



Stellungnahme des IKK e.V.

zum

**Entwurf eines Fünfzehnten Gesetzes zur Änderung
des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Stiftung
Unabhängige Patientenberatung Deutschland
BT-Drs. 20/5334**

einschließlich Änderungsanträge

27.02.2023

IKK e.V.

Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen	3
Änderungsanträge	7
Grundsätzliche Anmerkungen	7
Kommentierung zum Änderungsantrag 2 (Aussetzung der Budgets in der ambulanten Kinderheilkunde)	8
Artikel 1 Nummer 2 und 3 (§§ 87a, 87b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	8
§ 87a Absatz 3b neu - Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten	8
§ 87b Absatz 1 Satz 3 neu - Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung)	8
Kommentierung zum Änderungsantrag 3 (Neuregelung des § 20a SGB V)	11
Artikel 1 Nummer 0 (§ 20a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	11
§ 20a – Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten – Neufassung von Absatz 3	11
§ 20a – Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten – Neufassung von Absatz 4	13
§ 20a – Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten – Anfügung von Absatz 7 (neu)	14

Grundsätzliche Anmerkungen

Mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf für ein fünfzehntes Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland soll die „Unabhängige Patientenberatung Deutschland“ (UPD) als rechtsfähige Stiftung bürgerlichen Rechts beim GKV-Spitzenverband neu errichtet und verstetigt werden. Ziel soll es sein, „mit der Stiftungslösung insbesondere den Kriterien der Unabhängigkeit, der Staatsferne sowie der Dauerhaftigkeit der Informations- und Beratungsstrukturen in hohem Maße Rechnung zu tragen“.

Der GKV-Spitzenverband soll die geplante Stiftung bis zum 1. Januar 2024 errichten und das für die Errichtung erforderliche Stiftungsvermögen bereitstellen. Finanziert werden soll die Stiftung jährlich in Höhe von 15 Millionen Euro fast vollständig von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), zu sieben Prozent von der privaten Krankenversicherung (PKV). Das Stimmrecht der GKV und PKV als Mitglieder des Stiftungsrates ist ausschließlich auf Finanz- und Haushaltsfragen beschränkt, eine inhaltliche Mitbestimmung zur Verwendung der Beitragsmittel ist nicht vorgesehen.

Die Innungskrankenkassen lehnen den Gesetzentwurf in der vorliegenden Ausgestaltung ab.

I. Fehlende Mitsprache- und Kontrollrechte seitens der GKV

Unabhängig von der Frage des Erfordernisses der Steuerfinanzierung und der Gesetzgebungskompetenz des Bundes (dazu unter II. und III.) ist zunächst festzuhalten, dass auch im Rahmen dieses Gesetzgebungsverfahrens der Gesetzgeber der GKV wieder einmal lediglich die Rolle als „Payer“ ohne aktive Gestaltungsrechte zuweist.

Zwar ist vorgesehen, dass der GKV-Spitzenverband die Stiftung gründen und die GKV die UPD ganz überwiegend finanzieren soll. Kontroll- bzw. Mitspracherechte werden der GKV jedoch nur marginal eingeräumt. Denn in dem – jetzt durch die erhöhte Anzahl der Patientenvertreterinnen und –vertreter (von vier auf sechs Mitglieder) auf 13 Mitglieder angewachsenen – Stiftungsrat soll der GKV-Spitzenverband gerade einmal eine Stimme erhalten. Hierbei soll der GKV-Spitzenverband „ausschließlich bei Entscheidungen über die Haushaltsaufstellung und bei Entscheidungen über die Kontrolle der Haushalts- und Wirtschaftsführung sowie der Rechnungslegung“ von seinem Stimmrecht Gebrauch machen dürfen.

