



**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0248(44 A)
vom 25.06.03

15. Wahlperiode**

Ergänzende

Stellungnahme des BKK Bundesverbandes

zum

**Gesetzentwurf der Fraktionen
SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

**Entwurf eines Gesetzes zur
Modernisierung des Gesundheitssystems
(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz - GMG)**

in der Fassung vom 02.06.2003

**anlässlich der Anhörung am 30. Juni 2003
zum Themenkomplex**

Stärkung der Patientensouveränität



1. Gesundheitsförderung und Selbsthilfe

1.1 Gesundheitsförderung

Die vorgesehene Festschreibung von GKV-Ausgaben für Gemeinschaftsprojekte in der Primärprävention und Gesundheitsförderung wird abgelehnt. Die Politik ist aufgefordert, ein Gesamtkonzept zu entwickeln, in welchem alle Verantwortung tragenden Akteure auf dem Feld der Prävention arbeitsteilig eingebunden und finanziell verpflichtet werden.

Folgende Erfordernisse für ein Engagement der Krankenkassen an Gemeinschaftsprojekten im Rahmen eines Gesamtkonzeptes müssen erfüllt sein:

- Prävention und Gesundheitsförderung sind eine gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe. Das politische Handlungskonzept ist daher ressortübergreifend abzustimmen.
- Die GKV beteiligt sich an Projekten, die einen erkennbaren Bezug zu den Kernaufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung haben.
- Priorität für die GKV haben die SGB-Grundsätze zur Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Verwendung der Beitragsmittel. Die Aktivitäten der GKV sind daher nicht anhand von Soll-Budgetwerten und tatsächlichen Ausgaben, sondern anhand konkreter Präventionsziele zu bewerten, wie sie bereits von "gesundheitsziele.de" entwickelt wurden.
- Die für Krankenkassen verbindlichen Förderkriterien sind in den jeweils gültigen – gemeinsam und einheitlich beschlossenen – prioritären Handlungsfeldern und Kriterien nach den Vorgaben des § 20 Abs. 1 SGB V festgelegt.
- An Gemeinschaftsprojekten können sich die Krankenkassen beteiligen, wenn diese Kriterien (einschließlich einer Kosten-Nutzen-Evaluation) erfüllt sind und sich die übrigen Verantwortungsträger des jeweiligen Handlungsfeldes mit mindestens 50 % an den Projektkosten beteiligen
- Die Auswahl geeigneter Projekte hat im Rahmen eines transparenten Verfahrens unter Einbindung aller Projektpartner zu erfolgen.

- Bei der Konzeptionierung und Durchführung gemeinsamer Maßnahmen ist ein angemessenes Mitspracherecht der GKV sicherzustellen.
- Die Projektdesigns müssen die Zielgruppe(n), die zu erreichenden Ziele sowie die angewandten Qualitätssicherungsmaßnahmen / Evaluation klar benennen. Die projektbegleitende Implementierung dieser Maßnahmen muss sichergestellt sein.

1.2 Selbsthilfe

Die organisierte Selbsthilfe hat sich zu einem wichtigen Faktor im Gesundheitswesen entwickelt, der Selbsthilfepotenziale, die Patientensouveränität fordert und zur Qualitätssicherung beiträgt. Mit der Änderung des § 20 Abs. 4 SGB V legitimiert der Gesetzgeber eine sinnvolle und bewährte Praxis, die bereits seit Jahren auf der Landes- und Bundesebene von der betrieblichen Krankenversicherung ausgeübt wird.

Deshalb wird die ausdrückliche Aufnahme der Krankenkassenverbände als Förderer der Selbsthilfe begrüßt.

Die vollständige Einstellung der Mittel in Gemeinschaftsfonds wird allerdings abgelehnt.

Hierdurch würde den Krankenkassen und ihren Verbänden die Möglichkeit zur Entfaltung eigener Aktivitäten komplett genommen. Diese Möglichkeiten sollten aber künftig jenseits der Fonds auf allen Förderebenen erhalten bleiben.

2. Gesundheitskarte, Datentransparenz, KV-Karte, Patientenquittung

Der GMG-Entwurf setzt wichtige Eckpunkte für zukünftige Informationsmedien und Datentransparenz in der GKV. Auch hierzu sind im Detail Änderungen notwendig, um die angestrebten Ziele effizient zu verfolgen.

- Zukunftsweisend soll die Definition der **elektronischen Gesundheitskarte** sein, die zum 1. Januar 2006 eingeführt werden soll. Um Datenschutz zu sichern und Kartenmissbrauch zu verhindern, muss der Gesetzentwurf klarstellen, dass die Karte außer Daten zur Identifikation und ggf. Notfalldaten ausschließlich Verweise auf Daten und Schlüssel für den Zugriff enthalten darf.



Zur Vermeidung unnötiger Verwaltungskosten darf die Einführung der neuen Kartengeneration durch die Krankenkassen nicht mit einer Stichtagsregelung versehen werden. Vernünftig wären hier Fristvorgaben für den sukzessiven Austausch.

