

GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51
10117 Berlin

Telefon +49 (0) 30 206 288-0
Fax +49 (0) 30 206 288-88
Mail politik@gkv-spitzenverband.de
Internet www.gkv-spitzenverband.de



Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0124(24)
gel. VB zur Anhörung am 9.5.
11_Infektionsschutzgesetz
04.05.2011

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 04.05.2011 zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 09.05.2011

- zum Fraktionsentwurf der CDU/CSU und FDP zum Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze vom 22.03.2011 (Drucksache 17/5178)
- zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP (Ausschussdrucksache 17(14)0120)
- zum Antrag der Fraktion der SPD (Drucksache 17/4452)
- zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Drucksache 17/5203)
- zum Antrag der Fraktion DIE LINKE (Drucksache 17/4489)

Inhalt

- I. Vorbemerkung
- II. Stellungnahme zum Fraktionsentwurf der CDU/CSU und FDP (Drucksache 17/5178)
- III. Ergänzender Änderungsbedarf aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes
- IV. Stellungnahme zu den Änderungsanträgen der CDU/CSU und FDP (Ausschussdrucksache 17(14)0120)
- V. Stellungnahme zum Antrag der Fraktion der SPD (Drucksache 17/4452)
- VI. Stellungnahme zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Drucksache 17/5203)
- VII. Stellungnahme zum Antrag der Fraktion DIE LINKE (Drucksache 17/4489)

I. Vorbemerkung

- 1) Mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze greift der Gesetzgeber das wichtige Thema der nosokomialen Infektionen auf. Es handelt sich hierbei um ein medizinisch hoch relevantes Problem mit komplexen und vielfältigen Ursachen. Der GKV-Spitzenverband begrüßt, dass der Gesetzgeber die Initiative zur besseren Durchsetzung krankenhaushygienischer Erfordernisse ergreift.
- 2) Die Verpflichtung der Landesregierungen zum Erlass von Rechtsverordnungen für die Einhaltung der Infektionshygiene wird vom GKV-Spitzenverband ausdrücklich begrüßt. Es ist allerdings nicht nachvollziehbar, warum die Ausgestaltung den einzelnen Ländern überlassen bleibt. Vielmehr sollten bundeseinheitliche Mindeststandards vorgegeben werden, die von den Ländern um regionale Besonderheiten ergänzt werden können.
- 3) Das Gesetz sieht eine jährliche Veröffentlichungspflicht für strukturierte Qualitätsberichte vor. Mit der jährlichen Veröffentlichung wird dem Informationsbedürfnis der Patienten nach aktuellen Strukturdaten, Behandlungszahlen und Qualitätsdaten der Krankenhäuser Rechnung getragen. Damit kommt der Gesetzgeber einer mehrjährigen Forderung des GKV-Spitzenverbandes nach.
- 4) Die Aufnahme einer gesonderten Gebührenordnungsposition für die ambulante Sanierung von MRSA-besiedelten bzw. MRSA-infizierten Patienten sowie die diagnostische Untersuchung von Risikogruppen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) wird vom GKV-Spitzenverband abgelehnt. Die Behandlung von Patienten mit MRSA durch Vertragsärzte ist derzeit schon Leistung der GKV und in den bestehenden Gebührenordnungspositionen des EBM enthalten. Die Versichertenpauschale der Hausärzte bzw. Grundpauschalen der Fachärzte enthalten die entsprechenden Betreuungen der Patienten. Alle Laborleistungen zur Identifizie-

rung der Keime und zum Abschluss einer Eradikationsbehandlung liegen vor. Ein allgemeines Screening auf MRSA hingegen wird nicht als Bestandteil der GKV-Leistungspflicht betrachtet und ist auch mit seinem medizinischen Nutzen nicht belegt. Der Gesetzentwurf leistet mit seiner undifferenzierten Vorgabe zur Einführung einer Gebührenordnungsposition für den MRSA-Nachweis eine unnütze Leistungsausweitung vor. Bei der Finanzierung wird die bisherige Integration in bestehenden Gebührenordnungspositionen nicht berücksichtigt, so dass ein erheblicher Anreiz zur Mengenausweitung geschaffen wird. Es fehlen zudem klare Vorgaben für eine Qualitätssicherung, die vorgenannte Probleme noch verstärken.

- 5) Die Einführung von Schiedsstellen für Vergütungsvereinbarungen mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ist nicht zielführend. Der bestehende Wettbewerb wird durch die Einrichtung von Schiedsstellen beeinträchtigt und ist im Bereich der Rehabilitation insgesamt systemfremd. Die Einrichtung von Schiedsstellen im Bereich der Rehabilitation ist daher abzulehnen. Notwendig ist vielmehr eine gesetzliche Regelung, die den faktischen bestehenden Kontrahierungszwang aufhebt.
- 6) Die Etablierung eines Konfliktlösungsmechanismus zu den Pflege-Transparenzvereinbarungen ist zu begrüßen. Dem GKV-Spitzenverband sollte aber eine Richtlinienkompetenz zugesprochen werden. Mit der Richtlinienkompetenz wäre gewährleistet, dass die Qualitäts-Prüfrichtlinien und die Pflege-Transparenzvereinbarungen systematisch einem gleichartigen Regelungsverfahren unterliegen. Die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik als laienverständliche Darstellung der Qualitätsprüfung hätten eine einheitliche Rechtsquelle und dies unter Wahrung der Beteiligungsrechte der Einrichtungen und Dienste. Die vorgesehene Schiedsstellenlösung ist nicht das geeignetste Instrument, da die Kompromisslösung einer Schiedsstelle einer ähnlichen Kritik ausgesetzt wäre wie die geltenden Pflege-Transparenzvereinbarungen.

- 7) Mit dem ergänzenden Änderungsantrag der Regierungsfaktionen zur Darlehensaufnahme durch den GKV-Spitzenverband wird ein wichtiges Anliegen der GKV aufgegriffen. Der Gesetzgeber räumt dem GKV-Spitzenverband die Möglichkeit einer Darlehensaufnahme zur Zwischenfinanzierung für den Fall ein, dass der GKV-Spitzenverband bei einer Schließung oder Insolvenz einer Mitgliedskasse die Ansprüche der Gläubiger dieser Kasse kurzfristig erfüllen muss. Damit schafft der Gesetzgeber Rechtssicherheit und verhindert den Vertrauensverlust von Versicherten und Leistungserbringern in die Stabilität der GKV. Mögliche Schäden durch die Insolvenz oder Schließung, wie z. B. Behandlung der Versicherten nur gegen Vorkasse, können vermieden werden.
- 8) Da Gesetzentwurf und Änderungsanträge ein großes Spektrum unterschiedlicher Regelungsbereiche tangieren, verweisen wir im Weiteren auf die nachfolgenden, detaillierten Einzeldarstellungen.

II. Stellungnahme zum Fraktionsentwurf der CDU/CSU und FDP (Drucksache 17/5178)

Artikel 1 (Änderung des Infektionsschutzgesetzes)

Nr. 6 a (§ 11 - Übermittlungen durch das Gesundheitsamt und die zuständige Landesbehörde)

(A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Gesundheitsämter haben dem Robert Koch-Institut über die zuständige Landesbehörde auch Informationen über nosokomiale Ausbrüche zu übermitteln.

(B) Stellungnahme

Es sollte eine elektronische Meldung in standardisierter, maschinenverwertbarer Form verlangt werden.

Das „als Ausbruch gemeldete gehäufte Auftreten“ sollte klarer gefasst werden, um die bestehenden gesetzlichen Regelungen in § 6 Abs. 3 IfSG wirksamer zu gestalten. Dazu wäre die Meldeverpflichtung für alle „... vom Robert-Koch-Institut nach § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe f festgelegten nosokomialen Infektionen ...“ (analog Art. 1 Nr. 7 Abs. 4) geeignet.

Insgesamt ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes offen, ob die Verschärfung aller Meldemodalitäten einen für die Patienten relativen Nutzen bringen wird. Dies wird davon abhängen, ob die entsprechenden Meldungen strukturiert und zentral auswertbar zusammengefasst und die so gesammelten Informationen für die Weiterentwicklung geeigneter Maßnahmen genutzt werden können.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 04.05.2011
zum Fraktionsentwurf der CDU/CSU und FDP zum Gesetz zur
Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze
vom 22.03.2011 (Drucksache 17/5178)



Sofern im Zusammenhang mit der Meldung an die Gesundheitsämter Kosten entstehen, sollten diese der Fürsorgepflicht der Länder zugeordnet und nicht in die Finanzierungsverantwortung der Krankenkassen übertragen werden.

(C) Änderungsvorschlag

Eine Ergänzung des § 11 wäre unter Berücksichtigung der o. g. Grundsätze sinnvoll.

Artikel 1 (Änderung des Infektionsschutzgesetzes)
Nr. 8 (§ 23 – Nosokomiale Infektionen, Resistenzen)

(A) Beabsichtigte Neuregelung

Neufassung des § 23 IfSG

Absatz 2

Beim Robert Koch-Institut (RKI) wird die Kommission Antiinfektive Resistenzlage und Therapie (ART) errichtet. Angestrebt werden soll ein fachgerechter Gebrauch von Diagnostika und sachgerechter Einsatz von antimikrobiell wirksamen Therapeutika. Die Arbeit der Kommissionen soll durch verstärkte und definierte Personalressourcen in den Geschäftsstellen der Kommissionen professionalisiert werden.

Absatz 3

Die Regelung verdeutlicht den Leiterinnen und Leitern von Krankenhäusern und Einrichtungen für ambulantes Operieren, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, Dialyseeinrichtungen, Tageskliniken, Entbindungseinrichtungen, vergleichbaren Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen sowie Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten und Angehörigen sonstiger Heilberufe ihre Pflichten im Rahmen der Infektionsprävention. Sie werden dazu verpflichtet, die Empfehlungen der KRINKO und der Kommission ART zu berücksichtigen, anzuwenden und nur in begründeten Fällen davon abzuweichen.

Die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) und der neuen Kommission Antiinfektive Resistenzlage und Therapie (ART) werden indirekt zum „Stand der medizinischen Wissenschaft“ erklärt.

Absatz 4

§ 23 Absatz 4 IfSG entspricht im Wesentlichen dem bisherigen § 23 Absatz 1 IfSG.

Absatz 5

Die genannten Einrichtungen sollen in Hygieneplänen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene festlegen.

Absatz 8

Die Landesregierungen werden verpflichtet, Regelungen in Form von Rechtsverordnungen für die Einhaltung der Infektionshygiene in Krankenhäusern, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Dialyseeinheiten, Tageskliniken sowie Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (bei einer den Krankenhäusern vergleichbaren medizinische Versorgung) zu treffen.

(B) Stellungnahme

Absatz 2

Der GKV-Spitzenverband begrüßt grundsätzlich die Einrichtung der Kommission Antiinfektive Resistenzlage und Therapie beim Robert Koch-Institut gemäß Absatz 2. Bei der Arbeit der Kommissionen und Geschäftsstellen sollten die wissenschaftliche Unabhängigkeit und eine gute Zusammenarbeit mit Institutionen verwandter Aufgabenstellungen gewährleistet werden. Entsprechend der Gesetzesformulierung im Referentenentwurf sollten die Aufgabengebiete und Zuständigkeiten der Kommissionen (ART und KRINKO) klar von einander abgegrenzt sein, damit Überschneidungen und Doppelarbeit – auch zu anderen Gremien und Institutionen – vermieden werden.

Die Festlegung von Kriterien nach denen die Mitglieder der Kommission ausgewählt werden sowie eine Pflicht zur Offenlegung von Mitgliedschaften und Interessenskonflikten der einzelnen Kommissionsmitglieder, sieht der Gesetzentwurf nicht vor. Gerade bei dieser Kommission wird die Sicherstellung der Unabhängigkeit der Kommissionsmitglieder für unabdingbar gehalten.

ten. Bei der Berufung der Mitglieder beider Kommissionen sollten potenzielle Interessenkonflikte offengelegt, geprüft und vermieden werden. Das gleiche sollte für die Mitarbeiter der Geschäftsstellen gelten.

Die Empfehlungen der KRINKO und ART sollten wissenschaftlich fundierten Leitliniencharakter haben. Sie sind mindestens jährlich zu aktualisieren.

Absatz 3

Der hohe wissenschaftliche Anspruch an die Empfehlungen der Kommissionen am RKI – wie er auch in den Begründungen zu Absatz 2 und 3 formuliert ist – wird begrüßt.

Die Leiter von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen werden in die Verpflichtung genommen, Maßnahmen zu treffen, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von – insbesondere resistenten – Krankheitserregern zu vermeiden. Da die Nicht-Umsetzung dieser Standards potentiell bedeutsame Folgen für die Patienten nach sich ziehen können, regt der GKV-Spitzenverband an, in diesem Fall den Kostenträgern die Möglichkeit von Sanktionsmaßnahmen, beispielsweise in Form von Vergütungsabschlägen, einzuräumen.