Dem GKV-Spitzenverband – und damit dem GKV-System – fehlt damit jegliche Möglichkeit als Stiftungsgeber und „Zahlmeister“ eine zielführende Umsetzung des Stiftungszwecks zu kontrollieren bzw. zu forcieren. Die Ausübung der dem GKV-Spitzenverband zustehenden Prüfaufgaben in Bezug auf die zweckmäßige Verwendung von Beitragsmitteln der GKV wird auf ein ent-

scheidungsunerhebliches Maß reduziert. Stattdessen kann der Stiftungsrat über die Mittelverwendung der GKV entscheiden, ohne dass er selbst in die Finanzierungs- und Haftungsverantwortung genommen wird (so schon der GKV-Spitzenverband in seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf vom 11. November 2022).

Die diesbezüglichen gesetzlichen Regelungen werden von den Innungskrankenkassen bereits aus diesem Grund abgelehnt.

II. Patientenberatung als gesamtgesellschaftliche, durch Steuern zu finanzierende Aufgabe

Wenn der Gesetzgeber der Auffassung ist, dass die Einrichtung einer unabhängigen und staatsfernen Beratungsstruktur notwendig ist, erscheint die gewählte Form nicht schlüssig. Und wenn der Gesetzgeber darüber hinaus der Auffassung ist, dass die Beratung der UPD im Sinne eines gesundheitlichen Verbraucherschutzes jeder und jedem offen stehen soll – unabhängig vom Versichertenstatus – so ist das hier gewählte Verfahren auch insofern problematisch.

Denn damit unterscheidet sich das Leistungsspektrum der zukünftige UPD bereits dem Grunde nach von dem Beratungsangebot der gesetzlichen Krankenkassen, die nur auf der Grundlage des SGB V und SGB IX und unter Verwendung der Beitragsmittel ihrer Versicherten beraten und informieren dürfen. Hierbei kommen die gesetzlichen Krankenkassen ihrem Beratungsauftrag zum Beispiel über die Widerspruchsausschüsse nach. Es gehört zum Selbstverständnis der Versichertenvertreter in den Verwaltungsräten der Krankenkassen, Ansprechpartner für die Versicherten zu sein. Dieses Verfahren hat den Vorteil, dass Beschwerden unmittelbar innerhalb der Institution bearbeitet werden können. Die anonymen Berichte der UPD blieben bislang im luftleeren Raum.

Anders als bei der GKV ist somit der Aufgabenbereich der UPD – da die Beratungsangebote nicht nur von Versicherten, sondern von der gesamten Bevölkerung genutzt werden sollen – ein gesamtgesellschaftlicher und dient insofern der Daseinsvorsorge.

Als Teil der allgemeinen Daseinsvorsorge sind die Leistungen der neuen UPD aber weder von der GKV noch von der PKV, sondern aus Steuermitteln zu finanzieren. So auch schon folgerichtig u. a. der jetzige Koalitionspartner Bündnis 90/Die Grünen in seinem Antrag vom 17. Dezember 2020 („Eine starke Stimme für Patientinnen und Patienten – Patientenstiftung gründen und Unabhängige Patientenberatung reformieren“), in dem eine verlässliche und von den gesetzlichen Krankenkassen unabhängige Finanzierung der Patientenstiftung gefordert wird.

III. *Fehlende Gesetzgebungskompetenz des Bundes*

Der Umstand, dass es sich bei der UPD um einen gesamtgesellschaftlichen, d. h. die gesamte Bevölkerung involvierenden Aufgabenbereich handelt, hat schließlich auch durchgreifende verfassungsrechtliche Konsequenzen.

Denn ausweislich der allgemeinen Begründung zum Gesetzesentwurf soll sich die Gesetzgebungskompetenz des Bundes zu § 65b Abs. 11 SGB V aus Artikel 74 Abs. 1 Nummer 12 des GG ergeben. Danach wäre der Bund dann – aber eben nur dann – zuständig, wenn die Ausgestaltung und Finanzierung der UPD dem Bereich der „Sozialversicherung“ unterfiele. Genau dies ist aber nicht der Fall, wie aktuell das objektive Gutachten der Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages bestätigt.

