

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

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



BUNDESVERBAND

Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

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

BT-Drucksache 18/10605

zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN

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

BT-Drucksache 18/8394

zum Antrag der Fraktion DIE LINKE.

Patientenvertretung in der Gesundheitsversorgung stärken

BT-Drucksache 18/10630

Stand 09.01.2017

AOK-Bundesverband
Rosenthalerstr. 31
10178 Berlin

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

Inhalt

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

Gesetzentwurf der Bundesregierung

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

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

A. Zielsetzung

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

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

B. Allgemeine Bewertung

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

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

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

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

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

Die Normadressaten sind nicht vergleichbar

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

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

Gesetzgeberischer Handlungsbedarf besteht nicht für alle fünf Institutionen

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

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

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

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

Ungleichbehandlung der Sozialversicherungsträger vermeiden

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

C. Bewertung der Regelungsbereiche

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

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

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

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

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

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

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

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

Entsander für besondere Angelegenheiten

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

Besondere Aufsichtsmittel

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

Zwangsgeld zur Vollstreckung von Aufsichtsverfügungen

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

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

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

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

Gemeinsamer Bundesausschuss

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

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

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

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

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

D. Änderungsvorschlag

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

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

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

BT-Drucksache 18/8394

A. Zielsetzung

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

B. Bewertung

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

Antrag der Fraktion DIE LINKE.

Patientenvertretung in der Gesundheitsversorgung stärken

BT-Drucksache 18/10630

A. Zielsetzung

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

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

B. Bewertung

1. Rolle der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss

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

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

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

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

2. Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

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

3. Grundgesetzänderung zur Vereinheitlichung der Aufsicht über die Krankenkassen

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

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

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

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

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

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

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



München, 15.01.2017

Bundesministerium für Gesundheit
Referat 221 - Grundsatzfragen der GKV -
z.Hd.: Dr. Bernhardt
Hausanschrift: Friedrichstraße 108, 10117 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0230(13)
gel. VB zur öAnhör. am 16.01.
2017_SVSG
15.01.2017

Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und –Initiativen (BAGP) zum Referentenentwurf des BMG: GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz vom 9.12.2016

Diese Stellungnahme greift u.a. auf die Erfahrungen zurück, die die BAGP als maßgebliche Organisation der Patientenvertretung nach §140f SGB V in den vergangenen 12 Jahren im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gesammelt hat.

Vor diesem Hintergrund begrüßt die BAGP grundsätzlich die gesetzgeberische Initiative, die Selbstverwaltung „zu stärken“, damit sie der ihr gesetzlich zugeschriebenen und hochkomplexen Aufgabe, die Gesundheitsversorgung von über 70.Mio GKV-Versicherten zu steuern, gerecht werden kann.

Die BAGP hält diese gesetzgeberische Initiative für erforderlich, weil der G-BA als oberstes Gremium der Selbstverwaltung mit seiner derzeitigen Struktur zunehmend weniger geeignet ist, diese Steuerung gemeinwohlorientiert, effizient und innovationsoffen zu organisieren.

Vor dem Hintergrund der von der Politik gewollten Einführung des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen, aber auch der viel zu wenig regulierten Entwicklung des „freien“ Marktes der Gesundheitsdienstleistungen, entsteht u.a. im G-BA die Situation, dass die Banken Geschäfte zu Lasten Dritter (der Patientinnen und Patienten) organisieren. Der GKV SV agiert vor allem im maximalen Sparinteresse und verhindert an vielen Stellen Transparenz vor dem Hintergrund des Kassenwettbewerbes. Die Leistungserbringer versuchen eine (i.d.R. kostengünstigere) Aufnahme von medizinischen Entwicklungen in den Leistungskatalog zu verhindern, damit diese weiter privat abgerechnet werden können und verweigern sich an vielen Stellen der Verbesserung z.B. in der Qualitätssicherung. Eine starke Interessenvertretung der Patientinnen und Patienten auf Augenhöhe mit diesen Banken fehlt.

Die Patientenvertretung hat in den vergangenen Jahren immer wieder die Erfahrung gemacht, dass die von ihr eingebrachten Vorschläge manchmal gar nicht diskutiert oder aus Gründen der z.T. themenfernen Absprachen oder sog. Paketlösungen zwischen den Banken vollkommen vernachlässigt wurden. Nicht selten hat dann der Gesetzgeber entweder durch Mittel der Rechtsaufsicht (aktuelles Beispiel Psychotherapierichtlinie) oder durch präzisierende Gesetzesänderungen (aktuelles Beispiel: Bedarfsplanungsrichtlinie) den G-BA aufgefordert nachzubessern, nicht selten im Sinne der Anträge und Vorschläge der Patientenvertretung.

Derzeit werden

- gesetzgeberische Intentionen nicht oder nur unzureichend umgesetzt
- Fristen zur Umsetzung rechtlicher Regelungen regelmäßig nicht eingehalten
- die gesetzlich geforderte qualitätsorientierte Steuerung der Versorgung nicht ansatzweise umgesetzt
- notwendige Strukturveränderungen eher blockiert als befördert (aktuelles Beispiel Planungsrelevante Qualitätsindikatoren)
- die gesetzlich geforderte Qualitäts-Transparenz für Patienten und Versicherte und damit die Grundlage für eine „Nutzerorientierung“ nicht gewährleistet
- das Grundrecht auf Unversehrtheit nicht selten zurück gedrängt hinter Partikularinteressen von Selbstverwaltungspartnern im System (z.B. hinter das „Recht auf Berufsfreiheit“ von Anbietern und Leistungserbringern)
- die politisch gewollte Patientenorientierung in den Beschlüssen der Selbstverwaltung nicht systematisch beachtet

Der Gesetzgeber versucht nun, mit dem SVSG die Einflussmöglichkeiten des BMG zu erweitern. Es bleibt allerdings fraglich, ob durch die angestrebten Maßnahmen tatsächlich ein besseres Funktionieren der Krankenkassen und Organisationen der Leistungserbringer erreicht werden können. Als besonders unzureichend wird von der BAGP angesehen, dass ein wesentlicher Player im G-BA – die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) - von den Maßnahmen des SVSG überhaupt nicht erreicht wird, weil sie keine Körperschaft d.ö.R. ist. Vor dem Hintergrund des häufig verzögernden und kompromisslosen Agierens der DKG im G-BA ist besonders unverständlich, dass der Gesetzgeber hier nicht einschreitet.

Eine starke und funktionsfähige Selbstverwaltung braucht eine starke Patientenvertretung!

Die BAGP begrüßt deshalb grundsätzlich den Antrag der Partei Die Linken, Patientenvertretung in der Gesundheitsversorgung zu stärken

Neben den im SVSG erweiterten Einflussmöglichkeiten des BMG hält die BAGP es für vordringlich, vor allem die Rolle, Ausstattung und Einflussmöglichkeiten der Patientenvertretung in den Gremien der Selbstverwaltung zu stärken. Vom bloßen Bittsteller am Katzentisch, der seine Forderungen nur durch freiwillige Einsicht einer Bank durchsetzen kann, muss dringend umgeschwenkt werden hin zu einer Stärkung der Beteiligungsrechte der Patientenvertretung. Nur so kann die Selbstverwaltung insgesamt gestärkt werden und die Interessen der zu Versorgenden tatsächlich in den Mittelpunkt gestellt werden.

Die Stärkung der Patientenvertretung beschleunigt zudem die Verfahren und macht Beanstandungen und Ersatzvornahmen seltener nötig.

Um dies zu erreichen sollen die Rechte und Ressourcen der Patientenvertretung schrittweise ausgebaut werden indem

- der G-BA verpflichtet wird, in den Tragenden Gründen seiner Beschlüsse die Berücksichtigung der Position/ Anträge der Patientenvertretung explizit darzulegen
- die Patientenvertretung ein sofortiges Stimmrecht in Verfahrensfragen erhält
- die Patientenvertretung zur nächsten Amtsperiode des G-BA das Recht auf Benennung eines vierten Unparteiischen erhält und der Vorsitz im GBA jährlich wechselt
- die Patientenvertretung ab sofort Sitz und Stimme im Finanzausschuss des G-BA erhält
- die Patientenvertretung ab sofort Sitz und Stimme in Stiftungsvorstand bzw. Verwaltungsrat aller Institutionen und Institute der Gemeinsamen Selbstverwaltung (MDS, IQWiG, IQTiG,...) erhält
- die Patientenvertretung spätestens ab der übernächsten Amtsperiode volles Stimmrecht in allen beschlussfassenden Gremien des GBA erhält

Flankierend zu diesen verstärkten Beteiligungsrechten muss die organisatorische Leistungsfähigkeit und Unabhängigkeit der Patientenvertretung - im Sinne einer Bürgerbeteiligung an Entscheidungsprozessen im Gesundheitssystem - intensiv ausgebaut werden.

