benötigt werden, oder aber voll oder anteilig an den Krankenhausträger „abfließen“.

Daher sollten Vorgaben zur Mittelverwendung gesetzlich festgeschrieben werden. Sowohl die DRG-Erlöse der Leistungen für Kinder- und Jugendheilkunde als auch die Finanzierungsvolumina des Zuschlags nach § 5 Abs. 2a KHEntgG für Kinderkliniken und ländliche Krankenhäuser mit Kinderfachabteilung sind vollständig für die Vorhaltung und den Betrieb dieser Strukturen für Kinder- und Jugendmedizin einzusetzen. Die zweckentsprechende Mittelverwendung ist im Rahmen der Budgetverhandlungen durch ein Testat des Wirtschaftsprüfers nachzuweisen. Rückzahlungsverpflichtungen bei nicht zweckentsprechender Mittelverwendungen sind vorzusehen.

Schließt ein Träger eine Kinderklinik oder eine Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin, obwohl die G-BA Kriterien (Sicherstellung) erfüllt sind und damit die Kinder- Jugendmedizin am Krankenhaus bedarfsnotwendig ist, sollten zukünftig **Sanktionen** (Wegfall des Anspruches auf den Zuschlag nach „5 Abs. 2a KHEntgG und/oder Rückzahlung aus Vorjahren) vorgesehen werden. Dies schafft einen weiteren Anreiz zum Erhalt von entsprechenden Strukturen.

Neben der nun forcierten kurzfristigen finanziellen Stärkung der Kinder- und Jugendmedizin, sollte allerdings auch die **zielgerichtete langfristige Weiterentwicklung des DRG-Systems im Bereich der Pädiatrie** geprüft werden. Ziel muss sein, die Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen und die daraus entstehenden Mehrkosten in den Fallpauschalen optimal abzubilden. Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für das DRG-System 2021 liegen bereits 39 Vorschläge dazu vor. Diskutiert wird z. B. die Einführung einer teilstationären pädiatrischen Komplexbehandlung.

Darüber hinaus gibt es **weitere mögliche Ansatzpunkte**, im bestehenden DRG-System die Kinder-DRGs weiter zu fördern. So erfolgt derzeit im DRG-System eine systematische Übervergütung von Sachkostenanteilen. Um hier Fehlanreize abzumildern, erfolgt seit einigen Jahren entsprechend § 17b Absatz 1 Satz 6 KHG eine „Sachkostenkorrektur“ als anteilige Umverteilung innerhalb des DRG-Systems. Da nun die Pflegepersonalkosten aus den DRGs herausgenommen wurden und vollständig vergütet werden, könnte nach Auffassung des BKK Dachverbandes das Umverteilungsvolumen durch das InEK zukünftig mitgenutzt werden, um gezielt die Kinder-DRGs aufzuwerten. Hierbei wäre darauf zu achten, dass der Wettbewerb innerhalb der Pädiatrie zwischen ertragsstarken Subdisziplinen wie der Neonatologie und vergleichsweise ertragsärmeren Disziplinen wie z. B. der Allgemeinpädiatrie oder Gastroenterologie geglättet wird. Um das Umverteilungsvolumen entsprechend der Erläuterungen einsetzen zu können, sollte

eine entsprechende Vorgabe an die Selbstverwaltungspartner im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) aufgenommen werden.

Im Zusammenhang mit der Zielsetzung des Gesetzgebers, insbesondere die wohnortnahe medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in ländlichen Gegenden zu stärken, regt der BKK Dachverband des Weiteren den **Aufbau und die Nutzung regionaler Versorgungsnetzwerke in der Kinder- und Jugendmedizin** an, wie sie zum Teil auch schon betrieben werden. Die Versorgungsnetzwerke können aus Kinderkliniken, Kinderchirurgien, pädiatrischen Praxen, Kinder- und Jugendpsychiatern sowie weiteren sozialen Einrichtungen und Gebietskörperschaften bestehen. Die jungen Patienten und ihre Familien profitieren durch den Verbund von Medizinern, Kliniken und sozialen Einrichtungen von optimierten Schnittstellen beim Übergang in die jeweilige patientengerechte Versorgungsebene sowie vom institutionalisierten Austausch der Kooperationspartner untereinander. Für die Kooperationspartner selbst bestehen Möglichkeiten zum fachlichen Austausch, zur Wahrnehmung von Fortbildungsangeboten und zur Teilnahme an Qualitätszirkeln in den jeweiligen Schwerpunktbereichen. Wichtig ist dabei, die Versorgungsnetzwerke sektorenübergreifend zu organisieren und die Zuständigkeit für einen regional begrenzten Raum festzulegen.

