



BKK Dachverband e.V.

Mauerstraße 85
10117 Berlin

TEL (030) 2700406-200

FAX (030) 2700406-222

politik@bkk-dv.de

www.bkk-dachverband.de

Stellungnahme des BKK Dachverbandes e.V.

vom 07. Februar 2019

zu den fachfremden Änderungsanträgen zum
Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)
sowie
zum Antrag 19(14)51.6

Inhalt

I. Vorbemerkung	3
II. Kommentierung im Detail.....	8
Zu ÄA Nr. 2: Hilfsmittel.....	8
Zu § 127 Abs. 1 SGB V	8
Zu ÄA Nr. 4: Förderung der Selbsthilfe.....	10
Zu § 20h SGB V	10
Zu ÄA Nr. 6: Entkopplung der Vergütung von Diagnosen	11
Zu ÄA Nr. 11: Regress-Schutz.....	11
Zu § 106 SGB V	11
Zu § 106a SGB V	11
Zu § 106b SGB V	12
Zu § 297 SGB V	12
Zu ÄA Nr. 15: Prüfdienste	13
Zu § 274 SGB V	13
Zu ÄA Nr. 25: Hebammen	14
Zu § 134a SGB V	14
Zu ÄA 26: Apothekengesetz.....	16
Zu § 19 Abs. 3	16
Zu ÄA 27: Digitalisierung	16
Zu ÄA 27a: gematik	16
Zu ÄA 27b: Sanktionsregelung ePA	17
Zu ÄA 27c: Fristanpassung an Inkrafttreten.....	19
Zu ÄA 27d: Festlegungen Interoperabilität	19
III. Stellungnahme zu Drucksache 19(14)51.6.....	21

I. Vorbemerkung

Die Betriebskrankenkassen nehmen zu den fachfremden Änderungsanträgen im Rahmen der Gesetzgebung eines Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) wie folgt Stellung:

Hilfsmittelausschreibungen

Mit dem Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes (HHVG) zum 01.04.2017 hat der Gesetzgeber bereits auf Defizite reagiert und umfassende Neuordnungen zur Versorgung mit Hilfsmitteln erlassen, um die Qualität zu verbessern. Die erfolgte z.B. über die Einführung von Qualitätskriterien. Eine Bewertung der im HHVG verankerten Regelungen ist auf Grund der Kürze der Zeit aktuell noch nicht möglich. Daher plädieren die Betriebskrankenkassen dafür, die Umsetzung der Regelungen und ihre Wirkung auf die Qualität der Versorgung vor erneuten Rechtsänderungen zu prüfen und Ausschreibungen aktuell nicht zu verbieten. Um dem Anliegen einer adäquaten Versorgung jedoch gerechter zu werden, könnten im Rahmen des TSVG zusätzlich verschärfte Qualitätsregelungen durch die verbindliche Ausgestaltung der Richtlinien nach § 127 Abs. 1a SGB V implementiert werden. Dadurch würde eine geschiedste Positivliste von Hilfsmitteln entstehen, auf deren Basis die Kassen ausschreiben können.

Kassenindividuelle Selbsthilfeförderung

Die Förderung der Selbsthilfe stellt ein seit Jahren bewährtes Verfahren dar, die angestrebte Begrenzung auf kassenartenübergreifende Projektförderung lehnen die Betriebskrankenkassen daher ab. Die kassenindividuelle Projektförderung hat in der Vergangenheit einen engen Austausch zwischen den Krankenkassen und der Selbsthilfe befördert und zahlreicher innovative Projekte zur Folge gehabt. Somit konnte sehr unterschiedlichen Bedarfen sowie den spezifischen Organisationsstrukturen in der Selbsthilfe Rechnung getragen werden. Das angestrebte zentrale Vergabeverfahren würde diese Flexibilität deutlich einschränken. Darüber hinaus wird das Antrags-, Prüfungs- und Bewilligungsverfahren mit der vorgesehenen Regelung nicht vereinfacht, sondern durch die Notwendigkeit einer stärkeren Formalisierung aufwändiger und zeitlich deutlich verlangsamt. Die bereits bestehende Transparenz würde ebenfalls nicht erhöht.

Entkopplung von Kodierung und Vergütung

Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich, dass nunmehr generell vertragliche Regelungen unzulässig sind, in denen bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorgesehen werden. Die vorgesehene Regelung trägt zu einer manipulationssicheren Ausgestaltung des Morbi-RSA bei. Von großer Bedeutung ist jedoch auch die Überprüfung der Einhaltung des Verbots in der Praxis. Zu weitergehenden, aus unserer Sicht dringend notwendigen, Maßnahmen zur Reduktion der Manipulationsanfälligkeit des Morbi-RSA sei auf die Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum TSVG verwiesen.

Regress-Schutz

In der Diskussion um den Abbau von Regressrisiken sollte beachtet werden, dass erstens Regressverfahren in der Praxis so gut wie nie angestrebt werden und zweitens Regressregelungen keinen Einfluss auf die Versorgung der Versicherten nehmen. Die geplanten Maßnahmen im Bereich „Regress-Schutz“ bewerten die Betriebskrankenkassen wie folgt:

- Eine Verkürzung der Frist für eine Nachforderung auf zwei Jahre nach Honoraranlass ist vom zeitlichen Ablauf in der unabhängigen Prüfungsstelle nicht umzusetzen.
- Der Wegfall der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit erbrachter ärztlicher Leistungen auf der Basis von Zufälligkeitsprüfungen und ohne vorherige Auffälligkeit führt zu einem Rückgang des bürokratischen Aufwandes und wird demnach begrüßt. Die gleichzeitige Ermöglichung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen auf begründeten Antrag durch einzelne oder gemeinschaftlich mehrere Krankenkassen sowie Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) bewerten die Betriebskrankenkassen als sachgerecht.
Im Widerspruch zum Wirtschaftlichkeitsgebot und daher zu streichen sind die Begrenzung der Anzahl der überprüften Ärzte auf höchstens 2 Prozent der Ärzte einer KV und der Wegfall von Prüfungen nach Durchschnittswerten, wenn der Landesausschuss der Ärzte eine Feststellung der ärztlichen Unterversorgung getroffen hat.
- An einer bundeseinheitlich gültigen Richtlinie für die Voraussetzungen zur Veranlassung für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit sollte nach Meinung der Betriebskrankenkassen unbedingt festgehalten werden, da ansonsten eine Vielzahl unterschiedlicher Regelungen im Bundesgebiet zu einem deutlich höheren bürokratischen Aufwand führen würde.
- Eine Begrenzung der Nachforderungen auf Differenzbeträge zwischen der tatsächlichen Leistung und der wirtschaftlichen Leistung ist nicht darstellbar. Die konkrete Ausgestaltung der Nachforderungshöhen sollte – wie bisher – den regionalen Vereinbarungen überlassen bleiben.
- Eine Streichung der jährlichen Datenübermittlung ist abzulehnen, alternativ können diese auf regionaler Ebene festgesetzt werden.