Absatz 5

Hygienepläne sollten den Charakter von jährlich zu überarbeitenden Standard Operating Procedures (SOP) haben. Diese Arbeitsanweisungen sollten auch die Motivation der Führungskräfte und Mitarbeiter zu kontinuierlicher Aufgabenwahrnehmung zur Infektionsprävention berücksichtigen.

Absatz 8

Die Neuregelung wird grundsätzlich vom GKV-Spitzenverband begrüßt. Das Ziel, dass sich nicht mehr nur ausgewählte Landesregierungen, sondern ausnahmslos alle mit dem Problem nosokomialer Infektionen auseinandersetzen müssen, wird vom GKV-Spitzenverband ausdrücklich geteilt.

Es erschließt sich jedoch nicht, warum beispielsweise Empfehlungen zu betrieblich-organisatorischen und baulich-funktionellen Maßnahmen der Hygiene durch die KRINKO (§ 23 Absatz 1) und gleichzeitig „hygienische Mindestanforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb der Einrichtungen“ (§ 23 Abs. 8 Nr.1) durch die Landesbehörden festzulegen sind. Dies betrifft auch weitere Empfehlungen und weitere Regelungsbereiche im Absatz 8. Eine solche doppelte Festlegung ist nicht notwendig und verursacht Kompetenzabgrenzungsprobleme.

Des Weiteren erscheint es nicht sinnvoll, dass die letztendliche Ausgestaltung der Rechtsverordnung jedem Bundesland selbst überlassen bleibt und keine Frist gesetzt wurde, innerhalb derer eine Umsetzung zu erfolgen hat. Anzustreben sind bundeseinheitliche Entwürfe unter Koordination des BMG mit definierten Mindeststandards. Hierbei sollte eine Frist bis zum 31.12. 2011 gesetzt werden. Landesspezifische Festlegungen können unter Berücksichtigung spezifischer Probleme darüber hinausgehen. Mindeststandards dürfen aber nicht zu einer finanziellen Mehrbelastung der Krankenkassen führen, da die Verantwortlichkeit der Vermeidung von Infektionen bei den Krankenhäusern und den Landesaufsichten liegt.

Grundsätzlich unterschiedliche Regelungen in Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeheimen, Hospizen und anderen Einrichtungen mit gefährdeten Personen sind nicht sinnvoll.

(C) Änderungsvorschlag

In § 23 Abs. 1 und 2 IfSG wird jeweils nach Satz 5 der folgende Satz eingefügt: ***„Zur Sicherstellung der fachlichen und finanziellen Unabhängigkeit haben die berufenen Mitglieder der Kommission und der Mitarbeiter der Geschäftsstellen potentielle Interessenkonflikte schriftlich offen zu legen.“***

In § 23 Abs. 1 und 2 IfSG werden in Satz 4 jeweils nach den Worten „Kommission werden“ die Worte ***„jährlich aktualisiert und“*** eingefügt.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 a (§ 87 Abs. 2a – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte)

(A) Beabsichtigte Neuregelung

Ergänzung des § 87 Absatz 2a SGB V um eine Verpflichtung der Selbstverwaltung zur Aufnahme von Gebührenordnungspositionen ärztlicher Leistungen bei MRSA in den EBM.

(B) Stellungnahme

Grundsätzlich gilt, dass eine MRSA-Besiedlung nicht als Erkrankung zu betrachten ist, die von der Leistungspflicht gemäß der §§ 25, 27 bzw. 28 SGB V umfasst ist. Mit der allgemeinen Formulierung im Gesetzentwurf wird zwischen den unterschiedlichen Anlässen für Untersuchungen auf MRSA nicht unterschieden. Notwendig ist eine Abgrenzung zu Leistungen des MRSA-Screenings bzw. zur Umgebungsuntersuchung, die nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Lediglich im Zusammenhang mit einer behandlungsbedürftigen Erkrankung würde die MRSA-Sanierung eine Leistungspflicht der GKV begründen. Wenn der Gesetzgeber für das Screening und die Umgebungssanierung eine Leistungspflicht für notwendig erachtet (was medizinisch in Frage gestellt wird), dann wäre eine Erweiterung der Meldepflicht für MRSA im Infektionsschutzgesetz auch für Besiedelungen vorzusehen.

Die Verpflichtung der Selbstverwaltung zur Aufnahme von Gebührenordnungspositionen in den EBM durch den Gesetzgeber ist ein ungewöhnlicher Vorgang, der nicht als Ziel führend betrachtet wird.

In der hier vorliegenden speziellen Situation lässt der Gesetzentwurf auch eine differenzierte Betrachtung der medizinischen Forschungslage unbe-

rücksichtigt. So trennt die Forderung nach einer Leistung für ärztliche Diagnostik und ambulante Eradikationstherapie nicht klar zwischen der Untersuchung vor Einweisung zu einer Krankenhausbehandlung und den Fällen, bei denen eine Eradikationstherapie im ambulanten Bereich nach Krankenhausbehandlung weitergeführt bzw. abgeschlossen wird. Insbesondere für die erstere Konstellation ist die wissenschaftliche Evidenzlage umstritten. Diese Leistung kann durch die gesetzliche Krankenversicherung allenfalls für Patienten mit wissenschaftlich begründeter und eindeutig beschriebener Risikokonstellation (z.B. durch die KRINKO) bereitgestellt werden. Auch das Modellprojekt Euregio (KV-Westfalen-Lippe) bezog sich im Schwerpunkt auf die Weiterbehandlung von im Krankenhaus nachgewiesenen MRSA-Patienten. Die Bereitstellung einer undifferenzierten Screeninguntersuchung kann nicht Ziel einer solchen Gesetzesregelung sein und erbringt auch keinen Nutzen für die Patienten.

Die Leistungsinhalte der notwendigen Behandlung von MRSA (insbesondere Abstriche und Beratungsleistungen) sind in den Versicherten- bzw. Grundpauschalen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) bereits abgebildet. Wenn diese Leistungen nun differenziert bzw. als Einzelleistung dargestellt werden sollen (z.B. zum Zwecke der Versorgungsforschung), muss eine Bereinigung der Versicherten- bzw. Grundpauschalen um diese Leistungsanteile vorgenommen werden, um eine Doppelvergütung zu vermeiden. Da diese neue Gebührenordnungsposition keine neue Leistung darstellt, ist sie als Teil der Morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zu betrachten.

Die ärztliche Leistung der Diagnostik muss in dem Zusammenhang auf die Arbeit des Abstrich nehmenden Arztes eingegrenzt werden. Der diagnostische, mikrobiologische Nachweis von MRSA wird von Labormedizinern mit bestehenden, adäquaten Gebührenordnungspositionen nach Kapitel 32 des EBM für Nachweis und Resistenztestung vorgenommen. Aus diesem Grund ist die Einführung einer spezifischen Gebührenordnungsposition für den mikrobiologischen Nachweis nicht notwendig, weil aus der Abrechnungsposition der Erfolg der Maßnahme nicht abzuleiten ist.

Der Gesetzentwurf sieht zwar eine EDV-Dokumentation und eine Auswertung vor, die notwendigen Spezifizierungen dazu fehlen jedoch. Notwendig ist eine Festlegung von Eckpunkten insbesondere für:

- die Patienten, für die eine solche Untersuchungen vorzusehen ist,
- die Qualifikation des Arztes, der die Untersuchung abrechnen kann,
- die Kriterien und Modalitäten der Auswertung.

In diesem Zusammenhang wäre eine Qualitätssicherungsvereinbarung das geeignete Instrument. Der Gesetzentwurf enthält hierzu keine kongruente Nutzung der bestehenden Optionen, insbesondere fehlen die Festlegungen für den ambulanten Bereich. Ziel sollte es sein, mit einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 SGB V eine einheitliche Vorgabe zu schaffen. Wenn eine Regelung darüber hinaus oder vorzeitig installiert werden soll, ist eine Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V durchzuführen. Die Daten, die in diesem Zusammenhang erhoben werden, wären gleichermaßen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung als auch dem GKV-Spitzenverband zur Verfügung zu stellen.

Darüber hinaus wäre eine klare rechtliche Grundlage für eine Datenvollerhebung zum Zwecke der Qualitätssicherung und Versorgungsforschung einzurichten. Diese Daten sollten zur Berichterstattung an die Partner der Bundesmantelverträge übermittelt werden.

In diesem Zusammenhang wäre auch die Einführung einer ergebnis- und qualitätsorientierten Vergütung anzustreben. Dies kann zum Einen nach der Erfolgsquote der Eradikation, zum Anderen in Abhängigkeit von der gezielten, leitliniengetreuen Verordnung von Antibiotika erfolgen. Grundlage dazu wären die Empfehlungen der einzurichtenden Kommission Antiinfektive Resistenzlage und Therapie (ART) beim Robert Koch-Institut. Dabei muss berücksichtigt werden, dass diese Empfehlungen nicht zur Einrichtung der Gebührenordnungsposition vorliegen werden, sondern hier eine Zeitverzögerung bis zur Vorlage und möglichen Berücksichtigung dieser Empfehlungen durch die Vertragsärzte einzuplanen ist.

Dies hat auch Auswirkungen auf die vorgesehene Befristung der Gebührenordnungsposition auf zwei Jahre. Eine Berücksichtigung von Empfehlungen der ART-Kommission wird mit Daten aus dem Jahre 2012 kaum darzustellen sein.

(C) Änderungsvorschlag

In § 87 Absatz 2a SGB V werden im Satz 3 nach den Worten „ärztliche Leistungen“ die Worte „**des behandelnden Arztes**“, nach den Worten „ambulanten Eradikationstherapie“ die Worte „**im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung**“ und nach dem Wort „(MRSA)“ die Worte „**als Bestandteil der Morbiditätsorientierten Gesamtvergütung nach § 87a Absatz 3**“ eingefügt.

In § 87 Absatz 2a SGB V wird nach Satz 3 der folgende Satz 4 neu eingefügt:
„Die Bereitstellung vor einer Krankenhausaufnahme ist auf Patienten zu beschränken, für die eine Risikokonstellation wissenschaftlich begründet und eindeutig beschrieben ist.“

In § 87 Absatz 2a SGB V wird nach dem neuen Satz 4 der folgende Satz 5 neu eingefügt:
„Die hausärztlichen Versichertenpauschalen nach Absatz 2b Satz 1 und die fachärztlichen Grundpauschalen nach Absatz 2c Satz 1 sind um bereits abgebildete Leistungsinhalte der Diagnostik und Eradikation von MRSA zu bereinigen.“

In § 87 Absatz 2a SGB V wird nach dem neuen Satz 6 der folgende Satz 7 neu eingefügt:
„Gemäß § 135 Absatz 2 SGB V sind Maßnahmen der Qualitätssicherung zu vereinbaren, in denen Anforderungen an die ärztliche Qualifikation und Auswertungskriterien zur elektronischen Dokumentation für die Ausführung und Abrechnung dieser Leistungen vorausgesetzt werden.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 04.05.2011
zum Fraktionsentwurf der CDU/CSU und FDP zum Gesetz zur
Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze
vom 22.03.2011 (Drucksache 17/5178)



In § 87 Absatz 2a SGB V werden im neuen Satz 8 die Worte „Die Kassenärztliche Bundesvereinigung“ durch die Worte „**Der Bewertungsausschuss**“ ersetzt.

In § 87 Absatz 2a SGB V werden im neuen Satz 9 die Worte „nach Satz 5“ durch die Worte „**nach Satz 8**“ ersetzt und die Worte „es kann auch den Bewertungsausschuss mit der Vorlage des Berichts beauftragen“ ersatzlos gestrichen.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 und 3 (§ 111 – Versorgungsverträge mit Vorsorge- und Rehabilitations- einrichtungen)

(A) Beabsichtigte Neuregelungen

§ 111 Abs. 5 SGB V regelt bislang, dass die Vergütungen für Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation auf der Basis eines Versorgungs-
vertrages i. S. d. § 111 Abs. 1 SGB V zwischen den Krankenkassen und den
Trägern der zugelassenen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ver-
einbart werden. Diese Vorschrift soll nun um eine Regelung ergänzt werden,
nach der künftig auf Antrag einer Vertragspartei Landesschiedsstellen über
den Inhalt der Vergütungsvereinbarungen entscheiden können, wenn eine
Vereinbarung trotz einer schriftlichen Aufforderung durch eine Vertragspar-
tei nicht innerhalb von zwei Monaten nach der Aufforderung zustande
kommt.

In einem neuen § 111b SGB V sollen die Einrichtung dieser Landesschieds-
stellen (Abs. 1), deren Zusammensetzung (Abs. 2), die Entscheidungsfin-
dung durch die Mitglieder (Abs. 3), die Rechtsaufsicht (Abs. 4) und eine Ver-
ordnungsermächtigung für die jeweiligen Landesregierungen zur näheren
Ausgestaltung der Arbeit der Landesschiedsstellen (Abs. 5) normiert werden.

(B) Stellungnahme

Die beabsichtigten Landesschiedsstellen sind im Bereich der Rehabilitation
systemfremd und nicht geeignet, bestehende Probleme bei Vergütungsver-
handlungen für Leistungen im Bereich der medizinischen Vorsorge und Re-
habilitation zu lösen. Die Neuregelungen in § 111 Abs. 5 und § 111 b SGB V
sind daher insgesamt abzulehnen.

