

# Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V.

---

vom 19. April 2017

zum

---

Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der  
Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitun-  
gen und zur Änderung anderer Vorschriften  
und fachfremden Änderungsanträgen

---

## I. Vorbemerkung

Die Betriebskrankenkassen begrüßen weitgehend die im Entwurf eines Gesetzes zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen vorgesehenen Änderungen. Sie befürworten ferner, dass mit den Änderungsanträgen zum Blut- und Gewebegesetz weitere Punkte aufgegriffen werden, die mehr Klarheit bzw. notwendige Änderungen generieren.

Als besonders positiv hervorzuheben sind die vorgesehenen Klarstellungen in Hinblick auf Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sowie zur Kontrolle der Qualitätsanforderungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Darüber hinaus begrüßen die Betriebskrankenkassen ausdrücklich, dass mit dem vorgesehenen Verzeichnis der in den Krankenhäusern und ihren Ambulanzen tätigen Ärzten die Transparenz und damit auch die Qualität der Versorgung gestärkt wird.

Kritisch betrachten die Betriebskrankenkassen hingegen die geplanten Veränderungen des **Artikel 9 Nr. 4 a und c** im Hinblick auf die vorgesehene Änderung des § 123 SGB XI zur Durchführung der **Modellvorhaben zur kommunalen Beratung Pflegebedürftiger** und ihrer Angehörigen. Auch wenn nunmehr unter bestimmten Voraussetzungen die Verantwortung für die Erbringung der Pflegeberatung nach §§ 7a bis 7c SGB XI begrüßenswerter Weise bei den Pflegekassen verbleiben kann, entspricht die weiterhin vorgesehene grundsätzliche Übertragungsmöglichkeit der innerhalb der Modellvorhaben zu übernehmenden Aufgaben durch die kommunalen Gebietskörperschaften an Dritte nicht der mit der Stärkung der Rolle der Kommune verbundenen Intention des Gesetzgebers, eine Beratung aus einer Hand zu ermöglichen.

Über die vorgesehene Änderung hinaus, die auf eine effiziente Mittelverwendung der Kommunen bei der Durchführung der Modellvorhaben abzielt, befürworten wir gesetzlich zu regeln, dass die erzielten Wirtschaftlichkeitsgewinne – soweit sich diese Einsparungen aus der Übernahme von Aufgaben der Pflegekassen und etwaiger verbundener Synergieeffekte generieren – auch den Pflegekassen zu Gute kommen kann.

Die Betriebskrankenkassen unterstützen ausdrücklich eine Klarstellung der Voraussetzungen für die Anwendbarkeit der **obligatorischen Anschlussversicherung** in §188 SGB V. Die vorgeschlagene Neuregelung in **Änderungsantrag 5** bezieht sich allerdings ausschließlich auf befristet beschäftigte Saisonarbeitnehmer. Die Einschränkung der Neuregelung auf diesen Personenkreis ist jedoch zu kurz gegriffen: bei Saisonarbeitnehmern handelt es sich nur um die Personengruppe, die jahreszeitlich bedingt wiederkehrend abhängig beschäftigt ist. Eine erhebliche Zahl ausländischer Arbeitnehmer, die

im Anschluss an die Beschäftigung in ihr Herkunftsland zurückkehren, sind jedoch jahreszeitenunabhängig beschäftigt. Auch das Erfordernis der befristeten Beschäftigung schränkt den betroffenen Personenkreis zu weit ein, denn nicht immer handelt es sich um befristete Arbeitsverhältnisse.

Gemessen am Ziel und mit Blick auf die Voraussetzungen der obligatorischen Anschlussversicherung bedarf es also einer Erweiterung des gekennzeichneten Personenkreises sowie einer Loslösung von der Befristung der Beschäftigung.

Eine Ausweitung des **DEÜV-Meldeverfahrens** ist ausdrücklich zu begrüßen.

Ob die vorgesehene **Informationspflicht** hingegen ihrem Ziel gerecht werden kann und damit den administrativen Aufwand rechtfertigt, ist zu bezweifeln und daher abzulehnen.