Insbesondere im Hinblick auf die spezialisierte und fachärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen muss ggf. der **Anschluss von ländlichen Krankenhäusern mit kleineren Fallzahlen an Maximalversorger bzw. pädiatrische Schwerpunktkliniken über Kooperationsvereinbarungen verpflichtend** sein.

Artikel 3

Zu Nr. 1a: § 8 Abs. 6a Vergütungszuschlag zur Finanzierung zusätzlicher Pflegehilfskraftstellen

Im Rahmen der Vergütungszuschlagsregelungen für zusätzliche Pflegestellen in vollstationären Pflegeeinrichtungen ist nunmehr eine erste Stufe zur Umsetzung und Einführung des Personalbemessungsverfahrens (n. § 113c SGB XI) in Pflegeeinrichtungen vorgesehen. Vorgesehen ist die Finanzierung zusätzlicher Pflegehilfskraftstellen in stationären Pflegeeinrichtungen über Vergütungszuschläge und damit explizit außerhalb der Vergütungsfindung für stationäre Pflegeeinrichtungen gem. § 84 ff. SGB XI.

Der BKK Dachverband begrüßt ausdrücklich, dass die Umsetzung des entwickelten Personalbemessungsinstruments nunmehr durch den hier angedachten vorbereitenden Schritt eingeläutet wird. Die Erkenntnisse des 2. Zwischenberichts aus dem Projekt „*Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM)*“ konstatieren in der Tat, dass bei der Anwendung des Instruments in stationären Pflegeeinrichtungen ein erheblicher Personalmehrbedarf für sog. Assistenzkräfte resultiert. Allerdings beschreibt der Zwischenbericht auch, dass diese Personalmehrbedarfe einrichtungsindividuell,

also abhängig vom Bewohnermix und der Ausgangspersonalausstattung der jeweiligen Pflegeeinrichtungen sind. Außerdem wird hervorgehoben, dass ein adäquater Personaleinsatz im Rahmen einer mitarbeiterorientierten, effizienten Betriebsorganisation, bei welcher die Pflegekräfte kompetenzorientiert eingesetzt werden und damit Anpassungen im Personalmanagement der Einrichtung flankierend zum Einsatz kommen müssen.

Insofern wäre die **Strategie eines starren Personalaufbaus auf der Grundlage eines stichtagsbezogenen Vergütungszuschlags**, welcher unabhängig von individuellen Parametern und allein auf der Grundlage einer bestimmten Belegungsstruktur beruht, zumindest dahingehend zu **hinterfragen**, wie sich diese inhaltlich in die Umsetzung des vorgeschlagenen Personalbemessungsinstrument einbettet. Die Autor*innen hatten hierzu eine Systematik in Form einer *Roadmap* vorgeschlagen. Diese betont, dass eine gezielte Stärkung des Einsatzes und der Ausbildung von Pflegehelfern angegangen werden müsse. So wären zusätzliche Bemühungen zu forcieren, um z.B. passives Arbeitskraftpotenzial zu aktivieren und die (Nach-) Qualifikation zu befördern. Auch wenn dieser Ansatz im Referentenentwurf bzw. in der Systematik des neuen Absatz 6a ansatzweise berücksichtigt wurde, muss konstatiert werden, dass derzeit die Ausbildung der Pflegeassistentenberufe in den jeweiligen Bundesländern sehr unterschiedlich geregelt ist und deshalb mit Blick auf das angestrebte Personalbemessungsinstrument dringend homogenisierende Maßnahmen angezeigt sind, um vermehrt Pflegehilfskräfte anwerben und ausbilden zu können. Zudem sind auch innerhalb der Qualifikationsniveaus QN 1 bis QN 3 Bildungsangebote für eine Höherqualifizierung innerhalb der pflegerischen Assistenzberufen zu schaffen.

