



Stellungnahme des IKK e.V.

zum

**Referentenentwurf eines Gesetzes
zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in
der Kommune**

**Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz –
GVSG vom 08.04.2024**

30.04.2024

IKK e.V.

Hegelplatz 1

10117 Berlin

030/202491-0

info@ikkev.de

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen	3
Kommentierung	10
Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 2.....	10
§ 33 Absatz 5c (neu): Hilfsmittel	10
§ 65a SGB V (neu): Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	13
§ 87 Absatz 2b SGB V: Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	14
§ 87 Absatz 2n SGB V: Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	16
§ 87a Absatz 3c SGB V (neu): Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten	17
§ 106b SGB V: Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen	19
§ 197a SGB V: Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen ...	20
§ 217f Absatz 4 SGB V: Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen	22
Zu Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	26
§ 47a SGB XI: Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen	26
Ergänzender Änderungsbedarf	27
Änderung des Mutterschutzgesetz - MuSchG	27

Grundsätzliche Anmerkungen

Im nunmehr dritten Anlauf und in einigen Teilen flankierend zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) liegt nun (endlich) ein offizieller Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes) vor. Mit dem dort aufgeführten Maßnahmenkatalog soll – wie es der Titel des Gesetzes schon sagt – die ambulante Versorgung grundsätzlich reformiert werden.

Nimmt man dieses Ziel als Richtschnur, ist jedoch von den ursprünglichen Plänen, die Gesundheitsversorgung vor Ort in den Kommunen zu stärken und gleichzeitig die individuelle Gesundheitskompetenz zu erhöhen, nicht mehr viel übriggeblieben. Stattdessen bleibt nach dem – größtenteils wegen der Vermeidung von Doppelstrukturen zu begründenden – Herausstreichen der Gesundheitskioske etc. mit der nun u. a. vorgesehenen Entbudgetierung der ambulanten hausärztlichen Leistungen hauptsächlich eine rein finanzielle Anpassung übrig, deren Auswirkung auf die tatsächliche Verbesserung der Versorgung aus Sicht der Innungskrankenkassen mehr als fraglich erscheint.

Tatsächlich hätte sich nach Auffassung der Innungskrankenkassen aufgrund der bereits real existierenden Herausforderungen der künftigen Sicherstellung einer ausreichenden und flächendeckenden medizinischen Versorgung – insbesondere abseits der Ballungszentren – ein „echtes“ Versorgungsgesetz angeboten, welches die Fragen nach einer bedarfsgerechten sektorenübergreifenden Versorgung umfassend in einem Gesamtzusammenhang auch mit den Regelungen des KHVVG beantwortet.

Was die Finanzierung betrifft, so werden die bezifferten Zusatzkosten erneut – wie auch schon bei der geplanten Krankenhausstrukturreform – in erster Linie der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und damit deren Mitgliedern als Beitragszahlern aufgebürdet. Die daraus resultierenden Risiken von weiteren Beitragssatzsteigerungen der durch vorangegangene Gesetzgebungsverfahren bereits stark strapazierten Finanzen der GKV sind offensichtlich.

Im Einzelnen:

Reform der ambulanten hausärztlichen Vergütung

Zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung werden im vorliegenden Referentenentwurf insbesondere drei Maßnahmen zur Anpassung der Vergütung ergriffen: Die Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung werden entbudgetiert und eine jährliche Versorgungspauschale zur Behandlung chronisch kranker Patientinnen und Patienten sowie eine Vorhaltepauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages eingeführt.

Insbesondere aufgrund der Kumulation der verschiedenen Maßnahmen bestehen hierzu seitens der Innungskrankenkassen erhebliche Bedenken im Hinblick auf mögliche Doppelfinanzierungen. Darüber hinaus ist aufgrund der systemimmanenten Intransparenz der Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigungen eine Strategiefanfälligkeit nicht auszuschließen (konkret dazu in der Einzelkommentierung).

Entbudgetierung Hausärzte

Die vorgesehene Entbudgetierung der Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung wird von den Innungskrankenkassen abgelehnt.

Nach Auffassung der Innungskrankenkassen wird mit der Entbudgetierung kein relevanter Anreiz für eine hausärztliche Tätigkeit in unterversorgten, vor allem ländlichen Regionen, erzielt. Vielmehr besteht die Gefahr einer weiteren Konzentration ärztlicher Tätigkeit sowie einer medizinisch nicht notwendigen und unwirtschaftlichen Leistungsausweitung in den bereits überversorgten Gebieten.

Bestätigt wird die Gefahrenschätzung durch die im Rahmen der Entbudgetierung der Kinder und Jugendärzte gemachten Erfahrungen. Diese haben gezeigt, dass bereits ohne zusätzliche Bewertungseffekte ein mehrprozentiger überproportionaler Mengenanstieg zu verzeichnen ist. Zur Einhaltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität erachten die Innungskrankenkassen es daher für erforderlich, wie bisher vertragsärztliche Leistungen im Regelfall innerhalb der morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) zu vergüten. Denn ohne eine morbiditätsbezogene Mengenbegrenzung besteht das Risiko einer unangemessenen Leistungsmengenausweitung, wodurch langfristig die Finanzierbarkeit der GKV gefährdet würde.

Der derzeitige Anteil der extrabudgetären Vergütung liegt mit Stand 2022 bei 43 Prozent und erhöht damit bereits grundsätzlich die Gefahr unwirtschaftlicher, insbesondere medizinisch nicht erforderlicher Leistungserbringung („angebotsinduzierte Nachfrage“).

Diese Entwicklung hat auch schon der Bundesrechnungshof gerügt. Nur die MGV unterliegt einer Mengen- und Ausgabensteuerung, da sie auf die notwendigen Ausgaben für den zuvor vereinbarten notwendigen Behandlungsbedarf beschränkt ist. Zudem ist zu beachten, dass die derzeitige Budgetierung durch die Bereitstellung eines von der tatsächlichen Leistungsanspruchnahme unabhängigen Vergütungsbetrags – sowohl auf Seiten der Krankenkassen als auch bei den Leistungserbringenden – eine hohe Planungssicherheit gewährleistet. Damit stellt die MGV ein Beispiel für Entökonomisierung dar.

