

29.11.19

Stellungnahme

des Bundesrates

Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz - GKV-FKG)

Der Bundesrat hat in seiner 983. Sitzung am 29. November 2019 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. Zu Artikel 1 Nummer 1 (§ 29 Absatz 2 Nummer 5 SGG) und Artikel 5 Nummer 2 (§ 4a Absatz 7 SGB V)
 - a) Artikel 1 Nummer 1 ist zu streichen.
 - b) In Artikel 5 Nummer 2 ist § 4a Absatz 7 zu streichen.

Begründung:

Die in § 4a Absätze 1 bis 6 SGB V normierten Regelungen zur Verbesserung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen werden grundsätzlich begrüßt. Sie sind geeignet den Wettbewerb zu definieren, zu regeln beziehungsweise zu gewährleisten.

Anders verhält es sich mit den Neuregelungen in § 4a Absatz 7 SGB V. Einer Erweiterung der bisher bestehenden Unterlassungsansprüche aus § 4 Absatz 3 SGB V in Verbindung mit § 12 UWG bedarf es nicht. Wesentliche, den Wettbewerb beeinflussende Verstöße, können bereits über die vorhandene Rechtssystematik angegriffen werden.

Auch die in der Gesetzesbegründung genannten zusätzlichen Fallkonstellationen können nicht tragen. So werden zum Beispiel Fälle von verbotener Beeinflussung von ärztlichen Diagnosen durch entsprechende andere Bestimmungen im Gesetzentwurf bereits aufgegriffen und geregelt (vgl. Artikel 5 Nummer 5

und Nummer 33 sowie Artikel 6 des Gesetzentwurfs), so dass es eines erweiterten Klagerechts nicht bedarf.

Zudem sind die normierten Anspruchsvoraussetzungen mit Verstößen gegen „sämtliche für Krankenkassen geltende Vorschriften“ deutlich überzogen. Die Neuregelung wird zu einer Klagemehrung führen, bei der schon die Grundfrage nach der Wettbewerbsrelevanz in vielen Fällen strittig sein wird. Die Neuregelung wird zu mehr Bürokratie und zu einer deutlichen Kostensteigerung bei den entsprechenden Haushaltsansätzen der Krankenkassen führen. Beides gilt es zu verhindern. Aus diesem Grund wird eine Streichung der Neuregelungen in § 4a Absatz 7 SGB V vorgeschlagen.

2. Zu Artikel 3 Nummer 2 (§ 90 Absatz 4 und Absatz 5 SGB IV)

Artikel 3 Nummer 2 ist zu streichen.

Begründung:

Die derzeit geltende Regelung des § 90 Absatz 4 SGB IV hat sich bewährt, weil sich die gesetzlichen Vorgaben auf das Wesentliche beschränken und eine flexible Handhabung der Aufsichtsbehörden tagung ermöglichen, dem vielfältigen Aufgabenspektrum jeweils gerecht zu werden.

Gemäß § 90 Absatz 4 Satz 1 SGB IV sollen die Aufsichtsbehörden mindestens zweimal jährlich zu einem Erfahrungs- und Meinungsaustausch zusammenkommen, der gemäß § 90 Absatz 4 Satz 2 SGB IV eine gegenseitige Unterrichtung zu bestimmten Rechtsfragen der aufsichtsrechtlichen Handhabung zum Inhalt haben soll. Es ist bereits gelebte Praxis, dass sich die Aufsichtsbehörden mindestens zweimal jährlich zu einem Austausch treffen, weshalb eine Konkretisierung nicht erforderlich ist.

Die vorgesehene Änderung zum Zustandekommen gemeinsamer Beschlüsse der Aufsichtsbehörden gemäß § 90 Absatz 5 Satz 2 SGB IV, die ausschließlich die gesetzliche Krankenversicherung oder die soziale Pflegeversicherung betreffen, wird abgelehnt. Entgegen der postulierten Transparenz wurden die Aufsichtsbehörden der Länder nicht in die Überlegungen zu einer sachgerechten Anpassung des Abstimmungsverfahrens einbezogen. Ein diesbezüglicher vorheriger Austausch aller Aufsichtsbehörden wäre aber angesichts der angesprochenen neuen Stimmenverteilung angemessen und wünschenswert. Durch die vorgegebene Stimmenverteilung und die erforderliche Mehrheit von drei Vierteln der abgegebenen Stimmen ist zwar sichergestellt, dass weder die Bundes- noch die Länderseite Beschlüsse erwirken kann, die von anderer Seite nicht mitgetragen werden. Im Ergebnis werden jedoch Verfahrensfragen statt Inhalte in den Vordergrund gestellt. Die Beschlussfassung wird dadurch langwieriger und die Konsensbildung erschwert statt befördert.

Zudem stellt sich die Frage der angemessenen Stimmenverteilung in Angelegenheiten, die ausschließlich die Aufsicht über die Kassenärztlichen Vereinigungen betreffen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind in Abgrenzung zu den anderen Sozialversicherungsträgern ausschließlich Teil der gesetzlichen Krankenversicherung. Zuständige Aufsichtsbehörde über die Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigungen ist das BMG; die Länder führen die Aufsicht über die Kassenärztlichen Vereinigungen. Ein Stimmrecht des Bundesversicherungsamtes ist hier nicht sachgerecht, insbesondere nicht in dem für die gesetzliche Krankenversicherung vorgesehenen Umfang von zwanzig Stimmen. Eine sachgerechte Regelung hierzu fehlt.

3. Zu Artikel 5 (§ 31 Absatz 1a Satz 5 SGB V)

Der Bundesrat bittet im weiteren Gesetzgebungsverfahren, die in § 31 Absatz 1a Satz 5 SGB V vorgesehene Übergangsfrist für die Erstattungsfähigkeit von Verbandmitteln in der gesetzlichen Krankenversicherung von zwölf Monaten auf 24 Monate zu verlängern.

Begründung:

Mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) vom 11. April 2017 wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, das Nähere zur Abgrenzung von Verbandmitteln zu sonstigen Produkten zur Wundbehandlung bis zum 30. April 2018 in den Arzneimittel-Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V zu regeln. Das Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) vom 9. August 2019 veränderte die Verbandmitteldefinition. Deshalb wurde die Übergangsfrist angepasst auf die Verkündung des GSAV. Die Fristvorgabe für den G-BA wurde auf den 31. August 2020 verlegt.

Zur Vermeidung von Versorgungslücken sieht § 31 Absatz 1a Satz 5 SGB V in der Fassung des HHVG eine zwölfmonatige Übergangsregelung nach dem Wirksamwerden der entsprechenden Regelungen in den Arzneimittel-Richtlinien für solche Gegenstände vor, die bereits vor dem 11. April 2017 zu Lasten der Krankenkassen erbracht wurden.

Der Bundesrat begrüßt das Ziel, mehr Evidenzbasierung in der Versorgung mit Verbandmitteln zu erreichen. Er befürchtet aber, dass die vorgegebene zwölfmonatige Übergangsfrist nicht ausreichend bemessen ist. Es besteht weiterhin die Gefahr, dass eine Vielzahl an Produkten aus der Erstattungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung fällt, weil durch die Richtlinie des G-BA Nutzenbewertungen erforderlich werden, die bislang nicht notwendig waren. Speziell diejenigen Unternehmen, die sich aktiv bemühen, medizinische Evidenz zu generieren, benötigen notwendigerweise dazu auch angemessene Fristen. Vor diesem Hintergrund sieht der Bundesrat die Notwendigkeit, dass die Produkte der Verbandmittelhersteller innerhalb einer 24-monatigen Übergangs-

frist erstattungsfähig bleiben, damit die Wirksamkeit einzelner Produkte durch Studien mit bestmöglicher Evidenz und weiteren Erkenntnissen belegt werden kann.

4. Zu Artikel 5 (§ 35a Absatz 3b SGB V)

Der Bundesrat bittet im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu überprüfen, ob die mit dem Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) vom 9. August 2019 in § 35a Absatz 3b SGB V getroffenen Regelungen zu Arzneimitteln, die zur Behandlung eines seltenen Leidens nach der Verordnung (EG) Nummer 141/2000 zugelassen sind (sogenannte Orphan Drugs), zu einer Beeinträchtigung der Versorgung der Versicherten mit Orphan Drugs führen.

Der Bundesrat bittet insbesondere zu überprüfen, ob das derzeitige Zeitintervall von höchstens 18 Monaten in § 35a Absatz 3b Satz 9 SGB V, in dem die gewonnen Daten und die Verpflichtung zur Datenerhebung vom Gemeinsamen Bundesausschuss überprüft werden sollen, auf 24 Monate verlängert werden sollte.

Begründung:

Den sogenannten Orphan Drugs kommt für die medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten, die an einem seltenen Leiden erkrankt sind, eine wichtige, oftmals sogar lebensentscheidende Rolle zu. Orphan Drugs stehen dabei in dem Spannungsfeld, dass sie an nur relativ wenig Erkrankten angewandt werden können und deshalb in Entwicklung und Produktion im Vergleich zu Standardmedikamenten teuer sind, aber sie sind zugleich für die Erkrankten essentiell, um seltene und oftmals zugleich schwere Leiden zu behandeln.

