

Stellungnahme

zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein "Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG)"

Die Stellungnahme erfolgt im Namen des Zentralverbands des Deutschen Handwerks (ZDH) und der Verbände der Gesundheitshandwerke (ZVA, BIHA, BIV OT, ZVOS und VZDI)

Berlin, 7. November 2014
Abteilung Soziale Sicherung

Stellungnahme des ZDH zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)

Zusammenfassung:

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat Mitte Oktober 2014 den Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz - GKV-VSG) vorgelegt. Der Gesetzentwurf entspricht allgemein den Vorgaben des Koalitionsvertrags.

Die Demographiefestigkeit des Gesundheitssystems und insbesondere die Bewältigung von drohender medizinischer Unterversorgung sind Aufgaben, der sich alle an der Versorgung beteiligten Akteure stellen müssen. Deswegen ist die geplante Schaffung eines Innovationsfonds zur Förderung innovativer sektorenübergreifender Versorgungsformen und Versorgungsforschung zu begrüßen. Ebenfalls positiv ist, dass die Eigenverantwortung des Patienten gestärkt sowie das Entlassmanagement im Anschluss an einen stationären Aufenthalt neu geregelt werden sollen.

Die beabsichtigte Vereinfachung für Abschlüsse von Selektivverträgen darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass auch die Stärkung kollektivvertraglicher Strukturen angezeigt ist. In Bezug auf das Wettbewerbsrecht bedarf es hier weiterhin einer gesetzlichen Klarstellung. Ferner können Verträge zur integrierten/besonderen Versorgung für eine sachgerechte Versorgung sinnvoll sein. Es muss jedoch deutlich werden, dass es sich hierbei um eine Ausnahmegesetzgebung handelt. Bei der Umsetzung dürfen die bestehenden normativen Vorgaben des Sozialgesetzes im Bereich der Hilfsmittelversorgung nicht

unterlaufen werden. Die präventive Aufsicht bzgl. der Selektivverträge muss beibehalten werden.

Bewertung im Einzelnen:

Artikel 1, Punkt 6. Änderungen zum § 39 SGB V:
Das Entlassmanagement und die Entlassversorgung im Anschluss eines stationären Aufenthaltes werden unter dem Aspekt einer sektorenübergreifenden Versorgung neu geregelt.

Die Weiterentwicklung des Entlassmanagements aus dem Krankenhaus ist zu begrüßen. Externe Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 SGB V können hiernach Aufgaben des Entlassmanagements übernehmen. Soweit dies für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist, können die Krankenhäuser die in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V genannten Leistungen direkt verordnen.

Es ist anzumerken, dass sich ein funktionierendes Entlassmanagement nicht mit Ausschreibungen - v.a. im Hilfsmittelbereich – verträgt. Dies schränkt die zu Recht gewollte Freiheit der Versorgung im Anschluss eines stationären Aufenthalts ein bzw. verhindert diese sogar. Bei dem Entlassmanagement nach dem Krankenhausaufenthalt müssen die Patienten in der Regel mit mehreren Hilfsmitteln versorgt werden. Ein Entlassmanagement, das unterschiedlich je nach Krankenkasse Ausschreibungsgewinner für einzelne Hilfsmittelversorgungen berücksichtigen müsste, wäre für die Krankenhäuser vom Aufwand her nicht zu handhaben.

Es sollte insgesamt aus Gründen der Versorgungsqualität von Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich - unter Beachtung der Vorgaben durch den Gesetzgeber (§ 127 Absatz 1 SGB V) sowie den dazugehörigen Empfehlungen des GKV-Spitzenverbands und der Spitzenorganisationen und sonstigen Organisationen der Leistungserbringer - abgesehen werden.

Im § 39 SGB V soll zudem geregelt werden, dass es Aufgabe der Krankenkassen sein wird, gemeinsam mit dem Krankenhaus rechtzeitig vor der Entlassung eines Patienten die für die Entlassung notwendige Versorgung zu organisieren. Hierzu gehören insbesondere Hilfs- und Reha-mittel. Daher muss auch die Zusammenarbeit der hierbei angezeigten Leistungserbringer bei der Entlassversorgung mit den Krankenhäusern und Krankenkassen geregelt werden. Dies kann ergänzend zu dem vorgesehenen Rahmenvertrag zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft erfolgen.

Zu Artikel 1, Punkt 13. Änderungen zum § 71 SGB V: Die Krankenkassen sollen mehr Möglichkeiten zum Abschluss von Selektivverträgen erhalten. Gleichzeitig soll die dazugehörige Administration vereinfacht werden.

