

**Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen
zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90 / DIE GRÜNEN**

**Entwurf eines Gesetzes zur Organisationsstruktur der Telematik im Gesundheitswesen
- BT-Drucksache 15/4924**

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0827(12)
vom 08.03.05**

15. Wahlperiode

Stellungnahme

**der Spitzenverbände
der Krankenkassen**

**zum Gesetzentwurf der
Fraktionen SPD und
Bündnis 90 / DIE GRÜNEN**

**Entwurf eines Gesetzes
zur Organisationsstruktur der
Telematik im Gesundheitswesen**

- BT-Drucksache 15/4924

Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90 / DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Organisationsstruktur der Telematik im Gesundheitswesen - BT-Drucksache 15/4924

Zum Gesetzentwurf der Fraktionen von SPD und Bündnis 90/ Die Grünen nehmen die Spitzenverbände der Krankenkassen wie folgt Stellung:

A. Grundsätzliche Bewertung

Mit der Vorschrift des § 291 a Abs. 7 SGB V hat der Gesetzgeber den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesärztekammer, der Bundeszahnärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene den Auftrag erteilt, die für telematische Anwendungen erforderliche Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur zu schaffen.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben ein großes Interesse an der Einführung der Telematik im deutschen Gesundheitswesen und insbesondere in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Sie erwarten, dass die telematischen Anwendungen in vielfacher Hinsicht zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit, aber auch zur Verbesserung der Qualität der Versorgung beitragen werden. Insbesondere die Entwicklung neuer Versorgungsformen, die vor allem auf eine bessere Zusammenarbeit und Abstimmung der Leistungserbringer abzielen, ist ohne Telematik nicht denkbar. Die zügige Schaffung der Infrastruktur für die Telematik hat deshalb für die Spitzenverbände eine hohe Priorität.

Allerdings hat das erste Jahr der Entwicklungsarbeiten für die Telematikinfrastruktur gezeigt, dass es in dem gegebenen Rechtsrahmen zu Problemen kam, die sich auch in zeitlichen Verzögerungen niedergeschlagen haben. Allem voran ist hier die Verpflichtung der oben genannten Spitzenorganisationen zu nennen, alle Beschlüsse einvernehmlich zu fassen. Wegen der unterschiedlichen Interessenlagen bei den Beteiligten ist dies in einigen Fällen so gut wie unmöglich oder führt zu nicht zweckmäßigen Lösungen.

Aufgrund der engen zeitlichen Vorgaben haben sich die beteiligten Spitzenorganisationen im ersten Schritt auf die inhaltliche Vorbereitung der Grundsatzentscheidungen zur Telematikinfrastruktur konzentriert. Im zweiten Schritt wurde der Aufbau einer eigenständigen Organisationsstruktur, die die operativen Aufgaben wahrnimmt, vorbereitet. Nach Beschluss und Abgabe der Vereinbarung zur Telematikinfrastruktur nach § 291a Abs. 7 beim Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung wurde zwischenzeitlich in Abstimmung mit dem Ministerium durch Gesellschaftsvertrag die Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte gGmbH (gematik) gegründet.

Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90 / DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Organisationsstruktur der Telematik im Gesundheitswesen - BT-Drucksache 15/4924

Zu Verzögerungen bei der Gründung einer solchen eigenständigen Betriebseinheit trug leider bei, dass es wegen des Einstimmigkeitsprinzip äußerst schwierig war, zu einer Vereinbarung über die Finanzierung der Telematikinfrastruktur zu kommen.

Dennoch ist es zwischenzeitlich gelungen, einvernehmlich eine entsprechende Finanzierungsvereinbarung zu treffen. Dabei ist deutlich geworden, dass zur Umsetzung dieser Vereinbarung im stationären Sektor Rechtsgrundlagen fehlen.

Vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen haben die Spitzenorganisationen das BMGS gebeten, Gesetzesänderungen anzuregen, die

1. die Rechtsgrundlagen für eine eigenständige Betriebsorganisation der Spitzenorganisationen schaffen, die die Planung, den Aufbau und den Betrieb der Telematikinfrastruktur übernimmt;
2. das Einstimmigkeitsprinzip bei Entscheidungen der Spitzenorganisationen über die Telematikinfrastruktur durch eine qualifizierte Mehrheit ersetzen und
3. die Rechtsgrundlagen für die Umsetzung der Finanzierungsvereinbarung im stationären Sektor sowie einen Konfliktlösungsmechanismus für den Fall der Notwendigkeit der Neufassung der Finanzierungsvereinbarung und für die generellen Finanzierungsfragen schafft.

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf wird diesen drei Anliegen der beteiligten Spitzenorganisationen entsprochen. Es werden die Rechtsgrundlagen für die Gründung einer Gesellschaft für Telematik durch die Spitzenorganisationen geschaffen. Für die Beschlüsse der Gesellschafterversammlung wird nur noch eine qualifizierte Mehrheit von 67 Prozent der sich aus den Gesellschafteranteilen ergebenden Stimmen verlangt. Schließlich enthält der Entwurf Rechtsgrundlagen für die Finanzierungsvereinbarung und die zu ihrer Umsetzung erforderlichen sektorspezifischen Vereinbarungen einschließlich Konfliktlösungsmechanismen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen begrüßen den Gesetzentwurf deshalb ausdrücklich und gehen davon aus, dass er dazu beiträgt, die weiteren Arbeiten an der Telematikinfrastruktur zügig voranzutreiben.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen bekennen sich ausdrücklich zu der ihnen vom Gesetzgeber übertragenen Verantwortung für die Telematikinfrastruktur. Als Voraussetzung für deren umfangliche Wahrnehmung sehen sie die eindeutige Zuweisung der korrespondierenden Gestaltungs- und Entscheidungskompetenzen. Hier werden in zwei Regelungen im Gesetz tendenzielle Gefährdungen gesehen.

**Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen
zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90 / DIE GRÜNEN**

**Entwurf eines Gesetzes zur Organisationsstruktur der Telematik im Gesundheitswesen
- BT-Drucksache 15/4924**

Zum einen wird beim Beanstandungsrecht des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung zu den Beschlüssen der Gesellschaft für Telematik nicht geklärt, ob es sich hier um ein rechts- oder fachaufsichtliches Beanstandungsrecht handelt. Im Sinne einer eindeutigen Zuweisung von Verantwortung und korrespondierenden Kompetenzen plädieren die Spitzenverbände hier für eine Klarstellung, dass es sich um ein rechtsaufsichtliches Beanstandungsrecht handelt. Ein fachaufsichtsrechtliches Beanstandungsrecht würde die inhaltliche Einflußnahme des Ministeriums auf die Ausgestaltung der Telematikinfrastruktur ermöglichen. Eine eindeutige Verantwortung für die Ergebnisse wäre nicht mehr gegeben.

Zum anderen soll geregelt werden, dass die Gesellschaft für Telematik die Kosten für alle Forschungs- und Entwicklungstätigkeiten zu übernehmen hat, die das Bundesgesundheitsministerium und sein Geschäftsbereich zur Schaffung der Telematikinfrastruktur veranlasst, wenn deren Ergebnisse der Gesellschaft für Telematik zur Verfügung gestellt werden. Auch hier sehen die Spitzenverbände die Gefahr einer Beeinträchtigung der Wahrnehmung ihrer Verantwortung, weil davon auszugehen ist, dass mit den Ergebnissen solcher Forschungs- und Entwicklungstätigkeiten Einfluss auf die Telematikinfrastruktur genommen wird. Die Spitzenverbände plädieren deshalb für die Streichung dieser Regelung.