Auch unter dem Aspekt des Nachwuchs- und Fachkräftemangels bedürfte es zur flächendeckenden Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung bei freierwerdenden Arztstellen gezielterer Maßnahmen. Zu nennen wären beispielsweise die Entwicklung neuer Arbeits- und Niederlassungsmodelle, anstatt der finanziellen Anreizsetzung durch Aufhebung der Budgetierung nach dem „Gießkannenprinzip“. Unterstützt wird dies durch die Kostenstrukturstatistik des Statischen Bundesamtes, wonach der Reinertrag der Allgemeinmediziner von durchschnittlich 188.000 Euro je Praxisinhaber im Jahr 2019 um 17 Prozent auf 220.000 Euro je Praxisinhaber im Jahr 2021 zuletzt deutlich zugenommen hat.

Inwiefern sich die in der Gesetzesbegründung betonte Weitergeltung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V auch bei Wegfall jeglicher Mengenbegrenzung und gleichzeitiger Definition der von Ärzten abgerechneten Leistungsmengen als „Leistungsbedarf“ praktisch auswirken wird, bleibt vom BMG unbeantwortet.

Versorgungspauschale zur Behandlung chronisch kranker Patientinnen und Patienten

Mit der Einführung der Versorgungspauschale sollen aus medizinischer Sicht nicht erforderliche Arzt-/Praxis-Patienten-Kontakte vermieden werden.

Dieser Ansatz wird von den Innungskassen grundsätzlich begrüßt. Es ist allerdings zu berücksichtigen, dass jede chronische Erkrankung einen anderen und vom Zeitaufwand her unterschiedlichen Behandlungsbedarf erfordert. Insbesondere Komorbiditäten und hinzutretende Erkrankungen müssen frühzeitig ärztlich diagnostiziert und in oft engmaschigen Intervallen behandelt werden. Es ist insofern sicherzustellen, dass die Taktung der Arztbesuche sich stets nach dem tatsächlichen Behandlungsbedarf der Erkrankung richtet und nicht aufgrund einer gezahlten Pauschale zu Lasten der Patientinnen und Patienten geht. Die vom BMG vorgeschlagene Abbildung des Behandlungsbedarfs in Stufen kann den benötigten Behandlungsbedarf darstellen. Hierfür müssen objektive und gesicherte Kriterien festgelegt werden.

Die leitliniengerechte Behandlung von chronischen Erkrankungen gemäß den Disease-Management-Programmen (DMP), die vielfach einen regelmäßigen Arzt-Patienten-Kontakt vorsehen, ist ebenfalls bei der Abbildung der Behandlungsbedarfe in Stufen zu berücksichtigen.

Unabhängig davon geben die Innungskrankenkassen zu bedenken, dass die Einführung einer jährlichen Versorgungspauschale und die hiermit verbundene Reduktion persönlicher Arzt-Patienten-Kontakte zu erheblichen Verwerfungen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) führen kann, da in diesem Fall das Chroniker-M2Q-Kriterium als zentrales Merkmal für eine regelhafte Behandlungsbedürftigkeit chronischer Krankheiten ins Leere läuft. Daher sollten hinsichtlich der Auswirkungen auf den RSA auch zwingend dort Anpassungen vorgenommen werden, welche die Versorgungspauschale entsprechend berücksichtigt.

Bei der Einführung einer hausärztlichen jährlichen Versorgungspauschale muss schließlich eine kostenneutrale Umsetzung erfolgen, Doppelabrechnungen müssen zwingend verhindert werden. Hierbei sind auch bestehende (finanzielle) Regelungen aus DMP- oder hausarztzentrierten Versorgungs-(HzV)-Verträgen zu beachten.

Die Vorlagepflicht eines Konzeptes zur Höhe der Versorgungspauschalen zur Abbildung von Behandlungsbedarfen nach unterschiedlich hohem Behandlungsaufwand durch den Bewertungsausschuss an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) lehnen die Innungskrankenkassen als Eingriff in die Selbstverwaltung ab.

Vorhaltepauschale

Die Innungskrankenkassen erachten den Ansatz einer Vorhaltepauschale grundsätzlich für erwägenswert, soll durch sie doch die hausärztliche Versorgung verbessert werden.

Damit eine Verbesserung auch tatsächlich erreicht werden kann, benötigen die derzeit vorgesehenen Kriterien jedoch einer weitergehenden Schärfung und Konkretisierung. Einen „Blankoscheck“, ohne dass es zu einer tatsächlich verbesserten Versorgung kommt, gilt es zu vermeiden. Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob nicht bereits bestehende Fördermöglichkeiten – z. B. aus dem Strukturfonds – effektiver und zielgerichteter eine flächendeckende Versorgung sicherstellen.

Zur Vermeidung von Doppelfinanzierungen ist die Einführung einer Vorhaltepauschale zudem nur singulär und keinesfalls neben bzw. zusammen mit einer Entbudgetierung vorzunehmen. Anderenfalls wird diese von den Innungskrankenkassen ausdrücklich abgelehnt.

Förderung der Teilnahme an hausarztzentrierter Versorgung durch Bonusleistungen GKV – Wahltarife

Obwohl die Innungskrankenkassen grundsätzlich die HzV begrüßen, wird die Einführung eines Bonus für die Teilnahme an der HzV abgelehnt.

Tatsächlich ist der vom BMG prognostizierte nachhaltige Effekt eines Bonus weder bestimm- noch vorhersehbar. Hinzu kommt, dass auch die Details der vorgesehenen Evaluation nicht geregelt sind. Damit ist die Voraussetzung für eine dauerhafte Bonuszahlung nicht eindeutig definiert.

Die derzeit vorgesehene Abschaffung des HzV-Wahltarifes stellt zudem eine Einschränkung des bisher auf Versorgungsverbesserungen ausgerichteten Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen dar. Vor diesem Hintergrund plädieren die Innungskrankenkassen für die Beibehaltung des derzeit bestehenden Wahltarifs in der HzV.

Abbau der Bürokratie im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung

Auch die Anhebung der Bagatellgrenze auf 300 Euro im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlich verordneter Leistungen wird von den Innungskrankenkassen abgelehnt. Zum einen werden die Wirtschaftlichkeitsprüfungen derzeit entsprechend der bestehenden unterschiedlichen Voraussetzungen in den jeweiligen Regionen zutreffender Weise unterschiedlich geregelt, zum anderen stellt die Bagatellgrenze von 300 Euro insbesondere für kleinere Krankenkassen alles andere als eine Bagatelle dar. Auch unwirtschaftliche Folgeverordnungen könnten über Jahre nicht mehr aufgegriffen werden, da diese ebenfalls unterhalb der Bagatellgrenze liegen würden.

Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

Die Innungskrankenkassen begrüßen, dass das BMG die bürokratischen Hürden bei der Gründung eines MVZ durch Kommunen zur Verbesserung der Versorgung senken möchte. Zwingende Voraussetzung dafür ist jedoch zum einen, dass die allgemein geltenden Regularien für MVZ bezüglich des vorzuhaltenden Leistungsspektrums (keine willkürliche Reduzierung durch den Betreiber) zu beachten sind. Zum anderen hat sich die Gründung von MVZ an der tatsächlichen Bedarfsnotwendigkeit der Versorgung vor Ort zu orientieren. Dies bedeutet, dass MVZ in unterversorgten bzw. ländlichen Gebieten durchaus zielführend sein können, in sog. Ballungszentren bzw. überversorgten Gebieten jedoch die Ausnahme bleiben müssen.

Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Das BMG greift in dem Referentenentwurf zahlreiche Forderungen der Krankenkassen bzw. des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen auf. Dabei handelt es sich insbesondere um Forderungen nach Aufbau einer zentralen Betrugspräventionsdatenbank, Regelungen zur durchgängigen Einrichtung von Stellen nach § 197a SGB V der Landesverbände der Krankenkassen sowie die Klarstellung bzw. Erweiterung der datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnisse der § 197a SGB V Stellen.

Darüber hinaus wird die Rechtsgrundlage für den effektiven, krankenkassenübergreifende Einsatz von Software zur Erkennung von Betrugsmustern geschaffen.

Diese Änderungen sind aus Sicht der Innungskrankenkassen ein wichtiger, zu begrüßender Schritt in der Weiterentwicklung der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen und geeignet, zu einer Steigerung der Effektivität der Fehlverhaltensbekämpfung zu führen.

Neuregelungen zur Weiterentwicklung des G-BA

Die Innungskrankenkassen sehen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in seiner derzeitigen Zusammensetzung ein fachlich hochqualifiziertes und dementsprechend etabliertes Gremium zur Ausgestaltung des Anspruchs auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung der Versicherten.

Die nun vorgesehene zusätzliche Einbindung weiterer Akteure sowie der Aufbau etwaiger neuer Gremienstrukturen darf die Handlungsfähigkeit des G-BA nicht gefährden.

Die Beteiligung von Vertretungen für Pflegeberufsorganisationen, Hebammen, Patientinnen und Patienten sowie Fachgesellschaften ist nur dann angezeigt, wenn es zu Effizienz- und Qualitätssteigerungen kommt. Verfahrensverzögerungen durch den erweiterten Kreis wären aus Sicht der Innungskrankenkassen nicht akzeptabel.

Größere Transparenz über Service- und Leistungsqualität der Krankenkassen

Die Forderung nach Transparenz ist grundsätzlich zu begrüßen, denn Wettbewerb braucht Transparenz. Eine andere Frage ist es jedoch, ob die vom BMG mit dem Referentenentwurf vorgelegten Kriterien bezüglich der Kennzahlen erforderlich, verhältnismäßig und angemessen sind. Dies ist zu verneinen.

Bereits seit dem 7. Dezember 2022 liegt dem BMG ein in den Gremien des GKV-SV verabschiedetes Empfehlungspapier „Service- und Versorgungsqualität der Kranken- und Pflegekassen; Gemeinsame Empfehlungen zu Grundlagen von Transparenzberichten“ mit einheitlichen definitorischen und methodischen Grundlagen für ausgewählte Kennzahlen vor. Auf diese Punkte müsste sich die Diskussion konzentrieren.

Stattdessen geht der nun im Referentenentwurf dem GKV-SV erteilte Auftrag – ohne vorangegangene Analyse – weit über die Empfehlungen des GKV-SV zur Herstellung von Transparenz auf Basis einer Rahmenvorgabe hinaus. Dabei werden Fragen der Umsetzbarkeit bzw. Machbarkeit nicht weiter diskutiert, obwohl dies zwingend erforderlich gewesen wäre.

Vor diesem Hintergrund fordern die Innungskrankenkassen das BMG dazu auf, sich vor Einführung neuer gesetzlicher Änderungen mit dem GKV-SV ins Benehmen zu setzen, um eine ausgewogene und tatsächlich realisierbare Lösung zu erarbeiten.

Darüber hinaus sehen die Innungskrankenkassen die erweiterten Berichtspflichten in der Ergänzung des § 53 SGB XI kritisch. Die nun im Referentenentwurf vorgenommene Erweiterung ist nicht sachgerecht und befördert weiter den eigentlich nicht beabsichtigten Bürokratieauf- statt -abbau.

Der IKK e.V. nimmt im Folgenden Stellung zu einzelnen Aspekten des Referentenentwurfes. Im Übrigen wird auf die detaillierte Stellungnahme des GKV-SV, deren Inhalt zuvor mit den Innungskrankenkassen abgestimmt wurde, verwiesen.

Kommentierung

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 33 Absatz 5c (neu): Hilfsmittel

Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass zur Beschleunigung der Bewilligungsverfahren von Hilfsmittelversorgungen bei Anträgen von Kindern oder Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen das Prüfprogramm der Krankenkassen für solche Hilfsmittelversorgungen eingeschränkt wird, die von der behandelnden Ärztin/vom behandelnden Arzt eines Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ) bzw. Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung (MZEB) konkret empfohlen worden sind, wenn sich der Versicherte dort regelmäßig in Behandlung befindet. Die Krankenkassen haben in diesen Fällen von der medizinischen Erforderlichkeit der beantragten Versorgung auszugehen. Insbesondere die zum Teil sehr zeitaufwändige Hinzuziehung des Medizinischen Dienstes bei der Beurteilung der Notwendigkeit der beantragten Hilfsmittelversorgung soll unterbleiben.

Bewertung

Dem Referentenentwurf lässt sich nicht klar entnehmen, ob die bloße formlose Empfehlung der im SPZ bzw. MZEB tätigen Ärzte ausreichen soll, um Versicherte ohne Prüfmöglichkeiten der Kostenträger mit Hilfsmitteln zu versorgen oder ob die Empfehlung nur als Ergänzung zur Antragstellung zu verstehen ist. Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist für die Sicherstellung einer sachgerechten und qualitätsgeprüften Hilfsmittelversorgung grundsätzlich eine vertragsärztliche Verordnung erforderlich. Ausnahmen in diesem konkreten Fall sind nur dann zulässig, wenn es sich um gelistete Hilfsmittel handelt. In allen anderen Fällen ist eine Empfehlung durch die in den SPZ bzw. MZEB tätigen Ärzte nicht ausreichend – sie sollte den herkömmlichen Versorgungsprozess lediglich beschleunigen und als Ergänzung der Antragsunterlagen dienen. Es bedarf daher aus unserer Sicht einer klaren Formulierung im Gesetzestext, um Widersprüche bei der Auslegung unter den Akteuren im Gesundheitswesen zu vermeiden.