Das Prüfergebnis:

„Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen als einzige im Konzept der Stiftung Unabhängige Patientenberatung vorgesehene selbständige Körperschaft des öffentlichen Rechts weder Einfluss auf die gesetzlich vorgegebene Struktur der Stiftung noch auf die Geschäftsführung oder die Ausgestaltung und die Qualitätssicherung der angebotenen Informations- und Beratungsleistungen hat. Zwar hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen das Stiftungsvermögen bereitzustellen, jedoch kann er über die Haushaltsaufstellung, mithin die Verwendung der Mittel, im Stiftungsrat lediglich mit einer von insgesamt 13 Stimmen mitentscheiden. Dieser Mangel an Einflussnahmemöglichkeiten auf Struktur und Leistungen der Stiftung Unabhängige Patientenberatung legt nahe, dass § 65b SGB V-Entwurf nicht auf die Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherung aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG gestützt werden kann, weil es an dem Merkmal der organisatorischen Durchführung durch selbständige Anstalten oder Körperschaften des öffentlichen Rechts fehlt.

Ähnlich problematisch ist im vorliegenden Fall das (...) Merkmal des Begriffs der Sozialversicherung. Wie oben bereits dargelegt ist die Sozialversicherung unter anderem gekennzeichnet durch eine Risikoabdeckung und eine Mittelaufbringung durch Beiträge der Beteiligten. Das Bundesverfassungsgericht betont in dieser Hinsicht, dass sich die Legitimation der Beitragsbelastung auf die Finanzierung im Binnensystem der Sozialversicherung beschränkt und führt dazu weiter aus (BVerfGE 149, 50, 77, Rn. 77): „Sie erstreckt sich grundsätzlich nicht auf die Finanzierung von Leistungen an Dritte außerhalb der Sozialversicherung. Ihre Rechtfertigung ergibt sich daraus, dass nur die Gruppe der Sozialversicherten einen Vorteil in Gestalt des Versicherungsschutzes erhält, nicht aber die Steuerpflichtigen insgesamt.“

Zur Erfüllung des Stiftungszwecks soll die Stiftung Unabhängige Patientenberatung gemäß § 65b Abs. 2 Satz 1 SGB V-Entwurf bundesweit ein zentral organisiertes digitales und telefonisches Informations- und Beratungsangebot betreiben und regionale Informations- und Beratungsangebote vorhalten. Der Kreis der Personen, die diese Angebote nutzen und von ihnen profitieren können, wird in der Vorschrift nicht näher eingegrenzt, vielmehr ist allgemein von einer Information und Beratung von „Patientinnen und Patienten“ (vgl. § 65b Abs. 2 Satz 2 SGB V-Entwurf) die Rede. Die Leistungen können folglich auch von Personen in Anspruch genommen werden, die nicht zur Gruppe der Sozialversicherten gehören. Gleichwohl soll das Stiftungsvermögen gemäß § 65b Abs. 1 S. 2 SGB V-Entwurf aus Mitteln des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen finanziert werden. Vor diesem Hintergrund dürfte es auch an dem Merkmal der Risikoabdeckung und Mittelaufbringung durch Beiträge der Beteiligten fehlen und die Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherung aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG auch aus diesem Grunde nicht einschlägig sein.“

Zum gleichen Ergebnis kommt das Rechtsgutachten von Prof. Dr. Gregor Thüsing (Unabhängige Patientenberatung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe“, Februar 2023).

