

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0253(14)
gel. VB zur öAnhörung am 26.4.
2017_B&G
21.4.2017



Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 21.04.2017

**zum Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vor-
schriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur
Änderung anderer Vorschriften, Drucksache 18/11488
zu den Änderungsanträgen, Ausschussdrucksache
18(14)250.2, fachfremd**

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 zum Gesetz	4
Artikel 8 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	4
§ 65c Absatz 4 Satz 7 – Krebsregisterpauschalen	4
Artikel 9 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	5
§ 44a – Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung	5
§ 58 Abs. 5 Satz 2 – Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtig Beschäftigten	6
§ 123 – Durchführung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen	7
II. Änderungsantrag 2	9
Artikel 8 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	9
§ 87 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitlicher Orientierungswert.....	9
Artikel 8 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	11
§ 94 – Wirksamwerden der Richtlinien	11
III. Änderungsantrag 4	13
Artikel 8 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	13
§ 136c – Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung	13
§ 137 – Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses	14
§ 275a – Durchführung und Umfang von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst.....	15
IV. Änderungsantrag 5	16
Artikel 8 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	16
§ 188 – Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft	16
V. Änderungsantrag 6	18
Artikel 8 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	18
§ 220 – Darlehensfinanzierung für Eigeneinrichtungen.....	18
VI. Änderungsantrag 7	19
Artikel 9 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	19
§ 113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ..	19

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 21.04.2017
zum Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zu den fachfremden Änderungsanträgen
zur Seite 3 von 33

VII. Änderungsantrag 8	21
Artikel 9 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	21
§ 113b – Qualitätsausschuss	21
VIII. Änderungsantrag 10	24
Artikel 9 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	24
§ 115 – Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung	24
IX. Änderungsantrag 11	26
Artikel 8 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	26
§ 39 – Krankenhausbehandlung	26
§ 40 Abs. 2 Satz 4 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	27
X. Änderungsantrag 12	31
Artikel 7a (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)	31
§ 51 – Wählbarkeit	31
XI. Ergänzender Änderungsbedarf.....	32
Änderung des § 171e SGB V – Erhöhung der Aktienquote im Bereich der Altersversorgung der Beschäftigten der Krankenkassen	32

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 21.04.2017
zum Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zu den fachfremden Änderungsanträgen
zur Seite 4 von 33

I. Stellungnahme zum Gesetz

Artikel 8 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 65c Absatz 4 Satz 7 – Krebsregisterpauschalen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die beabsichtigte Neuregelung im § 65c Absatz 4 Satz 7 des SGB V wird der GKV-Spitzenverband verpflichtet, bis Ende 2017 erstmals eine Neuberechnung der bundeseinheitlichen fallbezogenen Entgeltpauschale der klinischen Krebsregister (Registerpauschale) vorzunehmen. In § 65c Absatz 4 Satz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – wird die Angabe „2017“ durch die Angabe „2019“ ersetzt.

B) Stellungnahme

Da der Aufbau der klinischen Krebsregister in den Bundesländern noch nicht abgeschlossen ist und valide betriebswirtschaftliche Daten nicht vorliegen, kann diese Berechnung zum bisher vorgesehenen Zeitpunkt nicht sachgemäß erfolgen. Die beabsichtigte Neuregelung wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 9 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 44a – Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Ergänzung des § 44a Abs. 4 SGB XI wird klargestellt, dass die Träger bzw. Stellen, die Pflegeunterstützungsgeld für Beschäftigte leisten, die wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, nur den Leistungsträgeranteil an den Beiträgen abzuführen haben. Darüber hinaus erfolgt eine Klarstellung, dass die zu zahlenden Beiträge auf die Hälfte der in der Zeit des Leistungsbezugs vom Beschäftigten an die berufsständische Versorgungseinrichtung zu zahlenden Beiträge begrenzt sind.

B) Stellungnahme

Mit der beabsichtigten Regelung wird die im Zuge der praktischen Umsetzung des Gesetzes zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf vom 23. Dezember 2014 aufgeworfene Frage, ob von den Leistungsträgern bzw. -stellen nur der Leistungsträgeranteil an den Beiträgen an die jeweilige berufsständische Versorgungseinrichtung abzuführen ist oder die Zahlungspflicht auch den Versichertenanteil an den Beiträgen erfasst, aufgegriffen. Darüber hinaus wird in den Fällen, bei denen sich die Bemessung der Beiträge für die Zeit des Bezuges von Pflegeunterstützungsgeld nach der Satzung der berufsständischen Versorgungseinrichtung nicht am Recht der gesetzlichen Rentenversicherung orientiert, eine Überkompensation der Beitragsbelastung des Versicherten verhindert.

Die vorgesehenen Regelungen, die sich inhaltlich und im Wortlaut eng an den entsprechenden Regelungen zur Beitragszahlung aus Krankengeld an berufsständische Versorgungseinrichtungen (§ 47a Abs. 1 Satz 2 SGB V) orientieren, stellen die insofern erforderliche Klarheit und Rechtssicherheit her.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 21.04.2017
zum Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zu den fachfremden Änderungsanträgen
zur Seite 6 von 33

Artikel 9 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 58 Abs. 5 Satz 2 – Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtig Beschäftigten

A) Beabsichtigte Neuregelung

In der Vorschrift, die die Beitragstragung bei Beschäftigungsverhältnissen in der Gleitzone regelt, wird zum einen der Verweis auf § 249 Abs. 3 SGB V richtig gestellt. Zum anderen wird die Beschreibung der Berechnung des Beitragsanteils des Arbeitgebers für die Beschäftigten im Bundesland Sachsen redaktionell verändert.

B) Stellungnahme

Es handelt sich jeweils um eine Klarstellung bzw. redaktionelle Anpassung der Vorschrift. Beide Änderungen werden im Sinne der Rechtsklarheit begrüßt. Die Regelungen werden von den Krankenkassen in dieser Weise bereits heute schon nach ihrem eigentlichen Sinn und Zweck entsprechend ausgelegt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 21.04.2017
zum Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zu den fachfremden Änderungsanträgen
zur Seite 7 von 33

Artikel 9 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 123 – Durchführung der Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu a)

Die Antragsteller der Modellvorhaben können darauf verzichten, die Verantwortung für die Erbringung der Pflegeberatung nach den §§ 7a bis 7c in eigenen Beratungsstellen zu übernehmen. Die Verantwortung für die Erbringung der Pflegeberatung verbleibt dann bei den Pflegekassen. Voraussetzung für den Verzicht ist eine ergänzende Vereinbarung zwischen dem Antragsteller des Modellvorhabens und den Landesverbänden der Pflegekassen über die Zusammenarbeit in der örtlichen Beratung.

