

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0033(15)
gel. VB zur öAnhörung am 21.05.
14_GKV-FQWG-ÄÄ
20.05.2014



BKK Dachverband e.V.
Zimmerstraße 55
10117 Berlin
TEL (030) 2700406-0
FAX (030) 2700406-111
politik@bkk-dv.de
www.bkk-dachverband.de

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V.

vom 21. Mai 2014

zu den Änderungsanträgen
der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
zum

Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur
Weiterentwicklung der Finanzstruktur und
der Qualität in der Gesetzlichen Kranken-
versicherung
(GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-
Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG)

Inhaltsverzeichnis

- | | |
|-------------------------|-----------|
| I. Vorbemerkung | (Seite 2) |
| II. Detailkommentierung | (Seite 3) |
-

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 21. Mai 2014
zu den Änderungsanträgen der Regierungsfractionen zum
Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur
und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)



I. Vorbemerkung

Die Regierungsfractionen haben im Vorfeld der Anhörung zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) am 21. Mai fachfremde Änderungsanträge eingebracht, die ebenfalls Gegenstand der Anhörung sein werden.

Der BKK Dachverband nimmt zu den Änderungsanträgen wie folgt Stellung:

II. Detailkommentierung

Änderungsantrag 1

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG)

Zu Artikel 1 Nummer 3a - neu - (§ 65b SGB V)

(Unabhängige Patientenberatung)

Nach Artikel 1 Nummer 3 wird folgende Nummer 3a eingefügt:

„3a. § 65b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 wird das Wort „oder“ durch das Wort „und“ ersetzt.

bb) In Satz 4 werden die Wörter „Entscheidung über die Vergabe der Fördermittel trifft der“ durch die Wörter „Vorbereitung der Vergabe der Fördermittel und die Entscheidung darüber erfolgt durch den“ ersetzt und wird die Angabe „fünf“ durch die Angabe „sieben“ ersetzt.

cc) Die Sätze 5 und 6 werden wie folgt gefasst:

„Die oder der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen werden bei der Vergabe und während der Förderphase durch einen Beirat beraten. Der Beirat tagt unter der Leitung der oder des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten mindestens zweimal jährlich; ihm gehören Vertreterinnen und Vertreter der Wissenschaften und Patientenorganisationen, zwei Vertreterinnen oder Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit und eine Vertreterin oder ein Vertreter des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz sowie im Fall einer angemessenen finanziellen Beteiligung der privaten Krankenversicherungen an der Förderung nach Satz 1 eine Vertreterin oder ein Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherung an.“

b) In Absatz 2 werden die Angabe „2011“ durch die Angabe „2016“ und die Angabe „5 200 000“ durch die Angabe „9 000 000“ ersetzt.

c) Absatz 3 wird aufgehoben.“

Bewertung des BKK Dachverbandes

Gewünschte Änderung

Keine

Begründung

Im Vordergrund dieser Vorschrift steht eine neutrale und unabhängige Beratung der Verbraucher- und Patienten, für deren Rechte der Patientenbeauftragte der Bundesregierung in der Regel eintritt. Insofern wird es vom BKK Dachverband begrüßt, den Beauftragten so früh als möglich in das Vergabeverfahren einzubinden. Gegen die geplante Leitung der Beiratssitzung und die Ausweitung des Beratungsauftrags des Beirats ist nichts einzuwenden. Die Verlängerung der Laufzeit der Förderphase von fünf auf sieben Jahre wird als angemessen betrachtet.

Zum 01.01.2016 sollen zudem die Fördermittel um 3,8 Mio. Euro erhöht werden. Sie werden auch zukünftig an die Entwicklung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV angepasst. Ziel dieser Anpassung ist es u.a., die Personalressourcen als auch die Anzahl der Beratungsstellen der UPD zu erhöhen, um eine bessere telefonische Erreichbarkeit zu gewährleisten.

Der BKK Dachverband sieht die Erhöhung der Fördermittel – ohne klar erkennbares Konzept zur Verbesserung der telefonischen Erreichbarkeit – kritisch. Es wäre erst einmal zu prüfen, ob die Verbesserung nicht bereits heute mit den aktuellen Fördermitteln unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Optimierungsprozesse zu erreichen wäre. Die finanzielle Beteiligung der PKV ist aus Sicht des BKK Dachverbandes zwingend notwendig.

Mit der Änderung in Satz 3 – das Ersetzen von „oder“ durch „und“ – wird der betroffene Personenkreis zielgenauer definiert. Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) wird nach bisherigen Erfahrungen sowohl von Verbrauchern, als auch von Patienten in Anspruch genommen. Diese Anpassung ist aus Sicht des BKK Dachverbandes folgerichtig.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 21. Mai 2014
zu den Änderungsanträgen der Regierungsfraktionen zum
Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur
und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)

Änderungsantrag 2

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG)

Zu Artikel 1 Nummer 4a - neu - (§ 132e SGB V) (keine Exklusivverträge bei Impfstoffen für Schutzimpfungen)

Nach Artikel 1 Nummer 4 wird folgende Nummer 4a eingefügt:

4a. Dem § 132e Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Für die Versorgung der Versicherten mit Impfstoffen sind Verträge nach Satz 1 mit mindestens zwei pharmazeutischen Unternehmern innerhalb eines Versorgungsgebietes zu schließen.“

Bewertung des BKK Dachverbandes

Gewünschte Änderung

Streichung der Regelung.

