



**Stellungnahme des IKK e.V.**

**zum**

**Entwurf eines Gesetzes zur  
Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung  
(Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz  
– GVWG)**

**Stand: 08.04.2021**

**IKK e.V.**

Hegelplatz 1

10117 Berlin

030/202491-0

info@ikkev.de

## Inhalt

<b>Grundsätzliche Anmerkungen</b>	<b>3</b>
<b>Kommentierung des Gesetzentwurfs</b>	<b>6</b>
<b>Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)</b> .....	<b>6</b>
§ 87a SGB V: Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten .....	6
§ 137f SGB V: Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten .	9
§ 266 Absatz 2 Satz 1 SGB V: Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich), Verordnungsermächtigung .....	10
§ 269 SGB V: Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte .....	11
§ 271 SGB V: Gesundheitsfonds .....	13
<b>Zu Artikel 6 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)</b> .....	<b>14</b>
§ 15 KHEntgG: Laufzeit .....	14
<b>Ergänzender Änderungsbedarf</b> .....	<b>16</b>
§ 106c Absatz 2 Satz 7 SGB V: Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen .....	16
§ 6a KHEntgG: Vereinbarung sonstiger Entgelte sowie § 9 Absatz 1 Nr. 8 KHEntgG: Vereinbarung auf Bundesebene .....	17
§ 17b Absatz 4 KHG: Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung .....	20

## **Grundsätzliche Anmerkungen**

Ziel des Gesetzentwurfes ist es, die Gesundheitsversorgung zielgerichtet weiterzuentwickeln und die Leistungen sowie Qualität und Transparenz in der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Dieses Ziel wird grundsätzlich von den Innungskrankenkassen begrüßt und unterstützt. Allerdings wählt der vorliegende Gesetzentwurf einen eher kleinteiligen Zugang. Hier hätten sich die Innungskrankenkassen einen ambitionierteren Aufschlag gewünscht.

Bei dem nun vorliegenden Gesetzesentwurf sind für die Innungskrankenkassen insbesondere folgende Aspekte von Bedeutung:

### *Qualitätsverträge*

Auch wenn die Innungskrankenkassen jegliche Instrumente zur Verbesserung der Qualität im stationären Bereich begrüßen, sehen sie die Verpflichtung zum Abschluss von Qualitätsverträgen kritisch.

Unstrittig ist, dass eine gute Qualität erstrebenswert ist. Bei dem Versuch, dieses Ziel mittels für die Krankenkassen verpflichtender Qualitätsverträge zu erreichen, zeigen sich jedoch einige Probleme und Stolpersteine.

Die Festlegung und Messung von Qualität ist mit einem sehr hohen Aufwand verbunden. Die Krankenkassen werden künftig abwägen müssen, ob der Abschluss eines Qualitätsvertrags im Sinne eines Kosten-Nutzen-Verhältnisses sinnvoll ist oder stattdessen der Betrag an den Gesundheitsfonds abgeführt wird. Noch dazu besteht von Seiten der Leistungserbringer kein gleichwertiger Anreiz, entsprechende Verträge abzuschließen, da hier keine Verpflichtung und entsprechend keine Sanktionen vorgesehen sind. Der Anreiz auch von dieser Seite zufriedenstellende Verträge schließen zu wollen, dürfte damit gering sein.

Auf Seiten der Krankenkassen bieten natürlich Kooperationen zwischen einzelnen Kassen die Möglichkeit, die strukturellen Schwächen des Unterfangens, wenn nicht zu beheben, so doch abzumildern. In diesem Zusammenhang könnte ein Beitrittsrecht für Kassen eine Möglichkeit darstellen, insbesondere auch kleineren Kassen – ggf. gegen Übernahme anteiliger Kosten – die Teilnahme an Qualitätsverträgen zu ermöglichen. Das Ziel, möglichst viele gute Qualitätsverträge abzuschließen, könnte somit deutlich besser erreicht werden.

### *Berufshaftpflichtversicherung*

Die Innungskrankenkassen begrüßen die vorgesehene Regelung des § 95e SGB V, nach der zur vertragsärztlichen Versorgung künftig nur noch ausreichend berufshaftpflichtversicherte (Zahn-)Ärzte, Psychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren zugelassen werden sollen. Die bisherige, rein berufsrechtliche Absicherungspflicht ist aus Sicht der Innungskrankenkassen nicht genügend, zumal die Überwachung durch die zuständigen Ärztekammern nicht einheitlich erfolgt.

Eine Mindestversicherungssumme in Höhe von drei Millionen Euro erscheint jedoch nicht ausreichend. Entsprechend begrüßen die Innungskrankenkassen, dass die gemeinsame Selbstverwaltung höhere Mindestversicherungssummen vereinbaren kann. Das spezifische Haftungsrisiko, das sich insbesondere aus der Facharztgruppenzugehörigkeit, dem Leistungsangebot sowie dem Patientenklintel ergibt, kann so berücksichtigt werden.

