



Stellungnahme des IKK e.V. zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung

**Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG
BT-Drucksache 19/6337**

**Änderungsanträge der Fraktionen CDU/CSU und SPD
zum TSVG Nummer 1 bis 27 (vorbehaltlich: 28)
Ausschussdrucksache: 19 (14) 51.5**

Stand 07.02.2019

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

Inhalt

1. Grundsätzliche Anmerkungen	3
2. Kommentierung Änderungsanträge 1 bis 27 (28 vorbehaltlich)	6
Zu Änderungsantrag 1: Heilmittel	6
§ 63 Absätze 3b Sätze 2 und 3	6
Zu Änderungsantrag 2: Hilfsmittel	8
§ 33 SGB V	8
§ 127 SGB V	10
Zu Änderungsantrag 4: Selbsthilfegruppen	13
§ 20h SGB V	13
Zu Änderungsantrag 6: Kodierung	15
§§ 73b, 83, 140a SGB V	15
Zu Änderungsantrag 7: Fehlverhaltensstellen	16
§ 81a, 197a SGB V	16
§ 47a SGB XI	16
Zu Änderungsantrag 8: Bedarfsplanung	17
§ 92 SGB V	17
Zu Änderungsantrag 10: Sicherstellung, Notfall	19
§ 105 SGB V	19
Zu Änderungsantrag 13: DMP	20
§ 137f SGB V	20
Zu Änderungsantrag 15: Prüfdienste	22
§ 274 SGB V	22
Zu Änderungsantrag 17: eGK	24
§ 291 SGB V	24
Zu Änderungsantrag 24: Vorstandsverträge	26
Zu Änderungsantrag 27a: gematik	27
§ 270 SGB V	27
Zu Änderungsantrag 27b: gematik	29
§ 291a SGB V	29
Zu Änderungsantrag 27d: gematik	31
§ 291c SGB V	31
Zum Entwurf Änderungsantrag 28 (Stand 29.01.2019)	32
§§ 91, 91b, 135, 137c SGB V	32
3. Ergänzender Änderungsbedarf	35
Delegation und Substitution ausbauen auch im Bereich Hilfsmittel	35

1. Grundsätzliche Anmerkungen

Das Ziel des vorliegenden Gesetzentwurfs für ein Terminservice- und Versorgungsgesetz ist es, die Termin- und Wartezeitensituation in den deutschen Arztpraxen zu verbessern. Dieses Vorhaben unterstützen die Innungskrankenkassen ausdrücklich. Sie stellen sich gleichzeitig gegen die pauschale Aussage, dass es in Deutschland eine „Zwei-Klassen-Medizin“ gibt. Dieser Begriff suggeriert, dass GKV-Versicherte minderwertig versorgt werden. Das ist nicht der Fall, wie auch vergleichende internationale Länderstudien belegen.

Die nun vorliegenden Änderungsanträge drehen an verschiedenen Stellschrauben.

Hilfsmittel

Die ersatzlose Streichung der Ausschreibungsoption schränkt nicht nur die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz angestrebte Stärkung des Vertragswettbewerbs massiv ein. Sie läuft auch der mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) intendierten stärkeren Gewichtung von Qualitätskriterien und damit Verbesserung der Versorgungsqualität diametral entgegen. Konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität oder zur Einschränkung der Versorgungen mit ungerechtfertigten Mehrkosten sind im Gesetzesentwurf nicht vorgesehen. Die Innungskrankenkassen hatten die mit dem HHVG angestoßene Qualitätsoffensive ausdrücklich begrüßt.

Selbsthilfe

Die im Änderungsantrag Nummer 4 geplante Umstellung der Förderung der Selbsthilfe auf ein einheitliches und gemeinschaftliches kassenartenübergreifendes Verfahren bewerten die Innungskrankenkassen grundsätzlich kritisch. Die krankenkassenindividuelle Förderung (Projektförderung) stellt ein originäres Kassengeschäft dar, welches nun entfallen soll, ohne dass damit für die Selbsthilfe ein wirklicher Mehrwert generiert wird. Das bisherige Verfahren ist geprägt von individuellen, teils persönlichen Absprachen mit den Antragstellern mit regionalem Bezug sowie gezieltem Handeln der GKV, den persönlichen wie auch krankheitsbezogenen Bedürfnissen der Selbsthilfegruppen entsprechend. Diese für die Selbsthilfegruppen elementaren Aspekte kommen mit der einheitlichen und gemeinschaftlichen Verausgabung der Projektmittel nicht mehr zur Geltung. Für die Selbsthilfeorganisationen und -kontaktstellen mag das geplante System zwar der Vereinheitlichung und Vereinfachung dienen; für Selbsthilfegruppen wirkt sich die kassenartenübergreifende Bearbeitung dagegen nachteilig aus, da die Antragsbearbeitung und Bewilligung der Fördergelder zukünftig lediglich nach einem einheitlichen Schema bis

hin zum „Massengeschäft“ erfolgen würden. Hier ist die bisherige Qualität durch eine zukünftige kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung nicht mehr realisierbar.

gematik

Die geplante Einbindung des BMG als Gesellschafter in die gematik und damit in deren unmittelbaren Entscheidungsstrukturen sowie die mit 51 Prozent eingeräumte generelle Stimmmehrheit wird von den Innungskrankenkassen strikt abgelehnt. Das BMG nimmt bereits heute an den Sitzungen der Gesellschafterversammlung der gematik teil und kann Beschlüsse der gematik innerhalb eines Monats nach der Beschlussfassung beanstanden. Es hat insofern schon jetzt Einfluss auf die Inhalte von Entscheidungen der gematik. Mit den verbleibenden 49 Prozent haben darüber hinaus der GKV-Spitzenverband und die Leistungserbringerorganisationen keine Möglichkeit, Beschlüsse ohne Zustimmung des BMG zu fassen. Die bisherige Vorgehensweise, der gemeinsamen Selbstverwaltung die maßgebliche Entscheidungskompetenz bei der Einführung der Gesundheits-Telematik einzuräumen, würde damit aufgehoben werden.

Die Innungskrankenkassen hatten die Entscheidungsstrukturen in der gematik wiederholt bemängelt und vorgeschlagen, der GKV eine Stimmenmehrheit in der gematik einzuräumen. Trotz zahlreicher Beispiele, dass Entscheidungen in der gematik wegen fundamentaler Meinungsverschiedenheiten oft nicht zu treffen sind, ist der Gesetzgeber der GKV-Forderungen „wer zahlt, entscheidet“ nicht gefolgt. Auf Grund der vorgesehenen weiteren Absenkung der Entscheidungskompetenzen der Kostenträger im Rahmen der Reduzierung ihrer Stimmanteile auf nur noch 24,5 Prozent ist nicht mehr hinnehmbar, dass die Finanzierung der gematik vollumfänglich durch Beiträge der Gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden soll. Durch die vorgesehene faktische Übertragung aller Entscheidungskompetenz auf das BMG erhält die gematik den Charakter einer Behörde. Falls diese Forderung aufrechterhalten würde, dürfen die der gematik entstehenden Kosten sowie ggf. die Kosten der Telematikinfrastruktur nicht mehr aus Beiträgen der Gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden.

