

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0230(4)
gel. VB zur öAnhörung am 16.01.
2017_SVSG
10.01.2016



BUNDESVERBAND

Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie zur Stärkung der über sie geführten Aufsicht (GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz)

BT-Drucksache 18/10605

zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN

**Mit Beitragsgeldern der Versicherten sorgsam umgehen – Mehr
Transparenz und bessere Aufsicht über die Selbstverwaltung
im Gesundheitswesen**

BT-Drucksache 18/8394

zum Antrag der Fraktion DIE LINKE.

Patientenvertretung in der Gesundheitsversorgung stärken

BT-Drucksache 18/10630

Stand 09.01.2017

AOK-Bundesverband
Rosenthalerstr. 31
10178 Berlin

Tel. 030/ 3 46 46 – 2299
Fax 030/ 3 46 46 - 232

Inhalt

Gesetzentwurf der Bundesregierung	- 3 -
A. Zielsetzung	- 3 -
B. Allgemeine Bewertung	- 3 -
C. Bewertung der Regelungsbereiche	- 6 -
1. Erhebliche Einschränkung des Verantwortungsbereichs der Selbstverwaltung des GKV-Spitzenverbandes	- 6 -
2. Staatliche Kontrolle über die genannten Institutionen und den G-BA	- 7 -
3. Änderung des § 274 SGB V und des § 46 SGB XI	- 9 -
D. Änderungsvorschlag	- 10 -
Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	- 11 -
A. Zielsetzung	- 11 -
B. Bewertung	- 11 -
Antrag der Fraktion DIE LINKE	- 12 -
A. Zielsetzung	- 12 -
B. Bewertung	- 12 -

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie zur Stärkung der über sie geführten Aufsicht

(GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz), BT-Drucksache 18/10605

A. Zielsetzung

Mit dem vorliegenden Gesetzesvorhaben sollen bei den betroffenen Institutionen (KBV, KZBV, GKV-SV und MDS) die internen Kontrollrechte der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane geschärft und mehr Transparenz in dem Verwaltungshandeln der Institution geschaffen werden. Hierdurch sollen Kompetenzüberschreitungen und Unregelmäßigkeiten in der Geschäftsführung frühzeitig erkannt werden können.

Des Weiteren soll durch den vorliegenden Gesetzesentwurf auch die staatliche Kontrolle über die genannten Institutionen sowie den G-BA gestärkt bzw. geschärft werden. Die externe staatliche Kontrolle über die genannten Institutionen werde bisher – so die Begründung – vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) regelmäßig in Form der Rechtsaufsicht ausgeübt. Der Grundsatz der maßvollen Ausübung der Rechtsaufsicht finde seinen verfahrensrechtlichen Ausdruck in den Regelungen der §§ 88 und 89 SGB IV. Das danach vorgegebene eingeschränkte und gestufte Aufsichtsverfahren gewährleiste zwar regelmäßig ein rechtlich einwandfreies Verwaltungshandeln. Dieses Verfahren reiche in der Praxis jedoch häufig nicht aus. Der Gesetzesentwurf zielt daher vorrangig auf Fehlentwicklungen ab, denen das BMG mit neuen Eingriffsmöglichkeiten bestimmter entgegenzutreten können soll. Bei Rechtsverstößen soll es zielgerichteter und schneller einschreiten können. Hierzu sollen klarer gefasste gesetzliche Vorgaben zum Verwaltungshandeln (u.a. zum Haushaltswesen) dienen, die zugleich einen rechtssicheren und eindeutigeren Anknüpfungspunkt für das aufsichtsrechtliche Handeln geben sollen.

B. Allgemeine Bewertung

Das geplante Gesetz soll zwar – zumindest vordergründig – der Stärkung der Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der GKV und der Rechtsaufsicht durch das BMG dienen. Tatsächlich führt es jedoch zu einer massiven Einschränkung der Selbstverwaltungsautonomie bei den betreffenden Spitzenorganisationen, indem Gestaltungsfreiräume beschränkt und neue Aufsichtsbefugnisse geschaffen werden. Daher muss die Rechtmäßigkeit und Sachgerechtigkeit einer derart tiefgreifenden Veränderung des Selbstverwaltungs- und Aufsichtsrechts für diese Institutionen, insbesondere den GKV-Spitzenverband, in Frage gestellt werden. Der Gesetzesentwurf soll das staatliche Aufsichtshandeln als externe Kontrolle stärken, indem z.B. die präventive Aufsichtsführung durch neue repressive, aufsichtsrechtliche Eingriffsbefugnissen erweitert wird. Dies lässt befürchten, dass im Fokus der neuen gesetzlichen Vorgaben gar nicht das vorgeblich angestrebte Ziel der Stärkung der Selbstverwaltung und der über sie geführten Aufsicht steht, sondern vielmehr die gesellschaftliche Teilhabe an der Administration der Sozialversicherung als Steuerungsmechanismus geschwächt werden

soll. Mit dem vorliegenden Gesetzesvorhaben wird somit die Reichweite der Selbstverwaltungsautonomie infolge einer sich verändernden Bewertung von Selbstverwaltung - quasi durch die Hintertür – zugunsten staatlicher Kontrollbefugnisse beschnitten. Dies widerspricht dem Demokratie- und Rechtsstaatsprinzip.

