

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0176(9)
gel. VB zur öAnhörung am 01.06.
16_Transplantationsregister
27.05.2016



Stellungnahme des IKK e.V. zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

Ausschussdrucksachen:

18(14)0172.1

18(14)0172.2

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

Stand 27.05.2016

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen	3
§ 92a Absatz 3 Satz 5 – Innovationsfonds	5
§ 269: Sonderregelung für Krankengeld und Auslandsversicherte	6
§ 31 Absatz 4 Satz 7: Anpassung des Klassifikationsmodells	9
§ 92e - Verfahren für die Umrechnung.....	11

Grundsätzliche Anmerkungen

In dieser Stellungnahme widmen wir uns den Regelungen zum Innovationsfonds, der Klarstellungen zu den Zuweisungen für Krankengeld und Auslandsversicherte im Risikostrukturausgleich und der Einführung einer gesonderten Berechnungsformel zur Überleitung der Pflegesätze im Bereich der Kurzzeitpflege. Auf eine Bewertung der Änderungsanträge zur Klarstellung zur Aussetzung von Zahlungen bei Fristüberschreitung in der Begutachtung und zur Ermittlung des Zeitanteils für Leistungen nach dem SGB V verzichten wir und verweisen auf die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes.

Die Regelung zum Innovationsfonds, die insbesondere die Übertragbarkeit der Fördermittel über die Förderperiode hinaus normiert, ist sachdienlich und entspricht einer seit langem vom IKK e.V. vertretenen Position. Die Innungskrankenkassen haben allerdings schon im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vorgeschlagen, jene Fördermittel, die aus dem Gesundheitsfonds kommen, prioritär zu verwenden, bevor die Mittel aus den Haushalten der Krankenkassen in Anspruch genommen werden. Der Rückfluss der nicht verausgabten Mittel sollte dann direkt an die Kassen erfolgen.

Die Regelungen zur Klarstellung zu den Zuweisungen für Krankengeld und für Auslandsversicherte im RSA sind zweckdienlich. Aufgrund des Urteils des Landessozialgerichtes Nordrhein-Westfalen vom 29. Oktober 2015 hätten sich für die Innungskrankenkassen für das laufende Ausgleichsjahr erhebliche finanzielle Belastungen ergeben. Für das IKK-System drohen auf Grund der unklaren Gültigkeit der in § 269 SGB V ausgeführten Sonderregelungen vor allem wegen der Krankengeldsonderregel Rückstellungen in beitragsatzrelevanter Höhe. Die Vermeidung dieses zusätzlichen finanziellen Risikos wird von uns ausdrücklich unterstützt. Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist die Regelung zu den Auslandsversicherten aber aus inhaltlichen Gründen für die Zukunft eher abzuschaffen als im Rahmen der vorliegenden Änderungsvorschläge auch noch rechtlich abzusichern.

Allerdings wirft insbesondere die Begründung der entsprechenden Normen Fragen nach dem Verhältnis des selbstverwalteten Systems der gesetzlichen Krankenversicherung zur staatlichen Verfügungsgewalt auf. Seit längerem ist eine Zunahme eines politischen Einflusses auf die Krankenkassen zu beobachten. Indem nun der Gesetzgeber darauf verweist, dass die Krankenkassen – festgehalten durch die einschlägige Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes – keine Träger von Grundrechten sind und daher für sie nicht das Gebot des Vertrauensschutzes gelte, manifestiert sich weiterhin ein politisches Bild, das die Krankenkassen mehr und mehr zu Institutionen der unmittelbaren Staatsgewalt macht. Vertrauensschutz ist auch für die Krankenkassen – vor allem

für deren Beitragszahler – gleichwohl eine Kategorie, der für die Zukunft dringend wieder Geltung verschafft werden muss. Denn Krankenkassen verfügen über im Rahmen der Sozialwahlen direkt legitimierte Handlungsorgane. Die Versicherten und die Arbeitgeber als Beitragszahler müssen über die gewählten Vertreter materiellen Einfluss auf wichtige Entscheidungen der Sozialversicherungsträger nehmen können und sich dabei auch sicher sein dürfen, dass ihre Interessen nicht im Dickicht von heute nicht antizipierbaren Erwägungen des Gesetzgebers zurückstehen müssen.