Der Bundesrat begrüßt, dass die Rolle der Orphan Drugs in den Regelungen des AMNOG-Verfahrens durch das GSAV gestärkt werden konnte. Vor dem Hintergrund der zu erwartenden geringen Umsätze ist die Entwicklung von Orphan Drugs weniger attraktiv. Um eine gute Versorgung der Betroffenen sicherzustellen, sollte die Entwicklung von Orphan Drugs daher attraktiver gestaltet werden. Die Orphan Drugs sind durch die Fiktion des Zusatznutzens in § 35a Absatz 1 Satz 11 erster Halbsatz SGB V im Rahmen der frühen Nutzenbewertung privilegiert. Eine sichere Arzneimittelversorgung und die Kostenminimierung in einem solidarischen Gesundheitswesen durch die Verwendung von Arzneimitteln mit einem (Zusatz-)Nutzen begründet es andererseits, dass Evidenz nicht nur bei Überschreiten der nunmehr modifizierten Umsatzschwelle des § 35a Absatz 1 Sätze 12 bis 14 SGB V, sondern auch durch anwendungsbegleitende Datenerhebungen und Auswertungen zum Zweck der Nutzenbewertung erzeugt werden muss.

Nach § 35a Absatz 1 Satz 3 Nummern 2 und 3 SGB V in Verbindung mit § 35a Absatz 1 Satz 11 zweiter Halbsatz SGB V in Verbindung mit § 35a Absatz 3b Satz SGB V müssen die pharmazeutischen Unternehmer auf Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses hin anwendungsbegleitende Datenerhebungen und Auswertungen zum Zweck der Nutzenbewertung vorlegen. Die gewonnenen Daten und die Verpflichtung zur Datenerhebung sind nach § 35a Absatz 3b Satz 9 SGB V in regelmäßigen Abständen, mindestens jedoch alle 18 Monate, vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu überprüfen.

Die Versorgung von Patienten mit seltenen Leiden darf nicht durch zu hohe bürokratische Auflagen gefährdet werden. Vor diesem Hintergrund ist zu überprüfen, ob die durch das GSAV verschärften Anforderungen an Orphan Drugs zu einer Beeinträchtigung der Versorgung der Versicherten mit seltenen Leiden führen.

Zudem ist fraglich, ob die notwendige Evidenz bereits in einem Zeitraum von 18 Monaten überhaupt gewonnen werden kann. Auch in Umständen, die außerhalb des Verantwortungsbereichs des pharmazeutischen Unternehmers liegen, kann es begründet sein, dass so rasch keine ausreichende Evidenz gewonnen werden kann. Eine Verlängerung dieser Frist, etwa auf 24 Monate, ist daher zu prüfen.

5. Zu Artikel 5 Nummer 3a – neu – (§ 67 Absatz 3 – neu – SGB V) und
Nummer 3b – neu – (§ 68c – neu – SGB V)

In Artikel 5 sind nach Nummer 3 folgende Nummern 3a und 3b einzufügen:

,3a. Dem § 67 wird folgender Absatz 3 angefügt:

"(3) Die Krankenkassen oder ihre Verbände können mit den Kassenärztlichen Vereinigungen oder unter Beteiligung von Dritten im Sinne des § 68a Absatz 3 Satz 2 Vereinbarungen schließen."

3b. Nach § 68b wird folgender § 68c eingefügt:

„§ 68c

Regionale Versorgungsinnovationen

Die Krankenkassen oder ihre Verbände können in Regionen, in denen der Landesausschuss nach § 100 Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 3 eine ärztliche Unterversorgung, eine drohende ärztliche Unterversorgung oder einen besonderen Versorgungsbedarf festgestellt hat, Versorgungsinnovationen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, zugelassenen Leistungserbringern oder deren Verbänden sowie mit Anbietern von digitalen Gesundheitsanwendungen vereinbaren und umsetzen. § 63 Absatz 3a gilt entsprechend. Leistungserbringer können ihren Beitritt schriftlich oder

elektronisch, auch abweichend von § 56 des Zehnten Buches und § 36a des Ersten Buches nicht qualifiziert elektronisch signiert, erklären. Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten über die Versorgungsinnovationen in geeigneter Form.“ ‘

Begründung:

Zu Nummer 3a:

Krankenkassen haben den gesetzlichen Auftrag, die Digitalisierung und elektronische Kommunikation der Leistungserbringer zu unterstützen, dürfen zu diesem Zweck aber keine Verträge schließen. Mit der Neuregelung wird diese erforderliche Vertragskompetenz auch rechtlich geschaffen.

Zu Nummer 3b:

Die Versorgungslage ist regional sehr unterschiedlich, sowohl mit Blick auf Problemstellungen als auch hinsichtlich der Lösungsoptionen. Nach bestehender Rechtslage ist es den Krankenkassen nicht möglich, in ausgewählten Regionen strukturelle Veränderungen (zum Beispiel neue Formen der Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten, Therapeuten, Pflegediensten und Krankenhäusern) direkt zu fördern.

Beispiel:

Aufbau und Betrieb eines Regionalen Gesundheitszentrums oder einer integrierten Einrichtung zur Kurzzeitpflege, welche gemeinsam von Krankenhäusern, Pflegeheimen und Pflegediensten betreut werden.

Die bisherigen Regelungen der §§ 63 und 64 SGB V sind nicht ausreichend, weil Anbieter digitaler Versorgungsinnovationen darin nicht vorkommen, diese Vorhaben zeitlich begrenzt sind und einer Evaluationspflicht unterliegen. Möglichkeiten bestehen lediglich über sektorale Strukturfondsmittel bei den niedergelassenen Ärzten oder den Krankenhäusern, welche in der Regel nicht zielgenau auf Einzelprojekte ausgerichtet werden und nicht "sektorenübergreifend" sind. Ein Umweg über Modellvorhaben/Selektivverträge setzt in der Regel eine Teilnahmevoraussetzung von Versicherten voraus.

Mit der vorgeschlagenen Änderung soll eine Gesetzesnorm für „Regionale Versorgungsinnovationen“ geschaffen werden. Auf dieser Grundlage dürfen Krankenkassen mit Leistungserbringern auf freiwilliger Basis in einer bestimmten Region Verträge zur Gestaltung der regionalen Versorgung schließen.

Eine Einschreibung von Versicherten soll nur dann erforderlich sein, wenn eine zusätzliche Datenerhebung und -verarbeitung stattfinden soll.

Der hier umgesetzte Ansatz zu mehr Regionalität geht nicht zuletzt auch auf die entsprechende Beschlussfassung auf der 92. Gesundheitsministerkonferenz am 5./6. Juni 2019 in Leipzig (TOP 5.1 Digitalisierung im Gesundheitswesen – wichtige Grundlage für die nachhaltige und zukunftsfeste medizinische Versorgung in allen Regionen Deutschlands) zurück. In der Begründung wird ausgeführt, dass die bisherigen Regelungen notwendige regionale Experimentier-

räume zur Erprobung neuer Versorgungsformen nicht ohne Weiteres ermöglichen. Sie sind eher auf Vereinheitlichung ausgelegt. Um den Selbstverwaltungspartnern regional mehr Gestaltungsfreiheit und Regelungsbefugnis einzuräumen, sind durch den Gesetzgeber Experimentierklauseln zu schaffen.

Es gilt, mehr Regionalität zu wagen.

6. Zu Artikel 5 Nummer 4 Buchstabe b (§ 71 Absatz 4 Satz 3 SGB V)

Artikel 5 Nummer 4 Buchstabe b ist zu streichen,

Begründung:

Mit der von der Bundesregierung eingefügten Ergänzung des § 71 Absatz 4 SGB V soll eine Regelung geschaffen werden, dass Klagen der Vertragspartner gegen eine Beanstandung nach § 71 Absatz 4 SGB V keine aufschiebende Wirkung entfalten. Die Änderung wird damit begründet, dass der Sinn und Zweck des präventiven Aufsichtsmittels „Beanstandung“, also die Verhinderung des Inkrafttretens einer als rechtswidrig beanstandeten Vereinbarung, entfallen würde, hätte eine Klage eine aufschiebende Wirkung im Verhältnis zur Beanstandung.

Nach Ansicht des Bundesrates übersieht die Bundesregierung allerdings die deutlich schwerwiegendere Folge, dass im Falle der nicht aufschiebenden Wirkung einer Klage die von den Vertragspartnern geschlossene Vereinbarung – im Falle des Rechtswegs durch alle Instanzen – auf lange Zeit nicht wirksam werden könnte. Sofern die Vertragspartner nämlich gegen eine Beanstandung Klage erheben würden, müssten im Falle der Gesamtverträge alle Honorarbescheide in einem KV-Bezirk unter Widerrufsvorbehalt erlassen werden. Auch Vereinbarungen für die Folgejahre (Vorjahresanknüpfung gemäß § 87a SGB V), die regelmäßig auf Veränderungen zum Vorjahr aufbauen, könnten ebenfalls nicht rechtswirksam vereinbart werden.

Vor dem Hintergrund der geschilderten Folgen hat nach Auffassung des Bundesrates eine solche Änderung faktisch die Wirkung, dass den Vertragspartnern die Klageerhebung und Wahrnehmung ihrer Rechtsmittel gegen eine Beanstandung und insbesondere deren gerichtliche Überprüfung unmöglich gemacht würde.

7. Zu Artikel 5 Nummer 4 Buchstabe c – neu – (§ 71 Absatz 5 Satz 2 – neu – SGB V)

In Artikel 5 ist der Nummer 4 nach Buchstabe b folgender Buchstabe c anzufügen:

,c) Dem Absatz 5 wird folgender Satz angefügt:

„Vor einer Beanstandung der Verträge nach den §§ 73b und 140a haben die für die Vertragsparteien zuständigen Aufsichtsbehörden mit einer Frist von vier Wochen das Benehmen mit den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder herzustellen, in denen die Verträge wirksam werden sollen.“ ‘

Begründung:

Es handelt sich um eine flankierende Regelung zu den Änderungen in § 90 SGB IV und zur Umsetzung der im Koalitionsvertrag vereinbarten Stärkung der Regionalität der Gesundheitsversorgung.