Im Selbstverständnis der gesetzlichen Krankenversicherungen ist die Selbstverwaltungsautonomie tief verankert und als elementarer Bestandteil identitätsschaffend. Ihr autonomer Handlungsrahmen ist dadurch gekennzeichnet, dass unabhängig und fachweisungsfrei eine sach- und bedürfnisnahe Entscheidungsfindung erfolgt. Die Gestaltung der Gesundheitsversorgung entspricht auf diese Weise der Lebenswirklichkeit und Versorgungsnotwendigkeit. Die unterschiedlichen Perspektiven und Interessen von Versicherten und Arbeitgebern werden in fachlich fundierte, gemeinsame Positionen überführt. Diese Fundamente werden durch Überregulierung und die drohende Verlagerung elementarer Entscheidungsbefugnisse auf Externe erschüttert. Dabei nimmt der Gesetzgeber billigend in Kauf, dass die dringend notwendige Nähe zu den Trägern der Solidargemeinschaft ebenso verloren geht wie die klare Zuordnung von Verantwortlichkeiten.

Der Gesetzentwurf enthält neue aufsichtsbehördliche Befugnisse zur Vorgabe von Mindestinhalten für die Satzungen, zur nachträglichen Korrektur bereits genehmigter Satzungen oder von Beschlüssen mit einem Recht zur Ersatzvornahme, zur Anordnung eines offensichtlich am Wettbewerbsrecht orientierten, völlig unverhältnismäßig hohen Zwangsgeldes und zur Bestellung eines „Entsandes für besondere Angelegenheiten“. Hierin lassen sich klare und eindeutige Tendenzen einer Verschiebung von Aufsichtsbefugnissen hin zu einer staatsnäheren Durchführung von Sozialversicherung erkennen. Gleiches gilt für die Schaffung neuer, besonderer, über eine Rechtmäßigkeitsprüfung hinausgehenden Einwirkungsmöglichkeiten nach § 91 Absatz 4 SGB V im Bereich der Genehmigung von Geschäftsordnung und Verfahrensordnung des G-BA.

Mit den Leitbildern der sozialen Selbstverwaltung und der Organisationsverfassung der Sozialversicherungsträger sind die vorgesehenen Änderungen nicht in Einklang zu bringen. Dem BMG werden zu Lasten der Selbstverwaltung weitreichende Handlungsbefugnisse ohne die erforderliche abschließende Präzisierung eingeräumt, die die Funktion und den Stellenwert der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung grundlegend ändern. Nach dem Demokratie- und Rechtsstaatsprinzip wären derartige Änderungen unter größtmöglicher Schonung der vorrangigen Selbstverwaltung und an konkreten Missständen orientiert konkret zu formulieren. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die geplanten Regelungen das gewachsene und bewährte Verhältnis von Aufsicht und Selbstverwaltung überlagert. Die mit vorliegendem Gesetzentwurf zu befürchtende Aushöhlung der Selbstverwaltungsautonomie zugunsten der Effektivierung der staatlichen Aufsichtsführung stößt auf tiefgreifende rechtliche Bedenken; sie stellt insbesondere kein Mittel zur Stärkung der Handlungsfähigkeit der Spitzenorganisationen der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung dar.