Dazu soll(en)

- ab sofort die maßgeblichen Organisationen der Patientenvertretung aus Mitteln des Gesundheitsfonds insgesamt 9 Stellen (6 für den DBR, je eine Stelle für vzbv, DAG SHG und BAGP erhalten, um die Patientenbeteiligung innerhalb ihrer Organisationen zu fördern.
- die Patientenvertretung insgesamt für ihre Tätigkeiten im G-BA eine eigene Stabsstelle erhalten, die aus Mitteln des Gesundheitsfonds finanziert wird und die mit sechs ReferentInnen, sechs SachbearbeiterInnen und drei Assistenzstellen ausgestattet ist und automatisch in dem Maße aufgestockt wird, in dem die Aufgaben des G-BA wachsen.
- den maßgeblichen Organisationen der Patientenvertretung ermöglicht werden, gemeinsam ein eigenes Institut zu gründen, welches - finanziert aus Steuermitteln, die die Arzneimittel- und Medizinprodukteindustrie abgeben - , die Aufgabe hat, für die konsequente Umorientierung des Gesundheitswesens auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten zu sorgen.

Zudem sollte der G-BA umgebaut werden in eine Körperschaft öffentlichen Rechts, welche unabhängig von den Trägern der Selbstverwaltung die Entscheidungsprozesse organisiert, moderiert und auf sachbezogene Entscheidungen hinarbeitet und gemeinwohlorientiert den Prinzipien Transparenz, Sicherheit, Evidenz, Effizienz sowie Qualitäts- und Patientenorientierung verpflichtet ist.

FAZIT:

- Die funktionellen Defizite der Selbstverwaltung sind aus Sicht der BAGP maßgeblich auch darauf zurückzuführen, dass die Patientenperspektive in ihren Gremien weder strukturell noch prozedural adäquat verankert ist.
- Soll grundsätzlich am Modell „Selbstverwaltung“ festgehalten werden, dann sind diesbezüglich sowohl strukturelle als auch prozedurale Änderungen zwingend erforderlich, um die bisher nicht selten zu beobachtenden Selbstblockaden der mit Stimmrecht ausgestatteten Träger zu verhindern und stattdessen Patienten- und gemeinwohlorientierte Entscheidungen zu treffen.
- Eine starke und funktionsfähige Selbstverwaltung braucht eine starke Patientenvertretung, die mit ausreichenden personellen und finanziellen Ressourcen ausgestattet ist, um unabhängig die Interessen der Bürgerinnen, Patienten und Versicherten vertreten zu können.



Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von
Menschen mit Behinderung und chronischer
Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.
BAG SELBSTHILFE
Kirchfeldstr. 149
40215 Düsseldorf
Tel. 0211/31006-56
Fax. 0211/31006-48

Stellungnahme der

**Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE
von Menschen mit Behinderung,
chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.
(BAG SELBSTHILFE)**

zum

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

- Bundestagsdrucksache 18/10605 - ,

**zum Antrag der Fraktion DIE LINKE:
Patientenvertretung in der Gesundheitsversorgung stärken**

- Bundestagsdrucksache 18/10630 -

und

**Zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN:
„Mit Beitragsgeldern der gesetzlich Versicherten
sorgsam umgehen“ Mehr Transparenz und bessere
Aufsicht über die Selbstverwaltung im
Gesundheitswesen“
- Bundestagsdrucksache 18/8394 -**

**- Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen
Bundestages am 16. Januar 2017 -**

I. Allgemeine Einschätzung

Als Dachverband von 117 Bundesverbänden der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen sowie von 13 Landesarbeitsgemeinschaften begrüßt die BAG SELBSTHILFE das gesetzgeberische Ziel einer Stärkung der Selbstverwaltung.

Die Steuerung der gesundheitlichen Versorgung ist eine komplexe Aufgabe. Bei der Umsetzung dieser Aufgabe kann das Prinzip der Selbstverwaltung praxisnahe und eigenverantwortliche Entscheidungen fördern. Eine effektivere Erledigung von Aufgaben bedeutet aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE jedoch zuallererst Folgendes: Eines der zentralen Problem der Gesundheitsversorgung ist für Patientinnen und Patienten regelmäßig, dass rechtliche Regelungen nicht oder nur unzureichend umgesetzt werden.

Dies ist jedoch das entscheidende Kriterium, um darüber zu befinden, ob die Steuerung der Versorgung tatsächlich funktioniert oder nicht:

Grundsätzlich hat sich insoweit die Übertragung von Steuerungsaufgaben auf die Selbstverwaltung bzw. auf die Gemeinsame Selbstverwaltung als wirkungsvoll erwiesen.

Das Prinzip der Selbstverwaltung ist nämlich ein Instrument, um Entscheidungen herbeizuführen, die durch die Partizipation und die Expertise der Umsetzenden und deren politischer Interessenvertretung eine höhere Akzeptanz und damit eine bessere und zuverlässigere Umsetzung der entsprechenden Regelungen und Entscheidungen sorgen. Soweit und solange eine solche bessere Umsetzung der Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses stattfindet, wird eine Übertragung von Staatsaufgaben auf die Selbstverwaltung von der BAG SELBSTHILFE explizit befürwortet. Im Regelfall sorgt die Diskussion und Verabschiedung von Entscheidungen im Gemeinsamen Bundesausschuss unter Beteiligung der Patientenvertreter aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE sowohl für praxisnähere Regelungen als auch für eine bessere Umsetzung von Entscheidungen.

In manchen Bereichen funktioniert die Steuerung der gesundheitlichen Versorgung über die (Gemeinsame) Selbstverwaltung aber bislang nur unzureichend. So gab es bspw. bei der Umsetzung von Beschlüssen zur Knochendichtemessung höchst ärgerliche Umsetzungsdefizite. Für Patientinnen und Patienten bedeutet dies, dass sie häufig Kosten übernehmen für Leistungen übernehmen müssen, auf welche sie einen Anspruch haben. Hier muss dann aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE dann auch über gesetzliche Maßnahmen nachgedacht werden, wie solche Umsetzungsdefizite zeitnah behoben werden können, etwa durch eine Präzisierung des Verbots der IGEUNG von EBM-Leistungen - über § 128 Abs. 5a SGB V hinaus. Insoweit ist es auch in manchen Fällen durchaus erforderlich, dass der Gesetzgeber bei entsprechenden Diskussionen im GBA über die Reichweite einer Regelung auch gesetzlich tätig wird. So hat er etwa bei Frage der langfristigen Genehmigung von Heilmitteln nach der Verabschiedung des Beschlusses erst mit der Schaffung des § 32 Abs. 1a SGB V dafür gesorgt, dass diese Regelung in der Praxis - nach einigen weiteren Anfangsschwierigkeiten - dann auch umgesetzt wurde.

Ein weiterer Gradmesser für die effektive Erledigung von gesetzlichen Aufgaben durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ist aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE

die zeitnahe Umsetzung und die Einhaltung von Fristen, wenn der Gesetzgeber die „wesentliche“ Entscheidung getroffen hat, ab wann eine Maßnahme den Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen soll. Während bei Fristversäumnissen in antragsgestützten Verfahren regelmäßig Schadensersatzansprüche des Herstellers oder weiterer Beteiligter im Raum stehen können, bleiben Fristversäumnisse für die Einführung neuer Methoden weitgehend sanktionslos. Vor diesem Hintergrund werden die bisherigen gesetzlichen Maßnahmen im Versorgungsstärkungsgesetz zur Absicherung der Einhaltung der Fristen nochmals explizit begrüßt.

Nicht selten beruhen die Umsetzungsdefizite darauf, dass die einzelnen Selbstverwaltungspartner ihre Partikularinteressen über das Interesse an einer optimalen Steuerung der gesundheitlichen Versorgung stellen. Das Resultat sind dann Verzögerungstaktiken oder eine Verweigerung der korrekten Rechtsumsetzung.

Ein wichtiges Korrektiv ist insoweit eine starke Patientenbeteiligung, um dem Versorgungsinteresse das notwendige Gewicht zu verleihen.

Eine starke und funktionsfähige Selbstverwaltung braucht damit auch eine starke Patientenvertretung. In den letzten Jahren hat die Patientenvertretung durch Anträge und Positionierungen erhebliche Verbesserungen in der Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen erreicht: So gehen etwa die Einführung des Pulsoxymetrie-Screenings bei Babys im Rahmen der U- Untersuchungen auf die Initiative der Patientenvertretung zurück. Auch die im Jahr 2017 zu erwartende Einführung eines Screenings auf Bauchaortenaneurysma für Männer ab 65 kann wegen der Gefährlichkeit einer Ruptur Leben retten und ist auf einen Antrag der Patientenvertretung zurückzuführen. Gleichzeitig stellen die immer neuen gesetzlichen Aufträge an den Gemeinsamen Bundesausschuss auch die Patientenvertretung vor immer größere Herausforderungen. Vor diesem Hintergrund begrüßt die BAG SELBSTHILFE explizit die im Antrag der Fraktion DIE LINKE enthaltene Forderung, die Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss so auszustatten, dass auf Augenhöhe mit den Trägern des Gemeinsamen Bundesausschusses verhandelt werden kann. Auch wenn die Patientenvertretung inzwischen alle AGs mit Patientenvertretern besetzen kann, so stellt die Koordination und die Abstimmung eine immer größere Herausforderung dar - auch vor dem Hintergrund der

zusätzlichen Aufgaben und kürzeren Fristen. Vor diesem Hintergrund wird eine weitergehende Förderung der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140 f SGB V für notwendig gehalten, um die Arbeit der Selbstverwaltung noch besser begleiten zu können.