Zu c)

Grundsätzlich dürfen die zur Durchführung der Modellvorhaben eingebrachten sächlichen und personellen Mittel die durchschnittlich aufgewendeten Verwaltungsausgaben für die Hilfe zur Pflege und die Eingliederungshilfe bezogen auf den einzelnen Empfänger und für die Altenhilfe bezogen auf alte Menschen im Haushaltsjahr vor Beginn des Modellvorhabens nicht unterschreiten. Von diesem Grundsatz kann künftig bei sächlichen Mitteln abgewichen werden, soweit sich die Kostenreduzierung nachweislich aus Einsparungen aufgrund der Zusammenlegung von Beratungsaufgaben ergibt. Die hierdurch erzielten Wirtschaftlichkeitsgewinne dürfen einbehalten werden.

B Stellungnahme

Zu a)

Die Möglichkeit, die Verantwortung für die Erbringung der Pflegeberatung nach den §§ 7a bis 7c bei den Pflegekassen zu belassen, ist praxisgerecht. Eine ergänzende Vereinbarung ist dafür nicht erforderlich, da § 123 Abs. 5 Satz 1 Nummer 1 und Nummer 2 bereits den Abschluss einer gemeinsamen und einheitlichen Vereinbarung mit den Landesverbänden der Pflegekassen über die Zusammenarbeit und die Einbeziehung bestehender Beratungsangebote vorsieht.

Eine Übertragung der Aufgaben durch die kommunale Gebietskörperschaft an Dritte, wie sie in Abs. 6 Satz 2 vorgesehen ist, konterkariert die mit der Stärkung der Rolle der Kommune verbundene Grundphilosophie mit dem Ziel, die Beratung aus einer Hand anzubieten.

Zu c)

Die Möglichkeit der Einsparung aufgrund von Synergieeffekten ist grundsätzlich zu begrüßen, da sie die Kommunen zu einer effizienten Mittelverwendung motiviert und im Übrigen verhindert, dass die Einsparung von Sachmitteln zum Widerruf der Genehmigung des Modellvorhabens durch die oberste Landesbehörde führt. Allerdings sollte ergänzend geregelt werden, wie die erzielten Wirtschaftlichkeitsgewinne zu verwenden sind. Soweit sich die Einsparungen bei den sächlichen Mitteln aufgrund von Synergieeffekten im Zuge der Übernahme von Aufgaben der Pflegekassen ergeben, ist es nur sachgerecht, wenn auch die Pflegekassen davon profitieren. Die Verteilung der erzielten Einsparungen ist in der Vereinbarung nach § 123 Abs. 5 SGB XI zu regeln.

C Änderungsvorschlag

§ 123 wird wie folgt geändert:

1. Dem Absatz 1 wird angefügt:

„Abweichend von Satz 5 Nummer 1 und Abs. 6 Satz 1 kann die Pflegeberatung nach den §§ 7a – 7c durch die Pflegekassen erfolgen, soweit die Zusammenarbeit in der Beratung für den örtlichen Geltungsbereich des Modellvorhabens in der Vereinbarung nach Abs. 5 gewährleistet ist.“

2. „In Absatz 5 ist nach Nr. 5 das Wort „und“ zu streichen und nach Nr. 6 der „Punkt“ durch ein „Komma“ zu ersetzen, sowie das Wort „und“ und folgende Nr. 7 einzufügen: „7. zur Verteilung der nach Abs. 7 Satz 2 erzielten Einsparungen“.

3. In Absatz 6 ist Satz 2 wie folgt zu fassen: „Die Antragsteller können sich zur Erfüllung ihrer Aufgabe nach § 123 Abs. 1 Satz 5 Nr. 2 Dritter bedienen.“

4. Absatz 6 Satz 3 wird gestrichen.

II. Änderungsantrag 2

Artikel 8 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 87 – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitlicher Orientierungswert

A) Beabsichtigte Neuregelung

An § 87 SGB V soll ein neuer Absatz 7 angefügt werden, wonach Klagen gegen Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit nach Absatz 2a Satz 14 und Absatz 6 keine aufschiebende Wirkung haben.

Zur Begründung wird angeführt, eine aufsichtsrechtliche Beanstandung stelle ein Wirksamkeitshindernis für den beanstandeten Beschluss dar und hindere die Rechtswirkung der Beschlussentscheidung. Das Aufsichtsmittel der Beanstandung verliere insgesamt seine Wirksamkeit, wenn eine Klage gegen den Beanstandungsbescheid ihrerseits aufschiebende Wirkung hätte.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung widerspricht dem rechtsstaatlichen Grundsatz, nach dem Klagen aufschiebende Wirkung haben, indem diese aufschiebende Wirkung bei den hier geplanten Aufsichtsmitteln nicht gelten soll. Angesichts der oft erheblichen Verfahrensdauer von sozialgerichtlichen Verfahren, könnten mit aufsichtsrechtlichen Maßnahmen faktisch über Jahre hinweg vollendete Tatsachen geschaffen werden. Der umfassende Ausschluss der aufschiebenden Wirkung von Klagen ist für eine effektive Aufsichtsführung nicht erforderlich. Es ist nicht erkennbar, warum von den üblichen und bewährten aufsichtsrechtlichen Maßnahmen einseitig zu Lasten der Selbstverwaltung abgewichen werden sollte. Die vorgesehene Regelung stellt –im Vergleich zum Status quo– wiederum einen Eingriff in das Selbstverwaltungsrecht der gemeinsamen Selbstverwaltung dar.

Eine so weitgehende Regelung ist weder gerechtfertigt noch ist sie erforderlich. Denn das Bundesministerium für Gesundheit hat bereits nach dem geltenden Recht gemäß § 86a Abs. 2 Nr. 5 SGG die Möglichkeit, die sofortige Vollziehung einer aufsichtsrechtlichen Maßnahme anzuordnen, wenn die sofortige Vollziehung im öffentlichen Interesse oder im überwiegenden Interesse eines Beteiligten ist.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 21.04.2017
zum Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zu den fachfremden Änderungsanträgen
zur Seite 10 von 33

Dies ermöglicht eine flexible Handhabung des Sofortvollzugs im Einzelfall und entspricht damit dem Grundsatz der maßvollen Ausübung der Rechtsaufsicht sowie dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit.

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung wird gestrichen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 21.04.2017
zum Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zu den fachfremden Änderungsanträgen
zur Seite 11 von 33

Artikel 8 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 94 – Wirksamwerden der Richtlinien

A) Beabsichtigte Neuregelung

An § 94 SGB V soll ein neuer Absatz 3 angefügt werden, wonach Klagen gegen Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit nach Absatz 1 keine aufschiebende Wirkung haben.