Die Normadressaten sind nicht vergleichbar

Durch das Regelungskonglomerat soll eine Vereinheitlichung der staatlichen Aufsicht über die genannten Spitzenorganisationen bewirkt werden. Strukturell stellt sich die Aufgabe und Funktion der Selbstverwaltung des GKV-Spitzenverbandes als kostenträgerseitige Spitzenorganisation der Krankenkassen allerdings anders dar als die Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen im vertrags-(zahn-)ärztlichen Leistungsbereich. Beim GKV-Spitzenverband regeln Versicherten- und Arbeitgebervertreter als Betroffene und Beitragszahler die sie konkret betreffenden Belange im Verwaltungsrat selbst. Ziel ist u.a. die Gestaltung der Gesundheitsversorgung entsprechend der Lebenswirklichkeit und die Wahrung der Interessen der Versicherten und ihrer Arbeitgeber. Dabei entfalten ihre Beschlüsse regelmäßig Wirkung für alle rund 70 Millionen Versicherten. Bei den ärztlichen Interessenvertretungen hingegen bestehen die dem Verwaltungsrat vergleichbaren Vertreterversammlungen ausschließlich aus Entsandten der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Beschlüsse mit Wirkung für die rund 167.000 Vertragsärzte treffen. Auch wenn die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen die Versorgung der Versicherten sicherzustellen haben, sind diese in den Vertreterversammlungen nicht repräsentiert. Insofern sind die konstitutiven Merkmale von Selbstverwaltung, nämlich die Betroffenenmitwirkung (Partizipationsprinzip) und die eigenverantwortliche Aufgabenerfüllung (Staatsdistanzprinzip) beim GKV-Spitzenverband deutlich stärker ausgeprägt als bei den Spitzenorganisationen der Ärzte und unterliegen – insbesondere mit Blick auf das demokratische Legitimationsbedürfnis – einem höheren Schutzniveau, welches der Gesetzesentwurf völlig unberücksichtigt lässt.

Die – anlässlich konkreter Fehlentwicklungen auf Seiten der KBV – mit dem Gesetzesentwurf angestrebte aufsichtsrechtliche Gleichbehandlung der Selbstverwaltung des GKV-SV mit der der Spitzenorganisationen im vertrags-(zahn-)ärztlichen Bereich verkennt die notwendigen Grundlagen, die auf Seiten der GKV eine effektive Selbstverwaltung garantieren. Eine Vereinheitlichung der Aufsichtsrechte ist vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Aufgaben, Strukturen und Zusammensetzung der Selbstverwaltungsgremien abzulehnen.

Gesetzgeberischer Handlungsbedarf besteht nicht für alle fünf Institutionen

Der Gesetzesentwurf reagiert auf „neuere Entwicklungen“, die gezeigt hätten, dass die gesetzlichen Regelungen zu den internen und externen Kontrollmechanismen bei den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nicht mehr ausreichend seien, und denen die Aufsicht nicht immer „schnell und bestimmt entgegenzutreten“ konnte.

Die Vorgänge bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die damit offensichtlich zum Anlass genommen wurden, rechtfertigen aber nicht die durch den vorliegenden Gesetzesentwurf vorgesehene Schwächung der Selbstverwaltung des GKV-Spitzenverbandes und die weitere Übertragung von Entscheidungsrechten und Kompetenzen auf das aufsichtführende Ministerium. Dessen Arbeitsweise gibt insbesondere keinen Anlass für die vorgesehene Verschärfung der Aufsichtsrechte.

Die neuen gesetzlichen Vorgaben greifen vielfach die Regelungen auf, die für den GKV-Spitzenverbandes im Rahmen seiner Selbstverwaltungsautonomie eigenverantwortlich bereits geschaffen wurden. Dies macht gerade deutlich, dass gesetzgeberischer Handlungsbedarf für den GKV-Spitzenverband nicht besteht.

Die Begründung des Gesetzentwurfs bleibt eine Antwort darauf schuldig, warum für den GKV-Spitzenverband die Selbstverwaltungsautonomie und damit die Prinzipien der Partizipation und Beteiligung zugunsten einer stärkeren staatlichen Einflussnahme zurückgeführt werden müssen. Eine Vereinheitlichung aus Effizienzgesichtspunkten würde keine ausreichende Begründung für die einschneidenden Vorgaben darstellen.

Ungleichbehandlung der Sozialversicherungsträger vermeiden

Der Gesetzentwurf schafft spezialgesetzliche Regelungen für die fünf genannten Spitzenorganisationen. Mit Blick auf die übrigen Sozialversicherungsträger, insbesondere die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, führt der Entwurf für den GKV-Spitzenverband zu einer Ungleichbehandlung im Bereich funktionierender Selbstverwaltung mit ehrenamtlichen Mandatsträgern, die nicht notwendig und nicht gerechtfertigt ist. Dadurch wird ein Ungleichgewicht gegenüber den anderen Sozialversicherungszweigen, für die ebenfalls die Grundprinzipien der sozialen Selbstverwaltung und die gemeinsamen Vorschriften des Sozialgesetzbuches gelten, geschaffen, ohne dass hierfür eine ausreichend befriedigende Begründung gegeben wird.