Nach der Begründung des Gesetzesentwurfes sollen die Schiedsstellen bei einer Nichteinigung über eine Anpassung der Vergütungen zu einem „zeit-sparenden und flexiblen Interessenausgleich“ zwischen der Krankenkasse und der Einrichtung führen. Die Begründung sieht die Schiedsstellen weiter als „geeignetes Instrument“ zur „Durchsetzung einer leistungsgerechten und angemessenen Vergütung“. Die Begründung verkennt, dass im Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation kein Selbstkostendeckungsprinzip gilt, das die Krankenkassen als Rehabilitationsträger zur Übernahme aller mit der Leistungserbringung verbundenen Kosten zwingt. Vielmehr hat der Gesetzgeber den Krankenkassen mit den gegenwärtig geltenden Regelungen ermöglicht, so genannte Marktpreise zu verhandeln und die infolge von Überkapazitäten am Markt bestehenden Preisunterschiede auszunutzen. Die so von den Krankenkassen ausgehandelten Vergütungen wirken sich dämpfend auf die Leistungsausgaben aus und kommen über stabile Beitragssätze auch den Versicherten zugute. Die von vielen Leistungserbringerverbänden beklagte moderate Vergütungsentwicklung ist vor allem ein Indikator für bestehende Überkapazitäten im Anbietermarkt für Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation. Diese Überkapazitäten gehen zurück auf den im Bereich der GKV bestehenden faktischen Kontrahierungszwang zwischen nach qualitativen Gesichtspunkten geeigneten Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation und den Vertragsparteien nach § 111 SGB V (BSG vom 23.07.2002, Az. B 3 KR 63/01 R). Im Ergebnis unterhalten die Krankenkassen deutlich mehr Vertragsbeziehungen zu Rehabilitationseinrichtungen als etwa die Träger der Deutschen Rentenversicherung (DRV), obwohl die DRV insgesamt deutlich mehr Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringt als die gesamte GKV. Die Einführung von Schiedsstellen würde den im Anbietermarkt bestehenden intensiven Wettbewerb stark beschränken. Notwendig ist vielmehr eine gesetzliche Regelung, die den faktischen bestehenden Kontrahierungszwang aufhebt.

Die beabsichtigten Neuregelungen sind ebenfalls ungeeignet, die Qualität der medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen zu sichern oder zu steigern. Denn mit einer Erhöhung der Vergütungssätze und der daraus

folgenden Leistungsausgaben sind nicht automatisch Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität der Einrichtungen verbunden.

Die heutige Ausgestaltung des für die GKV maßgeblichen Leistungserbringerrechts im Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation ist mit den Regelungen vergleichbar, die auch für andere relevante Rehabilitationsträger (gesetzliche Rentenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung) gelten. Nach den Vorschriften in SGB VI und SGB VII sind für diese Träger formalisierte Konfliktlösungsmechanismen bei Vergütungsverhandlungen ebenso wenig vorgesehen wie bislang für die GKV; Schiedsstellen existieren nicht. Bei einer Einführung von Schiedsstellen in nur einem Rehabilitationsträgerbereich besteht daher die Gefahr der Desintegration des Leistungserbringerrechts im Bereich der medizinischen Rehabilitation. Das Festhalten an einem in weiten Teilen ähnlichen Leistungserbringerrecht ist nach wie vor sachgerecht, da die meisten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der unterschiedlichen Rehabilitationsträger in gemeinsam genutzten (Vertrags-) Einrichtungen erbracht werden. Eine unterschiedliche Systematik der Vergütungsverhandlungen zwischen diesen Trägerbereichen trägt zur Auseinanderentwicklung der Rehabilitationslandschaft insgesamt bei.

Gegen die Neuregelungen sprechen auch der damit zwangsläufig verbundene bürokratische Aufwand und die zu erwartende Erhöhung der Verwaltungskosten. Etwa 1.400 stationäre Reha- und Vorsorgeeinrichtungen existieren in Deutschland. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine Vielzahl dieser Einrichtungen Leistungen in mehreren unterschiedlichen Fachabteilungen erbringt, für die jeweils individuelle Vergütungssätze existieren. Die Durchführung von Schiedsstellenverfahren würde daher in hohem Maße personelle Ressourcen bei allen Beteiligten binden.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 04.05.2011
zum Fraktionsentwurf der CDU/CSU und FDP zum Gesetz zur
Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze
vom 22.03.2011 (Drucksache 17/5178)



(C) Änderungsvorschlag

Auf die Änderung des § 111 Abs. 5 SGB V und die Einführung des § 111b SGB V sollte insgesamt verzichtet werden. Stattdessen sollte eine Regelung in Betracht gezogen werden, die den Vertragsparteien auf Krankenkassen-
seite erlaubt, den Abschluss von Versorgungsverträgen nach § 111 SGB V
am tatsächlichen Bedarf auszurichten.

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 4 (§ 137 – Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung)

(A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird beauftragt, in seinen Richtlinien Anforderungen an die Qualität der Hygiene in der Versorgung festzulegen. Neben den Indikatoren für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung sollen weitere geeignete Anforderungen beispielsweise zum internen Qualitätsmanagement oder zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bestimmt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird außerdem verpflichtet, Indikatoren festzulegen, mit denen relevante Qualitätsaspekte der hygienischen Versorgung geprüft und zwischen den Einrichtungen verglichen werden können.

(B) Stellungnahme

Die explizite Erweiterung der Richtlinienkompetenz des G-BA auch auf geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Hygiene in der Versorgung ist gesetzgeberisch konsequent und zielführend. Auch das Setzen einer Frist für die Beschlussfassung ist grundsätzlich sachgerecht.

Es fehlt eine Regelung zur verpflichtenden, routinedatenbasierten Unterscheidung von Kolonisation und Infektion mit MRE (bereits bei Aufnahme vorhanden bzw. erst im Krankenhaus erworben). Diese für die Qualitätsbeurteilung und Kostenzuordnung im Vergütungssystem wesentliche Unterscheidung sollte erfassungsaufwandsarm mittels eines Zusatzkennzeichens der Abrechnungsdiagnosen im amtlichen Diagnosenkatalog ICD-GM Version 2010 ermöglicht werden. Dieses Zusatzkennzeichen „bei Aufnahme vorhanden“ ist neben dem QS-Verfahren gleichzeitig auch für die empirische Ermittlung der Relativgewichte für die DRG-Fallpauschalenermittlung im InEK im Sinne einer sachgerechten Vergütung zu nutzen.

Eine klare Abgrenzung zwischen den qualitätssichernden Verantwortungsbereichen der KRINKO, der ART, der Landesregierungen, der Qualitätssicherung nach §135 Absatz 2 SGB V und dem G-BA ist nicht durchgängig erkennbar. Dies könnte zu Umsetzungsschwierigkeiten in den einzelnen Regelungsbereichen führen.

Die Aufforderung an den G-BA, ihm bereits zugängliche Erkenntnisse unverzüglich in die Regelungen zu den Qualitätsberichten der Krankenhäuser aufzunehmen sowie zusätzliche Anforderungen nach Absatz 3 Nummer 4 zur Verbesserung der Informationen über die Hygiene zu stellen, wird ausdrücklich begrüßt.

Ebenfalls befürwortet der GKV-Spitzenverband, dass die Qualitätsberichte jährlich zu veröffentlichen sind. Damit können sich Patienten, Angehörige und Einweiser wesentlich zeitnaher informieren.

Darüber hinaus sollte dem G-BA gesetzlich die Regelungskompetenz bezüglich der Präsentation von Ergebnissen sektorübergreifender QS-Verfahren in den strukturierten Qualitätsberichten zugeordnet werden. Die derzeitige alleinige Berichtspflicht durch das Institut nach §137a SGB V ist wegen der fehlenden Vergleichbarkeit unzureichend.

Nur über die Integration in die Regelungen zum strukturierten Qualitätsbericht des G-BA wird eine informierte Wahlentscheidung auf der Basis vergleichender Darstellung wie in den Portalen der Krankenkassen möglich. Die Leistungen der ambulanten Versorgung sind nicht für die Einzelpraxis, sondern aggregiert darzustellen (z.B. pro KV-Bereich, pro Arztgruppe, pro Arztnetz, pro PLZ-Bereich usw.).

Langfristig ist mit einem Übergang sektorbezogener Qualitätssicherung am Krankenhaus zu sektorübergreifenden Verfahren unter Einbezug ambulanter Versorgung zu rechnen. Die Regelungen zu den strukturierten Qualitätsberichten beziehen sich dann nicht mehr auf die sektorbezogenen Verfahren in

den Krankenhäusern allein, sondern auch auf die neuen sektorübergreifenden Verfahren. Aus dem bisherigen strukturierten Qualitätsbericht des G-BA über die Krankenhäuser wird dann ein Qualitätsbericht des G-BA über sektorübergreifende QS-Verfahren insgesamt und sektorbezogene Leistungen am Krankenhaus. In den Regelungen des G-BA sind Festlegungen über das Aggregationsniveau der Darstellung für den ambulanten Teil zu treffen.

(C) Änderungsvorschlag

§ 137 Abs. 3 Nr. 4 SGB V wird wie folgt gefasst:

„Inhalt, Umfang und Datenformat eines im Abstand von **einem Jahr** zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser **und der ambulanten Versorgung**, in dem der Stand der Qualitätssicherung insbesondere unter Berücksichtigung der Anforderungen nach Absatz 1 **und Absatz 2** sowie der Umsetzung der Regelungen nach den Nummern 1 und 2 dargestellt wird. Der Bericht hat auch Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses auszuweisen und ist in einem für die Abbildung aller Kriterien geeigneten standardisierten Datensatzformat zu erstellen. **Bei Vertragsarztpraxen wird das Aggregationsniveau der Darstellung des Qualitätsberichts vom G-BA festgelegt.** Er ist über den in dem Beschluss festgelegten Empfängerkreis hinaus auch von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen im Internet zu veröffentlichen.“

Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 5 (§ 281 – Finanzierung und Aufsicht des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung)

(A) Beabsichtigte Neuregelung

Die für Krankenkassen geltenden Regelungen zur Bildung von Rückstellungen und von Deckungskapital für Altersversorgungsansprüche sollen in entsprechender Anwendung auch für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen gelten.

(B) Stellungnahme

Die für Krankenkassen geltenden Regelungen des § 171e SGB V und des § 12 Absatz 1 und 1a Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung sehen den Aufbau von Deckungskapital für Altersversorgungszusagen über einen Zeitraum bis zum 31.12.2049 vor. Damit wird eine finanzielle Überforderung vermieden. Dies ist auch für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen sachgerecht, der von den Krankenkassen finanziert wird.

(C) Änderungsvorschlag

keine Änderung

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 04.05.2011
zum Fraktionsentwurf der CDU/CSU und FDP zum Gesetz zur
Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze
vom 22.03.2011 (Drucksache 17/5178)



Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 6 (§ 282 – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Kranken-
kassen)

(A) Beabsichtigte Neuregelung

Die für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen beabsichtigte Neurege-
lung nach Nr. 5 soll auch für den Medizinischen Dienst des Spitzenverban-
des Bund der Krankenkassen gelten.

(B) Stellungnahme

Siehe Stellungnahme zu Artikel 3 Nr. 5 (§281)

(C) Änderungsvorschlag

keine Änderung

Artikel 4 (Änderung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes)
Nr. 1 und 2 (Artikel 5 und Artikel 46)

(A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit Inkrafttreten des GKV-Finanzierungsgesetzes zum 1. Januar 2011 ist das mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführte Konzept der Weiterleitungsstellen im Hinblick auf die neue Finanzstruktur der GKV nicht mehr erforderlich und soll daher nicht weiterverfolgt werden (Nummer 1). Die Inkrafttretensregelung wird aufgehoben (Nummer 2).

(B) Stellungnahme

Der Gesetzgeber hatte die im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vorgesehene Einführung von Weiterleitungsstellen zum 1. Januar 2011 mit dem Dritten SGB IV-Änderungsgesetz auf den 1. Januar 2012 verschoben, um die Beratungen zum GKV-Finanzierungsgesetz und die sich daraus ergebenden Konsequenzen für das Konzept der Weiterleitungsstellen abzuwarten und zu überprüfen. Dabei hat sich gezeigt, dass die Weiterleitungsstellen in der gesetzlich vorgesehenen Form im Hinblick auf die neue Finanzierungsstruktur der GKV nicht erforderlich sind.

Die Abkehr von dem in § 28f Abs. 4 SGB IV vorgesehenen Konzept der Weiterleitungsstellen vermeidet zudem den Aufbau von verwaltungsaufwändigen Doppelstrukturen und ist deshalb folgerichtig.