Die Begründung:

„Die Aufgabe der UPD ist ein auf die Gesundheitsversorgung bezogener Verbraucherschutz. Schon die organisatorische Trennung macht deutlich, dass es sich hierbei nicht um eine Leistung der GKV oder der PKV handeln soll – vielmehr soll sie unabhängig von ihnen erbracht werden; sie [die GKV und die PKV] dürfen auf den Inhalt oder den Umfang der Tätigkeit der Stiftung keinen Einfluss nehmen.“ Damit ist neben dem Erfordernis der Steuerfinanzierung auch die Gesetzgebungskompetenz des Bundes fraglich. Denn – so die Ausführungen des Gutachtens: „Die Legitimation der Beitragsbelastung beschränkt sich auf die Finanzierung im Binnensystem der Sozialversicherung. Sie erstreckt sich grundsätzlich nicht auf die Finanzierung von Leistungen an Dritte außerhalb der Sozialversicherung. Die erhobenen Geldmittel dürfen allein zur Finanzierung der Aufgaben der Sozialversicherung eingesetzt werden. Weil dies bei der UPD nicht der Fall wäre, scheidet eine aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG hergeleitete Gesetzgebungskompetenz aus.“

Die daraus resultierende Schlussfolgerung: Wenn der Gesetzgeber der Auffassung ist, dass die Einrichtung einer unabhängigen und staatsfernen Beratungsstruktur notwendig sei, dann wäre eine aus Bundesmitteln errichtete Stiftung das Mittel der Wahl.

Der IKK e.V. nimmt im Weiteren Stellung zu den Änderungsanträgen 2 und 3. Im Übrigen wird auf die detaillierte Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes verwiesen.

Änderungsanträge

Grundsätzliche Anmerkungen

Im Folgenden nehmen die Innungskrankenkassen Stellung zu den derzeit vorliegenden Änderungsanträgen 2 und 3 (Stand 17.02.2023), auch wenn diese formal zum Zeitpunkt der Abgabe der Stellungnahme nicht mehr Gegenstand der Beratung sein sollten.

In der Sache begrüßen die Innungskrankenkassen, dass mit dem vorliegenden Änderungsantrag 3 das kassenübergreifende Engagement des GKV-Bündnisses für Gesundheit in der lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention gestärkt sowie in GKV-eigene Strukturen überführt werden soll. Damit wird auch der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 18. Mai 2021 Rechnung getragen und die verpflichtende Zusammenarbeit der GKV mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) beendet. Mit Bedauern nehmen wir aber zur Kenntnis, dass der Änderungsantrag das auf Basis einer freiwilligen Selbstverpflichtung bestehende Bündnis für Gesundheit nicht erwähnt.

Die GKV steht zu ihrer Verantwortung zur lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention. Dieser Verantwortung ist die GKV auch seit dem Urteil des BSG durch ihre freiwillige Selbstverpflichtung und Fortführung der Projekte nachgekommen. Das GKV-Bündnis für Gesundheit richtet nach wie vor seine Aktivitäten eng an Zielen und Schwerpunkten der Nationalen Präventionskonferenz aus und ist strukturell über die Länderebene auch mit den Landesrahmenvereinbarungen (LRV) zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie eingebunden. Der Vorschlag, trotz dieser unter Beweis gestellten Eigenständigkeit, allein der GKV Berichts-, Beteiligungs- und Finanzierungsverpflichtungen aufzubürden, ist daher nicht nachvollziehbar.

Im Rahmen der freiwilligen Selbstverpflichtung hat sich die GKV auf Ausgaben in Höhe von 0,20 Euro pro Versicherten pro Jahr geeinigt. Im Rahmen der gesetzlichen Normierung halten die Kassenarten einen Betrag in Höhe von 0,36 Euro für ausreichend und inhaltlich begründet (siehe hierzu die Ausführungen zu § 20a Abs. 7 neu). Jeder darüber hinaus gehende Betrag ist sowohl aus Sicht der GKV als auch laut Bundesrechnungshof kritisch zu hinterfragen. Der Betrag sollte vielmehr auf Basis der zukünftigen Erfahrungen mit der Umsetzung der Aufgaben des GKV-Bündnisses für Gesundheit im Rahmen des NPK-Präventionsberichtes überprüft und ggfs. bedarfsbezogen und datenbasiert angepasst werden. Dass es der BZgA in der Vergangenheit nicht ansatzweise gelungen ist, die Beitragsmittel zu verausgaben, unterstreicht die Tatsache, dass der bisherige Beitrag zu hoch angesetzt wurde, noch einmal ausdrücklich. Bei der Frage der Beitragshöhe ist auch zu berücksichtigen, dass Prävention und Gesundheitsförderung gesamtgesellschaftliche Aufgaben sind.

