

**Deutscher Bundestag**  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**19(14)112(9.2)**  
gel. VB zur öAnh am 23.10.2019 -  
**Masernschutz**  
23.10.2019



# **Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 23.10.2019**

**zu den fachfremden Änderungsanträgen 19(14)111.1**

**GKV-Spitzenverband**  
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin  
Telefon 030 206288-0  
Fax 030 206288-88  
politik@gkv-spitzenverband.de  
www.gkv-spitzenverband.de



## Inhaltsverzeichnis

<b>Änderungsantrag 1</b> .....	<b>3</b>
<b>Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) – nach Änderungsantrag</b> .....	<b>3</b>
§ 27 – Krankenbehandlung.....	3
§ 132k (neu) – Vertrauliche Spurensicherung.....	3
<b>Änderungsantrag 2</b> .....	<b>7</b>
<b>Artikel 3b (Änderung HWG)</b> .....	<b>7</b>
§ 11 Absatz 1 – Heilmittelwerbe-gesetz.....	7
<b>Änderungsantrag 3</b> .....	<b>8</b>
<b>Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)</b> .....	<b>8</b>
§ 31 Absatz 1b (neu) – Arznei- und Verbandmittel, Verordnungsermächtigung.....	8

## **Änderungsantrag 1**

### **Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) – nach Änderungsantrag**

Nr. 4a und Nr. 5b

#### **§ 27 – Krankenbehandlung**

#### **§ 132k (neu) – Vertrauliche Spurensicherung**

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

Die gesetzliche Krankenversicherung soll zukünftig für versicherte Opfer sexualisierter Gewalt die Kosten für die Sicherung von beweistechnisch relevanten Spuren und eine den Anforderungen an eine Spurensicherung entsprechende Dokumentation, beispielsweise von Verletzungen, ebenso wie die Kosten für Laborleistungen, beispielsweise auf so genannte K.O.-Tropfen oder Alkohol, übernehmen. Darüber hinaus soll sie den Transport der Beweismittel sowie die gegebenenfalls jahrelange Archivierung bis zum Ablauf der straf- und zivilrechtlichen Verjährungsfrist finanzieren.

Zu diesem Zweck soll eine entsprechende Erweiterung des Leistungsanspruchs der Versicherten in § 27 SGB V (Krankenbehandlung) verankert werden. Gemäß des neu aufzunehmenden § 132k SGB V (Vertrauliche Spurensicherung) soll die Vergütung in regionalen Verträgen geregelt werden, die die Krankenkassen oder ihre Landesverbände auf Antrag des jeweiligen Landes mit diesem und einer hinreichenden Anzahl geeigneter Einrichtungen oder Ärzte zu schließen haben. Die Leistungen sollen unmittelbar mit den Krankenkassen abgerechnet werden, wobei in den Abrechnungsunterlagen kein konkreter Bezug zur versicherten Person hergestellt werden darf.

##### **B) Stellungnahme**

Die Spurensicherung und Dokumentation nach einer sexualisierten Gewalttat ist, wie in der Begründung zum Änderungsantrag ausgeführt, notwendig für die Beweisführung etwaiger späterer straf- oder zivilrechtlicher Verfahren. Sie dienen nicht der Erhaltung, der Wiederherstellung oder Verbesserung von Gesundheit und sind damit auch keine Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als Solidargemeinschaft gemäß § 1 Abs. 1 Satz 1 SGB V. Vielmehr ist die Verantwortung für eine Spurensicherung im Zusammenhang mit Straftaten bei der zuständigen Strafverfolgungsbehörde verortet und unterliegt damit dem Regelungsbereich der Länder, zumal gemäß der Begründung zum Änderungsantrag die weiteren Bestandteile der Spurensicherung, wie z. B. die Materialkosten, notwendige Fortbildungen sowie

mögliche spätere Analysen der sichergestellten Spuren, – unabhängig von einer Strafanzeige – auch weiterhin der Finanzierungsverantwortung der Strafverfolgungsbehörden zugeordnet werden. An der Finanzierungsverantwortung der Länder für diese Aufgaben besteht kein Zweifel, da im Falle einer vorausgegangenen oder gleichzeitigen Strafanzeige die Kostenübernahme für die notwendige Spurensicherung, Dokumentation, Probenuntersuchung und Archivierung durch die Polizei sichergestellt ist, wie dies in der Begründung zum Änderungsantrag zutreffend ausgeführt wird.