Weiterleitungsstellen sollten alle Meldungen zur Sozialversicherung und die Beitragsnachweise der Arbeitgeber annehmen und an die zuständigen Einzugsstellen weiterleiten sowie die Gesamtsozialversicherungsbeiträge entgegennehmen und arbeitstäglich an die in § 28k SGB IV genannten Stellen, u. a. den Gesundheitsfonds, überweisen, soweit Arbeitgeber dies beantragen. Die bisherigen Einzugsstellen bleiben parallel mit vollständiger Funktionalität bestehen.

Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz werden die Funktionalitäten der heutigen Einzugsstellen erheblich ausgeweitet. Die Kommunikation zwischen Arbeitgebern und Krankenkassen wird deutlich intensiviert. Für die Abwicklung des Sozialausgleichs werden in großem Umfang Einkommensprüfungen notwendig. Die Arbeitgeber benötigen für jeden Beschäftigten die Information darüber, ob dieser über anderweitige beitragspflichtige Einnahmen, z. B. Renten oder Versorgungsbezüge verfügt, um einen korrekten Sozialausgleich durchführen zu können. An dieser Stelle haben die Krankenkassen die Arbeitgeber umfänglich zu unterstützen. Weiterleitungsstellen könnten in der gesetzlich vorgesehenen Form diese Unterstützung nur sehr schwer leisten. Damit ist die Sinnhaftigkeit der Einführung der geplanten Weiterleitungsstellen durch das GKV-Finanzierungsgesetz in Frage gestellt. Es würden letztlich nur kostenintensive Parallelstrukturen geschaffen.

(C) Änderungsvorschlag

keine Änderung

Artikel 5 (Krankenhausentgeltgesetz)

(§ 10 Abs. 12 Vereinbarungen auf Landesebene – Regelungen zum Pflegekräftesonderprogramm)

(A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung stellt klar, dass bei der Überführung der Kosten für die im Rahmen des Pflegekräftesonderprogramms zusätzlich eingestellten Pflegekräfte in den Landesbasisfallwert 2012 die Obergrenze nach Absatz 4 (Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V) nicht zur Anwendung kommt.

(B) Stellungnahme

Im Rahmen des Pflegekräftesonderprogramms fließen den Krankenhäusern in den Jahren 2009 – 2011 zusätzliche Mittel zur Finanzierung von bis zu 17.000 zusätzlichen Pflegekräften zu. Im Jahr 2012 sind die Finanzierungsbeträge für die Neueinstellungen im Landesbasisfallwert einzurechnen. Eine Kappung der einzubeziehenden Mittel wäre nicht sachgerecht. Allerdings ist ebenfalls klarzustellen, dass in die Landesbasisfallwerte ausschließlich die Finanzmittel für tatsächlich eingestelltes Pflegepersonal einzurechnen sind. Da die Informationen über den tatsächlichen Umsetzungsstand des Pflegekräftesonderprogramms jedoch erst im Frühjahr 2012 vorliegen werden, kann diese Information erst in den Verhandlungen für den Basisfallwert 2013 berücksichtigt werden. Die Landeskrankenhausesellschaft hat die tatsächlich geschaffenen Stellen auf Basis der Testate nach § 4 Abs 10 Satz 11 KHEntgG gegenüber den Krankenkassenverbänden nachzuweisen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 04.05.2011
zum Fraktionsentwurf der CDU/CSU und FDP zum Gesetz zur
Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze
vom 22.03.2011 (Drucksache 17/5178)



(C) Änderungsvorschlag

Dem § 10 Absatz 12 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Wurden die den eingerechneten Finanzierungsbeträgen zugrunde liegenden Personalstellen ganz oder teilweise nicht besetzt, sind die Budgetanteile in Höhe der nicht entstandenen Personalkosten in dem ab dem 1. Januar 2013 geltenden Basisfallwert vollständig auszugleichen. Die Landeskrankenhausgesellschaft hat den Umsetzungsstand auf Basis der Testate nach § 4 Abs. 10 Satz 11 nachzuweisen.“

Artikel 6 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 (§ 97c – Qualitätssicherung durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.)

(A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der beabsichtigten Neuregelung werden die notwendigen Datenverarbeitungsbefugnisse für den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung im Falle eines eigenständigen Prüfrechts geschaffen.

(B) Stellungnahme

Mit der beabsichtigten Neuregelung bleibt offen, wer die datenschutzrechtliche Aufsicht über den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung trägt. Hierzu bedarf es einer Regelung.

(C) Änderungsvorschlag

Sollte ein eigenständiges Prüfrecht für den Prüfdienst des PKV-Verbandes gesetzlich gewollt sein, wäre in Verbindung mit dem Regelungsvorschlag zu § 97c eine Klarstellung wünschenswert, wer die datenschutzrechtliche Aufsicht über den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung trägt.

Artikel 6 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 (§ 114 Abs. 1 Satz 1 – Prüfrecht des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung)

(A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur Durchführung einer Qualitätsprüfung erteilen die Landesverbände der Pflegekassen dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung im Umfang von 10 Prozent aller Prüfaufträge einen Prüfauftrag.

Die Quote von 10 Prozent bezieht sich ausweislich der Gesetzesbegründung auf das gesamte Bundesgebiet; abweichende Quoten in den jeweiligen Zuständigkeitsbereichen der Landesverbände der Pflegekassen sind möglich.

(B) Stellungnahme

Für die Qualitätsprüfungen ist sicherzustellen, dass nach einheitlichen Kriterien und gleichen Maßstäben geprüft wird und die erforderlichen Daten zusammengeführt werden. Allerdings sollte die Klarstellung und Präzisierung der Beteiligungsrechte des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. aus gesetzessystematischen Gründen in § 114a SGB XI erfolgen.

Ein eigenständiges Prüfrecht des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung ist hierfür nicht zwingend erforderlich. Ergänzend ist der Bezug einer Prüf- bzw. Beteiligungsquote auf das gesamte Bundesgebiet abzulehnen. Die Quote könnte dadurch in einzelnen Bundesländern unter- bzw. überschritten werden, was in der Konsequenz eine unterschiedliche Belastung der Landesverbände der Pflegekassen im Hinblick auf die Finanzierung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung bedeuten würde.

Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 04.05.2011
zum Fraktionsentwurf der CDU/CSU und FDP zum Gesetz zur
Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze
vom 22.03.2011 (Drucksache 17/5178)



(C) Änderungsvorschlag

Eine Klarstellung der Beteiligungsausgestaltung für den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung bei gemeinsamen Prüfungen mit den MDK sollte in § 114a SGB XI herbeigeführt werden. Wenn aber der Gesetzgeber an einem eigenständigen Prüfrecht des Verbandes der privaten Krankenversicherung festhält, ist sicherzustellen, dass nach einheitlichen Kriterien und gleichen Maßstäben geprüft wird und die erforderlichen Daten zusammengeführt werden. Die Prüf- bzw. Beteiligungsquote ist für alle Bundesländer einheitlich auf jeweils 10 Prozent festzuschreiben.

Artikel 6 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4d (§ 114a Abs. 5 – Regelungen zur Kostenbeteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung bei Unterschreitung der Prüfquote von 10 Prozent)

(A) Beabsichtigte Neuregelung

Sofern der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung die Prüfquote von 10 Prozent aus von ihm oder dem Verband der privaten Krankenversicherung zu vertretenden Gründen unterschreitet, hat sich der Verband der privaten Krankenversicherung anteilmäßig an den Kosten der Qualitätsprüfungen zu beteiligen. Zur Ermittlung des ggf. zu entrichtenden Finanzierungsanteils soll das Bundesversicherungsamt die Einhaltung der Prüfquote und die Höhe der durchschnittlichen Prüfkosten im Wege einer Schätzung in Abstimmung mit dem Verband der privaten Krankenversicherung feststellen.

(B) Stellungnahme

Mit der beabsichtigten Neuregelung würde eine Kostenbeteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung bei Unterschreitung der Prüfquote von 10 Prozent eine Prüfung, Feststellung und Zuordnung der Unterschreitungsgründe erforderlich machen. Die Notwendigkeit einer jeweiligen Klärung der „Verschuldensfrage“ ist allein aus praktischen Erwägungen nicht nachvollziehbar.

Des Weiteren birgt eine Umsetzung dieser Regelung die Gefahr, dass die durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vorgesehene und bislang ausstehende finanzielle Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung aufgrund einer bislang nicht erfolgten Beteiligung an den Qualitätsprüfungen aufgehoben, zumindest aber strittig wird. Ein Zahlungsbescheid des Bundesversicherungsamts an den Verband der privaten Krankenversi-

cherung für den Zeitraum ab 1. Juli 2008 (ca. 10 Mio. Euro) ist bisher (Stand April 2011) nicht erfolgt. Es ist daher sicherzustellen, dass mit der beabsichtigten Neuregelung rückwirkend keine negativen finanziellen Auswirkungen auf den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung verbunden sind.

Da die Kostenbeteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung unmittelbare Auswirkungen auf das Finanzvolumen der sozialen Pflegeversicherung und damit der Pflegekassen hat, ist der GKV-Spitzenverband – auch aus Gründen der erforderlichen Transparenz – gleichermaßen wie der Verband der privaten Krankenversicherung in die Abstimmungen mit dem Bundesversicherungsamt einzubeziehen.

(C) Änderungsvorschlag

Vor dem Hintergrund der erforderlichen Rechtssicherheit ist die Ergänzung in § 114a Abs. 5 Satz 1 SGB XI „...aus Gründen, die von ihm oder dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zu vertreten sind, ...“ zu streichen.

§ 114a Abs. 5 Satz 2 SGB XI ist wie folgt zu fassen:

„Das Bundesversicherungsamt stellt jeweils am Ende eines Jahres die Einhaltung der Prüfquote oder die Höhe der Unter- beziehungsweise Überschreitung sowie die Höhe der durchschnittlichen Kosten von Prüfungen im Wege einer Schätzung in Abstimmung mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. und **dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen** fest und teilt **diesen** jährlich die Anzahl der durchgeführten Prüfungen und bei Unterschreitung der Prüfquote den Finanzierungsanteil der privaten Versicherungsunternehmen mit; ...“.

Artikel 6 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4e (§ 114a Abs. 5a Satz 1 – Vereinbarungen zwischen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung über die Zusammenarbeit bei der Durchführung von Qualitätsprüfungen)

(A) Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-Spitzenverband soll mit dem Verband der privaten Krankenversicherung das Nähere über die Zusammenarbeit bei der Durchführung von Qualitätsprüfungen durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung, insbesondere über Maßgaben zur Prüfquote, Auswahlverfahren der zu prüfenden Pflegeeinrichtungen und Maßnahmen der Qualitätssicherung vereinbaren.

(B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt grundsätzlich die Schaffung einer Rechtsgrundlage zur Ausgestaltung des Verfahrens auf Bundesebene hinsichtlich der Durchführung von Qualitätsprüfungen unter Beteiligung des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung mit dem Ziel einer einheitlichen Umsetzung der Prüfungen.

Vor dem Hintergrund der Notwendigkeit von bundeseinheitlichen Grundlagen für die Durchführung von Qualitätsprüfungen in Zusammenarbeit mit dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung sollte der Abschluss einer Vereinbarung über die Durchführung von Qualitätsprüfungen verpflichtend vorgesehen werden. Eine „Soll-Regelung“ birgt die Möglichkeit eines Nichtzustandekommens der vorgesehenen Vereinbarung, was angesichts des Ziels einer bundesweiten Einheitlichkeit des Prüfgeschehens nicht sinnvoll ist.

Im Hinblick auf länderbezogene Besonderheiten und Abstimmungsprozesse bei der Durchführung von Qualitätsprüfungen (Zusammenarbeit bspw. mit der Heimaufsicht, Logistik der Qualitätsprüfungen) sollten ergänzende Vereinbarungen zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung vorgesehen werden.

(C) Änderungsvorschlag

Artikel 6 Ziffer 4 Buchstabe e) § 114a Absatz 5a Satz 1 SGB XI soll wie folgt gefasst werden:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegeversicherung vereinbart mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. bis zum 31. Oktober 2011 das Nähere über die Zusammenarbeit bei der Durchführung der Qualitätsprüfungen durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., insbesondere über Maßgaben zur Prüfquote, Auswahlverfahren der zu prüfenden Pflegeeinrichtungen und Maßnahmen der Qualitätssicherung. Die Landesverbände der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. schließen ergänzende Vereinbarungen, soweit regionale Abweichungen bestehen.“

Artikel 6 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4g (§ 114a Abs. 7 Satz 7 – Geltungsbereich der Qualitätsprüfungs– Richtlinien)

(A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Qualitätsprüfungs–Richtlinien sind nach bestehendem Recht für die MDK verbindlich. Nunmehr sollen diese Richtlinien auch für den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung verbindlich gelten.

(B) Stellungnahme

Der GKV–Spitzenverband begrüßt die vorgesehene verbindliche Geltung der Qualitätsprüfungs–Richtlinien auch für den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung. Damit wird vor dem Hintergrund des Ziels einer Einheitlichkeit des Prüfungsgeschehens der Notwendigkeit von bundeseinheitlichen Grundlagen für die Durchführung von Qualitätsprüfungen Rechnung getragen.