C. Bewertung der Regelungsbereiche

1. Erhebliche Einschränkung des Verantwortungsbereichs der Selbstverwaltung des GKV-Spitzenverbandes

Die in dem Gesetzentwurf enthaltenen Änderungen der Regelungen zu den Organen, der Satzung und dem Verwaltungshandeln, mit denen die internen Kontrollbefugnisse des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes gestärkt werden sollen, entsprechen aus Sicht der AOK-Gemeinschaft bereits überwiegend der Verfahrenspraxis, wie sie durch die Satzung und die Geschäftsordnung autonom geregelt wurde. Die interne Kontrolle im Bereich der Selbstverwaltung der Spitzenorganisation für die Krankenkassen wird somit bereits auf der Grundlage der geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen in einem den beabsichtigten Neuregelungen entsprechenden Regelungsumfang eigenverantwortlich sichergestellt. Damit führen die geplanten Neuregelungen zu zusätzlichen Einschränkungen des Verantwortungsbereiches der Selbstverwaltung des GKV-Spitzenverbandes und seiner Satzungsautonomie, die nicht gerechtfertigt sind. Sie stärken damit keinesfalls das autonome Selbstverwaltungshandeln, sondern stellen starre Vorgaben dar, die zudem weitere Auslegungsfragen aufwerfen und Probleme in der rechtssicheren Anwendung und praktischen Umsetzung schaffen.

Dies wird beispielhaft deutlich durch die in dem Entwurf vorgesehene namentliche Abstimmung bei haftungsrechtlich bedeutsamen Sachverhalten, § 217b Abs. 1b SGB V. Laut Gesetzesbegründung werde durch eine geheime Abstimmung das Abstimmungsverhalten des ein-

zelen Gremienmitglieds verdeckt, das eine entscheidende Rolle für dessen individuelle Haftungsrollen spielt. Zur Stärkung der Verantwortung der Gremienmitglieder sollte das Prinzip der vertrauensvollen, sachbezogenen und offenen Auseinandersetzung gefördert werden. Mangels ausreichender Konkretisierung dieser Vorgabe muss jedoch eine erhebliche Behinderung des Selbstverwaltungshandelns befürchtet werden. Im Zusammenhang mit der Entscheidung, wann eine Abstimmung einen „haftungsrechtlich bedeutsamen Sachverhalt“ betrifft und somit zwingend namentlich zu erfolgen hat, bedarf es zukünftig einer vorherigen Festlegung. Diese dürfte regelmäßig eine Rechtsauslegung im Einzelfall voraussetzen. Wer den Abstimmungssachverhalt insoweit vorab prüft und die Abstimmungsform feststellt (Vorstand, Verwaltungsratsvorsitzende oder Verwaltungsrat selbst), bleibt jedoch völlig unklar. Dabei kommt der Entscheidung selbst eine nicht unbedeutende Rolle zu. Denn mit ihr schwebt über jeder Entscheidung des Verwaltungsrates die Gefahr, in Verkennung der haftungsrechtlichen Bedeutsamkeit der Entscheidung, als formal rechtswidrig eingestuft zu werden. Dies kann letztlich – neben möglichen Rechtsstreitigkeiten über diese Frage – auch zu Lasten der Planungssicherheit auf Basis getroffener Entscheidungen gehen.

Auch weitere, über das gegenwärtige Maß hinaus noch stärker formalisierende gesetzliche Regelungen des neuen § 217b SGB V, wie zum Beispiel zur Vorbereitung, Durchführung und Protokollierung von Sitzungen des Verwaltungsrates, stellen eine unverhältnismäßige Maßregelung dar, die im Falle des GKV-Spitzenverbandes in keinem angemessenen Verhältnis zum angestrebten Ziel stehen. Gleiches gilt, soweit durch das Gesetz in § 217 e SGB V neue Mindestvorgaben für die Satzung des GKV-SV geregelt werden. Diese Vorgaben bewirken eine ungerechtfertigte Einschränkung der Selbstverwaltungsautonomie und insbesondere der Rechte des Verwaltungsrates zur eigenständigen und eigenverantwortlichen Gestaltung seiner Gremienarbeit durch Satzungs- und Geschäftsordnungsregelungen dar. Diese Änderungen werden daher ebenfalls abgelehnt.

2. Staatliche Kontrolle über die genannten Institutionen und den G-BA

Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft rechtfertigen die in der Begründung des Gesetzentwurfs genannten Fehlentwicklungen - welche in einem konkreten Bereich der sozialrechtlichen Selbstverwaltung, der KBV, festgestellt wurden - die vorgesehene Ausweitung der staatlichen Kontrolle über den GKV-Spitzenverband und den G-BA nicht. Die geltenden Maßstäbe und Grenzen der staatlichen Rechtsaufsicht und die abgestuften behördlichen Verfahrensinstrumente wurden zu Gunsten der garantierten Selbstverwaltungsautonomie als tragendem Organisationsprinzip der Sozialversicherung ausgeformt. Sie ermöglichen bereits unter den geltenden Rahmenvorgaben ein zielgerichtetes und schnelles Einschreiten der Aufsicht bei etwaigen Fehlentwicklungen.