Zur Begründung wird angeführt, es handele sich um eine Parallelregelung zum neuen § 87 Abs. 7 SGB V. Es sei erforderlich klarzustellen, dass der Ausschluss der aufschiebenden Wirkung von Klagen gegen Aufsichtsmaßnahmen auch im Bereich der Aufsicht über die Richtlinienbeschlüsse des G-BA gelte.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung widerspricht dem rechtsstaatlichen Grundsatz, nach dem Klagen aufschiebende Wirkung haben, indem diese aufschiebende Wirkung bei den hier geplanten Aufsichtsmitteln nicht gelten soll. Angesichts der oft erheblichen Verfahrensdauer von sozialgerichtlichen Verfahren, könnten mit aufsichtsrechtlichen Maßnahmen faktisch über Jahre hinweg vollendete Tatsachen geschaffen werden. Der umfassende Ausschluss der aufschiebenden Wirkung von Klagen ist für eine effektive Aufsichtsführung nicht erforderlich. Es ist nicht erkennbar, warum von den üblichen und bewährten aufsichtsrechtlichen Maßnahmen einseitig zu Lasten der Selbstverwaltung abgewichen werden sollte. Die vorgesehene Regelung stellt –im Vergleich zum Status quo– wiederum einen Eingriff in das Selbstverwaltungsrecht der gemeinsamen Selbstverwaltung dar.

Eine so weitgehende Regelung ist weder gerechtfertigt noch ist sie erforderlich. Denn das Bundesministerium für Gesundheit hat bereits nach dem geltenden Recht gemäß § 86a Abs. 2 Nr. 5 SGG die Möglichkeit, die sofortige Vollziehung einer aufsichtsrechtlichen Maßnahme anzuordnen, wenn die sofortige Vollziehung im öffentlichen Interesse oder im überwiegenden Interesse eines Beteiligten ist.

Dies ermöglicht eine flexible Handhabung des Sofortvollzugs im Einzelfall und entspricht damit dem Grundsatz der maßvollen Ausübung der Rechtsaufsicht sowie dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 21.04.2017
zum Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zu den fachfremden Änderungsanträgen
zur Seite 12 von 33

C) Änderungsvorschlag

Die beabsichtigte Neuregelung wird gestrichen.

III. Änderungsantrag 4

Artikel 8 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 136c – Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bestehenden Regelungen des § 136c zu vom G-BA zu beschließenden Qualitätsindikatoren, die als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung geeignet sind, werden weiter konkretisiert. Der G-BA hat Maßstäbe und Kriterien zu beschließen, die eine Bewertung der Qualitätsergebnisse von Krankenhäusern insbesondere im Hinblick darauf ermöglichen, ob eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität im Sinne von § 8 Absatz 1a Satz 1 und Absatz 1b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und § 109 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 vorliegt.

B) Stellungnahme

Die Klarstellung ist zu begrüßen. Trotz einer ersten Beschlussfassung zu den planungsrelevanten Indikatoren im Dezember 2016 blieb es in den Beratungen des G-BA trotz zum Teil kontroverser Diskussionen weiterhin ungeklärt, inwieweit der G-BA den Ländern konkret vorgeben darf, ob bei Krankenhäusern in erheblichem Maß unzureichende Qualitätsergebnisse vorliegen. Die vorgesehene Ergänzung macht nun die Aufgabe für den G-BA eindeutiger umsetzbar.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 21.04.2017
zum Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zu den fachfremden Änderungsanträgen
zur Seite 14 von 33

Artikel 8 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 137 – Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bestehenden Regelungen des § 137 Absatz 3 Satz 1 sehen vor, dass Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach § 275a durch Anhaltspunkte begründet sein müssen. Die Einzelheiten hat der G-BA in einer Richtlinie zu regeln. Die Änderung stellt nun klar, dass neben den zu definierenden Anhaltspunkten auch Stichprobenprüfungen zur Validierung der Qualitätssicherungsdaten die Kontrollen des MDK begründen können.

B) Stellungnahme

Die Klarstellung ist zu begrüßen. Die Erfahrung aus über zehn Jahren Qualitätssicherung im stationären Bereich hat gezeigt, dass es notwendig ist, sich der Richtigkeit der dokumentierten Daten zu versichern, denn sie sind die Grundlage für alle Aus- und Bewertungen der Qualitätsergebnisse für die Krankenhäuser. Insbesondere vor dem Hintergrund konkreter Konsequenzen auf Grundlage der Qualitätsmessungen wie Zu- und Abschläge oder aufgrund von planungsrelevanten Indikatoren gewinnt die Datenqualität noch mehr an Bedeutung. Dieses sogenannte Datenvalidierungsverfahren erfolgte bisher bei einer zufällig ausgewählten Zahl von Einrichtungen, wobei dabei die Dokumentationen der Krankenhäuser für die Qualitätssicherung mit den Angaben in den Patientenakten abgeglichen werden. Da die gesetzlichen Regelungen bisher ausschließlich konkrete Anhaltspunkte als Auslöser vorgesehen haben, hätten niemals Dokumentationsfehler in „unauffälligen“ Dokumentationen gefunden werden können. Solche können nur durch zufallsbasierte Überprüfungen entdeckt werden.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 21.04.2017
zum Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zu den fachfremden Änderungsanträgen
zur Seite 15 von 33

Artikel 8 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 275a – Durchführung und Umfang von Qualitätskontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung im § 275a zur Ergänzung des § 137 Absatz 3 Satz 1 SGB V (siehe Nummer 3). Die Einschränkung auf Prüfungen bei Anhaltspunkten wird um die Möglichkeit von Stichprobenprüfungen zur Überprüfung der Richtigkeit der Daten (Datenvalidierung) ergänzt.

