

26.03.21

Beschluss des Bundesrates

Gesetz zur Fortgeltung der die epidemische Lage von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen

Der Bundesrat hat in seiner 1002. Sitzung am 26. März 2021 beschlossen, dem vom Deutschen Bundestag am 4. März 2021 verabschiedeten Gesetz gemäß Artikel 80 Absatz 2 des Grundgesetzes zuzustimmen.

Der Bundesrat hat ferner die aus der Anlage ersichtliche Entschließung gefasst.

Anlage

EntschlieÙung

zum

Gesetz zur Fortgeltung der die epidemische Lage von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen

1. Zum Gesetz allgemein

- a) Der Bundesrat begrüÙt das Gesetz zur Fortgeltung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite.
- b) Der Bundesrat bittet die Bundesregierung, sich im Rahmen der Mitgliedschaft der Bundesrepublik bei der Weltgesundheitsorganisation und bei der Welthandelsorganisation zusammen mit ihren europäischen Partnern noch stärker dafür einzusetzen, dass alle notwendigen Maßnahmen ergriffen werden, um den Ländern des Globalen Südens einen besseren Zugang zu Impfstoffen und Therapien gegen COVID-19 zu ermöglichen.

Begründung:

Die Corona-Pandemie kann weltweit nur gemeinsam besiegt werden. Daher soll das Gesetz zur Fortgeltung der epidemischen Lage durch eine Selbstverpflichtung ergänzt werden, die die internationale Verantwortung Deutschlands betont. Vor dem Hintergrund der Gefahr durch neue wesentlich ansteckendere Virusmutationen ist zudem Eile geboten. Die derzeit nur schleppend verlaufende Durchimpfung der Weltbevölkerung erhöht die Wahrscheinlichkeit von weiteren globalen Infektionswellen mit desaströsen wirtschaftlichen und humanitären Folgen.

2. Zu Artikel 1 Nummer 4 (§ 56 IfSG)

Der Bundesrat stellt fest, dass die Bundesregierung eine Abkehr der bisher stets befristeten Verlängerung des Entschädigungstatbestandes nach § 56 Absatz 1a Infektionsschutzgesetz (IfSG) vorsieht und diesen fortan für den Fall der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 Absatz 1 Satz 1 IfSG durch den Deutschen Bundestag verstetigt.

Bereits mit der mehrmaligen Verlängerung des Entschädigungstatbestandes nach § 56 Absatz 1a IfSG während der anhaltenden Corona-Pandemielage sind erhebliche Mehrbelastungen für die Haushalte der Länder verbunden. Der Bundesrat begrüßt daher die mehrfach durch den Bund bekräftigte Zusage zur hälftigen Kostenübernahme die den Ländern im Jahr 2020 durch die Änderung des § 56 IfSG zusätzlich entstandenen Haushaltsbelastungen (ohne Erfüllungsaufwand).

Es wird davon ausgegangen, dass die Zusage seitens des Bundes neuerlich bekräftigt wird und demzufolge auch für die mit diesem Gesetz vorgesehene Verlängerung sowie materielle und zeitliche Ausweitung des § 56 IfSG gilt.

Der Bundesrat ist der Ansicht, dass die Anwendungsfälle des eingeschränkten Zugangs und der behördlichen Empfehlung nach § 56 Absatz 1a IfSG im Sinne der Rechtssicherheit und Rechtsklarheit konkretisiert werden sollten. Denkbar wäre zum Beispiel das Erfordernis einer behördlichen Empfehlung der obersten Gesundheitsbehörde des jeweiligen Landes. Die Ausweitung des Entschädigungsanspruchs ohne eine damit einhergehende Bestimmung der Mindestanforderungen würde aus Sicht des Bundesrates nicht nur zu Unsicherheiten im Vollzug, sondern auch zu unkalkulierbaren Kostenrisiken für die Landeshaushalte führen.

Darüber hinaus erwartet der Bundesrat, dass die durch das Gesetz forcierte Verstetigung des während der Corona-Pandemie neu eingeführten Entschädigungstatbestandes gemäß § 56 Absatz 1a IfSG über die Beendigung der aktuellen epidemischen Lage von nationaler Tragweite hinaus, gleichsam zu einer dauerhaften hälftigen Kostenbeteiligung des Bundes im Rahmen einer gesetzlichen Änderung des IfSG führt.