Kodierung

Der Innungskrankenkassen begrüßen ausdrücklich die mit dem TSVG geplante Einführung der Kodierrichtlinien, die parallele Bereinigung und nun auch die mit dem Änderungsantrag Nummer 6 intendierte Klarstellung. Bisher wurden etwaige Schlupflöcher für die diagnosebasierte Vergütung stets gesucht und ggf. genutzt. Die Trennung von Vergütung und Diagnosestellung verringert die Möglichkeit der finanziellen Einflussnahme auf die Diagnosen und erhöht die Manipulationsresistenz des RSA.

Bereits in der letzten Legislaturperiode hatten sich die Innungskrankenkassen für die Einführung von Kodierrichtlinien eingesetzt, damit die Kodierung, die in die Budgetverhandlungen als Basis für die Morbiditätsentwicklung einfließt, einheitlich ist. Nur so ist es nach Auffassung der Innungskrankenkassen möglich, eine ernsthafte Diskussion über die Angemessenheit der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung auf regionaler Ebene zu führen.

Kodierrichtlinien verringern Manipulationsmöglichkeiten und liefern qualifizierte Datengrundlagen für die Versorgungsforschung. Sie sind ein wichtiger Stützpfeiler für einen fairen Morbi-RSA und erleichtern die Messung von Qualität und helfen bei der Etablierung und Implementierung sektorenübergreifender Qualitätssicherungsinstrumente.

Nach Auffassung der Innungskrankenkassen reichen Kodierrichtlinien alleine aber nicht aus. Neben der Überprüfung ihrer Einhaltung sehen die Innungskrankenkassen auch die GKV selbst in der Pflicht: Sie sollte sich zugunsten einer solidarischen Wettbewerbsordnung ebenso wie zum Schutz ihrer Versicherten eine Selbstverpflichtung auferlegen, Kodierungen nicht zu beeinflussen. Eine transparente Compliance, die auch auf freiwilliger Basis erfolgen kann, trägt nach Ansicht der Innungskrankenkassen maßgeblich dazu bei, eine Einflussnahme der Kassen auf das Kodierverhalten, auch in Graubereichen, zu unterbinden.

Der IKK e.V. nimmt im Folgenden Stellung zu einzelnen Aspekten der Änderungsanträge. Im Übrigen wird auf die detaillierte Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes verwiesen.

2. Kommentierung Änderungsanträge 1 bis 27 (28 vorbehaltlich)

Zu Änderungsantrag 1: Heilmittel

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 28a Buchst. a)

§ 63 Absätze 3b Sätze 2 und 3

Beabsichtigte Neuregelung

Im § 63 Abs. 3b SGB V werden die Sätze 2 und 3 gestrichen. Die Möglichkeit für kassenindividuelle Modellvorhaben mit Heilmittelerbringern entfällt damit vollständig.

Bewertung

Der Gesetzgeber begründet die vorgesehene Streichung mit der Einführung der sog. Blankoverordnung in die Regelversorgung. Den Gedanken, es bei der Blankoverordnung zu belassen und kassenindividuelle Modellvorhaben zum Direktzugang bzw. zur Substitution langfristig auszuschließen, bewerten die Innungskrankenkassen jedoch als falsch.

Die Innungskrankenkassen sehen es vielmehr als notwendig an, die Versorgung – auch mit Heilmitteln – zukunftsfähig weiterzuentwickeln. Dafür sind Modelle der Substitution in der Heilmittelerbringung auch mit dem Blick auf die Weiterentwicklung der Versorgungsqualität und -strukturen wichtig. Mit den Modellen kann es unter kontrollierten Bedingungen gelingen, einen wesentlichen Beitrag zu den auch seitens der Regierung angestrebten Entwicklungszielen in der Heilmittelerbringung zu leisten.

Änderungsvorschlag

Einfügung § 63 Abs. 3b Satz 2-4 SGB V neu:

„Krankenkassen und/oder ihre Verbände sowie Heilmittelerbringer und/oder ihre Verbände können Modelle zur Substitution entwickeln und durchführen.“

Diese müssen mindestens zwei der nachfolgenden Ziele erfüllen sowie nach den Standards der evidenzbasierten Medizin Grad Ib^[1] angelegt und durchgeführt werden.

Ziele können sein:

- a) Evaluation geeigneter Qualifikationsniveaus der Heilmittelerbringer,*
- b) Evaluation der Patientensicherheit,*
- c) Erprobung von Wirtschaftlichkeitsmodellen, Durchführung gesundheitsökonomischer Kostenanalysen*
- d) Aufbau geeigneter Controlling- und Vertragsmodelle,*
- e) Schaffung von Evidenz für geeignete Therapiemaßnahmen des Heilmittelkataloges.*

Für die Durchführung dieser Modellvorhaben entfällt § 15 Abs. 1 SGB V. Die Modellvorhaben sind im Regelfall auf längstens fünf Jahre zu befristen.“

Hinweis: Aktuell besteht der Direktzugang für Selbstzahler und Privatpatienten im Rahmen der Leistungserbringung durch den sektoralen Heilpraktiker; dieser Umstand stellt nicht nur eine Zweiklassengesellschaft dar; über die erbrachten Leistungen in diesem Setting wurde bislang weder eine Evidenz gefordert noch geschaffen. Zusätzlich gilt es für Deutschland die notwendige Qualifikation der Heilmittelerbringer zur Erbringung von Leistungen über den Direktzugang auszuloten (Akademisierung/Nachqualifizierung). Dies könnte im Rahmen der Modellvorhaben eruiert werden. Dafür müsste das oben benannte Ziel a) steter Bestandteil der Modellvorhaben sein.

^[1] **Grad Ib:** wenigstens ein ausreichend großer, methodisch hochwertiger RCT (randomized controlled trial – Zuordnung zu Kontroll- und Modellgruppe nach dem Zufallsprinzip)

Zu Änderungsantrag 2: Hilfsmittel

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 14

§ 33 SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a)

Mit der Neuregelung erhalten Versicherte einen Anspruch auf Hilfsmittel, die eine dritte Person durch einen Sicherheitsmechanismus vor Nadelstichverletzungen schützen, wenn der Versicherte selbst nicht zur Anwendung des Hilfsmittels in der Lage ist und dazu der Hilfe einer dritten Person bedarf und von dem Versicherten eine erhöhte Infektionsgefahr ausgeht. Der G-BA soll hierzu bis zum 31. Oktober 2019 Diagnosen und Tätigkeiten in seiner Richtlinie bestimmen.

Bewertung

Buchstabe a)

Die Neuregelung wird begrüßt. Dass der G-BA in der Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 die Diagnosen und Tätigkeiten bestimmen soll, wird ausdrücklich unterstützt. Die vorgesehene Fristsetzung bis zum 31. Oktober 2019 an den G-BA, die Richtlinie entsprechend anzupassen, wird als nicht realistisch angesehen.

Eine Konkretisierung der anspruchsberechtigten Personen ist zwingend erforderlich. Somit soll ausgeschlossen werden, dass z. B. Arbeitsschutzmaßnahmen, die im Verantwortungsbereich des Arbeitgebers liegen, auf die Versichertengemeinschaft verlagert werden. Die beabsichtigte Neuregelung muss daher auf die Versicherten, deren Angehörige und medizinische Laien begrenzt werden, für die kein anderer Kostenträger zuständig ist.