Begründung

Ziel der Neuregelung soll die Sicherung der Versorgung bei Versorgungsengpässen sein. Lieferengpässe bei Impfstoffen kommen gelegentlich vor. Hierfür werden regelmäßig die Rabattverträge der Krankenkassen verantwortlich gemacht, was jedoch nicht den Tatsachen entspricht. Aktuelle (globale) Engpässe betrafen Impfstoffe, für die lediglich in einem Bundesland Rabattverträge vorlagen. Auch die Lieferunfähigkeit der Firma Novartis in der Grippezeit 2012/2013 war rein produktionstechnisch begründet.

Bereits mit der letzten Ergänzung des § 132 e Abs. 2 SGB V durch Gesetz vom 07.08.2013 wurden Vertragsinhalte zur Absicherung der Versorgung verpflichtend vorgeschrieben. Die aktuell geschlossenen Verträge berücksichtigen diesen Sachverhalt.

Darüber hinaus ist die vorgesehene Regelung in dieser Form nicht für alle Impfstoffe umsetzbar. Die weit überwiegende Anzahl von Impfstoffen wird nur von jeweils einem oder zwei Herstellern angeboten (Beispiel: 6fach Impfstoff im Kindesalter).

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 21. Mai 2014
zu den Änderungsanträgen der Regierungsfraktionen zum
Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur
und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)



Durch die geplante Neuregelung wird der Abschluss von Rabattverträgen nun erheblich erschwert. Sind lediglich zwei Anbieter am Markt, sind die Anreize in den Preiswettbewerb einzutreten gering, wenn damit keine zusätzlichen Marktanteilsvorteile zu erwirtschaften sind.

Außerdem unterbindet die Regelung einen Preiswettbewerb bei den Herstellern, die nicht kosteneffektive Impfstoffe auf den Markt bringen, die aber aufgrund der Regelungen in § 20d SGB V gleichwohl Eingang in die Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA finden müssen (Beispiel: Impfung gegen Rotaviren).

Die Rabattverträge sind daher derzeit insbesondere für die referenzpreisabschlagsfreien Impfstoffe die einzige Möglichkeit, einen Preiswettbewerb zu generieren.

Änderungsantrag 3

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG)

Zu Artikel 1 Nummer 4a - neu - (§ 134a SGB V) (Versorgung mit Hebammenhilfe)

Nach Artikel 1 Nummer 4 wird folgende Nummer 4a eingefügt:

„4a. § 134a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 werden nach dem Wort „Hebammenhilfe“ die Wörter „unter Einbeziehung der in § 24 f Satz 2 geregelten Wahlfreiheit der Versicherten“ eingefügt.

Bewertung des BKK Dachverbandes

Gewünschte Änderung

Keine

Begründung

Der BKK DV befürwortet eine freie Wahlmöglichkeit der Versicherten hinsichtlich der unterschiedlichen Entbindungsorte. Dabei ist eine flächendeckende Versorgung wünschenswert. In den bisherigen Vertrags- und Vergütungsverhandlungen wurden die Bedarfe der Hebammen mit unterschiedlichen Leistungsangeboten differenziert betrachtet und berücksichtigt. Es spricht somit nichts gegen die Aufnahme dieser Konkretisierung.

Gleichzeitig muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass die Sicherstellung der flächendeckenden geburtshilflichen Hebammenversorgung und damit der Wahlmöglichkeiten der Versicherten in Abhängigkeit von der Existenz erreichbarer Kliniken mit geburtshilflichen Abteilungen steht. Diese sind zwingend notwendig zur Notfallverlegung bei außerklinischen Geburten. Auf mögliche Einschränkungen der Wahlfreiheit durch fehlendes klinisches Angebot kann die GKV auch im Rahmen der Vertrags- und Vergütungsverhandlungen keinen Einfluss nehmen.

b) Absatz 1a wie folgt gefasst:

(1a) Die Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 1 zu den Anforderungen an die Qualität der Hebammenhilfe sind bis zum 31. Dezember 2014 zu treffen. Sie sollen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität umfassen sowie geeignete verwaltungsunaufwendige Verfahren zum Nachweis der Erfüllung dieser Qualitätsanforderungen festlegen.

Bewertung des BKK Dachverbandes

Gewünschte Änderung

(1a) Die Vereinbarungen nach Absatz 1 Satz 1 zu den Anforderungen an die Qualität der Hebammenhilfe sind bis zum 31. Dezember 2014 zu treffen. Die Qualitätssicherung in von Hebammen geleiteten Einrichtungen bleibt hiervon unberührt. Sie Die Vereinbarungen sollen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität umfassen sowie geeignete verwaltungsunaufwendige Verfahren zum Nachweis der Erfüllung dieser Qualitätsanforderungen festlegen.