Sie dient der Intensivierung des fachlichen Austausches der Aufsichtsbehörden untereinander und der strukturierten Abstimmung bei Selektivverträgen, in denen die regionale Ausgestaltung der Versorgung betroffen ist. Da die Anforderungen an die Gesundheitsversorgung regional sehr unterschiedlich sind, müssen die Versorgungsangebote den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten vor Ort Rechnung tragen. Den Ländern ist ein erweitertes Informations- und Mitwirkungsrecht einzuräumen. Dadurch wird sichergestellt, dass alle Aspekte der Versorgungsstruktur des Landes berücksichtigt werden. Das Letztentscheidungsrecht über das aufsichtsrechtliche Vorgehen verbleibt weiterhin bei der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde.

8. Zu Artikel 5 Nummer 5 (§ 73b Absatz 5 Satz 7 und
Satz 8 SGB V),
Nummer 7 (§ 83 Satz 4 und
Satz 5 SGB V) und
Nummer 11 (§ 140a Absatz 2 Satz 7 und
Satz 8 SGB V)

Artikel 5 Nummern 5, 7 und 11 sind zu streichen.

Begründung:

Dem Anliegen der Bundesregierung in Bezug auf die Vermeidung von Manipulationen bei der Erstellung und Kodierung von Diagnosen im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit ist grundsätzlich zuzustimmen. Allerdings gehen die im Gesetzentwurf zu den §§ 73b und 140a SGB V beabsichtigten Änderungen dahin gehend zu weit, dass generell vertragliche Regelungen unzulässig seien, in denen bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorgesehen werden.

Sowohl in den Verträgen der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) als auch in Verträgen zur besonderen Versorgung sind Vergütungsregelungen enthalten, die bestimmte Pauschalen oder Zuschläge von der Erfassung beziehungsweise Dokumentation von ICD-10-Diagnosen abhängig machen. Insofern sind ICD-10-Diagnosen mittelbar auch Bestandteil solcher Vereinbarungen. Soweit eine ärztliche Leistung mit einer bestimmten, tatsächlich vorliegenden Erkrankung im unmittelbaren Zusammenhang steht, ist es aus Sicht des Bundesrates systematisch richtig, den Vergütungsanspruch von der Dokumentation und damit von der Kodierung dieser Erkrankung abhängig zu machen. So gibt es auch in der Regelversorgung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab Abrechnungspositionen, die nur bei bestimmten ICD-10-Diagnosen abrechnungsfähig sind.

Es ist gerade eines der wesentlichen Ziele der HzV und der Verträge zur besonderen Versorgung, eine über die Regelversorgung hinausgehende Versorgung anzubieten. In diesen Versorgungsformen dienen gerade die Diagnosen als vertraglicher Anker, um die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte dazu anzuhalten, Patientinnen und Patienten mit hoher Morbidität (zum Beispiel chronisch erkrankte und multimorbid erkrankte Versicherte in der HzV) eine über die Regelversorgung hinausgehende, besondere Versorgung zukommen zu lassen. Es ist daher sinnvoll, angemessen und letztlich auch im Sinne der Regelungen des SGB V wirtschaftlich auf einer definierten, diagnosebezogenen Krankheits- beziehungsweise Diagnoseauswahl aufzusetzen, um durch ärztliche Interventionen und Leistungserbringung bei diesen Krankheitsbildern die Versorgung der Versicherten besser zu steuern.

Käme es zu einem wie von der Bundesregierung vorgesehenen generellen Verbot von Diagnoselisten, würde nach Ansicht des Bundesrates die an der eindeutig definierten Krankheitslast ausgerichtete steuernde Wirkung der HzV und der Verträge zur besonderen Versorgung entfallen. Insofern scheint es für den Bundesrat fraglich zu sein, ob unter diesen Voraussetzungen vergleichbare Versorgungsinhalte überhaupt noch sinnvoll vereinbart werden können. Vielmehr wird, nicht zuletzt auch zum Nachteil der Patientinnen und Patienten, zu erwarten sein, dass mit einer solchen Regelung in den §§ 73b und 140a SGB V erhebliche Unruhe in das haus- und fachärztliche Versorgungsgeschehen gebracht wird und daraus folgend, auch eine abschreckende Wirkung auf den ärztlichen Nachwuchs ausstrahlt, sich mit einer vertragsärztlichen Tätigkeit niederzulassen.

Aus Sicht des Bundesrates sind die Regelungen, die im Jahr 2017 mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz eingefügt wurden, ausreichend, um Manipulationen in der selektivvertraglichen Versorgung zu verhindern. Das von der Bundesregierung mit den vorliegenden Regelungen verfolgte Ziel, un-

angemessene oder manipulierte Mittelzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds auszuschließen, steht nicht im Verhältnis zu der anzunehmenden negativen Folge, dass die Versorgungsformen nach §§ 73b und 140a SGB verschwinden.

Die vorstehenden Ausführungen gelten analog für die von der Bundesregierung formulierte Änderung zu § 83 SGB V, dass in Gesamtverträgen kassenindividuelle oder kassenspezifische Vereinbarungen verboten sein sollen, die bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorsehen.

9. Zu Artikel 5 Nummer 9a – neu – (§ 103 Absatz 2 Satz 4,

Satz 5,

Satz 5a – neu – und

Satz 8 – neu – SGB V)

In Artikel 5 ist nach Nummer 9 folgende Nummer 9a einzufügen:

„9a. § 103 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 4 werden nach dem Wort „Fachrichtungen“ die Wörter „für eine im Antrag festzulegende Anzahl von Arztsitzen“ eingefügt.

b) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Für die Bestimmung der ländlichen und strukturschwachen Teilgebiete soll der Landesausschuss im Einvernehmen mit der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde allgemeingültige Kriterien aufstellen, die den jeweiligen Entscheidungen zugrunde zu legen sind.“

c) Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:

„Sofern bis zum 31. März 2020 keine Kriterien nach Satz 5 bestimmt wurden, kann die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde diese übergangsweise aufstellen und bei den Entscheidungen nach Satz 4 zugrunde legen, solange kein Einvernehmen nach Satz 5 hergestellt ist; Satz 6 ist zu berücksichtigen.“

d) Folgender Satz ist anzufügen:

„Zulassungen auf Grundlage einer Entscheidung nach Satz 4 sind an den Ort der Niederlassung gebunden.“ ‘

Begründung:Zu Buchstabe a:

Mit der derzeitigen Regelung würden Teilgebiete eines Planungsbereichs bei einem entsprechenden Antrag für die betreffende Arztgruppe ohne zahlenmäßige Begrenzung geöffnet. Dies könnte zu einer ungewollten Zahl an Niederlassungen führen, die der zuständige Zulassungsausschuss rechtlich kaum verhindern kann.

Da es in der Regel um einen oder wenige zusätzliche Sitze geht, die für eine angemessene Versorgungssituation erforderlich aber auch ausreichend sind, muss es dem antragstellenden Land möglich sein, mit dem Antrag zugleich die Zahl der neu zu besetzenden Sitze festzulegen.

Zu Buchstabe b und Buchstabe c:

Die mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz eingeführten Regelungen sollen die Bestimmungsrechte der Länder im Zusammenhang mit der Ausnahme von Zulassungsbeschränkungen in ländlichen und strukturschwachen Gebieten gestärkt werden (vgl. BT-Drucksache 19/8351, Seite 192). Auch rund ein halbes Jahr nach Inkrafttreten der Neureglung ist es in keinem Land zu einer einvernehmlichen Kriterienbestimmung gekommen. Ohne diese einvernehmliche Aufstellung der Kriterien laufen die neuen Länderrechte faktisch ins Leere. Ein Konfliktlösungsmechanismus besteht nicht, so dass die Umsetzung der neuen Länderrechte letztlich auf Dauer unterlaufen werden kann. Daher ist es notwendig, für den Fall der Nichteinigung eine Regelung zu treffen, um die Kriterien als zwingende Grundlage einer Antragstellung nach § 103 Absatz 2 Satz 4 SGB V festzulegen. Angesichts der vom Bundesgesetzgeber ausdrücklich geschaffenen Kompetenz der Länder zur Bestimmung von Ausnahmen von Zulassungsbeschränkungen soll daher nach einer angemessenen Frist seit Inkrafttreten der Regelung das Land zunächst alleine die notwendigen Kriterien festlegen können. Diese sollen übergangsweise nur so lange angewendet werden, bis eine einvernehmliche Lösung zustande gekommen ist.

Bei der Festlegung durch das Land sind ausdrücklich weiterhin die Vorgaben des heutigen § 103 Absatz 2 Satz 6 SGB V zu berücksichtigen.

Zu Buchstabe d:

Mit der Regelung, die den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) des G-BA zum Sonderbedarf (§ 36 Absatz 2 BPL-RL) entspricht, soll ausdrücklich festgelegt werden, dass die zusätzlichen Sitze in gesperrten Planungsbereichen an den Ort der Niederlassung, das heißt das jeweilige Teilgebiet des Planungsbezirks, gebunden sind.