Vor dem Hintergrund einer grundsätzlich positiven Bewertung des Gesetzentwurfs fordern die Spitzenverbände die nachfolgend unter den einzelnen Vorschriften aufgeführten Änderungen und Klarstellungen.

Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90 / DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Organisationsstruktur der Telematik im Gesundheitswesen - BT-Drucksache 15/4924

B. Stellungnahme zu Einzelregelungen

1. Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe a und b – Änderung des § 290 Abs. 1 SGB V – Krankenversicher- chertennummer

Die Änderung ermöglicht die Verwendung der Rentenversicherungsnummer zur Bildung einer Krankenversicher-
tennummer, wobei nach der Vergabe der Krankenversicher-
tennummer ein Rückschluss von einer Nummer auf die andere Nummer unmöglich sein muss. Mit der Vergabe der Krankenversicher-
tennummer ist eine Vertrauensstelle zu beauftragen.

Die Spitzenverbände haben gemäß § 290 Abs. 2 SGB V dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung die Richtlinien über den Aufbau und das Verfahren der Vergabe der Krankenversicher-
tennummer vorgelegt. Eine Beanstandung gemäß § 290 Absatz 2 Satz 3 erfolgte nicht. Aus diesem Grund begrüßen die Spitzenverbände die vorgesehene Regelung im Grundsatz.

Der Zusatz, dass ein Rückschluss "auch in Bezug auf die vergebende Stelle" ausgeschlossen sein muss, ist allerdings missverständlich. Es wird nicht deutlich, ob hiermit die Vertrauensstelle oder die Datenstelle der Träger der Rentenversicherung gemeint ist. Sollte hiermit die Vertrauensstelle gemeint sein, verhindert dieser Passus das vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung genehmigte Verfahren zur Erzeugung der Krankenversicher-
tennummer aus einer Rentenversicherungsnummer. Um die in § 290 Abs. 1 SGB V geforderte Personenidentität der Nummer zu gewährleisten ist es unbedingt erforderlich, dass die Vertrauensstelle aus einer Rentenversicherungsnummer immer die hierzu vergebene Kranken-
versicher-
tennummer erzeugt bzw. sichergestellt ist, dass einer Rentenversicherungsnummer immer wieder genau die gleiche Krankenversicher-
tennummer zugeordnet werden kann. Eine Speicherung der Rentenversicherungsnummer bei der Vertrauensstelle erfolgt nicht. Um die Umsetzung der von den Spitzenverbänden der Krankenkassen erarbeiteten und konsentierten Richtlinien – welche bereits vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit genehmigt wurden – nicht zu verhindern, ist der Passus "dieses Erfordernis gilt auch in Bezug auf die vergebende Stelle" zu streichen.

Die Krankenkassen benötigen für nicht versicherte Personen wie z.B. Versorgungsberechtigte nach dem BVG und Betreute nach § 264 SGB V ebenfalls Krankenversicher-
tennummern. Da die Basis für die Krankenversicher-
tennummer die Rentenversicherungsnummer ist, führt die Beschränkung auf „Versicherte“ dazu, dass eine Vergabe nicht möglich ist. Es wird daher die nachfolgende Formulierung vorgeschlagen: "Wird die Rentenversicherungsnummer zur Bildung der Krankenversicher-
tennummer verwendet, ist für Personen, die noch keine Renten-
versicherungsnummer erhalten haben, eine Rentenversicherungsnummer zu vergeben."

Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90 / DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Organisationsstruktur der Telematik im Gesundheitswesen - BT-Drucksache 15/4924

2. Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe d – Änderung des § 291a Abs. 7 SGB V – Vereinbarung zur Schaffung und Finanzierung einer Telematikinfrastruktur

Die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Organisation der Apotheker auf Bundesebene haben als Anlage zur Vereinbarung nach § 291 a SGB V bereits eine Vereinbarung zur Finanzierung der mit der Einführung und Anwendung der telematischen Anwendungen getroffen. Diese liegt dem BMGS zur Genehmigung vor. Dieser Finanzierungsvereinbarung liegt die gemeinsame Einschätzung zugrunde, dass der Nutzen der Telematikanwendungen in der Dauerbetriebsphase die durch sie verursachten Kosten übersteigt. Zur Ermittlung dieses Nutzens und dieser Kosten werden die Vereinbarungspartner gemäss der Finanzierungsvereinbarung gemeinsam ein Gutachten in Auftrag geben. Für den Fall, dass dieses Gutachten ergibt, dass die Kosten den Nutzen in der Dauerbetriebsphase übersteigen, wurde vereinbart, konsensual eine neue Finanzierungsvereinbarung zu suchen. Die genannten Spitzenorganisationen haben insbesondere in Hinblick auf diesen Fall, aber auch für die generellen Finanzierungsfragen das BMGS gebeten, im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens einen Konfliktlösungsmechanismus vorzusehen.

Vor diesem Hintergrund werden die im Gesetzentwurf enthaltenen Rechtsgrundlagen für die Finanzierungsvereinbarung und die zu ihrer Umsetzung erforderlichen sektorspezifischen Vereinbarungen grundsätzlich als hilfreich angesehen. Zur Vermeidung von Auseinandersetzungen über die mögliche Interpretation dieser Vorschriften und die dadurch möglicherweise eintretenden Verzögerungen der weiteren Arbeit, werden zu den einzelnen Vorschriften ergänzende Klarstellungen vorgeschlagen.

Die Gesetzesänderung definiert unter anderem die telematikbedingten Kosten, die Gegenstand der Finanzierungsvereinbarung der betroffenen Spitzenorganisationen sein sollen. Hier befürchten die Spitzenverbände, dass die gewählte Formulierung dahin gehend interpretiert werden könnte, dass alle Kosten, die den Leistungserbringern durch die Telematik entstehen, von den Kostenträgern zu refinanzieren sind. Die bereits getroffene Finanzierungsvereinbarung sieht das nicht vor. Z.B. Zuschläge für laufende Betriebskosten sind danach nur zu zahlen, wenn der Nutzen bei den Kostenträgern die Kosten dauerhaft übersteigt. Außerdem ist bei der Festlegung der Höhe der Zuschläge für die Betriebskosten der den Leistungserbringern aus den Telematikanwendungen erwachsende Nutzen gegenzurechnen. Bei den erstmaligen Ausstattungskosten wird in der Finanzierungsvereinbarung explizit geregelt, dass nur Kosten zu berücksichtigen sind, die über eine heute übliche EDV-Ausstattung hinausgehen. Darüber hinaus sieht die Finanzierungsvereinbarung vor, dass die Kosten der erstmaligen telematikbedingten Ausstattung durch degressiv gestaffelte Zuschläge und zeitlich befristet erstattet werden.

Um eindeutig klar zu stellen, dass diese Regelungen in der getroffenen Finanzierungsvereinbarung mit der vorgelegten Rechtsänderung im Gesetzentwurf kompatibel sind, fordern die Spitzenverbände entsprechende Klarstellungen im Gesetzestext oder in der amtlichen Begründung.

Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90 / DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Organisationsstruktur der Telematik im Gesundheitswesen - BT-Drucksache 15/4924

3. Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe e – Ergänzung des § 291a um neue Absätze 7a bis 7e SGB V – Finanzierung der telematikbedingten Kosten der Leistungserbringer

Die Ergänzungen regeln die Umsetzung der Finanzierungsvereinbarung für die verschiedenen Leistungserbringensektoren durch entsprechende sektorspezifische Vereinbarungen und sehen jeweils Konfliktlösungsmechanismen vor.