B) Stellungnahme

Die Klarstellung ist zu begrüßen. Die Kontrollen des MDK in den Krankenhäusern müssen bezugnehmend auf die Anhaltspunkte verhältnismäßig sein. Dies kann für die Datenvalidierung in dieser Form nicht gelten, wobei diese natürlich methodisch notwendig sein muss und das Verfahren der Stichprobenprüfung wissenschaftlich zu begründen ist. Ohne solche zufallsbasierten Prüfungen wäre es nicht möglich zu entdecken, ob scheinbar völlig unauffällige Datensätze fehlerbehaftet sind, wenn sich die Prüfungen so wie bisher nur auf sichtbare Auffälligkeiten bzw. Anhaltspunkte ausgerichtet hätten. Die Klarstellung ist wichtig, um diese bestehende Regelungslücke zu schließen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

IV. Änderungsantrag 5

Artikel 8 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 188 – Beginn der freiwilligen Mitgliedschaft

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem vorliegenden Änderungsantrag wird durch die Anpassung des § 188 Absatz 4 SGB V für die Gruppe der Saisonarbeitnehmer eine Sonderregelung zur obligatorischen Anschlussversicherung nach der Beendigung der Saisonarbeitnehmertätigkeit geschaffen. Der Kern der Regelung besteht darin, dass für diesen Personenkreis das gesetzliche Regel-Ausnahme-Verhältnis umgekehrt wird und die Anschlussversicherung – im Gegensatz zum Regelfall – nur unter der Voraussetzung einer ausdrücklichen Beitrittserklärung des Betroffenen zustande kommt. Für die Abgabe dieser Erklärung ist eine dreimonatige Frist nach dem Ende der Beschäftigung vorgesehen. Darüber hinaus wird ein Nachweis des Wohnsitzes oder des ständigen Aufenthalts in der Bundesrepublik Deutschland verlangt.

Der Personenkreis der Saisonarbeitnehmer wird im Gesetzestext ausdrücklich definiert. Als solcher ist ein Arbeitnehmer zu verstehen, der vorübergehend für eine versicherungspflichtige, auf bis zu acht Monate befristete Beschäftigung in die Bundesrepublik Deutschland gekommen ist, um mit seiner Tätigkeit einen jahreszeitlich bedingten jährlich wiederkehrenden erhöhten Arbeitskräftebedarf des Arbeitgebers abzudecken. Für den Arbeitgeber entsteht die Verpflichtung, solche Arbeitnehmer im Meldeverfahren zur Sozialversicherung gesondert zu kennzeichnen.

Die Krankenkassen werden verpflichtet, unverzüglich nach dem Erhalt einer Anmeldung für einen Saisonarbeitnehmer diesen über die Rechtslage hinsichtlich seines Krankenversicherungsschutzes nach Beendigung der Beschäftigung zu informieren. Darüber hinausgehende Ermittlungsaktivitäten seitens der Krankenkassen im Kontext der Prüfung einer möglichen obligatorischen Anschlussversicherung sind nicht notwendig.

B) Stellungnahme

Die angedachte Gesetzesänderung greift den Regelungsbedarf auf, der aus den praktischen Gegebenheiten bei der Umsetzung der obligatorischen Anschlussversicherung für ausländische Saisonarbeitnehmer erwachsen ist. Zwar unterliegen die Saisonarbeitnehmer, die nach

Beendigung ihrer befristeten Tätigkeit an ihren Wohnsitz im Ausland zurückkehren, formell bereits nach der geltenden Rechtslage nicht den deutschen Vorschriften über die obligatorische Anschlussversicherung, jedoch scheitert die praktische Umsetzung der rechtlichen Vorgaben häufig daran, dass der tatsächliche Verbleib des ausgeschiedenen Saisonarbeitnehmers nicht ermittelbar ist. Da das geltende Recht im Zweifelsfall eine Weiterversicherung vorsieht, kamen in der Vergangenheit nicht selten Versicherungsverhältnisse zustande, die bei Kenntnis des Auslandsaufenthalts des Betroffenen nicht begründet worden wären. Durch die Umkehr des Regel-Ausnahme-Verhältnisses wird dem Zustandekommen von nicht-rechtmäßigen Versicherungsverhältnissen vorgebeugt. Darüber hinaus werden die Krankenkassen durch die Einführung eines besonderen Kennzeichens im DEÜV-Meldeverfahren in die Lage versetzt, den Personenkreis der Saisonarbeitnehmer ohne großen Verwaltungsaufwand zu identifizieren. Die Gesamtheit der Regelungen bewirkt eine signifikante Reduzierung des Verwaltungsaufwandes bei den Krankenkassen für die Umsetzung der obligatorischen Anschlussversicherung.

Vor dem geschilderten Hintergrund wird die vorgesehene Regelung begrüßt.

Die Neuregelung sollte allerdings wegen der in den IT-Verfahren erforderlichen Vorlaufzeiten erst zum 1. Januar 2018 in Kraft treten.

C) Änderungsvorschlag

Abweichend von dem grundsätzlichen Inkrafttreten des Gesetzes am Tag nach der Verkündung sollte in Artikel 10 des Gesetzesentwurfes für Artikel 8 Nummer 2 ein Inkrafttreten zum 1. Januar 2018 vorgesehen werden.

V. Änderungsantrag 6

Artikel 8 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 220 – Darlehensfinanzierung für Eigeneinrichtungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung wird eine Ausnahme vom Darlehensaufnahmeverbot für bestandsgeschützte Eigeneinrichtungen der Krankenkassen vorgenommen.

B) Stellungnahme

Das Verbot der Darlehensaufnahme wird in begrenztem Umfang, wenn auch mit beschränktem Anwendungsbereich, geöffnet. Die Regelung ist sachgerecht.

Gerade im Hinblick auf die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit, dem auch die gesetzliche Krankenversicherung durch § 69 SGB IV unterliegt, kann es angesichts des gegenwärtigen Zinsniveaus oftmals wirtschaftlicher sein, eine Immobilienmaßnahme durch Darlehen zu finanzieren, statt Räume anzumieten. Dies ist im Interesse der Solidargemeinschaft der Beitragszahler. Daher ist die geplante Ausnahme vom Darlehensaufnahmeverbot lediglich für Eigeneinrichtungen nach § 140 SGB V zu beschränkt.

Unter dem Vorbehalt der nachgewiesenen Wirtschaftlichkeit und Genehmigung durch die jeweilige Aufsichtsbehörde sollten die Kassen Darlehen für den Erwerb von Grundstücken sowie die Errichtung, Erweiterung oder den Umbau von Gebäuden aufnehmen dürfen. Dieser eng begrenzte Anwendungsbereich ist durch die jeweilige Kontenart im Investitionshaushalt klar definier- und abgrenzbar. Des Weiteren sind auch die übrigen – im Änderungsantrag bereits genannten – Voraussetzungen für eine Finanzierung über Bankdarlehen wie die Zulässigkeit und Erforderlichkeit der Immobilienmaßnahme sowie der Genehmigungsvorbehalt der Aufsichtsbehörde auf Basis von Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen sinnvoll und sollten erhalten bleiben.