10. Zu Artikel 5 Nummer 9a – neu – (§ 125 Absatz 7 Satz 1a – neu – SGB V)

In Artikel 5 ist nach Nummer 9 folgende Nummer 9a einzufügen:

,9a. In § 125 Absatz 7 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können auch weitere Verträge schließen, die ergänzend zu den Verträgen nach Absatz 1 zur Sicherstellung der Versorgung unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten und Bedarfe erforderlich sind.“

Begründung:

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz ist die Vertragskompetenz im Heilmittelbereich grundsätzlich auf die Bundesebene verlagert worden. Für ergänzende Verträge auf regionaler Ebene sind lediglich eng begrenzte Rechtsgrundlagen geschaffen worden, die nicht ausreichend sind, auf regionale Besonderheiten angemessen reagieren zu können. Mit der vorgeschlagenen Änderung soll eine Rechtsgrundlage geschaffen werden, ergänzend zu den Bundesverträgen noch regionale Verträge zur Versorgung mit Heilmitteln vereinbaren beziehungsweise bestehende aufrechterhalten zu können. Dies betrifft zum Beispiel Verträge zur Versorgung von behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen.

11. Zu Artikel 5 Nummer 9a – neu – (§ 136a Absatz 2 Satz 3 und Satz 9 SGB V)

In Artikel 5 ist nach Nummer 9 folgende Nummer 9a einzufügen:

,9a. § 136a Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung nach Satz 2 sollen möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen; der Bedeutung der Psychotherapie in der stationären Versorgung psychisch und psychosomatisch Erkrankter ist dabei angemessen Rechnung zu tragen.“

b) Satz 9 wird gestrichen.

Begründung:

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist verpflichtet, für den Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung insbesondere verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal zu bestimmen.

Das Anliegen des Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung, durch entsprechende Mindestvorgaben sicherzustellen, dass die Psychotherapie entsprechend ihrer Bedeutung in der Versorgung psychisch und psychosomatisch Erkrankter abgebildet wird, ist anzuerkennen. Daher ist § 136a Absatz 2 Satz 3 SGB V durch einen Halbsatz zu ergänzen, wonach der G-BA bei der Festlegung von Mindestvorgaben zur Personalausstattung in Einrichtungen zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung der Bedeutung der Psychotherapie angemessen Rechnung zu tragen hat.

Eine Verpflichtung des G-BA, einen bettenbezogenen Personalmindestschlüssel für die Berufsgruppe der Psychotherapeuten festzulegen, ist hingegen aus fachlichen Gründen nicht geeignet. Ein bettenbezogener Schlüssel, ausschließlich für die Berufsgruppe der Psychotherapeuten, bildet die notwendige Differenzierung der Psychotherapiebedarfe unterschiedlicher Behandlungsbereiche innerhalb einer psychiatrischen oder psychosomatischen Klinik nur ungenügend ab und gibt den Kliniken auch nicht die unter fachlichen und ökonomischen Gesichtspunkten unbedingt notwendige Flexibilität hinsichtlich vorhandener psychotherapeutischer Ressourcen. Um der jeweiligen konkreten Versorgungs- und Behandlungssituation Rechnung tragen zu können, ist ein abgestufter, subtilerer sowie strukturelle, funktionelle und fachliche Gegebenheiten der Kliniken berücksichtigender Maßstab notwendig.

Die Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) des G-BA zielt für die Bemessung des Personalbedarfs daher aus gutem Grund nicht auf die Bettenzahl, sondern auf die am konkreten Versorgungsbedarf der Patienten ausgerichteten Minutenwerte ab. Auch diesen aktuellen Vorgaben der PPP-RL würde die Etablierung einer bettenbezogenen Mindestvorgabe allein für die Berufsgruppe der Psychotherapeuten widersprechen und zudem die Etablierung eines parallelen Personalbemessungssystems für die Psychotherapeuten erfordern.

Der im Rahmen des Psychotherapeutengesetzes neu eingefügte Satz 9 in § 136a Absatz 2 SGB V ist daher zu streichen.

12. Zu Artikel 5 Nummer 12 (§ 163 Absatz 4 – neu – und Absatz 5 – neu – SGB V)

In Artikel 5 Nummer 12 sind dem § 163 folgende Absätze 4 und 5 anzufügen:

„(4) In dem Verfahren nach Absatz 1 und Absatz 2 ist der Landesverband, dem die jeweiligen Krankenkassen angehören, entsprechend zu beteiligen. Die Krankenkassen haben dem Landesverband, dem sie angehören, auf Verlangen

unverzüglich die Unterlagen vorzulegen und die Auskünfte zu erteilen, die dieser zur Beurteilung ihrer dauerhaften Leistungsfähigkeit für erforderlich hält, oder ihm die Einsichtnahme in diese Unterlagen in ihren Räumen zu gestatten. Auf Verlangen haben die Krankenkassen die Unterlagen elektronisch und in einer bestimmten Form zur Verfügung zu stellen. Kommt eine Krankenkasse diesen Verpflichtungen nicht nach, ist die Aufsichtsbehörde der Krankenkasse hierüber zu unterrichten.

(5) Vor Errichtung, Vereinigung, Öffnung, Auflösung oder Schließung von Krankenkassen sind die Verbände der beteiligten Krankenkassen zu hören. Satz 1 gilt entsprechend, wenn eine Krankenkasse ihren Sitz in den Bezirk eines anderen Verbandes verlegt.“

Begründung:

Die im Gesetzentwurf enthaltenen Neuregelungen zur Haftung bei Schließung und Insolvenz von Krankenkassen sehen einen vollständigen Übergang der Haftung wie auch der Haftungsprävention von den Landesverbänden der Krankenkassen an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen vor. Die bislang in den jeweiligen Kassenarten und deren Verbänden gebildeten Haftungsverbünde sollen aufgelöst werden.

Im Hinblick auf mögliche hohe Haftungsrisiken bei großen Krankenkassen birgt die aktuelle gesetzliche Regelung das Risiko, Krankenkassen einer Kassenart durch die finanziellen Verpflichtungen im Haftungsfall selbst in Existenzgefahr zu bringen. Insofern ist der Übergang der Haftung an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und somit an alle Krankenkassen nachvollziehbar.

Allerdings werden in den Neuregelungen haftungspräventive Maßnahmen, wie Überprüfung der jährlichen und vierteljährlichen Rechnungsergebnisse der Krankenkassen ausschließlich dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen übertragen. Das bislang bewährte und im Sinne einer weiteren Sicherheit praktizierte Verfahren der Haftungsprävention (Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Landesverbände der Krankenkassen) ist nicht mehr vorgesehen. Dabei wurde in eben jenem bewährten Verfahren in der Vergangenheit bereits erfolgreich Haftungsprävention durch die jeweiligen Landes- beziehungsweise Bundesverbände betrieben. Mit einem kompletten Entfall des bisherigen Systems entfällt auch die Würdigung der im bisherigen Haftungssystem bereits erbrachten finanziellen Transaktionen innerhalb einzelner Kassenarten.

Zudem sind das kassenartenspezifische Wissen und die Expertise der Landesverbände der Krankenkassen für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse beziehungsweise bei der Beratung über geeignete Maßnahmen zur Sicherung ihrer dauerhaften Leistungsfähigkeit ein wichtiges und ergänzendes Element. Hierdurch wurde auch im weiteren Sinne ein Vier-Augen-Prinzip sichergestellt, um Haftungsfälle zu vermeiden. Insbesondere auch unter

wettbewerblichen Gesichtspunkten sollten die Landesverbände der Krankenkassen für ihre jeweiligen Kassenarten weiterhin Bestandteil der Haftungsprävention sein.

Darüber hinaus birgt eine ausschließliche Haftungsprävention durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Gefahr, dass Krankenkassen, die sich gegebenenfalls nur kurzfristig in finanziellen Schwierigkeiten befinden, einer Zwangsfusion ausgesetzt sind.

13. Zu Artikel 5 Nummer 12 (§ 164a – neu – SGB V)

In Artikel 5 Nummer 12 ist nach § 164 folgender § 164a einzufügen:

„§ 164a

Freiwillige finanzielle Hilfen

(1) Krankenkassen können mit anderen Krankenkassen derselben Kassenart Verträge über die Gewährung von Hilfeleistungen schließen, um

1. Vereinigungen von Krankenkassen zur Abwendung von Haftungsrisiken zu erleichtern oder zu ermöglichen sowie
2. die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit einer Krankenkasse zu erhalten.

In den Verträgen ist Näheres über Umfang, Finanzierung und Durchführung der im Zeitpunkt der Leistungsgewährung bestimmbaren Hilfeleistungen zu regeln. § 60 des Zehnten Buches gilt entsprechend. Die jeweiligen Landesverbände und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen haben den Krankenkassen nach Satz 1 auf Verlangen die Auskünfte zu erteilen, die zur Beurteilung des Umfangs der Hilfeleistungen erforderlich sind.

(2) Die Verträge sind von den für die am Vertrag beteiligten Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörden zu genehmigen.“

Begründung:

Der vorgeschlagene § 164a SGB V setzt die bereits existierende oder eine drohende Notsituation einer Krankenkasse voraus. Um Haftungsrisiken abzuwenden oder die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit zu erhalten, ist es sinnvoll, den Krankenkassen die Möglichkeit zu geben, die bestehenden, aber schwer oder gar nicht abschätzbaren Finanzrisiken frühzeitig durch finanzielle Hilfen abzusichern.

Es sollte den Krankenkassen daher möglich sein, bereits frühzeitig und präventiv Verträge über finanzielle Hilfeleistungen zu schließen und hierüber zum Beispiel auch Haftungsverbünde einzugehen.

In Verträgen nach § 164a Absatz 1 SGB V ist Näheres über den Umfang, die Finanzierung und die Durchführung der Hilfeleistungen zu regeln.