Kommentierung zum Änderungsantrag 2 **(Aussetzung der Budgets in der ambulanten Kinderheilkunde)**

Artikel 1 Nummer 2 und 3 (§§ 87a, 87b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 87a Absatz 3b neu - Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

§ 87b Absatz 1 Satz 3 neu - Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung)

Beabsichtigte Neuregelung

§ 87a Absatz 3b neu

Um die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit in der ambulanten Kinderheilkunde in finanzieller Hinsicht dauerhaft attraktiv zu gestalten, sollen die Leistungen der allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin von mengenbegrenzenden Maßnahmen der Honorarverteilung ausgenommen und Budgets ausgesetzt werden. Entsprechend dieser Prämisse werden Ausnahmen von der befreienden Wirkung der Zahlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung getroffen, um entweder die volle Auszahlung von Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin zu ermöglichen bzw. bei Nichtausschöpfen der Leistungen Überzahlung durch die Krankenkassen zu vermeiden.

Gemäß § 87a SGB V wird den Krankenkassen die Pflicht auferlegt, die Leistungen der allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin, die gegenüber Kindern und Jugendlichen erbracht werden, mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) vollständig zu vergüten. Um Nachzahlungen und Rückforderungen der Krankenkassen zu ermöglichen, wird die MGV bezüglich der genannten Leistungen nicht mit befreiender Wirkung gezahlt. Damit wird sichergestellt, dass die Aussetzung der Budgets nicht zu Lasten anderer Arztgruppen geht, sondern vollständig und ausschließlich von den Krankenkassen zu finanzieren ist.

Gleichzeitig sieht das neue Verfahren Nachzahlungen der Krankenkassen vor, wenn durch die betreffende Fachgruppe mehr Honorar angefordert wird, als in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) vorgesehen. Diese Nachzahlungen müssen jedes Quartal neu mit den Krankenkassen verhandelt werden und dürfen nicht zu Lasten anderer Facharztgruppen gehen.

§ 87b Absatz 1 Satz 3

In § 87b SGB V wird für die Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen vorgegeben, dass für die genannten Leistungen keine Honorarbegrenzungen oder -minderungen vorgenommen werden dürfen. Für diese Leistungen ist die mit dem nach § 87 Absatz 3b Satz 4 vorgegebenen Verfahren festgesetzte morbiditätsbedingten Gesamtvergütung mit einer entsprechenden Ausgleichszahlung vorzusehen.

Bewertung

Wenn der Gesetzgeber der Auffassung ist, dass die Attraktivität der pädiatrischen Versorgung gesteigert werden muss, dann ist das hier gewählte Verfahren der Entbudgetierung nicht das richtige Mittel. Mit Sorge betrachten die Innungskrankenkassen, dass der Gesetzgeber das Mittel der Budgetierung insgesamt in Frage stellt. Eine Entbudgetierung im Bereich der pädiatrischen Versorgung wäre ein Einstieg auch für weitere Facharztgruppen. Die Benachteiligung der sprechenden Medizin ist ein grundsätzliches Thema der Honorarverteilungsmaßstäbe (HVM). Das hier gewählte Verfahren der Entbudgetierung im Bereich der MGV birgt die Gefahr, dass der Bereich der Pädiatrie innerhalb der HVM weiter abgesenkt wird.