Des Weiteren geht der Referentenentwurf davon aus, dass sich durch eine regelmäßige interdisziplinäre Betreuung unter ärztlicher Leitung im SPZ und MZEB eine fortlaufende Prüfung der Notwendigkeit von Versorgungsleistungen ergibt. Aus Sicht der Innungskrankenkassen erfordert eine regelmäßige und intensive Betreuung der Versicherten wiederkehrende Handlungen in bestimmten Zeitabständen, die nicht allein durch eine einmalige Leistungsanspruchnahme erfüllt werden können. Insbesondere bei der Versorgung mit komplexen Hilfsmitteln ist die einmalige Vorstellung des Patienten bei dem im SPZ bzw. MZEB tätigen Arzt nicht ausreichend, um sich ein umfassendes Bild über den individuellen Bedarf sowie bereits erprobte Versorgungsleistungen und gegebenenfalls mögliche Wechselwirkungen mit bereits vorhandenen Hilfsmitteln machen zu können. Es ist daher entscheidend, den Begriff der „Regelmäßigkeit“ derart zu definieren, dass er den tatsächlich beschriebenen Anforderungen auch gerecht wird.

Um empfohlene Hilfsmittel gefahrlos in eine genehmigungsfreie Versorgung übergeben zu können, ist aus Sicht der Innungskrankenkassen zudem die Eingrenzung auf die im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten Produkte unverzichtbar. Bei Empfehlungen von Hilfsmittelversorgungsleistungen außerhalb des Hilfsmittelverzeichnisses kann nicht sichergestellt werden, dass die Anwendbarkeit im Einzelfall des Versicherten, eventuelle Kontraindikationen sowie mögliche Anwendungsrisiken berücksichtigt werden, da diese Faktoren erst im Begutachtungsverfahren durch den Medizinischen Dienst geprüft werden. Bei nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten Produkten ist daher die Einbindung des Medizinischen Dienstes in den Genehmigungsprozess unentbehrlich, um Fehlversorgungsleistungen zu vermeiden.

Im besonderen Teil der Begründung des Referentenentwurfs (zu Artikel 1, Nummer 2, auf Seite 61) wird schließlich die Aussage getroffen: *„Die Krankenkassen haben in den vorgenannten Fällen von einer medizinischen Erforderlichkeit auszugehen, soweit nicht offenkundig ist, dass eine medizinische Erforderlichkeit der beantragten Hilfsmittelversorgung nicht vorliegt.“* Diese offenkundige medizinische „Nichterfordlichkeit“ findet allerdings einen Eingang im Gesetzestext; Ausnahmen sind dort nicht vorgesehen. Hinzu kommt, dass die Beurteilung einer medizinischen Erforderlichkeit – insbesondere bei der Komplexität von Hilfsmittelversorgungsleistungen – nicht durch die Verwaltung der Krankenkassen erfolgen kann, sondern ausschließlich über die Ärzte des Medizinischen Dienstes. Demzufolge bedarf es einer entsprechenden Regelung, die es den Krankenkassen ermöglicht, bei berechtigten Zweifeln den Medizinischen Dienst zur Beurteilung des Antrages hinzuziehen zu können.

Änderungsvorschlag

Nach § 33 Absatz 5b SGB V wird folgender geänderter Absatz 5c eingefügt:

„Die Erforderlichkeit eines Hilfsmittels wird vermutet, wenn sich der Versicherte in regelmäßiger Behandlung in einem sozialpädiatrischen Zentrum, das nach § 119 Absatz 1 ermächtigt wurde, oder in einem medizinischen Behandlungszentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, das nach § 119c Absatz 1 ermächtigt wurde, befindet, und die beantragte Hilfsmittelversorgung von dem dort tätigen behandelnden Arzt im Rahmen der Behandlung innerhalb der letzten drei Wochen vor Antragstellung konkret empfohlen worden ist. Eine regelmäßige Behandlung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Versicherte mindestens an zwei aufeinanderfolgenden Quartalen in der behandelnden Einrichtung, in der der empfehlende Arzt oder die empfehlende Ärztin tätig ist, Leistungen in Anspruch genommen hat. Satz 1 gilt nur, soweit es sich um eine Versorgung handelt, die die Kriterien gemäß den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 erfüllt sowie im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 1 gelistet ist. Sofern berechnete Zweifel an der Erforderlichkeit der beantragten Versorgung nach Satz 3 bestehen, können die Krankenkassen den Antrag vom Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 3 Nummer 1 überprüfen lassen.“

**Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 6**

§ 65a SGB V (neu): Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

Beabsichtigte Neuregelung

Mit § 65a SGB V soll ein neuer Bonus für die Teilnahme an der HzV nach § 73b SGB V von jährlich mindestens 30 Euro eingeführt werden.

Bewertung

Zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung plädieren die Innungskrankenkassen für die Beibehaltung der derzeitigen Satzungsregeln über die Wahltarife gem. § 53 SGB V. Die aktuelle Gesetzeslage erscheint ausreichend (siehe auch die grundsätzlichen Anmerkungen).

Änderungsvorschlag

Streichung.

Demzufolge müsste auch die unter Nr. 4 § 53 Absatz 3 SGB V (neu) vorgesehene Streichung der Angabe „§ 73b SGB V“ zurückgenommen werden.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 8 a)

§ 87 Absatz 2b SGB V: Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einführung einer hausärztlichen Versorgungspauschale, die einmal jährlich abrechnungsfähig sein soll, soll die bisherige quartalsweise Chronikerpauschale des EBM ersetzt werden. Diese ist für Versicherte abrechenbar, bei denen mindestens eine langandauernde, lebensverändernde Erkrankung vorliegt, die eine kontinuierliche Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel bedarf. Der Bewertungsausschuss hat dem BMG ein Konzept zur Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen sowie zur Auszahlung der Versorgungspauschalen zur Genehmigung vorzulegen.