14. Zu Artikel 5 Nummer 12 (§§ 166 ff. SGB V)

Der Bundesrat ist der Auffassung, dass sich die bisherigen Haftungsregelungen innerhalb der jeweiligen Krankenkassenarten bewährt haben. Insbesondere war durch die bisherigen Haftungsregelungen eine ausreichende und frühzeitige Haftungsprävention innerhalb der jeweiligen Krankenkassenart sichergestellt. Damit auch weiterhin eine ausreichende und gut funktionierende Haftungsprävention seitens der gesetzlichen Krankenkassen betrieben wird, fordert der Bundesrat, die bereits bestehenden Haftungsregelungen unverändert beizubehalten.

Begründung:

Aktuell bilden die jeweiligen Krankenkassen innerhalb ihrer Krankenkassenart entsprechende Haftungsverbünde. Dieses Sicherungssystem wirkt bereits präventiv und nicht erst im Fall einer drohenden Insolvenz oder Schließung einer Krankenkasse. Durch die Haftungsverbünde können drohende finanzielle Notlagen frühzeitig erkannt und bereits im Vorfeld wirksame Maßnahmen ergriffen werden.

Durch die bisherige vorrangige Haftung innerhalb der jeweiligen Krankenkassenart wurde eine entsprechende Sensibilität bei den Krankenkassen geschaffen.

Es ist zu befürchten, dass durch eine Verteilung der Haftungsrisiken auf die GKV-Gemeinschaft die bisherigen Präventionsmaßnahmen nicht mehr durchgeführt werden. Schließlich sieht der Gesetzentwurf keine Anreize mehr für eine solche Haftungsprävention vor.

Der vom Gesetzentwurf vorgesehene Einsatz des Vermögens der Krankenkassen aller Kassenarten bei der Aufbringung der Mittel im Haftungsfall setzt falsche Anreize, welche weder als solidarisch noch als Ausdruck eines fairen Kassenwettbewerbs gelten können. Krankenkassen beziehungsweise deren Beitragszahler, welche durch wirtschaftliches Handeln und zur Absicherung der finanziellen Stabilität Vermögen aufgebaut haben, werden im Haftungsfall gegenüber Kassen ohne finanzielle Vorsorge einseitig benachteiligt.

Der Bundesrat bittet daher, die aktuell bestehenden Haftungsregelungen unverändert beizubehalten.

15. Zu Artikel 5 Nummer 14 Buchstabe b (§ 217b Absatz 4, Absatz 5 und Absatz 6 SGB V)

In Artikel 5 Nummer 14 ist der Buchstabe b zu streichen.

Begründung:

Die Schaffung eines Lenkungs- und Koordinierungsausschusses beim GKV-Spitzenverband widerspricht dem Prinzip der sozialen Selbstverwaltung. Zukünftig wäre die Selbstverwaltung des GKV-Spitzenverbandes erheblich eingeschränkt, da Beschlüsse nicht ohne Zustimmung des hauptamtlich gebildeten Lenkungs- und Koordinierungsausschusses gefasst werden könnten. Durch dieses Verfahren würde die Sozialpartnerschaft als Grundlage der GKV entwertet.

Der GKV-Spitzenverband wurde als autonome und wettbewerbsneutrale Instanz der GKV geschaffen. Zukünftig würde der Wettbewerb der Krankenkassen unmittelbar über den Lenkungs- und Koordinierungsausschuss auf den GKV-Spitzenverband übertragen. Dadurch besteht die Gefahr, dass sich der GKV-Spitzenverband bei seinen Entscheidungen überwiegend an betriebswirtschaftlichen Betrachtungen orientiert.

Zudem ist die Bildung des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses nicht unproblematisch, da die jeweiligen Krankenkassenarten jeweils nur zwei Mandate beziehungsweise die Knappschaft Bahn-See und die landwirtschaftliche Krankenkasse lediglich ein Mandat besetzen dürfen. Dadurch besteht die Gefahr, dass die Mitglieder lediglich die Interessen ihrer jeweiligen Krankenkasse vertreten. Die Interessen der GKV-Versichertengemeinschaft als Ganzes würden dadurch in den Hintergrund treten.

Die Verteilung des Stimmgewichtes nach der bundesweiten Versichertenanzahl würde dazu führen, dass bestimmte Krankenkassenarten immer eine Sperrminorität hätten. Dies erschwert die Beschlussfassung innerhalb des Lenkungs- und Koordinierungsausschusses.

Zudem ist nicht erkennbar, dass die Schaffung eines Lenkungs- und Koordinierungsausschusses Vorteile für die Versorgung der Versicherten bietet.

Die Schaffung eines Lenkungs- und Koordinierungsausschusses beim GKV-Spitzenverband wird aus den genannten Gründen abgelehnt.

16. Zu Artikel 5 Nummer 18 Buchstabe a – neu – (§ 260 Absatz 2 Satz 1 SGB V)

Artikel 5 Nummer 18 ist wie folgt zu fassen:

„18. § 260 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „Einfache“ durch das Wort „Eineinhalbfache“ ersetzt.

b) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) < ... weiter wie Vorlage ... >“ ‘

Begründung:

Durch das GKV-Versichertenentlastungsgesetz wurde die Soll-Obergrenze für das Finanzvermögen in eine feste Obergrenze („dürfen nicht“) geändert. Gleichzeitig erfolgte eine Absenkung dieser Obergrenze der nicht für die laufenden Ausgaben benötigten Betriebsmittel zuzüglich der Rücklage nach § 261 SGB V auf durchschnittlich monatlich das Einfache einer Monatsausgabe. Begründet wurde diese Änderung damit, dass einzelne Krankenkassen aufgrund der Soll-Regelung deutlich höhere Finanzreserven vorhielten, ohne diese zugunsten niedrigerer Zusatzbeiträge zu vermindern (vgl. BT-Drucksache 19/4454, Seite 28).

Inzwischen weisen die aktuellen Finanzprognosen für das Haushaltsjahr 2020 der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einen höheren Finanzbedarf und einen Überschuss der Ausgaben auf. Insofern wird es wahrscheinlich, dass der bundesdurchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a SGB V, der bis zum 1. November 2019 bekannt gegeben wird, für das Jahr 2020 erstmals nach mehreren Jahren ansteigen könnte.

Insgesamt gehen die aktuellen Prognosen zur Konjunkturentwicklung einhellig von rückläufigen Wachstumsraten in den nächsten Jahren aus – bis hin zu Befürchtungen einer etwaigen Rezession. Diese gesamtwirtschaftliche Entwicklung wird entsprechende belastende Auswirkungen auf die Einnahmensituation der GKV haben.

Gleichzeitig werden zahlreiche Gesetze im Gesundheitsbereich, die in den letzten Monaten beschlossen wurden oder in Kraft getreten sind, in den kommenden Jahren zu weiteren deutlichen Mehrausgaben für die gesetzlichen Krankenkassen führen. Zu erwähnen sind hier insbesondere das Krankenhausstrukturgesetz, das Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz, das Terminservice- und Versorgungsgesetz, das E-Health-Gesetz und das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung.

Im Zuge des aktuell zu beratenden GKV-FKG sind zahlreiche Änderungen in der Systematik des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (M-RSA) geplant. Wenngleich die genauen finanziellen Effekte für einzelne Krankenkassen hieraus bislang nicht hinreichend konkret abgesehen werden können, ist doch insgesamt zu erwarten, dass insbesondere den „Versorgerkassen“ mit hoher Morbidität in der Versichertenstruktur weniger Finanzmittel aus dem Gesundheitsfonds über den M-RSA zugewiesen werden. Auch diese Entwicklung könnte durch höhere Finanzreserven abgemildert werden.

Eine höhere Obergrenze für das Finanzvermögen kann die erwarteten finanziellen Belastungen der kommenden Jahre besser und länger abfedern, so dass auch dem gesetzlichen Auftrag zur Beitragssatzstabilität Rechnung getragen werden könnte.

17. Zu Artikel 5 Nummer 18 (§ 260 Absatz 5 SGB V)

In Artikel 5 Nummer 18 ist § 260 Absatz 5 wie folgt zu fassen:

„(5) Die Absätze 2a und 4 sind ab dem Haushaltsjahr anzuwenden, welches dem Jahr folgt, in dem eine Reform des Risikostrukturausgleichs in Kraft getreten ist.“

Begründung:

Der § 260 Absatz 5 SGB V wurde durch das Gesetz zur Beitragsentlastung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz – GKV-VEG) vom 11. Dezember 2018 angefügt und ist ab 15. Dezember 2018 anzuwenden.

In der Gesetzesbegründung zum GKV-VEG heißt es hierzu, dass die Finanzreserven auch Ergebnis des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Ein wesentliches Gestaltungselement dieses Wettbewerbs sei der Risikostrukturausgleich (RSA). Die Koalitionspartner hatten vereinbart, den RSA unter Berücksichtigung der Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des RSA mit dem Ziel eines fairen Wettbewerbs weiterzuentwickeln. Die finanziellen Auswirkungen dieser Reform müssten für die Krankenkassen vor dem Einsetzen der Verpflichtung zum Abschmelzen der Finanzreserven abschätzbar sein. Daher wurde diese Verpflichtung erst ab dem 1. Januar 2020 angewendet und nur, wenn bis zum 31. Dezember 2019 eine RSA-Reform nach § 268 Absatz 5 SGB V erfolgt ist.

Mit der im Gesetzentwurf des GKV-FKG vorgesehenen Änderung soll geregelt werden, dass die Verpflichtung der Krankenkassen zum stufenweisen Abschmelzen der Finanzreserven nach § 260 Absatz 2a und 4 SGB V ab dem 1. Januar 2020 und damit für die Haushaltsplanung für 2020 durch die Krankenkassen unter der Voraussetzung anzuwenden ist, dass bis zum Jahresende 2019 eine Beschlussfassung durch das Bundeskabinett zur Reform des RSA erfolgt ist.