Wir hoffen, dass sich die Bundesregierung und der Gesetzgeber die in der Begründung dargelegten Ausführungen nicht dauerhaft zu Eigen machen. Sonst steht zu befürchten, dass zukunftsorientiertes und innovatives Handeln der Krankenkassen einem Diktat der Risikominimierung und Absicherung weichen muss.

Zu Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 - Konkretisierung der Buchungssystematik im Innovationsfonds

§ 92a Absatz 3 Satz 5 – Innovationsfonds

Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber will sicherstellen, dass die im Rahmen des Innovationsfonds bewilligten Mittel in die Folgejahre übertragen werden können. Die maximale Laufzeit der Projekte wird auf vier Jahre festgesetzt.

Bewertung

Eine Übertragbarkeit der Mittel über die Förderperiode hinaus ist grundsätzlich zu begrüßen. Die Innungskrankenkassen haben sich dafür auch in der Vergangenheit immer eingesetzt. Eine strikte Begrenzung der Projektlaufzeiten auf 2019 würde die Konstruktion des Innovationsfonds ins Leere laufen lassen und alle Kassen, die sich mit bereits vorliegenden Projekten innerhalb der ersten Förderphase bewerben, bevorteilen.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 – Klarstellung zu den Zuweisungen für Krankengeld und für Auslandsversicherte im RSA

§ 269: Sonderregelung für Krankengeld und Auslandsversicherte

Beabsichtigte Neuregelung

Durch die beabsichtigte Neuregelung wird klargestellt, dass die im Rahmen des GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetzes (GKV-FQWG) eingeführten Sonderregelungen zur Berechnung der Zuweisungen für das Krankengeld und für Auslandsversicherte im Risikostrukturausgleich vom Bundesversicherungsamt (BVA) schon ab dem Jahresausgleich für das Ausgleichsjahr 2013 zu berücksichtigen waren. Die Sonderregelungen wurden eingeführt, um die finanziellen Wirkungen der zeitgleichen Umstellung auf pro-Tag-Werte (Annualisierung der Leistungsausgaben Verstorbener) abzufedern.

Bewertung

Die vorgeschlagene Änderung ist vor dem Hintergrund des Urteils des Landessozialgerichtes Nordrhein-Westfalen vom 29. Oktober 2015 (Az.: L 5 KR 745/14 KL) grundsätzlich zu begrüßen. Da das Gericht die Kompetenz des Bundesversicherungsamtes, unterjährig eine Anpassung der Festlegungen nach § 41 Abs. 4 Satz 1 RSAV für das laufende Ausgleichsjahr vorzunehmen, in Abrede stellt, ergibt sich aus dem Urteil des LSG NRW für die Krankenkassen für die Ausgleichsjahre 2013 und 2014 eine erhebliche finanzielle Unsicherheit. Auch für das IKK-System drohen auf Grund der unklaren Gültigkeit der in § 269 SGB V ausgeführten Sonderregelungen vor allem wegen der Krankengeldsonderregel Rückstellungen in beitragsatzrelevanter Höhe. Die Vermeidung dieser zusätzlichen Belastung wird von uns ausdrücklich unterstützt. Dabei stellt aber die Bekräftigung der im GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetzes (GKV-FQWG) getroffenen Sonderregelung für Auslandsversicherte aus unserer Sicht die Verstärkung einer Fehleinschätzung dar, die eigentlich schnellstmöglich zu korrigieren wäre. Bereits vor der Einführung der Kappung der Zuweisungen für Auslandsversicherte haben wir darauf hingewiesen, dass die zugrundeliegende Kappungsgrenze in Gestalt der von den Krankenkassen verbuchten Ausgaben für Auslandsleistungen methodisch ungeeignet ist, das tatsächliche Ausgabenvolumen für Auslandsversicherte abzubilden. Die Deckelungshöhe bemisst sich nur unter Berücksichtigung einer Teilgröße, den Auslandskosten für Auslandsversicherte, während ein anderer Teil – die Inlandskosten – außen vor bleibt. Diese Betrachtungsweise ist aber deutlich zu kurz gegriffen.

