



**Stellungnahme des IKK e.V.
zum Referentenentwurf des
Bundesministeriums für Gesundheit
für den**

**Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der
Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungs-
weiterentwicklungsgesetz – GVWG)**

Stand: 12.11.2020

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen	3
Kommentierung des Gesetzentwurfs	5
Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	5
§ 87a SGB V: Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten.....	5
§ 110a SGB V: Qualitätsverträge	7
§ 137f SGB V: Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten .	9
§ 277 SGB V: Mitteilungspflichten	10
Zu Artikel 6 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)	12
§ 5 Abs. 36 KHEntgG: Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen....	12
§ 9 Abs. 1a KHEntgG: Vereinbarung auf Bundesebene.....	12
§ 15 KHEntgG: Laufzeit.....	13

Grundsätzliche Anmerkungen

Mit dem vorgelegten Referentenentwurf soll eine Vielzahl an Regelungen in verschiedenen Bereichen getroffen werden. Die Innungskrankenkassen möchten vor allem zu folgenden Themen Stellung beziehen:

Zuweisungen für Auslandsversicherte und Krankengeld im Morbi-RSA

Die Regelungen des Gesetzentwurfes zielen darauf, die RSA-Folgegutachten für Zuweisungen für Auslandsversicherte und Krankengeld umzusetzen. Die Gutachten wurden durch das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) gesetzlich vorgesehen, mit dem Ziel, die Zielgenauigkeiten bei den Zuweisungen für Auslandsversicherte und Krankengeld zu erhöhen.

Die Neuregelung sieht ab dem Ausgleichsjahr 2023 einen Ausgleich der tatsächlichen Leistungsausgaben der Krankenkassen beim sogenannten Kinderkrankengeld (§ 45 SGB V) vor. Bei der Zuweisungsermittlung für das reguläre Krankengeld (§ 44 SGB V) wird die bestehende Übergangslösung mit der Bildung von Risikogruppen und einem anteiligen Ausgleich der tatsächlichen Leistungsausgaben im Jahresausgleich bis zur Umsetzung eines neuen Verfahrens unverändert beibehalten. Der Wissenschaftliche Beirat beim BAS wird damit beauftragt, im Rahmen seiner ersten Evaluation entsprechende Zuweisungsmodelle für das Krankengeld zu untersuchen, wobei er durch geeignete Datenlieferungen von den Krankenkassen unterstützt wird.

Neben den Anpassungen bei den Zuweisungen für Krankengeld werden auch die Zuweisungen für Auslandsversicherte neu geregelt, indem ab dem Ausgleichsjahr 2023 für Auslandsversicherte nach dem Wohnstaat differenzierte, landesspezifische Zuweisungen bestimmt werden.

Ausgehend von den Ergebnissen der Folgegutachten sind die vorgesehenen Änderungen aus Sicht der Innungskrankenkassen nachvollziehbar und sachgerecht. Auch die Einbeziehung des wissenschaftlichen Beirats ist insbesondere mit Blick auf die Qualität des Folgegutachtens beim Krankengeld sinnvoll.

Berufshaftpflichtversicherung

Die Innungskrankenkassen begrüßen die vorgesehene Regelung des § 95e SGB V, nach der zur vertragsärztlichen Versorgung künftig nur noch ausreichend berufshaft-

pflichtversicherte (Zahn-)Ärzte, Psychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren zugelassen werden können. Die bisherige, rein berufsrechtliche Absicherungspflicht ist aus Sicht der Innungskrankenkassen nicht ausreichend, zumal die Überwachung durch die zuständigen Ärztekammern nicht einheitlich erfolgt.

Eine Mindestversicherungssumme in Höhe von drei Mio. Euro erscheint jedoch nicht ausreichend. Vielmehr muss das spezifische Haftungsrisiko, das sich insbesondere aus der Facharztgruppenzugehörigkeit, dem Leistungsangebot sowie dem Patientenklientel ergibt, berücksichtigt werden.

Ersteinschätzung Notfall

Die Innungskrankenkassen begrüßen zwar die grundsätzliche Ausrichtung der vorgesehenen Regelungen zum § 120 SGB V. Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist es jedoch bedauerlich, dass das geplante Notfallgesetz in seiner endgültigen Ausgestaltung noch nicht abgeschlossen ist, da die vorgesehene Regelung nur im Zusammenhang mit einer Gesamtreform zur sektorenübergreifenden Notfallversorgung bewertet werden kann.

Mindestmengen

Weiterhin begrüßen die Innungskrankenkassen die grundsätzliche Ausrichtung der Regelung des § 136b SGB V, die zu einer höheren Verbindlichkeit und schnelleren Festlegung von Mindestmengen führt. Die Streichung der aufschiebenden Wirkung wird ein wichtiger Schritt sein. Die Realität zeigte bisher, dass sich Krankenhausträger massiv gegen eine Etablierung von Mindestmengen sozial- und verwaltungsrechtlich wehren. Inwiefern durch die Regelungen (einstweiligen) Rechtsschutzersuchen entgegengewirkt werden kann, bleibt abzuwarten.