Dementsprechend obliegt es den Ländern, Regelungen zu treffen, in welchem Leistungsrahmen eine vertrauliche Spurensicherung für etwaige spätere straf- und zivilrechtliche Verfahren auch ohne eine bereits gestellte Anzeige finanziert werden soll. Solche Regelungen müssen zudem für alle Bürger gleichermaßen und unabhängig von ihrem Status als gesetzlich oder privat Versicherte oder von ihrem Anspruch auf Beihilfe oder freie Heilfürsorge getroffen werden. Vor diesem Hintergrund wird der von den Ländern erzwingbare Vertrag mit den Krankenkassen auf Landesebene gemäß des vorgesehenen § 132k Satz 1 SGB V (neu) bereits aus übergeordneten systematischen Gründen abgelehnt. Allein die nachvollziehbare Zielsetzung, den Betroffenen einen niedrighschwelligen Zugang zur kostenfreien Beweissicherung ohne Einschaltung der Strafverfolgungsbehörden zu ermöglichen, erfordert keine systemwidrige Aufgabenerweiterung der GKV und rechtfertigt keine Übertragung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben auf die Beitragszahler der GKV.

Darüber hinaus sind die vorgesehenen Regelungen auch aus inhaltlichen Gründen ungeeignet und deshalb abzulehnen. Wenn es ausweislich der Begründung zum Änderungsantrag darum geht, einen niedrighschwelligen und vertraulichen Zugang zu den vorgesehenen Leistungen in Fällen zu ermöglichen, in denen keine vorausgehende oder gleichzeitige Strafanzeige vorliegt, ist weder nachvollziehbar, warum der Leistungsanspruch zu Lasten der Krankenkasse in der Rechtsnorm nicht auf solche Fallgestaltungen beschränkt ist, noch warum keine Regelung vorgesehen wird, wonach im Falle einer später erfolgten Strafanzeige die von der Solidargemeinschaft übernommenen Kosten durch die Strafverfolgungsbehörden zurückzuerstatten sind. Die Regelungen sind damit weder inhaltlich ausreichend bestimmt, um Fragen der Leistungsabgrenzung rechtssicher zu klären, noch in sich schlüssig.

Unklar ist auch das Regelungsverhältnis der vorgesehenen gesetzlichen Änderungen in § 27 Abs. 1 SGB V einerseits und § 132k SGB V (neu) andererseits. § 132k SGB V (neu) legt mit seiner Formulierung „... schließen auf Antrag des jeweiligen Landes ... Verträge“ nahe, dass es in der Entscheidung der Länder liegt, ob sie von der Regelung Gebrauch machen wollen. Die in § 27 Abs. 1 SGB V vorgesehene Grundlage für den Leistungsanspruch ist hingegen nicht auf Fallgestaltungen begrenzt, in denen auf Antrag des Landes solche Verträge geschlossen wurden. Dies ist nicht konsistent.

Zur Wahrung der Anonymität des Versicherten ist in der vorgesehenen Regelung in § 132k SGB V (neu) sowie den diesbezüglichen Aussagen der Begründung vorgegeben, dass die Abrechnung die Anonymität des Versicherten gewährleisten muss und die Abrechnungsunterlagen keinen konkreten Bezug zur versicherten Person herstellen dürfen. Für eine Plausibilisierung des Leistungsanspruchs und der Abrechnung von Leistungen gerade auch mit Blick auf die längerfristige Archivierung gesicherter Spuren unter Berücksichtigung straf- und zivilrechtlicher Verjährungsfristen muss es jedoch nachvollziehbar sein, ob und ggf. für welchen Zeitraum entsprechende Leistungen versichertenbezogen abgerechnet werden. Dies bedarf keiner Aufhebung der Anonymität des Versicherten, aber einer Pseudonymisierung durch die abrechnende Stelle. Ohne Pseudonymisierungszeichen, sondern allein auf Basis der bisher in der Begründung zum Änderungsantrag adressierten Datensatzinhalte zum Nachweis des Leistungsanspruches, d.h. der Angabe der jeweiligen Krankenkasse, der Einrichtung bzw. des Arztes und der abgerechneten Leistungs- und Vergütungspositionen, ist die Transparenz im dargestellten Sinne nicht gewährleistet. Die Möglichkeit der Plausibilisierung der Abrechnungen in dem vorgenannten Sinne müsste sowohl zur Sicherstellung der ordnungsgemäßen Mittelverwendung der Krankenkassen nach § 260 Abs. 1 SGB V im Rahmen der vorgesehenen gesetzlichen Änderungen als auch im Interesse der Länder gegeben sein, sofern dem nachfolgenden Vorschlag einer Ausgestaltung als Auftragsgeschäft gefolgt wird.