Der 2. Zwischenbericht zum PeBeM stellt zudem unterschiedliche Variationen der Berechnung der Personalbedarfe getrennt nach Fach- und Assistenz-/Hilfskraftstellen dar, die bei Anwendung des Verfahrens in der Versorgung jeweils einrichtungsbezogen ermittelt werden können. Einerseits wurde so ein bundesdurchschnittlicher Personalmehrbedarf ermittelt (im Vergleich zur derzeitigen bundesdurchschnittlich derzeit vertraglich vereinbarten Personalausstattung). Andererseits wird in einer bundeslandbezogenen Darstellung der Unterschiede zwischen derzeitiger und neu ermittelter Personalausstattung in der Höhe unterschiedliche Personalmehrbedarfe bei Assistenz- und Hilfskräften deutlich - bezogen auf Pflegefachkräfte teilweise sogar mit einer Überausstattung. Auch wenn die hier getroffene Regelung zum Aufbau etwaiger Assistenz- und Hilfskräfte der Prämisse des PeBeM folgt und diese in VZÄ getrennt nach Pflegegraden der Bewohnerschaft der stationären Pflegeeinrichtungen ermittelt, **findet mit dem hier vorgeschlagenen bundeseinheitlichen Vorgehen der Förderung eine länderspezifische Ermittlung der Mehrbedarfe ebenfalls nicht statt.**

Die Projektergebnisse zum PeBeM weisen zudem einen **Mehrbedarf** in erster Linie hinsichtlich **Pflegehilfskräften mit ein- oder zweijähriger Ausbildung** aus. Dies entspricht im 2. Zwischenbericht und auch in der Gesetzesbegründung dem Qualifikationsniveau (QN) 3. Mit der vorgesehenen Förderungssystematik des § 8 Abs. 6a SGB XI (n.F.) werden allerdings auch Assistenzkräfte des QN 2 (z. B. Mitarbeitende ohne Ausbildung mit einem 2-6monatigen Pflegebasiskurs und insgesamt 1-jähriger angeleiteter Tätigkeit) und damit niedrigere Qualifikationsniveaus gefördert, indem etwaige Beschäftigte des QN 1 (ohne abgeschlossene landesrechtlich geregelte

Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege oder ohne sonstige abgeschlossene Qualifizierungsmaßnahme) durch die intendierten Vergütungszuschläge refinanziert werden, sofern sie innerhalb von zwei Jahren mindesten eine Qualifizierungsmaßnahme abschließen, welche dem QN 2 entspricht. Mit Blick auf die Projektergebnisse und gleichermaßen zur Gewährleistung eines praktikablen und plausiblen Nachweisverfahrens sollten nach Ansicht des BKK Dachverbandes allerdings nur solche Pflegehilfskräfte gefördert werden, die entweder bereits eine Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege oder eine sonstige abgeschlossene Qualifizierungsmaßnahme durchlaufen haben, die mindestens dem QN 2 entspricht oder welche sich bereits in einer solchen Ausbildung oder Qualifizierungsmaßnahme befinden.

Unabhängig von der systematischen Einordnung mit Blick auf das Konzept des neuen Personalbemessungsinstruments selbst und dem zugehörigen Implementierungsprozess ist auch die **rechtssystematische Zuordnung des Vergütungszuschlags** in das Förderverfahren nach § 8 Abs. 6 SGB XI zum Aufbau der avisierten 13.000 Pflegefachkräftestellen zu **hinterfragen**: Die Erfahrungen der Landesverbände der Pflegekassen bzw. der zuständigen Pflegekassen zu den Verfahren nach § 8 Abs. 6 bis 8 SGB XI zeigen, dass die Förderverfahren einen erheblichen bürokratischen Aufwand auf allen Seiten erzeugen (Antragstellung, Verwaltungsverfahren mit Verwaltungsakt etc.). So sieht das neue Verfahren nach § 8 Abs. 6a Satz 3 (n.F.) eine von der Belegungsstruktur abhängige Berechnung der zusätzlichen Pflegehilfskräfte vor, was regelhaft ein wesentliches Merkmal der Pflegesatzverhandlungen darstellt. Da den Pflegesatzparteien ohnehin schon die Belegungsstrukturen und Personalkosten als systemimmanente Kalkulationsdatengrundlage vorliegen, wäre demnach eine zusätzliche Berechnung und Ausweisung des Vergütungszuschlages in den Pflegesatzvereinbarungen simpel zu realisieren. Die Auszahlung der Vergütungszuschläge könnte dann, wie mit Blick auf § 43b SGB XI i. V. m. §§ 84 Abs. 8 und 85 Abs. 8 SGB XI bereits in der Praxis gelebt, mit der monatlichen Abrechnung über die einzelnen Pflegekassen erfolgen.