Vergabe von Prüfaufträgen an Externe

Eine Beauftragung Externer mit den Überprüfungen nach § 274 SGB V durch das Bundesversicherungsamt und die Prüfdienste der Länder bewerten die Betriebskrankenkassen kritisch. Die Prüfungen nach § 274 gehören zum Kerngeschäft der Aufsichtsinstanzen. Daher sollten Qualifikationen und Spezialwissen zum PrüftHEMA Informationstechnologie bei den Aufsichtsinstanzen intern abgebildet und nicht ausgelagert werden. So wird auch ein Wissensverlust über die Zeit und ein immer häufigeres Einschalten Dritter vermieden. Ausgeschlossen muss sein, dass Dritte – denen ein Eigeninteresse nicht per se abgesprochen werden kann – Einblick in die Geschäftsprozesse der Krankenkassen sowie deren Verbände erhalten. Wenngleich

die Zielsetzung einer Verbesserung der Prüfqualität und Prüfdauer geteilt wird, plädieren die Betriebskrankenkassen dafür, die bestehenden Prüfkonzepte insgesamt zu überprüfen und zielgerichteter auszugestalten.

Hebammen

Die Betriebskrankenkassen begrüßen, dass die Informationslage und Transparenz über die zur Leistungserbringung zugelassenen Hebammen verbessert werden soll. Die Betriebskrankenkassen engagieren sich schon heute entsprechend, um den Informationsbedarfen der eigenen Versicherten nach Leistungserbringern z.B. über Instrumente wie den KlinikFinder gerecht zu werden. Grundsätzlich ist es die Pflicht der jeweiligen Krankenkasse, Versicherte auf Verlangen zu informieren. Bedarf für eine Regelung, nach der der GKV-Spitzenverband die Versicherten auf Verlangen selbst informiert, wird daher nicht gesehen. Aufgabe des GKV-Spitzenverbandes sollte es vielmehr sein, den Datenstamm der Vertragspartnerliste in aktueller Form vorzuhalten und diese den Krankenkassen zur Erfüllung von Auskunfts- und Informationszwecken gegenüber ihren Versicherten in maschinenlesbarer Form zur Verfügung zu stellen. Für diese Übermittlung muss eine gesetzliche Grundlage geschaffen werden.

Digitalisierung/ elektronische Patientenakte

Die Betriebskrankenkassen unterstützen die Intention des Gesetzgebers, die Digitalisierung des Gesundheitswesens durch eine zeitnahe Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) zu beschleunigen. Hierzu ist der Ausbau der Telematikinfrastruktur wesentlich. Die avisierten Instrumente betrachten wir allerdings nicht als zielführend:

Starre, **sanktionsbewehrte Fristsetzungen** für die GKV können eher dazu führen, dass flächendeckend – wenn auch fristgerecht – nur der kleinste Kompromiss einer ePA statt das Angebot eines kundenorientierten Instruments gewählt wird. So kann es zu einer Oligopolbildung auf Anbieterseite kommen, was kleine und mittelständische Anbieter einer elektronischen Patientenakte benachteiligt und einen Wettbewerb um die beste Versorgung der Versicherten verhindert. Kritisch sind die Sanktionsregelungen für die Kassen auch deshalb, weil das Prinzip „Handeln und Haften“ weitgehend entkoppelt bzw. ignoriert wird. Häufig liegt es nicht in der Hand der Kassen, ob Fristen gehalten werden können oder nicht. Dies hat die Entwicklung der elektronischen Gesundheitskarte leider eindrücklich gezeigt. Der Wunsch, zeitlichen Druck für die Einführung der ePA aufzubauen, kann zwar nachvollzogen werden. Über diese Sanktions-Regelungen werden jedoch nicht die richtigen Adressaten erreicht. Wir fordern daher, von der gesetzlichen Festlegung eines fixen Bereitstellungsdatums für die ePA abzuweichen. Die Bereitstellung sollte stattdessen infolge der fachlich-technischen Anforderungen sowie mit Blick auf übliche Entwicklungs- und Vergabeverfahren zeitlich flexibilisiert werden. Wir schlagen das Festlegen eines Bereitstellungszeitraums von 12 Monaten ab dem 1.1.2021 vor.

Eine Übernahme von 51 Prozent der Geschäftsanteile der **gematik** durch das BMG lehnen wir ab. Auf Grund faktischer Hindernisse, wie z.B. der Bereitstellung wesentlicher Komponenten durch die Industrie,

umfangreicher Zulassungsverfahren durch die gematik oder langwieriger Zertifizierungsverfahren seitens des BSI würde dieser staatsdirigistische Eingriff in die Struktur und Gestaltungshoheit der gemeinsamen Selbstverwaltung keine Beschleunigung der Prozesse bewirken. Der Wunsch des Gesetzgebers zur Beschleunigung der Themenbearbeitung ePA und der weiteren Rahmenbedingungen ist nachvollziehbar. Wenn er diese bei sich verankern will, sollte er allerdings konsequenter Weise eine Überführung der gematik in eine nachgelagerte Bundesbehörde vornehmen. Hierzu müssen dann aber auch die Finanzierungsmodalitäten angepasst werden. Die Finanzierung einer faktisch durch das Bundesministerium für Gesundheit geführten gematik durch die GKV ist strikt abzulehnen. Definiert der Gesetzgeber die Aufgaben der gematik als hoheitliche Aufgaben des Staats, muss auch die Finanzierungsverantwortung staatlich getragen werden.