### *Unterbereinigung von Leistungen des TSVG*

Es wird ausdrücklich begrüßt, dass die Notwendigkeit einer Erweiterung der bislang auf ein Jahr begrenzten Bereinigungsregelung anerkannt wird, denn aus einer strategie- und pandemiebedingten Unterkennzeichnung im bisher vorgesehenen Bereinigungszeitraum resultiert voraussichtlich eine Doppelfinanzierung von jährlich etwa 2 Mrd. Euro.

Bedauerlicherweise wurde jedoch der von den gesetzlichen Krankenkassen in der Kommentierung des Referentenentwurfs aufgezeigte Lösungsvorschlag nicht aufgegriffen, die Bereinigung solange fortzuführen, bis sichergestellt ist, dass das Potenzial an TSVG-Leistungen in den einzelnen KV-Bezirken vollständig erbracht und gekennzeichnet wird. Die im vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehene Neuregelung würde die Doppelfinanzierung aufgrund der Unterbereinigung im ersten Bereinigungsjahr nur zum Teil beseitigen.

### *Ersteinschätzung Notfall*

Die Innungskrankenkassen befürworten zwar die grundsätzliche Ausrichtung der vorgesehenen Regelungen zum § 120 SGB V. Es ist jedoch bedauerlich, dass das geplante Gesetz zur Notfallversorgung 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 hat bisher gezeigt, dass sich die Krankenhasträger massiv sozial- und verwaltungsrechtlich gegen eine Etablierung von Mindestmengen wehren. Inwiefern durch die Regelungen (einstweiligen) Rechtsschutzersuchen entgegenwirken werden kann, bleibt abzuwarten.

### *Pflegequotient*

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

### *Kinderkrankengeld*

Die vorgezogenen Regelungen der Zuweisungen für Kinderkrankengeld im Rahmen eines vollständigen Ausgabenausgleichs sind adäquat zu berücksichtigen. Zur Sicherstellung der Liquidität für die mit Mehrausgaben belasteten Krankenkassen sollte geprüft werden, ob eine unterjährige Ausschüttung der Zuweisungen für Kinderkrankengeld im Rahmen des RSA-Abschlagsverfahrens erfolgen kann.

*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. 26**

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

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die regionalen Gesamtvertragspartner haben nach Absatz 2 Satz 7 die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung um die durch das TSVG extrabudgetär zu vergütenden Leistungen, begrenzt auf ein Jahr zu bereinigen. Um eine absehbare Unterbereinigung zu korrigieren, sollen sie die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nun in den drei Quartalen ab dem vierten Quartal 2021 zusätzlich auf der Grundlage des gemäß den Abrechnungsdaten der Jahre 2016 bis 2018 eigentlich erwarteten Leistungsumfangs bereinigen. Der Bewertungsausschuss hat hierzu Vorgaben zu beschließen.

#### **Bewertung**

Es wird ausdrücklich begrüßt, dass die Notwendigkeit einer Erweiterung der bislang auf ein Jahr begrenzten Bereinigungsregelung anerkannt wird, denn aus einer strategie- und pandemiebedingten Unterkennzeichnung im bisher vorgesehenen Bereinigungszeitraum resultiert voraussichtlich eine Doppelfinanzierung von jährlich etwa 2 Mrd. Euro.

Bedauerlicherweise wurde jedoch der von den gesetzlichen Krankenkassen in der Kommentierung des Referentenentwurfs aufgezeigte Lösungsvorschlag nicht aufgegriffen, die Bereinigung solange fortzuführen, bis sichergestellt ist, dass das Potenzial an TSVG-Leistungen in den einzelnen KV-Bezirken vollständig erbracht und gekennzeichnet wird. Die im vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehene Neuregelung würde die Doppelfinanzierung aufgrund der Unterbereinigung im ersten Bereinigungsjahr nur zum Teil beseitigen.

Wenn an einer Korrektur anstelle einer Verlängerung der Bereinigung festgehalten werden sollte, müsste zumindest der gesamte Bereinigungszeitraum von einem Jahr korrigiert werden. Der Korrekturzeitraum sollte hierzu um die Monate Juli bis September 2021 erweitert werden. In der bestehenden quartalsbezogenen Gesamtvergütungssystematik mit Anknüpfung an das jeweilige Vorjahresquartal käme es ansonsten aufgrund der dauerhaft fortbestehenden Doppelfinanzierung zukünftig immer im dritten Quartal eines Jahres zu einem erheblichen Vergütungssprung gegenüber dem zweiten und vier-

ten Quartal. Ein solcher Zyklus entbehrte jeder Logik und führte auch durch die regionalen Unterschiede im Ausmaß der dann für alle Zeiten festgeschriebenen Unterbereinigung zur Inkonsistenz der Vergütungen in den einzelnen KV-Bezirken. Zudem wäre die zusätzliche finanzielle Belastung der Krankenkassen sachlich durch nichts gerechtfertigt.