Aus Sicht des BKK Dachverbandes würde dies zum einen sowohl Leistungserbringer als auch Pflegekassen im Sinne eines geübten und “schlanken” Verfahrens entlasten und zum anderen, die oben genannten Ansprüche an das Personalmanagement und die Betriebsorganisation in die Vergütungsverhandlungen einflechten. Zudem könnten innerhalb der Verhandlungen über die Belegungsdaten auf einfache Art Personalabgleiche erfolgen, die zu einer zielgerichteten Verwendung von SPV-Finanzmitteln beitragen würden.

Insgesamt ist zudem festzustellen, dass im Zuge der Implementierung des Personalbemessungsinstruments eine **einheitliche Finanzierungssystematik** auch bei der damit verbundenen Findung der Pflegesätze (und mithin des Pflegepersonals) angezeigt ist. Aus dieser Perspektive verbietet sich – zumal unterschiedlich rechtssystematisch verortet – eine Förderfinanzierung. Insofern sollte die hier angedachte Förderung maximal bis zur eigentlichen Implementierung des Personalbemessungsinstruments bzw. der Umsetzung des zugrundeliegenden Algorithmus befristeten werden.

Dem Personalbemessungsverfahren (n. § 113c SGB XI) ist in seiner Konstruktion und der zugrundeliegenden methodischen Entwicklung eine Zergliederung der Pflegeprozesse immanent,

da die jeweiligen pflegerischen Tätigkeiten deutlicher als bisher den dafür notwendigen Qualifikationen zugeordnet werden. So werden Tätigkeiten, die bisher bspw. von Pflegefachkräften im Rahmen anderer (pflegerischer) Tätigkeit mit verrichtet werden, fortan ausdrücklich und ausschließlich von Pflegehilfskräften übernommen werden, was sich letztlich auch in der Personalentwicklung und im Personalmanagement niederschlagen muss. Dies ist vor dem Hintergrund des Mangels an Pflege(fach)-kräften nachvollziehbar und folgt dem Ziel, die vorhandenen Personalressourcen effizient einzusetzen. Die Nebenwirkung einer solchen (gewünschten) Entwicklung ist jedoch, dass sich die pflegerische Versorgung zukünftig kleinschrittiger und – aus Sicht des Pflegebedürftigen – weniger kontinuierlich darstellen wird, da die am Pflegeprozess beteiligten Personen in schnellerer Abfolge bei den jeweiligen Tätigkeiten wechseln. Die Pflege bzw. der Pflegeprozess “zerfleddern”.

Damit die pflegerische Versorgung auch unter diesen geänderten Rahmenbedingungen effektiv bleibt, braucht es nach Ansicht des BKK Dachverbandes eine **stärkere Koordination und Vernetzung des Pflegeprozesses** (und der beteiligten Einzelpersonen) als bisher. Dies sollte durch eine Advanced practice nurse (APN) umgesetzt werden. Diese koordinieren und evaluieren die pflegerische Versorgung laufend und können zusätzlich direkt und hochqualifiziert, erweiterte pflegerische Tätigkeiten erbringen, die insbesondere in der stationären Langzeitpflege oft mit einem hohen zusätzlichen Organisations- und Zeitaufwand verbunden sind. Die berufsständischen Diskussionen um erweiterte Kompetenzen für Pflegefachkräfte (bspw. für APN) werden allerdings seit Jahrzehnten emotional geführt. Der BKK Dachverband spricht sich an dieser Stelle für eine pragmatische (nämlich konsequent bedarfs- und kompetenzorientierte) Sichtweise aus, nach der die Belege für ein „Mehr an“ bzw. die Sicherung der Versorgungsqualität insbesondere auch vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen eindeutig sind¹. Gerade mit Blick auf die Implementierung des Personalbemessungsinstruments (n. § 113c SGB XI) bedeutet dies perspektivisch die Implementierung eines erweiterten Grademixes in der Pflege – bestehend aus Pflegehelfern, Pflegehilfskräften (1-2-jährig) und Pflegefachpersonen (n. PflB-RefG) ergänzt um Advanced practice nurses (APN).