Besonders hervorzuheben sind daher einzelne Neuregelungen des Gesetzentwurfs, die dessen ungeachtet eine grundlegende und beschränkende Veränderung der Selbstverwaltungsautonomie bewirken:

Entsander für besondere Angelegenheiten

Die generalklauselhaft vorgesehene Befugnis der Aufsichtsbehörde, für die Wahrnehmung bestimmter Aufgaben beim GKV-Spitzenverband einen Entsandten zu bestellen, stößt in fachlicher und rechtlicher Hinsicht auf erhebliche Bedenken. Denn die Voraussetzungen zur Bestellung des Entsandten sind sehr gering und nicht hinreichend konkret. So genügt es nach § 217h Abs. 4 SGB V (neu), dass dem GKV-Spitzenverband zuvor aufgegeben wurde, innerhalb einer bestimmten Frist das Erforderliche selbst zu veranlassen. Da § 217 h Abs. 1 S. 2 SGB V (neu) lediglich Regelbeispiele vorsieht, für die ein Entsandter bestellt werden kann, ist es möglich, den Entsandten mit jeder beliebigen Aufgabe des GKV-Spitzenverbandes zu betrauen. Diese sehr weitreichende Aufsichtsbefugnis stellt einen massiven Eingriff in die Geschäftsführung dar und erscheint weder angemessen noch notwendig.

Besondere Aufsichtsmittel

Mit einer neuen Anordnungsbefugnis soll das BMG in Fällen, die durch das Gesetz nicht konkret geregelt sind (fehlerhafte Genehmigung oder „notwendige Änderung wegen nachträglich eingetretener Umstände“) nach einer vergeblichen Anordnung die erforderlichen Änderungen selbst vornehmen können. Auch Beschlüsse des Verwaltungsrates sollen anstelle des Verwaltungsrats von der Aufsichtsbehörde gefasst oder aufgehoben werden können. Klagen gegen die Anordnung und Maßnahmen der Aufsichtsbehörden sollen keine aufschiebende Wirkung haben. Auch hier werden erkennbar Regelungen undifferenziert auf den GKV-SV übertragen und eine Schwächung der Handlungsmöglichkeiten der paritätischen Selbstverwaltung zu Gunsten einer bloßen Vereinheitlichung bewusst in Kauf genommen. Der Anlass für derartige Regelungen ist allein im Bereich der Leistungserbringer zu finden. Die Befugnisnormen sind viel zu allgemein gehalten und zu weit gefasst. Vor dem Hintergrund, dass das BMG auf diese Weise Entscheidungen, die bisher die Selbstverwaltung autonom treffen konnte, an sich ziehen kann, ist es zwingend geboten, dass diese Befugnisnormen eng gefasst werden und nicht – wie der Gesetzentwurf dies vorsieht – als weitgefaste Generalklausel.

Zwangsgeld zur Vollstreckung von Aufsichtsverfügungen

Die neue gesetzliche Zwangsgeldhöhe gemäß § 217 d Absatz 3 SGB V, die bis zu 10 Mio. Euro (derzeit: 25 000 Euro) betragen und zugunsten des Gesundheitsfonds nach § 271 SGB V festgesetzt werden können soll, verdeutlicht erneut die mit dem Gesetzesvorhaben grundsätzlich verfolgten Ziele.

Hier wird ganz offensichtlich an eine bereits mit dem GKV-VSG zu § 71 Abs.6 SGB V geschaffene hohe Zwangsgeldregelung für die Verträge gemäß §§ 73b und 140a SGB V angeknüpft. Dabei wird jedoch offenbar übersehen, dass die seinerzeit erfolgte „Orientierung an entsprechenden Vorschriften des Wettbewerbsrechts“ „(vgl. § 86 a des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen)“ laut Gesetzesbegründung gerade für den Bereich der wettbewerbsrelevanten Verträge zur Rechtfertigung der Zwangsgeldhöhe herangezogen wurde.