Dieser Einschätzung folgen auch die Gutachter des auf Grundlage des § 269 Abs. 3 SGB V erstellten Gutachtens zu den Zuweisungen für Auslandsversicherte. Die aktuelle Kappungshöhe ist hochgradig willkürlich gewählt. Selbst die Gutachter räumen ein, dass letztlich über das Vorliegen und die Höhe einer Überdeckung für Auslandsversicherte nur spekuliert werden kann. Vielmehr ist weiterhin davon auszugehen, dass durch die Sonderregelung eher eine GKV-weite Unterdeckung des Ausgleichs für Auslandsversicherte, insbesondere für sogenannte Grenzgänger, geschaffen werden, und damit einhergehend erhebliche Anreize zur Risikoselektion entstehen. Es fehlt also an einem materiellen Grund sowie einer inhaltlich belastbaren Herleitung für die Einführung der per Sonderregelung vorgenommenen Begrenzung der Zuweisung.

Zudem hat der Gesetzgeber analog zur Veränderung der Zuweisungen gem. der Begründung zu § 40 Abs. 1 RSAV (Artikel 15, Nummer 9 Buchstabe a) eine mitgliederbezogene Verteilung des Überschreibungsbetrages auf die Krankenkassen beabsichtigt. Stattdessen wurde durch das BVA eigenmächtig eine explizit abweichende Verteilung umgesetzt, ohne den besonderen Wünschen des Gesetzgebers zum Umgang mit dem Überschreibungsbetrag für Auslandsversicherte Rechnung zu tragen. Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist die Regelung daher eher abzuschaffen als im Rahmen der vorliegenden Änderungsvorschläge auch noch rechtlich abzusichern.

Auch wenn die Innungskrankenkassen im vorliegenden Fall eine Legitimierung der Rückwirkung der Sonderregelungen befürworten, weil eine Umsetzung des Urteils des LSG NRW zu noch größerer Planungsunsicherheit für die vergangenen und laufenden Haushaltsjahre führen würde, ist in jedem Fall der in der Begründung dargelegte fehlende Anspruch auf Schutz durch das Rückwirkungsverbot des Art. 20 Abs. 3 GG für Krankenkassen kritisch zu bewerten. In der Konsequenz vermittelt die dargelegte Begründung eine deutliche Abkehr vom Bild des eigenverantwortlich handelnden Sozialversicherers Krankenkasse, denn letztlich werden die Interessen der handelnden Akteure an Vertrauensschutz und Planungssicherheit vollständig zugunsten von politischen Eingriffsmöglichkeiten negiert. Dies ist aus unserer Sicht mit der Konstruktion von Krankenkassen als selbstverwalteten Wettbewerbern unvereinbar. Krankenkassen mögen als mittelbare Staatsverwaltung zwar keinen eigenständigen Grundrechtsschutz genießen, sie verfügen allerdings über im Rahmen der Sozialwahlen direkt legitimierte Handlungsorgane. Die Versicherten und der Sozialpartner müssen über die gewählten Vertreter materiellen Einfluss auf wichtige Entscheidungen der Sozialversicherungsträger nehmen können und sich auch sicher sein können, dass ihre Interessen nicht im Dickicht von heute nicht antizipierbaren Erwägungen des Gesetzgebers zurückstehen müssen.

Wir hoffen, dass sich die Bundesregierung und der Gesetzgeber die in der Begründung dargelegten Ausführungen nicht dauerhaft zu Eigen machen. Sonst steht zu befürchten, dass zukunftsorientiertes und innovatives Handeln der Krankenkassen einem Diktat der Risikominimierung und Absicherung weichen muss.

Änderungsvorschlag

§ 269 Abs. 2 SGB V und § 41 Abs. 1 Satz 2 RSAV werden gestrichen.