Wir schlagen daher vor, die **Kompetenzen (und die entsprechende Qualifizierung) einer APN direkt und umgehend gesetzlich zu normieren und mit einer Begleitevaluation sowie einer Experimentierklausel** (z. B. für sieben Jahre) zu versehen. Dadurch wird die Möglichkeit geschaffen, APN wirksam in der Fläche zu etablieren, gleichzeitig zu evaluieren und nur bei positiven Evaluationsergebnissen dann durch den Gesetzgeber unbefristet zu implementieren bzw. nach Ablauf der Frist ggf. (automatisch) außer Kraft treten zu lassen. Gleichzeitig wäre der “Modellparagraf” 63 Abs. 3c SGB V – welcher zumindest vorsichtig in Richtung APN weist, aber

¹ Tauffer, Raphael; Fuchs, Daniel; Focke, Klaus (2018): Pflege: Next Generation Warum eine erweiterte pflegerische Praxis die Versorgungsqualität verbessert. G&S Gesundheits- und Sozialpolitik. Jahrgang 72 (4-5), S. 69-73.

nicht zu einem konkreten Fortschritt bei der Etablierung erweiterter pflegerischer Kompetenzen beitragen konnte – zu überdenken. Im 2. Zwischenbericht zum PeBeM n. § 113c SGB XI wird dieser Aspekt in Bezug auf organisationale Veränderungsprozesse bereits angesprochen (vgl. S. 351 ff.). Allerdings müssen entsprechend hochschulisch ausgebildeten Pflegenden, um tatsächlich mit deren Kompetenzen in der Versorgung wirksam zu werden, auch direkt dort ankommen und zwar explizit auch mit erweiterten pflegerischen Tätigkeiten. Ansonsten stünde eine Fortsetzung des bisherigen Dilemmas zu befürchten, dass die Akademisierung für Pflegefachkräfte ein sich “wegqualifizieren” aus der direkten Pflege bedeutet. Insofern wäre die spätere methodische Berücksichtigung dieser “neuen” Fachkraftgruppe im Personalbemessungsinstrument – bspw. nach erfolgreicher Evaluation – ebenfalls zu forcieren.

Änderungsvorschlag:

Artikel 3 Nr. 1a ist zu streichen.

§ 84 Abs. 8 SGB XI ist wie folgt neu zu fassen:

“Vergütungszuschläge sind abweichend von Absatz 2 Satz 2 und Absatz 4 Satz 1 sowie unter entsprechender Anwendung des Absatzes 2 Satz 1 und 5, des Absatzes 7 und des § 87a

1. zusätzliche Entgelte zur Pflegevergütung für die Leistungen nach § 43b sowie
2. befristet bis zur verbindlichen Einführung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach § 113c SGB XI Entgelte zur zusätzlichen Unterstützung der Leistungserbringung durch Pflegehilfskräfte in vollstationären Pflegeeinrichtungen.

Der Vergütungszuschlag ist von der Pflegekasse zu tragen und von dem privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten; § 28 Absatz 2 ist entsprechend anzuwenden. Pflegebedürftige dürfen mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden.“

In § 85 Abs. 8 werden in Satz 1 nach den Worten “Absatz 8” die Worte “Nummer 1” ergänzt.