Dies hat zur Folge, dass die Finanzplanung der gesetzlichen Krankenkassen für das Haushaltsjahr 2020 nur mit einer großen Zahl an unbekannten Variablen möglich ist, da die RSA-Komponenten, insbesondere die Regionalkomponente, deren Merkmale das Bundesversicherungsamt erstmalig festlegen muss, noch nicht abschließend feststehen. Zwar sollen sich die regionalen Merkmale laut Begründung zum Gesetzentwurf an den Empfehlungen des Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirats aus dem Jahr 2018 orientieren, davon kann aber erst mit Sicherheit ausgegangen werden, wenn das GKV-FKG in Kraft getreten ist.

Des Weiteren betrachtet der Bundesrat die derzeitige konjunkturelle Konsolidierung, die einen Einfluss auf die Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung hat, und die in der jüngsten Vergangenheit beschlossenen Ausgabensteigerungen mit großer Sorge. Eine Vermögensabschöpfung kann bei insbesondere kleinen bis mittleren Krankenkassen zu einer Erhöhung des Zusatzbeitragsatzes und damit zu Erhöhung der Lohnnebenkosten führen.

18. Zu Artikel 5 Nummer 20 Buchstabe i Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe ggg (§ 266 Absatz 8 Satz 1 Nummer 6 SGB V) und Artikel 6 Nummer 7 (§ 19 RSAV)

- a) In Artikel 5 Nummer 20 Buchstabe i Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe ggg ist § 266 Absatz 8 Satz 1 Nummer 6 zu streichen.
- b) In Artikel 6 Nummer 7 ist § 19 zu streichen.

Begründung:

Die geplante Neufassung in § 266 Absatz 8 Satz 1 Nummer 6 SGB V beinhaltet eine neue Befugnis des Ordnungsgebers, den Ausschluss von Morbiditätsgruppen mit den höchsten relativen Steigerungsraten im Verfahren des RSA zu regeln, mit dem Ziel, Manipulationen, die zu Zuweisungen führen, zu verhindern beziehungsweise deren Wirkung auszubremsen. Damit in Verbindung steht die geplante Neufassung von § 19 RSAV.

Der Bundesrat begrüßt ausdrücklich das Ziel des Gesetzentwurfs, Manipulationen, die zu Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds führen, zu verhindern.

Die geplante Regelung schießt jedoch weit über das eigentliche Ziel hinaus, mittels Vergütungsanreizen ausgelöste Kodiermanipulationen und dadurch entsprechende Anstiege bestimmter kodierter Diagnosen bei den Finanzausweisungen über den Morbi-RSA zu verhindern. Durch die im Jahr 2017 im Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz getroffenen Regelungen zur Verhinderung von Kodiermanipulationen konnten bereits gute Ergebnisse erzielt werden. Die im Morbi-RSA erfasste Morbidität zeigt gemäß den zuletzt vorliegenden Jahresausgleichen bereits keinen Anstieg mehr, der als auffällig beschrieben werden müsste.

Auch vor dem Hintergrund der geplanten Einführung des Vollmodells bei der Krankheitsauswahl im Rahmen des GKV-FKG sowie im Hinblick auf die bereits mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz in § 295 Absatz 4 SGB V vorgegebene Einführung allgemeiner Kodierrichtlinien (AKR) ist eine solche Regelung nicht mehr erforderlich, sondern erzeugt tendenziell unnötigen und vermeidbaren bürokratischen Aufwand.

Zudem bestünde die Gefahr, dass bei auffälliger Steigerungsrate einer Krankenkasse (und damit dem Ausschluss der Hierarchisierten Morbiditätsgruppe (HMG)) alle anderen Kassen für diese HMG ebenfalls keine Zuweisungen mehr erhielten (im Sinne einer „Kollektivstrafe“ bei möglicher Manipulation einer einzelnen Krankenkasse).

19. Zu Artikel 5 Nummer 21 (§ 267 Absatz 1 Satz 2 SGB V)

In Artikel 5 Nummer 21 ist § 267 Absatz 1 Satz 2 wie folgt zu ändern:

- a) Die Wörter „§ 73b Absatz 5 Satz 7 und 8“ sind durch die Wörter „§ 73b Absatz 5 Satz 7“ zu ersetzen.
- b) Der Punkt am Ende ist durch ein Semikolon zu ersetzen und folgende Wörter sind anzufügen:

“hierbei sind die für den Zeitpunkt des Vertragsschlusses geltenden Rechtsvorschriften anzuwenden.“

Begründung:

Ziel ist eine verlässliche Versorgungs- und Rechtssicherheit. Die jeweils betroffene Krankenkasse und die beteiligten Vertragspartner müssen sich darauf verlassen können, dass sie einer durch die Aufsicht erteilten Genehmigung oder Nichtbeanstandung vertrauen können. Der Anreiz für diese Art der Verträge, die für die regionale Versorgung von großer Bedeutung sind, darf nicht durch potenzielle rückwirkende nachteilige Neuregelungen und Rechtsfolgen nach RSA-Prüfung konterkariert werden. Das nachgelagerte Prüfrecht des Bundesversicherungsamt (BVA) bezogen auf Versorgungsverträge aus RSA-Sicht bietet den Krankenkassen selbst bei Vorliegen der Genehmigung oder Nichtbeanstandung der Aufsicht keine hinreichende Rechtssicherheit. Wenn das BVA den Vertrag für rückwirkend unzulässig erklären und dessen Änderung oder Aufhebung verlangen kann, würden die Entscheidungen der Länderaufsichten ausgehebelt und damit obsolet. Dies widerspricht grundlegend den verfassungsrechtlich vorgegebenen Kompetenzen.

Sofern die Krankenkasse einen Vertrag nach § 73b SGB V wegen Fehlens einer Aufsichtsordnung nach § 71 Absatz 6 SGB V nicht vorzeitig kündigen kann, darf die Weitergeltung des Vertrages im RSA nicht zu Lasten der Krankenkasse und der weiteren Vertragsparteien gelten.

20. Zu Artikel 5 Nummer 26 (§ 273 SGB V)

Artikel 5 Nummer 26 ist zu streichen.

Begründung:

Die neue Fassung des § 273 SGB V hat zum Ziel, die Prüfung zur Sicherung der Datengrundlage für den RSA zu vereinfachen und in Bezug auf die Kompetenzen des Bundesversicherungsamts (BVA) zu verstärken. Unter anderem erhält das BVA als RSA-Durchführungsbehörde ein eigenständiges anlassbezogenes Prüferecht für Selektivverträge im Hinblick auf RSA-relevante Verstöße. Die Beweislast für rechtswidriges Verhalten wird umgekehrt.

Diese neue Regelung ist unnötig, da das BVA bereits heute weitgehende Prüferechte im RSA-Bereich nach § 273 SGB V inne hat, diese aber nicht ausreichend zeitnah ausübt. Die Abstellung des Missbrauchs von sogenannten Betreuungsstrukturverträgen erfolgte daher ausschließlich durch die konzertierten Bemühungen der Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder und nicht durch das BVA im Rahmen seiner Sonderzuständigkeiten nach § 273 SGB V.

Darüber hinaus stellt die geplante Neufassung des § 273 SGB V eine unzulässige und unsystematische Vermischung der Zuständigkeiten von Aufsichtsbehörde und Prüfdienst dar, die insbesondere auch Länderzuständigkeiten in der Rechtsaufsicht ignoriert.

Ferner besteht bei einer vorgesehenen Rückwirkung bis zum Jahr 2013 ein erhebliches Potenzial, durch rückwirkende Feststellungen Krankenkassen in finanzielle Schieflage zu bringen, selbst wenn diese sich rechtsaufsichtlich im Hinblick auf gegebenenfalls diskussionswürdige Vertragsinhalte haben beraten lassen.

Soweit hier die Manipulationssicherheit des Morbi-RSA in Bezug auf eine mögliche Beeinflussung durch Selektivverträge verbessert werden soll, wäre alternativ eine Wiederherstellung der Vorlagepflicht von Selektivverträgen entsprechend § 71 Absatz 4 SGB V in der Fassung des GKV-VStG zu erwägen.

21. Zu Artikel 5 Nummer 28 (§ 293a SGB V)

- a) Der Bundesrat begrüßt die Schaffung einer Transparenzstelle für Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung oder über eine besondere Versorgung. Dabei darf es jedoch nicht nur um die Sicherstellung der Datengrundlage des Morbi-RSA gehen, sondern auch darum, mögliche Manipulationen der Krankenkassen zeitnah zu erkennen.

- b) Der Bundesrat fordert daher im weiteren Gesetzgebungsverfahren dafür Sorge zu tragen, dass auch die Aufsichtsbehörden der Länder entsprechenden Zugang zu diesem Verzeichnis erhalten.

Begründung:

Bei der Schaffung einer Transparenzstelle für Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung oder über eine besondere Versorgung geht es nicht nur um die Sicherstellung der Datengrundlage des Morbi-RSA, sondern auch darum, mögliche Manipulationen der Krankenkassen zeitnah zu erkennen. Insbesondere im Hinblick auf die langen Verfahrensdauern der Prüfungen nach § 273 SGB V durch das Bundesversicherungsamt ist es daher erforderlich, dass auch die Aufsichtsbehörden der Länder Zugriff auf das Vertragsregister erhalten, so dass diese über bestehende Selektivverträge zeitnah informiert sind und dort mögliche Anreize für Manipulationen beziehungsweise gegebenenfalls nicht rechtskonforme Verträge bereits frühzeitig erkennen und entsprechend beanstanden können.