Pflegequotient

Auch die grundsätzliche Ausrichtung der Regelung des §137j SGB V zum Pflegequotienten wird von den Innungskrankenkassen begrüßt. Leider ist jedoch nicht ersichtlich, wann das Bundesministerium für Gesundheit die entsprechende Verordnung veröffentlichen wird. Die Innungskrankenkassen regen daher eine Fristsetzung an.

Der IKK e.V. nimmt im Folgenden Stellung zu einzelnen Aspekten des Gesetzentwurfes. Im Übrigen wird auf die detaillierte Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes verwiesen.

Kommentierung des Gesetzentwurfs

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 24

§ 87a SGB V: Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

Beabsichtigte Neuregelung

Zur Vermeidung einer Doppelfinanzierung der durch das TSVG geförderten Leistungen, hat der Bewertungsausschuss bundeseinheitliche Vorgaben für ein retrospektives Korrekturverfahren zu beschließen. Das Korrekturverfahren gilt mit Wirkung ab dem vierten Quartal 2021 und ist auf insgesamt drei Quartale begrenzt.

Bewertung

Die vorgeschlagene Formulierung im Referentenentwurf enthält zum einen keine gesetzlich verankerte Pflicht zur Kennzeichnung der TSVG-Leistungen, zum anderen wird die geforderte Bereinigung bis zum vierten Quartal nach Beendigung der Kennzeichnung nicht entsprechend umgesetzt. Die derzeitige Problematik der TSVG-Unterbereinigung wird demnach nicht vollständig behoben.

Änderungsvorschlag

In § 87a Absatz 3 SGB V werden die Sätze 7 bis 11 folgendermaßen gefasst:

"Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragspartner haben die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in den Vereinbarungen nach Absatz 3 Satz 1 um die in Satz 5 Nummer 3 bis 6 genannten Leistungen unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen sind, ~~begrenzt auf ein Jahr~~ zu bereinigen. Die Bereinigung erfolgt ab dem Inkrafttreten der jeweiligen Vergütungsregelung und endet mit Ablauf des vierten Quartals, welches dem Quartal, in dem die Vergütung von Leistungen gemäß Absatz 3 Satz 4 im Rahmen der Coronavirus-Pandemie (SARS-CoV-2) aufgehoben wird, folgt. Dabei haben sie die vom Bewertungsausschuss

zu beschließenden Vorgaben nach Absatz 5 Satz 7 zu berücksichtigen. Alle Leistungen, die die Kriterien nach Absatz 3 Satz 5 Nummer 3 bis 6 erfüllen, sind spätestens mit Wirkung zum ersten Abrechnungsquartal 2021 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 sowie in den Abrechnungsunterlagen gemäß § 295 Absatz 1 und 2 zu übermitteln; der Bewertungsausschuss beschließt Vorgaben für eine einheitliche Kennzeichnung.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 28

§ 110a SGB V: Qualitätsverträge

Beabsichtigte Neuregelung

Krankenkassen oder Zusammenschlüsse von Krankenkassen können zu Leistungen oder Leistungsbereichen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt werden, mit dem Krankenhausträger Verträge zur Förderung einer qualitativ hochwertigen stationären Versorgung schließen (Qualitätsverträge).

Die hier vorgesehenen Änderungen sollen insbesondere den Abschluss von Qualitätsverträgen stärken und de facto verbindlich vorschreiben. Für das Jahr 2022 wird ein jährliches Ausgabenvolumen in Höhe von 0,30 Euro je Versichertem zur Erprobung von Qualitätsverträgen festgelegt, welches in den Folgejahren bis einschließlich 2028 gemäß der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV dynamisch anzupassen ist. Eine Überschreitung des jährlichen Ausgabenvolumens ist möglich. Eine Unterschreitung soll jedoch direkte finanzielle Konsequenzen haben, in dem die nicht verausgabten Mittel im Folgejahr an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu zahlen sind.

Bewertung

Der Abschluss von Qualitätsverträgen ist auf Grund der Festlegung, Messung und Kontrolle von Qualität sehr problembehaftet und aufwändig, insbesondere für evidenzbasierte und gerichtsfeste Ergebnisqualität. Kurzfristig umsetzbar sind Verträge, die sich auf Strukturqualität beziehen. Krankenkassen müssen abwägen zwischen Aufwand (Verwaltung, Preisaufschläge) und Nutzen (Wettbewerb, Verminderung von Folgekosten schlechtere Qualität) auf der einen Seite und Zahlung an den Gesundheitsfonds und Nachteile (Wettbewerb, Folgekosten schlechtere Qualität) auf der anderen Seite.