Die Änderungen zum § 71 SGB V beziehen sich insbesondere auf Verwaltungsvereinfachungen im Bereich der Selektivverträge. Neben diesen Regelungen bedarf es auch im Gebiet der Kollektivverträge einer Klarstellung:

Die Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln wird im Wesentlichen durch den Abschluss von kollektivvertraglichen Rahmenvereinbarungen gemäß § 127 Abs. 2 SGB V zwischen den Krankenkassen(verbänden) und den Leistungserbringerverbänden sichergestellt. Diese sollen und dürfen nicht ausgehebelt werden.

Die kleinen und mittleren Betriebe der Gesundheitshandwerke sind in der Vertragsgestaltung mit den gesetzlichen Krankenkassen auf die personelle und sachgerechte Unterstützung ihrer Leistungserbringerverbände angewiesen. Andernfalls sind sie nicht in der Lage, mit den Krankenkassen „auf Augenhöhe“ zu verhandeln. Die hierbei geltenden entsprechenden kartellrechtlichen Normen betreffen jedoch nicht die GKV.

Der Abschluss von Selektivverträgen zwischen einzelnen Krankenkassen oder einem Krankenkassenverband und einzelnen Leistungserbringern droht die Versorgungsvielfalt und damit die Wahlfreiheit der Patienten zu zerstören wie auch die zeit- und wohnortnahe Versorgungssicherheit zu gefährden.

Wir sprechen uns daher deutlich dafür aus, die präventive Vertragsprüfung durch die Aufsichtsbehörden im Rahmen der Verträge nach § 73b und 140a SGB V beizubehalten. Der vorgelegte Referentenentwurf geht in der Begründung zu den geplanten Änderungen in § 71 SGB V selbst ausführlich darauf ein, dass die Selektivverträge nach § 140a und § 73 c SGB V im hohen Maße wettbewerbsrelevant sind und wegen der erheblichen Gestaltungsbefugnisse der Krankenkassen auch ein hohes Missbrauchspotential in sich tragen. Hier als gesetzgeberische Maßnahme allein die Befugnisse der Aufsichtsbehörden reaktiv (!) für den Fall auszuweiten, dass schon geschlossene und damit gelebte Verträge „das Recht erheblich verletzen“ (vgl. § 71 Abs. 6 SGB V neu), ist nicht hinnehmbar. Anders als die Leistungserbringer unterfallen die Krankenkassen derzeit nur in eingeschränktem Umfang den Vorgaben des Wettbewerbs- und Kartellrechts. Zum Schutz der oftmals kleinen und mittelständischen Leistungserbringer sind daher als Pendant zur Gestaltungs- und Marktmacht der Krankenkassen zum einen ein verlässlicher gesetzli-

cher Rahmen und zum anderen die präventive Aufsicht der Aufsichtsbehörden unerlässlich.

Zu Artikel 1, Punkt 29. Ergänzung von § 92a und §92b SGB V: Es soll ein Innovationsfonds zur Förderung innovativer sektorenübergreifender Versorgungsformen und Versorgungsforschung mit einem jährlichen Volumen von 300 Mio. € aufgelegt werden. Die Förderkriterien werden durch einen beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) einzurichtenden Innovationsausschuss bestimmt.

Die Gesundheitshandwerke kritisieren seit Jahren, dass sie weder ein Mitbestimmungs- noch ein ordentliches Anhörungsrecht im G-BA haben. Selbst die Patientenvertretung hat mehr Rechte im G-BA als die Leistungserbringer. Dies führt zu einem fachlich und sachlich nicht zu begründenden Ungleichgewicht. Das setzt sich konsequent falsch bei der geplanten Besetzung des Innovationsausschusses fort.

Obwohl die Einrichtung des Innovationsfonds Gelder aus dem System der gesetzlichen Krankenkasse bindet und abzieht, ist dieses Instrument zu befürworten. Es eröffnen sich hierbei Möglichkeiten, multiprofessionelle Versorgungsformen zu erproben, in denen auch die Gesundheitshandwerke ihre Kompetenzen einbringen können. Eine mittelstandsfreundliche Ausgestaltung des Verfahrens, unter aktiver Beteiligung der Gesundheitshandwerke, muss aber gewährleistet sein.

Zu Artikel 1, Punkt 57. Änderungen zum §140a SGB V: Die Beziehungen zu den Leistungserbringern im Rahmen der geplanten besonderen Versorgung, die die integrierte Versorgung umfasst, sollen neu gefasst werden.