Änderungsvorschlag

Zu Buchstabe a)

Die vorgesehene Ergänzung von § 33 Absatz 1 Satz 5 wird wie folgt gefasst:

Ein Anspruch besteht auch auf solche Hilfsmittel, die eine dritte Person durch einen Sicherheitsmechanismus vor Nadelstichverletzungen schützen, wenn der Versicherte

selbst nicht zur Anwendung des Hilfsmittels in der Lage ist und hierfür der Hilfe der dritten Person bedarf und von dem Versicherten eine erhöhte Infektionsgefährdung ausgeht. Ausgeschlossen hiervon sind Arbeitsschutzmaßnahmen im stationären und ambulanten Bereich, die in den Verantwortungsbereich des Arbeitgebers fallen. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seiner Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 bis zum 31. Dezember 2019 die Diagnosen und Tätigkeiten, bei denen von einer erhöhten Infektionsgefährdung auszugehen ist.

Artikel 1 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 68 Buchstaben a), c) und d)

§ 127 SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe a)

Die Absätze 1, 1a und 1b sollen aufgehoben werden. Damit entfällt die Option von Ausschreibungen bei der Hilfsmittelversorgung.

Buchstabe c)

Der neue Absatz 1 wird entsprechend der o.g. Aufhebung der Ausschreibungsoptionen bei der Hilfsmittelversorgung neu gefasst. Demnach haben Krankenkassen, ihre Landesverbände und Arbeitsgemeinschaften zukünftig im Wege von Vertragsverhandlungen Verträge mit den Leistungserbringern oder Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer zu schließen.

In Absatz 1 Satz 1 wird klargestellt, dass die Verträge im Wege von Vertragsverhandlungen geschlossen werden und es sich dabei sinngemäß nicht um das Open-House-Modell handelt, bei dem die Bedingungen einseitig von Seiten der Krankenkassen festgesetzt werden.

Buchstabe d)

Doppelbuchstabe bb)

Es werden den Leistungserbringern bei einem Beitritt zu den Verträgen nach Absatz 1 Vertragsverhandlungen ermöglicht.

Bewertung

Buchstabe a)

Mit dem Wegfall der Ausschreibungsmöglichkeiten wird der Vertragswettbewerb eingeschränkt. Der mit dem GKV-WSG vorgesehene Wettbewerb wird dadurch deutlich begrenzt. Es ist davon auszugehen, dass der entstandene Preiswettbewerb unter den Leistungserbringern nachlassen wird und somit Ausgabensteigerungen die Folge sein werden.

Es wird insofern bezweifelt, dass mit dem Wegfall dieser Option eine Verbesserung in der Versorgungsqualität und die erforderliche Entlastung der Versicherten von Mehrkosten erreicht werden kann.

Die Innungskrankenkassen haben bisher die Mehrheit der Hilfsmittelversorgungen über Verträge mit Vertragsverhandlungen abgeschlossen.

Ob die beabsichtigte Neuregelung zudem mit dem nationalen und europäischen Vergaberecht kompatibel ist, wird bezweifelt. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass Krankenkassen vom EuGH als öffentliche Auftraggeber qualifiziert werden, erscheint eine Abkehr von der Ausschreibungspflicht bei der Hilfsmittelversorgung, bei der die nationalen und internationalen Regeln der öffentlichen Auftragsvergabe (Vergaberecht, Vergabeordnung etc.) nicht mehr gelten sollen, nicht gesetzeskonform. Dies führt zu Rechtsunsicherheiten im Vertragssystem des § 127 SGB V.

Mit der beabsichtigten Regelung – der vollständigen Streichung des Absatzes 1 – wird auch der bisherige Satz 3 „Den Verträgen sind mindestens die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 2 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und Produkte zugrunde zu legen“ entfallen. Gerade aufgrund der vermehrt diskutierte Qualität der Hilfsmittelversorgung sollte dieser Bezug weiterhin erhalten bleiben.

Buchstabe c)

Die Klarstellung – das Verbot von Open-House-Verträgen – wird begrüßt.

Buchstabe d)

Doppelbuchstabe bb)

Die Änderung ist aus Sicht der Innungskrankenkassen nicht folgerichtig und insofern abzulehnen. Ein Beitritt zu einem bestehenden Vertrag setzt nämlich voraus, dass der Leistungserbringer zu gleichen Konditionen und mit den gleichen Rechten und Pflichten aus diesem Vertragsverhältnis an der Versorgung teilnehmen kann und will.

Die beabsichtigte Neuregelung würde ständige Nachverhandlungen zur Folge haben, eine Gleichbehandlung der Leistungserbringer wäre demnach nicht mehr gegeben. Dies ist rechtlich problematisch. Denn wenn von einem Leistungserbringer im Rahmen von Vertragsverhandlungen abweichende Vertragsbedingungen gewünscht sind, handelt es sich aus rechtlicher Sicht nicht mehr um einen Beitritt. Hier würde aufgrund neuer wirtschaftlicher Angebote ein neuer Vertragsabschluss geprüft und in Frage kommen. An dieser Stelle greifen bereits die Regelungen des neuen Absatzes 1. Ein zusätzlicher Änderungsbedarf wird daher nicht gesehen.

Änderungsvorschlag

Buchstabe a)

Streichung des Änderungsantrags.

Buchstabe c)

Keiner.

Buchstabe d)

Doppelbuchstabe bb)

Streichen des Änderungsantrags.

Zu Änderungsantrag 4: Selbsthilfegruppen

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 9

§ 20h SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Der Änderungsantrag beinhaltet die „Umstellung der Förderung der Selbsthilfe in § 20h (Pauschalförderung und Projektförderung) auf ein einheitliches und gemeinschaftliches kassenartenübergreifendes Verfahren durch die Krankenkassen und ihren Verbänden“, welche nach dem Entwurf zum 1. Januar 2020 in Kraft treten soll.

Im Einzelnen bedeutet dies eine gemeinschaftliche kassenartenübergreifende Verausgabung der gesamten Fördermittel auf der jeweiligen Landesebene. In der Umsetzung würde dies bedeuten, dass die krankenkassenindividuellen Projektmittel ab dem 1. Januar 2020 von der federführenden Stelle analog der Pauschalförderung verausgabt werden.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen stehen diesem Änderungsantrag sehr kritisch gegenüber. Die krankenkassenindividuelle Förderung (Projektförderung) stellt ein originäres Kassengeschäft dar, welches mit der Verfahrensweise des Änderungsantrages entfällt. Bislang finden mit den Antragstellern individuelle Absprachen zu den geplanten Projekten/Aktionen statt. Weiterhin können die gesetzlichen Krankenkassen jeweils gezielt agieren und auf die persönlichen und krankheitsbezogenen Bedürfnisse der Selbsthilfegruppen eingehen. Sie kennen den mehrheitlichen Anteil der Gruppensprecher persönlich und legen einen gesteigerten Wert auf den regionalen Bezug. Diese für die Selbsthilfegruppen elementaren Aspekte kommen mit der einheitlichen und gemeinschaftlichen Verausgabung der Projektmittel nicht mehr zur Geltung. Für die Selbsthilfeorganisationen und -kontaktstellen mag das geplante System zwar der Vereinheitlichung und Vereinfachung dienen; für Selbsthilfegruppen wirkt sich die kassenartenübergreifende Bearbeitung dagegen nachteilig aus, da die Antragsbearbeitung und Bewilligung der Fördergelder lediglich nach einem einheitlichen Schema bis hin zum „Massengeschäft“ erfolgen würden. Gezielte und nach Krankheitsbildern differenzierte Einzelabsprachen wären nicht mehr möglich. Auch eine Schwerpunktthemenförderung einzelner Krankenkassen wäre ausgeschlossen. Mit der Bezeichnung „kassenindividuelle“ Förderung ist

ein ganzheitliches Förderverfahren einzelner Krankenkassen gemeint, welches in jedem Fall in seiner Individualität erhalten bleiben sollte.