22. Zu Artikel 6 Nummer 3 (§ 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 RSAV)

In Artikel 6 Nummer 3 ist in § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 das Wort „insbesondere“ zu streichen.

Begründung:

In § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 RSAV werden die für die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen erforderlichen Risikomerkmale festgelegt.

In Bezug auf die neu einzuführende Regionalkomponente im Morbi-RSA gibt § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 RSAV den Rahmen der möglichen regionalen Merkmale (Variablen) vor. Die genannten Bereiche (Morbiditäts- und Mortalitätsstruktur, Demografiestruktur, Sozialstruktur, Markt- und Wirtschaftsstruktur sowie Siedlungsstruktur) entsprechen exakt und vollständig den Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats aus dem Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs vom 28. Juni 2018 (Tabelle 6.1 Variablenübersicht, Seite 129 f.). Für diese Variablenbereiche wurde in dem angegebenen Gutachten eine Anwendbarkeit bestätigt sowie eine mögliche Verteilungswirkung wissenschaftlich untersucht.

Insoweit bedarf es keiner weiteren generellen Öffnungsklausel. Die Rahmenvorgaben in § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 RSAV sollten, auch aus Gründen der Transparenz sowie der Planungssicherheit für die Krankenkassen, abschließend sein. Aus diesem Grund bedarf es der Formulierung „insbesondere“ nicht.

23. Zu Artikel 6 Nummer 3 (§ 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 RSAV)

In Artikel 6 Nummer 3 sind in § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 die Wörter „die Preisstruktur medizinischer Leistungen,“ zu streichen.

Begründung:

In § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 RSAV werden die für die Zuordnung der Versicherten zu den Risikogruppen erforderlichen Risikomerkmale festgelegt.

In Bezug auf die neu einzuführende Regionalkomponente gibt § 2 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 RSAV den Rahmen der möglichen regionalen Merkmale vor.

Der genannten Bereich „Preisstruktur der medizinischen Leistung“ ist im Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs vom 28. Juni 2018 (Tabelle 6.1 Variablenübersicht, Seiten 129-130) vom Wissenschaftlichen Beirat nicht als möglicher Variablenbereich genannt. Insoweit sollte durch den Gesetzgeber, ohne wissenschaftliche Evidenz und ohne untersuchte Verteilungswirkung, kein neuer Variablenbereich eingeführt werden.

Es sollte bei den im Gutachten abschließend genannten Bereichen der Morbiditäts- und Mortalitätsstruktur, der Demografiestruktur, der Sozialstruktur, der Markt- und Wirtschaftsstruktur sowie der Siedlungsstruktur bleiben. Aus diesem Grund ist die Formulierung „Preisstruktur der medizinischen Leistung“ ersatzlos zu streichen.

Zudem ist der genannte Variablenbereich „Preisstruktur der medizinischen Leistung“ geeignet, das in § 8 Absatz 4 RSAV formulierte Variablenverbot für angebotsbezogene Indikatoren zu umgehen. Ein solches Regionalkriterium manifestiert das bestehende Preisgefälle zwischen Land und Stadt beziehungsweise Ost und West. Es verhindert das gesteckte Ziel der Bundesregierung von gleichwertigen Lebensverhältnissen in Ost und West und konterkariert jeden Anreiz für eine wirtschaftliche medizinische Versorgung.

24. Zu Artikel 6 Nummer 7 (§ 8 Absatz 4 Satz 1 Nummer 3 RSAV)

In Artikel 6 Nummer 7 sind in § 8 Absatz 4 Satz 1 der Nummer 3 nach der Angabe „Nummer 4“ folgende Wörter anzufügen:

„unter Beteiligung der für die Gesundheitsversorgung zuständigen obersten Landesbehörden“

Begründung:

Der Bundesrat beobachtet mit Sorge, dass die konkrete Ausgestaltung der neu zu implementierenden Regionalkomponente letztlich allein dem Bundesversi-

cherungsamt obliegt und vorerst gemäß den Empfehlungen im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats aus dem Jahr 2018 ausgestaltet wird.

Im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats aus dem Jahr 2018 ist aber festgestellt worden, dass sich die Zusammensetzung der relevanten Regionalvariablen im Zeitverlauf ändern kann und die Variablenselektion entsprechend regelmäßig überprüft werden muss. Weiterhin hat der Wissenschaftliche Beirat festgestellt, dass mit zehn Variablen, die die höchste statistische Signifikanz aufweisen, ein Großteil der potenziell möglichen statistischen Erklärungskraft erreicht wird.

Danach sollen derzeit sogenannte Angebotsvariablen (beispielsweise Krankenhausbettendichte) explizit nicht mit einbezogen werden; die Regelung selbst schließt dies allerdings für die Zukunft nicht aus. Grundsätzlich sollen regionale Merkmale ausgewählt werden, die die regionale Ausgabenstreuung erklären können. Steuerungseffekte im Bereich der Versorgung, die einen Einfluss auf regionale Über- und Unterdeckungen haben können, sollen allerdings nicht berücksichtigt werden. Wenn regionale Über- oder Unterdeckungen also durch das Handeln von Krankenkassen oder durch die Gestaltung der Länder, Kreise und Kommunen beeinflusst werden, bleibt dies unberücksichtigt.

Durch den geplanten Ausschluss von Angebotsvariablen bei der Regionalkomponente ist zu befürchten, dass ineffiziente Strukturen weiterhin geduldet und beibehalten werden sollen. Die blinde Berücksichtigung und der Ausgleich regionaler Ausgabeunterschiede ohne genaue Analyse ihrer Ursachen festigt daher ineffiziente und veraltete Strukturen in den unterdeckten Regionen und missachtet das Wirtschaftlichkeitsgebot im Sozialrecht.

Aus diesen Gründen hält es der Bundesrat für zwingend notwendig, dass zukünftig die Merkmale der Regionalkomponente auch unter Einbindung der Länder, die die Verantwortung für die regionale Gesundheitsversorgung innehaben, festgelegt werden.

25. Zu Artikel 6 Nummer 7 (§ 8 Absatz 4 Satz 1 und
Satz 9 RSAV)

In Artikel 6 Nummer 7 ist § 8 Absatz 4 wie folgt zu ändern:

- a) In Satz 1 sind die Wörter „nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch die Wörter „im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ zu ersetzen.
- b) In Satz 9 sind die Wörter „nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen“ durch die Wörter „im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ zu ersetzen.

Begründung:

In § 8 Absatz 4 RSAV wird das Verfahren festgelegt, wer die im Morbi-RSA zu berücksichtigenden regionalen Merkmale auswählt, welches Beteiligungsverfahren anzuwenden ist und wie dieses Verfahren gegebenenfalls angepasst und verändert werden kann.

Dass die Auswahl der im Versichertenklassifikationsmodell zu berücksichtigenden regionalen Merkmale durch das Bundesversicherungsamt erfolgen soll, kann nachvollzogen werden. Eine Beteiligung der Krankenkassen über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen aber nur im Wege eines Anhörungsverfahrens erscheint nicht sachgerecht.

Sowohl die Auswahl, die Anzahl als auch die Änderungen der im Versichertenklassifikationsmodell zu berücksichtigenden regionalen Merkmale haben enormen Einfluss auf die Zuweisungen und damit auf die Einnahmenseite der Krankenkassen. Die alleinige Entscheidungshoheit des Bundesversicherungsamtes und eine Beteiligung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (nur) im Rahmen eines Anhörungsverfahrens erhöht nicht die Transparenz im Verfahren. Gegebenenfalls abweichende Darstellungen und Argumente der Krankenkassenseite würden zwar stets gehört, könnten aber immer unberücksichtigt bleiben.

Um die Ausgestaltung der Regionalkomponente unter dem Aspekt der Wettbewerbsstärkung zu jeder Zeit nachvollziehbar und transparent zu gestalten, sollte das bisher festgelegte Anhörungsverfahren durch ein Einvernehmensverfahren ersetzt werden.

26. Zu Artikel 6 Nummer 7 (§ 8 Absatz 4 Satz 9 RSAV)

In Artikel 6 Nummer 7 ist in § 8 Absatz 4 Satz 9 das Wort „unterjährig“ durch die Wörter „regelmäßig zum 1. Januar eines Jahres“ zu ersetzen.

Begründung:

In § 8 Absatz 4 RSAV wird das Verfahren festgelegt, wer die im Morbi-RSA zu berücksichtigenden regionalen Merkmale auswählt, welches Beteiligungsverfahren anzuwenden ist und wie dieses Verfahren gegebenenfalls angepasst und verändert werden kann.

Nach § 8 Absatz 4 Satz 9 RSAV soll zukünftig eine unterjährige Veränderung der Risikogruppen, des Berechnungsalgorithmus für die Zuordnung zu den Risikogruppen, der regionalen Merkmale, der Verfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren sowie der Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Risikozuschläge durch das Bundesversicherungsamt möglich sein.

Wenn unterjährig derart in die Einnahmeseite der Krankenkassen eingegriffen werden kann, erschwert dies eine verlässliche und auf Mittelfristigkeit ausgerichtete Zusatzbeitragssatzplanung. Auch eine auf Kontinuität und Zuverlässigkeit ausgerichtete Liquiditätsplanung ist mit sich permanent kurzfristig ändernden Parametern für die Krankenkassen nicht kalkulierbar.

Um Liquiditätsengpässe und sich ständig ändernde Zusatzbeiträge zu verhindern, sollten wesentliche Änderung der Grundparameter des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches durch das Bundesversicherungsamt immer nur zum 1. Januar eines Jahres möglich sein.