Die Betriebskrankenkassen bejahen den Grundsatz der Eigenfinanzierung der Krankenversicherung. Eine **Darlehensaufnahme** zur Deckung von Leistungsausgaben oder gar zur Subventionierung des Beitragssatzes wird strikt abgelehnt. Vor diesem Hintergrund war es richtig und notwendig, mit dem GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003 ausdrücklich ein Darlehensverbot zu formulieren. Differenziert sehen wir den Sachverhalt im Bereich der Investitionskostenfinanzierung. Gerade mit Blick auf das Gebot der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit, dem die GKV verpflichtet ist, ist es angesichts des gegenwärtigen Zinsniveaus oftmals günstiger, eine Immobilienmaßnahme via Darlehen zu finanzieren. Die Sonderregelung zur Ausnahme des Darlehensverbots für Eigeneinrichtungen, wie in **Änderungsantrag 6** vorgeschlagen, sollte daher erweitert werden. Sie sollte auch Krankenkassen - unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten und Genehmigungsvorbehalt - dieselben Möglichkeiten geben, zum Erwerb von Grundstücken sowie zur Errichtung, Erweiterung oder zum Umbau von Gebäuden Darlehen aufnehmen zu können.

Im Folgenden werden die aufgeführten Punkte im Detail kommentiert und Änderungsvorschläge unterbreitet.

## II. Detailkommentierung

### 1) Artikel 9 Nummer 1 und 4 a und c (§ 7a Absatz 7 SGB XI Pflegeberatung und §123 SGB XI Modellvorhaben der kommunalen Pflegeberatung)

Die Möglichkeit, dass die Verantwortung für die Erbringung der Pflegeberatung nach den §§ 7a bis 7c bei den Pflegekassen verbleiben kann, ist praxisgerecht. Eine ergänzende Vereinbarung nach § 7a Absatz 7 (n.F.) ist dafür allerdings nicht erforderlich und eine entsprechende Regelung damit entbehrlich, da § 123 Abs. 5 Satz 1 Nummer 1 und Nummer 2 bereits den Abschluss einer gemeinsamen und einheitlichen Vereinbarung mit den Landesverbänden der Pflegekassen über die Zusammenarbeit und die Einbeziehung bestehender Beratungsangebote vorsieht.

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

Die Regelung in Artikel 9 Nummer 4 c. ist grundsätzlich zu begrüßen, da sie die Kommunen zu einer effizienten Mittelverwendung motiviert und im Übrigen verhindert, dass die Einsparung von Sachmitteln zum Widerruf der Genehmigung des Modellvorhabens durch die oberste Landesbehörde führt. Allerdings sollte ergänzend gesetzlich geregelt werden, wie die erzielten Wirtschaftlichkeitsgewinne zu verwenden sind. Soweit sich die Einsparungen bei den sächlichen Mitteln aufgrund von Synergieeffekten im Zuge der Übernahme von Aufgaben der Pflegekassen ergeben, ist es nur sachgerecht, wenn auch die Pflegekassen davon profitieren. Entsprechendes wäre folglich in der Vereinbarung nach § 123 Abs. 5 SGB XI zu regeln.

#### Änderungsvorschläge für Artikel 9 Nummer 1 (§ 7a Abs.7 SGB XI)

Satz 2 ist zu streichen.

#### Änderungsvorschläge für § 123 SGB XI

Folgender Satz wird Absatz 1 angefügt:

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

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

Der Absatz 6 Satz 2 wird wie folgt ergänzt nach dem Wort „Aufgabe“:  
„Die Antragsteller können sich zur Erfüllung Ihrer Aufgabe **nach § 123 Abs. 1 Satz 5 Nr. 2 Dritter bedienen.**“

Absatz 6 Satz 3 wird gestrichen.

## **2) ÄA 5 – Zu Artikel 8 (§ 188 SGBV / Obligatorische Anschlussversicherung für ausländische Saisonarbeitnehmer)**

Der Großteil ausländischer Arbeitnehmer, die zum Zwecke der Beschäftigungsaufnahme aus dem Ausland nach Deutschland kommen, kehrt nach dem Ende der Beschäftigung in das Heimatland zurück. Soweit hier mangels eines Wohnsitzes oder ständigen Aufenthalts in Deutschland das deutsche Sozialrecht nicht gilt, besteht kein Anlass, eine obligatorische Anschlussversicherung durchzuführen. Bleibt im Einzelfall nach dem Ende der Beschäftigung ein ausländischer Arbeitnehmer in Deutschland, besteht regelmäßig eine Anschlussversicherung (z. B. aufgrund § 5 Absatz 1 Nummer 2 SGB V), so dass eine obligatorische Anschlussversicherung ebenfalls ausgeschlossen ist.