Begründung

Der BKK DV befürwortet eine möglichst zügige Umsetzung einer Qualitätsvereinbarung. Dabei sieht der BKK DV eine Qualitätsvereinbarung zwingend im Zusammenhang mit einer Leistungsbeschreibung der hebammenhilflichen Leistungen. Die Vertragspartner verhandeln bereits intensiv die Inhalte der Leistungsbeschreibung und der Qualitätsvereinbarung.

Im Rahmen der Verhandlungen zu Qualitätsvereinbarungen für die Hebammenhilfe stellen die Hebammenverbände die bereits bestehenden Qualitätsanforderungen an von Hebammen geleitete Einrichtung in Frage, die im Rahmen des Ergänzungsvertrages nach § 134a SGB V vereinbart wurden. Es sollte daher explizit klargestellt werden, dass die Qualitätssicherung für diese Einrichtungen von den neuen Qualitätsvereinbarungen unberührt bleiben.

Folgeänderung

Ergänzung in § 134a Abs. 1 Satz 1:

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen schließt mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen und den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene mit bindender Wir-

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 21. Mai 2014
zu den Änderungsanträgen der Regierungsfractionen zum
Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur
und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)



kung für die Krankenkassen Verträge über die Versorgung mit Hebammenhilfe, die abrechnungsfähigen Leistungen unter Einschluss einer Betriebskostenpauschale bei ambulanten Entbindungen in von Hebammen geleiteten Einrichtungen und der Anforderungen an die Qualität der Hebammenhilfe und der Qualität in von Hebammen geleiteten Einrichtungen sowie über die Höhe der Vergütung und die Einzelheiten der Vergütungsabrechnung durch die Krankenkassen.

Begründung

Eine Konkretisierung zur Qualitätssicherung für von Hebammen geleiteten Einrichtungen ist notwendig (siehe Abs. 1a). Somit ist der Satz 1 auch um diese Regelung zu ergänzen. Dies würde der Formulierung vor dem PNG gerecht („Anforderungen an die Qualitätssicherung in diesen Einrichtungen“).

c) Nach Absatz 1a werden folgende Absätze 1b und 1c eingefügt:

„(1b) Hebammen, die Leistungen der Geburtshilfe erbringen und die Erfüllung der Qualitätsanforderungen nach Absatz 1a nachgewiesen haben, erhalten für Geburten ab dem 1. Juli 2015 einen Sicherstellungszuschlag nach Maßgabe der Vereinbarungen nach Satz 3, wenn ihre wirtschaftlichen Interessen wegen zu geringer Geburtenzahlen bei der Vereinbarung über die Höhe der Vergütung nach Absatz 1 nicht ausreichend berücksichtigt sind. Die Auszahlung des Sicherstellungszuschlags erfolgt am Ende eines Abrechnungszeitraums auf Antrag der Hebamme durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. In den Vereinbarungen, die nach Absatz 1 Satz 1 zur Höhe der Vergütung getroffen werden, sind bis zum 1. Juli 2015 die näheren Einzelheiten der Anspruchsvoraussetzungen und des Verfahrens nach Satz 1 zu regeln. Zu treffen sind insbesondere Regelungen über die Höhe des Sicherstellungszuschlags in Abhängigkeit von der Anzahl der betreuten Geburten und der Höhe der zu entrichtenden Haftpflichtprämie, die Anforderungen an die von der Hebamme zu erbringenden Nachweise sowie die Auszahlungsmodalitäten.

Bewertung des BKK Dachverbandes

Gewünschte Änderung

„(1b) Hebammen, die Leistungen der Geburtshilfe erbringen und die Erfüllung der Qualitätsanforderungen und die Mindestanzahl von Geburten nach § 137 Abs. 3a nachgewiesen haben, erhalten für Geburten ab dem 1. Juli 2015 einen Sicherstellungszuschlag Ausgleich der Haftpflichtkostensteigerungen. ~~nach Maßgabe der Vereinbarungen nach Satz 3, wenn ihre wirtschaftlichen Interessen wegen zu geringer Geburtenzahlen bei der Vereinbarung über die Höhe der Vergütung nach Absatz 1 nicht ausreichend berücksichtigt sind. Der Nachweis hat bis zum 30.06. für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr gegenüber dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu erfolgen. Dieser prüft die der Anspruchsvoraussetzungen und nimmt die Auszahlung des Sicherstellungszuschlags vor. erfolgt am Ende eines Abrechnungszeitraums auf Antrag der Hebamme durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen.~~ In den Vereinbarungen, die nach Absatz 1 Satz 1 zur Höhe der Vergütung getroffen werden, sind bis zum 1. Juli 2015 die näheren Einzelheiten der Anspruchsvoraussetzungen und des Verfahrens nach Satz 1 bis 3 zu regeln. Zu treffen sind insbesondere Regelungen über die Höhe des Ausgleichs, Sicherstellungszuschlags in Abhängigkeit von der Mindestanzahl der betreuten Geburten und der Höhe der zu entrichtenden Haftpflichtprämie, die Anforderungen an die von der Hebamme zu erbringenden Nachweise sowie die Auszahlungsmodalitäten.