II. Neuregelung in § 94 Abs. 4 SGB V

Die vorgesehene Neuregelung in § 91 Abs. 4 SGB V wird seitens der BAG SELBSTHILFE begrüßt und nicht als Implementierung stärkerer fachaufsichtlicher Elemente in das System der Selbstverwaltung angesehen. Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE hat das Bundessozialgericht in dem in der Gesetzesbegründung angeführten Urteil unterschiedliche Maßstäbe für die Genehmigung von Geschäfts- und Verfahrensordnung auf der einen Seite und anderen Richtlinien und Beschlüssen auf der anderen Seite festgelegt. In der Urteilsbegründung hat das Bundessozialgericht ausgeführt, dass der Aufsichtsbehörde im Bereich der Geschäfts- und Verfahrensordnung regelmäßig - im Gegensatz zur im Urteil festgelegten bloßen Rechtmäßigkeitskontrolle bei „normalen“ Richtlinien und Beschlüssen - weitergehende Einwirkungsmöglichkeiten eröffnet, um die Sicherstellung der Sozialversicherung als Ganzes unter gleichzeitiger Berücksichtigung einer sach- und funktionsgerechten Aufgabenerfüllung zu ermöglichen. Das Bundessozialgericht verwendet diese Begründung, um darzustellen, weswegen eine Beschränkung der Aufsicht bei „normalen“ Richtlinien und Beschlüssen auf die Rechtsaufsicht mit der Maßgabe des Bundesverfassungsgerichtes einer erforderlichen Aufsicht durch demokratisch legitimerter Amtswalter im Lichte des Demokratieprinzips vereinbar ist. So heißt es hier¹:

*„Das BMG ist demnach befugt, an der **abstrakt-generellen Grundlegung der Bewertungsmaßstäbe für die Richtlinienbeschlüsse des GBA und an der Ausgestaltung des Bewertungsverfahrens in der Verfo mit maßgeblichem Einfluss mitzuwirken. Die Beachtung der auf diese Weise normierten Vorgaben durch den GBA beim Erlass von Richtlinienbeschlüssen zu einzelnen Sachverhalten kann es sodann im Rahmen der Rechtskontrolle überprüfen und erforderlichenfalls mit den ihm zur***

¹ BSG Urteil vom 6.5.2009, B 6 A 1/08R, Rn. 49, zit. <http://lexetius.com/2009.2191>; Hervorhebungen durch Verf.

Verfügung stehenden Aufsichtsmitteln durchsetzen (vgl hierzu Schnapp, VSSR 2006, 191, 200; zur Bindungswirkung der Verfo für die Bewertungen des GBA s Beier in Schlegel/Voelzke/Engelmann [Hrsg], aaO, § 91 RdNr 52, mwN). Darüber hinausgehende Mitwirkungsmöglichkeiten des Ministeriums auch an der inhaltlichen Gestaltung einzelner Richtlinien sind zur verfassungsrechtlichen Legitimation des Regelungskonzepts nicht geboten.“

Damit hat das Bundessozialgericht dem BMG bei der Festlegung der abstrakt- generellen Regelungen eine Mitwirkungsbefugnis eingeräumt; zu diesen abstrakt- generellen Regelungen zählt das BSG auch die Geschäfts- und Verfahrensordnung. Demgegenüber ist das Ministerium bei „normalen“ Richtlinien auf eine bloße Rechtmäßigkeitskontrolle beschränkt. Insoweit bildet die Regelung diese Rechtsprechung aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE nur ab und erweitert sie nicht; im Lichte der neueren Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes dürfte eine derartige gestufte Aufsicht zu einer Absicherung der Legitimation sinnvoll sein und belässt dabei den Selbstverwaltungskörperschaften nach wie vor bei den „normalen“ Richtlinien und Beschlüssen den für die Schaffung von Akzeptanz erforderlichen Spielraum.

Eine solche erweiterte Mitwirkungsbefugnis ist auch zur Beschleunigung von Beratungsprozessen sinnvoll: Unzweifelhaft hat das BMG das Recht, Gesetzgebungsprozesse zu initiieren und die gesetzliche Vorgaben durch Rechtsverordnungen - soweit eine entsprechende Ermächtigung des Parlamentes besteht - zu konkretisieren. Da gesetzliche Regelungen stets ein Ergebnis einer Diskussion der Vertreter der Bundesregierung und der Abgeordneten im Deutschen Bundestag sind, an denen das BMG jeweils teilnimmt, hat das Ministerium natürlich auch ein Interesse daran, dass die in der Diskussion konsentierten Verhandlungsgrundlagen und Ergebnisse Eingang in die entsprechende Fassung der Geschäfts- und Verfahrensordnung des GBA finden. Gleichzeitig gibt es natürlich die Möglichkeit, diese Vorstellungen durch einen entsprechenden Änderungsvorschlag in einem laufenden Gesetzgebungsverfahren gegenüber dem GBA gesetzgeberisch einzubringen. Da diese Änderung der vorher festgelegten politischen Linie entspricht, ist davon auszugehen, dass dieser Änderungsantrag dann auch verabschiedet würde. Alternativ könnte auch bei Vorliegen

einer Ermächtigung die Rechtsverordnung angepasst werden. Insoweit wäre dann auf die eine oder andere Weise eine Festlegung der abstrakt- generellen Regelungen erfolgt mit der Folge, dass der GBA seine Geschäfts- und Verfahrensordnung entsprechend anpassen müsste - allerdings mit Zeitverzögerung durch das stattgefundene Gesetzgebungs- oder Ordnungsverfahren. Dies erscheint aus verfahrensökonomischer Sicht nur wenig sinnvoll. Vor diesem Hintergrund wird die vorgesehene Regelung in § 91 Abs. 4 SGB V für sinnvoll gehalten.

Berlin, 11.1.2017

Selbstverwaltung nicht durch Durchgriffsrechte der Aufsichtsbehörden schwächen

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

16. Januar 2017

Zusammenfassung

Der Gesetzentwurf schränkt die Gestaltungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung weiter ein und verfehlt damit sein selbstgestecktes Ziel einer „Verbesserung der Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der gesetzlichen Krankenversicherung“ – Kassenärztliche Bundesvereinigung, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband, Medizinischer Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) und Gemeinsamer Bundesausschuss. Im Gegenteil: Durch die Ausweitung der Aufsichtsrechte des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) wird die Selbstverwaltung weiter geschwächt.

Nachdrücklich zu begrüßen ist die Streichung der noch im vorherigen Referentenentwurf vorgesehenen Regelung, dass die Aufsicht „Inhaltsbestimmungen zu unbestimmten Rechtsbegriffen“ erlassen kann. Mit dieser Regelung wäre massiv in die Entscheidungsautonomie der Selbstverwaltungen der GKV-Spitzenorganisationen eingegriffen und die Grenze zwischen Rechtsaufsicht und Fachaufsicht überschritten worden.

Die Möglichkeit, dass die Aufsichtsbehörde einen „Entsanden für besondere Angelegenheiten“ bestellen und bei den GKV-Spitzenorganisationen einsetzen kann, wurde gegenüber dem vorherigen Referenten-

entwurf zwar konkretisiert. Die Voraussetzungen zur Entsendung sind jedoch weiterhin zu unpräzise. Es muss ausgeschlossen werden, dass die Aufsicht beliebig in die Arbeit der GKV-Spitzenorganisationen eingreifen kann.

Die mit dem Gesetzentwurf vorgesehene Vorgabe von Mindestinhalten für die Satzungen der GKV-Spitzenorganisationen greift ebenso in nicht hinnehmbarer Weise in die Satzungshoheit der Selbstverwaltung ein wie das Vorhaben, dass künftig Klagen gegen aufsichtsrechtliche Eingriffe in Satzungen keine aufschiebende Wirkung mehr haben sollen.

Abzulehnen ist auch die im Gesetzentwurf neu aufgenommene Regelung, dass die Aufsicht vor Genehmigung eines Vorstandsdienstvertrags eine unabhängige rechtliche und wirtschaftliche Bewertung einfordern können soll. Hierdurch werden die in diesem Themenfeld bereits bestehenden Einschränkungen der Handlungskompetenz der Selbstverwaltung weiter beschnitten.

Die Stärkung der internen Kontrollrechte der Selbstverwaltungsmitglieder ist dagegen zu begrüßen. Gleiches gilt auch für die verbesserte Transparenz über Beraterverträge und Entschädigungszahlungen. Allerdings sollten diese Regelungen nicht nur für die GKV-Spitzenorganisationen, sondern für alle



Krankenkassen und alle anderen Sozialversicherungsträger gelten.

Im Einzelnen

Notwendige Differenzierung der Selbstverwaltungsformen unterbleibt vollkommen

Der Gesetzentwurf muss unterscheiden zwischen den unterschiedlichen Selbstverwaltungsformen. Im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbands und des MDS sind Vertreter der Versicherten und Arbeitgeber tätig, die sich für die Interessen der Patienten, Kassenmitglieder und Beitragszahler einsetzen. Demgegenüber geht es in anderen GKV-Spitzenorganisationen vorrangig um berufsständische und wirtschaftliche Interessenvertretung.