Gemessen am Ziel und mit Blick auf die Voraussetzungen der obligatorischen Anschlussversicherung bedarf es einer Erweiterung des Begriffs „Saisonarbeitnehmer“. Die Fokussierung auf befristete und jahreszeitlich bedingt wiederkehrend abhängig Beschäftigte Saisonarbeitnehmer, so z.B. Erntehelfer, ist unzureichend: Eine erhebliche Zahl ausländischer Arbeitnehmer, die im Anschluss an die Beschäftigung in ihr Herkunftsland zurückkehren, sind jahreszeitenunabhängig und insbesondere in folgenden Bereichen beschäftigt:

- Baugewerbe (u. a. bauwerksbezogene Beschäftigung)
- Pflege
- Schaustellergewerbe
- Gebäudereinigungsgewerbe

- Unternehmen, die sich am Auf- und Abbau von Messen und Ausstellungen beteiligen (u. a. veranstaltungsbezogene Beschäftigung)
- Fleischwirtschaft

Diese würden von der bisher geplanten Regelung nicht erfasst. Wegen der in den meisten Fällen erfolgenden Rückkehr ins Heimatland besteht hier jedoch dieselbe Problematik bezüglich der obligatorischen Anschlussversicherung wie bspw. bei Erntehelfern. Gleiches gilt für den Personenkreis der Grenzgänger mit Wohnort im Ausland.

Eine Neuregelung sollte also nicht auf die Personengruppe der jahreszeitlich bedingt wiederkehrend abhängig Beschäftigten Saisonarbeitnehmer beschränkt sein. Auch das Erfordernis der befristeten Beschäftigung schränkt den betroffenen Personenkreis zu weit ein. Nicht immer handelt es sich um befristete Arbeitsverhältnisse.

Daher ist vielmehr eine Bezugnahme in § 188 Absatz 4 Satz 1 SGB V auf den Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des SGB (§ 30 SGB I) sinnvoll. In der Praxis der Krankenkassen ist jedoch die fehlende Kenntnis des Wohnsitzes eines Mitglieds der Krankenkasse relevant. Daher schlagen die Betriebskrankenkassen vor, eine freiwillige Mitgliedschaft nach § 188 Absatz 4 Satz 1 SGB V nur durchzuführen, wenn der Krankenkasse ein Anscheinsbeweis dafür vorliegt, dass das Mitglied seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des SGB V hat. Kehrt der Beschäftigte in das Heimatland zurück, ist eine freiwillige Mitgliedschaft nach § 188 Absatz 4 SGB V schon nach derzeitiger Rechtslage ausgeschlossen.

Die beabsichtigte Erweiterung des DEÜV-Meldeverfahrens ist ausdrücklich zu begrüßen. Damit wird die Arbeit der Krankenkassen bei der Identifikation von ausländischen Beschäftigten, die nach dem Ende der Beschäftigung in ihr Heimatland zurückkehren, deutlich erleichtert.

Wird der betroffene Personenkreis, wie ausgeführt, erweitert, bedarf es entsprechend einer anderen Kennzeichnung des Personenkreises (an Stelle des vorgesehenen Kennzeichens für Saisonarbeitnehmer): Die Arbeitgeber sollten jeweils die Arbeitnehmer, die zum Zwecke der Übernahme einer Beschäftigung aus dem Ausland in die Bundesrepublik Deutschland zugezogen sind, sowie Arbeitnehmer, die ihren Wohnsitz im Ausland haben, aber eine Beschäftigung in der Bundesrepublik Deutschland ausüben, kennzeichnen.

Durch diese Regelung würde eine vollständige Identifizierung der relevanten Fälle gewährleistet und gleichzeitig der Aufwand dadurch reduziert, dass einzelfallbezogene Ermittlungen hierfür künftig die Ausnahme und nicht die Regel darstellen.

Mögliche Fehlversicherungen, die durch einzelne Krankenkassen in der Vergangenheit durch unzureichende Aufklärung der relevanten Fälle zustande gekommen sind, sind aufgrund ihrer finanziellen Konsequenzen für die gesamte GKV auch für Zeiträume vor einer gesetzlichen Neuregelung rückhaltlos aufzuklären.

