



Spitzenverband

**Stellungnahme
des GKV–Spitzenverbandes
vom 30.05.2016**

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

Ausschussdrucksachen:

18(14)0172.1

18(14)0172.2

18(14)0172.3

**zum Entwurf eines Gesetzes
zur Errichtung eines Transplantationsregisters
(BT–Drucksache 18/8209)**

GKV–Spitzenverband

Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin

Telefon 030 206288–0

Fax 030 206288–88

politik@gkv-spitzenverband.de

www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Stellungnahme zu dem Änderungsantrag 1	3
Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	3
§ 92a – Innovationsfonds	3
§ 269 – Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte	5
II. Stellungnahme zu dem Änderungsantrag 2	6
Artikel 2a (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	6
§ 17 Abs. 1b – Richtlinien der Pflegekassen	6
§ 18 Abs. 1a – Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit	8
§ 84 – Bemessungsgrundsätze	9
§ 92c – Neuverhandlung der Pflegesätze	9
§ 92e – Verfahren für die Umrechnung	10
Artikel 2c (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)	11
§ 31 Absatz 4 Satz 7 – Unterjährige Anpassung des Klassifikationsmodells	11
§ 31 Absatz 4 Satz 8 – Unterjährige Anpassung des Klassifikationsmodells	12
III. Stellungnahme zu dem Änderungsantrag 3	13
Artikel 3 – Inkrafttreten.....	13

I. Stellungnahme zu dem Änderungsantrag 1

Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 92a – Innovationsfonds

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Fördersumme des Innovationsfonds nach § 92a SGB V beträgt in den Jahren 2016 bis 2019 jeweils 300 Millionen Euro. Anders als derzeit geregelt, sollen bei mehrjährig angelegten Vorhaben die insgesamt benötigten Mittel im Haushaltsjahr der Bewilligung reserviert werden und somit im notwendigen Umfang in die Folgejahre übertragen werden können. Nicht bewilligte Mittel werden an den Gesundheitsfonds (Liquiditätsreserve) und die Krankenkassen zurückgeführt.

Des Weiteren wird die maximale Laufzeit der Projekte auf vier Jahre festgesetzt. Durch die angestrebte Absicherung der Übertragbarkeit bewilligter Mittel des Innovationsfonds bis zu einem maximalen Zeitraum von vier Jahren können auch Projekte mit Starttermin 2019 bis zu maximal vier Jahre gefördert werden.

B) Stellungnahme

Mit der beabsichtigten Änderung schafft der Normgeber eine gesetzliche Grundlage für die partielle Mittelübertragung, die über die bestehenden Regelungen in § 8 der SVHV hinausgeht. Das Einräumen der Möglichkeit, die für eine Projektumsetzung vom Innovationsausschuss bewilligten Fördermittel im Kalenderjahr der Bewilligung zu reservieren, um sie in Folgejahren, z. B. nach Erreichen bestimmter Meilensteine im Projektplan, abrufen zu können, ist sachlich nachvollziehbar. Wichtig ist dabei, dass wie vorgesehen nur die bewilligten Fördermittel in die Folgejahre übertragbar sind und die verbleibenden Mittel des jeweiligen Haushaltsjahrs an die Krankenkassen bzw. den Gesundheitsfonds (Liquiditätsreserve) zurückfließen. Dessen ungeachtet gilt nach wie vor unsere Stellungnahme vom 23.03.2015 zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, wonach das „vorgesehene Finanzvolumen von jährlich 300 Millionen Euro [...] zu hoch [ist]. Vielmehr sollten einmalig 300 Millionen Euro für einen vorgesehenen Förderzeitraum von vier Jahren aufgebracht werden.“

Zudem ist sicherzustellen, dass die bewilligten Mittel, die nicht vollumfänglich in Anspruch genommen werden, an die Krankenkassen bzw. den Gesundheitsfonds zurückzuführen sind und keine Neuvergabe dieser Fördergelder durch den Innovationsfonds erfolgt.