Aus den genannten Gründen werden die vorgesehenen gesetzlichen Änderungen abgelehnt. Wenn aus übergeordneten Gründen daran festgehalten werden soll, den Leistungszugang für GKV-Versicherte über Kostenübernahmeregelungen durch die Krankenkassen zu ermöglichen, dann muss dies als Auftragsgeschäft gegen Kostenerstattung und Erstattung des Verwaltungsaufwandes ausgestaltet werden.

### C) Änderungsvorschläge

Die vorgesehenen Regelungen sind zu streichen.

**Sofern aus übergeordneten Gründen an der Zielsetzung einer Regelung unter Einbezug der GKV festgehalten werden soll, sollten folgende Regelungen getroffen werden:**

1. Nach Nummer 4 wird folgende Nummer 4a eingefügt:

„4a. § 27 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt: „Ergänzend zur Krankenbehandlung haben Versicherte **im Rahmen der Verträge nach § 132k** Anspruch auf **ärztliche** Leistungen zur vertraulichen Spurensicherung am Körper, einschließlich der erforderlichen Dokumentation so-

wie von Laboruntersuchungen **auf nicht lagerungsstabile Parameter** und einer ordnungsgemäßen Aufbewahrung der sichergestellten Befunde bei Hinweisen auf drittverursachte Gesundheitsschäden, die Folge eines sexuellen Missbrauchs, eines sexuellen Übergriffs, einer sexuellen Nötigung oder einer Vergewaltigung ~~sind~~ **sein können.**“

2. Nach Nummer 5a wird folgende Nummer 5b eingefügt:

„5a. Nach § 132j wird folgender § 132k eingefügt:

§ 132k Vertrauliche Spurensicherung

„(1) Die Krankenkassen oder die Landesverbände **der Krankenkassen** schließen **gemeinsam und einheitlich** auf Antrag durch die Landesregierung oder die von der Landesregierung beauftragte oberste Landesbehörde mit dem Land sowie mit ~~einer hinreichenden Anzahl von~~ geeigneten Einrichtungen oder Ärzten Verträge über die Erbringung von Leistungen nach § 27 Absatz 1 Satz 6. In den Verträgen sind insbesondere die Einzelheiten zu Art und Umfang der Leistungen, die Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung sowie die Vergütung und Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens zu regeln. Die Leistungen werden unmittelbar mit den Krankenkassen abgerechnet, die Vergütung kann pauschaliert werden. Das Abrechnungsverfahren ist so zu gestalten, dass die Anonymität, im Sinne einer Pseudonymisierung, des Versicherten gewährleistet ist. Kommt ein Vertrag nach Satz 1 und 2 ganz oder teilweise nach Antragstellung durch **die Landesregierung oder die von der Landesregierung bestimmte oberste Landesbehörde** ~~das Land~~ nicht binnen sechs Monaten zustande, gilt § 132i Satz 3 bis 5 entsprechend mit den Maßgaben, dass die Schiedsperson bei Nichteinigung von den für die Krankenkassen ~~aufsichtsführenden Ländern~~ **zuständigen Aufsichtsbehörden** bestimmt wird und ~~dass Widerspruch und Klage gegen die Bestimmung der Schiedsperson keine aufschiebende Wirkung haben.~~

(2) Die **Aufwendungen, die den Krankenkassen durch die Übernahme der Leistungen nach Absatz 1 entstehen, und ein angemessener Teil ihrer Verwaltungskosten werden den Krankenkassen von den Landesregierungen oder den von den Landesregierungen beauftragten obersten Landesbehörden erstattet. Als angemessene Verwaltungskosten werden 8 vom Hundert der abgerechneten Leistungsaufwendungen festgelegt. Das Nähere zur Kostenerstattung regeln die Krankenkassen oder ihre Landesverbände sowie die Ersatzkassen in Vereinbarungen mit den Landesregierungen oder den von den Landesregierungen beauftragten obersten Landesbehörden.**“

## **Änderungsantrag 2**

### **Artikel 3b (Änderung HWG)**

#### **§ 11 Absatz 1 – Heilmittelwerbegesetz**

##### **A) Vorgeschlagene Änderung:**

Mit Änderungsvorschlag 2 zu Artikel 3b (Änderung des Heilmittelwerbegesetzes) wird vorgeschlagen, das im Heilmittelwerbegesetz nicht mit der Wirkung operativ plastisch-chirurgischer Eingriffe durch vergleichende Darstellung geworben werden darf und, dass sich Werbemaßnahmen nicht ausschließlich oder überwiegend an Jugendliche richten dürfen.