3. Zu Artikel 3 Nummer 2 (§ 87b Absatz 2a SGB V)

- a) Der Bundesrat bittet die Bundesregierung zu berücksichtigen, dass die vorgesehene Verwendung von Rückstellungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) in Bezug auf die Schutzschirmwirkung kontraproduktiv wirken kann und deshalb auszuschließen ist. Es wird empfohlen, die bis zum 31. Dezember 2020 geltende Regelung unverändert fortzuführen oder alternativ zur Finanzierung des Schutzschirmes eine Verhandlungspflicht zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen zu regeln. Zumindest wäre aber klarzustellen, dass bei den Rückstellungen der Kassenärztlichen Vereinigungen nur nicht zweckgebundene oder aus anderen zwingenden Gründen gebildete Rückstellungen verwendet werden dürfen.
- b) Der Bundesrat bittet die Bundesregierung außerdem, sicherzustellen, dass die beabsichtigten Kompensationszahlungen eine ausreichende und gleichmäßige Wirkung für alle Facharztgruppen in allen Regionen entfalten und dadurch die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gewährleistet werden kann.
- c) Der Bundesrat weist darauf hin, dass zu erwarten ist, dass ein Teil der Leistungen nach der Pandemie nachgeholt werden wird und kritisiert, dass das Gesetz nicht regelt, dass Krankenkassen Finanzierungsanteile nur in dem Umfang bereitstellen sollen, in dem Einsparungen in Folge von nicht erbrachten Leistungen als nachhaltig angesehen werden können.

Begründung:

Zu Buchstabe a und b:

Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte übernehmen seit Beginn der Pandemie eine wesentliche Rolle in deren Bewältigung. Alle Praxen haben ihre Abläufe an die Erfordernisse der Pandemie angepasst, Infektionssprechstunden eingeführt, Praxisabläufe auf hygienische Anforderungen angepasst und daneben die Regelversorgung sichergestellt. Weiterhin verzeichnen viele Facharztgruppen, besonders aber auch die grundversorgenden Haus-, Kinder- und Jugendärzte einen massiven Fallzahlrückgang, was den Erhalt der Praxis existenziell gefährden kann.

Der Bundesrat begrüßt deshalb die beabsichtigte Verlängerung des Schutzschirmes für die Vertragsärzteschaft.

Die Vorgabe jedoch, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) beim Ausgleich extrabudgetär vergüteter Leistungen (EGV) auf Rückstellungen aus der MGV zurückgreifen sollen, wie in der aktuellen Formulierung vorgesehen, wird nicht für sachgerecht gehalten.

Rückstellungen sind zweckgebundene, aufgrund der jeweils gültigen Risikomanagementrichtlinie gebildete, Rücklagen für Prozess- und andere Honorar-Risiken. Hier wird keine Möglichkeit gesehen, Gelder anderweitig zu verwenden, weil die KVen zur Bildung dieser Rückstellungen verpflichtet sind.

Die Rückstellungen aus dem Honorausgleichsfonds sind zurückgestellte Mittel aus der MGV und werden von den KVen zur Honorierung stattgegebener Anträge, verspätet eingerichteter Abrechnung und ähnlichem benötigt oder um das Honorarverteilungssystem steuern zu können. Sie dienen unter anderem der Abdeckung von Rechtsrisiken zum Beispiel wegen nicht rechtskräftiger Honorarkürzungen.

Es widerspräche der Kalkulationssicherheit der Honorierung der Arztpraxen, den Kassenärztlichen Vereinigungen eine entsprechende Vorsorgemöglichkeit in der Form von angemessenen Rückstellungen nicht mehr zu ermöglichen.

Es ist deshalb davon auszugehen, dass bei einigen Kassenärztlichen Vereinigungen keine finanziellen Spielräume für Honorarausfallzahlungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bestehen und zudem die zu bildenden Rückstellungen anderweitig verpflichtend gebunden sind. Daher sollte die Verwendung der Rückstellungen ausgeklammert werden oder zumindest klar gestellt werden, dass bei den Rückstellungen der Kassenärztlichen Vereinigungen nur auf nicht zweckgebundene oder aus anderen zwingenden Gründen gebildete Rückstellungen zurückgegriffen wird. Stattdessen sollte zur Frage der Finanzierung des Schutzschirmes eine Verhandlungspflicht zwischen KVen und Krankenkassen festgeschrieben werden.