Eine maximal vierjährige Laufzeit von Projekten wird – in Abweichung zu der in den Förderbekanntmachungen des Innovationsausschusses regelhaften Beschränkung der Projektlaufzeit auf drei Jahre – aus fachlicher Sicht mitgetragen. Wie auch der Expertenbeirat darlegt, ist eine Durchführung und fundierte Evaluation in drei Jahren in vielen Fällen kaum möglich. Dies liegt daran, dass in Evaluationsprojekten bestimmte Arbeitspakete zeitlich nacheinander durchgeführt werden müssen. Hierbei handelt es sich beispielsweise um die Einstellung und Einarbeitung von neuem Personal, Startvorbereitungen wie z. B. Machbarkeits-Workshops und Pretests, die Implementierung, die Patientenrekrutierung, die Durchführung der Intervention, etwaigem Abwarten, bis die Effekte voraussichtlich eingetreten sind, die Datenbeschaffung und -auswertung sowie die Erstellung des Endberichts sowie dessen Veröffentlichung.

Ein Förderzeitraum von bis zu vier Jahren sollte aber keinen Automatismus darstellen, sondern nur für solche Projekte gelten, deren Umsetzung einen entsprechend langen Zeitraum erfordern. Bei weniger komplexen Themenstellungen sollte sich die Förderzusage auf einen kürzeren Zeitraum beziehen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 269 – Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die beabsichtigte Neuregelung soll klargestellt werden, dass die im Rahmen des GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetzes (GKV-FQWG) eingeführten Sonderregelungen zur Berechnung der Zuweisungen für das Krankengeld und für Auslandsversicherte im Risikostrukturausgleich vom Bundesversicherungsamt (BVA) schon ab dem Jahresausgleich für das Ausgleichsjahr 2013 zu berücksichtigen waren.

B) Stellungnahme

Die Sonderregelungen zur Berechnung der Zuweisungen für das Krankengeld und für Auslandsversicherte wurden durch das Bundesversicherungsamt erstmalig im Rahmen der Jahresausgleiche 2013 und 2014 umgesetzt. Das – noch nicht rechtskräftige – Urteil des Landessozialgerichtes Nordrhein-Westfalen vom 29. Oktober 2015 (Az.: L 5 KR 745/14 KL) stellt aber die Rechtmäßigkeit der Umsetzung der Sonderregelungen für diese Jahresausgleiche in Frage. Mit der beabsichtigten Neuregelung soll nun der Gesetzgeber rückwirkend klarstellen bzw. festlegen, dass das BVA zu einer Umsetzung der Sonderregelungen ab dem Ausgleichsjahr 2013 ermächtigt war.

C) Änderungsvorschlag

-

II. Stellungnahme zu dem Änderungsantrag 2

Artikel 2a (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 17 Abs. 1b – Richtlinien der Pflegekassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-Spitzenverband wird beauftragt, unter Beteiligung des MDS bis zum 30.11.2016 Richtlinien zur Feststellung des Zeitanteils, für den die Pflegeversicherung bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die einen erheblichen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben und die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 SGB XI und der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V zu erlassen. Dabei ist die bisherige, durch BSG-Urteil gesicherte, leistungsrechtliche Abgrenzung zu berücksichtigen.

B) Stellungnahme

Hintergrund der Neuregelung ist, dass das gemäß § 18 zu erstellende Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit aufgrund der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des damit verbundenen neuen Begutachtungsinstruments ab dem 01.01.2017 für eine zeitbezogene Aufteilung nicht mehr herangezogen werden kann. Eine Umsetzung der bisherigen BSG-Rechtsprechung ist deshalb ohne eine Neuregelung über die voneinander abzugrenzenden Zeitanteile für die sogenannten körperbezogenen Maßnahmen nicht denkbar. Deshalb begrüßt der GKV-Spitzenverband grundsätzlich die Aufgabe, Richtlinien zu erlassen, die die Kostenabgrenzung im Sinne der bisherigen BSG-Rechtsprechung regeln sollen.

Die Richtlinien sollen Fällen von ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die einen erheblichen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben, abdecken. Die Definition für einen „erheblichen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen“ gibt es bisher nicht. Dagegen ist der Begriff eines „besonders hohen Bedarfs an medizinischer“ nach § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB in § 1 Abs. 7 Satz 3 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Häuslicher Krankenpflege definiert. Danach liegt ein solcher vor, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und deren Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich ist, insbesondere weil

- behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität oder Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen oder

- die Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes im Sinne der Nr. 8 der Anlage am Tag und in der Nacht erforderlich ist.