Begründung

Bei Weiterführung einer gesetzlichen Ausgleichspflicht der Haftpflichtkostensteigerung durch die GKV sieht der BKK DV die Notwendigkeit der Implementierung eines zielgenaueren Ausgleichsmechanismus, der Verwerfungen zwischen den Hebammen vermeidet. Es soll auch Hebammen mit einer unterdurchschnittlichen Zahl an Geburten ermöglicht werden, die Haftpflichtkostensteigerung zu refinanzieren.

Freiberuflichen Hebammen, die die Qualitätsvoraussetzungen und Mindestmengen erfüllen, sollen daher ihren individuellen Anspruch auf Ausgleich der Haftpflichtkostensteigerung ab dem 01.07.2015 auf Antrag durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen ausgezahlt bekommen. Näheres zur Umsetzung sollten die Vertragspartner regeln. Das Finanzierungsvolumen ist dabei von den einzelnen Kassen im Rahmen einer Umlage an den GKV-SV aufzubringen.

Zur Prüfung der Mindestanzahl von Geburten ist darüber hinaus eine Zusammenführung der Abrechnungsdaten der Einzelkassen beim GKV-SV notwendig. Dies würde zur Verbesserung der Datengrundlage im Allgemeinen beitragen und Transparenz im Versorgungsgeschehen schaffen.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 21. Mai 2014
zu den Änderungsanträgen der Regierungsfractionen zum
Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur
und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)

(1c) Die Vertragspartner vereinbaren in den Verträgen nach Absatz 1 Satz 1 bis zum 30. September 2014 zusätzlich zu den nach Absatz 1 Satz 3 vorzunehmenden Vergütungsanpassungen einen Zuschlag auf die Abrechnungspositionen für Geburtshilfeleistungen bei Hausgeburten, außerklinischen Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen sowie Geburten durch Beleghebammen in einer eins zu eins Betreuung ohne Schichtdienst, der von den Krankenkassen für Geburten vom 1. Juli 2014 bis zum 30. Juni 2015 an die Hebammen zu zahlen ist.“

Bewertung des BKK Dachverbandes

Gewünschte Änderung

Diese Regelung ist zu streichen. Ersatzweise ist die folgende Änderung vorzusehen:

„(1c) Die Vertragspartner vereinbaren in den Verträgen nach Absatz 1 Satz 1 bis zum ~~30. September~~ 31. Juli 2014 zusätzlich zu den nach Absatz 1 Satz 3 vorzunehmenden Vergütungsanpassungen einen Zuschlag auf die Abrechnungspositionen für Geburtshilfeleistungen bei Hausgeburten, und außerklinischen Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen sowie Geburten durch Beleghebammen in einer eins zu eins Betreuung ohne Schichtdienst, der von den Krankenkassen für Geburten vom 1. Juli 2014 bis zum 30. Juni 2015 an die Hebammen zu zahlen ist.“

Begründung

Der bisherige Ausgleich der Kostensteigerungen der Haftpflichtversicherungen erfolgte auf Basis der tatsächlich und rechnerisch begründbaren Erhöhungsbedarfe des Hebammenkollektivs.

Eine Finanzierung darüber hinaus ist zudem nicht erforderlich, wenn die vorgesehene Anpassung der Vergütungsstruktur von den Verhandlungspartnern bis zum 30.06.2014 vereinbart wird. Hierdurch wird bereits eine Verbesserung für Hebammen mit einer unterdurchschnittlichen Zahl an Geburten erzielt werden können. Ein zielgenauer Ausgleich der Kostensteigerungen der Haftpflichtversicherung wird sich ohnehin nur in dem dargestellten individuellen Ausgleichmechanismus erzielen lassen.

Sollte sich der Gesetzgeber dennoch für einen undifferenzierten Zuschlag entscheiden, sollte er nur auf die Abrechnungspositionen für Geburtshilfeleistungen bei Hausgeburten und außerklinischen Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen zu zahlen sein. Die Wahlmöglichkeiten der Versicherten nach §24f SGB V bezieht sich auf außerklinische Geburten und stationäre Entbindungen. Auf die Sicherung der klinischen Geburtshilfe kann die GKV jedoch auch durch Zuschläge auf die Hebammenvergütung für Beleghebammen keinen Einfluss nehmen.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 21. Mai 2014
zu den Änderungsanträgen der Regierungsfraktionen zum
Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur
und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)



Diese liegt in der Verantwortung der jeweiligen Länder. Die Zahlung des Zuschlages für Beleghebammen in der 1:1 Betreuung ist somit unbegründet.