Da die Gesamtleistungsmenge im bisher vorgesehenen Korrekturzeitraum voraussichtlich immer noch pandemiebedingt eingeschränkt ist, sollte der Korrekturzeitraum um ein zweites Korrekturjahr verlängert werden. Anderenfalls würde das nach dem neuen Absatz 3 Satz 10 bestimmte Verhältnis von erwartetem Leistungsbedarf zu Gesamtleistungsbedarf bezogen auf den Gesamtleistungsbedarf im ersten Jahr des Korrekturzeitraums in einem zu geringen absoluten Korrekturbetrag resultieren.

Des Weiteren ist kritisch zu bewerten, dass die Korrektur erst über ein Jahr nach dem Auslaufen des bisherigen Bereinigungszeitraums vorgenommen werden soll und in der Zwischenzeit weiterhin eine Überzahlung zu leisten wäre. Das vorgesehene Korrekturverfahren sollte daher möglichst um eine einmalige Rückzahlung der zwischen dem Bereinigungszeitraum und dem Korrekturzeitraum geleisteten Überzahlungen erweitert werden.

Der Erwartungswert des insgesamt zu bereinigenden Leistungsumfangs soll auf der Grundlage der Abrechnungsdaten der Jahre 2016 bis 2018 bestimmt werden, obwohl in diesem Zeitraum von den verschiedenen TSVG-Konstellationen nur der Leistungsumfang der Neupatienten unmittelbar bestimmt werden kann. Es sollte daher im Gesetz ausdrücklich ergänzt werden, dass zur Ermittlung des erwarteten Leistungsumfangs von Terminvermittlungen und offenen Sprechstunden zusätzliche Schätzverfahren angewandt werden können.

## **Änderungsvorschlag**

§ 87a Absatz 3 Satz 8 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Zudem haben sie unter Berücksichtigung der vom Bewertungsausschuss zu beschließenden Vorgaben nach Satz 9 ab dem 1. Juli ~~Oktober~~ 2021 bis zum 30. Juni 2023 ~~2022~~ vierteljährlich ein Verfahren zur Korrektur der Bereinigung nach Satz 7 durchzuführen und eine einmalige Rückzahlung der zwischen dem Bereinigungszeitraum und dem Korrekturzeitraum in Folge der Unterbereinigung geleisteten Überzahlungen vorzunehmen.

Der Bewertungsausschuss beschließt Vorgaben zum Korrekturverfahren einschließlich des Leistungsbedarfs, um den die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung für jede Kassenärztliche Vereinigung zusätzlich zu bereinigen ist. Der Leistungsbedarf nach Satz 9 soll aus dem auf Grundlage der Abrechnungsdaten der Jahre 2016, 2017 sowie 2018 zu bestimmenden Verhältnis von erwartetem Leistungsbedarf der in Satz 5 Nummer 3 bis 6

genannten Leistungen zum Gesamtleistungsbedarf der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung ermittelt werden, wobei zur Ermittlung des erwarteten Leistungsbedarfs der in Satz 5 Nummer 3, 4 und 6 genannten Leistungen zusätzliche Schätzverfahren angewandt werden können.“



## **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 47**

#### **§ 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 dessen 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 einer zeitlichen Vorgabe, innerhalb von 24 Monaten nach Verkündung der 24. Verordnung eine Richtlinie nach Absatz 2 für die Indikation zu erlassen, bedarf es damit grundsätzlich nicht.

##### **Änderungsvorschlag**

Streichung der beabsichtigten Neuregelung.

Streichung des derzeitigen § 137f Absatz 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**

#### **§ 266 Absatz 2 Satz 1 SGB V: Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich), Verordnungsermächtigung**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Die Regelung sieht vor, dass das bisherige Verfahren der Krankengeldzuweisungen ab 2023 auf das Krankengeld nach § 44 SGB V beschränkt wird. Für das Kinderkrankengeld nach § 45 SGB V hingegen werden ab dem Ausgleichsjahr 2023 die Leistungsausgaben der Krankenkassen vollständig über gesonderte Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ausgeglichen. Die in § 266 Absatz 11 SGB V neu aufgenommene Konkretisierung stellt sicher, dass das bisherige Zuweisungsverfahren nur noch bis 2022 fortgeführt wird.

#### **Bewertung**

Wie in der Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 59 dargelegt, ist im Zuge der Erweiterung des Anspruchs auf Kinderkrankengeld die Ausschüttung an die mit den Mehrausgaben belasteten Krankenkassen aus den Zuschüssen des Bundes an die Liquiditätsreserve über die Systematik des Morbi-RSA in Form eines vollständigen Ausgleichs der Kinderkrankengeldausgaben sachgerecht. In der Folge ist die im Gesetzentwurf definierte Übergangsregelung bei den Krankengeldzuweisungen für Mitglieder mit Anspruch auf Krankengeld nach § 44 und § 45 SGB V auf das Ausgleichsjahr 2020 zu begrenzen.