Bewertung

Die vorgesehene Versorgungspauschale soll beim ersten Arzt-Patienten-Kontakt abrechenbar sein und eine deutliche Senkung vermeidbarer Praxisbesuche in den Hausarztpraxen erzielen. Die Innungskrankenkassen begrüßen die Bestrebung nach Reduktion von medizinisch nicht erforderlichen Arzt-Patienten-Kontakten. Die Taktung der Arztbesuche muss sich jedoch nach dem Behandlungsbedarf der Erkrankung richten. Insbesondere Komorbiditäten und hinzutretende Erkrankungen müssen frühzeitig ärztlich diagnostiziert und behandelt werden. Die vorgeschlagene Abbildung des Behandlungsbedarfes in Stufen kann dabei den benötigten Behandlungsbedarf darstellen.

Um durch die Einführung der Versorgungspauschalen verursachte Mehrausgaben bei den gesetzlichen Krankenkassen auszuschließen, ist sicherzustellen, dass bei einem etwaig erforderlichen Arztwechsel die Pauschale nicht mehrfach abgerechnet werden kann.

Die Vorlage eines Konzeptes durch den Bewertungsausschuss an das BMG wird dagegen als Eingriff in die Rechte der Selbstverwaltung abgelehnt (vgl. dazu auch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes zur Aufsicht gegenüber dem Bewertungsausschuss als Rechtskontrolle, BSG Beschluss vom 27.01.2021, Az.: B 6 A 1/19 R, Rn. 9).

Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist modellhaft zu ermitteln, ob und inwiefern eine an den Stufen orientierte Vergütungsstaffelung wirtschaftlich ist. Dabei muss auch die Entlastung durch eine verringerte Zahl an Arztbesuchen berücksichtigt werden.

Die Innungskrankenkassen regen darüber hinaus an, vor einer Einführung die Wirkungen auf den RSA zu analysieren und ggf. dort Anpassungen vorzunehmen. Hierbei ist vor allem die festgelegte Taktung für die einzelnen Erkrankungen zu berücksichtigen.

Änderungsvorschlag

§ 87 Absatz 2b Satz 8 bis 11 (neu) SGB V:

Streichung.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 8 c)

§ 87 Absatz 2n SGB V: Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Ergänzung des § 87 Absatz 2n SGB V soll eine Vorhaltepauschale, eine Vergütung zur Vorhaltung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen, eingeführt werden. Der Bewertungsausschuss wird beauftragt, die Höhe der Vorhaltepauschale sowie die Kriterien für deren Abrechenbarkeit zu beschließen. Unter Berücksichtigung der vorliegenden Kriterien ist eine stufenweise Vergütung möglich.

Bewertung

Der Ansatz einer Vorhaltepauschale wird von den Innungskrankenkassen grundsätzlich für erwägenswert erachtet, soll durch sie doch die hausärztliche Versorgung verbessert werden.

Im vorliegenden Referentenentwurf werden dazu die notwendigen Kriterien für eine Auszahlung vorgeschlagen. Anhand dieser Kriterien lässt sich jedoch nicht zwingend erkennen, ob eine zusätzliche Versorgung der Versicherten auch tatsächlich initiiert wird. Hier ist eine Nachschärfung erforderlich. So sollte z. B. das „Kann-Kriterium“ zur Vorhaltung von Kooperationen und Netzwerken verpflichtend vorgesehen werden. Kooperative und fachübergreifende Versorgungsstrukturen sollten für eine bedarfsgerechte hausärztliche Versorgung ebenso gefördert werden, wie die kompetenzbezogene Einbindung von Gesundheitsfachberufen durch Substitution ärztlicher Leistungen.

Im Übrigen stellt sich die Frage, ob ein bundesweites Instrument geeignet ist, regionale Versorgungsunterschiede angemessen zu berücksichtigen. Die Fördermöglichkeiten aus dem Strukturfonds sind nach Auffassung der Innungskrankenkassen hier bereits effektiv und zielgerichtet, um eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen. Zudem ist zu berücksichtigen, dass bereits heute im EBM eine Zusatzpauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages vorgesehen ist.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) Nr. 9 c)

§ 87a Absatz 3c SGB V (neu): Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einführung des neuen § 87a Absatz 3c SGB V sollen die Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung von den mengenbegrenzenden und honorarminierenden Maßnahmen der MGV und von der Honorarverteilung ausgenommen werden (Entbudgetierung).

Bewertung

Die Einführung einer Entbudgetierung der allgemeinen hausärztlichen Versorgung wird durch die Innungskrankenkassen äußerst kritisch gesehen. Zu befürchten ist, dass es hier zu einer grundsätzlichen Fehlsteuerung kommt. Insbesondere aufgrund der Kumulation der verschiedenen Maßnahmen bestehen erhebliche finanzielle Befürchtungen im Hinblick auf mögliche Doppelfinanzierungen.

Zudem ist die geplante Entbudgetierung nicht geeignet, die hausärztliche Versorgung sicherzustellen oder zu verbessern. Durch die Entbudgetierung der Vergütung der Hausärztinnen und Hausärzte wird das GKV-System stattdessen weiter finanziell belastet. Die derzeitige Budgetierung durch die Bereitstellung eines von der tatsächlichen Leistungsanspruchnahme unabhängigen Vergütungsbetrags – sowohl auf Seiten der Krankenkassen als auch bei den Leistungserbringenden – gewährleistet demgegenüber eine hohe Planungssicherheit. Zur Verbesserung der bedarfsgerechten und flächendeckenden Versorgung sind bereits in den letzten Jahren gesetzgeberische Maßnahmen getroffen worden. Mit dem durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen zu finanzierenden Strukturfonds werden schon heute u. a. Zuschüsse zu den Investitionskosten bei der Neuniederlassung von Hausärzten finanziert.

Bereits der Bundesrechnungshof hat sich in seinem Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages kritisch zu dem Reformvorhaben geäußert, da nicht davon auszugehen ist, dass eine Versorgungsverbesserung erreicht wird. Auch werden für die

geplante Entbudgetierung aktuell Mehrkosten in Höhe eines dreistelligen Millionenbetrags angesetzt, welche nicht durch Einsparungen an anderer Stelle kompensiert werden.