Aufgrund dieser fundamentalen Unterschiede in den Aufgaben, den Strukturen und der Zusammensetzung der Selbstverwaltungsorgane ist die gewollte weitgehende Vereinheitlichung der Aufsichtsrechte nicht nachvollziehbar. Sie ist auch ungerechtfertigt, weil die Arbeit des GKV-Spitzenverbands und des MDS bisher keinerlei Anlass für eine solche Verschärfung der Aufsichtsrechte gegeben hat. Der Gesetzentwurf erweckt den falschen und für das Bild der Selbstverwaltung – gerade auch im Sozialwahljahr 2017 – insgesamt fatalen Eindruck, dass bei allen GKV-Spitzenorganisationen dringender aufsichtsrechtlicher Handlungsbedarf bestehe bzw. dringend zu korrigierende Fehlentwicklungen vorhanden seien („Sippenhaft“).

Voraussetzungen für Einsetzung eines Entsandten der Aufsichtsbehörden präzisieren

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Möglichkeit für das BMG, unterhalb der Schwelle eines sogenannten Staatskommissars eine Dritte Person in die GKV-Spitzenorganisationen zu entsenden, stellt einen wesentlichen und problematischen Eingriff in die Selbstverwaltungsrechte dar.

Im Vergleich zum vorherigen Referententwurf wurden zwar die Voraussetzungen für eine solche Entsendung eingeeengt und anhand von vier Fallkonstellationen für das Vorliegen einer Gefährdung der ordnungsgemäßen Verwaltung auch beschrieben. Mit Blick auf den GKV-Spitzenverband und den MDS sind aber die Eingriffsvoraussetzungen nach wie vor nicht ausreichend präzisiert. Die Vorschrift ist durch die gewählte Formulierung – „Die ordnungsgemäße Verwaltung ist insbesondere gefährdet, wenn ...“ – immer noch zu unbestimmt.

Ausgeschlossen werden muss, dass der Aufsicht beliebige Eingriffsmöglichkeiten zugestanden werden. Hierzu bedarf es einer abschließenden gesetzlichen Aufzählung der Eingriffsgründe. Zudem muss sichergestellt werden, dass die haftungsrechtliche Verantwortung für Entscheidungen des Entsandten auch bei diesem selbst liegt.

Verschärfung der Aufsichtsrechte bei der Ausgestaltung der Satzungen nicht erforderlich

Mit der Vorgabe von Mindestinhalten für die Satzungen der GKV-Spitzenorganisationen werden der Selbstverwaltung bislang eigenverantwortliche Gestaltungsspielräume genommen. Ein solcher Eingriff in die Satzungsautonomie des GKV-Spitzenverbands und des MDS ist nicht gerechtfertigt, zumal die Arbeit dieser beiden Spitzenorganisationen bisher auch nicht ansatzweise einen Anlass für eine solche Regelung gegeben hat.

Abzulehnen ist gleichermaßen die im Gesetzentwurf vorgesehene und jederzeit mögliche Korrektur einer bereits genehmigten Satzung sowie von Satzungsbeschlüssen des Verwaltungsrats durch die Aufsichtsbehörde, wenn diese aus ihrer Sicht rechtswidrig sein sollten. Ordnet das BMG entsprechende Änderungen an und kommt der GKV-Spitzenverband oder der MDS den Anforderungen innerhalb einer bestimmten Frist nicht nach, so kann nach dem Gesetzentwurf die Aufsicht die ihr erforderlich erscheinenden Änderungen selbst vornehmen.



Erschwerend kommt hinzu, dass Klagen gegen derartige aufsichtsrechtliche Entscheidungen keine aufschiebende Wirkung haben sollen. Damit droht eine nicht akzeptable Hängepartie für die Selbstverwaltung bis zur letztinstanzlichen Gerichtsentscheidung.

Eine Verschärfung der Aufsicht über die Satzungen der GKV-Spitzenorganisationen ist zudem völlig unnötig. Die Satzung bzw. Satzungsänderungen bedürfen bereits nach geltendem Recht der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde. Sofern nachträgliche Änderungen erforderlich sein sollten, hat die Aufsicht schon jetzt die Möglichkeit, ihre Anordnungen gerichtlich überprüfbar für sofort vollziehbar zu erklären, wenn der Sofortvollzug im öffentlichen Interesse ist.

Aufsichtsrechte bei Vorstandsverdienstverträgen nicht noch zusätzlich ausweiten

Die gegenüber dem vorherigen Referententwurf jetzt im Gesetzentwurf neu aufgenommene Regelung, nach der die Aufsicht vor Genehmigung eines Vorstandsdienstvertrags eine unabhängige rechtliche und wirtschaftliche Bewertung einfordern können soll, bedeutet eine weitere Beschneidung der Selbstverwaltungsrechte.

Bereits die bestehende gesetzliche Regelung der vorherigen Zustimmung der Aufsichtsbehörde bei Abschluss, Verlängerung und Veränderung von Vorstandsverdienstverträgen stellt einen sachlich nicht nachvollziehbaren Eingriff in die Selbstverwaltung des GKV-Spitzenverbands und des MDS dar. Die jetzt vorgesehene Ergänzung um eine gutachterliche Stellungnahme verstärkt diesen Eingriff nicht nur, sondern stellt die Handlungskompetenzen der Selbstverwaltung in derart zentralen Aufgabenbereichen zusätzlich in Frage.

Kontrollrechte der Selbstverwaltung in der gesamten Sozialversicherung verbessern

Die vorgesehene Stärkung der Rechte der Selbstverwaltungsmitglieder durch Einräumung eines Einsichtsrechts in sämtliche Geschäfts- und Verwaltungsunterlagen ist richtig. Diese Informationsrechte sind für die Mitglieder der Selbstverwaltung die Grundlage einer wirksamen Kontrolle der Arbeit des Vorstands. Ebenso richtig ist die geplante Regelung, dass der Verwaltungsrat vom Vorstand jederzeit einen Bericht über die Angelegenheiten der Körperschaft verlangen kann, auch wenn dies so längst im GKV-Spitzenverband und beim MDS praktiziert wird.

Allerdings sollte die geplante Stärkung der Selbstverwaltungsrechte auch für die einzelnen Krankenkassen und alle anderen Sozialversicherungsträger gleichermaßen gelten. Die Beschränkung auf den GKV-Spitzenverband und MDS ist sachlich nicht nachvollziehbar.

Verbesserung der Transparenz der Selbstverwaltungstätigkeiten zu begründen

Zu mehr Transparenz der Tätigkeit der Selbstverwaltungsmitglieder trägt die geplante Offenlegung der Berater Tätigkeiten der Verwaltungsratsmitglieder für die jeweilige Spitzenorganisation bei. Dies ist auch deshalb sinnvoll, da so von vornherein Interessenkonflikte vermieden werden können. Die praktische Relevanz ist derzeit jedoch gering, da solche Verträge äußerst selten sind.

Die vorgesehene Veröffentlichungspflicht über die Höhe der jährlichen Entschädigungszahlungen an die Verwaltungsratsmitglieder kann zu mehr Akzeptanz der sozialen Selbstverwaltung generell beitragen. Neiddebatten sind aufgrund der relativ niedrigen Sitzungsgelder und Zeitpauschalen nicht zu erwarten. Transparenz über die Entschädigungszahlungen ist zudem richtig, da es sich hier um die Verwendung von Mitgliedsbeiträgen handelt, die auf gesetzlicher Grundlage erhoben werden.

Auch hier gilt, dass die geplante Verbesserung der Transparenz begrenzt auf die GKV-



Spitzenorganisationen sachlich nicht nachvollziehbar ist. Die geplante Regelung sollte vielmehr für alle Sozialversicherungsträger gelten.

Ansprechpartner:

BDA | DIE ARBEITGEBER

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

Soziale Sicherung

T +49 30 2033-1600

soziale.sicherung@arbeitgeber.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0230(12)
gel. VB zur öAnhörung am 16.01.
2017_SVSG
10.01.2017



Stellungnahme

der Deutschen Krankenhausgesellschaft

zum

**Entschließungsantrag des Haushaltsausschusses zur
Erweiterung der Prüfrechte des
Bundesrechnungshofs**

anlässlich der Anhörung zum

Regierungsentwurf

eines

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

(GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz – GKV-SVSG)

vom 09.01.2017

Inhaltsverzeichnis

Allgemeiner Teil	3
Besonderer Teil	4
I. Entschließungsantrag des Haushaltsausschusses	4
II. Weiterer gesetzlicher Änderungsbedarf.....	5

Allgemeiner Teil

Am 10.11.2016 wurde vom Haushaltsausschuss unter TOP 15 seiner 87. Sitzung der Antrag der Arbeitsgruppen Haushalt der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und Bündnis 90/Die Grünen angenommen, die Bundesregierung aufzufordern, Prüfungsrechte für den Bundesrechnungshof gegenüber den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und deren Bundesvereinigungen sowie gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss und der Deutschen Krankenhausgesellschaft in das laufende Gesetzgebungsverfahren zum GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz – GKV-SVSG einzubringen.

Darüber hinaus hält die Deutsche Krankenhausgesellschaft vor dem Hintergrund der vorangegangenen Verfahren vor dem erweiterten Bundesschiedsamt zur Festsetzung des Rahmenvertrages zum Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V sowie der Vereinbarung über die Patientengruppen in den Hochschulambulanzen gemäß § 117 Absatz 1 Satz 3 und 4 SGB V eine Neuordnung der vom erweiterten Bundesschiedsamt zu entscheidenden Tatbestände sowie des Verfahrens im Sinne einer Stärkung der Selbstverwaltung für unbedingt erforderlich.