Eine rückwirkende Abwicklung wird von den BKKn als problematisch angesehen. Tritt dieser Teil des Gesetzes wie geplant in Kraft, ist eine Vereinbarungsfrist bis 31.07.2014 jedoch angemessen. Somit würde eine rückwirkende Abrechnung nur für eine sehr geringe Anzahl von Geburten relevant werden. Die Änderung würde eine problemfreie Umsetzung durch die Krankenkassen ermöglichen.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 21. Mai 2014
zu den Änderungsanträgen der Regierungsfractionen zum
Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur
und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)



d) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht oder nicht bis zum Ablauf der nach Absatz 1b Satz 3 und Absatz 1c vorgegebenen Fristen zu Stande, wird der Vertragsinhalt durch die Schiedsstelle nach Absatz 4 festgesetzt. Der bisherige Vertrag gilt bis zur Entscheidung durch die Schiedsstelle vorläufig weiter.“

Bewertung des BKK Dachverbandes

Gewünschte Änderung

keine

Begründung

/

Ergänzender Änderungsbedarf: Änderung in § 137 SGB V

Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seinen Richtlinien eine Mindestanzahl pro Geburten je freiberuflich tätiger Hebammen p.a. und Zeiten zur Erreichbarkeit von Kliniken bei der Notfallverlegung von außerklinischen Geburten unter der Geburt.“

Begründung

Aus Gründen der Patientensicherheit und zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Leistungserbringung von geburtshilflichen Leistungen durch freiberufliche Hebammen wird die Festlegung von sinnvollen Mindestzahlen von Geburten je Hebamme als notwendig angesehen. Gleichzeitig ist es erforderlich, eine zeitliche Begrenzung vorzunehmen, in der bei einer Notfallverlegung unter der Geburt eine Verlegung in eine Klinik erfolgen muss. Diese Vorgaben sind möglichst evidenzbasiert durch den GBA zu ermitteln und in seinen Richtlinien festzulegen.

Änderungsantrag 4

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG)

Zu Artikel 1 Nummer 39a - neu - (§ 303b SGB V)

(Regionalkennzeichen für Zwecke der Datentransparenz – Versorgungsforschung)

Artikel 1 wird wie folgt geändert:

Nach Nummer 39 wird die folgende Nummer 39a eingefügt:

39a. § 303b wird wie folgt geändert:

1. Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.
2. Folgende Absätze 2 bis 4 werden angefügt:

„(2) Die Krankenkassen ermitteln aus den bei ihnen nach § 284 Absatz 1 gespeicherten Daten für die in § 303e Absatz 2 genannten Zwecke die Postleitzahl des Wohnortes des Versicherten (Regionalkennzeichen). Sie übermitteln die Regionalkennzeichen zusätzlich zu den Daten nach Absatz 1 Satz 1 jährlich an das Bundesversicherungsamt nach dem in § 268 Absatz 3 in Verbindung mit der Rechtsverordnung nach § 266 Absatz 7 geregelten Verfahren. Die Krankenkassen haben die Regionalkennzeichen so zu verschlüsseln, dass nur die Datenaufbereitungsstelle nach § 303d in der Lage ist, die Regionalkennzeichen zu entschlüsseln und mit den Daten nach Absatz 1 zusammenzuführen.“

(3) Das Bundesversicherungsamt übermittelt die Regionalkennzeichen mit den Daten nach Absatz 1 an die Datenaufbereitungsstelle nach § 303d. Für die Jahre 2009 und 2010 übermittelt das Bundesversicherungsamt die bei ihm für Zwecke des § 272 gespeicherten Kennzeichen zum Wohnort der Versicherten an die Datenaufbereitungsstelle nach § 303d sowie eine Liste mit den dazugehörigen Pseudonymen an die Vertrauensstelle nach § 303c.

(4) Das Nähere zu den Datenübermittlungen nach den Absätzen 2 und 3 vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, das Bundesversicherungsamt und die nach § 303a Absatz 1 Satz 2 bestimmten Stellen.“

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V. vom 21. Mai 2014
zu den Änderungsanträgen der Regierungsfraktionen zum
Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur
und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG)

Bewertung des BKK Dachverbandes

Gewünschte Änderung

Einfügung eines § 303b Abs. 5:

„Das Bundesversicherungsamt darf die verschlüsselte Wohnortpostleitzahl für die Weiterentwicklung des Morbi-RSA verwenden. Dies gilt auch für die Daten aus den Jahren 2009 und 2010.“

Begründung

Der BKK Dachverband befürwortet ausdrücklich die Erhebung von Regionalkennzeichen für Zwecke der Datentransparenz und aus der Perspektive der Versorgungsforschung. Es ist sinnvoll, dass hier bestehende Verfahren im Hinblick auf die Datenflüsse verwaltungsökonomisch genutzt werden.

Neben dem Zweck der Erhebung für die Datentransparenz in der Versorgungsforschung sollten die Regionalkennzeichen aber auch für die Weiterentwicklung des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) nutzbar sein, denn sowohl der Evaluationsbericht des wissenschaftlichen Beirats als auch weitere aktuelle wissenschaftliche Arbeiten kommen zu dem Schluss, dass es auf regionaler Ebene exogene Faktoren gibt, die zu signifikanten Verschiebungen führen. In einem System mit vollständigem Risikostrukturausgleich, der alle Ausgabenblöcke der Krankenkassen beinhaltet, ist ein Ausgleich dieser exogenen Faktoren daher geboten.