#### **Änderungsvorschlag**

Dem Absatz 11 wird folgender Satz angefügt:

„Die Zuordnung der Versicherten zu Risikogruppen, die nach dem Anspruch der Mitglieder auf Krankengeld zu bilden sind, erfolgt für das Ausgleichsjahr 2020 danach, ob die Mitglieder Anspruch auf Krankengeld nach den §§ 44 und 45 haben.“

## **Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 59**

#### **§ 269 SGB V: Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte**

##### **Beabsichtigte Neuregelung**

Für Untersuchungen des Wissenschaftlichen Beirats zur Verbesserung der Zielgenauigkeit bei den Zuweisungen für Krankengeld gemäß § 266 Absatz 10 Satz 1 SGB V haben die Krankenkassen ab dem Jahr 2022 zusätzliche Daten, wie z.B. beitragspflichtige Einnahmen, Leistungsausgaben für Krankengeld sowie Beginn und Ende des Krankengeldbezuges an das BAS zu melden.

Ergänzt werden diese Informationen nun um die Meldungen der beitragspflichtigen Einnahmen aus selbständiger Tätigkeit von Künstlern und Publizisten nach § 95c Absatz 2 Nummer 2 SGB IV von der Künstlersozialkasse.

Neu geregelt werden auch die Zuweisungen für Auslandsversicherte, indem ab dem Ausgleichsjahr 2023 für Auslandsversicherte nach dem Wohnstaat differenzierte, landesspezifische Risikogruppen gebildet werden, die auf Basis der durchschnittlichen Ausgaben für Auslandsversicherte im In- und Ausland gebildet werden. Anstatt der nach dem Wohnstaat differenzierten und mit den Krankenkassen abgerechneten Rechnungssummen hat die DVKA nunmehr die von den Krankenkassen der DVKA erstatteten Auslandsaufwendungen zu berücksichtigen.

##### **Bewertung**

Die beabsichtigten Neuregelungen für den Bereich des Krankengeldes bei Erkrankung eines Kindes nach § 45 entsprechen den Empfehlungen der Folgegutachten zur Weiterentwicklung der Zuweisungssystematik für den Bereich Krankengeld. Vor diesem Hintergrund sind die entsprechenden Änderungen der Absätze 1 und 2 nachvollziehbar. Aufgrund der durch Artikel 8 Nummer 2 des GWB-Digitalisierungsgesetzes vorgenommenen Neuregelung des § 221a Absatz 2 SGB V wird im Jahr 2021 ein ergänzender Bundeszuschuss an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zum Ausgleich für versicherungsfremde Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in Folge der Neuregelung zum Kinderkrankengeld nach § 45 Absatz 2a SGB V n. F. geleistet. Diese Bundesmittel sind im Ausgleichsjahr 2021 zuweisungserhöhend an die Krankenkassen auszuführen. Um eine zielgenaue Zuweisung dieser Mittel im RSA-Jahresausgleich zu gewährleisten, ist die beabsichtigte Neuregelung des Absatzes 2 auf das Jahr 2021 vorzuziehen (siehe hierzu auch Stellungnahme zu Artikel 1 Nr. 61).

Die zusätzlichen Datenlieferungen an das BAS zur Verbesserung der Zielgenauigkeit der Krankengeldzuweisungen werden von einer vorgezogenen Umsetzung eines vollständigen Ausgleichs der Kinderkrankengeldausgaben von 2023 auf 2021 nicht tangiert.

Die Umsetzung der Vorgaben für die Datenübermittlungen zum Kinderkrankengeld, zu den Auslandszuweisungen sowie zu die Meldungen hinsichtlich der Verbesserung der Krankengeldzuweisungen nach § 269 Absatz 2 Satz 2, Absatz 4 und 5 Satz 1 SGB V an das BAS bestimmt der GKV-SV im Einvernehmen. Diese Regelung ist sachgerecht und verschafft den Verfahrensbeteiligten die notwendige Flexibilität, um die technischen Gegebenheiten der Krankenkassen gezielter zu berücksichtigen.