Das nunmehr auch den GKV-Spitzenverband ein derartiges Zwangsgeld treffen können soll, zeigt zum einen, dass hier dem GKV-Spitzenverband ohne Anlass ein erhebliches Rechtsverletzungspotential unterstellt wird, zum anderen – was eklatant zu Tage tritt –, dass mit den neuen aufsichtsrechtlichen Eingriffsbefugnissen nunmehr auch einschränkend auf den Bereich der

nicht-wettbewerblichen Regelversorgung abgezielt wird. Dass hier nicht mit größtmöglicher Schonung der Selbstverwaltung und an konkreten Missständen orientiert vorgegangen werden soll, lässt die mit dem Gesetzentwurf verfolgte Zielrichtung einer systemumformenden Einschränkung der Selbstverwaltung erkennen. Nach dem Demokratie- und Rechtsstaatsprinzip bedarf jedoch die hierin zum Ausdruck kommende Systemänderung einer vorangehenden, grundlegenden normativen Entscheidung über Stellenwert und Funktion der sozialen Selbstverwaltung im Bereich der GKV.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Soweit im Bereich des GBA erweiterte aufsichtsbehördliche Anordnungs- und Ersetzungsbefugnisse geregelt werden sollen, wirkt sich dies – wenn auch gegenüber dem Referentenentwurf in abgeschwächter Form – als eine Verlagerung der Rechtsaufsicht des BMG zu einer Fachaufsicht in medizinisch-wissenschaftlichen Fragen aus. Dies ist ebenfalls abzulehnen.

Die rechtsaufsichtsbehördlichen Mitwirkungsrechte des BMG sind bereits von der Rechtsprechung anerkannt und bedürfen nicht einer derartigen, vorgeblich „klarstellenden“ und tatsächlich weiterhin nur generalklauselartigen („insbesondere zur Sicherstellung einer sach- und funktionsgerechten Ausgestaltung der Arbeitsweise“) Ausweitung. Die Befugnis des BMG soll sich auch auf Fälle erstrecken, in denen das BMG entsprechende Änderungen als erforderlich ansieht zur Sicherstellung einer sach- und funktionsgerechten Ausgestaltung der Arbeitsweise des G-BA in der Geschäftsordnung oder des Bewertungsverfahrens einschließlich der Bewertungsmaßstäbe in der Verfahrensordnung. Diese Eingriffsbefugnisse sollen sogar nachträglich anwendbar sein. Sie erstrecken sich über die Verfahrens- und Geschäftsordnung auf die Aufbauorganisation des G-BA, die Aufgabenzuordnung zu einzelnen Unterausschüssen oder den Geschäftsverteilungsplan zwischen den Unparteiischen. Unberücksichtigt bleibt jedoch, dass hierdurch erhebliche Rechtsunsicherheit drohen kann und die gesetzmäßige Aufgabenerfüllung der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen gefährdet wird. Betroffene könnten nicht (mehr) erkennen, ob die Inhalte der sie betreffenden Regelungen von den eigentlich hierzu befugten Gremien bestimmt und nach welchen Gesichtspunkten sie getroffen wurden.

3. Änderung des § 274 SGB V und des § 46 SGB XI

Die im Gesetzentwurf ebenfalls vorgesehene Ergänzung der §§ 274 SGB V, 46 SGB XI um eine Pflicht zur Vorlage und elektronischen Übermittlung von Standarddatensätzen, die vorab einseitig von den Prüfdiensten definiert werden, ist abzulehnen. Zukünftig sollen alle Krankenkassen zur Bereitstellung und Übermittlung von Daten in einer von den Prüfdiensten vorab definierten Form verpflichtet werden, unabhängig davon, ob diese Massendatenvorhaltung und –übermittlung für die jeweilige Prüfungsfragestellung eines Prüfdienstes relevant ist. Mangels ausreichender Differenzierung werden dabei weder die Interessen der unterschiedlichen Kas senarten noch die der Prüfdienste in den Ländern ausreichend berücksichtigt. Es fehlen zudem Konkretisierungen, die den Sozialdatenschutz umfassend sicherstellen. Die neue Vorlage- und Übermittlungspflicht mag zwar aus Sicht des BVA einer effektiven und wirtschaftlichen Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Prüfdienste dienen können, dem stehen jedoch erhebliche

datenschutzrechtliche Bedenken, zusätzlicher und unverhältnismäßiger Aufwand sowie wachsende Fehlerrisiken gegenüber. Ohne eine stärkere Beteiligung der Krankenkassen im Vereinbarungsweg ist eine gesetzeskonforme Aufgabenerfüllung der Krankenkassen nicht sicherzustellen.

D. Änderungsvorschlag

Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes bergen die für den GKV-Spitzenverband vorgesehenen Neuregelungen eine Vielzahl an Verantwortlichkeitskonflikten, Unsicherheiten und Bürokratieaufwand; durch sie droht eine Verzögerung etablierter Entscheidungswege, und die Gesundheitsversorgung wird durch die zunehmende „Verstaatlichung“ wichtiger Entscheidungen weiter von dem Versorgungsgeschehen vor Ort entfernt. Der AOK-Bundesverband spricht sich daher dafür aus, sämtliche, den GKV-Spitzenverband betreffenden Regelungen aus dem Entwurf zu streichen. Zumindest sollten die ausgeweiteten Aufsichtsbefugnisse die geltenden Grundsätze der maßvollen Rechtsaufsicht berücksichtigen und nur konkret anlassbezogen ermöglicht werden. Dann sollten zudem die Neuregelungen mit einer zeitlich befristeten Überprüfungsklausel versehen werden, da sie sehr komplex und in der tatsächlichen Umsetzung ungewiss sind, und daher eine Überprüfung nach einem bestimmten Zeitraum, z. B. nach Ablauf von vier Jahren, zwingend angezeigt ist.