Zu Artikel 2c (Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung)

Nr. 1

§ 31 Absatz 4 Satz 7: Anpassung des Klassifikationsmodells

Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Neuregelung wird das Bundesversicherungsamt verpflichtet, die Festlegungen nach § 31 Abs. 4 Satz 1 SGB V unterjährig anzupassen, sofern der Gesetzgeber eine Änderung noch für das laufende bzw. nicht abgeschlossene Ausgleichsjahr vorsieht.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen die engere Bindung des Bundesversicherungsamtes als ausführende Behörde an den erklärten Willen des Gesetzgebers. Gerade auf Grund der erheblichen finanziellen Folgen für Krankenkassen sind Anpassungen an den grundlegenden Berechnungsprinzipien des Risikostrukturausgleichs weitestgehend durch den Gesetzgeber selbst zu konzipieren. Der eigenständige Gestaltungsspielraum des BVA bei der Umsetzung der Risikostrukturausgleichsverordnung ist aus unserer Sicht zu minimieren.

Die vorgeschlagene Änderung ist im Kontext der bereits vorher angesprochenen Planungssicherheit für Krankenkassen insgesamt abzulehnen. Stattdessen sollte sie auf den konkreten Einzelfall der Sonderregelungen des GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetzes (GKV-FQWG) begrenzt bleiben. Eine Absicherung der mit dem FQWG eingeführten Sonderregelung ist vor dem Hintergrund der Annualisierung der Leistungsausgaben Verstorbener, die gleichzeitig mit den FQWG-Sonderregelungen umgesetzt wurde, sowie der bereits bestehenden Finanzplanung im vorliegenden Fall hinnehmbar. Es sollte aus unserer Sicht aber keine allgemein gültige Option für den Gesetzgeber geschaffen werden, in bereits laufende Ausgleichsjahre einzugreifen. Denn dadurch werden die grundlegendsten Interessen der Selbstverwaltung an einer effektiven Haushaltsplanung und -kontrolle der Krankenkassen systematisch erschwert. Wünschenswert wäre es deshalb, wenn sich der Gesetzgeber zukünftig stärker als bisher bemüht, seine Regelungsvorhaben im Kontext des Risikostrukturausgleiches explizit in Rechtsform zu formulieren statt wie bisher allzu oft wichtige Sachverhalte nur innerhalb der Begründung zu thematisieren.

Änderungsvorschlag

Nach Satz 6 werden folgende Sätze eingefügt:

„Die Festlegungen nach Satz 1 sind vom Bundesversicherungsamt nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen unterjährig anzupassen, soweit dies für die Umsetzung gesetzlicher Änderungen oder von Änderungen dieser Rechtsverordnung erforderlich ist, die nach der Bekanntgabe der Festlegungen, aber *vor dem 01.01.2015* in Kraft getreten sind.“

Zu Artikel 2a (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 92e - Verfahren für die Umrechnung

Beabsichtigte Neuregelung

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

Bewertung

Mit der Änderung wird eine Regelung für Leistungen der „eingestreuten“ und „solitären“ Kurzzeitpflege geschaffen. Durch die Einführung der beabsichtigten Neuregelung ist ein weiterer Aspekt zu berücksichtigen: Wird Kurzzeitpflege als „eingestreuete Kurzzeitpflege“ in vollstationären Pflegeeinrichtungen (z. B. für bis zu 10 % der vollstationären Platzzahl) erbracht, können die Pflegesätze in den Pflegestufen der vollstationären Einrichtung stets identisch mit denen der eingestreuten Kurzzeitpflege sein. Das ist bei identischer Leistungserbringung auch sachgerecht. Da die Auslastung bei einer Stichtagsbetrachtung im Rahmen des Umrechnungsverfahrens in der Kurzzeitpflege je nach Stichtag jedoch stark schwanken kann, wären sehr unterschiedliche Pflegesätze in einer Pflegeeinrichtung die Folge. Damit sind die Entgelte nicht mehr leistungsgerecht und begründbar.

Änderungsvorschlag

In § 92e Abs. 3a ist wie folgt zu formulieren:

„Basierte bis zum 30. September 2016 die Kalkulation der Pflegesätze für Leistungen der Kurzzeitpflege gemäß § 42 SGB XI auf den gleichen Kalkulationswerten, die auch der Kalkulation der Pflegesätze für vollstationäre Leistungen gemäß § 43 SGB XI zu Grunde lagen, gelten die für die vollstationäre Pflege für die Zeit ab dem 1. Januar 2017 gültigen Pflegesätze ebenso für Leistungen der Kurzzeitpflege, ohne dass es einer separaten Berechnung der Pflegesätze für Kurzzeitpflege bedarf.“