(C) Änderungsvorschlag

keine Änderung

Artikel 6 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5 (§ 115 Abs. 1a, Satz 9–13 – Schiedsstellenregelung bei Nichteinigung der Vertragspartner hinsichtlich der Überarbeitung der Pflege-Transparenzvereinbarungen)

(A) Beabsichtigte Neuregelung

Nach geltendem Recht ist in § 115 Abs. 1a SGB XI lediglich die Möglichkeit der Anrufung der Schiedsstelle nach § 113b SGB XI vorgesehen, falls eine Festlegung über die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik (Pflege-Transparenzvereinbarungen) nicht zustande kommt. Mit der Neufassung der Sätze 9–13 wird nunmehr ein Konfliktlösungsverfahren für den Fall, dass eine Einigung über die Anpassung der Pflege-Transparenzvereinbarungen nicht zustande kommt, gesetzlich festgelegt.

(B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt, dass der Gesetzgeber beabsichtigt, einen Konfliktlösungsmechanismus zu etablieren. Unter Berücksichtigung des gegenwärtigen Verhandlungsstandes zur Anpassung der Pflege-Transparenzvereinbarungen, der weiterhin durch Dissens der Vertragspartner in wesentlichen Punkten gekennzeichnet ist, erscheint jedoch eine Schiedsstellenregelung wenig geeignet, ein fachlich und methodisch belastbares Ergebnis zu erzielen. Es ist davon auszugehen, dass die Kompromisslösung einer Schiedsstelle vergleichbarer Kritik begegnen würde wie die geltenden Pflege-Transparenzvereinbarungen.

Der GKV-Spitzenverband befürwortet daher eine Richtlinienkompetenz. Die Erweiterung der Richtlinienkompetenz des GKV-Spitzenverbandes für die Prüfung der Pflegequalität auf den Bereich der veröffentlichten Kriterien würde die Verantwortlichkeit für die externe Qualitätssicherung einschließlich der Veröffentlichung ihrer Ergebnisse beim GKV-Spitzenverband bün-

deln. Damit wäre gewährleistet, dass die Qualitätsprüfungs-Richtlinien und Pflege-Transparenzvereinbarungen – die inhaltlich in Beziehung stehen – auch systematisch einem gleichartigen Regelungsverfahren unter Wahrung der Beteiligungsrechte der Einrichtungen und Dienste unterliegen. Die die Praxis der Qualitätsprüfungen belastenden Kompetenz- und Verfahrensunterschiede im gegenwärtigen Nebeneinander von Qualitätsprüfungs-Richtlinien und Pflege-Transparenzvereinbarungen können damit aufgelöst und die in der Sache notwendige und im Sinne der Betroffenen dringliche qualitative Weiterentwicklung der Pflege-Transparenzvereinbarungen kurzfristig ermöglicht werden.

(C) Änderungsvorschlag

§ 115 Abs. 1a Satz 6 soll wie folgt gefasst werden:

„Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt als Richtlinie nach § 114a Abs. 7 in einem besonderen Teil die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 04.05.2011
zum Fraktionsentwurf der CDU/CSU und FDP zum Gesetz zur
Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze
vom 22.03.2011 (Drucksache 17/5178)



Artikel 7 (Inkrafttreten)

(A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 am Tag der Verkündung in Kraft.

(B) Stellungnahme

In der Folgewirkung des Änderungsvorschlags zu Artikel 6 Ziffer 4 Buchstabe e) § 114a Absatz 5a Satz 1 SGB XI soll Artikel 7 Absatz 1 geändert und Absatz 4 eingefügt werden.

(C) Änderungsvorschlag

„(1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2, 3 und 4 am Tag nach der Verkündung in Kraft.

(4) Artikel 6 Ziffer 3 tritt am 1. November 2011 in Kraft.“

III. Ergänzender Änderungsbedarf aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes

§ 34 Abs. 1 und 5 SGB V

Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

Änderungsvorschlag

Die Geltung von § 34 Abs. 1 SGB V wird entsprechend auf den Heilmittelbereich übertragen. Dazu wird § 34 Abs. 5 wie folgend gefasst:

„Absatz 1 gilt entsprechend für Heilmittel nach § 32.“

Begründung

Mit Artikel 3 a) des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AM-NOG) ist unter anderem § 34 Abs. 5 SGB V entfallen, der den Leistungsauschluss von Arzneimitteln, die der persönlichen Lebensführung dienen, auf Heilmittel überträgt.

Nach Rechtsauffassung des GKV-Spitzenverbandes entfällt dadurch unter anderem die Rechtsgrundlage für den Gemeinsamen Bundesausschuss, Heilmittel von der Versorgung auszuschließen, die beispielsweise zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz oder zur Regulierung des Körpergewichtes dienen.

Heilmittel, die aktuell nach Buchstabe c) der Anlage der Heilmittel-Richtlinie (HeilM-RL) der persönlichen Lebensführung zugeordnet und damit aus dem Leistungskatalog ausgeschlossen sind, können somit wieder von der Leistungspflicht der GKV umfasst sein. Zumindest aber ist der G-BA dazu verpflichtet, Anträge auf Aufnahme solcher Heilmittel in die HeilM-RL einer Prüfung nach § 138 SGB V zu unterziehen.

Unnötige Mehrausgaben für Heilmittel im Rahmen der persönlichen Lebensführung sollten vermieden werden.

IV. Stellungnahme zu den Änderungsanträgen der CDU/CSU und FDP (Ausschussdrucksache 17(14)0120)

Änderungsantrag 1

Zu Artikel 1
(Änderung des Infektionsschutzgesetzes)

(A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Arbeitgeber hat Mitarbeiter, die beruflich mit bestimmten Lebensmitteln in Kontakt kommen, künftig alle zwei Jahre (nicht mehr jährlich) erneut über die Pflicht zur Mitteilung bestimmter Krankheiten und das Tätigkeitsverbot bei Vorliegen dieser Erkrankungen zu belehren.

Die Verlängerung der Belehrungsfristen wird mit dem geringen Umfang der Belehrungsinhalte und einer Reduzierung von Bürokratielasten begründet.

(B) Stellungnahme

Aus Sicht des GKV–Spitzenverbandes sollten im Hinblick auf gesundheitliche Anforderungen an das Personal beim Umgang mit Lebensmitteln keine Abstriche gemacht werden. Die derzeit geforderte jährliche Wiederauffrischung des Wissens erscheint sachgerecht und angemessen.

(C) Änderungsvorschlag

Änderungsantrag 1 wird gestrichen.

Änderungsantrag 2

Zu Artikel 3 Nummer 4a -neu-

(§ 171d SGB V – Befristete Darlehensaufnahme durch den GKV-Spitzenverband
im Fall der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse)

(A) Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-Spitzenverband hat im Fall der Schließung oder Insolvenz einer Krankenkasse die Ansprüche der Versicherten und der Leistungserbringer zu befriedigen. Der größte Teil dieser Ansprüche ist kurzfristig zu erfüllen. Hierfür reichen die Betriebsmittel des GKV-Spitzenverbandes selbst bei kleineren Haftungsfällen nicht aus. Eine vorherige Refinanzierung der fälligen Forderungen der Gläubiger durch Umlagebescheide an die übrigen Krankenkassen der betroffenen Kassenart steht einer zeitgerechten Erfüllung dieser Verbindlichkeiten entgegen. Um das Vertrauen der Versicherten und Leistungserbringer in die Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zu beeinträchtigen, ist eine Erfüllung der Forderungen nach Fälligkeit sicherzustellen. Hierzu wird klargestellt, dass der GKV-Spitzenverband zur Zwischenfinanzierung ein Darlehen aufnehmen kann. Die Kosten des Darlehens sind von den betroffenen Mitgliedschaften zu tragen.

(B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung ermöglicht dem GKV-Spitzenverband die zeitgerechte Erfüllung der nicht durch vorhandenes Vermögen einer geschlossenen Krankenkasse gedeckten Ansprüche von Versicherten und Leistungserbringern. Dies ist eine unerlässliche vertrauensbildende Maßnahme in die Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung. Die gesetzlich vorgesehene Refinanzierung durch Umlage auf die übrigen Krankenkassen des Haftungsverbundes nimmt einen gewissen Zeitraum in Anspruch. Weder kann der GKV-Spitzenverband einen Umlagebescheid sofort fällig stellen, noch können die belasteten Krankenkassen diese Beträge sofort bereitstellen. Soweit die erforderlichen Betriebsmittel einer Krankenkasse zur Erfül-

lung ihrer Umlageverpflichtung nicht ausreichen, muss sie zunächst entweder einen Zusatzbeitrag erheben bzw. erhöhen oder eine finanzielle Hilfe nach § 265 b SGB V erhalten. Dies ist nicht innerhalb weniger Wochen möglich.

Der GKV-Spitzenverband wird im konkreten Anwendungsfall gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit durch ein Schließungskostengutachten nachweisen, dass die zur Erfüllung der Ansprüche von Gläubigern einer geschlossenen Krankenkasse notwendigen Mittel innerhalb des Fälligkeitszeitraumes tatsächlich nicht von den Mitgliedskassen des Haftungsverbundes aufgebracht werden können. Praktisch wird ein Kontokorrentkredit zu – aufgrund der gesetzlichen Refinanzierungspflicht der Mitgliedskassen des Haftungsverbundes – besonders günstigen Kosten in Anspruch genommen, mit dem noch zu leistende Kranken- und Mutterschaftsgeldzahlungen vorfinanziert, geprüfte Krankenhausrechnungen bezahlt und nach dem Schließungstag eingehende KV-Abrechnungen beglichen werden, um nur einige besonders relevante Beispiele zu nennen. Innerhalb weniger Monate wird der bis zum Zeitpunkt der Erstellung des Umlagebescheides aufgenommene Darlehensbetrag vollständig refinanziert. Beträge, die zwischen Erstellung und Fälligkeit des Umlagebescheides, geleistet wurden, werden mit dem nächsten Umlagebescheid vereinnahmt. Die Darlehensaufnahme ist auf längstens 12 Monate begrenzt.

Der aufgenommene Kontokorrentkredit erhöht die Verschuldung der GKV nicht, da dem Darlehensbetrag eine gleich hohe Forderung des GKV-Spitzenverbandes gegenüber den betroffenen Mitgliedskassen gegenübersteht.

Die Möglichkeit der Darlehensaufnahme durch den GKV-Spitzenverband verhindert, dass Versicherte und Leistungserbringer ihr Vertrauen gegenüber Krankenkassen verlieren, die als von Insolvenz oder Schließung gefährdet angesehen werden. Besteht die Gewissheit, dass Forderungen der Gläubiger im Falle der Insolvenz oder Schließung entsprechend ihrer Fälligkeit und ohne Wartezeit durch den GKV-Spitzenverband befriedigt werden, können zu befürchtende Auswüchse (übereilte Kündigungen, Behandlung nur gegen

Vorkasse, Diskriminierung von Versicherten potenziell bedrohter Krankenkassen) verhindert werden.

Diese Notwendigkeit endet nicht mit dem 30.06.2012. Da zum heutigen Zeitpunkt keine Aussage getroffen werden kann, ob und zu welchem Zeitpunkt in der ersten oder zweiten Jahreshälfte 2012 Kassenschließungen erfolgen könnten, stellt die zeitliche Befristung ein Risiko dar, das durch die Klarstellung der Darlehensaufnahmemöglichkeit gerade beseitigt werden soll. Auf eine Befristung dieser dauerhaft sinnvollen und notwendigen Regelung ist deshalb zu verzichten.

Die Klarstellung, dass die Kosten des Darlehens zu den Haftungsbeträgen gehören, die von den betroffenen Mitgliedskassen zu tragen sind, sollte in der gesetzlichen Regelung selbst, und nicht nur in der Begründung erfolgen.

Da § 171b Abs. 3 Satz 2 SGB V den Vorrang der Schließung vor der Insolvenz bestimmt, sollte die Darlehensaufnahmemöglichkeit, die somit in aller Regel im Rahmen einer Schließung zur Anwendung kommt, entsprechend im Rahmen des § 155 SGB V geregelt werden.

(C) Änderungsvorschlag

Im Änderungsantrag 2 wird die eingefügte Nummer 4a wie folgt gefasst:

Dem § 155 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach dieser Vorschrift oder nach § 171d Abs. 5 Satz 3 von Gläubigern einer Krankenkasse in Anspruch genommen, kann er zur Zwischenfinanzierung des Haftungsbetrags ein Darlehen aufnehmen. Die Aufnahme des Darlehens bedarf der vorherigen Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit, die nur erteilt werden darf, wenn der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nachweist, dass die Darlehensaufnahme erforderlich ist, um Ansprüche der Gläubiger innerhalb des Fälligkeitszeitraums zu erfüllen. Der Darlehensbetrag ist spätestens nach 12 Monaten zurückzuzahlen. Die Kosten des Darlehens gehören zu den Haftungsbeträgen, die von den betroffenen Mitgliedskassen zu tragen sind.“

Änderungsantrag 3

Zu Artikel 3 Nummer 4a

(§ 242 Abs. 5 SGB V – Kein Zusatzbeitrag für Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe)

(A) Beabsichtigte Neuregelung

Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen (Versicherungspflichtige nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 SGB V), werden von der Verpflichtung zur Zahlung des Zusatzbeitrags ausgenommen. In der Folge besteht auch kein Anspruch auf einen Sozialausgleich.