Alternativ sollte darüber nachgedacht werden, wie **geeignete Strukturen und Prozesse** aussehen müssten, damit die Verfahren beschleunigt, Experten und „Endverbraucher“ besser einbezogen und damit die Qualität sowie Akzeptanz von Beschlüssen der gematik verbessert werden. Dies kann ohne eine Veränderung der Gesellschafteranteile der gematik erfolgen:

- Die Änderung der Mehrheitserfordernisse auf eine einfache Mehrheit, wie im Änderungsantrag vorgeschlagen, ist ein richtiger Schritt.
- Zudem könnte die bereits vorhandene Schlichtungsstelle nach § 291c SGB V für die in Abs. 6 beschriebenen Fälle von Pattsituationen der Gesellschafterversammlung (GSV) direkt dem BMG unterstellt, also dem BMG die Rolle des Schlichters übertragen werden.

Eine weitergehende Überlegung zur stärkeren Verankerung des BMG in den Entscheidungsstrukturen der gematik bestünde im Einsetzen eines unparteiischen Vorsitzenden in der Gesellschafterversammlung (GSV) mit eigenem Stimmrecht. Dieser Vorsitzende könnte vom BMG ernannt werden und eine Blockade innerhalb der gematik vermeiden. Darüber hinaus sollte eine Öffnung der Arbeitsprozesse der gematik erfolgen, um Qualität und Akzeptanz der Beschlüsse der GSV durch Partizipation maßgeblicher Vertreter auf Bundesebene zu erhöhen. Hierzu sollten frühzeitig Experten aus Industrie, Standardisierungsorganisationen und Patientenorganisationen bei der Entwicklung von Spezifikationen eingebunden werden. Zu begrüßen wäre eine stärkere Einbindung bereits im Entstehungsprozess, z.B. in den vorbereitenden Gremien der gematik. Zusätzlich sollte vor endgültiger Beschlussfassung durch die GSV ein öffentliches Anhörungsverfahren durchgeführt werden, um die Expertise beteiligter Gruppen von Stakeholdern einzubeziehen. Dabei ist sicher zu stellen, dass der Involvierungs- und Anhörungsprozess nicht zu neuen Verzögerungen der Themenbearbeitung und -verabschiedung führt.

Kritisch sehen die Betriebskrankenkassen auch die Übertragung der alleinigen Verantwortung für die Festlegung der **semantischen Interoperabilität auf die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)**. Zwar ist eine Partizipation beteiligter Interessengruppen vorgesehen, die aktuelle Formulierung im Änderungsantrag, die KBV habe die notwendigen Festlegungen „im Benehmen“ mit den anderen Organisationen zu treffen, ist jedoch nicht ausreichend. Deren Eingaben sind stattdessen nachweislich zu berücksichtigen. Überdies hat sich die gemeinsame Selbstverwaltung mit Unterstützung des BMG in ihrem LOI

Stellungnahme des BKK Dachverbandes vom 07.02.2019 zu den fachfremden Änderungsanträgen zum TSVG

hierzu bereits zu einem gemeinsamen Vorgehen verpflichtet. Bereits getroffene Vereinbarungen der gemeinsamen Selbstverwaltung zur zeitnahen Einführung der elektronischen Patientenakte sollten nun nicht erneut in Frage gestellt werden.

II. Kommentierung im Detail

Zu ÄA Nr. 2: Hilfsmittel

Zu § 127 Abs. 1 SGB V

Die Intention des Gesetzgebers, die Qualität von Verträgen nach der Rechtsnorm § 127 Abs. 1 SGB V zu steigern, ist nachvollziehbar. Mit Inkrafttreten des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes (HHVG) zum 01.04.2017 hat der Gesetzgeber bereits umfassende Neuordnungen zur Versorgung mit Hilfsmitteln erlassen, um die Qualität zu verbessern. Die Neuordnungen betrafen dabei auch insbesondere die Ausschreibungen von Hilfsmitteln im § 127 Abs. 1 SGB V. So wurde insbesondere durch den neuen ergänzenden Absatz 1b neben dem Preis auch Kriterien wie Qualität, technischer Wert, Zweckmäßigkeit, Zugänglichkeit der Leistung u.a. verpflichtend eingeführt – und zwar mit einer Gewichtung von mind. 50%. Erste Ausschreibungen der Krankenkassen erfolgten unter Anwendung der neuen Rechtsnorm. Eine Bewertung der im HHVG verankerten Regelungen ist vor dem Hintergrund der Kürze der Zeit aktuell noch nicht möglich. Daher schlagen wir vor, die Umsetzung der Regelungen und ihre Wirkung auf die Qualität der Versorgung vor erneuten Rechtsänderungen zu prüfen und Ausschreibungen aktuell nicht zu verbieten. Schließlich können Ausschreibungen auch qualitativer Innovationsreifer sein, denn hier können auch höhere Standards vereinbart werden. Zum Beispiel ist im Rahmen der Ausschreibungen von Stoma-Artikeln festzustellen, dass auch die Leistungserbringer mit sog. „Mehrwert-Konzepten“ auf die Krankenkassen zukommen und so auf den Wettbewerb reagieren. Hingegen kann über eine Verschärfung der Qualitätsregelungen der Intention des Gesetzgebers Rechnung getragen werden:

Änderungsvorschlag 1:

Die Regelungen des § 127 Abs. 1 sowie der Absätze 1a und 1b sind zur Sicherung einer qualitativen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln unverändert beizubehalten. Der Beibehalt der Ausschreibungen könnte zudem damit ergänzt werden, dass Kassenarten übergreifend ein Qualitätsversprechen zur Einhaltung der Versorgungsqualität sowie eine Beschwerdemöglichkeit für die Versicherten eingeführt wird. Diesbezüglich sollte Transparenz hergestellt werden.

Der Intention des Gesetzgebers für verschärfte Qualitätsregelungen könnte auch dadurch genüge getan werden, dass im des § 127 Abs. 1a SGB V anstelle des reinen „Empfehlungscharakters“ die Richtlinie mit klarer Bindungswirkung für Krankenkassen auszugestalten. Somit würde eine zwischen den Spitzenorganisationen konsentiertere oder u.U. geschiedste Positiv-Liste über Hilfsmittel entstehen, auf deren Basis die Kassen nach den Normen des § 127 Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 1b SGB V ausschreiben können. Ebenfalls denkbar wäre es, analog der sog. Substitutionsaustauschliste nach § 129 Abs. 1a Satz 2 SGB V ein Verfahren inkl. Verfahrensordnung an den G-BA zu übertragen.