Das dem bisherigen Schiedsamtsverfahren zugrunde liegende Bänkeprinzip ist überholt und entspricht nicht mehr den realen Gegebenheiten. KBV und DKG sind zwar beide der Leistungserbringerseite zuzuordnen, vertreten aber zum großen Teil diametral entgegengesetzte Positionen. Dies führt zu nicht gewollten Verwerfungen bei der Konfliktlösung, die Teil der Selbstverwaltung ist.

Besonderer Teil

I. Entschließungsantrag des Haushaltsausschusses

Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß der Beschlussfassung des Haushaltsausschusses in seiner 87. Sitzung ist beabsichtigt, dem Bundesrechnungshof im Rahmen des GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes gesetzliche Prüfungsrechte auch gegenüber der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu verschaffen. Näher begründet wird dies nicht.

Stellungnahme

Im Gegensatz zu den in dem Entschließungsantrag genannten weiteren Institutionen, die einem Prüfrecht des Bundesrechnungshofes unterworfen werden sollen, wie beispielsweise der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, deren jeweiligen Bundesvereinigungen und dem Gemeinsamen Bundesausschuss, handelt es sich bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft nicht um eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft ist rein privatrechtlich als eingetragener Verein (e.V.) organisiert und unterliegt – ebenfalls im Gegensatz zu den weiteren genannten Stellen – nicht der Rechtsaufsicht.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft finanziert sich ausschließlich über die Beiträge ihrer Mitglieder, welche sich aus den 16 Landeskrankenhausgesellschaften und weiteren 12 Spitzenverbänden von Krankenhausträgern auf Bundesebene zusammensetzen. Die Erhebung der Mitgliedsbeiträge erfolgt nach § 4 Abs. 3 der Satzung der Deutschen Krankenhausgesellschaft jedoch ausschließlich gegenüber den Landesverbänden, den Landeskrankenhausgesellschaften. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft erhält zu ihrer Finanzierung somit keinerlei öffentliche Zuwendungen, deren ordnungsgemäße und wirtschaftliche Verwendung durch den Bundesrechnungshof geprüft werden müsste. Es besteht in finanzieller Hinsicht lediglich eine Rechenschaftspflicht gegenüber ihren Mitgliedern.

Daran anknüpfend ist zu berücksichtigen, dass die Deutsche Krankenhausgesellschaft auch gerade keinen öffentlich-rechtlichen Regelungen zur Buchführung und Bilanzierung unterliegt, sondern dies nach den geltenden Vorschriften des Handelsgesetzbuches vornimmt, was für einen e.V. bereits überobligatorisch ist.

Änderungsvorschlag

Insgesamt ergibt sich aus den voranstehenden Aspekten, dass die Schaffung einer gesetzlichen Prüfungsbefugnis zugunsten des Bundesrechnungshofes gegenüber der Deutschen Krankenhausgesellschaft schon sachlich nicht erforderlich ist. Sie wird daher von der Deutschen Krankenhausgesellschaft abgelehnt.

II. Weiterer gesetzlicher Änderungsbedarf

Neuordnung der zu entscheidenden Tatbestände sowie des Verfahrens vor dem erweiterten Bundesschiedsamt

Kommen auf der Bundesebene zu schließende dreiseitige Vereinbarungen zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ganz oder teilweise nicht zustande, wird der Inhalt der jeweiligen Vereinbarung auf Antrag einer Vertragspartei durch das Bundesschiedsamt nach § 89 Abs. 4 SGB V festgesetzt. Das Bundesschiedsamt nach § 89 Abs. 4 SGB V wird hierzu um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft in der gleichen Zahl erweitert, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorgesehen ist (erweitertes Bundesschiedsamt; vgl. § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V, § 115b Abs. 3 SGB V, § 116b Abs. 6 Satz 7 SGB V, § 117 Abs. 1 Satz 5 bis 7 SGB V, § 118 Abs. 2 Satz 3 bis 4 SGB V, § 118a Abs. 2 Satz 2 SGB V). Das erweiterte Bundesschiedsamt entscheidet dabei teilweise mit einfacher Mehrheit der Stimmen und nur teilweise mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen seiner Mitglieder.

Die gesetzlich vorgesehenen Stimmenverhältnisse im erweiterten Bundesschiedsamt haben zur Folge, dass die Deutsche Krankenhausgesellschaft in den dort geführten Verfahren fernab von jeglichen sachlichen Erwägungen oder rechtlichen Bedenken regelhaft überstimmt wird. Dies haben die vorangegangenen Verfahren vor dem erweiterten Bundesschiedsamt zur Festsetzung des Rahmenvertrages zum Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V sowie der Vereinbarung über die Patientengruppen in den Hochschulambulanzen gemäß § 117 Absatz 1 Satz 3 und 4 SGB V einmal mehr unter Beweis gestellt.

Darüber hinaus führt die gesetzliche Ausgestaltung des erweiterten Bundesschiedsamtes dazu, dass die Deutsche Krankenhausgesellschaft lediglich zum bestehenden Bundesschiedsamt nach § 89 Abs. 4 SGB V hinzugezogen wird und daher keinen Einfluss auf die Besetzung des Vorsitzenden und der unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter nehmen kann. Gleichwohl wurde aber durch das GKV-VSG in § 22a der Schiedsamtverordnung neu geregelt, dass bei einer Erweiterung des Bundesschiedsamtes um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft die beteiligten Körperschaften und die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Kosten nach § 12 Abs. 2 Schiedsamtverordnung und die Gebühren nach § 20 Schiedsamtverordnung jeweils entsprechend ihrem Stimmenanteil zu tragen haben. Danach muss die Deutsche Krankenhausgesellschaft also für die Kosten der Verfahren vor dem erweiterten Bundesschiedsamt entsprechend ihrem Stimmanteil aufkommen, ihr stehen aber keinerlei Einflussmöglichkeiten auf die Besetzung der neutralen Mitglieder zu.

Hinzu kommt, dass die Leistungserbringer in dreiseitigen Verfahren vor dem erweiterten Bundesschiedsamt mitnichten gemeinsam gegenüber den Krankenkassen auftreten. Im Gegenteil: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat bislang in nahezu allen Verfahren vor dem erweiterten Bundesschiedsamt gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband gestimmt. Dies war in den Verfahren zum Entlassmanagement und zu den Hochschulambulanzen ebenso der Fall. Dieser Umstand wird noch dadurch verschärft, dass die

Kassenärztliche Bundesvereinigung inzwischen in vielen Angelegenheiten als Vereinbarungspartner vorgesehen ist, die vorrangig nur die Krankenhäuser betreffen und sich allenfalls mittelbar auf den niedergelassenen Versorgungsbereich auswirken. So ist beispielsweise nicht nachvollziehbar, warum die Kassenärztliche Bundesvereinigung bei Themen wie dem Entlassmanagement als Vereinbarungspartner fungiert, da hiervon in erster Linie nur die Krankenhäuser und die Krankenkassen betroffen sind.

Diese Situation im erweiterten Bundesschiedsamt führt regelmäßig zur Festsetzung von dreiseitigen Vereinbarungen mit negativen Auswirkungen zu Lasten der Krankenhäuser. Eine Neuordnung der vom erweiterten Bundesschiedsamt zu entscheidenden Tatbestände sowie des Verfahrens ist daher unbedingt erforderlich. Mit der Verpflichtung zur anteiligen Kostenübernahme für Verfahren vor dem erweiterten Bundesschiedsamt muss auch die Gleichberechtigung der Deutschen Krankenhausgesellschaft bei der Auswahl des Vorsitzenden und der unparteiischen Mitglieder einhergehen. Die in § 22a Schiedsamtverordnung vorgesehene Zahlungsverpflichtung der Deutschen Krankenhausgesellschaft erfordert daher eine Folgeänderung im SGB V, aus der sich ergibt, dass die Deutsche Krankenhausgesellschaft auch institutionell in die Gründung des erweiterten Bundesschiedsamtes eingebunden wird. Dazu ist die Schaffung einer eigenständigen Regelung für das erweiterte Bundesschiedsamt im SGB V notwendig, von der das klassische Bundesschiedsamt in § 89 Abs. 4 SGB V nicht berührt werden würde. Dies könnte beispielsweise in einem neu einzuführenden § 89 Abs. 4a SGB V erfolgen. Flankierend dazu muss für sämtliche Entscheidungen des erweiterten Bundesschiedsamtes vorgesehen werden, dass diese mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder getroffen werden. Dadurch würde ein ausgewogenes Stimmenverhältnis geschaffen, das auch die Stimmen der neutralen einbezieht und nicht obsolet macht.