Gesundheitsökonomische Veröffentlichungen und ein Blick in das europäische Ausland zeigen, dass regionale Unterschiede an Kreistypen (Ballungsraum, Kernstadt, ländlicher Raum) orientiert werden. Analysen des wissenschaftlichen Beirats haben auf Grundlage der Einteilung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung ergeben, dass es deutliche Unterschiede in den Deckungsquoten gibt (97,8 % bis 101,5 %).

Berechnungen auf individuellen Landkreisebenen haben laut Göppfarth (BVA) ergeben, dass die Deckungsquote im Jahr 2010 auf Kreisebene zwischen 85,4% und 123,1% schwankt. Dies hat noch extremere Auswirkungen für die einzelnen Krankenkassen.

Grundsätzlich sollten durch den RSA aus anreiztheoretischer Sicht nur Faktoren ausgeglichen werden, welche die Krankenkassen nicht steuern können. Wesentliche regionale Unterschiede sind von den Kassen nicht steuerbar und wirken somit über den Morbi-RSA wettbewerbsverzerrend.

Aus diesem Grund spricht sich der BKK Dachverband dafür aus, Regionalkennzeichen sowohl für die Versorgungsforschung als auch für die Forschung zur Weiterentwicklung des Morbi-RSA zu verwenden.

Änderungsantrag 5

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG)

Zu den Artikeln 16a – neu –, 16b – neu – und 16c – neu –

(KHG, BPfIV und Psych-Entgeltgesetz)

(Schlichtungsausschuss auf
Landesebene, Verlängerung
der Optionsphase des Psych-
Entgeltsystems)

Nach Artikel 16 werden die folgenden Artikel 16a bis 16c eingefügt:

Artikel 16a

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 5c des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 17c Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 8 werden nach dem Wort „Schlichtungsausschusses“ die Wörter „sowie Regelungen zur Finanzierung der wahrzunehmenden Aufgaben“ eingefügt.
- b) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Kommt keine Vereinbarung zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 auf Antrag einer Vertragspartei. Wenn bis zum 31. August 2014 kein Schlichtungsausschuss anrufbar ist, ist die Aufgabe des Schlichtungsausschusses bis zu seiner Bildung übergangsweise von der Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 wahrzunehmen. Für diese Zeit kann die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 unter Berücksichtigung der Vorgaben von Satz 3 einen vorläufigen Schlichtungsausschuss einrichten.“

2. § 17d wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 4 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.

bb) In Satz 5 wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und werden nach der Angabe „2014“ ein Komma und die Wörter „1. Januar 2015 oder 1. Januar 2016“ eingefügt.

cc) In Satz 7 wird die Angabe „2015“ durch die Angabe „2017“ ersetzt.

dd) In Satz 8 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.

ee) In Satz 9 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.

ff) In Satz 10 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.

b) In Absatz 8 Satz 4 wird die Angabe „2014“ durch die Angabe „2016“ ersetzt.

Artikel 16b

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 5b des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 3 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.

bb) In Satz 2 wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und werden nach der Angabe „2014“ ein Komma und die Angabe „2015 oder 2016“ eingefügt.

cc) In Satz 4 wird die Angabe „2015“ durch die Angabe „2017“ ersetzt.

dd) In Satz 5 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.

c) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt und werden nach den Wörtern „§ 9 Absatz 1 Nummer 5“ die Wörter „in den Jahren 2015 und 2016 in zweifacher und in den Jahren 2017 und 2018 in einfacher Höhe“ eingefügt.

d) In Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.

e) Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Im Satzteil vor Nummer 1 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.

bb) In Nummer 1 wird die Angabe „2013 und 2014“ durch die Angabe „2013, 2014, 2015 und 2016“ und wird die Angabe „2015“ durch die Angabe „2017“ ersetzt.

cc) In Nummer 3 wird die Angabe „2013 und 2014“ durch die Angabe „2013, 2014, 2015 und 2016“ und wird die Angabe „2015“ durch die Angabe „2017“ ersetzt.

2. § 4 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift wird die Angabe „2017 bis 2021“ durch die Angabe „2019 bis 2023“ ersetzt.

b) In Absatz 1 wird die Angabe „2017, 2018, 2019, 2020 und 2021“ durch die Angabe „2019, 2020, 2021, 2022 und 2023“ ersetzt.

c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) Im Satzteil vor Nummer 1 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ und wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.

bbb) In Nummer 1 Buchstabe b wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.

bb) In Satz 2 wird die Angabe „2018 bis 2021“ durch die Angabe „2020 bis 2023“ ersetzt.

d) Absatz 3 Satz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Im Satzteil vor Nummer 1 werden die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“, die Angabe „2018“ durch die Angabe „2020“, die Angabe „2019“ durch die Angabe „2021“, die Angabe „2020“ durch die Angabe „2022“ und die Angabe „2021“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.

bb) In Nummer 1 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.