### **Änderungsvorschlag**

§ 269 SGB V Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Ab dem Ausgleichsjahr 2021 ~~2023~~ werden die Leistungsausgaben der einzelnen Krankenkassen nach § 45 durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds vollständig ausgeglichen. Die Krankenkassen übermitteln ab dem Berichtsjahr 2021 ~~2023~~ für jedes Jahr bis zum 15. August des jeweiligen Folgejahres die Summe der Leistungsausgaben nach § 45 je Krankenkasse über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an das Bundesamt für Soziale Sicherung.“

§ 269 Abs. 6 wird wie folgt gefasst:

„(6) Für ~~die Ausgleichsjahre~~ das Ausgleichsjahr 2020 bis 2022 gelten die Vorgaben ~~der Absätze 1 und 2~~ des Absatz 1 in der bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung. Für die Ausgleichsjahre 2020 bis 2022 gelten die Vorgaben des Absatz 2 in der bis zum ... [einsetzen: Tag der Verkündung] geltenden Fassung.“

## **Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

### **Nr. 61**

#### **§ 271 SGB V: Gesundheitsfonds**

##### **Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der beabsichtigten Ergänzung des Absatz 2 wird vorgesehen, dass im Jahr 2021 zur Finanzierung der Persönlichen Schutzausrüstung und Desinfektionsmittel, die an die Kassenärztlichen Vereinigungen und die KZBV geliefert worden sind, aus der Liquiditätsreserve pauschal ein Betrag von 190 Millionen Euro an das BMG gezahlt wird. Die Zahlung wird durch das BAS als Verwalter des Gesundheitsfonds geleistet.

##### **Bewertung**

Die beabsichtigte Ergänzung des Absatz 2 ist sachgerecht.

Weiterhin ist zu beachten:

Die nach dem GWB-Digitalisierungsgesetz zusätzlich für das erweiterte Kinderkrankengeld an die Liquiditätsreserve gezahlten Bundesmittel in Höhe von 300 Mio. Euro sind zuweisungserhöhend im Ausgleichsjahr 2021 an die Krankenkassen auszuführen. Hierzu ist dieser Betrag bei der Ermittlung der Zuweisungen nach § 266 Absatz 6 SGB V durch das BAS zu berücksichtigen (siehe hierzu auch Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 59). Eine dementsprechende Ergänzung des Absatz 2 ist erforderlich, damit eine Anpassung der Zuweisungen im monatlichen Abschlagsverfahren nach in Kraft treten des GVWG im Jahr 2021 erfolgt.

##### **Änderungsvorschlag**

Dem § 271 Absatz 2 werden folgende Sätze angefügt:

„Aus der Liquiditätsreserve werden im Jahr 2021 190 Millionen Euro an das Bundesministerium für Gesundheit gezahlt. Der zusätzliche Bundeszuschuss nach § 221a Absatz 2 Satz 1 ist im Jahr 2021 bei der Ermittlung der Höhe der Zuweisungen nach § 266 Absatz 6 zu berücksichtigen.“

## **Zu Artikel 6 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)**

### **Nr. 7**

#### **§ 15 KHEntgG: Laufzeit**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der vom Gesetzgeber vorgesehenen Ergänzung in § 15 Absatz 3 wird für NUB-Leistungen, die vor der Preisvereinbarung erbracht werden, ein Verfahren zum Ausgleich der entstandenen Zahlbeträge geschaffen. Die Ergänzung basiert dabei auf dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 05.12.2019 (Az 3 C 28.17), welches festgestellt hatte, dass Krankenhäusern bei verspäteter, d. h. unterjähriger, erstmaliger Vereinbarung von NUB ein Zahlbetragsausgleich nach § 15 Absatz 3 zusteht. Der Ausgleichsbetrag ist gemäß § 15 Absatz 3 Satz 2 über den Zu- oder Abschlag nach § 5 Absatz 4 abzurechnen.

#### **Bewertung**

Die Regelung entspricht zwar dem Bundesverwaltungsgerichtsurteil, wirft aber eine Reihe neuer Probleme auf:

Ein Verfahren zum Ausgleich des Zahlbetrages für erstmalig vereinbarte NUB nach § 15 Absatz 3 Satz 2 KHEntgG über den Zu- oder Abschlag nach § 5 Absatz 4 erscheint nicht sachgerecht. Ausschlaggebend für diese Einschätzung ist insbesondere, dass das gewählte Verfahren eine Vermengung der NUB-Ausgleiche mit Ausgleichen für Mengenabweichungen zur Folge hätte. Eine Kostenzuordnung einzelner Leistungen nach dem Verursacherprinzip, d. h. zu der zuständigen Krankenkasse, wäre dann für die NUB-Leistungen nicht mehr möglich.

Weiterhin sind NUB außerbudgetäre Entgelte, für die generell keine Leistungsmenge und vorläufige Finanzierungen vereinbart werden. Eine nachgelagerte Finanzierung dieser Leistungen ohne Möglichkeit der medizinischen Prüfung ist abzulehnen.

Des Weiteren ist im Zusammenhang mit dem Risikopool des Morbi-RSA auf die Gefahr einer doppelten Zuweisung hinzuweisen.