Änderungsvorschlag

Änderungen im SGB V

Einführung eines § 89 Abs. 4a:

„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft bilden ein gemeinsames Schiedsamt für die ambulante Versorgung (erweitertes Bundesschiedsamt). Das erweiterte Bundesschiedsamt besteht aus Vertretern der Ärzte, der Krankenhäuser und der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Abs. 2 Satz 3 und 4 gelten entsprechend. Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft einigen. Abs. 3 Satz 2 bis 8 gelten entsprechend. Das erweiterte Bundesschiedsamt beschließt mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der Stimmen der Mitglieder.“

Die Einführung eines neuen § 89 Abs. 4a SGB V würde zudem redaktionelle Folgeänderungen in § 115b Abs. 3 SGB V, § 116b Abs. 6 Satz 7 SGB V, § 117 Abs. 1 Satz 5 bis 7 SGB V, § 118 Abs. 2 Satz 3 bis 4 SGB V und § 118a Abs. 2 Satz 2 SGB V nach sich ziehen.

Änderung der Schiedsamtsverordnung

Einführung eines § 1 Abs. 3a:

„Das erweiterte Bundesschiedsamt besteht aus dem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern, vier Vertretern der Ärzte, vier Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft und vier Vertretern der Krankenkassen. Jeder Vertreter hat zwei Stellvertreter. Die stellvertretenden Mitglieder in dem erweiterten Bundesschiedsamt werden durch die Körperschaft oder den Verband bestellt, die den Vertreter entsenden. Die Vertreter der Krankenkassen werden von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestellt. Abs. 2 gilt entsprechend.“

Stellungnahme



Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0230(11)
gel. VB zur öAnhörung am 16.01.
2017
11.01.2017

Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung und weiteren Dokumenten

zur Anhörung des Bundestagsausschusses für Gesundheit am Montag, den 16. Januar 2017, von 14.00 bis 15.30 Uhr

zu folgenden Vorlagen:

11.01.2017

- **Gesetzentwurf der Bundesregierung**
Gesetz zur Verbesserung der Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie zur Stärkung der über sie geführten Aufsicht (GKV-SVSG), BT-Drucksache 18/10605
- **Unterrichtung durch die Bundesregierung**
Gesetzentwurf der Bundesregierung zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung der Spitzenorganisationen in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie zur Stärkung der über sie geführten Aufsicht (GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz), BT-Drucksache 18/10605
Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung BT-Drucksache 18/...
- **Antrag der Fraktion DIE LINKE**
Patientenvertretung in der Gesundheitsversorgung stärken, BT-Drucksache 18/10630
- **Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**
Mit Beitragsgeldern der gesetzlich Versicherten sorgsam umgehen - Mehr Transparenz und bessere Aufsicht über die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, BT-Drucksache 18/8394

Deutscher Gewerkschaftsbund
Bundesvorstand
Abteilung Sozialpolitik

Knut Lambertin
Referatsleiter Gesundheitspolitik/KV

knut.lambertin@dgb.de

Telefon: +49 30 - 24060-706
Telefax: +49 30 - 24060-226
Mobil: +49 160 - 90772957

Henriette-Herz-Platz 2
D - 10178 Berlin

www.dgb.de



Gegen die Versicherten: Selbstverwaltungsschwächungsgesetz (Zusammenfassung)

Der DGB teilt die Haltung der Bundesregierung, dass es sich bei der Selbstverwaltung um eines der Strukturprinzipien der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) handelt.

Dieses Strukturprinzip ist bezüglich der sozialen Selbstverwaltung jedoch seit Jahren unter Druck: Aus Sicht des DGB sind der politisch gewollte Wettbewerb zwischen den Krankenkassen und die dadurch verursachten Fusionen die wichtigsten Gründe. Der DGB fordert seit Jahren in Gesetzgebungsverfahren, die den Wettbewerb zwischen Kassen bis hin zum offenen Preiswettbewerb forcieren, eine notwendige Evaluation des Wettbewerbs durch die Politik. Doch es blieb bei Untätigkeit. Zum anderen werden seit einiger Zeit Patienten-Interessen ideologisch von den Interessen der gesetzlich Krankenversicherten abgetrennt, was wiederum die Versichertenseite der sozialen Selbstverwaltung in Misskredit bringt. Weder werden jedoch diese Herausforderungen für die soziale Selbstverwaltung genannt, noch Lösungen dafür angeboten.

Noch im vergangenen Jahr hat die Bundesregierung die Reform der sozialen Selbstverwaltung abgebrochen. Warum in diesem Jahr plötzlich Handlungsbedarf für Rechtsänderungen bestehen soll, wird nicht begründet. Die geplanten Änderungen sind in ihrer Gesamtheit mehr dazu geeignet, die zwar selbstverwalteten, aber höchst unterschiedlichen Institutionen mit unterschiedlichen Aufgaben, näher an das Bundesministerium zu binden, ja sogar in Richtung Unterbehörden zu entwickeln.

Tatsächlich enthält der Entwurf gar keine Begründung für die Reform der sozialen Selbstverwaltung im GKV-Spitzenverband und dem Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbandes. Vielmehr enthält er Regelungen, die die Schwächung der Sozialpartnerschaft in der GKV bedeuten. Daher lehnt der DGB den Entwurf ab. Stattdessen ist der DGB gerne weiterhin bereit, über eine wirkliche Stärkung der Sozialpartnerschaft in der GKV, d.h. der sozialen Selbstverwaltung, einen sozialen Dialog mit der Regierungskoalition zu beginnen.



Vorbemerkung

Von der sozialen Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenkassen und ihrer Verbände durch die Sozialpartner muss die Selbstverwaltung der Leistungserbringer, d.h. auch der Kassen(zahn)ärzte, unterschieden werden.

Die Sozialversicherungen als selbstverwaltete staatsferne soziale Sicherungssysteme haben einen deutlich anderen Charakter als selbstverwaltete Standesorganisationen zur kollektiven Abrechnung von Leistungen. Hier hat es durch die Untätigkeit der Politik zweifelhafte Entwicklungen gegeben. Da ist es richtig, dass die Politik endlich reagiert. Von der sozialen Selbstverwaltung ist auch die gemeinsame Selbstverwaltung von Leistungsträgern und Leistungserbringern zu unterscheiden.

Mit dem geplanten Gesetz will die Bundesregierung die Selbstverwaltung stärken, verharrt jedoch nur bei Institutionen auf der Bundesebene KBV, KZBV, Medizinischer Dienst des GKV-Spitzenverbandes und GKV-Spitzenverband. Angesichts der medial dargestellten Skandale auf der Ärzteseite sowie der Unterschiede zwischen Selbstverwaltung der Leistungserbringer und der sozialen Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenkassen durch die Sozialpartnerorganisationen, fehlt es zudem an einer schlüssigen Begründung für die Stoßrichtung des Gesetzentwurfs.

Der DGB fordert die Bundesregierung eindringlich auf, sowohl die gemeinsame Reform unterschiedlich selbstverwalteter Bereiche als auch das Verharren nur bei den Bundesverbänden zu erklären. Eine als Absicht formulierte Stärkung der sozialen Selbstverwaltung, die nur auf Bundesebene erfolgt, ist nicht nachvollziehbar und entbehrt mit dieser Entwurfsfassung jeglicher Grundlage.

Auch ist die Begründung des Entwurfs für eine inhaltliche Diskussion unzureichend. Weder wird ausgeführt, welche Gründe in der Praxis der sozialen Selbstverwaltung dafür verantwortlich sind, dass die bisherigen Regelungen nicht mehr ausreichend sein sollen. Noch wird erläutert, warum das gestufte Anhörungs- und Beanstandungsverfahren gem. §§ 88f. SGB IV zielgerichtetes und schnelles Eingreifen der Aufsicht aktuell verhindert oder verhindert haben soll.



Im Allgemeinen

Der vorliegende Entwurf verstärkt die Staatsnähe der unterschiedlichen Spitzenorganisationen im SGB V. Zudem wird die Rolle der profitorientierten Wirtschaftsprüfungsgesellschaften gestärkt und damit der GKV entweder Finanzmittel zur gesundheitlichen Versorgung entzogen oder die einseitige Belastung der abhängig Beschäftigten weiterhin verschärft. Er greift tief ein in autonomes Recht der Selbstverwaltung und entwertet sie.

Stattdessen fordert der DGB, dass die staatlichen Kapazitäten, die zur fachlichen Aufsicht der Organisationen verwandt werden sollen, in eine zügige rechtliche Aufsicht gelenkt werden. Der Auftrag des Bundesversicherungsamtes könnte um Finanzprüfungen erweitert werden.

Das Recht für die soziale Selbstverwaltung muss möglichst einheitlich geregelt sein, vor allem innerhalb eines Sozialversicherungszweiges.

Änderungen, die die soziale Selbstverwaltung der Sozialversicherungen – sowohl im eignen Zweig der GKV zwischen GKV-Spitzenverband und Mitgliedskassen als auch gegenüber den anderen Sozialversicherungszweigen – voneinander entfernen, lehnt der DGB ab. Zu den Regelungen, die die berufsständische Selbstverwaltung der Ärztinnen und Ärzte betrifft, äußert sich der DGB ausdrücklich nicht.

Insgesamt verdeutlicht der vorliegende Entwurf ein starkes Misstrauen gegenüber der sozialen Selbstverwaltung. Er enthält weitgehende Eingriffe in die Rechte der sozialen Selbstverwaltung, die nur als Schwächung der Selbstverwaltungsautonomie verstanden werden können.