In § 85 wird zudem folgender Absatz 9 ergänzt:

“Die Vereinbarung des Vergütungszuschlags nach § 84 Absatz 8 Nummer 2 erfolgt auf der Grundlage, dass

1. die vollstationäre Pflegeeinrichtung über zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal verfügt, dass eine abgeschlossene landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege oder eine sonstige abgeschlossene Qualifizierungsmaßnahme vorweisen

kann oder eine entsprechende Ausbildung oder Qualifizierungsmaßnahme bereits begonnen hat und

2. 0,016 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 oder 2, 0,025 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 3, 0,032 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 und 0,036 Vollzeitäquivalente je Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5 finanziert werden und
3. die Aufwendungen für dieses Personal weder bei der Bemessung der Pflegesätze noch bei den Zusatzleistungen nach § 88 berücksichtigt werden und
4. die Vertragsparteien Einvernehmen erzielt haben, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag nicht berechnet werden darf, soweit die Pflegeeinrichtung nicht über zusätzliches Pflegepersonal verfügt, welches über das nach der Pflegesatzvereinbarung gemäß § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vorzuhaltende Personal hinausgeht. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 7 entsprechend.“

Zu Nr. 4a (§ 150 Abs. 5c SGB XI): pandemiebedingte Sicherstellung der pflegerischen Versorgung

Der BKK Dachverband begrüßt die Verlängerung der pandemiebedingten Sonderregelungen in § 45b Abs. 1 S. 5 SGB XI zur Verwendbarkeit des Entlastungsbetrages, nach welcher nicht verbrauchte Leistungsbeträge aus dem Jahr 2019 bis zum 31. Dezember 2020 von den Betroffenen verwendet werden können.

Artikel 3 und 4

Pandemiebedingte Sonderregelungen zum Pflegeunterstützungsgeld und zur Pflegezeit

Der BKK Dachverband unterstützt die vorgenommenen Regelungen zum Pflegeunterstützungsgeld bzw. zur Pflegezeit nach welcher – abweichend von dem regulären Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Abs. 3 SGB XI – bis zu insgesamt 20 Arbeitstage pandemiebedingt genutzt werden können, dabei aber entsprechend genommene bzw. beanspruchte Arbeitstage mit Bezug von Pflegeunterstützungsgeld n. § 150 Abs. 5d SGB XI nicht den regulären Anspruch nach § 44a Absatz 3 verkürzen sollen.

III. Weiterer Änderungsbedarf

Arzneimittel

Vorratshaltung in den Apotheken

Laut § 15 Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) sind Arzneimittel und apothekenpflichtige Medizinprodukte, die zur Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung notwendig sind, von Apotheken vorrätig zu halten. Die Menge muss mindestens dem durchschnittlichen Bedarf für eine Woche entsprechen.

In Zeiten von Corona hat sich gezeigt, dass die Apotheken dieser Verpflichtung offenbar nicht regelhaft nachkommen. Sie verlagern die Bevorratung vielmehr auf den pharmazeutischen Großhandel, der die Lagerhaltung für Apotheken übernimmt. Statt Arzneimittel unmittelbar in den Apotheken verfügbar zu haben, müssen diese zunächst bestellt werden. Die Situation der Bevorratung in den Apotheken selber sollte daher verbessert werden, um in einem weiteren Krisenfall besser gerüstet zu sein.

Es wird entsprechend vorgeschlagen, die in § 36 ApBetrO enthaltenen Ordnungswidrigkeiten nicht nur auf die Bevorratung von definierten Notfall-Arzneimitteln bzw. Wirkstoffen, sondern auch auf die reguläre Bevorratung zu beziehen.

Impfstoffversorgung

Hinsichtlich der Versorgung der Patienten mit Impfstoffen besteht Optimierungsbedarf. Es bedarf einheitlicher Regelungen zur Bereitstellung der Impfstoffe, um Überbevorratung und Verknappung in den einzelnen Arztpraxen zu vermeiden. Bereits vor der Corona-Pandemie zeigte sich in der Praxis, dass hinsichtlich der Impfstoffbestellung der Ärzte ungeordnete Bestellungen nur aus bestimmten Apotheken oder Lieferungen aus speziellen Impfstoffversandapotheken vorgenommen werden. Auch jede einzelne Apotheke bevorratet sich individuell aufgrund von Schätzwerten oder Mitteilungen von Ärzten. Es findet keinerlei Koordination statt. Vermeintliche Engpässe in den vergangenen Jahren beim Grippeimpfstoff sind somit eher durch ein Verteilungsproblem begründet, zumal in einigen Bundesländern/Apotheken/Arztpraxen ausreichend Impfstoff vorhanden war. „Gehorteter Impfstoff“ wurde nicht verimpft, und damit wertvolle Ressourcen verschwendet.