Da es sich hier in beiden Fällen um den Personenkreis der Intensivpflegebedürftigen (mit „rund um die Uhr erforderlicher intensivpflegerischer Versorgung“) handelt, halten wir es aus Gründen der Rechtssicherheit für sinnvoll, die Begrifflichkeiten zu harmonisieren und das Wort „erheblichen“ durch die Wörter „besonders hohen“ zu ersetzen.

C) Änderungsvorschlag

In § 17 Abs. 1b Satz 1 wird das Wort „erheblichen“ durch die Wörter „besonders hohen“ ersetzt.

Artikel 2a (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 18 Abs. 1a – Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung ermächtigt die Pflegekassen, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung mit entsprechenden Prüfungen zu beauftragen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine notwendige Folgeregelung, für den Fall, dass die Richtlinien nach § 17 Abs. 1b eine Einzelfall-Lösung vorsehen,

C) Änderungsvorschlag

Keiner

Artikel 2a (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 und 4

§ 84 – Bemessungsgrundsätze

§ 92c – Neuverhandlung der Pflegesätze

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die gesetzliche Verpflichtung, bei der Bemessung der Pflegesätze in der vollstationären Pflege einrichtungseinheitliche Eigenanteile für die Pflegegrade 2 bis 5 zu ermitteln, wird durch den Bezug zu § 43 auf die vollstationäre Langzeitpflege – in Abgrenzung zur Kurzzeitpflege nach § 42 – beschränkt.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung stellt klar, dass sich die Vorgabe zur Vereinbarung von einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen ausschließlich auf die vollstationäre Langzeitpflege bezieht. Einrichtungen der Kurzzeitpflege sind von dieser Verpflichtung ausgenommen. Dies ist sachgerecht, da der Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege nicht nach Pflegegraden differenziert ist.

In der Begründung wird klargestellt, dass sich davon unbeschadet die Vereinbarungspartner nach § 85 bei sogenannten eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen an der Vereinbarung der vollstationären Dauerpflege orientieren können. Diese Klarstellung ist sachgerecht und sollte aus Gründen der Rechtssicherheit in den Gesetzestext aufgenommen werden.

C) Änderungsvorschlag

In § 92c ist nach Satz 4 folgender Satz anzufügen:

„Bei Pflegesatzvereinbarungen für sogenannte eingestreute Kurzzeitpflegeplätze können sich die Vereinbarungspartner nach § 85 an der jeweiligen Pflegesatzvereinbarung der vollstationären Langzeitpflege orientieren“.

Artikel 2a (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 92e – Verfahren für die Umrechnung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für den Bereich der Kurzzeitpflege wird eine gesonderte Berechnungsformel zur Überleitung der Pflegesätze vorgesehen, die als Auffangregelung zur Anwendung kommt, wenn für die Kurzzeitpflegeeinrichtung bis zum 30. September 2016 keine neue Pflegesatzvereinbarung mit Wirkung zum 1. Januar 2017 geschlossen wurde. Für Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit einem pflegestufenunabhängigen Pflegesatz wird dieser unverändert fortgeschrieben.

B) Stellungnahme

Die Einführung einer gesonderten Berechnungsformel zur Überleitung der Pflegesätze im Bereich der Kurzzeitpflege ist sachgerecht, da eine Anwendung der Berechnungsformel aus dem Bereich der Langzeitpflege für die Kurzzeitpflege nicht geeignet ist, zumal die gesetzliche Verpflichtung der Ermittlung von einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen für die Kurzzeitpflege nicht (mehr) besteht (siehe Neuregelung zu Nr. 3 und 4). In der Regel sind nach Pflegestufen differenzierte Pflegesätze vereinbart. Durch die Änderung wird im Rahmen der Überleitung eine Vereinbarung von nach Pflegegraden differenzierten Pflegesätzen ermöglicht.