Zu Absatz 7a)

Die Krankenkassen begrüßen grundsätzlich die durch die Finanzierungsvereinbarung notwendig gewordene Anpassung, welche die Erhebung von Telematikzuschlägen im Krankenhaus ermöglicht. Eine Differenzierung in zwei Zuschläge für die verschiedenen Kostenarten wird jedoch als unnötig angesehen. Vielmehr reicht es nach Auffassung der Spitzenverbände aus, wenn gesetzlich geregelt wird, dass die Kosten, die "außerhalb des Krankenhauses anfallen" an die DKG zu überführen sind.

In Satz 1 des Absatzes heißt es "Im Krankenhausbereich werden die Kosten nach Absatz 7 Satz 4 Nr. 1 durch einen Zuschlag für jeden abzurechnenden voll- und teilstationären Krankenhausfall finanziert, ..." Die Formulierung "die Kosten nach Absatz 7 Satz 4 Nr.1" könnte den Eindruck erwecken, der Gesetzgeber wolle vorschreiben, dass diese Kosten in jedem Fall von den Kostenträgern zu refinanzieren sind. Dann bedürfte es allerdings der Finanzierungsvereinbarung nach Absatz 7 Satz 4 Nr. 1 nicht, in der die beteiligten Spitzenorganisationen festlegen, wie die im Rahmen der Gesellschaft für Telematik anfallenden Kosten, finanziert werden. Absatz 7a regelt dagegen die Umsetzung dieser Vereinbarung im stationären Sektor. Dies käme deutlicher zum Ausdruck durch die Formulierung "Im Krankenhausbereich werden die nach Maßgabe der Vereinbarung nach Absatz 7 Satz 4 Nr. 1 zu refinanzierenden Kosten durch einen Zuschlag...." .

Die bereits getroffene Finanzierungsvereinbarung sieht u.a. vor, dass die Leistungserbringer für die telematikbedingten Investitions- und Betriebskosten transaktionsbezogene Vergütungszuschläge erhalten. Bei der Ermittlung der in die Zuschläge eingehenden Betriebskosten soll einerseits der aus den Telematikanwendungen entstehende sektorspezifische Nutzen gegen gerechnet werden. Andererseits sollen die Kosten des laufenden Betriebs nur dann in den Zuschlägen berücksichtigt werden, wenn er den Kostenträger einen dauerhaften Nutzen gewährleistet.

Die Spitzenverbände fordern deshalb, dass die Berücksichtigung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses bei Leistungserbringern und Kostenträgern bei der Ermittlung der Höhe der Zuschläge, wie sie die bereits getroffene Finanzierungsvereinbarung vorsieht, in die Gesetzesvorschrift aufgenommen wird.

Zu Absatz 7b)

Diese Ergänzung regelt, dass die betroffenen Leistungserbringer mit Ausnahme der Krankenhäuser zum Ausgleich der telematikbedingten Kosten nutzungsbezogene Zuschläge erhalten. Die bereits getroffene Finanzierungsvereinbarung sieht dies ab 2006 auch vor. Für die Zeit davor ist allerdings eine von der im Gesetzentwurf vorgesehenen Finanzierungsform abweichende Übergangsregelung vorgesehen. Dies ist erforderlich, da transaktionsbedingte Zuschläge erst im laufenden Betrieb der Telematikinfrastruktur realisierbar sind. Wenn für diese Übergangsregelung keine Rechtsgrundlage geschaffen wird, ist die Finanzierungsvereinbarung nicht mehr gesetzeskonform. Die Spitzenverbände der Krankenkassen halten es deshalb für dringend erforderlich, die gesetzliche Grundlage für diese einvernehmlich beschlossene Übergangsregelung zu schaffen.

Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90 / DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Organisationsstruktur der Telematik im Gesundheitswesen - BT-Drucksache 15/4924

Auch hier gilt, dass die Formulierung im Satz 1 dahin gehend fehlinterpretiert werden kann, dass die Kostenträger qua Gesetz verpflichtet sind, alle in Absatz 7 Satz 4 erwähnten Kosten durch Zuschläge zu refinanzieren. Richtig ist vielmehr, dass diese Kosten nach Maßgabe der Vereinbarung nach Absatz 7 Satz 4 auszugleichen sind. Nach Maßgabe der bereits abgeschlossenen Finanzierungsvereinbarung ist dabei u.a. den Kosten der Leistungserbringer für die erstmalige telematikbedingte Ausstattung und für den laufenden Betrieb der aus den Telematikanwendungen anzurechnende Nutzen gegen zu rechnen. Es wird angeregt, auch an dieser Stelle eine eindeutiger Formulierung zu wählen. Konkret wird vorgeschlagen, den Satz 1 wie folgt zu fassen: "Die in diesem Absatz genannten Leistungserbringer erhalten nutzungsbezogene Zuschläge zum Ausgleich der nach Maßgabe der Vereinbarungen nach Absatz 7 Satz 4 zu refinanzierenden Kosten."

Die Spitzenverbände fordern deshalb, dass die Berücksichtigung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses bei Leistungserbringern und Kostenträgern bei der Ermittlung der Höhe der Zuschläge, wie sie die bereits getroffene Finanzierungsvereinbarung vorsieht, in die Gesetzesvorschrift aufgenommen wird.

Zu Absatz 7e)

Diese Ergänzung sieht einen Konfliktlösungsmechanismus für den Fall vor, dass die oben genannten Spitzenorganisationen sich im Rahmen der Finanzvereinbarung nicht über die Kosten der Leistungserbringer im laufenden Betrieb einschließlich der Aufteilung dieser Kosten auf die verschiedenen Leistungserbringersektoren einigen können. In diesem Fall sollen die Spitzenorganisationen eine gemeinsame Kommission aus Sachverständigen bilden, die eine Empfehlung zur Aufteilung der Kosten der Leistungserbringer im laufenden Betrieb auf die verschiedenen beteiligten Sektoren abgeben soll.

Den Spitzenverbänden der Krankenkassen stellt sich hier die Frage, welche Kosten hier auf die Leistungssektoren aufgeteilt werden sollen. Die Kosten, die den Leistungserbringern im laufenden Betrieb entstehen, entstehen doch ganz überwiegend beim einzelnen Leistungserbringer, in kleinem Umfang vielleicht auch bei Kassenärztlichen Vereinigungen, Kammern oder Verbänden, die Serviceleistungen für die einzelnen Leistungserbringer übernehmen, in der Regel also sektorspezifisch. Sie sind mithin sektorspezifisch zu ermitteln bzw. zu kalkulieren. Wenn dem so ist, kann hier aber auf die Konfliktlösungsregelungen des Absatzes 7d rekurriert werden. Einer Expertenkommission, die im Falle der Nichteinigung eine Empfehlung zur Aufteilung der laufenden Betriebskosten auf die Sektoren ausspricht, bedarf es dann nicht.

4. Artikel 1 Nr. 4 – Einfügung des § 291b SGB V – Gesellschaft für Telematik

Die Vorschriften regeln die Aufgaben und Gestaltungsgrundsätze der von den genannten Spitzenorganisationen zu gründenden Gesellschaft für Telematik. Diese Gesellschaft mit dem Namen telematik gGmbH – Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte gGmbH – wurde von den Spitzenorganisation am 11.01.2005 bereits gegründet.

Zu Absatz 1)

Satz 3 dieser Vorschrift lautet: "Die Gesellschaft für Telematik hat Aufgaben nur insoweit wahrzunehmen, wie dies zur Schaffung einer interoperablen und kompatiblen Telematikinfrastruktur erforderlich ist. Für diese Beschränkung der Aufgaben der Gesellschaft wird kein Grund gesehen, vielmehr engt man sich hier in Hinblick auf die weitere Entwicklung und daraus erwachsende Handlungsoptionen ein. Sollte dieser Satz im Gesetz stehen bleiben, sollten zumindest hinter dem Wort

Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90 / DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Organisationsstruktur der Telematik im Gesundheitswesen - BT-Drucksache 15/4924

"Schaffung" die Wörter "und des Betriebs" einzufügen, weil die Gesellschaft für Telematik nach § 291a (neu) auch Aufgaben für den Betrieb der Telematikinfrastruktur übernimmt.