Der Gesetzgeber erwartet, dass es erhebliche Einsparungen aufgrund einer verbesserten Versorgungsqualität geben wird, die die Mehrausgaben durch Qualitätsverträge nach § 110a SGB V kompensieren werden. Durch Erprobung und Evaluation muss dieser Beweis zunächst erbracht und abgewartet werden. Ob tatsächlich Einsparungen realisierbar sind, lässt sich aus heutiger Sicht nicht ableiten. Eine verbindliche Finanzie-

zung in Höhe von 0,30 Euro je Versichertem lässt sich vor diesem Hintergrund nicht ableiten. Unklar ist darüber hinaus, wie eine verbindliche Abgabe die Bereitschaft der Leistungserbringer erhöhen soll, Verträge mit Krankenkassen abzuschließen.

Änderungsvorschlag

Die Regelung ist abzulehnen oder maximal in eine Regelung zur zusätzlichen Förderung umzustellen, die den Kassen nicht für die Versorgung notwendige Finanzmittel entzieht, sondern den Anreiz über eine add-on Finanzierung setzt.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 39

§ 137f SGB V: Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

Beabsichtigte Neuregelung

Der G-BA soll damit beauftragt werden, Richtlinien zur Umsetzung eines Disease-Management-Programms zum Thema Adipositas zu erlassen.

Bewertung

Der G-BA hat sich im Jahr 2014 in einem umfassenden Priorisierungsprozess mit der Identifizierung von für DMP geeigneten chronischen Erkrankungen befasst. In Folge sind bereits vier neue Indikationen durch entsprechende G-BA Beschlüsse in Kraft getreten, eine weitere Indikation ist derzeit im Beschlussverfahren.

Im durchgeführten Priorisierungsverfahren wurde ebenfalls die Indikation Adipositas bewertet und als nur eingeschränkt operativ umsetzbar eingestuft. Eine Eignung der Diagnose für die Umsetzung als DMP ist damit zumindest in Frage zu stellen bzw. erneut über den G-BA zu prüfen.

Darüber hinaus liegt die Regelungskompetenz sowohl für die Auswahl als auch für die inhaltliche Ausgestaltung von DMP-Indikationen im G-BA. Einer verpflichtenden Vorgabe durch den Gesetzgeber bedarf es insofern nicht.

Auch die zeitliche Vorgabe, innerhalb von 24 Monaten nach Verkündung der vierundzwanzigsten Verordnung eine Richtlinie nach Abs. 2 für die Indikation zu erlassen, bedarf es damit grundsätzlich nicht.

Änderungsvorschlag

Streichung der beabsichtigten Neuregelung.

Streichung des derzeitigen § 137f Abs. 1 Satz 3 SGB V, da der G-BA bereits die Anforderungen an Rückenleiden und Depression erlassen hat.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 57

§ 277 SGB V: Mitteilungspflichten

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht eine Änderung der Mitteilungspflichten des Medizinischen Dienstes an die Krankenkassen und Leistungserbringer vor. Weicht das Begutachtungsergebnis des Medizinischen Dienstes von der Verordnung, der leistungsrechtlichen Einordnung oder der Abrechnung der Leistung mit der Krankenkasse durch den Leistungserbringer ab, sind die Medizinischen Dienste verpflichtet, diesem Leistungserbringer das Ergebnis seiner Begutachtung mitzuteilen. Auch auf Anforderung der Leistungserbringer und bei Vorliegen der Einwilligung der Versicherten sind die Medizinischen Dienste zur Übermittlung der Ergebnisse ihrer Begutachtung und der wesentlichen Gründe für das Ergebnis der Begutachtung verpflichtet.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen die sinnvolle Neuregelung.

Die Krankenkassen erhalten wie bisher das Ergebnis und statt der erforderlichen nunmehr die wesentlichen Gründe für das Ergebnis mitgeteilt. Dies ist zu begrüßen. Die Leistungserbringer erhalten das Ergebnis nur noch, wenn dieses von ihren Verordnungen abweicht. Nur in diesen Fällen dürfte das Gutachtenergebnis für den Leistungserbringer auch relevant sein. Daher ist diese Regelung sinnvoll und ebenfalls zu begrüßen. Die wesentlichen Gründe erhält der Leistungserbringer nur noch, wenn der Versicherte einwilligt. Aktuell hat der Versicherte nur ein Widerspruchsrecht. Im Sinne der Versicherten ist diese Neuregelung zu begrüßen. Die Weitergabe des Gutachtenergebnisses an den Leistungserbringer bezogen auf Behandlungsfehler (§ 275 Abs. 3 Satz 1 Nummer 4 SGB V) nur mit Einwilligung des Versicherten entspricht den Interessen der Versicherten in diesen speziellen Fällen (ggf. zivilrechtliche Ansprüche) und ist sachgerecht und zu begrüßen. Lediglich die Weitergabe der Gutachten direkt an die Krankenkasse fehlt in dem Vorschlag. Die Krankenkassen können ihrem gesetzlichen Beratungs- und Unterstützungsauftrag gegenüber betroffenen Versicherten nur nachkommen, wenn sie gleichfalls das vollständige Gutachten zur Prüfung und Beratung vorliegen haben. Ebenso erforderlich ist dies für Forderungen der Kranken- und Pflegekassen,