Durch eine Klarstellung im § 127c SGB V sollen sog. „Open-House-Verträge“ ausgeschlossen werden. Open-House-Verträge haben im Vergleich zu ihrem Einsatz bei Verträgen über Arzneimittel im Vertragswesen für Hilfsmittel keine große Bedeutung. Rahmenverträge mit Beitrittsmöglichkeit sind jedoch ungeeignet, sämtliche Facetten des sich immer stärker differenzierenden Marktes abzubilden. Die Leistungserbringer sind in Ihrer Struktur und wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit zunehmend heterogen. Dem klassischen Sanitätshaus als sog. „Vollsortimenter“ stehen auf Produktsegmentebene hochspezialisierte Unternehmen mit teilweise eigener Produktion und ausgereiften bundesweiten Logistikkonzepten gegenüber. Ein Rahmenvertrag kann die unterschiedlichen Bedürfnisse nicht abbilden. Wird der Vertrag auf die Synergieeffekte großer Anbieter ausgerichtet, ist die Auskömmlichkeit für ein Sanitätshaus in ländlichen Regionen ggf. zu gering und Versicherte, die diesen Bezugsweg wählen werden mit Mehrkosten belegt. Will eine Kasse dies vermeiden so muss sie in Kauf nehmen, dass dies umgehend zum bundesweiten Preisniveau wird, denn die Unternehmen treten immer dem rentabelsten Vertrag bei. Ein Vertrag, der konkret auf die spezifischen, z.B. regionalen Bedürfnisse, eingeht, kann im Grunde nicht geschlossen werden, ohne bundesweite Auswirkungen in Kauf zu nehmen. Somit „nivelliert“ sich der Preis immer auf das höchste Vertragspreisniveau.

Darüber hinaus sind Rahmenverträge häufig ungeeignet einen hinreichenden positiven Wettbewerb zu induzieren. Erfahrungsgemäß ist die Zahl der Teilnehmer an Ausschreibungen größer, als bei Aufforderungen zu Verhandlungsverträgen.

Änderungsvorschlag 2:

Sollten Ausschreibungen untersagt werden, so müssen die Regelungen der Gestaltung von Rahmenverträgen sowie zum Vertragsbeitritt angepasst und erweitert werden.

Dies wäre denkbar durch eine Trennung von Dienstleistung und Produkt in den Segmenten, wo eine standardisierte Beschaffung und Anpassung von Produkten aber keine Fertigung erfolgt. Analog der Rabattverträge nach § 130a Abs. 8 SGB V schließen die Krankenkassen Verträge mit der Industrie. Rahmenverträge werden dann ergänzend mit den Leistungserbringern zur Erbringung der Dienstleistungskomponente geschlossen.

Des Weiteren wäre es denkbar, die Beitrittsfähigkeit zu Rahmenverträgen in so weit einzuschränken, dass diese nur für Betriebe mit Niederlassung in dem Vertragsgebiet gilt. Somit ließen sich regionale Versorgungsaspekte auch tatsächlich in Verträgen berücksichtigen.

Zu ÄA Nr. 4: Förderung der Selbsthilfe

Zu § 20h SGB V

Die Förderung der Selbsthilfe stellt ein seit Jahren bewährtes Verfahren dar, das durch die angestrebte Neuregelung im Bereich der kassenindividuellen Projektförderung eine deutliche Veränderung und Einschränkung erfahren würde, daher lehnen die Betriebskrankenkassen die geplanten Änderungen ab.

Der Gesetzgeber hatte den Krankenkassen und ihren Verbänden durch die kassenindividuelle Projektförderung die Möglichkeit eröffnet, mit der Selbsthilfe zu kooperieren und zusammenzuarbeiten. Der enge Austausch zwischen den Krankenkassen und der Selbsthilfe hat nicht nur zu einem verbesserten gegenseitigen Verständnis beigetragen, sondern auch die Umsetzung zahlreicher neuer und innovativer Projekte zur Folge gehabt, die zur Verbesserung der Versorgung Betroffener und ihrer Angehörigen sowie zur Stärkung von Selbsthilfepotenzialen führten, die Selbsthilfe bei ihrer Tätigkeit unterstützen und die Qualität der Selbsthilfearbeit verbesserten. Vor allem kleinere Selbsthilfeorganisationen konnten von der individuellen Beratung durch die Krankenkassen und ihrer Verbände profitieren. Bei einer gemeinschaftlich durchgeführten Projektförderung wäre ein solcher Austausch in dieser Form nicht realisierbar.

Durch die Vielfalt an Krankenkassen und ihren unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen konnte den sehr unterschiedlichen Bedarfen chronisch Kranker und behinderter Menschen sowie den spezifischen Organisationsstrukturen in der Selbsthilfe Rechnung getragen werden, was durch eine gemeinschaftliche Projektförderung deutlich einschränkt werden würde.

Das derzeitige Verfahren der Vergabe von Förderanträgen ermöglicht es den Kassen schnell auch auf unterjährig gestellte Projektanträge reagieren zu können. Das angestrebte zentrale Vergabeverfahren würde diese Flexibilität deutlich einschränken und damit das Verfahren verzögern.

Ebenso würde das gesamte Antrags-, Prüfungs- und Bewilligungsverfahren, das in den letzten Jahren im Sinne der Selbsthilfe immer weiter vereinfacht wurde, einen deutlichen Rückschritt erfahren. Es ist zu erwarten, dass eine gemeinsame Bearbeitung der Projektanträge einer eher stärkeren Formalisierung bedarf.

Auch die Intention, die Selbsthilfeförderung transparenter zu gestalten, würde mit den geplanten Regelungen nicht erreicht. Bereits heute sind die Berichte über die vorgenommenen Selbsthilfeförderungsmaßnahmen öffentlich zugänglich.

Zu ÄA Nr. 6: Entkopplung der Vergütung von Diagnosen

Die Betriebskrankenkassen begrüßen ausdrücklich, dass nunmehr generell vertragliche Regelungen unzulässig sind, in denen bestimmte Diagnosen als Voraussetzung für Vergütungen vorgesehen werden. Die vorgesehene Regelung trägt zu einer manipulationssicheren Ausgestaltung des Morbi-RSA bei. Von großer Bedeutung ist jedoch auch die Überprüfung der Einhaltung des Verbots in der Praxis. Zu weitergehenden Maßnahmen zur Reduktion der Manipulationsanfälligkeit des Morbi-RSA sei auf die Stellungnahme des BKK Dachverbandes zum TSVG verwiesen.