Wenn jedoch die Medienberichte in der Vergangenheit zutreffend waren, sind die Ereignisse in der berufsständischen Selbstverwaltung der Ärztinnen und Ärzte maßgebliche Motivation für den vorliegenden Entwurf. Sowohl die Länge der Begründung zu den Regelungen als auch der ständige Verweis in der Begründung des Entwurfs für den GKV-Spitzenverband auf die Begründung der Regelungen für die KBV und die KZBV weisen in diese Richtung. Die Begründung für eine Aufspaltung des Rechts zwischen der sozialen Selbstverwaltung des GKV-Spitzenverbandes und seiner Mitgliedskassen bleibt vor diesem Hintergrund jedoch aus. Weitgehend werden Regelungen für KBV und KZBV direkt auf den GKV-Spitzenverband übertragen, ohne zu begründen, warum die soziale Selbstverwaltung der Arbeitnehmer und Arbeitgeber ebenso mit Autonomieverlust gestraft werden sollen.



Dies betrifft insbesondere die Vorgaben für das Verhandlungshandeln: Bericht Innenrevision, Regeln für Haushaltsführung und Prüfung, Bestellung eines Entsandten und Zwangsgeld bei Vollstreckung der Aufsichtsverfügung.

Die angedrohten Zwangsgelder zugunsten des Gesundheitsfonds werden angesichts der eingefrorenen Arbeitgeberbeiträge und der Arbeitnehmer-Zusatzbeiträge zur einseitigen Belastung der Versicherten.

Die Stellungnahme des Bundesrates enthält bedauerlicherweise keine Anregungen zur sozialen Selbstverwaltung.



Zum Gesetzentwurf im Einzelnen

Zu Nr. 11 (§ 217b SGB V) bis Nr. 16 (§ 274 SGB V):

Der Entwurf will die Rechte der sozialen Selbstverwaltung des GKV-Spitzenverbandes in den Organen der GKV-Spitzenverband stärken.

Für den DGB bleiben dabei Fragen offen, u.a. anderem der Orientierungsrahmen für die Regelungen Verwaltungsrates, die im bisherigen Gesetzgebungsverfahren bereits hätten beantwortet werden können.

In Nr. 11 b wird eine Reihe von neuen Vorschriften für den Verwaltungsrat beschrieben. Der DGB lehnt diese Regelungen, die die Satzungskompetenz der sozialen Selbstverwaltung beschränken ab und macht auf folgende Probleme aufmerksam, die parallel zu dem Gesetzgebungsverfahren zu lösen sind:

In Absatz 1b neu wird das Haftungsrecht mit einzelnen Verwaltungsratsmitgliedern verknüpft, indem das Abstimmungsverhalten individuell nachvollziehbar wird. Nach Ansicht des DGB muss auch der Haftungsschutz für die einzelnen Verwaltungsratsmitglieder entsprechend angepasst werden. Für Vorstände der gesetzlichen Krankenkassen werden Organ- oder Manager-Haftpflichtversicherungen abgeschlossen. Ein entsprechender Schutz müsste dann auch für die Mitglieder der sozialen Selbstverwaltung im GKV-Spitzenverband vorgesehen werden. Die Kosten werden allerdings die Verwaltungskosten der Krankenkassen und damit die Arbeitnehmer-Zusatzbeiträge weiter in die Höhe treiben.

In Absatz 1d neu wird geregelt, dass die Entschädigungen der einzelnen Verwaltungsratsmitglieder jährlich im Bundesanzeiger veröffentlicht werden müssen. Da es sich dabei um ehren- oder nebenamtliche Tätigkeit neben einem Erwerbseinkommen handelt, fordert der DGB eine entsprechende Regelung wie in den Verhaltensregeln für Mitglieder des Deutschen Bundestages bezüglich der anzeigepflichtigen Einkünfte.

In Absatz 1e neu wird die Abwahl des Verwaltungsratsvorsitzenden und seines Stellvertreters geregelt. Übersehen wird hierbei, dass es sich bei dem Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes nicht um ein parlamentarisches Gremium, sondern um de facto Delegierte der Kassensysteme handelt. In Kenntnis der Wirklichkeit fordert der DGB daher, eine qualifizierte Mehrheit vorzusehen, die eine Benachteiligung eines Kassensystems verhindert.

Der DGB schlägt konkret eine Mehrheit von 70 Prozent vor, wie in der Satzung des GKV-Spitzenverbandes bei wichtigen Abstimmungen geregelt ist.



Nr. 11 c sieht vor, dass das Bundesgesundheitsministerium vom GKV-Spitzenverband eine unabhängige rechtliche und wirtschaftliche Bewertung der Vorstandsverträge verlangen kann. Der DGB kritisiert auch hier die Unsitte, dass das Fachministerium seine hoheitlichen Aufgaben von anderen, in dem Falle wieder die Beitragszahler, finanzieren lässt. Die unabhängige rechtliche und wirtschaftliche Prüfung sollte im Ministerium stattfinden. Dann wird die staatliche Aufsicht gestärkt und nicht entsprechende Beratungsunternehmen mit Hilfe von Beitragsgeldern.

Der DGB fordert, mit der Prüfung das Bundesversicherungsamt als Aufsicht über die Sozialversicherungen zu beauftragen.

In Nr. 11 d soll die Kontrolle mittels der internen Revision verengt werden, der Begründungsverweis geht jedoch ins Leere. Für eine tatsächliche Stärkung des Verwaltungsrates, die vorgegeben wird, wäre eine ständige Berichterstattung an den Verwaltungsrat aufzunehmen.

Formulierungsvorschlag:

„(2a) Der Vorstand des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen hat geeignete Maßnahmen zur Herstellung und Sicherung einer ordnungsgemäßen Verwaltungsorganisation, die insbesondere die Einrichtung interner Kontrollverfahren mit einem internen Kontrollsystem und einer unabhängigen Internen Revision vorsieht, zu ergreifen. Die Interne Revision berichtet dabei regelmäßig dem Vorstand und dem Verwaltungsrat sowie bei festgestellten Verstößen gegen gesetzliche Regelungen oder andere wesentliche Vorschriften anschließend auch der Aufsichtsbehörde.“

Zu Nr. 12 (§ 217d SGB V):

In Absatz 3 neu werden Zwangsgelder bis zu 10 Mio. Euro geregelt. Die angedrohten Zwangsgelder zugunsten des Gesundheitsfonds werden angesichts der eingefrorenen Arbeitgeberbeiträge und der Arbeitnehmer-Zusatzbeiträge zur einseitigen Belastung der Versicherten. Der DGB fordert, diese Regelung zu streichen.

Absatz 4 neu sieht vor, regelmäßige und außerordentliche Prüfungen des GKV-Spitzenverbandes durch privatrechtliche Unternehmungen vor, deren Auswahl das Bundesgesundheitsministerium zustimmen muss. Der DGB fordert auch hier, stattdessen entsprechende Prüfungen durch das Bundesversicherungsamt vorzusehen.



Zu Nr. 13 (§ 217e SGB V):

Hier werden die Vorschriften für die Satzung ausgeweitet.
Der DGB hält diese Regelungen für entbehrlich.

Zu Nr. 14 (§ 217f SGB V):

Hier werden Aufsichtsmittel für den Fall wiedergesetzlichen Verhaltens beim GKV-Spitzenverband geregelt. Gemeinwissen ist, dass die Motivation für diese Gesetzesänderungen nicht im Bereich der sozialen Selbstverwaltung liegt.

Daher lehnt der DGB diese Regelungen ab.

Zu Nr. 15 (§ 219 SGB V):

Mit dieser Regelung sollen Einrichtungen und Arbeitsgemeinschaften des GKV-Spitzenverbands stärker überprüft werden – einerseits von der sozialen Selbstverwaltung, andererseits der Aufsichtsbehörde.

Der DGB lehnt die vorliegende Regelung ab und fordert folgende Formulierung in Abs. 3 neu:

... „Der Bericht über das abgelaufene Geschäftsjahr ist dem Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen ~~und der Aufsichtsbehörde~~ spätestens am 1. Oktober des folgenden Jahres vorzulegen. Dieser Bericht ist der Aufsichtsbehörde auf Verlangen zur Prüfung auf Rechtmäßigkeit vorzulegen.“

Zu Nr. 16 (§ 274 SGB V):

Mit diesen Regelungen sollen Prüfungen im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherungen staatlichen Einrichtungen entzogen und Privatunternehmen übertragen werden. Begründet wird dies mit den gestiegenen Anforderungen im Compliance-Bereich und „einer Stärkung und Professionalisierung der Prüfungen“.

Bei Compliance handelt es sich in der betriebswirtschaftlichen Fachsprache um einen Begriff für die Einhaltung von Gesetzen und Richtlinien. Hinsichtlich der sog. Compliance außerhalb der sozialen Selbstverwaltung ist aufgrund der medial bekannten Vorkommnisse eine Stärkung und Professionalisierung der Prüfungen der Aufsichtsbehörde sicherlich nachvollziehbar. Doch ist aus Sicht des DGB fraglich, warum nicht auch die direkte Staatsverwaltung im Sinne von Stärkung und Professionalisierung verbessert werden kann?



Der DGB fordert die Streichung dieser und mit ihr in Zusammenhang stehender Regelungen.

Zu Nr. 17 (§ 282 SGB V):

Mit dieser Regelung werden fördernde Mitglieder des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes neu eingeführt. Diese sollen neben Arbeitgebern und Versicherten auch Mitglieder der Mitgliederversammlung des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes werden. Die Begründung dafür bleibt aus.