C) Änderungsvorschlag

In § 220 SGB V Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Die Aufsichtsbehörde kann im Einzelfall Darlehensaufnahmen bei Kreditinstituten zur Finanzierung des Erwerbs von Grundstücken sowie der Errichtung, der Erweiterung oder des Umbaus von Gebäuden genehmigen.“

VI. Änderungsantrag 7

Artikel 9 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 113 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Änderungsantrag sieht die Einführung einer Frist vor, zu der das Vergabeverfahren für die Beauftragung einer wissenschaftlichen Institution zur Zusammenführung und Auswertung der Daten des indikatorengestützten Verfahrens zu erfolgen hat. Diese Frist endet am 15. November 2017.

Ferner soll eine Auskunftspflicht der Vertragsparteien nach § 113 SGB XI auf Verlangen des BMG und die Vorlage eines Zeitplanes bis zum 30. November 2017 für die Umsetzung der Aufgaben eingeführt werden.

B) Stellungnahme

Grundlage für die Vergabe des Auftrages für die Beauftragung einer fachlich unabhängigen Institution nach § 113 Abs. 1 b SGB XI sind die Ergebnisse des Auftrages zur Entwicklung der Instrumente und Verfahren für die Qualitätsprüfung und -darstellung in der stationären Pflege gemäß § 113b Abs. 4 Nr. 1 und 2 SGB XI. Die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI haben durch die kurzfristige Vergabe des Auftrages zur Entwicklung der Instrumente und Verfahren für die Qualitätsprüfung und -darstellung in der stationären Pflege die erforderlichen Schritte zur Definition des indikatorengestützten Verfahrens eingeleitet. Hierzu gehören auch Empfehlungen für die Datenaufbereitung, -weiterleitung, -auswertung und -überprüfung (Plausibilität und Richtigkeit).

Die sich anschließenden Umsetzungsaufgaben können erst nach Vorliegen der wissenschaftlich erarbeiteten Ergebnisse aus dem vorgenannten Projekt begonnen und abgeschlossen werden. Die Vertragsparteien werden, soweit inhaltlich sinnvoll möglich, Aufgaben parallel bearbeiten. Allerdings müssen dafür die wissenschaftlichen Vorarbeiten in Form von Zwischen- und/oder Abschlussberichten vorliegen. Ohne diese Grundlagen können die erforderlichen konkreten Regelungen und Umsetzungsmaßnahmen nicht verhandelt und beschlossen werden. Erst wenn (Zwischen)Ergebnisse vorliegen, kann entschieden werden, wann eine Beauftragung erfolgen kann und welche Kriterien hierfür zugrunde zu legen sind.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 21.04.2017
zum Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zu den fachfremden Änderungsanträgen
zur Seite 20 von 33

Erweiterte Informationspflichten, die über die bereits bestehenden weitreichenden Berichts- und Informationspflichten des Qualitätsausschusses nach 113 b SGB XI hinausgehen, sind weder erforderlich, noch sachgerecht. Der Gesetzgeber hat der Selbstverwaltung die Verantwortung zur Qualitätssicherung und -entwicklung in der Pflege übertragen, um zu erreichen, dass die Interessen der vertretenen Organisationen einfließen und zu gemeinsam entwickelten Lösungen führen, die Akzeptanz bei den Betroffenen finden. Dies stellt einen leistungsfähigen Weg dar, der sich von einer rein staatlichen Steuerung abgrenzt.

Aufgabe der gesetzlich gewollten Selbstverwaltung ist es, die ihr übertragenen Entscheidungsprozesse und Befugnisse verantwortlich auszugestalten. Bestrebungen, die diesem Ansinnen entgegenlaufen und eine Ausweitung der Rechtsaufsicht in Richtung Fachaufsicht zum Ziel haben, werden daher abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Die vorgeschlagenen Regelungen sind zu streichen.

VII. Änderungsantrag 8

Artikel 9 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3b

§ 113b – Qualitätsausschuss

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Änderung wird klargestellt, dass die in § 113b Absatz 4 SGB XI (Auftragsvergaben) und § 113b Absatz 8 SGB XI (Zeitplan und Auskunftspflicht) vorgesehenen Entscheidungen der Vertragsparteien nach § 113 SGB XI durch den Qualitätsausschuss erfolgen.

B) Stellungnahme

Die Änderung wird begrüßt. Ergänzend werden zur Klarstellung weitere Änderungen in § 113b SGB XI in Verbindung mit §§ 113, 113a und 115 SGB XI vorgeschlagen.

1. Klarstellung der Beteiligungsrechte

Zur Vermeidung von Unklarheiten in Bezug auf die in §§ 113, 113a und 115 genannten Beteiligungsrechte von Organisationen und einer Mitwirkung derselben Organisationen (ggf. mit Stimmrecht) an den Entscheidungen des Qualitätsausschusses wird eine Gesetzesänderung in § 113b Abs. 2 SGB XI angeregt.

2. Klarstellung der Zuständigkeit des Qualitätsausschusses

Zur Klarstellung, dass die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI die ihnen in §§ 113, 113a und 115 Abs. 1a und 1c SGB XI zugewiesenen Aufgaben durch den Qualitätsausschuss erfüllen, wird eine Ergänzung (entsprechend § 37 Abs. 5 Satz 1 SGB XI) in den jeweiligen Vorschriften vorgeschlagen.

3. Klarstellung des Beanstandungsrechts des Bundesministeriums für Gesundheit

In § 113b Abs. 9 SGB XI ist geregelt, dass die durch den Qualitätsausschuss getroffenen Entscheidungen dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorzulegen sind. Das BMG kann die Entscheidungen jeweils innerhalb von zwei Monaten beanstanden und bei nicht fristgerechten Entscheidungen eine Ersatzvornahme durchführen, indem es den Inhalt der gesetzlich vorgesehenen Vereinbarungen (Maßstäbe und Grundsätze sowie Qualitätsdarstellungsvereinbarungen) und der Beschlüsse (Qualitätssicherung der Beratungsbesuche, Expertenstandards und Nutzungsbedingungen für Transparenzdaten) festsetzt. Es besteht Unklarheit, ob mit „Entscheidungen“ sämtliche Entscheidungen/Beschlüsse des Qualitätsausschusses

gemeint sind, also auch die Entscheidungen, die als Zwischenschritte bei der Erarbeitung der jeweiligen Vereinbarungen und gesetzlich genannten Beschlüsse zu verstehen sind. Da eine Beanstandungsfrist von zwei Monaten vorgegeben ist und eine Ersatzvornahmemöglichkeit nur für die normsetzenden Beschlüsse besteht, liegt es nahe, dass auch nur die Entscheidungen des Qualitätsausschusses, die letztlich zum Zustandekommen der Vereinbarungen und Beschlüsse nach §§ 37, 113, 113a und 115 Abs. 1a und 1c SGB XI führen (Entscheidungen im Sinne eines Vertragsschlusses) dem BMG vorzulegen sind. Andernfalls würde sich das Verfahren (Vorlage jedes beschlossenen Verfahrensschrittes und Abwarten der Beanstandungsfrist) verwaltungsintensiv gestalten und zu zeitlichen Verzögerungen führen. Es wird daher eine gesetzliche Klarstellung vorgeschlagen, durch die die Vorlagepflicht auf die Vereinbarungen und Beschlüsse nach §§ 37, 113, 113a und 115 Abs. 1a und 1c SGB XI beschränkt wird.