die im Wege der Legalzession auf sie übergegangen sind (§ 116 SGB X), da grundsätzlich die Kassen im Interesse der Versichertengemeinschaft Einnahmen vollständig zu erheben haben (§ 76 Abs. 1 SGB IV).

Änderungsvorschlag

Satz 4 wird wie folgt geändert:

„Der Medizinische Dienst hat den betroffenen Versicherten und den beauftragenden Krankenkassen die ~~sie betreffenden~~ Gutachten nach § 275 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 schriftlich oder elektronisch in vollständiger Form zur Prüfung von Ersatzansprüchen (§§ 66 SGB V, 116 SGB X) zu übermitteln.“

Zu Artikel 6 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 2; 4

§ 5 Abs. 36 KHEntgG: Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen

§ 9 Abs. 1a KHEntgG: Vereinbarung auf Bundesebene

Beabsichtigte Neuregelung

Um die klinischen Sektionen als Qualitätssicherungsinstrument zu stärken, soll jede durchgeführte klinische Sektion, die die für die Qualitätssicherung erforderlichen Mindestanforderungen erfüllt und nicht anderweitig finanziert wird, über den Zuschlag für klinische Sektionen gemäß § 5 Abs. 3b refinanziert werden. Zu diesem Zweck werden die Festlegung einer erforderlichen Sektionsrate sowie die Vorgabe von indikationsbasierten Auswahlkriterien für die zu obduzierenden Todesfälle aufgehoben. Bei der Ermittlung des je Krankenhaus durch den Zuschlag zu finanzierenden Betrags für klinische Sektionen, die zu Zwecken der Qualitätssicherung durchgeführt werden, haben die Vertragsparteien nach § 11 die durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für den jeweils maßgeblichen Zeitraum kalkulierten Kosten einer klinischen Sektion in voller Höhe zugrunde zu legen.

Bewertung

Diese Regelung wird zu erheblichen Mehrkosten für die GKV führen.

Es ist daher sehr wichtig, dass klare, insbesondere indikationsbasierte Kriterien, wann eine Sektion für die Qualitätssicherung erforderlich ist, festgelegt werden. Eine generelle Zahlungspflicht der GKV wirft die Frage des Umgangs mit Fällen, die auch der Forensik und Forschung dienen, auf.

Änderungsvorschlag

Die indikationsbasierte Zuordnung des Vergütungsanspruches der Sektionen muss erhalten bleiben.

Zu Artikel 6 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

Nr. 7

§ 15 KHEntgG: Laufzeit

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung wird das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 5. Dezember 2019 (Az. 3 C 28.17) nachvollzogen. Durch die entsprechende Anwendung der Sätze 1 und 2 erfolgt auch für Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ein Ausgleich, wenn die Entgelte erst nach Beginn des Vereinbarungszeitraums vereinbart und genehmigt werden.

Bewertung

Die Regelung entspricht zwar dem Bundesverwaltungsgerichtsurteil, wirft aber eine Reihe neuer Probleme auf. NUB sind außerbudgetäre Entgelte für die generell keine Leistungsmenge und vorläufige Finanzierungen vereinbart werden. Eine nachgelagerte Finanzierung dieser Leistungen ohne Möglichkeit der medizinischen Prüfung ist abzulehnen.

Die GKV hat zur Umsetzung einen alternativen Vorschlag unterbreitet, bei dem den Kliniken eine einzelfallbezogene nachgelagerte in Rechnungstellung der Leistung bei der entsprechenden Krankenkasse ermöglicht. Voraussetzung hierfür sollte eine Kostenübernahmeerklärung zum Zeitpunkt der Leistungserbringung sein, so ist auch eine medizinische Prüfung durch die Kasse respektive den MD möglich.

Änderungsvorschlag

Dem § 15 Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

~~„Die Sätze 1 und 2 gelten für Entgelte nach § 6 Absatz 2 entsprechend.“~~

„Für erstmalig im Vereinbarungsjahr erbrachte neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 2 KHEntgG vor Genehmigung der Vereinbarung nach § 14, erfolgt die Abrechnung dieser Leistungen nachträglich gegenüber dem jeweiligen Kostenträger sofern eine Kostenübernahmeerklärung vorliegt.“