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 wird. 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 wie folgt gefasst:

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

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

## **Ergänzender Änderungsbedarf**

### **§ 106c Absatz 2 Satz 7 SGB V: Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen**

#### **Begründung:**

Die SARS-CoV-2-Pandemie hat gezeigt, dass es wichtig ist, auch Sitzungen mittels Videotechnik abhalten zu können, um wichtige Entscheidungen, die Einfluss auf die wirtschaftliche Erbringung der Versorgung haben, weiter treffen zu können. Im Hinblick darauf, dass analog anwendbare Rechtsprechung aus dem Zulassungswesen derartige Sitzungen in Ermangelung einer gesetzlichen Grundlage teilweise als unzulässig bezeichnet hat, soll mit der vorliegenden Änderung nunmehr für Rechtsklarheit gesorgt werden. Zu diesem Zweck wird in der Ermächtigungsgrundlage zum Erlass der Wirtschaftlichkeitsprüfungs-Verordnung klargestellt, dass in den dortigen Vorschriften über das Verfahren der Beschwerdeausschüsse auch Regelungen über die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die Durchführung von Sitzungen mittels Videotechnik zu treffen sind.

#### **Änderungsvorschlag:**

§ 106c Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere zur Geschäftsführung der Prüfungsstellen und der Beschwerdeausschüsse einschließlich der Entschädigung der Vorsitzenden der Ausschüsse und zu den Pflichten der von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartnern entsandten Vertreter einschließlich der Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die Durchführung von Sitzungen der Beschwerdeausschüsse mittels Videotechnik.“



## **§ 6a KHEntgG: Vereinbarung sonstiger Entgelte sowie § 9 Absatz 1 Nr. 8 KHEntgG: Vereinbarung auf Bundesebene**

### **Veröffentlichung der Daten nach § 6a Absatz 3 KHEntgG zur Anzahl der in den Krankenhäusern beschäftigten Pflegevollkräfte sowie über die Ergebnisse der Pflegebudgetverhandlungen**

#### **Änderungsbedarf:**

Einhergehend mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten hat der Gesetzgeber es versäumt klare Festlegungen zur transparenten Darstellung der Auswirkungen und Entwicklungen in diesem Bereich zu treffen. Zwar erhält das InEK neben den Kostendaten der Kalkulationskrankenhäuser zur Weiterentwicklung des Vergütungssystems eine differenzierte Darstellung der vom Krankenhaus in den Verhandlungen vorgelegten relevanten Personal- und Kostendaten (§ 6a Abs. 3 KHEntgG); diese müssen aber bislang nicht veröffentlicht werden.

Mit Blick auf die Verhandlungen vor Ort haben die Krankenhäuser zur Vereinbarung des Pflegebudgets den anderen Vertragspartnern die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in Pflegevollkräften, gegliedert nach Berufsbezeichnungen, sowie die Pflegepersonalkosten nachzuweisen. Die Vertragspartner auf Bundesebene haben die näheren Einzelheiten zur Verhandlung des Pflegebudgets nach § 6a und der vorzulegenden Unterlagen gem. § 9 Abs. 1 Nr. 8 KHEntgG vereinbart. Bislang fehlt es allerdings an einer einheitlichen Form der Ergebnisdarstellung der Vereinbarungen zum Pflegebudget, die diese Informationen umfasst. Diese sind notwendig um das Vergütungssystem konsistent weiterzuentwickeln und die Auswirkungen der Einführung der Selbstkostendeckung im Pflegebereich beurteilen zu können. Dies gilt insbesondere auch mit Blick auf die zu erstellenden Berichte zu den Auswirkungen der Einführung des Pflegebudgets auf die Entwicklung der Pflegepersonalstellen und -kosten in den Jahren 2020 bis 2024 in einem Zwischenbericht zum 31. August 2021 und einem abschließenden Bericht zum 31. August 2025.

Es ist zu befürchten, dass mit der jetzigen Regelung nur Forderungsunterlagen übermittelt werden, die letztlich nicht zwischen Kassen und Krankenhaus vereinbart wurden und demnach einen einseitigen Stand abbilden. Zum einen sind dies die Forderungen für das Budgetjahr, aber auch die IST-Daten. Hier ist insbesondere die Abgrenzung zwischen pflegebudgetrelevanten und nicht-pflegebudgetrelevanten Kosten nicht zwischen den Vertragsparteien konsentiert. Maßgeblich können alleine die zwischen den Vertragsparteien vereinbarten Verhandlungsergebnisse sein.

Auch das von den Krankenhäusern zu übermittelnde Testat der Wirtschaftsprüfer löst dieses Problem nicht. Es bedarf auch hier klarer Vorgaben, die sicherstellen, dass ins-

besondere die Abgrenzung zwischen pflegebudgetrelevanten und nicht-pflegebudgetrelevanten Kosten nach einheitlichen Kriterien testiert werden. Die Empfehlungen und Vereinbarungen der Bundesebene sowie die in den Budgetvereinbarungen festgelegten Vorgaben sind bei der Testierung zu berücksichtigen. Sofern dies nicht sichergestellt ist darf das Testat nicht die Grundlage des IST-Kostenausgleiches sein.