cc) In Nummer 2 wird die Angabe „2018“ durch die Angabe „2020“ ersetzt.

dd) In Nummer 3 wird die Angabe „2019“ durch die Angabe „2021“ ersetzt.

ee) In Nummer 4 wird die Angabe „2020“ durch die Angabe „2022“ ersetzt.

ff) In Nummer 5 wird die Angabe „2021“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.

e) In Absatz 4 wird die Angabe „2017 bis 2021“ durch die Angabe „2019 bis 2023“ ersetzt.

f) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“, die Angabe „2018“ durch die Angabe „2020“, die Angabe „2019“ durch die Angabe „2021“,

die Angabe „2020“ durch die Angabe „2022“ und die Angabe „2021“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.

bb) Satz 2 wird wie folgt geändert:

aaa) Im Satzteil vor Nummer 1 wird die Angabe „2017 bis 2021“ durch die Angabe „2019 bis 2023“ ersetzt.

bbb) In Nummer 1 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.

ccc) In Nummer 2 wird die Angabe „2018“ durch die Angabe „2020“ ersetzt.

ddd) In Nummer 3 wird die Angabe „2019“ durch die Angabe „2021“ ersetzt.

eee) In Nummer 4 wird die Angabe „2020“ durch die Angabe „2022“ ersetzt.

fff) In Nummer 5 wird die Angabe „2021“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.

cc) In Satz 3 wird die Angabe „2017 bis 2021“ durch die Angabe „2019 bis 2023“ ersetzt.

dd) Satz 5 wird wie folgt geändert:

aaa) In Nummer 1 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.

bbb) In Nummer 2 wird die Angabe „2018“ durch die Angabe „2020“ ersetzt.

ccc) In Nummer 3 wird die Angabe „2019“ durch die Angabe „2021“ ersetzt.

ddd) In Nummer 4 wird die Angabe „2020“ durch die Angabe „2022“ ersetzt.

eee) In Nummer 5 wird die Angabe „2021“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.

g) In Absatz 6 Satz 1 wird die Angabe „2017 bis 2021“ durch die Angabe „2019 bis 2023“ ersetzt.

h) In Absatz 11 Satz 1 wird die Angabe „2022“ durch die Angabe „2024“ ersetzt.

3. § 6 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.

b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.

4. In § 10 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.
5. § 11 Absatz 4 Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 1 wird die Angabe „2013, 2014 oder 2015“ durch die Angabe „2013, 2014, 2015, 2016 oder 2017“ ersetzt und werden nach dem Wort „Verordnung“ die Wörter „in der jeweils geltenden Fassung der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6“ eingefügt.
 - b) In Nummer 2 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt und werden nach dem Wort „Verordnung“ die Wörter „oder in der jeweils geltenden Fassung der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6“ eingefügt.
6. In § 15 Absatz 1 Satz 3 wird die Angabe „2013, 2014 oder 2015“ durch die Angabe „2013, 2014, 2015, 2016 oder 2017“ ersetzt.
7. § 18 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „2013 oder 2014“ durch die Angabe „2013, 2014, 2015 oder 2016“ ersetzt.
 - b) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.
8. Die Anlage wird wie folgt geändert:
 - a) Die Übersicht wird wie folgt geändert:
 - aa) In der Bezeichnung des Abschnitts B1 wird die Angabe „2016“ durch die Angabe „2018“ ersetzt.
 - bb) In der Bezeichnung des Abschnitts B2 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.
 - b) In der Überschrift des Abschnitts B2 wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.

Artikel 16c

Änderung des Psych-Entgeltgesetzes

In Artikel 8 Absatz 3 des Psych-Entgeltgesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl I S. 1613) wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.

Bewertung des BKK Dachverbandes:

a) Zur Verlängerung der Optionsphase

Gewünschte Änderung

Keine Verlängerung der Optionsphase

Begründung

Der BKK Dachverband befürwortet den mit dem PEPP-System eingeschlagenen Weg hin zu einer transparenten und leistungsgerechten Vergütung. Die Vergütung nach PEPP differenziert erstmals nach Behandlungsaufwand: Je aufwendiger eine psychiatrische Behandlung ist, umso höher wird sie auch vergütet. Das System muss zwar nach Auffassung des BKK Dachverbandes auch weiterhin fortentwickelt werden. Insbesondere müssen die Kalkulationen tagesgenauer und die Klassifikationen medizinisch aussagefähiger werden. Dazu jedoch muss das PEPP-System angewendet und konstruktiv weiterentwickelt werden. Eine Verlängerung der Optionsphase (und des gesamten Einführungszeitraums) um zwei Jahre ist daher nicht zielführend. Die Möglichkeit des Lernens und Ausprobierens (PEPP als lernendes System) wird nicht gefördert, sondern behindert bzw. verzögert.

Die Befürchtung der Kritiker, Krankenhäuser mit aufwendigen Fällen würden unter PEPP schlechter vergütet, ist nach Auffassung des BKK Dachverbandes unbegründet. Im Gegensatz zu den bisherigen, tagesgleichen Pflegesätzen vergütet das PEPP-System unterschiedlichen Aufwand auch unterschiedlich. Fehlanreize zur Patienten- bzw. Risikoselektion werden damit beseitigt.