(B) Stellungnahme

Die Erweiterung des Katalogs der besonders schutzbedürftigen Personengruppen, von denen kein Zusatzbeitrag zu erheben ist, um die Versicherungspflichtigen nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 SGB V ist unter Hinweis auf die wirtschaftliche Vergleichbarkeit der Personengruppen untereinander sachgerecht. Die Regelung ist darüber hinaus in verfahrenspraktischer Hinsicht zu begrüßen, da sie eine anderenfalls erforderliche Unterscheidung/Kennzeichnung der in Rede stehenden Personen in den Meldeverfahren entbehrlich macht.

Darüber hinaus zeigt sich vor dem Hintergrund erster Erfahrungen mit der Erhebung des Zusatzbeitrages nachstehender ergänzender Änderungsbedarf hinsichtlich der in § 242 Abs. 4 SGB V angesprochenen Personengruppen:

1.

Nach § 242 Abs. 4 Satz 1 SGB V wird für Mitglieder, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II und nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder freiwillig versichert sind, der Zusatzbeitrag nach dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag erhoben, es sei denn, der kassenindividuelle Zu-

satzbeitrag ist niedriger. In der Regel handelt es sich um Personen, die Sozialgeld nach dem SGB II beziehen.

Bei der praktischen Umsetzung der Neuregelungen zum Zusatzbeitrag und zum Sozialausgleich sind vereinzelt Fälle aufgetreten, in denen Bezieher von Sozialgeld nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder freiwillig versichert sind. Vielmehr unterliegen sie bereits nach anderen Rechtsvorschriften der Versicherungspflicht. Hierzu gehören beispielsweise Sozialgeldbezieher, die gleichzeitig noch eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen und die erforderliche Vorversicherungszeit nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V erfüllen. Es erscheint gerechtfertigt, den vg. Personenkreis gleichermaßen von der bisherigen Regelung des § 242 Abs. 4 Satz 1 SGB V zu erfassen.

2.

Nach § 240 Abs. 4a SGB V richtet sich die Beitragsbemessung für bestimmte freiwillige Mitglieder nach 10 v. H. der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV (Anwartschaftsversicherte). Die insoweit abgesenkte Beitragsbemessungsgrundlage soll letztlich dem Umstand Rechnung tragen, dass diese Personen keinen Leistungsanspruch haben. Vor diesem Hintergrund ist es diesen Personen auf der einen Seite schwer zu vermitteln, dass sie zusätzlich zu dem geringen Anwartschaftsbeitrag einen vollwertigen Zusatzbeitrag zahlen sollen. Zum anderen erscheint es sozialpolitisch bedenklich, wenn diese Personen schon ab einem relativ geringen durchschnittlichen Zusatzbeitrag von einem Sozialausgleich profitieren sollen. Es wird deshalb vorgeschlagen, die Regelung des § 242 Abs. 5 SGB V zu erweitern und diesen Personenkreis von der Zahlung des Zusatzbeitrags auszunehmen. Gleichzeitig folgt damit auch der Ausschluss vom Sozialausgleich nach § 242b Abs. 6 SGB V.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 04.05.2011
zum Fraktionsentwurf der CDU/CSU und FDP zum Gesetz zur
Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze
vom 22.03.2011 (Drucksache 17/5178)



(C) Änderungsvorschlag

In § 242 Abs. 4 Satz 1 werden die Wörter „und nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 oder freiwillig versichert sind“ gestrichen.

In § 242 Abs. 5 SGB V wird in Satz 1 Nr. 4 das Wort „sowie“ gestrichen, in Nr. 5 wird nach dem Komma das Wort „sowie“ eingefügt und folgende Nr. 6 angefügt: „Mitglieder, deren Beiträge nach § 240 Abs. 4a bemessen werden“.

Änderungsantrag 4

Zu Artikel 3 Nummer 4b

(§ 242a Absatz 1 SGB V – keine Berücksichtigung von Personen, für die kein Zusatzbeitrag erhoben wird, beim durchschnittlichen Zusatzbeitrag)

(A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Berechnung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a Abs. 1 SGB V werden die Mitglieder, von denen die Krankenkassen nach § 242 Abs. 5 SGB V keinen Zusatzbeitrag erheben, nicht berücksichtigt.

(B) Stellungnahme

Bei der Berechnung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a SGB V wurde bislang die vom GKV-Schätzerkreis aufgezeigte Unterdeckung der voraussichtlichen Ausgaben der GKV im Folgejahr durch die von den voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds bestimmten Zuweisungen durch die Gesamtzahl der voraussichtlichen Mitglieder der GKV geteilt. Dieser durchschnittliche Zusatzbeitrag stellt den von der individuellen Wirtschaftlichkeit einer Krankenkasse und ihrer Vermögenssituation abstrahierenden Bedarf zur Erhebung eines Zusatzbeitrags infolge der Fondsunterdeckung dar. Unberücksichtigt blieb dabei bislang, dass nach § 242 Abs. 5 SGB V von rd. 1,5 Mio. Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen (Krankengeldbezieher, Elterngeldbezieher, behinderten Menschen in Einrichtung etc.) kein Zusatzbeitrag erhoben wird. Die vorgesehene Regelung stellt sicher, dass der Sozialausgleich auf Grundlage des Zusatzbeitrags erfolgt, der zum Ausgleich der vom GKV-Schätzerkreis prognostizierten Unterdeckung führt, wenn alle Mitglieder, von denen ein Zusatzbeitrag zu erheben ist, einen durchschnittlichen Zusatzbeitrag zahlen. Diese Regelung ist sachgerecht.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 04.05.2011
zum Fraktionsentwurf der CDU/CSU und FDP zum Gesetz zur
Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze
vom 22.03.2011 (Drucksache 17/5178)



(C) Änderungsvorschlag

keine Änderung

Änderungsantrag 5

Zu Artikel 3 Nummer 4c

(§ 242b Abs. 6 SGB V – Meldepflicht der Krankenkassen über den Bezug von Grundsicherung im Alter nach dem SGB XII an die den Beitrag abführenden Stellen)

(A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkasse hat der den Beitrag abführenden Stelle (z. B. dem Rentenversicherungsträger) ohne Angabe von Gründen mitzuteilen, dass für Mitglieder, die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII beziehen, für die Zeit des Sozialleistungsbezugs kein Sozialausgleich durchzuführen ist.

(B) Stellungnahme

Die Regelung dient der Umsetzung der Vorgabe in § 242b Abs. 6 Satz 1 SGB V, nach der Bezieher von Leistungen nach dem Dritten und Vierten Kapitel des SGB XII keinen Anspruch auf Sozialausgleich haben, weil nicht davon ausgegangen werden kann, dass die den Beitrag abführende Stelle über die entsprechende Information verfügt. Die Mitteilungspflicht setzt voraus, dass die Krankenkasse diese Information besitzt. Der Bezug von Hilfe zum Lebensunterhalt oder von Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII ist den Krankenkassen aber nur dann bekannt, wenn das Mitglied hierüber informiert. Mithin erfordert die Mitteilungspflicht der Krankenkasse zunächst die Kenntnis über den Bezug entsprechender Sozialleistungen des Mitglieds. Daher sollte neben der Mitteilungspflicht der Krankenkassen an die Beitrag abführenden Stellen gleichzeitig normiert werden, dass die Leistungsträger nach dem SGB XII den Krankenkassen den Leistungsbezug zu melden haben.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 04.05.2011
zum Fraktionsentwurf der CDU/CSU und FDP zum Gesetz zur
Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze
vom 22.03.2011 (Drucksache 17/5178)



(C) Änderungsvorschlag

Der dem § 242b Absatz 6 anzufügende Satz ist wie folgt zu fassen:

„Bezieht ein Mitglied Leistungen nach dem 3. oder 4. Kapitel des SGB XII oder endet der Bezug dieser Leistungen, meldet der Leistungsträger dies der Krankenkasse, bei der der Leistungsbezieher versichert ist, die ihrerseits den Beitrag abführenden Stellen ohne Angaben von Gründen Beginn und Ende des Zeitraumes mitteilt, in dem der Sozialausgleich nicht durchzuführen ist.“

Änderungsantrag 6

Zu Artikel 3 Nummer 9 – neu –

(Befugnisnorm für die Datenübermittlung zu Abrechnungszwecken im Rahmen der Selektivverträge und der integrierten Versorgung sowie der ambulanten Notfallbehandlung im Krankenhaus)

(A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Einführung des § 295a SGB V sollen die derzeitigen Regelungen zur Abrechnung von ambulanten ärztlichen Leistungen bei Selektivverträgen (§ 320 SGB V, der die Weitergeltung von § 295 Abs. 1b Satz 5 bis 8 SGB V bis zum 01.07.2011 regelt) über private Abrechnungsstellen ersetzt und entfristet werden.

(B) Stellungnahme

1) Der geplante Absatz 1 dieser Regelung sieht vor, dass für die nach den dort genannten Verträgen erbrachten Leistungen die teilnehmenden Leistungserbringer (also u. a. die Hausärzte), "die erforderlichen Angaben" an den "Vertragspartner auf Leistungserbringerseite" oder "an eine nach Absatz 2 beauftragte andere Stelle" übermittelt werden dürfen.

Dabei soll § 35 SGB I (Sozialgeheimnis) für die Vertragspartner auf Leistungserbringerseite "entsprechend" gelten. In Abs. 2 der Vorschrift findet sich die zusätzliche Regelung, dass die Regelung (d.h. die entsprechende Geltung des § 35 SGB I) für Auftragnehmer und Auftraggeber gelten soll. Auch wenn der Versuch, das für die Stellen nach § 35 SGB I geltende Datenschutzniveau auch auf die „Vertragspartner auf Leistungserbringerseite“ zu übertragen, begrüßenswert ist, muss gesehen werden, dass die Systematik der Aufteilung von öffentlichen Stellen, Stellen nach § 35 SGB I und nicht öffentlichen Stellen dadurch aufgeweicht wird. Kritisiert werden muss insbesondere die "entsprechende" Geltung des § 35 SGB I für die Auftragnehmer

der Vertragspartner auf Leistungserbringerseite, denn die Vertragspartner auf Leistungserbringerseite als verantwortliche Stellen haben gerade über die Verträge nach § 80 SGB X dafür zu sorgen, dass dort das Datenschutzniveau des § 35 SGB I und der §§ 67 – 85a SGB X eingehalten wird. Die Verpflichtung aus dem Sozialgeheimnis müsste sich somit auch und gerade aus der vertraglichen Regelung ergeben. Zudem wäre die Reichweite dieser „entsprechenden“ Geltung unklar.

Voraussetzung für die Datenübermittlung an eine beauftragte andere Stelle ist eine Information der Versicherten und deren schriftliche Einwilligung. Die Übermittlungsempfänger dürfen die erhaltenen Daten "nur zu Abrechnungszwecken verarbeiten und nutzen" und an "den jeweiligen Vertragspartner auf Krankenkassenseite" elektronisch weiterübermitteln. Der Vertragspartner auf Leistungserbringerseite darf "eine andere Stelle" mit der Abwicklung beauftragen, wobei § 80 SGB X mit der Maßgabe anwendbar sein soll, "dass Unterauftragsverhältnisse ausgeschlossen sind" und dass abweichend von § 80 Abs. 5 SGB X der gesamte Datenbestand eines Leistungserbringers an externe Dienstleister gegeben werden kann. In dem Vorschlag wird das damit begründet, dass § 35 SGB I nun auch für die Auftragnehmer der Vertragspartner auf Leistungserbringerseite, also in der Regel für bestimmte nicht-öffentliche Stellen gelten soll. Die Datenschutzaufsicht soll nach § 38 BDSG erfolgen.

Damit wird für zulässig erklärt, dass von dem Grundmodell der direkten Abrechnungsdatenübermittlung an die Krankenkassen abgewichen wird und der Vertragspartner auf Leistungserbringerseite nun einen privaten Dritten mit der Abrechnung beauftragen darf, an den die Leistungserbringer ihre Daten übermitteln. Eine Datenübermittlung zwischen Leistungserbringer und Vertragspartner der Krankenkasse bzw. von diesem beauftragte Stelle darf nur möglich sein, soweit die Beteiligten (Leistungserbringer, Krankenkasse und Versicherten) dieser ausdrücklich zugestimmt haben. Die Einhaltung der beim Abschluss von Selektivverträgen zu beachtenden gesetzlichen Vorgaben, insbesondere des Datenschutzes und des Wirtschaftlichkeitsgebots im Rahmen der vertraglichen Abrechnungsverfahren, lässt sich durch die

Krankenkassen nur sicherstellen, wenn sie zuvor diesem Abrechnungsweg vertraglich zugestimmt haben.