Zu ÄA Nr. 11: Regress-Schutz

Zu § 106 SGB V

Die Verkürzung der Frist für eine Nachforderung auf zwei Jahre nach Honoraranlass ist vom zeitlichen Ablauf in der unabhängigen Prüfungsstelle nicht umsetzbar und ist demnach abzulehnen. Die Bundesrahmenvorgabe sieht bereits in einer Soll-Regelung eine Zweijahresfrist vor. Mit diesen Vorgaben konnten die Verfahrenszeiten schon gestrafft werden.

Zu § 106a SGB V

Der Wegfall der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit erbrachter ärztlicher Leistungen auf der Basis von Zufälligkeitsprüfungen und ohne vorherige Auffälligkeit führt zu einem Rückgang des bürokratischen Aufwandes und wird demnach begrüßt. Die gleichzeitige Ermöglichung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen auf begründeten Antrag durch einzelne oder gemeinschaftlich mehrere Krankenkassen sowie Kassenärztliche Vereinigungen wird als sachgerecht und zielführend eingeschätzt.

Eine Begrenzung der Anzahl der so überprüften Ärzte auf höchstens 2 Prozent der Ärzte einer Kassenärztlichen Vereinigung steht im Widerspruch zu § 12 Absatz 1 SGB V, wonach unwirtschaftliche Leistungen nicht durch Krankenkassen zu bewilligen sind. Bei begründetem Verdacht muss den Krankenkassen daher grundsätzlich die Möglichkeit einer Wirtschaftlichkeitsprüfung gegeben werden. Dies gilt insbesondere auch im Hinblick auf die in § 12 Absatz 3 festgelegte Haftung des Vorstandes einer Krankenkasse. Der Satz 2 in Absatz 1 des neugefassten § 106a ist daher zu streichen.

Voraussetzungen zur Veranlassung für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit sollen künftig in Form von Rahmenempfehlungen und nicht mehr in Form von bundeseinheitlich gültigen Richtlinien durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgelegt werden. Die Ausgestaltung der konkreten Prüfvoraussetzungen würde damit auf regionaler Ebene erfolgen müssen, was vermutlich zu sehr unterschiedlichen Regelungen in den einzelnen Bezirken der Kassenärztlichen

Vereinigungen führen würde. Aus Kassensicht ist in der Folge mit einem deutlich höheren bürokratischen Aufwand zu rechnen, der gerade vermieden werden sollte. In Absatz 3 sollte daher das Wort Rahmenempfehlungen durch das Wort Richtlinie ersetzt werden.

Nach Abs. 4 Satz 2 § 106a sollen keine Prüfungen nach Durchschnittswerten durchgeführt werden, wenn der Landesausschuss der Ärzte eine Feststellung der ärztlichen Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 und 3 getroffen hat. Diese Regelung steht grundsätzlich im Widerspruch zu § 12 Absatz 1 SGB V, in dem das Erbringen von unwirtschaftlichen Leistungen durch Leistungserbringer und das Bewilligen dieser durch die Krankenkassen verboten sind. § 12 SGB V, einschließlich des Absatzes 3, gilt dabei unabhängig vom festgestellten Versorgungsgrad. Weiterhin ist zu befürchten, dass durch einen generellen Wegfall der Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei ärztlicher Unterversorgung ein Anreiz zur nichtwirtschaftlichen Leistungserbringung gesetzt würde. Die geplante Änderung ist daher nicht sachgerecht, Satz 2 in Absatz 4 ist daher zu streichen.

Zu § 106b SGB V

Eine Begrenzung der Nachforderungen auf Differenzbeträge zwischen der tatsächlichen Leistung und der wirtschaftlichen Leistung ist schlicht nicht darstellbar. Die konkrete Ausgestaltung der Nachforderungshöhen sollte – wie bisher – den regionalen Vereinbarungen überlassen bleiben.

Nach § 12 Wirtschaftlichkeitsgebot gilt: Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen. Das heißt, eine Verordnung einer unwirtschaftlichen Leistung kann im Einzelfall per se ausgeschlossen sein. Damit entspricht eine Differenzbetrachtung nicht geltendem Recht.

Außerdem wäre eine Differenzbetrachtung allenfalls im Rahmen einer Einzelfallprüfung denkbar. Bei statistischen Prüfungen ist dies realitätsfern, denn es gibt nicht nur EINE wirtschaftliche Alternative. Je nach Fallkonstellation können viele Möglichkeiten eine Alternative darstellen. Durch Recherchen, Einbeziehung des MDK und anderer Beteiligter würden immense Verwaltungskosten entstehen, dessen Bewertung zudem streifbefangen sein kann.

Die Regelung ist zu streichen.

Zu § 297 SGB V

Die Streichung der jährlichen Datenübermittlung im Buchstaben d) ist abzulehnen. Die Prüfungen für veranlasste Leistungen werden detailliert in den regionalen Prüfvereinbarungen geregelt. Dieses umfasst auch die Datenübermittlungen. Daher ist statt einer Streichung eine Modifizierung einen Verweis auf die regionalen Prüfvereinbarungen vorzuschlagen.

Änderungsvorschlag:

d) Im neuen Absatz 2 wird Satz 4 ersetzt:

„Die Fristen für die Datenübermittlungen regeln die Verträge nach § 106 Abs. 1 Satz 2 SGB V.“

Zu ÄA Nr. 15: Prüfdienste

Zu § 274 SGB V

Bereits seit einigen Jahren werden zur Erfüllung der haushaltsrechtlichen Vorgaben nach §77 SGB IV unabhängige Dritte eingesetzt. Die Aufgabenstellung ist jedoch überwiegend auf eine Bewertung buchhalterischer Vorgänge limitiert und mündet in der Prüfung und Abnahme der Jahresrechnung. Diesen Einsatz GKV-fremder Akteure halten die Betriebskrankenkassen für sachgerecht.

Eine Beauftragung Externer mit den Überprüfungen nach § 274 SGB V durch das Bundesversicherungsamt und die Prüfdienste der Länder bewerten die Betriebskrankenkassen dagegen kritisch.

Prüfungen nach § 274 gehören zum Kerngeschäft der Aufsichten, daher sollten Qualifikationen und Spezialwissen so ausgelegt sein, dass diese Prüfungen auch von den Akteuren adäquat durchgeführt werden können, gegebenenfalls erforderliche Zusatzkenntnisse sollten im Rahmen regelmäßiger Weiterbildungen angeeignet werden. Zu vermeiden ist, dass Dritte – denen ein Eigeninteresse nicht per se abgesprochen werden kann – Einblick in die Geschäftsprozesse der Krankenkassen sowie deren Verbände erhalten.