Die Projektförderung ist ein reines kassenindividuelles Geschäft und nicht mit der bisherigen Qualität durch eine zukünftige kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung realisierbar. Die Individualität würde durch ein mechanisches, routinemäßiges Abarbeitungsgeschäft von Anträgen verloren gehen, was insbesondere in der Selbsthilfelandchaft mit den vielzähligen Krankheitsbildern und den daraus resultierenden verschiedensten Projekten beklagenswert wäre.

Änderungsvorschlag

Das bewährte Verfahren ist in seiner Individualität beizubehalten. Der Änderungsantrag ist daher zu streichen.

Zu Änderungsantrag 6: Kodierung

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 34, 41a, 80

§§ 73b, 83, 140a SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung stellt sicher, dass vertragliche Regelungen in der kassenärztlichen Versorgung unzulässig sind, in denen bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorgesehen werden. Ziel ist es sicherzustellen, dass die Diagnosestellung allein anhand von medizinischen Gesichtspunkten erfolgt und nicht durch finanzielle Anreize beeinflusst wird. Diese Regelung stellt eine Klarstellung der im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) begonnenen Bekämpfung der Diagnosebeeinflussung dar. Umgehungsstrategien sollen so eliminiert werden.

Bewertung

Die Klarstellung bezüglich der auf Kodierung basierenden Vergütung erscheint sachgerecht. Bisher wurden etwaige Schlupflöcher für die diagnosebasierte Vergütung stets gesucht und ggf. genutzt. Die Trennung von Vergütung und Diagnosestellung verringert die Möglichkeit der finanziellen Einflussnahme der Kassen auf die Diagnosen und erhöht die Manipulationsresistenz des RSA. Inwiefern die Formulierung weitere Schlupflöcher lässt, ist aktuell schwer einschätzbar.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Zu Änderungsantrag 7: Fehlverhaltensstellen

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 41, 83

§ 81a, 197a SGB V

Artikel 10 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 6

§ 47a SGB XI

Beabsichtigte Neuregelung

Nr. 1 a), b)

Die Übermittlungsbefugnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten für personenbezogene Daten werden von bisher „berufsständischen Kammern“ um die Behörden erweitert, die für Entscheidungen über die Erteilung, die Rücknahme, den Widerruf oder die Anordnung des Ruhens der Approbation, der Erlaubnis zur vorübergehenden oder der partiellen Berufsausübung oder für berufsrechtliche Verfahren zuständig sind.

Nr. 2 c)

In der Parallelnorm zu § 197a werden die Übermittlungsbefugnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten für personenbezogene Daten bei den Pflegekassen erweitert.

Bewertung

Die Erweiterungen sind sachgerecht, sollten jedoch zur Operationalisierung der Datenübermittlungsbefugnis dahingehend erweitert werden, dass die zu übermittelnden Daten auch unter Verwendung von Datenbanken zur Kenntnis gegeben werden können.

Änderungsvorschlag

Ergänzung Nr. 1 a), b) und 2. c) dahingehend, dass die zu übermittelnden Daten auch unter Verwendung von Datenbanken zur Kenntnis gegeben werden können, unabhängig davon, ob diese Datenbanken von den genannten Einrichtungen selbst oder von Dritten betrieben werden.

Zu Änderungsantrag 8: Bedarfsplanung

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 51 Buchstabe c)

§ 92 SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Antrags- und Mitberatungsrecht der Länder bei Beratungen des G-BA zu Bedarfsplanung und Qualitätssicherung.

Buchstabe c)

Doppelbuchstabe aa)

Gewährung eines förmlichen Antragsrechts der Länder in Bezug auf die Regelungen zur Bedarfsplanung.

Doppelbuchstabe bb)

Einführung eines Einvernehmensefordernisses der Länder für die Einrichtung von Arbeitsgruppen und die Bestellung von Sachverständigen in den Unterausschüssen Bedarfsplanung und Qualitätssicherung des G-BA.

Bewertung

Buchstabe c)

Doppelbuchstabe aa)

Die Position der Länder wird in Bezug auf die Regelungen zur Bedarfsplanung vom bisherigen Mitberatungsrecht auf ein eigenständiges Antragsrecht ausgedehnt. Ein eigenständiges Recht der Länder zur Antragstellung im Gremium des G-BA bei der Aufstellung der Richtlinien zur Bedarfsplanung ist nicht angezeigt. Auf der Ebene des Bedarfsplans ist ein Steuerungsinstrument der obersten Landesbehörden bereits gegeben. Zudem birgt die Neuregelung die Gefahr, dass politisch motivierte Anträge und nicht Anträge unter Bedarfsplanungsaspekten möglich werden.

Doppelbuchstabe bb)

Die Länder erhalten quasi ein Vetorecht vor Einrichtung von Arbeitsgruppen und Bestellung von Sachverständigen in den Unterausschüssen Bedarfsplanung und Qualitätssicherung des G-BA. Diese vermutlich zur Beschleunigung der Entscheidungsfindung im G-BA angedachte Maßnahme kann verhindern, dass in Arbeitsgruppen vertiefend Themen beraten bzw. dass sachkundige Personen vor einer Entscheidung im G-BA in die Beratung mit einbezogen werden. Das Eingriffsrecht der Länder in den Prozess der Entscheidungsfindung des G-BA wird kritisch gesehen.

Änderungsvorschlag

Buchstabe c)

Doppelbuchstabe aa)

Wegfall des Antragsrechts in Satz 1.

Doppelbuchstabe bb)

Wegfall der angefügten Sätze 4 – 7.

Zu Änderungsantrag 10: Sicherstellung, Notfall

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 56 Buchstabe c)

§ 105 SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Buchstabe c)

Möglichkeit für die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich, über die Mittel des Strukturfonds hinaus einen zusätzlichen Betrag zweckgebunden für die Förderung und Sicherstellung der Strukturen des durch die Kassenärztlichen Vereinigungen organisierten Notdienstes zur Verfügung zu stellen.