Um einem weitergehenden Transparenzgedanken zur Verbesserung der Pflegesituation Rechnung zu tragen, muss auch eine Veröffentlichung der oben genannten vereinbarten Daten erfolgen, die durch das InEK sichergestellt werden könnte. Diese Darstellung muss neben Informationen zur Struktur (IK, Bettenanzahl, Fachabteilungen, Notfallstufe, Anzahl der Standorte einschließlich Standortnummer) den im Pflegebudget vereinbarten und tatsächlichen Daten (Vollkräfte untergliedert nach Berufsgruppen sowie auch die wesentlichen Rechengrößen zur Herleitung der pflegebudgetrelevanten Kosten) beinhalten.

### **Änderungsvorschlag:**

§ 6a Absatz 3 KHEntgG wird wie folgt gefasst:

„(3) Der Krankenhausträger hat vor der Vereinbarung des jeweiligen Pflegebudgets den anderen Vertragspartnern die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in Pflegevollkräften, gegliedert nach Berufsbezeichnungen, sowie die Pflegepersonalkosten nachzuweisen. Dazu hat der Krankenhausträger jeweils die entsprechenden Ist-Daten des abgelaufenen Jahres, die Ist-Daten des laufenden Jahres sowie die Forderungsdaten für den Vereinbarungszeitraum vorzulegen.

Die Vereinbarung des Pflegebudgets einschließlich der jahresdurchschnittlichen Stellenbesetzung der Pflegevollkräfte, gegliedert nach Berufsbezeichnungen, ist unter Beachtung der Vorgaben der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 8 von den Vertragsparteien nach § 11 zu dokumentieren; aus der Darstellung müssen neben dem Ergebnis die wesentlichen Rechengrößen zur Herleitung der pflegebudgetrelevanten Kosten hervorgehen. Nach Ablauf des Vereinbarungsjahres hat der Krankenhausträger den anderen Vertragsparteien nach § 11 und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zudem jährlich jeweils bis zum 30. September eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung der Pflegevollkräfte, gegliedert nach Berufsbezeichnungen, sowie über die Pflegepersonalkosten und über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen; aus der Darstellung muss ersichtlich sein, welche der tatsächlichen Kosten pflegebudgetrelevant waren. Die Vorgaben der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nummer 8, die nationalen oder international festgelegten Prüfungsstandards sowie in der Vergütungsvereinbarung nach § 11

KHEntgG getroffene Abreden sind zu beachten; dies gilt als erfüllt, wenn der Bestätigungsvermerk auf der Grundlage der IDW-Prüfungsstandards zur Überprüfung von Finanzaufstellungen erstellt wurde. Die Krankenkassen, die Vertragsparteien nach § 11 sind, übermitteln dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen unverzüglich nach der Vereinbarung des Pflegebudgets die Daten nach Satz 3 und 4 in elektronischer Form; das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht die gemäß Satz 3 und 4 übermittelten Daten in geeigneter Form krankenhausbefogen auf seiner Internetseite. Die näheren Einzelheiten zur Übermittlung der Daten nach Satz 5 und zu Maßnahmen im Falle einer nicht oder nicht unverzüglich erfolgenden Übermittlung legt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen fest.“

§ 9 Absatz 1 Nummer 8 wird wie folgt gefasst:

„(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Vertragsparteien auf Bundesebene) mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 insbesondere

[...]

8. bis zum 31. Juli 2019 die näheren Einzelheiten zur Verhandlung des Pflegebudgets nach § 6a, insbesondere zu den vorzulegenden Unterlagen und zu dem Verfahren der Rückzahlungsabwicklung von nicht zweckentsprechend verwendeten Mitteln, sowie bis zum 31. Juli 2021 zu der einheitlichen Form einer der Vereinbarung beizufügenden Ergebnisdarstellung, die die wesentlichen Rechengrößen zur Herleitung der vereinbarten pflegebudgetrelevanten Kosten beinhaltet [...]“

## **§ 17b Absatz 4 KHG: Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser, Verordnungsermächtigung**

### **Klarstellung der berücksichtigungsfähigen Berufsgruppen auf bettenführenden Stationen für die Pflege am Bett gemäß § 17b Absatz 4 KHG**

#### **Änderungsbedarf:**

Eine angemessene Personalausstattung in der Pflege im Krankenhaus ist für die Qualität der Patientenversorgung und die Arbeitssituation der Beschäftigten unabdingbar. Um eine nachhaltige Finanzierung von Pflege am Bett zu gewährleisten und die aktuellen Unklarheiten sowie Schiedsstellenverfahren bezüglich der zu berücksichtigen Berufsgruppen für das Pflegebudget zu lösen, erfolgt eine Klarstellung für die im Pflegebudget berücksichtigungsfähigen Berufsgruppen.