Zu bedenken ist darüber hinaus: Die Auszahlungsquoten der Hausärztinnen und Hausärzte liegen in vielen KV-Bereichen bereits bei bis zu 100 Prozent, so dass bereits jetzt schon fast alle Leistungen der Hausärztinnen und Hausärzte vergütet werden. Die Entbudgetierung wird die grundsätzlichen Versorgungsprobleme im Hausarztbereich deshalb nicht beheben.

Schließlich erscheint das jetzt angedachte Vergütungskonzept (MGV+) unter Beachtung der geforderten Entbürokratisierung nicht das richtige Instrument zu sein. Bei dieser Form der Entbudgetierung der Leistungen sehen die Innungskrankenkassen das Verfahren als zu kompliziert und intransparent an.

Im Ergebnis lehnen die Innungskrankenkassen daher die Einführung der Entbudgetierung der Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung aus den vorstehenden Gründen ab. Auf die ausführliche Stellungnahme des GKV-SV wird an dieser Stelle vollumfänglich verwiesen.

Änderungsvorschlag

Streichung.

Sofern an der Entbudgetierung dennoch festgehalten wird, verweisen wir auf die umfassende Stellungnahme des GKV-SV und den entsprechenden Änderungsvorschlag.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17

§ 106b SGB V: Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen

Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Ergänzung des § 106b Absatz 2 Satz 2 SGB V soll zukünftig eine verpflichtende Geringfügigkeitsgrenze in Höhe von 300 Euro in den Prüfvereinbarungen eingeführt werden.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen lehnen die im Referentenentwurf vorgesehene Anhebung der Bagatellgrenze ab. Eine Anhebung steht den gesetzlichen Vorgaben und dem Ziel entgegen, dass die vertragsärztlich verordneten Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind, da Prüfung und Beanstandung unzulässiger Verordnungen bis zu Bagatellgrenze nicht erfolgen dürfen. Insbesondere werden damit auch Folgeverordnungen über Jahre hinweg nicht aufgegriffen, da auch diese die Bagatellgrenze unterschreiten. Dies führt zur unrechtmäßigen Leistungsausweitung und damit zu einem Kostenanstieg, der ausschließlich zu Lasten der Solidargemeinschaft erfolgt.

Bereits heute sehen die regionalen Prüfvereinbarungen Bagatellgrenzen vor. Diese sind jedoch deutlich niedriger gehalten und liegen in der Regel bei einem mittleren zweistelligen Betrag. Bei einem Betrag von 300 Euro pro Quartal ist, zuzüglich der Folgekosten, nicht mehr von einer Bagatelle zu sprechen.

Änderungsvorschlag

Streichung.

**Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 23 b) aa) ccc)**

§ 197a SGB V: Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung des § 197a Absatz 3b SGB V um eine neue Nummer 6 werden für die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen die datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnisse im Zusammenhang mit ihrer Arbeit erweitert.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen grundsätzlich die geplanten Änderungen am § 197a SGB V.

Ziel der Änderungen ist eine Klarstellung bzw. Erweiterung der gesetzlichen Übermittlungsbefugnisse von personenbezogenen Daten durch die Gesundheitsämter, Heimaufsichten und nach Landesrecht zuständigen Gesundheitsbehörden. Damit werden Forderungen der Krankenkassen aufgegriffen.

Die Forderung der GKV nach einer zusätzlichen expliziten Aufnahme der datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnis an die Stellen, die für die Bekämpfung von Leistungsmissbrauch bei den Trägern der Sozialversicherung nach den SGB II, III, VI, VII und XII zuständig sind und an die mit der Steuerfahndung beauftragten Dienststellen der Landesfinanzbehörden sowie an die Behörden des Zollfahndungsdienstes nach § 208 AO, hat allerdings weiterhin Bestand.

Fälle gewerbsmäßigen Betrugs zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung durch Manipulationen bei Anträgen auf Erwerbsminderungsrenten und gewerbsmäßigen Betrugs zu Lasten der Pflegekassen, etwa Manipulation von Anträgen auf Pflegegeld sowie in der Folge Verhinderungspflege oder Abrechnungsbetrug, nehmen weiter zu. Gezielt werden Scheinfirmen und Scheinarbeitsverhältnisse gegründet, um mittels fingierter, tatsächlich nicht bestehender Beschäftigungsverhältnisse, Sozialleistungen unterschiedlicher Art von den einzelnen Sozialleistungsträgern zu erlangen, ohne dass auf solche Leistungen ein Anspruch bestünde. Auf diese Weise entstehen nicht nur den Krankenkassen, sondern auch der Bundesagentur für Arbeit und den Jobcentern Schäden in Millionenhöhe.

Diese dadurch entstehenden Schäden erfordern, dass die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen entsprechende Hinweise und personenbezogene Daten zukünftig auch an Stellen, die für die Bekämpfung von Leistungsmissbrauch bei den Trägern der Sozialversicherung nach den SGB II, III, VI, VII und XII zuständig sind, übermitteln müssen, da dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Stelle erforderlich ist.

Durch die gesetzliche Klarstellung der Übermittlungsbefugnis personenbezogener Daten an „die mit der Steuerfahndung beauftragten Dienststellen der Landesfinanzbehörden und die Behörden des Zollfahndungsdienstes nach § 208 AO“ sollen bestehende Rechtsunsicherheiten behoben werden.

Änderungsvorschlag

§ 197a Absatz 3b SGB V wird wie folgt ergänzt:

Nach Nummer 5 werden folgende Nummern 6 bis 8 angefügt:

- „6. die Gesundheitsämter, Heimaufsichten und nach Landesrecht zuständigen Gesundheitsbehörden,
- 7. die Stellen, die für die Bekämpfung von Leistungsmissbrauch bei den Trägern der Sozialversicherung nach den SGB II, III, VI, VII und XII zuständig sind und
- 8. die mit der Steuerfahndung beauftragten Dienststellen der Landesfinanzbehörden und die Behörden des Zollfahndungsdienstes nach § 208 AO.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 24

§ 217f Absatz 4 SGB V: Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen § 217f Absatz 4 SGB V soll der GKV-SV verpflichtet werden, innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes verbindliche Vorgaben für die Erfassung von Kennzahlen zur Leistungstransparenz und zur Servicequalität der einzelnen Krankenkassen festzulegen. Die Kennzahlen sollen jährlich auf einer digitalen und interaktiven Plattform, erstmals für das Berichtsjahr 2025, veröffentlicht werden. Dabei soll die Antragsanzahl differenziert nach Leistungsbereichen und Bewilligungsmerkmalen, die Widerspruchsanzahl nach Leistungsbereichen, die Bearbeitungszeiten für Anträge und Widersprüche sowie die Kennzahlen zur Qualität von Antragsprozessen, des Beschwerdemanagements sowie der Förderung der Patientensicherheit, auf der Plattform dargestellt werden.