Bewertung

Buchstabe c)

Auch die Versorgungsstrukturen sind über die leistungsbezogenen Honorare zu finanzieren. Für die Sicherstellung der Versorgungsstruktur sind die Kassenärztlichen Vereinigungen zuständig. Auch der bisherige Strukturfonds verstößt schon gegen dieses Prinzip. Die beantragte Regelung würde die Etablierung einer eigenständigen Finanzierungssäule für den Notdienst über die Landesebene ermöglichen. Dies ist abzulehnen. Die Vergütung der Leistungen im Notdienst ist über den EBM zu regeln.

Änderungsvorschlag

Buchstabe c)

Streichen des Änderungsantrags.

Zu Änderungsantrag 13: DMP

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 78a

§ 137f SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Nach Artikel 1 Nummer 78 wird folgende Nummer 78a eingefügt:

(8) Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft bei der Erstfassung einer Richtlinie zu den Anforderungen nach Absatz 2 sowie bei jeder regelmäßigen Überprüfung seiner Richtlinien nach Absatz 2 Satz 6 die Aufnahme geeigneter digitaler medizinischer Anwendungen. Den für die Wahrnehmung der Interessen der Anbieter digitaler medizinischer Anwendungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidungen einzubeziehen. Die Krankenkassen oder ihre Landesverbände können den Einsatz digitaler medizinischer Anwendungen in den Programmen auch dann vorsehen, wenn sie bisher nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss in die Richtlinien zu den Anforderungen nach Absatz 2 aufgenommen wurden.

Bewertung

Zur Unterstützung der Therapieadhärenz sind digitale Unterstützungsangebote grundsätzlich zu befürworten. Allerdings bedarf es hierzu nicht der vorgeschlagenen Neuregelung. Bereits jetzt werden vom G-BA auch digitale Angebote, sofern sich hinsichtlich der Wirksamkeit positive Erkenntnisse aus den für DMP zu Grunde gelegten Leitlinien ergeben, bei der Überprüfung von Anforderungen an DMP bewertet und bei den Beschlüssen zur DMP-A-RL berücksichtigt. GKV-weite Vorgaben als Grundlage für länderspezifische Regelungen zur Umsetzung von digitalen Unterstützungsangeboten werden als zielführend betrachtet.

Der in Satz 3 formulierte Vorschlag ist aus mehreren Gründen nicht sinnvoll. Hierdurch würden im Rahmen der Umsetzung von DMP ggf. Inhalte als verpflichtend vorgegeben, die weder einer Nutzenbewertung unterzogen worden, noch bislang in der Regelversorgung etabliert sind. Der wesentliche Ansatz von DMP, dass nur Maßnahmen mit der höchst verfügbaren Evidenz Grundlage für die Versorgung chronisch Kranker sind, würde konterkariert. Dies ist abzulehnen.

Durch die Einbeziehung der Herstellerverbände würden noch mehr als bisher wirtschaftliche Interessen in den Diskussionsprozess einfließen.

Änderungsvorschlag

Streichung der Neuregelung § 137f Abs. 8 Satz 1 und Satz 3 – gegenüber Satz 2 bestehen keine Bedenken.

Zu Änderungsantrag 15: Prüfdienste

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 91

§ 274 SGB V

Beabsichtigte Neuregelung:

Der Gesetzesentwurf sieht bislang die Möglichkeit der Beauftragung externer Berater nur für das Bundesministerium für Gesundheit vor. Mit dem Änderungsantrag sollen neben dem Ministerium auch die Prüfdienste des Bundesversicherungsamtes und der Länder die Befugnis erhalten, in besonderen Fällen Wirtschaftsprüfer, vereidigte Buchprüfer, spezialisierte Rechtsanwaltskanzleien oder IT-Berater mit einzelnen Bereichen der Prüfung zu beauftragen.

Bewertung:

Konkret gilt: Anstatt immer weitere Prüfinstanzen zu beauftragen, sollte das Verfahren der Prüfungen grundsätzlich kritisch hinterfragt werden. So gibt es eine Fülle von sich überlagernden Prüfungen, die eher die Bürokratie verschärfen, denn Verbesserungen bringen. Außerdem müssen die Kassen bereits selber Wirtschaftsprüfer einsetzen.

Im Übrigen: Die Innungskrankenkassen sehen bereits den Gesetzesentwurf äußerst kritisch, wonach das Gesundheitsministerium dazu ermächtigt werden soll, im Rahmen von Prüfungen nach § 274 SGB V auch *externe* Wirtschaftsprüfer, vereidigte Buchprüfer oder spezialisierte Rechtsanwaltskanzleien beauftragen zu können. Dementsprechend lehnen es die Innungskrankenkassen ab, wenn durch den Änderungsantrag die zur Beauftragung externer Stellen ermächtigten Stellen über das Bundesministerium hinaus auf die Prüfdienste des Bundesversicherungsamtes und der Länder erweitert werden sollen.

Eine Öffnung für externe Berater und die entsprechende Ermächtigung der in § 274 aufgeführten Prüfstellen verbietet sich aus Sicht der Innungskrankenkassen bereits aus systemimmanenten Gründen, da hoheitliche Aufgaben der staatlichen Aufsicht nicht an externe Unternehmen delegiert werden können und dürfen. Neben diesen prinzipiellen Bedenken besteht hinsichtlich dieser Beratergruppe zudem die Gefahr fehlender uneingeschränkter Objektivität, da diese Stellen wirtschaftlich von ihren Auftraggeber abhängig sind.

Was die mit der Beauftragung externer Berater verbundenen Kosten angeht, weisen die Innungskrankenkassen darauf hin, dass diese jedenfalls nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen gehen dürfen – zumal diese über Ausschreibungen keinen Einfluss auf die Auswahl der Prüfungsstellen nehmen können.

Änderungsvorschlag:

Streichen des Änderungsantrags.

Zu Änderungsantrag 17: eGK

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 83a

§ 291 SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen werden durch die Neuregelung verpflichtet, ab dem 1. Dezember 2019 ausschließlich elektronische Gesundheitskarten auszugeben, die mit einer kontaktlosen Schnittstelle ausgestattet sind, sowie diese auf Verlangen ab diesem Zeitpunkt neu auszugeben.

Bewertung

Die Zielstellung des Gesetzes, den Versicherten die Authentifizierung gegenüber der Telematikinfrastruktur und damit den Zugriff auf ihre Daten zu erleichtern, wird begrüßt.

Fraglich ist, ob dies durch eine kontaktlose Schnittstelle auf der elektronischen Gesundheitskarte effektiv erreicht werden kann. Unrealistisch ist jedoch die im Gesetzentwurf vorgegebene Frist. Da derzeit kein zugelassenes G2-Kartenbetriebssystem (COS 2) eine kontaktlose Schnittstelle unterstützt, müsste die entsprechende Funktionserweiterung nach Auftragsvergabe erst noch durch die Industrie entwickelt werden. Anschließend müssten folgende erforderliche Zulassungs- und Bestätigungsverfahren der gematik durchlaufen werden:

- Zulassung des Betriebssystems (Card Operating Systems (COS))
- Zulassung des Objektsystems der elektronischen Gesundheitskarte
- Bestätigungsverfahren zur Validierung der Personalisierungsdaten der eGK.