Darüber hinaus haben die Selbstverwaltungspartner im April 2014 gemeinsam wichtige Anpassungsmaßnahmen vereinbart und damit Handlungsfähigkeit bewiesen. So wird der neue PEPP-Katalog über den gesamten Zeitraum der stationären Versorgung psychiatrischer Patienten den Versorgungsaufwand noch angemessener als bisher schon abbilden.

Bereits nach jetzigem Stand hat der Gesetzgeber dafür gesorgt, dass die Krankenhäuser vier Jahre lang vor möglichen finanziellen Nachteilen geschützt sind – in der sog. „budgetneutralen Phase“ von 2013 bis 2016. Daher war die Anwendung des PEPP-Systems auch bisher schon ohne Risiko möglich. Um dennoch dem Ansinnen der Krankenhauseite entgegenzukommen, mehr Zeit für die Umstellung zu erhalten, wäre eine Verlängerung der budgetneutralen Phase die bessere Alternative. So könnte man den Umgang mit dem PEPP-System üben, hätte aber bei möglichen negativen Auswirkungen ausreichend Zeit, Gegenmaßnahmen zu ergreifen.

Je länger die Anwendung eines leistungsgerechten Vergütungssystems hinausgezögert wird, umso länger bleibt das Behandlungsgeschehen so intransparent wie aktuell. Erst das PEPP-System legt die Grundlage für eine Qualitätssicherung in der psychiatrischen Versorgung. Somit wird durch die Verlängerung der Optionsphase auch die längst überfällige Einführung der Qualitätssicherung zum Nachteil der Patienten verzögert.

Wenn man sich für eine Verlängerung der Optionsphase entscheidet, ist es folgerichtig, auch die Verbesserung des Mindererlösausgleichs (Ausgleich von 95 % statt nur von 20 %) wie des

Mehrerlösausgleichs (Ausgleich von 65 % statt von 85-90 %) für die optierenden Krankenhäuser als Handlungsanreiz auf die zusätzlichen zwei Optionsjahre zu übertragen.

Zusätzliche budgetäre Anreize z.B. in Form des doppelten Veränderungswertes für 2015 und 2016 lehnt der BKK Dachverband hingegen ab. Eine Verlängerung der Optionsphase ginge bereits zu Lasten der Leistungsgerechtigkeit und Transparenz des Systems, bei der sämtliche Kostenrisiken alleine von den Krankenkassen zu tragen sind. Es ist nicht nachvollziehbar, wenn darüber hinaus mit zusätzlichen Beitragsgeldern die bislang fehlende Bereitschaft der Mehrheit der Krankenhäuser belohnt werden soll, an der Weiterentwicklung des Systems mitzuarbeiten.

b) Zu den Schlichtungsausschüssen auf Landesebene

Gewünschte Änderung

Keine Errichtung von Schlichtungsausschüssen auf Landesebene.

Begründung

Der BKK Dachverband lehnt die Etablierung von Schlichtungsausschüssen auf Landesebene ab. Nach Auffassung des BKK Dachverbandes ist die entsprechende Regelung daher zu streichen. Krankenkassen und Krankenhäuser stimmen überein, dass die Errichtung von Schlichtungsausschüssen auf Landesebene keine sinnvolle Möglichkeit zur Reduktion von Abrechnungsstreitigkeiten eröffnet. Der Intention des Gesetzgebers mit dem Beitragsschuldengesetz, eine Reduktion strittiger Abrechnungsstreitigkeiten und Reduktion von Prüfaufwand zu erreichen, wird die Regelung des § 17 d KHG nicht gerecht.

Die vorgesehenen ergänzenden Regelungen zum Schlichtungsausschuss auf Landesebene lösen die Umsetzungsschwierigkeiten nicht, die bestehenden Probleme werden nur verlagert. Für die die Schiedsstellen nach § 18 Abs. 1 KHG würde die vorgesehene Änderung zudem die Zuweisung vollkommen neuer Aufgaben bedeuten. Bislang beziehen sich ihre Aufgaben auf die Krankenhausbudgets und nicht auf die Abrechnung von Krankenhausleistungen. Die (begrenzten) Ressourcen der Schiedsstellen würden darüber hinaus stark belastet. Da die Anrufung eine obligatorische Verfahrensvoraussetzung darstellt, ist mit einer hohen Zahl an Schlichtungsverfahren zu rechnen. Fast alle Schiedsstellenmitglieder (teilweise auch die Vorsitzenden) haben eine hauptamtliche Tätigkeit und sind damit wohl nur schwer in der Lage, übergangsweise die Aufgaben eines Schlichtungsausschusses zu übernehmen. Der Vorschlag sieht auch keine Regelung vor, wie mit den schlichtungsrelevanten Krankenhausabrechnungsfällen seit in Kraft treten des § 17 c Abs. 4 KHG (neue Fassung) zum 01.08.2013 zu verfahren ist.