C) Änderungsvorschlag

In § 113b Abs. 2 SGB XI wird folgender Satz angefügt:

„Die Mitwirkung an Sitzungen oder Beschlussfassungen des Qualitätsausschusses, auch in seiner erweiterten Form nach Absatz 3, gilt als Beteiligung im Sinne der §§ 113, 113a oder 115.“

In § 113 Abs. 1 SGB XI wird Satz 1 wie folgt ergänzt:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene vereinbaren gemäß § 113b unter Beteiligung (...) Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsdarstellung in der ambulanten und stationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist.“

In § 113a Abs. 1 SGB XI wird Satz 1 wie folgt ergänzt:

„Die Vertragsparteien nach § 113 stellen gemäß § 113b die Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege sicher“.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 21.04.2017
zum Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zu den fachfremden Änderungsanträgen
zur Seite 23 von 33

In **§ 115 Abs. 1a** SGB XI wird Satz 2 wie folgt ergänzt:

„Die Vertragsparteien nach § 113 vereinbaren gemäß § 113b insbesondere auf der Grundlage der Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 und der Richtlinien zur Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114a Absatz 7, welche Ergebnisse bei der Darstellung der Qualität für den ambulanten und den stationären Bereich zugrunde zu legen sind und inwieweit die Ergebnisse durch weitere Informationen ergänzt werden.“

In **§ 115 Abs. 1c** SGB XI wird Satz 2 wie folgt ergänzt:

„Das Nähere zu der Übermittlung der Daten an Dritte, insbesondere zum Datenformat, zum Datennutzungsvertrag, zu den Nutzungsrechten und den Pflichten des Nutzers bei der Verwendung der Daten, bestimmen die Vertragsparteien nach § 113 gemäß § 113b bis zum 31. März 2017 in Nutzungsbedingungen, die dem Datennutzungsvertrag unabdingbar zu Grunde zu legen sind.“

§ 113b Abs. 9 Satz 1 SGB XI wird wie folgt geändert:

„Die durch den Qualitätsausschuss getroffenen Entscheidungen nach Absatz 1 Satz 2 sind dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen.“

VIII. Änderungsantrag 10

Artikel 9 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3d

§ 115 – Ergebnisse von Qualitätsprüfungen, Qualitätsdarstellung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch das Einfügen der Absätze 3a und 3b in § 115 SGB XI wird geregelt, dass eine Entgeltkürzung bei Personalunterdeckung in den aufgeführten Fällen (Nr. 1 und 2) unabhängig des Vorliegens von Qualitätsmängeln erfolgen kann. Für das Verfahren zur Kürzung der Vergütung wird zusätzlich geregelt, dass das Einvernehmen über den Kürzungsbetrag unverzüglich herbeizuführen ist und die Schiedsstelle innerhalb von drei Monaten zu entscheiden hat. Der GKV-Spitzenverband erhält die Richtlinienkompetenz, das Nähere zur Vergütungskürzung mit dem Ziel einer einheitlichen Rechtsanwendung festzulegen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband hatte bereits auf Anfrage des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung eine gesetzliche Änderung angeregt. Die Änderungen des § 115 SGB XI werden grundsätzlich unterstützt; sie folgen zum Teil dem Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes (Entgeltkürzung bei Personalunterdeckung unabhängig des Vorliegens von Qualitätsmängeln) und gehen darüber hinaus. So wird unterschieden zwischen einer nicht nur vorübergehenden Unterschreitung der Personalausstattung und einem planmäßigen, zielgerichteten (also vorsätzlichen) Verstoß des Einrichtungsträgers gegen seine Verpflichtung zur Einhaltung der vereinbarten Personalausstattung. Dies ist nachvollziehbar, zumal bei einem vorsätzlichen Unterschreiten der Bezug zur Möglichkeit der Kündigung des Versorgungsvertrags nach § 74 SGB XI hergestellt wird. Einzuwenden ist lediglich, dass in der Praxis eine vorsätzliche Pflichtverletzung schwer nachzuweisen sein dürfte.

Mit Bezug zu der ebenfalls politisch diskutierten Thematik des bestimmungsgemäßen Einsatzes von zusätzlichen Betreuungskräften in der stationären Pflege (entsprechend den Betreuungskräfte-Richtlinien nach § 53c SGB XI) wird angeregt, die gelisteten Fälle, bei denen eine Entgeltkürzung zur Anwendung kommt, um einen weiteren zu ergänzen. Insbesondere mit Blick auf das zusätzliche Betreuungspersonal nach § 85 Abs. 8 Satz 1 SGB XI sollte als Nr. 3 der nicht bestimmungsgemäße Einsatz von Personal aufgeführt werden. Bislang ist hierzu nur gesetzlich geregelt, dass der vereinbarte Vergütungszuschlag zur Finanzierung des zusätzlichen Betreuungspersonals von der Pflegeeinrichtung nicht berechnet werden darf, soweit die

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 21.04.2017
zum Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zu den fachfremden Änderungsanträgen
zur Seite 25 von 33

zusätzliche Betreuung und Aktivierung für Pflegebedürftige nicht erbracht wird (§ 85 Abs. 8 Satz 1 Nr. 3 SGB XI). Eine zusätzliche gesetzliche Regelung der Entgeltkürzung bei einem nicht zweckbestimmten Einsatz von Betreuungskräften, d. h. bei einem regelmäßigen oder planmäßigem Einsatz im Bereich Pflege (z. B. Essenreichen) oder Hauswirtschaft (z. B. Speisenverteilung), würde dazu beitragen, einem (systematischen) Fehleinsatz von Betreuungskräften gegenzusteuern.