Der DGB lehnt diese Regelungen als unbegründet ab. Sie wird die soziale Selbstverwaltung im Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbandes schwächen.



Zum Antrag der Fraktion DIE LINKE im Einzelnen

Die GKV kennt drei unterschiedliche selbstverwaltete Systeme:

- die selbstverwalteten Standesorganisationen, u.a. der Ärzte, zur kollektiven Abrechnung von Leistungen,
- die soziale Selbstverwaltung der Krankenkassen als Ausdruck der Sozialpartnerschaft zwischen Arbeitgeberverbänden und Gewerkschaften in den Sozialversicherungen und abgeleitet davon ihrer Medizinischen Dienste sowie
- die gemeinsame Selbstverwaltung von Leistungserbringern und Leistungsträgern, um Gesetzgeber und direkte Staatsverwaltung von konflikträchtigen Leistungsentscheidungen und Kosten zu entlasten.

Die soziale Selbstverwaltung innerhalb der Krankenkassen und ihrer Verbände steht jedoch seit Jahren unter Druck: Aus Sicht des DGB sind der politisch gewollte Wettbewerb zwischen den Krankenkassen und die dadurch verursachten Fusionen die wichtigsten Gründe. Der DGB fordert seit Jahren in Gesetzgebungsverfahren, die den Wettbewerb zwischen Kassen bis hin zum offenen Preiswettbewerb forcieren, eine notwendige Evaluation des Wettbewerbs. Doch es blieb bei Untätigkeit. Zum anderen werden seit einiger Zeit Patienten-Interessen ideologisch von den Interessen der gesetzlich Krankenversicherten abgetrennt, was wiederum die Versicherten-seite der sozialen Selbstverwaltung in Misskredit bringt.

Doch die Gegenüberstellung der Interessen von Leistungsbeziehern und Beitragszahlern führt in die Irre. Denn erstens wissen die Versicherten insgesamt hochwertigen Versicherungsschutz zu schätzen. Versicherungsschutz ist die Leistung der GKV. Zweitens zahlen Versicherte als Beitragszahler auch die Leistungen für andere (Angehörige, Freunde, Gesellschaft), im Sinne ihrer Mitgliedschaft in einer Solidargemeinschaft. Ob Vertreter der Patientenvertretungsorganisationen nicht einem Rollenkonflikt von Beitragszahlern und Leistungsbeziehern unterstehen, ist ebenso fraglich, wie die Unabhängigkeit von anderen Interessen. Dabei sollten nicht alle Patientenvertretungsorganisationen über einen Kamm geschoren werden, da unter ihnen Betroffenenorganisationen und Beraterorganisationen mit und ohne Leistungserbringer-Interessen zu finden sind.

Der DGB hält einen Ersatz oder Verdrängung der sozialen Selbstverwaltung durch Patientenvertretungsorganisationen für nicht sachgerecht, da damit die Arbeitnehmer-Seite der Sozialpartnerschaft in der GKV einseitig geschwächt wird.



Der DGB empfiehlt, die Patientenvertretungsorganisationen mit ihren partiellen Kompetenzen in den Verbänden der Leistungserbringer zu stärken, um die Qualität der erbrachten Leistungen zu verbessern helfen.

Innerhalb der Krankenkassen muss zwischen der ehrenamtlich tätigen sozialen Selbstverwaltung durch den Verwaltungsrat und der Kassenverwaltung gelenkt durch den hauptamtlich tätigen Vorstand unterschieden werden.

Zu Recht verweist der Antrag auf Beispiele schlechten Verwaltungshandelns oder schlechter Umsetzung von bestehenden Gesetzen hin. Dies ist regelmäßiges Thema in den Verwaltungsräten der Krankenkassen und ihrer Verbände. Beispielsweise war das Verwaltungshandeln bei der Berechnung von Krankengeld vor einiger Zeit verbesserungsbedürftig. Dies wurde innerhalb der sozialen Selbstverwaltung zum Besseren geregelt. Leider ist diese Tätigkeit nicht sehr öffentlichkeitswirksam, wie die Beseitigung von problematischem Verwaltungshandeln insgesamt nicht sehr öffentlichkeitswirksam ist.

Der DGB empfiehlt, die Rechte der Versicherten auf Aufklärung, Beratung und Auskunft sowie Hilfestellung bei den gesetzlichen Krankenkassen zu stärken. Sollte das Verwaltungshandeln der Krankenkassen insgesamt als problematisch empfunden werden, müsste die Stellung der sozialen Selbstverwaltung der Krankenkasse gegenüber der Kassenverwaltung gestärkt werden. Beispielsweise könnte eine Stärkung der Kompetenzen von Widerspruchsausschüssen erfolgen.

Der Antrag beschreibt zurecht einige politisch bedingte Schwächungen des Gesundheitssystems. Dies betrifft aber ebenfalls die soziale Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenkassen.

Diese politisch bedingten Schwächungen kurzfristig durch mehr Macht für Patientenvertretungsorganisationen zu beseitigen, kann keine Lösung sein. Besser wäre es, an den Ursachen anzusetzen und die soziale Selbstverwaltung zu stärken. Für den DGB müssen die Ergebnisse der bisherigen Politik, insbesondere die zunehmende Wettbewerbsorientierung, evaluiert werden. Zusätzlich zur Marktsteuerung müssen individuelle Verfügungsrechte analysiert werden, ob sie das kollektive System der GKV unterhöheln, wie Friedhelm Hengsbach andeutet.



Zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN im Einzelnen

Der Analyse der Motive für den vorliegenden Antrag, die auch dem Gesetzentwurf der Bundesregierung wohl zu Recht unterstellt werden können, will der DGB nicht widersprechen.

Die Anforderungen an einen Gesetzentwurf mit Regelungen für die selbstverwalteten Standesorganisationen der Ärzte zur kollektiven Abrechnung von Leistungen will der DGB nicht kommentieren.

Der DGB stellt aber auch hier fest, Selbstverwaltung ist nicht gleich soziale Selbstverwaltung der Sozialpartner von Arbeitgeberverbänden und Gewerkschaften in den Sozialversicherungen.

Das Verlangen nach Unabhängigkeit von Interessen im Gesundheitswesen kann der DGB nachvollziehen und unterstützt die Forderung nach Transparenz. Der DGB fordert darüber hinaus, dass alle entscheidenden Organe des Gesundheitswesens individuell ihre möglichen Interessenkonflikte durch ehren-, neben- und hauptamtlichen Tätigkeiten offenlegen, parallel zu den Verhaltensregeln für Mitglieder des Deutschen Bundestages bezüglich der anzeigepflichtigen Einkünfte. Leider sind Interessenkonflikte, die erst in der Zukunft transparent werden können, so nicht zu erfassen.

Der DGB ist gegenüber dem Amt der Ombudsperson skeptisch und spricht sich für eine Stärkung der Aufsichten der Landesversicherungsämter und des Bundesversicherungsamtes aus, die gegebenenfalls von den Parlamenten kontrolliert werden können.



DGB-Forderungen: weitere Maßnahmen zur Stärkung der sozialen Selbstverwaltung

Die ehrenamtlich tätigen Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter werden in der Regel durch das Selbstverwaltungsbüro administrativ gut unterstützt. Jedoch wird die Selbstverwaltungsarbeit immer komplexer und ist mit großen politischen Herausforderungen und Konsequenzen verbunden. Die Tätigkeit in der Selbstverwaltung soll ehrenamtlich bleiben, aber gerade deshalb muss die Selbstverwaltung im GKV-Spitzenverband unabhängiger von der Informationspolitik und den Einschätzungen der Verwaltung gemacht werden (z. B. auch durch externe Beratung). Für angemessene personelle und finanzielle Ressourcen der Verwaltungsräte sind auch gesetzliche Klarstellungen notwendig.

Die Rahmenbedingungen für die ehrenamtliche Selbstverwaltungsarbeit müssen u.a. dadurch verbessert werden, dass Freistellungsregelungen für die soziale Selbstverwaltung geschaffen werden, die mit denen von Mandatsträgerinnen und Mandatsträgern in Kommunen vergleichbar sind. Die Arbeitgeber der freizustellenden Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter sollen die dadurch entstehenden Kosten umfassend erstattet bekommen. Klarere Regelungen in diesem Bereich würden auch dazu beitragen, die tatsächlichen Möglichkeiten zur Beteiligung – z. B. für Beschäftigte aus Kleinbetrieben – und damit auch die Repräsentativität der Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter zu erhöhen.

Klarstellung von Freistellungsregelungen für die Ausübung des Ehrenamts (§40 Abs. 2 SGB IV): Freistellungsansprüche müssen auch für Qualifizierungsveranstaltungen von mind. fünf Arbeitstagen pro Kalenderjahr gelten. Anzuerkennen sind auch Qualifizierungsveranstaltungen, die von Listenträgern angeboten werden. Die Kosten- bzw. Verdiensterstattung (§ 41 SGB IV) muss auch für Qualifizierungsveranstaltungen gelten.

Regelungsbedarf besteht zudem für die je nach Finanzamt unterschiedliche steuerliche Behandlung von Aufwandsentschädigungen für die Tätigkeit in der sozialen Selbstverwaltung.