In die Schätzung der erforderlichen Impfdosen müssten künftig auch die Apotheken einbezogen werden, die die Grippeimpfung anbieten dürfen. Den Arztpraxen ist nicht bekannt, wie sich ihr Impfstoffbedarf durch weitere Impfanbieter ändert. Bestellten sie die gleichen Mengen wie bislang, blieben noch mehr Impfstoffe unverbraucht.

Zentral ist es daher, den Impfstoff nach Bedarf zu verteilen. Hierfür wäre z.B. die Wiedereinführung der regionalen kassenartenübergreifenden Ausschreibungen sinnvoll. Mit ihrer Hilfe könnten die Krankenkassen die Ressourcenverteilung steuern. Aktuell liegt die Beschaffung allein in den Händen der Ärzte bzw. deren Kassenärztlichen Vereinigungen und Apotheken.

Sozialversicherungsbeiträge

Einbeziehung der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung bei freiwillig versicherten Beschäftigten in den Gesamtsozialversicherungsbeitrag

Während bei pflichtversicherten Arbeitnehmern die Sozialversicherungsbeiträge in Gänze vom Arbeitgeber im Rahmen der Entgeltabrechnung einbehalten und an die Krankenkassen als Einzugsstellen weitergeleitet werden, zählen die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung freiwillig versicherter Beschäftigter nicht zum Gesamtsozialversicherungsbeitrag im Sinne des § 28 d SGB IV.

Obwohl daraus folgend der Arbeitgeber für freiwillig versicherte Arbeitnehmer nicht verpflichtet ist, diese Beiträge einzubehalten und an die Krankenkasse abzuführen, ist es weit verbreitete Praxis, dass Arbeitgeber im Einverständnis mit den betreffenden Arbeitnehmern die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung dennoch einbehalten und direkt an die zuständige Krankenkasse abführen (sog. Firmenzahlverfahren).

Hieraus können sich für die Betroffenen erhebliche Nachteile ergeben, wie beispielsweise bei Insolvenz des Arbeitgebers oder, wie aktuell in der Corona-Pandemie deutlich erkennbar, bei Beitragsstundungen gegenüber dem Arbeitgeber. Auch bei Durchführung des Firmenzahlverfahrens bleiben die freiwillig versicherten Beschäftigten die originären Beitragsschuldner, d. h. sie müssen die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung an die Einzugsstelle zahlen, obwohl die Arbeitgeber u.U. diese Beitragsanteile bereits einbehalten, aber nicht an die Einzugsstellen abgeführt haben. Im Gegensatz zu den pflichtversicherten Beschäftigten tragen sie damit ein erhebliches Risiko und die doppelte Beitragslast im Falle der Zahlungsunfähigkeit des Arbeitgebers. Ein identischer Schutz für beide Personengruppen sollte angestrebt und diese Ungleichbehandlung zwischen pflicht- und freiwillig versicherten Beschäftigten korrigiert werden.

Gesetzestechisch bedarf es hierfür eines Verweises innerhalb des § 252 Abs. 1 SGB V auf eine entsprechende Geltung des Zweiten Titels des Dritten Abschnittes des SGB IV. Insbesondere die Regelungen zur Beitragstragung (§§ 249, 250 SGB V) wären im Sinne eines einheitlichen Verfahrens für alle Beschäftigten anzupassen; darüber hinaus wären die Regelungen über die Gewährung des Zuschusses für freiwillige Mitglieder der GKV (§ 257 Absätze 1 und 3 SGB V) zu streichen.

Ambulante vertragsärztliche Versorgung

Bereinigung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung nach § 87a Absatz 3 Satz 7 und 8 SGB V aufgrund extrabudgetärer Vergütung der durch Terminservicestellen sowie Hausärzte vermittelten Behandlungsfälle, Neupatienten und offene Sprechstunde

Vertragsärztliche Leistungen, die durch Terminvermittlung der Terminservicestelle, im Rahmen einer offenen Sprechstunde, bei Neupatienten sowie durch Terminvermittlung eines vertragsärztlichen Leistungserbringers erbracht werden, werden durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) ohne Mengengrenzung in der extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV) finanziert. Dies betrifft einerseits die durch das TSVG eingeführten neuen Zuschläge für die Terminvermittlungen, als auch alle Leistungen eines Behandlungsfalles, die in einer solchen TSVG-Konstellation erbracht werden und aus der mit befreiender Wirkung gezahlten morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) in die EGV verschoben wurden.