Eine Öffnung der Prüfungen zugunsten Dritter birgt zudem das Risiko eines schrittweisen Wissensverlusts der Aufsichten. In der Folge nimmt die Gefahr eines dauerhaften Einsatzes Dritte zur Durchführung der Prüfungen nach §274 SGB V zu.

Die Betriebskrankenkassen erkennen an, dass der technologische Fortschritt weitergehende Qualifizierungen und im Detail ein Spezialwissen erfordert. Es ist jedoch sachgerecht die, für die Prüfung eingesetzten, Akteure im Rahmen regelmäßiger Weiterbildungen auf dem für die Durchführung der Prüfung erforderlichen Wissensstand zu halten. Darüber hinaus halten die Betriebskrankenkassen eine grundsätzliche Überprüfung der bestehenden Prüfkonzepete für notwendig, um die erforderlichen Prüfungen zielgerichtet auszugestalten.

Zu ÄA Nr. 25: Hebammen

Zu § 134a SGB V

Die Betriebskrankenkassen begrüßen die Intention der Regelung, die Informationslage und Transparenz über die zur Leistungserbringung zugelassenen Hebammen zu verbessern, ausdrücklich. Zu diesem Zweck auf die durch die Vertragspartner nach §134a SGB V etablierte Vertragspartnerliste aufzubauen und diese gesetzlich zu verankern ist sachgerecht. Auch die damit verbundene nun gesetzlich bestimmte Übermittlungspflicht der einzelnen Hebammen, insbesondere auch im Hinblick auf Änderungen in den Verhältnissen der Hebamme, trägt nach Auffassung der Betriebskrankenkassen entscheidend dazu bei, den Versicherten ein umfassenderes und zudem aktuelles Bild über die bestehenden Versorgungsangebote zu geben, als es derzeit möglich ist.

Darüber hinaus ist es nach Auffassung der Betriebskrankenkassen jedoch grundsätzlich die Pflicht der jeweiligen Krankenkasse, Versicherte auf Verlangen zu informieren. Die Betriebskrankenkassen engagieren sich schon heute entsprechend, um den Informationsbedarfen der eigenen Versicherten z.B. über KlinikFinder etc. gerecht zu werden. Bedarf für eine Regelung, nach der der GKV-Spitzenverband die Versicherten auf Verlangen selbst informiert, wird daher nicht gesehen. Aufgabe des GKV-Spitzenverbandes sollte es vielmehr sein, den Datenstamm der Vertragspartnerliste in aktueller und strukturierter Form vorzuhalten und diese seinen Mitgliedschaften, bzw. benannten Stellen, zur Erfüllung von Auskunfts- und Informationszwecken gegenüber ihren Versicherten, z.B. für Informationen auf Verlangen der Versicherten oder elektronische Suchhilfen, in maschinenlesbarer Form zur Verfügung zu stellen. Für diese Übermittlung sollte eine gesetzliche Grundlage geschaffen werden.

Die Unterstützung der Versicherten bei der Leistungserbringersuche durch elektronische Programme haben sich für andere Versorgungsbereiche bereits bewährt. So zeigen z.B. die Zugriffszahlen auf den BKK KlinikFinder, dass entsprechende Angebote der Krankenkassen durch die Versicherten einer sehr hohen Nachfrage unterliegen. Der BKK KlinikFinder unterstützt die Versicherten so dabei, ein Krankenhaus nach ihren Wünschen zu finden. Vielfältige Suchoptionen bieten Ihnen die Möglichkeit, die Suchergebnisse zu filtern. Der BKK Dachverband begrüßt daher, die Informationen der Vertragspartnerliste auch für einen elektronischen „Hebammenfinder“ aufzubereiten. Wichtig hierbei ist es jedoch, nicht nur Leistungsangebote der Hebammen als Suchkriterium nutzen zu können, sondern auf das regionale Versorgungsgebiet der einzelnen Hebamme abstellen zu können. Zu diesem Zwecke bietet sich beispielhaft eine Umkreissuche an. Dazu ist es zwingend, dass die Anschrift der Hebamme (zumindest auf Ebene des Postleitzahlgebietes) in die Suchläufe mit einbezogen werden können.

Änderungsvorschlag:

Artikel 1 Nummer 75 wird wie folgt gefasst:

,75. § 134a wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2 werden die folgenden Absätze 2a und 2b eingefügt:

„(2a) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen führt eine Vertragspartnerliste, in der alle zur Leistungserbringung zugelassenen Hebammen nach Absatz 2 geführt werden. Die Hebammen sind verpflichtet, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen folgende Angaben für die Vertragspartnerliste zu übermitteln

1. Bestehen einer Mitgliedschaft in einem Berufsverband und Name des Berufsverbands, oder
2. Beitrittsformular für den Beitritt nach Absatz 1 Nummer 2, sowie
3. Vorname und Name
4. Anschrift der Hebamme beziehungsweise der Einrichtung,
5. Telefonnummer
6. E-Mailadresse **und Homepage**, soweit vorhanden,
7. Art der Tätigkeit **des Leistungsangebotes**
8. Kennzeichen nach § 293.

Änderungen sind dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen unverzüglich mitzuteilen. Nähere Einzelheiten über die Vertragspartnerliste und gegebenenfalls erforderliche weitere Angaben vereinbaren die Vertragspartner im Vertrag nach Absatz 1 **bis zum 30.09.2019.**“

(2b) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt den Krankenkassen oder den von ihnen benannten Stellen die Angaben nach Abs. 2a zum Zwecke der Abrechnungsprüfung sowie zur Erfüllung von Auskunfts- und Informationszwecken regelmäßig in maschinenlesbarer Form zu Verfügung. Darüber hinaus ermöglicht er den Versicherten, auf seiner Internetseite selbst Suchläufe über die zur Leistungserbringung zugelassenen Hebammen und die Angaben nach Absatz 2a Nummer 3 bis 7 sowie gegebenenfalls weitere freiwillig gemeldete Informationen durchführen zu können.“

b) Absatz 4 Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„Kommt es nicht zu einer Einigung über die unparteiischen Mitglieder oder deren Stellvertreter, entscheidet das Los, wer das Amt des unparteiischen Vorsitzenden, der weiteren unparteiischen Mitglieder und der Stellvertreter auszuüben hat.““

Zu ÄA 26: Apothekengesetz

Zu § 19 Abs. 3

Der Deutsche Apothekerverband soll dem BMG auf Anforderung geeignete Auswertungen über die Anzahl abgegebener Packungen zur Verfügung stellen. Dies dient der Entwicklung und Prüfung von Maßnahmen zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit Arzneimitteln. Der BKK Dachverband begrüßt grundsätzlich eine Datenerhebung, die eine Auswertung ermöglicht, welche Regionen tatsächlich strukturschwach und welche Apotheken für die Versorgung wirklich erforderlich sind.