C) Änderungsvorschlag

In § 115 Abs. 3a wird nach Nr. 2 eingefügt:

„3. bei nicht bestimmungsgemäßem Einsatz von Personal.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 21.04.2017
zum Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zu den fachfremden Änderungsanträgen
zur Seite 26 von 33

IX. Änderungsantrag 11

Artikel 8 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 39 – Krankenhausbehandlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird klargestellt, dass die geltenden Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung gelten. Für die Arztnummer ist künftig die Arztnummer nach § 293 Absatz 7 Satz 3 Nummer 1 zu verwenden. Zu der Vergabe der Arztnummer und dem Führen des Arztverzeichnisses für die Ärzte in den Krankenhäusern und ihren Ambulanzen haben sich die DKG und der GKV-Spitzenverband noch zu verständigen. Bis dahin ist in dem Rahmenvertrag zum Entlassmanagement eine alternative Kennzeichnung zu vereinbaren.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 21.04.2017
zum Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zu den fachfremden Änderungsanträgen
zur Seite 27 von 33

Artikel 8 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 40 Abs. 2 Satz 4 – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch eine Ergänzung des § 40 Abs. 2 Satz 4 SGB V soll klargestellt werden, wie das erweiterte Bundesschiedsamt zu besetzen ist, wenn es über den Rahmenvertrag zum Entlassmanagement von stationären Rehabilitationseinrichtungen entscheidet.

B) Stellungnahme

Nach § 40 Abs. 2 Satz 4 SGB V gelten die Regelungen zum Entlassmanagement von Krankenhäusern nach § 39 Abs. 1a SGB V entsprechend mit der Maßgabe, dass bei dem Rahmenvertrag zum Entlassmanagement von Rehabilitationseinrichtungen die für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene zu beteiligen sind. Da der Verweis auf § 39 Abs. 1a SGB V keine weiteren Ausnahmen vorsieht, gilt nach dem aktuellen Gesetzeswortlaut auch der in § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V vorgesehene Verweis auf § 118a Abs. 2 Satz 2 SGB V mit der Konsequenz, dass im Falle einer fehlenden Einigung der Vertragspartner das erweiterte Bundesschiedsamt nach § 118 Abs. 2 Satz 2 SGB V in seiner Zusammensetzung aus Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, des GKV-Spitzenverbandes und der Deutschen Krankenhausgesellschaft über den Rahmenvertrag zum Entlassmanagement von stationären Rehabilitationseinrichtungen zu entscheiden hat und insoweit die Interessenvertreter der Rehabilitationseinrichtungen nicht an der Entscheidung beteiligt sind. Die mit der vorgeschlagenen Gesetzesänderung vorgesehene Erweiterung des Bundesschiedsamtes um Vertreter des GKV-Spitzenverbandes und der maßgeblichen Leistungserbringerverbände der medizinischen Rehabilitation auf Bundesebene in jeweils gleicher Zahl bei Entscheidungen zum Rahmenvertrag Entlassmanagement von stationären Rehabilitationseinrichtungen ist daher sachgerecht.

Die vorgesehene Regelung beseitigt ferner mögliche Zweifel daran, dass die maßgeblichen Leistungserbringerverbände der medizinischen Rehabilitation auf Bundesebene auch Vertragspartner des Rahmenvertrages sind und nicht nur den Status von zu Beteiligenden haben. In der Begründung des Änderungsantrages wird explizit ausgeführt, dass die für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene anstelle der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu beteiligen sind.

In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass die vorgesehene gesetzliche Änderung durch eine Ergänzung der „Verordnung über die Schiedsämter für die vertragsärztliche (vertragszahnärztliche) Versorgung (Schiedsamtverordnung)“ flankiert werden muss. § 22a dieser Verordnung enthält die Regelung, dass bei der Erweiterung des Bundesschiedsamtes um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft die beteiligten Körperschaften und die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Kosten und Gebühren jeweils entsprechend ihrem Stimmanteil zu tragen haben. Diese Kostenverteilung des erweiterten Bundesschiedsamtes ist auch auf die Schiedsamtverfahren mit einer Beteiligung der Vertreter der maßgeblichen Leistungserbringerverbände der medizinischen Rehabilitation auf Bundesebene auszuweiten.

C) Änderungsvorschlag

Zu der vorgesehenen gesetzlichen Änderung besteht kein Änderungsbedarf.

§ 22a Schiedsamtverordnung sollte wie folgt gefasst werden:

„Bei einer Erweiterung des Bundesschiedsamtes um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft haben die beteiligten Körperschaften sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene die Kosten nach § 12 Satz 2 und die Gebühr nach § 20 jeweils entsprechend ihrem Stimmanteil zu tragen.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 21.04.2017
zum Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zu den fachfremden Änderungsanträgen
zur Seite 29 von 33

Artikel 8 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 293 – Kennzeichen für Leistungsträger und Leistungserbringer

A) Beabsichtigte Neuregelung

Dem § 293 wird ein Absatz 7 angefügt. Dieser sieht vor, dass DKG und GKV-Spitzenverband ein bundesweites Verzeichnis aller in nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern und ihren Ambulanzen tätigen Ärzte führen. Mit dieser Aufgabe kann ein Dritter beauftragt werden.

Diese Arztnummer folgt in ihrer Struktur der für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte. Die Kosten zur Führung des Verzeichnisses tragen der GKV-Spitzenverband und die DKG je zur Hälfte, es sei denn das InEK wird mit dieser Aufgabe betraut. Dann erfolgt die Finanzierung durch den DRG-Systemzuschlag. Das Verzeichnis stellt der GKV-Spitzenverband den Krankenkassen zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben zur Verfügung. Ab dem 1. Januar 2019 wird dieses Kennzeichen verwendet und genutzt.

Das Nähere zum Verzeichnis (Art und Aufbau, Aktualisierung, Voraussetzung, Verfahren etc.), vereinbaren die DKG und der GKV-Spitzenverband im Einvernehmen mit der KBV bis zum 31. Dezember 2017. Dieses Verzeichnis ist verbindlich für die Vertragspartner, die KBV und die Leistungserbringer. Als Konfliktlösungsmechanismus ist das erweiterte und ergänzte Bundesschiedsamt nach § 89 Absatz 4 SGB V vorgesehen.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird begrüßt. Die vorgeschlagene Lösung entspricht einer adäquaten Regelung zur lebenslangen Arztnummer (LANR) aus dem vertragsärztlichen Bereich für die Ärzte in den Krankenhäusern und ihren Ambulanzen. Das Verzeichnis ist zusammen mit den bereits gesetzlich vorgesehenen Regelungen zum Standortverzeichnis ein Weg in die richtige Richtung und wird vom GKV-Spitzenverband ausdrücklich unterstützt. Die Vergleichbarkeit zur LANR ist durch die Vorgabe der gleichen Struktur, aber auch das herzustellende Einvernehmen mit der KBV sichergestellt. Künftig werden so Überschneidungen oder Redundanzen in den Nummernvergaben vermieden und beispielsweise die Verwendung von einheitlichen Vordrucken sichergestellt.