Für Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit einem pflegestufenunabhängigen Pflegesatz soll dieser unverändert fortgeschrieben werden. Der letzte Satz des neuen Absatz 3a enthält dabei einen redaktionellen Fehler, da die aktuellen Pflegesätze nach Pflegestufen (und nicht nach Pflegegraden) differenziert sind. Damit sich der einheitliche Pflegesatz über alle Pflegegrade erstreckt, muss darüber hinaus Absatz 4 (0,78-Prozent-Regelung) ausgeschlossen werden.

C) Änderungsvorschlag

In § 92e Abs. 3a ist der letzte Satz wie folgt zu fassen:

„Für Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit einem nicht nach Pflegestufen differenzierten Pflegesatz gilt dieser unverändert für die Pflegegrade 1 bis 5 fort; Absatz 4 findet in diesem Fall keine Anwendung.“

Artikel 2c (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 1

§ 31 Absatz 4 Satz 7 – Unterjährige Anpassung des Klassifikationsmodells

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung verpflichtet das Bundesversicherungsamt, die Festlegungen nach § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV nach Anhörung des GKV-Spitzenverbandes unterjährig anzupassen, sofern nach dem ausdrücklichen Willen des Gesetz- oder Verordnungsgebers Änderungen dieser Festlegungen nicht nur für zukünftige Ausgleichsjahre sondern auch für noch laufende, nicht abgeschlossene Ausgleichsjahre erfolgen sollen.

B) Stellungnahme

Eine unterjährige Anpassung der Festlegungen nach § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV ist bislang in der RSAV nicht vorgesehen. Festlegungen für ein Ausgleichsjahr erfolgen regelhaft prospektiv für das kommende Ausgleichsjahr. Bei einer Annahme des vorliegenden Änderungsantrags ergibt sich für den Gesetzgeber die Möglichkeit, jährlich bzw. unterjährig prinzipiell Änderungen der Festlegungen für drei unabhängige Ausgleichsjahre vorzunehmen, für das im laufenden Kalenderjahr per Jahresausgleich auszugleichende Vorjahr, für das laufende Ausgleichsjahr sowie für das folgende Ausgleichsjahr. Insofern ist darauf hinzuweisen, dass eine Krankenkasse Planungssicherheit für ein Ausgleichsjahr erst mit der Durchführung des Jahresausgleiches, entsprechend zwei Jahre nach den ursprünglichen Festlegungen gewänne.

Mit der beabsichtigten Ergänzung des § 31 Absatz 4 RSAV verlieren die Krankenkassen auf der Einnahmenseite in dem Maße an Planungssicherheit, wie der Gesetz- und Verordnungsgeber an Eingriffs-/Gestaltungsmöglichkeiten gewinnt. Zwar sind die Krankenkassen als Körperschaften öffentlichen Rechts Teil der mittelbaren Staatsverwaltung. Zugleich hat der Gesetzgeber sie aber in einen Wettbewerb untereinander gestellt. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob die der Rechtsänderung zugrundeliegende Güterabwägung (Stärkung der Gestaltungsmöglichkeit des Gesetzgebers versus Planungssicherheit/Vertrauensschutz der Krankenkassen im Wettbewerb) der besonderen Rolle der Krankenkassen als „öffentlich-rechtliche Wettbewerber“ hinreichend gerecht wird.

C) Änderungsvorschlag

–

Artikel 2c (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 2

§ 31 Absatz 4 Satz 8 – Unterjährige Anpassung des Klassifikationsmodells

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beabsichtigte Neuregelung stellt sicher, dass auch unterjährige Änderungen der Festlegungen nach § 31 Abs. 4 Satz 1 RSAV in geeigneter Weise durch das BVA bekannt gegeben werden.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 2c Nr. 1

C) Änderungsvorschlag

-

III. Stellungnahme zu dem Änderungsantrag 3

Artikel 3 – Inkrafttreten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die in Artikel 2 Nummer 2 sowie Artikel 2c vorgesehenen Änderungen zu den Festlegungen des Bundesversicherungsamtes (Sonderregelungen für Krankengeld und Auslandsversicherte) sollen rückwirkend zum 1.8.2014 in Kraft treten.

B) Stellungnahme

Es wird auf die Stellungnahmen zu Artikel 2 Nummer 2 sowie Artikel 2c verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

-