Die Zulassung des Betriebssystems umfasst neben der funktionalen und elektromechanischen Prüfung auch eine IT-Sicherheitszertifizierung durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) gemäß Common Criteria. Diese hat in der Vergangenheit im Schnitt 19 Monate gedauert, im besten Fall 13 Monate. Im Rahmen der Zulassung des Objektsystems ist dagegen nur eine IT-Sicherheitszertifizierung durch eine vom BSI akkreditierte Prüfstelle erforderlich. Hier ist mit einer Dauer von 4 Monaten zu rechnen. Anschließend muss jede Krankenkasse einzeln das Bestätigungsverfahren zur Validierung der Personalisierungsdaten der eGK durchlaufen. Bis die gematik sukzessive alle Anträge bearbeitet hat, kann es 6 Monate dauern. Diese Zeiten können durch

die Krankenkassen nicht beeinflusst werden. Zudem muss bei gleichzeitigen Zulassungsverfahren auch die Ressourcensituation bei den Zulassungsstellen inkl. BSI mit betrachtet werden.

Eine Fristsetzung, die bereits zum aktuellen Zeitpunkt durch die Kassen nicht realisierbar und auch nicht beeinflussbar ist, wird daher seitens der Innungskrankenkassen abgelehnt. Wird noch vor Inkrafttreten des Gesetzes mit den entsprechenden Arbeiten begonnen, sind die ersten Kassen frühestens im 2. Quartal 2020 ausgabebereit. Eine flächendeckende Ausgabebereitschaft ist unter idealen Bedingungen frühestens im 4. Quartal 2020 denkbar. Daher sprechen sich die Innungskrankenkassen für eine Fristverlängerung mindestens auf den 1. Januar 2021 aus.

Änderungsvorschlag

In § 291 Absatz 2a wird folgender Satz angefügt:

„Elektronische Gesundheitskarten, die ab dem 1. Januar 2021 von den Krankenkassen ausgegeben werden, müssen mit einer kontaktlosen Schnittstelle ausgestattet sein; Versicherte haben ab dem 1. Januar 2021 einen Anspruch gegenüber ihrer Krankenkasse auf die unverzügliche Ausgabe einer elektronischen Gesundheitskarte mit einer kontaktlosen Schnittstelle.“

Zu Änderungsantrag 24: Vorstandsverträge

Artikel 7 (Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch)

§121 SGB IV

Beabsichtigte Neuregelung

Der Änderungsantrag sieht vor, dass das Verbot der Direktversicherungen zur Zukunftssicherung der Mitglieder des Vorstandes nicht für Verträge gelten soll, denen die Aufsichtsbehörde bereits zugestimmt hat. Die Begründung stellt dazu klar, dass das Verbot der Direktzusagen nur für neue Amtsperioden gilt.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen bewerten die Regelungen dieses Änderungsantrags im Zusammenhang mit dem Regelungswerk zur sog. Vorstandsvergütung des Gesetzentwurfes:

Hierzu hatten die Innungskrankenkassen allerdings bereits angemerkt, dass damit die ohnehin schon mit dem GKV-Versichertenentlastungsgesetz einhergehende Aushöhlung der Selbstverwaltung noch einmal massiv verschärft wirkt. Denn die Regelungen zu den Vorstandsgehältern stellen in der Sache erneut einen erheblichen Eingriff in die Rechte der Selbstverwaltung dar. Dabei geht es an dieser Stelle nicht um die Frage der Angemessenheit und Transparenz der Vergütung, sondern darum, wer für die Festlegung der Gehälter verantwortlich ist.

Änderungsvorschlag

Die gesamten Regelungen im Hinblick auf eine Änderung der Regelungen zu den Vorstandsgehältern sind abzulehnen.

Zu Änderungsantrag 27a: gematik

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 90a

§ 270 SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Die Entscheidungsprozesse in der Gesellschaft für Telematik sollen effektiver als bisher gestaltet werden. Um dies zu erreichen, soll das Bundesministerium für Gesundheit den Entscheidungsprozess stärker mitgestalten. Daher wird der Eintritt der Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, als Mehrheitsgesellschafter mit 51 Prozent in die Gesellschaft für Telematik festgeschrieben. Die Gesellschafter entscheiden zukünftig mit einfacher Mehrheit.

Bewertung

Die Einbindung des BMG als Gesellschafter in die gematik und damit in deren unmittelbaren Entscheidungsstrukturen ist strikt abzulehnen. Das BMG nimmt bereits heute an den Sitzungen der GSV der gematik teil und kann Beschlüsse der gematik innerhalb eines Monats nach der Beschlussfassung beanstanden und hat insofern schon jetzt Einfluss auf die Inhalte von Entscheidungen der gematik. Als Gesellschafter soll das BMG nun direkt unmittelbar an den Entscheidungsprozessen beteiligt werden.

Abzulehnen ist ferner die im Änderungsantrag vorgesehene Stimmenverteilung innerhalb der Gesellschafter, die dem BMG mit 51 Prozent eine generelle Stimmenmehrheit einräumt. Hierdurch würde das BMG faktisch eine vollumfängliche Hoheit über alle Entscheidungen der gematik erlangen. Mit den verbleibenden 49 Prozent haben der GKV-Spitzenverband und die Leistungserbringerorganisationen keine Möglichkeit, Beschlüsse ohne Zustimmung des BMG zu fassen. Die bisherige Vorgehensweise, der gemeinsamen Selbstverwaltung die maßgebliche Entscheidungskompetenz bei der Einführung der Gesundheitstelematik einzuräumen, würde damit aufgehoben werden.

Die Kostenträger haben bereits mehrfach kritisiert, trotz vollumfänglicher Übernahme der Kosten der gematik keinen größeren Einfluss innerhalb ihrer Entscheidungsprozesse zu haben. Auf Grund der vorgesehenen weiteren Absenkung der Entscheidungskompetenzen der Kostenträger im Rahmen der Reduzierung ihrer Stimmanteile auf nur noch 24,5 Prozent ist nicht mehr hinnehmbar, dass die Finanzierung der gematik vollumfänglich durch die Versichertengemeinschaft getragen werden soll. Durch

die vorgesehene faktische Übertragung aller Entscheidungskompetenz auf das BMG erhält die gematik den Charakter einer Behörde. Falls diese Forderung aufrechterhalten würde, dürfen die der gematik entstehenden Kosten sowie ggf. die Kosten der Telematik Infrastruktur nicht mehr aus Versichertenbeiträgen finanziert werden.

Eine ordnungspolitische Eliminierung der Selbstverwaltung und eine Überführung in eine sog. „Staatsmedizin“ wird abgelehnt, es wird stattdessen gefordert, dass Entscheidungen im Einvernehmen mit den Kassen (über den GKV-Spitzenverband) getroffen werden.

Änderungsvorschlag

Streichung des Änderungsantrages oder Übertragung von 51 Prozent der Anteile auf den GKV-Spitzenverband.