Bei der Angabe der Facharztanerkennung wäre es aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes jedoch wünschenswert, auch die Schwerpunkte und Zusatzweiterbildungen nach der jeweils gültigen Musterweiterbildungsordnung mit aufzunehmen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 21.04.2017
zum Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zu den fachfremden Änderungsanträgen
zur Seite 30 von 33

Satz 8 regelt, dass das Verzeichnis den Mitgliedsverbänden des GKV-Spitzenverbandes zur Verfügung gestellt wird. Die gesetzlichen Krankenkassen sind Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes. Mitgliedsverbände hat der GKV-Spitzenverband keine. Gemeint ist die Weitergabe an die nach § 212 Absatz 1 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung bestehenden Bundesverbände und die in § 212 Absatz 5 genannten Verbände der Ersatzkassen. Eine Klarstellung ist notwendig und sollte zudem in § 293 Absatz 4 Satz 7 SGB V erfolgen.

C) Änderungsvorschlag

Satz 3 Nummer 6 wird ergänzt:

Nach dem Wort „Fachgebiet“ wird in Klammern ergänzt „(Schwerpunkte, Zusatzweiterbildungen Musterweiterbildungsordnung)“

Satz 8 wird wie folgt geändert:

Die Wörter „seinen Mitgliedsverbänden“ werden ersetzt durch „den nach § 212 Absatz 1 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung bestehenden Bundesverbänden und den in § 212 Absatz 5 genannten Verbänden der Ersatzkassen“.

§ 293 Absatz 4 Satz 7 wird wie folgt geändert:

Die Wörter „seinen Mitgliedsverbänden“ werden ersetzt durch „die Krankenkasse und deren Verbände auf Bundesebene den nach § 212 Absatz 1 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung bestehenden Bundesverbänden und den in § 212 Absatz 5 genannten Verbänden der Ersatzkassen“.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 21.04.2017
zum Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zu den fachfremden Änderungsanträgen
zur Seite 31 von 33

X. Änderungsantrag 12

Artikel 7a (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

§ 51 – Wählbarkeit

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Änderungsantrag sieht vor, Anpassungen zur Wählbarkeit von Mitarbeitern von Verbänden in den Verwaltungsrat der Krankenkassen vorzunehmen. Begründend wird auf mögliche Interessenkonflikte verwiesen, u. a. durch Kenntnis von wettbewerbsrelevanten Informationen sowohl der Krankenkasse, bei der sie ehrenamtlich tätig sind, als auch der übrigen Mitglieds-kassen des Verbandes.

B) Stellungnahme

Die gesetzliche Änderung entspricht einer Anregung des Bundeswahlbeauftragten im Schlussbericht zur Sozialwahl 2011.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

XI. Ergänzender Änderungsbedarf

Änderung des § 171e SGB V – Erhöhung der Aktienquote im Bereich der Altersversorgung der Beschäftigten der Krankenkassen

A) Vorgeschlagene Neuregelung

Im Jahr 2016 wurde im Rahmen des 6. SGB IV-ÄndG erstmals in § 171e SGB V eine Aktienquote für die Rücklagen der Altersversorgungsverpflichtungen der Krankenkassen in Höhe von 10 % eingeführt. Diese Quote sollte seinerzeit im Gleichlauf mit der damals geltenden 10 %-Aktienquote in den Anlageregelungen des Versorgungsrücklagegesetzes gelten. Dieses Gesetz regelt die Rücklagen zur Ausfinanzierung der Beamtenversorgung für Beamte des Bundes. Zwischenzeitlich wurde unter Federführung des Innenministeriums allerdings genau dieses Versorgungsrücklagegesetz hinsichtlich der Gestaltung der Anlagen von Finanzmitteln geändert und von 10 auf 20 % angehoben.

Um diesen Gleichlauf wieder herzustellen, ist es erforderlich die Aktienquote nach § 171e SGB V auf 20 % anzuheben.

B) Begründung

Die im Jahr 2016 im Rahmen des 6. SGB IV-ÄndG eingeführte Aktienquote für die Rücklagen der Altersversorgungsverpflichtungen in Höhe von 10 % greift gerade in Zeiten, in denen festverzinsliche Anlagen über längere Zeiträume hinweg keine ausreichenden Renditen mehr erwirtschaften, zu kurz.

Ein Aktienanteil von 20 % ist bei dem langen Anlagehorizont der Altersversorgungsverpflichtungen bis zum Jahr 2049 vertretbar und kann zu einer deutlichen Renditeverbesserung führen.

Eine verbesserte Rendite reduziert die Versichertenbeiträge, die für Altersrückstellungen eingesetzt werden müssen. Finanzielle Mehrbelastungen der einzelnen Krankenkassen werden vermieden.

Die höhere Aktienquote führt vor allem zu einer breiteren Risikoverteilung. Die geltende KK-AltRückV des BVA erfordert einen Rechnungszins in Höhe von 4,25 %. Mit 90 % Renten und 10 % passiv gemanagten Aktien können diese 4,25 % in einem Niedrigzinsumfeld nicht erreicht werden.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 21.04.2017
zum Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zu den fachfremden Änderungsanträgen
zur Seite 33 von 33

Die für die GKV geltende 10 %-Aktienquote war an der damaligen Fassung des Versorgungsrücklagegesetzes orientiert. Jedoch wurde die Aktienquote im Versorgungsrücklagegesetz im Jahr 2016 unter Federführung des Innenministeriums von 10 auf 20 % erhöht. Mit der Einführung der 20%igen Aktienquote wird der Gleichlauf mit dem Versorgungsrücklagegesetz im Hinblick auf den zulässigen Aktienanteil wieder hergestellt.

C) Änderungsvorschlag

§ 171e Absatz 2a SGB V wird wie folgt geändert:

„Für die Anlage der Mittel zur Finanzierung des Deckungskapitals für Altersrückstellungen gelten die Vorschriften des Vierten Titels des Vierten Abschnitts des Vierten Buches mit der Maßgabe, dass eine Anlage auch in Euro-denominierten Aktien im Rahmen eines passiven, indexorientierten Managements zulässig ist. Die Anlageentscheidungen sind jeweils so zu treffen, dass der Anteil an Aktien maximal 20 Prozent des Deckungskapitals beträgt. Änderungen des Aktienkurses können vorübergehend zu einem höheren Anteil an Aktien am Deckungskapital führen.“