##### **B) Stellungnahme:**

Vorschlag und Begründung sind bei Maßnahmen ohne medizinische Begründung nachvollziehbar da sie auf die subjektive und grundsätzlich wandelbare Modifikation des Körperäußeren erstrecken. Es ist anzuerkennen, dass jeder operative Eingriff Gefahren für die Gesundheit birgt.

##### **C) Änderungsvorschlag:**

Keine Änderung.

## **Änderungsantrag 3**

### **Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

Nr. 4b

#### **§ 31 Absatz 1b (neu) – Arznei- und Verbandmittel, Verordnungsermächtigung**

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung**

In einem neuen Absatz 1b soll geregelt werden, dass für Versicherte, bei denen eine kontinuierliche Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel notwendig ist, speziell gekennzeichnete Verordnungen ausgestellt werden können. Diese Verordnungen sollen nach der Erstabgabe für bis zu drei Folgeabgaben in einem Zeitraum bis zu einem Jahr nach Ausstellungsdatum beliefert werden können. Ferner sind technische Folgeänderung in Artikel 3c der Arzneimittelverschreibungsverordnung vorgesehen.

##### **B) Stellungnahme**

Eine Vereinfachung der Versorgung von Patientinnen und Patienten, bei denen eine kontinuierliche Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel angezeigt ist, ist wünschenswert.

In jedem Fall ist jedoch eine Klarstellung erforderlich, dass die mehrfachen Einlösungen des Ordnungsblattes nicht unmittelbar nacheinander stattfinden dürfen. Bei einigen Arzneimitteln wäre eine „Einmalabholung“ der gesamten Menge äußerst kritisch, da beispielsweise die Verfallsdauer der Arzneimittel im Jahresverlauf überschritten oder die Wirksamkeit aufgrund von falscher Lagerung beeinträchtigt werden könnte. Zudem würden bei Patientinnen und Patienten bei denen ein Wechsel der Medikation notwendig wird, oder die unterjährig versterben, erhebliche Verwürfe anfallen. Dies wäre mit unnötigen Mehrausgaben für die Versicherungsgemeinschaft verbunden. Zugleich würde unnötiger, schwer zu entsorgender pharmazeutischer Sondermüll anfallen. Stattdessen sollte der Arzt bei der Verordnung festlegen, in welchen Intervallen jeweils die Folgeabgaben durchgeführt werden können. Zudem wäre zu hinterfragen, ob eine Wiederholungsverordnung auch bei Arzneimitteln mit Gefährdungs- oder Suchtpotenzial erfolgen sollte. Um eine Gefährdung der Arzneimitteltherapiesicherheit auszuschließen, wäre es sinnvoll, wenn der G-BA im Rahmen der Arzneimittel-Richtlinie die Voraussetzungen für eine Wiederholungsverordnung näher definiert.

Um den Rechtsanspruch der Versicherten zu operationalisieren gibt es verschiedene Möglichkeiten zur Umsetzung. Diese bringen unterschiedliche Vor- und Nachteile mit sich, die im Folgenden aufgezeigt werden sollen.



In diesem Kontext ist darauf hinzuweisen, dass die Arzneimittelverschreibung nicht nur der „Auftrag“ an die Apotheke zur Abgabe eines Arzneimittels ist, sondern auch rechnungsbe-  
gründende Unterlage, dessen Gültigkeit derzeit gemäß Arzneimittelrichtlinie auf einen Monat  
nach Ausstellung begrenzt ist. Entsprechend kann ein papiergebundenes Verordnungsblatt  
erst dann abgerechnet werden, wenn auf Basis dieser Verordnung keine Arzneimittel mehr  
abgegeben werden.