Zu berücksichtigen ist auch, dass die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sehr unterschiedlich vom Rückgang der Fallzahlen betroffen sind. Gerade Haus- und Kinder- und Jugendarztpraxen in strukturschwachen und ländlichen Gebieten sind in besonderer Weise davon betroffen und können existentielle Honorarverluste erleiden. Dadurch würden sich die bereits bestehenden Versorgungsengpässe in diesen Regionen weiter verschärfen. Es sollten daher die Auswirkungen der Fallzahlrückgänge und Honorarverluste genau beobachtet werden und bereits jetzt weitere Möglichkeiten und Instrumente geschaffen werden, Praxen in ländlichen und strukturschwachen Gebieten im Bedarfsfall stärker zu unterstützen.

Zu Buchstabe c:

Es ist ausdrücklich zu berücksichtigen, dass ein Teil der Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen nach dem Ende der Pandemie nachholbar ist. Eine vertragliche Regelung zur Einbeziehung von eingesparten Finanzmitteln im Bereich der extrabudgetären Leistungen ist aber erforderlich, da gleichwohl nicht davon auszugehen ist, dass die pandemiebedingt nicht erbrachten extrabudgetären Leistungen in Gänze nachgeholt werden können.

Dies gilt beispielsweise für extrabudgetäre Leistungen im Bereich der Früherkennung oder der Vorsorge, die entweder wegen Ausalterung nicht erbracht werden können oder bei denen feststehende zeitliche Rhythmen eine Nachholung ausschließen.

Zudem ist zu berücksichtigen, dass ein wesentlicher Teil der extrabudgetären Leistungen auf die Vergütung von Leistungen im Bereich von „Neupatienten“ entfällt. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hat der Gesetzgeber eine Regelung geschaffen, nach der als Anreiz für eine schnelle Terminvergabe die Behandlungsleistungen für Patienten, die die betreffende Praxis seit mindestens zwei Jahren nicht aufgesucht haben, im Quartal, in dem die Behandlung beginnt, extrabudgetär vergütet werden. Diese extrabudgetär vergüteten Leistungen sind im Regelfall nicht nachholbar. Die Annahme, dass entfallene Patientenkontakte während der Pandemie im Anschluss nachholbar wären, würde voraussetzen, dass ausreichend Ressourcen in der ambulanten Versorgung zur Verfügung stünden, um sowohl vorab weggebliebene Neupatienten und neu hinzutretende Neupatienten zu behandeln.

Zu beachten ist ferner, dass durch die Neupatientenregelung und weitere Regelungen des TSVG rund 20 Prozent der Leistungen aus der budgetierten Gesamtvergütung (MGV) in den extrabudgetären Bereich (aMGV) überführt wurden. Im Bereich der Neupatienten müssten die Kassenärztlichen Vereinigungen ohne eine vertragliche Regelung zur Einbeziehung der gesetzlichen Krankenkassen einen finanziellen Ausgleich vornehmen, obwohl ihnen die Mittel infolge der Ausgliederung dieser Vergütungsbestandteile aus der MGV durch das TSVG gar nicht mehr zur Verfügung stehen.

Die Vorgabe, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen auf Rückstellungen zurückgreifen, wie in der aktuellen Formulierung vorgesehen, ist nicht sachgerecht. Diese Rücklagen dienen der Abdeckung von Rechtsrisiken. Aus dem Prinzip der mit befreiender Wirkung seitens der Krankenkassen gezahlten MGV ergibt sich, dass höchstrichterlich festzustellende Korrekturen der Honorarverteilung, die mitunter erst nach mehreren Jahren gerichtlich abschließend entschieden werden, im Regelfall von den Kassenärztlichen Vereinigungen allein zu tragen sind. Es widerspräche der Kalkulationssicherheit der Honorierung der Arztpraxen, den Kassenärztlichen Vereinigungen eine entsprechende Vorsorgemöglichkeit in der Form von angemessenen Rückstellungen nicht mehr zu ermöglichen.

Mit der hier vorgeschlagenen Ergänzung erfolgt daher ein Interessensausgleich zwischen den Vertragspartnern der Krankenkassen auf der einen und den Kassenärztlichen Vereinigungen auf der anderen Seite.