Zu Absatz 2)

Die Vorschrift regelt den Gesellschaftsvertrag, den möglichen Beitritt weiterer Spitzenorganisationen und des Verbandes der Privaten Krankenkassen zum Gesellschaftsvertrag und die Bildung eines Beirates.

Hier ist aus Sicht der Spitzenverbände der Krankenkassen die Regelung, wonach der Beitritt weiterer Spitzenorganisationen und des Verbandes der Privaten Krankenkassen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung bedarf, überflüssig, weil ein solcher Beitritt eine Änderung des Gesellschaftsvertrages erfordert, die der Zustimmung durch das BMGS bedarf.

Auch die Besetzung des Beirates ist aus Sicht der Spitzenverbände der Krankenkassen zweckmäßig durch die Gesellschafter festzulegen und auch so im Gesellschaftsvertrag geregelt. Eine gesetzliche Festlegung der Anzahl der jeweiligen Vertreter und die Berufung dieser im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung wird für nicht zweckmäßig angesehen.

Zu Absatz 3)

Der Gesetzentwurf ermächtigt das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung bei Auflösung der Gesellschaft einzelne Spitzenorganisationen mit der Gründung einer neuen Gesellschaft zu beauftragen. Die Finanzierung dieser hätte dann allein durch die evtl. nicht beteiligten Spitzenverbände der Krankenkassen zu erfolgen. Diese Regelung ist deshalb für die Spitzenverbände der Krankenkassen problematisch. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass der Austritt einzelner Gesellschafter nicht die Auflösung der Gesellschaft zur Folge hat.

Zu Absatz 4)

Diese Vorschrift regelt das Beanstandungsrecht des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung zu den Beschlüssen der Gesellschaft. Hierbei wird offen gelassen, ob sich dieses Beanstandungsrecht des Ministeriums nur auf die Rechtmäßigkeit (Rechtsaufsicht) oder auch auf Zweckmäßigkeit und Umfang der Beschlüsse bezieht. Vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit einer vergleichbaren Formulierung zu den Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses, die jetzt eine gerichtliche Klärung erfordert, plädieren die Spitzenverbände der Krankenkassen dafür, hier eine eindeutige Klarstellung vorzunehmen. Im Interesse einer eindeutigen Zuteilung von Verantwortung und entsprechender Gestaltungskompetenzen sprechen sich die Spitzenverbände eindeutig für ein rechtsaufsichtliches Beanstandungsrecht aus.

Nach Auffassung der Spitzenverbände läßt die Gesetzesformulierung auch Interpretationsspielräume bei der Frage zu, welche Beschlüsse dem Ministerium vorzulegen sind. Die Formulierung "die Beschlüsse der Gesellschaft für Telematik zu den Regelungen, dem Aufbau und dem Betrieb der Telematikinfrastruktur" könnte auch nahelegen, dass bereits Beschlüsse zu Eckpunkten und Teilergebnissen und im Extremfall alle Beschlüsse der Gesellschaft vorzulegen sind. Dies würde wegen der vorgesehenen Beanstandungsfrist von einem bzw. in begründeten Einzelfällen auch zwei Monaten die Arbeiten an der Telematikinfrastruktur deutlich verzögern und kann deshalb nicht gemeint sein. Nach Interpretation der Spitzenverbände ergibt sich aus dem Gesamtkontext dieser Vorschrift, dass dies nicht gewollt ist. Es wird deshalb vorgeschlagen, eine eindeutigere Gesetzesformulierung zu wählen. Konkret wird vorgeschlagen, die Wörter "Die Beschlüsse der Gesellschaft

Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90 / DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Organisationsstruktur der Telematik im Gesundheitswesen - BT-Drucksache 15/4924

für Telematik zu den Regelungen, dem Aufbau und dem Betrieb der Telematikinfrastruktur" zu ersetzen durch die Wörter "die von der Gesellschaft für Telematik beschlossenen Regelungen zur Telematikinfrastruktur, deren Aufbau und deren Betrieb". Zusätzlich könnte in der Begründung klargestellt werden, dass nur abschließende Beschlüsse vorzulegen sind.

Zu Absatz 5)

Absatz 5 sieht unter anderem vor, dass Kosten für Forschungs- und Entwicklungstätigkeiten zur Schaffung der Telematikinfrastruktur, die vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung und von seinen Geschäftsbereichen veranlasst werden, aus den Finanzmitteln der Gesellschaft für Telematik zu begleichen sind, wenn deren Ergebnisse der Gesellschaft für Telematik zur Verfügung gestellt werden.

Im Interesse einer eindeutigen Zuordnung der Verantwortung für die Telematikinfrastruktur und den entsprechenden Kompetenzen, sollte das Bundesgesundheitsministerium künftig darauf verzichten, parallel zur Entwicklungsarbeit der Gesellschaft für Telematik eigene Forschungs- und Entwicklungsarbeiten zu betreiben, um damit Einfluss auf die inhaltliche Ausgestaltung der Infrastruktur zu nehmen. Solche Doppelarbeiten produzieren zudem auch unnötige Kosten, die von den Beitragszahlern der GKV aufzubringen sind. Außerdem wird zusätzlicher Aufwand erforderlich, um die Ergebnisse der Parallelarbeiten zusammen zu führen. Und schließlich führen Parallelarbeiten zur Verunsicherung aller Betroffenen, z.B. auch der Industrie, weil im – wahrscheinlichen – Falle unterschiedlicher Ansätze der Parallelarbeiten für sie über längere Zeiträume nicht absehbar ist, welcher Ansatz letztlich zur Umsetzung kommt.

Die Spitzenverbänden schlagen deshalb vor, diese Regelung zu streichen.

Zu Absatz 6)

Nach dieser Regelung sollen die Spitzenverbände der Krankenkassen die Kosten für Forschungs- und Entwicklungstätigkeiten zur Schaffung der Telematikinfrastruktur erstatten, die vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung bis zur Verkündung des Gesetzes finanziert wurden.

Diese Regelung wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgelehnt. Sie lässt keine zuverlässige Finanzplanung bei den Krankenkassen zu. Im Extremfall könnten aufgrund dieser Vorschrift sämtliche bisher im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung entstandenen Kosten im Zusammenhang mit der Telematikinfrastruktur nachträglich auf die Spitzenverbände der Krankenkassen verlagert werden. Dabei war dies sowohl hinsichtlich des Projektes bit4health als auch in Bezug auf das noch laufende Forschungs- und Entwicklungsvorhaben anders abgesprochen. Alle anderen Forschungs- und Entwicklungstätigkeiten des Ministeriums waren mit den Spitzenverbänden überhaupt nicht abgestimmt. Die Zustimmung der GKV-Spitzenverbände sowohl zur Beauftragung zum Projekt bit4health als auch zum laufenden FuE-Vorhaben wurde vor dem Hintergrund der Zusage ausgesprochen, dass auch die Finanzierung durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung bzw. durch das Bundesministerium für Finanzen erfolgt.

Die nachträgliche Verpflichtung zur Übernahme der vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung beauftragten Projekte widerspricht dem Grundsatz der Rechtssicherheit. Aus diesen Gründen fordern die Spitzenverbände der Krankenkassen § 291b Absatz 6 zu streichen.