Es ist anzunehmen, dass ausländische Beschäftigte ganz überwiegend nicht in der Lage sein werden, mangels notwendiger Sprachkenntnisse und fehlendem Bezug zum deutschen Sozialversicherungsrecht ein entsprechendes Hinweisschreiben der Krankenkasse zu verstehen. Daneben ist zu befürchten, dass die Informationsschreiben Adressaten in großer Zahl nicht erreichen, weil keine eigene Meldeanschrift der Betroffenen existiert. Darüber hinaus kann aufgrund der für Arbeitgeber geltenden Meldefristen die Beschäftigung bereits beendet sein, wenn das Schreiben der Krankenkasse eingeht. Die neu vorgesehene Hinweispflicht für Krankenkassen auf das Beitrittsrecht in § 188 Abs.4 Satz 7 SGB V ist deshalb abzulehnen, sie verursacht unnötig erhebliche Verwaltungskosten und Aufwände auf Seiten der Krankenkassen und Arbeitgeber.

#### Änderungsvorschläge für § 188 Absatz 4 SGB V:

##### Ergänzung Absatz 4 Satz 1 nach „das Mitglied“:

„Für Personen, deren Versicherungspflicht oder Familienversicherung endet, setzt sich die Versicherung mit dem Tag nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht oder mit dem Tag nach dem Ende der Familienversicherung als freiwillige Mitgliedschaft fort, es sei denn, das Mitglied **hat zu diesem Zeitpunkt keinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des SGB V** oder erklärt innerhalb von zwei Wochen nach Hinweis der Krankenkasse über die Austrittsmöglichkeiten seinen Austritt.“

##### Folgende Sätze 4 (NEU) werden im Absatz 4 nach Satz 3 angefügt:

„Ist der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthalt des Mitglieds weder bekannt noch ermittelbar, wird eine freiwillige Mitgliedschaft nach Satz 1 nur durchgeführt, wenn ein Anscheinsbeweis dafür vorliegt, dass das Mitglied seinen Wohnsitz oder seinen gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des SGB V hat. Bei Arbeitnehmern, die zum Zwecke der Übernahme einer Beschäftigung aus dem Ausland in die Bundesrepublik Deutschland zugezogen sind, sowie Arbeitnehmern, die ihren Wohnsitz im Ausland haben, aber eine Beschäftigung in der Bundesrepublik Deutschland ausüben, setzt sich die Versicherung nur dann nach Satz 1 fort, wenn diese Personen innerhalb von drei Monaten nach dem Ende der Versicherungspflicht ihren Beitritt zur freiwilligen Versicherung gegenüber ihrer bisherigen Krankenkasse erklären und ihren Wohnsitz oder ständigen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland nachweisen. Der Arbeitgeber

hat den in Satz 5 beschriebenen Personenkreis im Meldeverfahren nach § 28a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch gesondert zu kennzeichnen. Die Krankenkasse hat Personen nach Satz 5, nachdem der Arbeitgeber der Krankenkasse den Beginn der Beschäftigungsaufnahme gemeldet hat, unverzüglich auf das Beitrittsrecht und seine Nachweispflicht nach Satz 5 hinzuweisen.“

Der vorgesehene Abs.4 Satz 7 wird gestrichen

**3) ÄA 6 – Zu Artikel 8 Nummer 1 und 2 (§§ 65c, 220 SGB V /Ausnahme vom Darlehensaufnahmeverbot für Eigeneinrichtungen)**

Der Sachverhalt der Darlehensaufnahme ist differenziert zu betrachten:

Eine Darlehensaufnahme zur Deckung von Leistungsausgaben oder gar zur Subventionierung des Beitragssatzes ist kategorisch abzulehnen. Vor diesem Hintergrund war es richtig und notwendig, mit dem GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003 ausdrücklich ein Darlehensverbot zu formulieren.

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

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



### **Änderungsvorschlag für § 220 SGB V Absatz 1**

**Folgender Satz wird Absatz 1 angefügt:**

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

#### **4) ÄA 11 – Zu Artikel 8 (§293 Abs. 7 neu SGB V/Bundesweites Verzeichnis der in den Krankenhäusern und ihren Ambulanzen tätigen Ärzte)**

Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich das mit der Regelung vorgesehene Verzeichnis der in den Krankenhäusern und ihren Ambulanzen tätigen Ärzte. Im Sinne der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und insbesondere der Strukturqualität regen sie ergänzend an, in Satz 1 Nr. 6 neben der Fachrichtung auch die Schwerpunkte und Zusatzbezeichnungen nach der jeweils gültigen Musterweiterbildungsordnung aufzunehmen.

### **Änderungsvorschlag: Ergänzung in § 293 Abs. 7 S. 3 Nr. 6**

„[...]“

**6. Datum der Facharztanerkennung und Fachgebiet (Schwerpunkte, Zusatzbezeichnungen Musterweiterbildungsordnung),**

[...]“