Die bereits bestehenden normativen Vorgaben des Sozialgesetzes für den Bereich der Hilfsmittelversorgung - hier sind insbesondere die §§

126, 127 und 128 SGB V zu nennen – drohen durch die geplanten Änderungen in § 140a SGB V durch die gesetzlichen Krankenkassen unterlaufen zu werden.

So können gemäß § 140a Absatz 1 Satz 2 selektive Vereinbarungen für „besondere ambulante Versorgungsaufträge“ abgeschlossen werden, ohne dass diese im Gesetzesentwurf konkret für die Leistungserbringer vorhersehbar und für die Aufsichtsbehörden nachprüfbar beschrieben sind. Damit besteht die Gefahr, dass die Vorgaben der §§ 126, 127 und 128 SGB V vollständig von den Vertragspartnern - auch zu Lasten der Versorgungsqualität - negiert werden. Nicht zuletzt schützen die Vorgaben der §§ 126, 127, 128 SGB V neben den Versicherten auch die zumeist kleinen und mittleren Leistungserbringer. Daher muss herausgestellt werden, dass es sich bei den Regelungen des § 140a SGB V um Ausnahmeversorgungsformen handelt, die gerade nicht die bestehenden Vorgaben der § 126, 127 und 128 SGB V umgehen dürfen, und die innovative Versorgungsstrukturen und -leistungen für das gesamte Versorgungssystem erwarten lassen.

Gerade die kleinen und mittelständischen Betriebe benötigen einen gesetzlichen Rahmen, der das Handeln der Krankenkassen als vornehmliche Kostenträger vorhersehbar und planbar macht, so dass notwendige Investitionen in die Personal- und Infrastruktur der Betriebe tatsächlich erfolgen können.

Völlig inakzeptabel erscheint daher auch die Vorgabe in § 140a Absatz 3 letzter Satz, dass die Versorgung auch von Leistungserbringern durchgeführt werden dürfen, die bisher dafür z.B. berufsrechtlich gar nicht legitimiert sind. So erscheint es geradezu grotesk, dass Leistungen erbracht werden dürfen, die vom jeweiligen Zulassungs-, Ermächtigungs- oder Berechtigungstatus nicht gedeckt sind.

Über die Regelung des § 140a Absatz 2 Satz 2 könnten die Krankenkassen zukünftig Hilfsmittel selektivvertraglich vereinbaren, die bisher aus gutem Grund nicht Gegenstand der Regelversorgung nach § 33 SGB V sind. Das gesetzgeberische Konzept des SGB V gesteht den Versicherten derzeit dann, wenn das Maß des Notwendigen und des Wirtschaftlichen in der Hilfsmittelversorgung überschritten ist, ein gewisses Maß an Eigenverantwortung zu. Der Leistungskanon des SGB V soll nun – nach der Regelung in § 140a Abs. 2 Satz 2 des Referentenentwurfes - im Bereich der Hilfsmittel (durch Bezugnahme auf § 11 Abs. 6 SGB V) selektivvertraglich erweitert werden können, ohne dass die entsprechenden Leistungen Satzungsleistungen der betreffenden Krankenkassen sein müssen. Den Krankenkassen wird es – gerade zu Lasten der kleinen und mittelständischen Betriebe – darüber möglich sein, mit nicht zur Regelversorgung gehörenden Leistungen in den unmittelbaren Wettbewerb der Leistungserbringer einzugreifen und diesen zu behindern, um sich mit entsprechenden Zusatzleistungen zu präsentieren. Ein solches Konzept gefährdet die wohnortnahe Versorgung der Versicherten, weil es – ohne erkennbaren Vorteil – zu einer massiven Verdrängung kleiner und mittlerer Handwerksbetriebe als Hilfsmittelversorger führen wird. Diese können mangels betriebswirtschaftlicher Realisierbarkeit den Krankenkassen keine Hilfsmittelzusatzeleistungen anbieten, ohne dass diese gesondert vergütet werden.

Die nahezu unbegrenzte Öffnung der vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen im Bereich der besonderen Versorgung lehnen wir im Ergebnis wegen der Gefahr der Ausnutzung tatsächlicher Marktmacht der Krankenkassen und der nur eingeschränkten Geltung des Wettbewerbs- und Kartellrechts für die Krankenkassen ab.

Die geforderte Kontrolle der Wirtschaftlichkeit solcher Vorhaben nach 4 Jahren, macht keinen Sinn, da ein solcher Nachweis vor der Umsetzung erbracht werden sollte. Wie schon oben zu den Änderungen in § 71 SGB V erwähnt, ist die geplante aufsichtsrechtliche Kontrollrücknahme ebenfalls nicht hinnehmbar.