Bewertung

Die Forderung nach Transparenz ist grundsätzlich zu begrüßen, denn Wettbewerb braucht Transparenz. Eine andere Frage ist es jedoch, ob die vom BMG mit dem Referentenentwurf vorgelegten Kriterien bezüglich der Kennzahlen erforderlich, verhältnismäßig und angemessen sind. Dies ist zu verneinen.

Bereits seit dem 7. Dezember 2022 liegt dem BMG ein in den Gremien des GKV-SV verabschiedetes Empfehlungspapier „*Service- und Versorgungsqualität der Kranken- und Pflegekassen; Gemeinsame Empfehlungen zu Grundlagen von Transparenzberichten*“ mit einheitlichen definitorischen und methodischen Grundlagen für ausgewählte Kennzahlen vor. Auf diese Punkte müsste sich die Diskussion konzentrieren.

Stattdessen geht der nun im Referentenentwurf dem GKV-SV erteilte Auftrag ohne vorangegangene Analyse über den in den Empfehlungen des GKV-SV abgebildeten Ansatz zur Herstellung von Transparenz auf Basis einer Rahmenvorgabe deutlich hinaus. Dabei werden Fragen der Umsetzbarkeit bzw. Machbarkeit nicht weiter diskutiert, obwohl dies zwingend erforderlich gewesen wäre.

Insbesondere wenn Leistungskennzahlen verbindlich auf der vorgesehenen Plattform eingestellt werden, wird diese Plattform zu einem zentralen Wettbewerbsinstrument.

Von einzelnen Krankenkassen vorgebrachte, voraussichtlich auch juristische, Einwände gegen die Vorgaben oder die gemeldeten Kennzahlen sind zu erwarten. Dies auch vor dem Hintergrund, dass im Gesetzesentwurf eine (stichprobenhafte) Überprüfung gemeldeter Daten überhaupt nicht thematisiert wird.

Ein Teil der bisher bereits veröffentlichten Kennzahlen u. a. zu Widersprüchen sind für Interessierte nicht selbsterklärend und nachvollziehbar. So ist es z. B. notwendig, den „Erfolg“ eines Widerspruchs kasseneinheitlich und überprüfbar zu definieren. Dies ist mit diesen Parametern kaum möglich. Die Innungskrankenkassen befürchten, dass kein übersichtliches und niedrighschwelliges Informationsangebot geschaffen wird, sondern eine komplexe und nicht vergleichbare Kennzahlenwelt von „Experten für Experten“.

Voraussetzung für eine einheitliche Erhebung und Veröffentlichung von Kennzahlen sind deshalb detaillierte, verbindliche, kassenübergreifende und verifizierbare Vorgaben. Diese setzen feste Definitionen und klare Standards voraus. Der GKV-SV ist dabei zwingend auf die Mithilfe der Krankenkassen und deren operativer Kenntnisse angewiesen. Die Schaffung bzw. Abbildung vergleichbarer und auch überprüfbarer gemeinsamer Datenbasen erfordert einen kaum realistisch einzuschätzenden Verwaltungsaufwand. Dies gilt insbesondere für den Parameter Bearbeitungsdauer. Deshalb ist das vorgelegte Konzept bereits ein gangbarer Weg, der vor einer Erweiterung zunächst eingeschlagen werden sollte.

Widersprüche und Klagen:

Die Auskunft über die Anzahl der Widersprüche kann den Versicherten einen Eindruck über die Leistungsentscheidung und somit über die Servicequalität geben und wird daher befürwortet. Der Ansatz, die Widersprüche in das Verhältnis zu den Anträgen zu setzen, ist aus Sicht der Innungskrankenkassen richtig, da nur hierdurch ein Verhältnis hergestellt werden kann, das auch kassenübergreifend eine Vergleichbarkeit herstellt.

Wünschenswert wäre, dass in die Ermächtigungsgrundlage auch der Gestaltungsbefehl aufgenommen wird, dass eine Ergebnistransparenz hergestellt wird. Es wird angeregt zu prüfen, ob das Spektrum der „amtlichen Zahlen/Daten“ insbesondere hier bzw. auch übergreifend ausgeweitet bzw. weiterentwickelt werden müsste.

Insbesondere bei den Informationen zu Widersprüchen und Klagen besteht das Erfordernis, das primäre Ziel der Transparenzkennzahlen zu definieren. Ein Teil der bislang bereits veröffentlichten Kennzahlen zu u. a. Widersprüchen sind für Interessierte nicht selbsterklärend und verständlich. Die Beratung und Unterstützung insbesondere im Antragsprozess ist ein wichtiger Erfolgsfaktor für die Kundenbeziehungen. Die Innungskrankenkassen vertreten die Auffassung, dass dieser Parameter gleichwohl nicht für

kennzahlenbezogene Kassenvergleiche geeignet ist, da er kaum einheitlich definierbar und vergleichbar ist.

Darüber hinaus sehen die Innungskrankenkassen die erweiterten Berichtspflichten in der Ergänzung des § 53 SGB XI kritisch. Hinsichtlich der ergänzenden Erhebung von Kennzahlen zur Pflegeberatung ist zu berücksichtigen, dass bereits mit der regelmäßigen veröffentlichten Evaluation nach § 7a Absatz 9 SGB XI Transparenz über die Pflegeberatungsstrukturen nach § 7a SGB XI geschaffen wird. Die nun im Referentenentwurf vorgenommene Erweiterung ist nicht sachgerecht und befördert weiter den eigentlich nicht beabsichtigen Bürokratieauf- statt -abbau.

Qualität von Beratungs- und Unterstützungsangeboten sowie geplante Regelungen zur Veröffentlichung, Evaluation und Umsetzungsfristen:

Die Innungskrankenkassen schließen sich den Ausführungen des GKV-SV in der Stellungnahme zum neuen § 217f Absatz 4 SGB V zum GVSG hinsichtlich der Kennzahlen zur Qualität von Beratungs- und Unterstützungsangeboten sowie den geplanten Regelungen zur Veröffentlichung, zur Evaluation und zu Umsetzungsfristen an.