*(1) Umsetzung in Form eines Verordnungsblattes*

Ein Verordnungsblatt kann erst dann abgerechnet werden, wenn auf der Grundlage dieses  
Blattes keine Arzneimittel mehr abgegeben werden. Entsprechend müsste eine Mehrfachver-  
ordnung in Form eines einzigen Verordnungsblattes bis zur letzten Abgabe bei der Apotheke  
verbleiben. Eine solche Lösung hat dann zwei Konsequenzen. Einerseits legt sich der Versi-  
cherte dann bei der ersten Abgabe auf Basis einer Mehrfachverordnung auch für die Folgeab-  
gaben auf eine bestimmte Apotheke fest und kann dies nicht mehr rückgängig machen.

Andererseits kann eine Abrechnung des Verordnungsblattes erst nach der letzten Abgabe er-  
folgen. Entsprechend würde sich der Erhalt der Vergütung dann auch um bis zu ein Jahr ver-  
zögern. Andere Vorgehensweisen, die eine sofortige Abrechnung ermöglichen würden, wie  
beispielsweise die Erstellung einer Kopie des Verordnungsblattes, scheiden aus, da sie äu-  
ßerst manipulationsanfällig sind, die Gefahr unbeschränkt häufiger Abgaben mit sich bringen  
und zudem im Rahmen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs Kopien nicht ak-  
zeptiert werden.

Eine solche Lösung würde zudem die Schaffung neuer Datenfelder auf dem bisherigen Muster  
16 oder die Entwicklung eines neuen Vordruckes erfordern, um die verschiedenen Intervalle  
für die Abgabe anzugeben und die tatsächlich erfolgten Abgaben zu registrieren. Ein solcher  
Prozess erfordert Eingriffe in die Datenstruktur der bisherigen Verordnungsblätter und damit  
eine Vorlaufzeit von mindestens neun Monaten.

*(2) Umsetzung in Form von mehreren Verordnungsblättern*

Wenn an Stelle einer Verordnung durch die Ärztinnen und Ärzte verschiedene Blätter für jede  
einzelne Abgabe ausgestellt würden, ließe sich die Problematik der Apothekenwahl und der  
späten Abrechnung umgehen. Die Patientinnen und Patienten könnten wie gewohnt die Ver-  
ordnungsblätter in der Apotheke einlösen und die Apotheken entsprechend abrechnen. Für  
die Ärztinnen und Ärzte würde ein solches Vorgehen einen leicht erhöhten Aufwand bedeu-  
ten, da mehrere Verordnungsblätter erstellt werden müssten.

Bei dieser Lösung müsste auf den bestehenden Formularen ein Platz für die Angaben der unterschiedlichen Abgabezeiträume geschaffen werden. Ein solcher Prozess erfordert Eingriffe in die Datenstruktur der bisherigen Verordnungsblätter und benötigt eine Vorlaufzeit von mindestens neun Monaten.

*(3) Umsetzung in Form der elektronischen Verordnung*

Durch das Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV) wurde im SGB V die Voraussetzungen zur Einführung einer elektronischen Verordnung geschaffen. Im Rahmen einer elektronischen Verordnung könnten zeitgleich vier Verordnungen mit unterschiedlichen Einlösezeiträumen erstellt werden. Entsprechend böte diese Lösung analog zur Ausstellung mehrerer Papierverordnungen den Vorteil der freien Apothekenwahl sowie der sofortigen Abrechnung. Im Gegensatz zur Papierlösung würde dieses Vorgehen jedoch nicht durch bestehende Formulare beschränkt, sondern könnte umfassendere Informationen enthalten. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes wäre diese dritte Lösung zu bevorzugen.

**C) Änderungsvorschlag**

§ 31 Absatz 1b wird wie folgt gefasst:

„Für Versicherte, die eine kontinuierliche Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel benötigen, können Vertragsärzte Verordnungen ausstellen, nach denen eine nach der Erstabgabe bis zu dreimal wiederholende Abgabe erlaubt ist. Die Verordnungen sind besonders zu kennzeichnen. Sie dürfen bis zu einem Jahr nach Ausstellungsdatum zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen durch Apotheken beliefert werden. Die Vertragsärzte geben jeweils die Zeiträume für die einzelnen Abgaben auf der Verordnung an. Eine Verordnung nach Satz 1 erfolgt auf elektronischem Wege“

Je nach gewählter Form der Operationalisierung wäre der letzte ergänzte Satz zu modifizieren.

Zudem sind entsprechende Änderungen in § 48 Arzneimittelgesetz (vgl. Artikel 5 Nummer 1) sowie ggf. in der Arzneimittelverschreibungsverordnung notwendig.