- Die beabsichtigten Neuerungen zur **Krankenversicherungs-Nummer und – Karte** sind kostenträchtig und überflüssig. Eine neue Systematik der Krankenversichertennummer soll die lebenslange Identifikation des Versicherten möglich machen. Da der hieraus zu erwartende Nutzen für die Datentransparenz verschwindend gering ist, sind die zusätzlichen Verwaltungskosten von über 500 Mio. € hierfür in keiner Weise zu rechtfertigen. Gleichermäßen Verschwendung wäre die geplante Einführung einer KV-Karte mit Lichtbild, die zu Verwaltungsmehrkosten von mehreren hundert Millionen Euro führen würde. Ein Jugend-Lichtbild entspricht in keinsten Weise dem Stand biometrisch zuverlässiger Erkennungsmethoden. Die zusatzkostenfreie Alternative wäre die kombinierte Identifikation mittels bisheriger KV-Karte plus Personalausweis.
- Die Neuregelungen zur Erhöhung der Datentransparenz des Leistungsgeschehens folgen nur teilweise den Vorstellungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Kassenärztlichen Bundesvereinigung und benennen diese als Träger der Arbeitsgemeinschaft für einen bundesweiten Datenpool. Die Einrichtung einer institutionell gesonderten, kostspieligen Vertrauensstelle ist in jedem Fall unnötig und unwirtschaftlich, da umfassender Datenschutz bereits durch dezentrale Verschlüsselung von den datenliefernden Stellen zu gewährleisten ist. Insgesamt sollten organisatorisch einfachere und kostengünstigere Lösungen gewählt werden, Klarstellung ist zur Finanzierung des Datenpools einschließlich der Benennung entgeltpflichtiger Nutzer erforderlich.

3. Missbrauchsbekämpfung

Die Neuregelungen zur Missbrauchsbekämpfung (§§ 81a, 197a, 274a SGB V) sind im Zusammenhang zu betrachten. Sie sind eine direkte Folge der bisher etwas lasch gehandhabten Verfolgung von Abrechnungsbetrug durch die KVen. Die Funktionalität und Effizienz der Einrichtungen wird aber überschätzt. Das Hauptproblem zur Aufdeckung von Manipulationen wird außer Acht gelassen. Solange die Datengrundlagen für Prüfungen durch Kassen im ambulanten Bereich, wie sie § 295 SGB V regelt, nicht verbessert werden, sind die neu einzurichtenden Einrichtungen bei

den Kassen notwendigerweise ineffizient. Die Errichtung von Stellen bei KVen, Kassen und insbesondere die Schaffung eines Beauftragten beim BMGS führen zu bürokratischen Strukturen, ohne kausal und wirksam zu Problemlösungen beizutragen. Der Gewährleistungsauftrag aus § 75 Abs. 1 SGB V verpflichtet die KVen zwar ohnehin, für eine ordnungsgemäße und korrekte Abrechnung zu sorgen. Allerdings sind sie dieser Verpflichtung in der Vergangenheit nur zögerlich nachgekommen. Ob die Einrichtung einer unabhängigen Stelle die Bereitschaft deutlich verbessert, ist zweifelhaft.

4. Patientenrechte bzw. Wahl- und Einflussmöglichkeiten

- Wenn der Gesetzgeber den Verbraucherschutz im GKV-Markt verbessern will, sollte er auf alle Einschränkungen der Wahlfreiheit verzichten und stattdessen zu unaufwändigen und wirksamen Maßnahmen greifen: Hierzu gehören eine frühzeitige Informationspflicht der Kassen bei Beitragssatzerhöhungen und die Wirkung des Sonderkündigungsrechtes auch bei Fusionen mit Beitragssatzerhöhung.
- Die Krankenkassen werden verpflichtet (§ 305 Abs. 3 SGB V), die Versicherten auf ihr Verlangen hin umfassend über Leistungserbringer zu informieren.

Für die Versorgungssteuerung ist die Möglichkeit der Versichertenberatung bezüglich der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer von zentraler Bedeutung. Bisher scheiterten diesbezügliche Versuche häufig am (juristischen) Widerstand der Leistungserbringer. Dabei werden insbesondere wettbewerbs- und datenschutzrechtliche Argumente erfolgreich vorgebracht.

Die vorgesehene Regelung ist vor diesem Hintergrund grundsätzlich zu begrüßen, erscheint in der Ausgestaltung unzureichend.

Insbesondere schränkt die Formulierung "auf Verlangen" (der Versicherten) die Handlungsspielräume der Krankenkasse stark ein. Proaktives Vorgehen der Krankenkasse wird hierdurch nicht möglich.

Die Informationsinhalte sollten mit Blick auf die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringer konkretisiert werden.



Es sollte sichergestellt werden, dass aufgrund dieser Neuregelung datenschutz- und wettbewerbsrechtliche Einwände der Leistungserbringer hiergegen ausgeschlossen sind.