Die Idee des Gesetzgebers für eine Verfahrensbeschleunigung aufgreifend, möchten die Innungskrankenkassen zudem einen alternativen Vorschlag zur Diskussion stellen, welcher die Rolle der gematik – vor dem Hintergrund der gesammelten Erfahrungen auf der einen Seite und des wachsenden Aufgabenspektrums auf der anderen – neu denkt:

Sinnvoll könnte z. B. die Erarbeitung eines sog. modifizierten Struktur- (bzw. Governance-) Modells sein, aufgeteilt nach Aufgabenbereichen (z. B. Beauftragung, Standardisierung und Realisierung). Mit den einzelnen Aufgabenbereichen wäre eine entsprechende Zuständigkeitstrennung zwischen den Beteiligten (Kostenträgern, Leistungserbringern, BMG) verbunden. Dadurch würden, so die Einschätzung der Innungskrankenkassen, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten transparenter sowie die Entscheidungswege zeitlich erheblich verkürzt werden können.

Zu Änderungsantrag 27b: gematik

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 96

§ 291a SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird beabsichtigt Krankenkassen durch Absenkung der Zuweisungen aus dem RSA zu sanktionieren, wenn diese ihren Versicherten bis zum 1. Januar 2021 keine von der gematik zugelassene elektronische Patientenakte anbieten.

Bewertung

Die Maßnahme ist abzulehnen, da die Krankenkassen bei der Entwicklung und Bereitstellung elektronischer Patientenakten in einem großen Umfang von anderen Akteuren abhängig sind. Die Krankenkassen müssen ihren Versicherten zum 1. Januar 2021 eine von der gematik zugelassene elektronische Patientenakte anbieten. Dafür ist es erforderlich, dass seitens der Industrie bis zum genannten Fristende entsprechende Akten entwickelt und deren Zulassung bei der gematik erwirkt wurden. Insbesondere die Zulassungsprozesse beim BSI und der gematik können von den Krankenkassen nicht oder nur sehr eingeschränkt beeinflusst werden. Auch haben die Erfahrungen der Vergangenheit (z.B. beim Konnektor) gezeigt, dass vom Gesetzgeber vorgesehene Fristen oder vertragliche vereinbarte Liefertermine insbesondere durch Verzögerungen seitens der Industrie nicht eingehalten wurden.

Die maßgeblichen Spezifikationen für die elektronische Patientenakte Stufe 1.1, auf Basis der entsprechende Realisierungen und Vergabeverfahren möglich sind, werden aller Voraussicht nach erst Anfang Mai 2019 zur Verfügung stehen. Die bis zum Fristende zur Verfügung stehende Zeit ist für die Entwicklung und Zulassung der Akten für die Industrie sowie für die Beauftragung durch die Kostenträger deutlich zu kurz. Es droht daher die Gefahr von Monopolstellungen, wenn bis zum Ende der Frist nur ein oder wenige Unternehmen in der Lage sind, zugelassene Akten anzubieten. Erschwerend kommt hinzu, dass die Entwicklung bestimmter, für den ePA-Betrieb erforderlicher Komponenten, zum Beispiel ePA-Fachmodul im Konnektor oder erforderliche Funktionalitäten in den Praxisverwaltungssystemen, nicht im Einflussbereich der Kostenträger liegen. Der Syntax zwischen Handeln und Haften ist somit nicht gegeben.

Zudem ist zu befürchten, dass in der Kürze der Zeit nur eine minimalistische elektronische Patientenakte realisiert werden kann und für die Versicherten nicht alle grundsätzlich möglichen Mehrwerte erschlossen werden können; Innovationspotentiale werden damit ignoriert und die versichertenorientierte Innovationskraft der Krankenkassen minimiert .

Dabei gilt es auch kartell- und wettbewerbsrechtliche Risiken zu vermeiden, wenn Unternehmen gleichzeitig Anbieter sowohl elektronischer Patientenakten wie auch von Praxisverwaltungssystemen oder Konnektoren sind.

Die Kassen haben unabhängig von geplanten Sanktionen (der Änderungsantrag lag noch nicht vor) in allen – durch den LOI vom 19. September 2018 begründeten Arbeitsgruppen „ePA bei GKV-Spitzenverband“ und „ePA bei der gematik“ auf die unrealistische Terminsetzung 1. Januar 2021 hingewiesen.

Insbesondere kleinere Krankenkassen können erforderliche Ausschreibungen erst dann am Markt platzieren, wenn die erforderlichen Spezifikationen zur Stufe 1.1 zur ePA vorliegen, damit wird frühestens im Mai 2019 ein Überblick über die erforderlichen Ausschreibungsinhalte bekannt sein. Die verbleibende Zeit wird nicht ausreichen – unter Berücksichtigung der erforderlichen Ausschreibungsfristen – der Dauer von Feldtest- und Zulassungsverfahren, den Starttermin 1. Januar 2021 zu halten.

Die geplanten Sanktionen gefährden die Handlungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenkassen und führen zur Vernichtung bisher vermeintlich sicherer Arbeitsplätze.

Änderungsvorschlag

Die Sanktionsregelung sollte vollumfänglich entfallen und wird daher abgelehnt.

Sofern die Sanktionsmöglichkeiten in Kraft treten, wird gefordert, dass zur Vermeidung monopolistischer Strukturen den Anbietern von Produkten der Telematik-Infrastruktur untersagt wird, gleichzeitig eine elektronische Infrastruktur anzubieten.

Zu Änderungsantrag 27d: gematik

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 97a

§ 291c SGB V

Beabsichtigte Neuregelung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung soll im Benehmen mit der gematik wie auch weiteren Organisationen die notwendigen Festlegungen für die Inhalte der elektronischen Patientenakte nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 treffen, um deren semantische und syntaktische Interoperabilität zu gewährleisten. Der KBV sind von der gematik für die Erfüllung dieser Ausgaben angemessene Finanzmittel zur Verfügung zu stellen. Die Regelung dient dem Zweck, die semantische und syntaktische Interoperabilität zu gewährleisten. Strukturierte elektronische Dokumente sollen von allen Leistungserbringern und den Versicherten gleich interpretiert und darüber hinaus maschinell verarbeitet werden können.

Bewertung

Die Regelung ist abzulehnen.

Die Formulierung im Satz 1 lässt die Auslegung zu, dass die KBV auch die Inhalte der ePA festlegt. Das entspricht nicht den Vereinbarungen des LOI. Die Inhalte der ePA werden wie im LOI vereinbart von einer Arbeitsgruppe der Krankenkassen unter Moderation des GKV-SV erarbeitet. Die KBV erstellt die Vorgaben hinsichtlich der semantischen und syntaktischen Interoperabilität der Dokumente. Die vorgesehenen Inhalte und die Vorgaben zur semantischen und syntaktischen Interoperabilität sind von der GSV der gematik zu beschließen. Die KBV erhält für ihre Tätigkeit keine Finanzmittel von der gematik.

Auch soll eine alternative Entscheidung zum Vorschlag der KBV nur durch die in der gematik vertretenen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer ersetzt werden. Der GKV-Spitzenverband und das BMG wären bei diesem Verfahren nicht beteiligt. Dies ist abzulehnen.

Änderungsvorschlag

Streichen des Änderungsantrags.