Um eine Doppelfinanzierung der so geförderten Leistungen zu vermeiden, wurde mit Aufnahmen der Sätze 7 und 8 des Absatzes 3 § 87a SGB V auch eine auf ein Jahr begrenzte basiswirksame Bereinigung der MGV um diese Leistungen geregelt. Grundlage für die Bereinigungssumme eines KV-Bezirktes ist die in den ersten 12 Monaten nach Inkrafttreten der jeweiligen TSVG-Regelung in diesem KV-Bezirk angefallene Leistungsmenge.

Eine sachgerechte Bereinigung ist nur möglich, wenn die ermittelte Leistungsmenge im festgeschriebenen Bereinigungszeitraum den wahren Leistungsbedarf korrekt und umfassend erfasst. Dies ist derzeit jedoch nicht der Fall.

Zum einen entwickelt sich die Leistungsmenge bei Einführung neuer Verfahrens- und Vergütungsregeln in der Regel erst langsam, ein Effekt, der sich auch in den Abrechnungszahlen der ersten TSVG-Bereinigungsquartalen nachweisen lässt und hier zu einer Unterbereinigung führen würde. Zum anderen kam es durch die Corona-Pandemie zu einem deutlichen Fallzahl- und damit Leistungsrückgang in der vertragsärztlichen Versorgung, der ebenfalls mit einem Absinken der zu bereinigenden Leistungsmenge einhergeht. Verschärft wird dieser Pandemieeffekt zusätzlich durch die unvollständige Kennzeichnung von TSVG-Fällen während der Pandemie. Ärztliche Leistungen, die aufgrund des klinischen Verdachts oder des Nachweises einer Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) erforderlich werden, werden gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V als nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs unmittelbar extrabudgetär gekennzeichnet und vergütet. Sie entfallen dabei gleichzeitig aus der TSVG-Bereinigungsmenge. Darüber hinaus gehend ist zusätzlich bekannt, dass einige Kassenärztliche Vereinigungen ihre Mitglieder darüber informiert haben, dass eine korrekte Kennzeichnung der TSVG-Fälle zu einem Absinken der MGV führt und Honorareinbußen die Folge sein können. Nach Auswertungen des GKV-Spitzenverbandes zeigen sich dementsprechend im

4. Quartal 2019 auch sehr unterschiedliche Anteile von TSVG-Leistungen an der jeweiligen Gesamtleistungsmenge in verschiedenen Kassenärztlichen Vereinigungen (z.B. ca. 10 % in Schleswig-Holstein und 0,25 % in Mecklenburg-Vorpommern).

Die genannten Effekte führen insgesamt zu einer deutlichen Unterschätzung der zu bereinigenden TSVG-Leistungsmenge aus der MGV. Hochrechnungen des GKV-Spitzenverbandes gehen in der Folge von einer jährlichen Doppelfinanzierung in Höhe von ca. 2,7 Milliarden Euro aus, die die Gesetzliche Krankenversicherung und damit die Beitragszahler zu finanzieren haben und denen keine Leistungen in der Versorgung gegenüberstehen.

Aus Sicht des BKK Dachverbandes muss die beschriebene Überfinanzierung daher zwingend vermieden werden. Dies lässt sich realisieren, indem die in § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V beschriebene Dauer der Bereinigung von einem Jahr auf mindestens zwei Jahre verlängert wird, um so eine repräsentative und Corona-unabhängige Datengrundlage für die Bereinigungsmenge zu erhalten. Zur Vermeidung unvollständiger Kennzeichnung von TSVG-Leistungen ist es darüber hinaus zwingend erforderlich die verpflichtende Kennzeichnung von TSVG-Leistungen gesetzlich festzuschreiben.

Änderungsvorschlag:

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 Nr. 3-6 genannten Leistungen unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen sind, begrenzt auf zwei Jahre ab Inkrafttreten der neuen Vergütungsregelungen zu bereinigen; die vom Bewertungsausschuss zu beschließenden Vorgaben nach Absatz 5 Satz 7 sind zu berücksichtigen.

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