Die in Absatz 1 Satz 3 vorgesehene Datenübermittlung auf Datenträgern erscheint nicht mehr zeitgerecht, daher sollte nur noch eine elektronische Datenübermittlung vorgesehen werden.

Die Formulierung im aktuellen Gesetzesvorschlag ist hinsichtlich der Art der zu übermittelnden Daten und ihrer Verwendung nicht interpretationssicher: nach dem Wortlaut des Gesetzesvorschlags scheinen die übermittlungsfähigen Daten („erforderliche Daten nach den Vorschriften des 10. Kapitels“) unter Umständen weiter als die Möglichkeit, die Daten zu nutzen (übermittelte Daten dürfen nur zu Abrechnungszwecken genutzt werden.) Der Ausschluss der Gültigkeit von § 80 Abs. 5 SGB X ist abzulehnen. Auch wenn die Auftragnehmer der Vertragspartner auf Leistungserbringerseite zu Stellen „entsprechend“ § 35 SGB I erklärt werden, bleibt festzuhalten, dass es eben keine Stellen nach § 35 SGB I sind und sich die Beantwortung der Frage, welche Vorschriften gelten, und welche nicht, im interpretationsfähigen Raum befindet. Letztendlich muss, wie bei anderen Verträgen über die Datenverarbeitung im Auftrag auch, in erster Linie vertraglich festgelegt werden, was der Auftragnehmer zu beachten hat. Vor diesem Hintergrund scheint die Ausnahme sachlich nicht gerechtfertigt.

Diese Regelung ist daher zumindest in ihrer derzeitigen Fassung abzulehnen.

2) Die Regelungen dienen jedoch vor allem der Umsetzung von § 73b SGB V in der Fassung des GKV-OrgWG. Danach werden die Krankenkassen verpflichtet, ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung anzubieten, wobei den Hausarztverbänden ein Vertragsmonopol eingeräumt wurde.

Der GKV-Spitzenverband begrüßt die Möglichkeiten des Vertragswettbewerbes, lehnt den Kontrahierungszwang und das Vertragsmonopol der

Hausarztverbände jedoch weiterhin ab, weil sie den Grundsätzen des Vertragswettbewerbs widersprechen. Damit Selektivverträge eine echte Alternative zur bisherigen kollektivvertraglichen Versorgung darstellen können, muss den Vertragspartnern Vertragsfreiheit und entsprechender Gestaltungsspielraum für selektivvertragliche Möglichkeiten in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung eingeräumt werden.

(C) Änderungsvorschlag

§ 295a Abs. 1 SGB V ist wie folgt zu ändern/zum ergänzen:

In Satz 1, 1. Halbsatz wird vor dem Wort "befugt" folgender Halbsatz eingefügt: ", soweit in den genannten Verträgen vereinbart,"

In Satz 1, 1. Halbsatz werden die Wörter „auf Leistungserbringerseite“ durch die Wörter „der Krankenkasse“ ersetzt.

In Satz 3, 1. Halbsatz sind die Wörter „auf Leistungserbringerseite“ durch die Wörter „der Krankenkasse“ ersetzt.

Satz 3, 1. Halbsatz erhält folgende Fassung:

„Der Vertragspartner der Krankenkasse oder die beauftragte andere Stelle dürfen die übermittelten Daten nur nutzen, soweit dies für Abrechnungszwecke erforderlich ist.“

In Satz 3, ist der 2. Halbsatz wie folgt zu ändern:

„sie übermitteln die Daten im Wege elektronischer Datenübertragung an die jeweilige Krankenkasse“.

§ 295a Abs. 2 SGB V ist wie folgt zu ändern/zum ergänzen:

In Satz 1, 1. Halbsatz werden die Wörter „auf Leistungserbringerseite“ durch die Wörter „der Krankenkasse“ ersetzt.

Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Dabei hat die Krankenkasse unabhängig von der vertraglichen Regelung dafür Sorge zu tragen, dass die gesetzlichen Voraussetzungen der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten erfüllt sind.“

In Satz 3 – neu – 1. Halbsatz werden die Wörter „und dass abweichend von dessen Absatz 5 die Beauftragung einer nichtöffentlichen Stelle auch zulässig ist, soweit die Speicherung der Daten den gesamten Datenbestand erfasst“ gestrichen.

Satz 4, 1. Halbsatz wird wie folgt gefasst:

„Für Auftraggeber, die nicht zu den in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen gehören, gelten diese Vorschrift und die Vorschriften zum Sozialdatenschutz nach den §§ 67 – 85a SGB X entsprechend“.

§73b SGB V wird wie folgt ergänzt bzw. angepasst:

In Absatz 1 wird das Wort „haben“ durch das Wort „können“ und das Wort „anzubieten“ durch das Wort „anbieten“ ersetzt.

§ 73b Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„Zur flächendeckenden Sicherstellung des Angebots nach Absatz 1 können die Krankenkassen allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen Verträge schließen mit

1. Gemeinschaften, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirkes der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten,
2. vertragsärztlichen Leistungserbringern, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen,
3. Gemeinschaften dieser Leistungserbringer,
4. Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen, anbieten,
5. Kassenärztlichen Vereinigungen.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 04.05.2011
zum Fraktionsentwurf der CDU/CSU und FDP zum Gesetz zur
Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze
vom 22.03.2011 (Drucksache 17/5178)



§ 73b Absatz 4 Satz 2 wird gestrichen.

Änderungsantrag 7

Zu Artikel 6a (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)
Nr. 1 (§ 30 Absatz 4 Satz 2 – Datenmeldungen für das MRSA-
Korrekturverfahren)

(A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen werden verpflichtet, zur Durchführung des MRSA-Korrekturverfahrens neben Daten aus dem zweiten, auch Daten aus dem dritten der Korrektur vorausgehenden Jahr zu übermitteln.

(B) Stellungnahme

Zur Durchführung des MRSA-Korrekturverfahrens nach § 266 Abs. 6 Satz 6 SGB V sind neben den Versichertendaten des zu korrigierenden Ausgleichsjahres ebenfalls versichertenbezogene Informationen aus dem diesem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahr erforderlich. Die Datenmeldungen dieser beiden Berichtsjahre werden im Rahmen des MRSA-Korrekturverfahrens auf Pseudonymenebene verknüpft. Nach § 30 Abs. 3 RSAV erfolgt die Pseudonymisierung der MRSA-Datenmeldungen auf Basis eines schlüsselabhängigen Verfahrens mit jährlichem Schlüsselwechsel. Eine Verknüpfung beider Datenmeldungen kann dementsprechend nur stattfinden, wenn für deren Pseudonymisierung der gleiche Pseudonymisierungsschlüssel herangezogen wurde. Da der jährliche Schlüsselwechsel des MRSA-Pseudonymisierungsverfahrens zum 15. April eines Kalenderjahres erfolgt, ist sicherzustellen, dass die Datenmeldungen für das MRSA-Korrekturverfahren bis zu diesem Zeitpunkt durchgeführt wurden. Die beabsichtigte Neuregelung stellt nunmehr klar, dass die Datenmeldungen des dem zu korrigierenden Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres bis zu diesem Zeitpunkt an das BVA zu übermitteln sind.

Gleichermaßen ist es jedoch erforderlich, die Daten nach § 30 Absatz 1 Nummer 1, 2, 8 und 9 RSAV des zu korrigierenden Ausgleichsjahres aus den o. g. Gründen ebenfalls bis zu diesem Zeitpunkt an das BVA zu übermitteln. Die beabsichtigte Neuregelung verpflichtet lediglich zu der entsprechenden Meldung dieser Daten im Rahmen der Korrekturmeldung aller Daten nach § 30 Abs. 1 RSAV im zweiten des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres bis zum 15. August. Aufgrund des zwischenzeitlich stattgefundenen Schlüsselwechsels im MRSA-Pseudonymisierungsverfahren ist die zur Durchführung des MRSA-Korrekturverfahrens notwendige Verknüpfung der Datenmeldungen der zu berücksichtigenden Berichtsjahre damit nicht möglich. Daher ist eine Meldung der Daten nach § 30 Absatz 1 Nummer 1, 2, 8 und 9 RSAV für das zu korrigierende Ausgleichsjahr zwingend ebenfalls bis zum 15. April eines Kalenderjahres erforderlich.

Die Krankenkassen haben die o. g. Daten der Berichtsjahre 2008 und 2009 zur Durchführung des Korrekturverfahrens für den Jahresausgleich 2009 bereits unter Berücksichtigung der genannten Termine gemeldet. Um die Verwendung der bereits an das Bundesversicherungsamt weitergeleiteten Daten für eine Korrektur des Jahresausgleichs 2009 zu ermöglichen, ist u. E. sicherzustellen, dass diese Regelung frühzeitig und nicht erst mit dem Tag der Verkündung in Kraft tritt.

(C) Änderungsvorschlag

Im Änderungsantrag 7 wird im eingefügten Artikel 6a die Nr. 1 wie folgt gefasst:

In § 30 Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „beginnend mit dem Berichtsjahr 2006“ gestrichen und nach dem Wort „Jahres“ ein Komma und die Wörter „die Datenmeldungen nach Absatz 1 Nummer 1, 2, 8 und 9 bis zum 15. April des **zweiten und** dritten auf das Berichtsjahr folgenden Jahres“ eingefügt.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 04.05.2011
zum Fraktionsentwurf der CDU/CSU und FDP zum Gesetz zur
Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze
vom 22.03.2011 (Drucksache 17/5178)



Inkrafttreten:

"Artikel 6a Nummer 1 tritt am 1. Januar 2011 in Kraft."

Änderungsantrag 7

Zu Artikel 6a (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 2 (§ 40 Abs. 1 – wettbewerbsneutrale Regelung zur Umlegung der Unterschiedsbeträge zwischen den voraussichtlichen bereinigten Einnahmen des Gesundheitsfonds und den voraussichtlichen standardisierten Ausgaben der Krankenkassen im monatlichen Abschlagsverfahren)

(A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der Berechnung der mitgliederbezogenen Veränderung der Zuweisungen nach § 40 RSAV im monatlichen Abschlagsverfahren werden die Mitglieder, von denen die Krankenkassen keinen Zusatzbeitrag erheben dürfen, zukünftig nicht mehr berücksichtigt.

(B) Stellungnahme

Der Unterschiedsbetrag zwischen den voraussichtlichen bereinigten Einnahmen des Gesundheitsfonds und den voraussichtlichen standardisierten Ausgaben der Krankenkassen werden derzeit nach § 40 Abs. 1 Nr. 3 und 4 RSAV in Form eines Veränderungsbetrages je Mitglied auf die Krankenkassen umgelegt. Bei der beabsichtigten Neuregelung handelt es sich um eine Folgeänderung, die das Verfahren zur Berechnung der mitgliederbezogenen Zuweisungen nach § 40 RSAV in Einklang mit der im Rahmen des GKV-Finanzierungsgesetzes erfolgten Einführung des § 242a Absatz 1 i. V. m. § 242 Absatz 5 SGB V bringt. Diese Neuregelung führt zu einer wettbewerbsneutralen Umlegung des Unterschiedsbetrages auf die Krankenkassen im Rahmen des MRSA-Abschlagsverfahrens und entspricht demnach der Regelungsabsicht des bisherigen § 40 Abs. 1 Nr. 3 und 4 RSAV, angepasst an die zwischenzeitliche Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 04.05.2011
zum Fraktionsentwurf der CDU/CSU und FDP zum Gesetz zur
Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze
vom 22.03.2011 (Drucksache 17/5178)



(C) Änderungsvorschlag

keine Änderung

Änderungsantrag 7

Zu Artikel 6a (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 3 (§ 41 Abs. 2 – wettbewerbsneutrale Regelung zur Umlegung der Unterschiedsbeträge zwischen den Einnahmen des Gesundheitsfonds und den Ausgaben der Krankenkassen im Jahresausgleich)

(A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Aufteilung des Unterschiedsbetrages, der sich aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds und den GKV-Ausgaben ergibt, erfolgt zukünftig weiterhin auf Basis der Mitgliederzahl der Krankenkassen, jedoch ohne Berücksichtigung derjenigen Mitglieder, von denen die Krankenkassen keinen Zusatzbeitrag erheben dürfen.

(B) Stellungnahme

Der Unterschiedsbetrag zwischen den Einnahmen des Gesundheitsfonds und den Ausgaben der Krankenkassen wird derzeit mitgliederbezogen ermittelt und auf Grundlage der Mitgliederzahl der einzelnen Krankenkassen im Jahresausgleich umgelegt. Bei der beabsichtigten Neuregelung handelt es sich um eine Folgeänderung, die das Verfahren zur Berechnung der mitgliederbezogenen Zuweisungen nach § 40 RSAV in Einklang mit der im Rahmen des GKV-Finanzierungsgesetzes erfolgten Einführung des § 242 a Absatz 1 i. V. m. § 242 Absatz 5 SGB V sowie der beabsichtigten Neuregelung des § 40 Abs. 1 bringt. Die beabsichtigte Neuregelung ist jedoch hinsichtlich der Berücksichtigung der Mitglieder nach § 242 Abs. 5 SGB V dahingehend zu ändern, dass auch hier die jahresdurchschnittliche Zahl der Mitglieder berücksichtigt wird.