Zum Entwurf Änderungsantrag 28 (Stand 29.01.2019)

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 50, 51a, 76, 77

§§ 91, 91b, 135, 137c SGB V

Beabsichtigte Neuregelung (Stand 29.01.2019)

Mit dem Änderungsantrag 28 (in der dritten Fassung mit Stand 29.01.2019) sollen die Verfahren des G-BA zur Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung und in der Krankenhausversorgung und deren Aufnahmen in die Versorgung insbesondere durch folgende Maßnahmen beschleunigt werden:

1. Die Einführung einer Verordnungsermächtigung des Bundesgesundheitsministerium zur Neuordnung des Verfahrens der Methodenbewertung
2. Eine Fristverkürzung für den G-BA von drei auf zwei Jahre und sechs Monate
3. Die Einführung einer unmittelbaren Aufnahme der Leistung in die Versorgung im Falle einer Fristverletzung des G-BA, Vorgabe an den G-BA, innerhalb von sechs Monaten die nötigen Anforderungen an die Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung zu beschließen. Versicherte haben nach spätestens Ablauf der 6-Monats-Frist in § 135 Absatz 1 Satz 7 einen Anspruch Krankenbehandlung mit der Methode in der vertragsärztlichen Versorgung.

Grundsätzliche Bewertung

Der Änderungsantrag 28 – zunächst u.a. als Ermächtigungsgrundlage des Bundesgesundheitsministeriums geplant, selber Leistungen in den EBM-Leistungskatalog zu überführen, dann in Form einer Ersatzvornahme angedacht – sieht nun in der dritten Fassung eines Monats die Lösung in einem vorgegebenen „Fristen-Automatismus“. Danach sollen die vom G-BA zur Prüfung anstehenden Leistungen in die vertragsärztliche Regelversorgung überführt werden können, wenn der G-BA die ihm um ein halbes Jahr gekürzte Prüfungsfrist von zwei Jahren und sechs Monaten nicht einhält und keine fristgerechte Beschlussfassung zustande kommt. Entsprechendes soll für den Anspruch der Versicherten auf Krankenbehandlung mit der Methode in der vertragsärztlichen Versorgung nach Ablauf der 6-Monats-Frist in § 135 Absatz 1 Satz 7 gelten.

Wie schon die Vorgänger-Entwürfe (Ermächtigungsgrundlage bzw. Ersatzvornahme) wird auch der Änderungsantrag 28 in seiner aktuellen Fassung insbesondere hinsichtlich des dort vorgesehenen Fristen-Automatismus von den Innungskrankenkassen ausdrücklich abgelehnt:

1. Zum einen besteht die Gefahr, dass neue, aber noch nicht als evidenzbasiert anerkannte Methoden bzw. Leistungen Eingang in die Regelversorgung finden, ohne dass eine qualifizierte Entscheidungsinstanz – wie eben der G-BA – dafür verantwortlich zeichnen. Patienten könnten auf diesem Wege eine unwirksame, schlimmstenfalls medizinisch schädliche Versorgung erhalten. Dies kann und darf nicht der Wille des Gesetzgebers sein!

Auf der anderen Seite besteht die Gefahr, dass mit Änderungsantrag 28 der Eingang innovativer und gesundheitsfördernder Methoden und Leistungen in die Regelversorgung verhindert wird. Dann z.B., wenn sich der G-BA vorsorglich nur deshalb gegen eine grundsätzlich zu begrüßende Innovation ablehnend ausspricht, weil die evidenzbasierte Prüfung bzw. die diesbezügliche Beratung (z. B. wegen Ausschluss von Nebenwirkungen) innerhalb der gesetzten Frist noch nicht abgeschlossen ist.

In beiden Fällen wird verhindert, dass der Patient eine ihm zustehende medizinische gute Versorgung erhält.

2. Sofern Leistungen lediglich aufgrund von Fristablauf automatisch in die Regelversorgung überführt werden, stellt sich zudem die Frage, wie solche Leistung wieder aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung gestrichen werden können, wenn sie sich entweder als unwirksam oder sogar – wie z.B. beim Einsatz von Stents zur Behandlung intrakranieller Gefäßstenosen – als gesundheitsgefährdend herausstellen.

Das derzeit dafür erforderliche, vom Gesetzgeber mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz von 2011 eingeführte Neun-Stimmen-Quorum stellt jedenfalls mit Blick auf den Patientenschutz kein brauchbares Instrument dar. Denn damit hat der Gesetzgeber die bislang bewährten Entscheidungsmechanismen, die in anderen Fällen sehr gut funktionieren und auch konfliktive Entscheidungen gewährleisten, in einem für die Patientensicherheit zentralen Punkt nicht nur erschwert, sondern faktisch unmöglich gemacht.

Die Innungskrankenkassen fordern deshalb den Gesetzgeber an dieser Stelle noch einmal eindringlich auf, diesen Eingriff in bewährte Konfliktregelungsmechanismen der gemeinsamen Selbstverwaltung zu überdenken. Sinnvoll wäre hier das sonst übliche Abstimmungsverfahren „Sieben von 13 Stimmen“, um einen Beschluss herbeizuführen. Damit wäre gewährleistet, dass Entscheidungen im Konfliktfall auch gegen eine Bank (Kassen oder Leistungserbringer) getroffen werden könnten.

Änderungsvorschlag

Streichen des in § 135 Absatz 1 und § 137c Absatz 1 vorgesehenen Fristen-Automatismus und der damit verbundenen Überführung von Leistungen in die Regelversorgung.

3. Ergänzender Änderungsbedarf

Delegation und Substitution ausbauen auch im Bereich Hilfsmittel

In Ergänzung zu den Ausführungen zu Änderungsantrag 1 (Heilmittel, § 63 Absatz 3b Satz 2 und 3) Substitution in der Heilmittelversorgung fordern die Innungskrankenkassen auch Modellvorhaben im Bereich Hilfsmittelversorgung.

Denn auch hinsichtlich sonstiger nichtärztlicher Gesundheitsfachberufe sind Alternativen zu den bisherigen arztzentrierten Versorgungsstrukturen zu entwickeln. Das gilt zum Beispiel auch für die sog. Gesundheitshandwerke. Letztere leisten schon heute einen wertvollen medizinischen Beitrag zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit. Allerdings: Ihre Befugnisse sind beschränkt. So dürfen z. B. Leistungen ohne vertragsärztliche Verordnung nur erbracht werden, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch nicht geboten ist (§ 33 Absatz 5a Satz 1 SGB V). Neben anderen geeigneten Gesundheitsfachberufen sollten deshalb auch hinsichtlich der Gesundheitshandwerke in einem gebotenen Maße sinnvolle Befugnisweiterungen erprobt und evaluiert werden.

Ergänzungsvorschlag

- 1. Bestehende Hindernisse im Hinblick auf den Einsatz von qualifizierten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen im Rahmen der Delegation ärztlicher Leistungen sollten beseitigt, entsprechende Modelle flächendeckend vorangetrieben und unterstützt werden.*
- 2. Zur Erprobung der Substitution ärztlicher Leistungen sollte zeitnah ein gesetzlicher Rahmen gesetzt werden, um neue – sämtliche geeignete Gesundheitsfachberufe umfassende – Modellvorhaben aufzulegen und bei positiven Ergebnissen in die Regelversorgung zu überführen.*
- 3. Voraussetzung ist allerdings, die wirtschaftliche Verantwortlichkeit der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe und das Kostenaufkommen für die Beitragszahler im Blick zu behalten und entsprechend gesetzlich zu regeln.*