Zielsetzung und Adressatenorientierung:

Sowohl die vorgesehene Regelungsdichte als auch die bisherigen Bemühungen der Krankenkassen gemeinsam mit dem GKV-SV eine einheitliche Kennzahlendarstellung zu konsentieren, lassen befürchten, dass kein „übersichtliches und niedrighschwelliges Informationsangebot“ sondern eine komplexe Kennzahlenwelt „von Experten für Experten“ geschaffen wird. Insofern sehen die Innungskrankenkassen die Notwendigkeit, dass sowohl der Gesetzgeber als auch der GKV-SV dieser Gefahr durch eine konsequente Ausrichtung und Fokussierung auf adressatengerechte Ergebnisdarstellungen entgegenwirken.

Fazit:

Die Innungskrankenkassen unterstützen Maßnahmen, die zu einer adressatengerechten Verbesserung der Transparenz führen. Die hier seitens des BMG angedachten Regelungen gehen allerdings weit über ein verhältnismäßiges, verständliches und vergleichbares Maß hinaus. Zwar wären insbesondere Kennzahlen zur Bearbeitungsdauer und zum Beschwerdemanagement wünschenswert, eine vergleichende Darstellung über die gesamte Kassenlandschaft erscheint aber unrealistisch.

Weiterhin stellt sich die Frage nach der Überprüfbarkeit und Kontrolle der durch die Kassen an den GKV-SV gelieferten Daten. Insbesondere bei abgelehnten Leistungsanträgen weichen die Zahlen in diversen Leistungsbereichen bei den Krankenkassen nicht selten in einem überraschenden Umfang voneinander ab, obwohl durch die Rechtslage ein Handlungs- und Ermessensspielraum de facto nicht vorhanden ist. Insofern wäre zwingend eine kontrollierende Instanz im rechtlichen Rahmen mit vorzusehen.

Vor dem Hintergrund der bereits mit dem Empfehlungspapier „Service- und Versorgungsqualität der Kranken- und Pflegekassen; Gemeinsame Empfehlungen zu Grundlagen von Transparenzberichten“ vom 7. Dezember 2022 umgesetzten Aktivitäten wird die vorgesehene Erweiterung des aktuellen gesetzlichen Auftrages des GKV-SV nach § 217f Absatz 4 SGB V als nicht erforderlich angesehen.

Änderungsvorschlag

Streichung.

Zu Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 47a SGB XI: Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung des § 47a Absatz 3 Satz 1 SGB XI um eine neue Nummer 7 werden die datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnisse im Zusammenhang mit der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen erweitert. Es handelt sich um eine Parallelnorm zu der mit diesem Gesetz eingefügten Vorschrift des § 197b Absatz 3b Nummer 6 SGB V.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen grundsätzlich die geplanten Änderungen. Im Übrigen gilt das bereits unter der Bewertung des § 197a SGB V ausgeführte entsprechend.

Änderungsvorschlag

§ 47a Absatz 3 Satz 1 SGB XI wird wie folgt ergänzt:

Nach Nummer 6 werden folgende Nummern 7 bis 9 angefügt:

- „7. die Gesundheitsämter, Heimaufsichten und nach Landesrecht zuständigen Gesundheitsbehörden,
- 8. die Stellen, die für die Bekämpfung von Leistungsmissbrauch bei den Trägern der Sozialversicherung nach den SGB II, III, VI, VII und XII zuständig sind und
- 9. die mit der Steuerfahndung beauftragten Dienststellen der Landesfinanzbehörden und die Behörden des Zollfahndungsdienstes nach § 208 AO.“

Ergänzender Änderungsbedarf

Änderung des Mutterschutzgesetz - MuSchG

§ 3 Absatz 5 MuSchG Schutzfristen vor und nach der Entbindung

Forderung nach einem gestaffelten Mutterschutz

Die Ampelregierung hat in ihrem Koalitionsvertrag vorgesehen, dass es den Mutterschutz sowie die Freistellung für den Partner bzw. die Partnerin bei Fehl- und Totgeburten künftig bereits nach der 20. Schwangerschaftswoche geben soll.

Aktuell steht Frauen aber nach einer Fehlgeburt, im Gegensatz zu einer Totgeburt (Entbindung nach der 24. Schwangerschaftswoche), kein Mutterschutz zu. Dies ist zu Unrecht. Denn aus der Perspektive der Innungskrankenkassen sind viele Frauen, die eine Fehlgeburt erleben, aufgrund physischer und psychischer Belastung nicht gleich wieder arbeitsfähig. Die Innungskrankenkassen setzen sich daher für eine verbesserte Mutterschutzgesetzgebung ein und unterstützen die Forderung nach einem gestaffelten Mutterschutz. Ein früherer, gestaffelter Mutterschutz ist für die betroffenen Frauen von großer Bedeutung. Er sollte jedoch nicht verpflichtend sein, sondern als eine Option angesehen werden, um den betroffenen Frauen die Möglichkeit zu geben, selbst zu entscheiden, welcher Weg für sie der Beste ist.

Wichtig ist den Innungskrankenkassen dabei auch die Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Ehrenamt. Ein weiterer Punkt ist die Aufklärung und Beratung bei Fehlgeburten. Auch die offiziellen Statistiken müssen erweitert werden, um aufzuzeigen, dass es sich bei einer Fehlgeburt nicht lediglich um ein persönliches Problem handelt, sondern, dass diese ein möglicher Aspekt einer Schwangerschaft sein kann. Ein weiteres Anliegen der Innungskrankenkassen ist die sektorenübergreifende Betreuung von Frauen nach Fehlgeburten. Hierbei denken die Innungskrankenkassen insbesondere an eine engere Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen, Ärztinnen und Ärzten sowie anderen medizinischen Fachkräften.

Für Frauen, die eine Fehl- bzw. Totgeburt erlebt haben, ist es von großer Bedeutung, dass sie bestmöglich unterstützt werden. Das kann aber nur über einen gesamtgesellschaftlichen Ansatz gelingen. Hier sind nicht nur die Krankenkassen in der Verantwortung.

Regelungsvorschlag

Bei Fehl- und Totgeburten soll künftig für die Frau bereits von Woche sechs bis zur vollendeten 14. Schwangerschaftswoche (SSW) eine Mutterschutzfrist von zwei Wochen möglich sein; von der 15. bis 23. SSW soll die Frist auf vier Wochen Mutterschutz ausgeweitet werden. Diese Möglichkeit ist in die Entscheidungshoheit der Mutter zu stellen.