Ferner ist zu berücksichtigen, dass die beabsichtigte Neuregelung erst ab dem Jahresausgleich 2011 in Kraft treten kann, da die gesetzlichen Grundlagen des § 242 Absatz 5 SGB V erst ab dem Jahre 2011 gültig sind. Da jedoch

im Jahre 2011 der Schlussausgleich des Ausgleichsjahres 2010 durchgeführt wird, bedarf es einer entsprechenden Klarstellung.

(C) Änderungsvorschlag

§ 41 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 2 werden nach dem Semikolon die Worte „ab dem Jahresausgleich für das Jahr 2011 ist durch die jahresdurchschnittliche um die Mitglieder nach § 242 Absatz 5 des Fünften Sozialgesetzbuches verringerten Zahl der Mitglieder aller Krankenkassen zu teilen;“ angefügt.
- b) In Nummer 3 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und die Worte „das Ergebnis nach Nummer 2 ist ab dem Jahresausgleich für das Jahr 2011 für jede Krankenkasse mit der jahresdurchschnittlichen um die Mitglieder nach § 242 Absatz 5 des Fünften Sozialgesetzbuches verringerten Zahl ihrer Mitglieder zu vervielfachen;“ angefügt.

Zusätzlicher Änderungsbedarf zum Änderungsantrag 7
zu Artikel 6a – Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
Nr. 4 –neu– (§ 30 Abs. 2 Satz 2 RSAV – Erweiterung des Verwendungszweckes
der MRSA-Datenmeldungen)

(A) Vorschlag des GKV-SV für eine Neuregelung

Der Verwendungszweck der MRSA-Datenmeldungen wird auf die Aufstellung von Haushaltsplänen nach § 67 SGB IV durch die Krankenkassen, die Abschätzung von Haftungsrisiken nach § 171d SGB V durch den GKV-Spitzenverband sowie die Beurteilung der dauerhaften Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse nach § 172 Abs. 2 SGB V erweitert.

(B) Stellungnahme

Die Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches (MRSA) als zentrales Instrument zur Verteilung der Mittel des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen führt zu weitreichenden Konsequenzen in Bezug auf die Planung der kassenindividuellen Einnahmen und den Aufbau von Frühwarnsystemen sowie die damit in Verbindung stehende Bewertung von Haftungsrisiken bei drohender Insolvenz.

Während im Rahmen des bis einschließlich 2008 durchgeführten Alt-RSA-Verfahrens auf Basis der vom Bundesversicherungsamt bereitgestellten GKV-Daten kassenseitig eine kontinuierliche Analyse der RSA-Einnahmen und –Ausgaben und somit eine laufende Anpassung der kurz- und mittelfristigen Finanzplanung der Krankenkassen erfolgen konnte, fehlen hierfür derzeit entsprechende GKV-weite MRSA-Basisinformationen, da eine Verwendung der MRSA-Datenmeldungen für diesen Zweck in § 30 Abs. 2 Satz 2 RSAV nicht explizit genannt wird.

Die den Krankenkassen aktuell zur Verfügung stehenden Informationen sind nicht hinreichend, um auf Seiten der Krankenkassen eine Anpassung der laufenden Einnahmeplanung aufgrund neuer Ergebnisse des GKV-Schätzerkreises in Verbindung mit veränderten Versichertenstrukturen und der GKV-weiten Versicherten- und Morbiditätsentwicklung vorzunehmen. Diese notwendigen Informationen können nicht den amtlichen Grundlagenbescheiden des Bundesversicherungsamtes entnommen werden, da diese die o. g. Entwicklungen teils nur mit erheblicher zeitlicher Verzögerung, andernteils gar nicht berücksichtigen. Insbesondere für die Aufstellung von Haushaltsplänen nach § 67 SGB IV durch die Krankenkassen fehlen somit geeignete Grundlagen zur Einnahmeplanung und in der Folge für die Ermittlung eines ggf. erforderlichen Zusatzbeitrages.

Gleichermaßen kann eine Abschätzung von Haftungsrisiken bei drohender Insolvenz nach § 171d ff. SGB V durch den GKV-Spitzenverband sowie für die Beurteilung der dauerhaften Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse nach § 172 Abs. 2 SGB V ohne die Berücksichtigung veränderter Versichertenstrukturen und der GKV-weiten Versicherten- und Morbiditätsentwicklung auf Basis aktueller Datenmeldungen nach § 30 RSAV derzeit nur unzureichend genau durch den GKV-Spitzenverband erfolgen. Infolge dessen besteht die erhöhte Gefahr, dass eine Insolvenz und somit auch Haftungsrisiken nicht zeitnah erkannt bzw. fachlich ausreichend bewertet werden können.

Aus diesen Gründen ist es erforderlich, den Verwendungszweck der MRSA-Datenmeldungen auf die Aufstellung von Haushaltsplänen nach § 67 SGB IV durch die Krankenkassen, die Abschätzung von Haftungsrisiken nach § 171d SGB V durch den GKV-Spitzenverband sowie die Beurteilung der dauerhaften Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse nach § 172 Abs. 2 SGB V zu erweitern. Hierdurch wird insbesondere die Bereitstellung GKV-weiter, differenzierter Morbiditätsanalysen durch das BVA bzw. den GKV-Spitzenverband zur Verwendung für die genannten Zwecke ermöglicht.

(C) Änderungsvorschlag

Im Änderungsantrag 7 wird der eingefügte Artikel 6a um die folgende Nummer 4 -neu- ergänzt:

4. In § 30 Abs. 2 Satz 2 werden nach der Formulierung „Prüfung nach § 15a“ ein Komma und die Wörter „die Aufstellung von Haushaltsplänen nach § 67 SGB IV durch die Krankenkassen, die Abschätzung von Haftungsrisiken nach § 171d SGB V durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Beurteilung der dauerhaften Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse nach § 172 Absatz 2 SGB V“ eingefügt.

Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 04.05.2011
zum Fraktionsentwurf der CDU/CSU und FDP zum Gesetz zur
Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze
vom 22.03.2011 (Drucksache 17/5178)



V. Stellungnahme zum Antrag der Fraktion der SPD (Drucksache 17/4452)

Die SPD–Fraktion fordert in ihrem Antrag (II., 1 und 2) die Bundesregierung auf in allen deutschen Krankenhäusern Fachärzte für Hygiene und Hygienefachpflegekräfte in ausreichender Zahl einzusetzen und die Bundesländer darin zu unterstützen, eigene, den Anforderungen an die heutigen Arbeits- und Behandlungsabläufe in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen angepasste Hygieneverordnungen zu erlassen.

Stellungnahme

Die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) gibt Empfehlungen dazu ab, welche Zahl von Fachärzten für Hygiene und von Hygienefachpflegekräften in deutschen Krankenhäusern für erforderlich gehalten wird. Entsprechende überprüfbare Anforderungen an die Umsetzung in den Krankenhäusern sind über die Rechtsverordnung für Krankenhäuser nach § 23 Abs. 8 des Infektionsschutzgesetzes (in der Fassung des Gesetzentwurfs der Fraktionen der CDU/CSU und FDP vom 22. März 2011) festzulegen. Ergänzend weisen wir darauf hin, dass diese Umsetzung durch die Landesregierungen nach einem bundesweit gültigen Mindeststandard und auch innerhalb einer gesetzlich vorgegebenen Frist realisiert werden sollten.

VI. Stellungnahme zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Drucksache 17/5203)

Die Fraktion BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN fordert die Bundesregierung zu umfangreichen Änderungen des Infektionsschutzgesetzes auf. Unter anderem soll das Screening von RisikopatientInnen auf multiresistente Erreger bei Aufnahme in eine stationäre Einrichtung des Gesundheitswesens verpflichtend vorgeschrieben werden (II., 1).

Die Antibiotika-Resistenz-Strategie soll überarbeitet werden und weitere Maßnahmen, die einen rationellen Einsatz von Antibiotika in der medizinischen Behandlung und die Prävention von mit Antibiotika zu behandelnden Erkrankungen sollen gefördert werden (II., 2). Die Fraktion fordert weiter, ein gemeinsames Vorgehen der Bundesländer bei der Bekämpfung von nosokomialen Infektionen (II., 3). Die Bildung regionaler Netzwerke zur Bekämpfung multiresistenter Erreger soll unterstützt werden (II., 4). Die Vorgaben für die Verwendung von Antibiotika in der Tiermast sollen verschärft werden (II., 5).

Stellungnahme

Eine gesetzliche Verpflichtung, alle Risikopatientinnen und Risikopatienten in Deutschland auf multiresistente Erreger bei Aufnahme in eine stationäre Einrichtung zu testen, erscheint derzeit als zu weitgehend. Zum einen ist die Frage, was unter Risikopatientinnen und Risikopatienten zu verstehen ist, nicht eindeutig geklärt. Zum anderen ist die wissenschaftliche Evidenz-Lage hierfür noch nicht eindeutig genug.

Die Vorschläge, einen rationelleren Einsatz von Antibiotika in der medizinischen Behandlung zu fördern, ein gemeinsames Vorgehen der Bundesländer bei der Bekämpfung nosokomialer Infektionen zu ergreifen, regionale Netzwerke weiterhin zu unterstützen und Probleme in Zusammenhang mit der Verwendung von Antibiotika in der Tiermast zu klären, werden unterstützt.

VII. Stellungnahme zum Antrag der Fraktion DIE LINKE (Drucksache 17/4489)

Die Fraktion Die LINKE fordert die Bundesregierung zu umfangreichen Änderungen auf. Es soll eine grundsätzliche Meldepflicht für Infektionen mit multiresistenten Keimen eingeführt werden (II., 2). Ausreichend Lehrstühle für Hygiene sollen vorgehalten werden (II., 5).

Die Fraktion fordert im Krankenhaus die Voraussetzung zu schaffen, eine ausreichende Personalkapazität vorzuhalten, um die Versorgungsqualität zu verbessern und hygienische Mängel abzubauen. Darüber hinaus soll die Ausgestaltung von Vergütungsregelungen und Investitionszuschläge keinen Anreiz zur Umgehung von Richtlinien zur Hygiene bieten (II., 3 und 6). Zum kontrollierten Einsatz von Antibiotika soll eine geeignete Koordinierungsstelle unter Zuhilfenahme der medizinischen Fachgesellschaften Leitlinien zur richtigen Antibiotikaaanwendung erstellen (II., 7). Die Antibiotikaverwendung in der kommerziellen Tierhaltung soll auf das tiermedizinisch notwendige Maß beschränkt werden (II, 8).

Stellungnahme

Eine allgemeine Meldepflicht für alle Infektionen mit multiresistenten Keimen erscheint nicht sinnvoll. Sie würde definitorische und Abgrenzungsprobleme aufwerfen und sehr aufwendig sein.

Unterstützt wird die Forderung, dass die Länder auf eine ausreichende Zahl von Lehrstühlen für Hygiene an den Universitäten hinwirken sollen. Auch die Einordnung des Problems der Resistenzbildungen bei Bakterien in den Zusammenhang einer rationalen und auf das notwendige beschränkten Antibiotikatherapie sowie überzogene Antibiotikaverwendung in der kommerziellen Tierhaltung ist von Bedeutung. Deshalb sollten die Anstrengungen der Bundesregierung im Zusammenhang mit der Deutschen Antibiotika-Resistenzstrategie DART (Bun-

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 04.05.2011
zum Fraktionsentwurf der CDU/CSU und FDP zum Gesetz zur
Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze
vom 22.03.2011 (Drucksache 17/5178)



desministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz sowie Bundesministerium für Bildung und Forschung) intensiviert werden.

Zur Frage der zusätzlichen Kosten im Krankenhausbereich ist anzumerken, dass die Berechnung der Relativgewichte der fallpauschalierten Vergütung von stationären Leistungen auf empirischer Grundlage erfolgt, also auch unter Berücksichtigung der Aufwendungen der Krankenseite. Dies gilt sowohl für Sachkosten als auch für zusätzlich eingestelltes Personal. Darüber hinaus wird eine erfolgreichere Prävention nosokomialer Infektionen auch für das Krankenhaus Kosten sparen. Es mutet merkwürdig an, dass die Krankenhausesellschaft 400 Millionen Euro fordert, um einen vernünftigen Infektionsschutz umzusetzen. Gab die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) 2008 noch 52,6 Mrd. Euro für die stationäre Versorgung der gesetzlich Versicherten aus, überweist sie in diesem Jahr voraussichtlich bereits über 60 Mrd. Euro. Hinzu kommen noch Einnahmen aus der privaten Krankenversicherung, der Unfallversicherung und auch von ausländischen Patienten, die sich in Deutschland behandeln lassen. Angesichts der weiterhin überdurchschnittlichen Ausgabensteigerungen im stationären Bereich gibt es keinen Spielraum, um von den im GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) festgelegten Maßnahmen zur Verminderung der Mehrausgaben abzurücken.