Da jedoch laut Änderungsantrag kein Rückschluss auf einzelne Apotheken möglich sein soll, kann das Ziel nicht oder nur sehr eingeschränkt erreicht werden. Daher ist zumindest eine regionale Kennung erforderlich. Beispielsweise wäre zur Abbildung der Regionalität die Postleitzahl geeignet, um die Versorgung gezielt in strukturschwachen Regionen zu verbessern.

Zu ÄA 27: Digitalisierung

Zu ÄA 27a: gematik

Der BKK Dachverband unterstützt im Grundsatz die Absicht des Gesetzgebers, die Entscheidungsprozesse der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik) zu beschleunigen. Die zügige und konsequente Einführung medizinischer Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und der Telematikinfrastruktur (TI) ist auch aus Sicht der Betriebskrankenkassen von außerordentlicher Bedeutung, um im deutschen Gesundheitswesen zeitgemäße und sichere digitale Versorgungsleistungen anbieten zu können.

Die Änderung der Mehrheitserfordernisse auf eine einfache Mehrheit, wie im Änderungsantrag vorgeschlagen, ist ein richtiger Schritt.

Die mit dem Änderungsantrag angestrebte Mehrheitsbeteiligung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) von 51 Prozent der Gesellschafteranteile an der gematik lehnen wir jedoch ab. Nicht nur stellt eine solche Maßnahme einen unverhältnismäßigen, ordnungspolitischen Eingriff in die Selbstverwaltung dar. Auch ist sie methodisch ungeeignet, die Akzeptanz von Entscheidungen der Gesellschafterversammlung (GSV) sowie die Qualität der Entscheidungen zu verbessern und Prozesse zu beschleunigen.

Das Ziel, mit dem die beabsichtigten Regelungen begründet werden, nämlich die Beschleunigung des Entscheidungsprozesses durch ein erleichtertes Herbeiführen von Beschlüssen, ist auch über weniger dirigistische Maßnahmen zu erreichen. So wäre einerseits denkbar, die Schlichtungsstelle nach § 291c

SGB V für die in Abs. 6 beschriebenen Fälle von Pattsituationen der GSV direkt dem BMG zu unterstellen, also dem BMG die Rolle des Schlichters zu übertragen.

Weitergehend wäre auch das Einsetzen eines unparteiischen Vorsitzenden in der GSV mit eigenem Stimmrecht eine Möglichkeit. Dieser Vorsitzende könnte vom BMG ernannt werden und in Pattsituationen eine Blockade innerhalb der gematik vermeiden.

Zusätzlich ist eine Öffnung der Arbeitsprozesse der gematik sinnvoll, um Qualität und Akzeptanz der Beschlüsse der GSV durch Partizipation maßgeblicher Vertreter auf Bundesebene zu erhöhen. Hierzu sollten frühzeitig Experten z.B. aus Industrie, Standardisierungsorganisationen und Patientenorganisationen bei der Entwicklung von Spezifikationen eingebunden werden. Zu begrüßen wäre eine Einbindung bereits im Entstehungsprozess in den vorbereitenden Gremien der gematik.

Vor dem endgültigen Beschluss durch die GSV sollte außerdem ein öffentliches Anhörungs- und Stellungnahmeverfahren durchgeführt werden, dass die Expertise von Stakeholdern berücksichtigt. So könnten Beschlüsse der gematik durch Partizipation und Einbezug von Expertise hinsichtlich ihrer Qualität und Akzeptanz verbessert werden, ohne dass dieses zu neuen Verzögerungen führt.

Für die sich bereits im Prozess befindliche Spezifikation der ePA-Version 1.1 plädieren wir dafür, dass zeitnah, noch vor Beschluss durch die GSV, ein solches Anhörungs- und Stellungnahmeverfahren implementiert wird.

Zu ÄA 27b: Sanktionsregelung ePA

Die beabsichtigte Regelung ist in den Augen der Betriebskrankenkassen nicht geeignet, das Ziel einer fristgerechten Bereitstellung der elektronischen Patientenakte für Versicherte zum 01.01.2021 zu unterstützen. Hingegen werden mit den in diesem Änderungsantrag beabsichtigten Regelungen Handeln und Haften weitgehend entkoppelt.

Die im TSVG genannte Bereitstellungsfrist für die elektronischen Patientenakte (ePA) durch die Krankenkassen zum 01.01.2021 wird, auch außerhalb der GKV, als ambitioniert betrachtet. Die wesentlichen Gründe hierfür sind

- eine in großen Teilen vergaberechtlich determinierte Dauer für die Ausschreibung,
- der Zeitaufwand der Industrie für die Anwendungsentwicklung selbst sowie

- der langwierige Prüfprozess für die Zertifizierung und Zulassung der Akte durch BSI und gematik, der auch einen Feldtest umfasst.

Derart komplexe Prozesse benötigen zeitlichen Spielraum für eventuelle Korrekturschleifen.

Wesentliche Komponenten, die für eine ePA benötigt werden, wie bspw. das Modul im Konnektor sowie die Funktionen in den Systemen der Leistungserbringer, liegen überdies nicht im Verantwortungsbereich der Kassen. Auch sind wichtige Komponenten der ePA, wie der KTR-Consumer, die vertrauenswürdige Ausführungsumgebung und die alternativen Authentisierungsverfahren aktuell noch nicht spezifiziert.

Eine forcierte Einführung der ePA, die einer hohen Prozessgeschwindigkeit alle anderen Aspekte unterordnet, hat auch Auswirkungen auf die spätere Marktsituation. Insbesondere kleine und mittelständische ePA-Anbieter werden durch das fixe Terminziel vom Wettbewerb ausgeschlossen. Unter Umständen findet sich so lediglich eine geringe Zahl für kassenübergreifend ausgeschriebene Akten, was ein Oligopol begünstigt. Es besteht die Gefahr von diktierten, nicht marktgängigen Preisen, die sich im weiteren Verlauf, mangels Wettbewerb, nicht anpassen lassen.