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Mit Beitragsgeldern der Versicherten sorgsam umgehen – Mehr Transparenz und bessere Aufsicht über die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen

BT-Drucksache 18/8394

A. Zielsetzung

Mit ihrem Antrag bezieht sich die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf Geschehnisse im Hause der KBV und legt einen Katalog an Maßnahmen vor, mit dem aus ihrer Sicht auf diese Geschehnisse reagiert werden sollte.

B. Bewertung

Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes werden die in dem Antrag angesprochenen Punkte durch den parallel zu beratenden Gesetzentwurf der Bundesregierung (BT-Drucksache 18/10605) aufgegriffen und erledigt.

Antrag der Fraktion DIE LINKE.

Patientenvertretung in der Gesundheitsversorgung stärken

BT-Drucksache 18/10630

A. Zielsetzung

Mit ihrem Antrag will die Fraktion DIE LINKE eine Stärkung der Rechte der im Gemeinsamen Bundesausschuss vertretenen Patientenorganisationen erreichen, indem diese das Recht erhalten, zwei der drei unparteiischen Mitglieder zu benennen, und finanziell so ausgestattet werden, dass sie sämtliche Themen auf Augenhöhe verhandeln können. Außerdem soll ausgeschlossen werden, dass auf die Entscheidungen der Patientenorganisationen Einfluss genommen wird und ihre Unabhängigkeit von anderen Interessengruppen durch geeignete Verfahren sichergestellt wird.

Mit ihrem Antrag will die Fraktion DIE LINKE zudem eine Grundgesetzänderung erwirken, durch die dem Bundesversicherungsamt die Aufsicht über alle Krankenkassen übertragen werden kann.

B. Bewertung

1. Rolle der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss

Aufgabe der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss ist es, in die Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses die Perspektive der Patienten einzubringen, damit sie in ausreichendem Maße bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden kann. Dass die Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss nicht stimmberechtigt ist, und was sie überdies auch gar nicht sein möchte, ist Wesensmerkmal dieser beratenden Funktion. Patientenvertreter sind in allen Arbeitsgruppen und Unterausschüssen sowie im Plenum vertreten. Die Auffassung der Patientenvertreter wird bei allen Entscheidungen des G-BA angehört und protokolliert, die Patientenvertreter haben zudem ein Antragsrecht, so dass die Patientenperspektive bei allen Beratungen und Entscheidungen des G-BA angemessen berücksichtigt wird.

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist geprägt von dem Ziel, Beschlüsse im Konsens der Träger herbeizuführen. Für den Vorschlag für die Benennung der unparteiischen Mitglieder des G-BA und ihrer Stellvertreter müssen sich die Trägerorganisationen gemäß § 91 Abs. 1 S.1 SGB V auf jeweils einen Vorschlag einigen und diese dem Bundesministerium für Gesundheit vorlegen. Eine Benennung von zwei der drei unparteiischen Mitglieder durch die Patientenvertreter würde ein schwerwiegendes Präjudiz für alle Entscheidungen des G-BA darstellen und das Ziel der konsensualen Entscheidungen gefährden. Ferner wäre die demokratische Legitimation von Patientenselbsthilfeverbänden für einen so großen Eingriff in die Entscheidungen der Selbstverwaltung zu hinterfragen. Der Vorschlag ist daher abzulehnen. Die Patientenvertretung im

Gemeinsamen Bundesausschuss erhält umfangreiche Unterstützung durch die Geschäftsstelle und insbesondere die Stabsstelle Patientenbeteiligung beim Gemeinsamen Bundesausschuss. Zudem wird sie für ihre Tätigkeit nach § 140f Abs. 5 SGB V entschädigt. Eine weitergehende finanzielle Ausstattung ist aus Sicht des AOK-Bundesverbandes nicht erforderlich. Insbesondere ist eine finanzielle Ausstattung zur Erhöhung bzw. die Hinzuziehung externen Sachverständigen aus den genannten Gründen und der beratenden Funktion, die sich auf die Darlegung der Patientenperspektive beschränken soll, nicht erforderlich.

Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes sind die in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses tätigen Personen für die Wahrung ihrer Unabhängigkeit selbst verantwortlich. Die Patientenvertreter müssen im Gemeinsamen Bundesausschuss Interessenskonflikte offenlegen.

2. Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

Die in dem Antrag der Fraktion DIE LINKE geforderte Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung bei Begutachtungen ist aus Sicht des AOK-Bundesverbandes durch § 275 Abs.5 SGB V ausreichend gewährleistet, wonach dessen Ärzte bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen sind.

3. Grundgesetzänderung zur Vereinheitlichung der Aufsicht über die Krankenkassen

Alle Krankenkassen unterliegen staatlicher Aufsicht, die sich bisher gem. § 87 SGB IV auf die Ausübung der Rechtsaufsicht, also die Einhaltung von Recht und Gesetz beschränkt. Die Ausübung der Fachaufsicht ist davon nicht erfasst. Da die Aufsicht über landesunmittelbare und bundesunmittelbare Versicherungsträger ihrerseits von Körperschaften des öffentlichen Rechts ausgeübt wird, ist ausreichend sichergestellt, dass das Recht einheitlich angewandt und die staatliche Aufsicht entsprechend ausgeübt wird.

Aufsichtsrechtliche Entscheidungen und Maßnahmen sind immer Entscheidungen im Einzelfall auf Grundlage der Sach- und Rechtslage, die unter Würdigung der Gesamtumstände ergehen. Dabei werden die Aufsichtsbehörden im Rahmen des ihnen gesetzlich eingeräumten Opportunitätsprinzips gem. § 89 Abs. 1 S.2 SGB IV tätig, das ihnen ein Entschließungsermessen einräumt. Unterschiedliche Entscheidungen in ähnlich gelagerten Sachverhalten sind dabei also Ergebnis gewissenhafter Rechtsanwendung und Rechtsauslegung im Einzelfall und nicht Folge einer behördeninternen Auffassung.

Darüber hinaus findet ein regelmäßiger Austausch der Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder statt, der eine einheitliche Rechtsanwendung und die Koordinierung von Aufsichtsmaßnahmen zum Ziel hat. Überdies geben sich die Aufsichtsbehörden gemeinsame Grundsätze, die Maßstab für die Ausübung der Rechtsaufsicht sind, wie z.B. „Gemeinsame Wettbewerbsgrundsätze der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen

Krankenversicherung“ (siehe www.bundesversicherungsamt.de), die „Genehmigungs- und Anzeigeverfahrensgrundsätze – BVA – Grundsätze 85“ oder der Prüft Themenkatalog der Prüfdienste des Bundes und der Länder gem. § 274 SGB V.

Letztlich sorgt auch die Rechtsprechung für eine einheitliche Rechtsanwendung. Sofern es zu unterschiedlichen Auffassungen oder Auslegungen und dadurch zu divergierenden aufsichtsrechtlichen Entscheidungen kommen sollte, ist eine erforderliche Vereinheitlichung durch gerichtliche Klärung sichergestellt. Dabei handelt es sich zwar oft um eine ultima ratio. Sich auf diese zu verlassen, ist aus Sicht des AOK-Bundesverbandes aber keinesfalls verwerflich oder gar ungewöhnlich, da auch unterschiedliche Einzelfallentscheidungen ein und derselben Behörde Gegenstand gerichtlicher Auseinandersetzungen werden können und regelmäßig sind.

Es ist für den AOK-Bundesverband nicht ausreichend nachvollziehbar, dass durch eine Veränderung der Aufsichtszuständigkeit tatsächlich im Einzelfall eine abweichende Aufsichtsführung erfolgen würde. Hieraus ergibt sich die Frage, weshalb die bisherige föderale Struktur, von dem Artikel 87 Abs. 2 GG nur für einen Teil, nämlich für die bundesunmittelbare Sozialversicherung eine Ausnahme normiert, aufgegeben werden sollte. Der für landesunmittelbare Versicherungsträger normale und notwendige Bezug zu den regionalen Strukturen ist grundsätzlich elementarer Bestandteil der Versorgungstätigkeit einer Krankenkasse. Da er die verfassungsrechtlich vorgesehene Verwaltungszuständigkeit der Länder widerspiegelt, sollte von dieser Struktur weiterhin nur ausnahmsweise und nur für Sozialversicherungsträger abgewichen werden, deren regionaler Bezug sich auf mehrere Länder erstreckt, und der aus verwaltungsökonomischen Gründen daher von einer Bundesaufsicht überwacht werden sollte.

Aus den dargelegten Gründen gibt es für den AOK-Bundesverband keinen Grund, den bisherigen Zuständigkeitszuschnitt zu verändern und den funktionierenden kooperativen Föderalismus durch einen behördlichen Zentralismus zu ersetzen.