27. Artikel 7 Nummer 1 – neu – (§ 6a Absatz 2 Satz 9 – neu – KHEntgG)

Artikel 7 ist wie folgt zu fassen:

„Artikel 7

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1421, 1422), das zuletzt durch Artikel 14a des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 6a Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Bei Beschäftigung von Pflegepersonal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus, insbesondere von Leiharbeitnehmern im Sinne des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes, sind der Teil der Vergütungen, der über tarifvertraglich vereinbarte Vergütungen des Krankenhauses für das Pflegepersonal mit direktem Beschäftigungsverhältnis hinausgeht, und die Zahlung von Vermittlungsentgelten nur für die Jahre 2020 und 2021 bis zu einer Höhe von 30 Prozent der über Tarifvertrag hinausgehenden Kosten im Pflegebudget zu berücksichtigen.“

2. Dem § 8 wird folgender Absatz 11 angefügt:

„(11) < ... weiter wie Vorlage ... >“ ‘

Begründung:

Aufgrund der Notwendigkeit, den Pflegedienst angesichts des Fachkräftemangels aufrecht zu erhalten, sind Krankenhäuser derzeit auf die Beschäftigung von Leiharbeiterinnen und Leiharbeitern angewiesen. Notwendig ist daher, für einen Übergangszeitraum von zwei Jahren noch einen höhenmäßig gedeckelten Anteil der für Leiharbeiterinnen und Leiharbeitern in

der Pflege anfallenden Zusatzkosten im Pflegepersonalbudget zu berücksichtigen. Die Deckelung auf 30 Prozent der über Tarifvertrag hinausgehenden Kosten im Pflegebudget begründet sich aus den zusätzlich zu den Personalkosten anfallenden 19 Prozent Umsatzsteuer sowie erhöhten Personalkosten für Leiharbeiterinnen und Leiharbeiter von gut 10 Prozent.

28. Artikel 7 (§ 8 Absatz 11 Satz 1 KHEntgG)

In Artikel 7 ist in § 8 Absatz 11 Satz 1 die Angabe „0,3 Prozent“ durch die Angabe „0,9 Prozent“ zu ersetzen.

Begründung:

Mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) wurde in § 10 Absatz 5 KHEntgG eine vollständige Refinanzierung von erhöhten Personalkosten eingeführt, die durch Tarifsteigerungen für das Pflegepersonal in Krankenhäusern entstehen. Grundlage für die vollständige Tarifrefinanzierung soll der auf Bundesebene maßgebliche Tarifvertrag sein. Für das Pflegepersonal ist dies der bereits im Jahr 2018 in Kraft getretene Tarifvertrag für den Bund und die Kommunen (TVöD). Krankenhäusern im Geltungsbereich des Tarifvertrages der Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TV-L) werden, obwohl der TV-L ausdrücklich Verbesserungen für die Pflegekräfte vorsieht, dadurch nicht sämtliche Tarifsteigerungen ausgeglichen, da der für sie geltende TV-L höhere Steigerungsraten als der TVöD enthält.

Darüber hinaus soll der vollständige Ausgleich der Pflegepersonalkosten rückwirkend für das Jahr 2018 gelten, sofern die Steigerungsraten der Pflegepersonalkosten den Veränderungswert überschreiten. Berücksichtigt werden dabei im Bereich des Pflegepersonals die durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten linearen und strukturellen Steigerungen der Vergütungstarifverträge sowie Einmalzahlungen. Laut PpSG werden diese tariflichen Mehrkosten mit den Steigerungen der Vergütungstarifverträge und Einmalzahlungen aller weiteren Berufsgruppen, die im Krankenhaus tätig sind, zusammengerechnet. Der daraus resultierende tarifliche Gesamtzuwachs übersteigt – trotz Tarifierhöhungen im Pflegebereich – nicht den Veränderungswert, so dass eine volle Refinanzierung ausbleibt.

Zudem fallen für die Krankenhäuser ab dem Jahr 2020 per Saldo bisherige Mittel aus dem Pflegezuschlag in Höhe von 250 Millionen Euro weg, die Förderungsliste zum Erhalt von Krankenhäusern in Randregionen bereits gegengerechnet.

Ein einmaliger Rechnungszuschlag in Höhe von nur 0,3 Prozent reicht nicht aus, um die dargestellten Defizite auszugleichen, und ist daher auf 0,9 Prozent zu erhöhen. Mit dem nur im Jahr 2020 geltenden Zuschlag von 0,9 Prozent sollen zum einen die geschilderten nicht refinanzierten Tarifsteigerungen, zum

anderen der Wegfall der bisher den Krankenhäusern für allgemeine Krankenhauszwecke (Pflegezuschlag) zur Verfügung stehenden Mittel pauschal kompensiert und im Ergebnis eine finanzielle Hilfe beim Übergang in das neue Finanzierungssystem zur Verfügung gestellt werden. Angesichts des einmaligen Charakters des Rechnungszuschlags, der beim Gesundheitsfonds vorhandenen Liquidität, den bisher immer noch nicht ausgeglichen einseitigen Belastungen der Krankenhäuser in der Vergangenheit – Stichwort Rechnungsabschlag – und weiterer Herausforderungen im Rahmen der Finanzierungsumstellung erscheint die vorgesehene einmalige Entlastung in Höhe von 0,9 Prozent auch als angemessen.

29. Zu Artikel 7a – neu – (§ 17b Absatz 1 Satz 6 KHG)

Nach Artikel 7 ist folgender Artikel 7a einzufügen:

„Artikel 7a

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

§ 17b Absatz 1 Satz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„Um mögliche Fehlanreize durch eine systematische Übervergütung der Sachkostenanteile bei voll- und teilstationären Leistungen jährlich zu analysieren und geeignete Maßnahmen zum Abbau vorhandener Übervergütung zu ergreifen, sind auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus sachgerechte Korrekturen der Bewertungsrelationen der Fallpauschalen zu vereinbaren; die Korrekturen der Bewertungsrelationen sind erstmals für die Weiterentwicklung des Vergütungssystems für das Jahr 2021 ausschließlich innerhalb der Fallpauschalenvergütung vorzunehmen; die im Jahr 2020 ausgegliederten Bewertungsrelationen für Sachkosten sind im Fallpauschalenkatalog 2021 erhöhend zu berücksichtigen.“ ‘

Begründung:

Die vom Gesetz vorgegebene Korrektur der Sachkosten im DRG-System hatte bislang immer finanzierungsneutral zu erfolgen, das heißt der Reduzierung der Sachkosten musste eine entsprechende Aufwertung der Personalkosten gegenüberstehen. Dies ist im Jahr 2020 nicht gegeben, weil der Reduzierung der Sachkosten im DRG-System die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten in das künftige Pflegebudget folgte. Dort kann die Sachkostenreduzierung aber

nicht mehr kompensiert werden. Dadurch ginge von der gesetzlich verfügbaren Sachkostenkürzung in Höhe von 1,2 Milliarden Euro der auf die Pflegekosten entfallende Teil von rund 200 Millionen Euro ersatzlos verloren.

30. Zum Gesetzentwurf allgemein

Patientensicherheit ist ein hohes Gut. Jeder falsche Arzt/jede falsche Ärztin stellt eine Gefahr für die körperliche Unversehrtheit und das Leben von Patientinnen und Patienten dar. Folglich bedarf es einer Regelung, die der Gefährdung des Patientenwohls vorbeugend entgegentritt.

In diesem Zusammenhang wird die Bundesregierung gebeten, zu prüfen, welche Möglichkeiten bestehen, um der Fälschung von Approbationsurkunden entgegenzuwirken und eine bundeseinheitliche Regelung einzuführen. Es handelt sich hierbei um eine Thematik, für die der Bund in der Pflicht steht, da nur er zu einer gesamtheitlichen Lösung zum Wohle des Patienten beitragen kann.

Die Problematik ist sowohl unter dem Gesichtspunkt der Gewährleistung eines höheren Schutzniveaus (die Urkunde selbst betreffend) als auch einer möglichen Einführung eines zentralen Registers bei der Bundesärztekammer oder eines verpflichtenden „elektronischen Arztausweises“ in den Blick zu nehmen.

Die Bundesregierung wird deshalb um Prüfung gebeten, ob nachfolgende und weitere Optionen einen Weg darstellen könnten, zu mehr Patientensicherheit im gesamten Bundesgebiet beizutragen:

- a) In Betracht gezogen werden könnte die Pflicht, bei der Ausstellung von Approbationsurkunden, Prägesiegel anstelle von Stempelsiegeln zu verwenden.
- b) Des Weiteren könnte es eine Option sein, potenzielle Arbeitgeber/innen zu genauerer Ansicht der vorgelegten Urkunden und in Zweifelsfällen zu Anfragen nicht nur bei der Landesärztekammer, sondern auch beim ausgewiesenen Aussteller (Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen) zu verpflichten.
- c) Langfristig könnte in Betracht gezogen werden, eine Pflicht zur Verwendung von Bar- oder QR-Codes einzuführen.

- d) Weiterhin könnte eine Verpflichtung der Approbationsbehörde angedacht werden, sich vor Ausstellung der Approbation darüber zu vergewissern, dass es sich bei dem vorgelegten Zeugnis über das bestandene Staatsexamen um eine echte/unverfälschte Urkunde handelt.
- e) Zudem könnte auch ein zentrales Register bei der Bundesärztekammer verbunden mit der Pflicht der potenziellen Arbeitgeber/innen, in dieses Zentralregister Einsicht zu nehmen, eine Option sein.
- f) Nicht zuletzt könnte auch die Einführung eines „elektronischen Arztausweises“ angedacht werden.