Zusätzlich problematisch ist in diesem Zusammenhang, dass die ePA-Spezifizierung nach aktueller Architektur nicht IHE-konform ist (z.T. werden IHE-Standardkomponenten von der gematik sogar explizit ausgeschlossen). Dies führt zu einem bei Herstellern zu unverhältnismäßig großen Anpassungsbedarfen an bereits im Markt verfügbaren Produkten, die ePA-Dokumente nutzen können sollen. Zum anderen ist die Interoperabilität zwar für den deutschen Markt durch die gematik-Vorgaben sichergestellt, jedoch fehlt die Kompatibilität zu europäischen und internationalen Lösungen. Jüngst hat auch die EU-Kommission die Bedeutung eines grenzüberschreitenden Datenzugriffs für Patienten betont.

Auf Basis all dieser Erwägungen sollte von der gesetzlichen Festlegung eines fixen Bereitstellungsdatums für die ePA Abstand genommen werden. Die Bereitstellung sollte stattdessen infolge der fachlich-technischen Anforderungen sowie mit Blick auf übliche Entwicklungs- und Vergabeverfahren zeitlich flexibilisiert werden. Wir schlagen das Festlegen eines Bereitstellungszeitraums von 12 Monaten ab dem 1.1.2021 vor, bevor die im Änderungsantrag festgelegten Sanktionen greifen.

Zu ÄA 27c: Fristanpassung an Inkrafttreten

Die Regelung wird als Folge der fortgesetzten Beratungsdauer des TSVG nötig und ist technischer Natur.

In diesem Zusammenhang sei jedoch darauf hingewiesen, dass sich die Veröffentlichung der Spezifikation für die alternativen Authentisierungsverfahren der ePA ggü. der ursprünglichen Zeitplanung verzögert, weil die Veröffentlichung an das Inkrafttreten des TSVG geknüpft wird. Zwar wird diese Spezifikation durch die gematik voraussichtlich noch im Februar 2019 abgeschlossen sein und für eine Kommentierung durch die Gesellschafter zur Verfügung stehen. Jedoch ist diese Fassung dann nicht abschließend- und rechtskräftig veröffentlicht.

Krankenkassen sehen sich gezwungen, Entwicklungsaufträge für die ePA so bald wie möglich aususchreiben, um den im TSVG genannten Bereitstellungstermin (01.01.2021) einhalten zu können – umso mehr wenn diese Frist sanktionsbewehrt ist. Dabei wird ein hoher Druck aufgebaut, bestehende Planungsunsicherheiten bei der Erstellung der Ausschreibungsunterlagen billigend in Kauf zu nehmen. Dies erhöht das Risiko von Problemen bei der späteren Zulassung und Zertifizierung der Akte.

Zu ÄA 27d: Festlegungen Interoperabilität

Die alleinige Übertragung der Kompetenz im Bereich der semantischen und syntaktischen Interoperabilität der ePA auf die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ist nicht sinnvoll. Die Expertise für diese Aufgabe liegt bei vielen unterschiedlichen Gruppen, zu denen auch der stationäre Sektor, medizinische Fachgesellschaften, Forschung, Industrie und Standardisierungsorganisationen gehören. Die aktuelle Formulierung im Änderungsantrag, die KBV habe die notwendigen Festlegungen „im Benehmen“ mit den anderen Organisationen zu treffen, ist nicht ausreichend. Deren Eingaben sind stattdessen nachweislich zu berücksichtigen.

Die im Änderungsantrag gewählte Formulierung *„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung trifft (...) die notwendigen Festlegungen für die Inhalte der elektronischen Patientenakte nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 4, um deren semantische und syntaktische Interoperabilität zu gewährleisten.“* gefährdet zudem die Übereinkunft, die GKV-SV, KBV und KZBV in einem Letter of Intent vom Oktober 2018 getroffen haben. Darin wird die Arbeitsteilung mit Blick auf die Definition von Struktur und Inhalten der ePA geregelt. Basierend auf diesem Letter of Intent sind bereits Vorarbeiten für die in diesem Änderungsantrag benannten Standardisierungsleistungen erstellt worden. Diese sollten Bestandsschutz genießen.

Stellungnahme des BKK Dachverbandes vom 07.02.2019 zu den fachfremden Änderungsanträgen zum TSVG

Nicht konsistent ist zudem, dass für die KBV zur Festlegung der Standards für diese Basisinhalte der ePA kein Zieldatum genannt wird, während das TSVG den Krankenkassen ein verbindliches Bereitstellungsdatum für die ePA setzt. Auch hier fallen Handeln und Haften auseinander.

Änderungsvorschlag:

Der durch Änderungsantrag 27d in § 291b Absatz 1 einzufügende Text wird um folgenden Satz 3 ergänzt:

„Festlegungen zu Inhalt und Dokumentenstruktur der elektronischen Patientenakte nach § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 4, welche die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Gesetzlichen Krankenversicherung basierend auf früheren Vereinbarungen vor Inkrafttreten dieses Gesetzes getroffen haben, werden übernommen.“

III. Stellungnahme zu Drucksache 19(14)51.6

Antrag der Fraktion der FDP „Präimplantationsdiagnostik“

Die Präimplantationsdiagnostik ist keine Leistung, die in das eigentliche Aufgabenfeld der gesetzlichen Krankenversicherung als Solidargemeinschaft fällt. Bei der Präimplantationsdiagnostik einschließlich der damit einhergehenden notwendigen künstlichen Befruchtung handelt es sich weder um eine Krankenbehandlung nach § 27 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 Nr. 1 sowie Satz 5 SGB V, noch um Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a SGB V – die als eigenständiger Versicherungsfall geregelt sind. Die Frage, ob die Kosten der Präimplantationsdiagnostik – soweit die Voraussetzungen nach § 3a Abs. 2 und 3 ESchG vorliegen – durch die gesetzliche Krankenversicherung getragen werden sollen, ist primär eine gesellschaftspolitische.

Soweit sich der Gesetzgeber für die Erbringung dieser Maßnahmen über die gesetzliche Krankenversicherung entscheidet, sollte der Bund die Aufwendungen für diese versicherungsfremde Leistung übernehmen und die pauschale Abgeltung nach § 221 SGB V entsprechend erhöhen.