Aufgrund der aktuellen Unklarheiten bezüglich der im Pflegebudget anzuerkennenden Berufsgruppen und damit verbundenen Pflegepersonalkosten kommt es zu Konflikten und Schiedsstellenverfahren auf der Ortsebene. Im Mittelpunkt steht die Anerkennungs- und Zuordnungsproblematik der „Sonstigen Berufe“ im Pflegebudget. Kern der Streitigkeiten ist die Forderung der Krankenhäuser, eine zunehmende Anzahl von Berufsgruppen mit nicht-pflegerischer Qualifikation für die Pflege am Bett anzurechnen. So wurde beispielsweise in den örtlichen Pflegebudgetverhandlungen die Berücksichtigung von Verwaltungsfachangestellten/-innen, Bankkauffrauen/-männern sowie Industriekauffrauen/-männern gefordert. Dies ist vor dem Hintergrund qualitativer Mindestanforderungen nicht hinnehmbar.

Die Problematik ist von den Vertragsparteien auf Bundesebene bereits im Rahmen der Abnahme der Entgeltkataloge 2021 anerkannt worden. Es besteht Konsens, dass für die Zuordnung von Personalkosten zu den pflegebudgetrelevanten Kosten die aktuellen Begriffsbestimmungen der PpuGV (§ 2 Begriffsbestimmung) maßgeblich sein sollen. Es zeichnet sich allerdings ab, dass eine vertragliche Umsetzung problembehaftet sein wird. Die Vertragspartner auf Bundesebene konnten keine ausreichende Rechtssicherheit herstellen, um die notwendigen Anpassungen für die Budgetjahre 2020 und 2021 auf der Ortsebene für die Pflegebudgetverhandlungen umsetzbar auszugestalten.

Große Klinikkonzerne haben bereits signalisiert, die notwendigen Anpassungen ohne eine gesetzliche Klarstellung in den Pflegebudgetverhandlungen nicht zu akzeptieren.

Auch die am 18.12.2020 erzielte Verständigung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene zur Schärfung des Pflegebegriffes kann die Probleme nicht lösen, da die Krankenseite den erzielten Kompromiss nicht flächendeckend mitträgt und versucht diesen über Schiedsstellenverfahren auszuhebeln. Wesentlicher Teil des Konsenses ist die Abgrenzung des Pflegebudgets auf Basis der Begriffsbestimmung der PpUGV für

die Verhandlungen 2020 und 2021. Die Haltung der Krankenhausesseite vor Ort hat nun dazu geführt, dass aktuell Schiedsbeschlüsse den auf Bundesebene erzielten Kompromiss in Frage stellen, was wiederum zur Folge hat, dass aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nun eine gesetzliche Klarstellung erforderlich ist. Diese muss eine bundeseinheitliche Definition für Berufsgruppen, die Pflege am Bett leisten, abschließend vorgeben. Maßgeblich dafür sollte die aktuelle Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung sein. Mit der Orientierung an der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung kann eine Angleichung an die bestehenden Regelungen zur Qualitätssicherung der Pflege am Bett erfolgen. Die Klarstellung muss rückwirkend zum 01.01.2021 erfolgen.

### **Änderungsvorschlag:**

§ 17b Absatz 4 wird wie folgt geändert:

„Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 haben auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen aus dem Vergütungssystem auszugliedern und eine neue Pflegepersonalkostenvergütung zu entwickeln. Hierfür haben sie insbesondere bis zum ~~31. Januar 2019~~ vier Wochen nach Inkrafttreten eine eindeutige, bundeseinheitliche Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten zu vereinbaren und dabei auch Regelungen für die Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal festzulegen, das überwiegend in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätig ist; diese Festlegung gilt erstmalig für das Vereinbarungsjahr 2021. Hierbei sind nur Kosten für Pflegekräfte gemäß § 2 Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung in der Fassung vom 09.11.2020 zu berücksichtigen; nicht genannte Berufe sind bei der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten nicht berücksichtigungsfähig. Die Krankenhäuser haben die Vorgaben zur Ausgliederung und zur bundeseinheitlichen Definition nach den Sätzen 1 bis 3 für die Abgrenzung ihrer Kosten und Leistungen rückwirkend ab dem 1. Januar ~~2019~~ 2021 anzuwenden. [...]“

§ 6a Absatz 2 Satz 1 KHEntgG wird wie folgt geändert:

„(2) Ausgangsgrundlage für die Ermittlung des Pflegebudgets ist die Summe der im Vorjahr für das jeweilige Krankenhaus entstandenen Pflegepersonalkosten; die Ermittlung erfolgt auf Basis der Vorgaben zur Pflegepersonalabgrenzung gemäß § 17b Absatz 4 KHG. [...]“