Die in der vorgelegten Begründung dargestellte herausragende Verantwortung und Besonderheiten in der Praxis, welche die Kinderheilkunde in einem erheblichen Maß von anderen Fachgebieten unterscheidet, sind nicht neu und haben weniger mit einem Rückgang als vielmehr mit einer Ungleichverteilung der Kinderarztsitze zu tun.

Die nun vorgesehene Entbudgetierung der kinder- und jugendärztlichen Leistungen der Pädiater – als Teil der im Koalitionsvertrag vorgesehenen Aufhebung der Budgetierung der ärztlichen Honorare im hausärztlichen Bereich – sehen wir kritisch. Dies auch vor dem Hintergrund, dass weitere Arztgruppen folgen könnten.

Vielerorts liegt der Versorgungsgrad im hausärztlichen und kinderärztlichen Bereich statistisch gesehen im Bereich der Überversorgung. Die ungleiche Verteilung an Kinderärzten wird nicht dadurch behoben, dass zusätzliches Geld „im Gießkannensystem“ verteilt wird. Hierfür sind gezielte Fördermaßnahmen vor Ort erforderlich, an deren Finanzierung sich die gesetzlichen Krankenkassen bereits jetzt beteiligen. So wurden beispielsweise durch das TSVG Maßnahmen eingeführt, um die Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu verbessern, indem die Grundlagen der Bedarfsplanung weiterentwickelt und die Förder- und Sicherstellungsinstrumente der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 105 SGB V erweitert wurden. Nach den Vorstellungen des Gesetzgebers sollen die Mittel des Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a Satz 3 SGB V insbesondere für Zuschüsse zu den Investitionskosten bei der Neuniederlassung oder der Gründung von Zweigpraxen, für Zuschläge zur Vergütung und zur Ausbildung sowie für die Vergabe von Stipendien an Medizinstudierende verwendet werden. Ferner wären auch noch entsprechende Zuschläge möglich.

Abseits dieser Bedenken ist in der vorgesehenen Änderung des § 87a unklar, wie eine medizinisch nicht begründete Leistungsausweitung z. B. im Sinne der angebotsinduzierten Nachfrage vermieden werden kann. Hier stellt sich die Frage nach Kontrollmechanismen.

Schließlich bleibt zu kritisieren, dass bislang auch keine verlässlichen Angaben zu möglichen Mehrkosten für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) vorliegen.

Aus diesen Gründen wird die geplante Regelung von den Innungskrankenkassen umfassend abgelehnt.

Änderungsvorschlag

Streichung.

Kommentierung zum Änderungsantrag 3 **(Neuregelung des § 20a SGB V)**

Artikel 1 Nummer 0 (§ 20a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 20a – Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten – Neufassung von Absatz 3

Beabsichtigte Neuregelung

Die Norm verpflichtet die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in den Ländern, Arbeitsgemeinschaften zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach § 20a Absatz 1 und 2 insbesondere bei der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten zu bilden. Über die Aufgaben der jeweiligen Arbeitsgemeinschaft, deren Arbeitsweise sowie der ihnen nach Absatz 5 zugewiesenen Mittel sind entsprechende Vereinbarungen zu treffen. Zur Erfüllung ihrer Aufgaben sollen die Arbeitsgemeinschaften Verwaltungsakte erlassen können.

Die Ziele und Inhalte der Landesrahmenvereinbarungen sollen mit Hilfe der Arbeitsgemeinschaften in enger Abstimmung mit den an den Vereinbarungen weiteren Beteiligten unterstützt werden. Dazu soll insbesondere die gemeinsame Förderung von Projekten gehören. Durch die Berücksichtigung der Stellungnahmen der weiteren an den Landesrahmenvereinbarungen Beteiligten soll sichergestellt werden, dass länderspezifische Bedarfe etwa hinsichtlich der mit den Leistungen zu verfolgenden Handlungsfelder und Zielgruppen berücksichtigt werden.

Bewertung

Nur Sozialversicherungsträgern, die sich finanziell an entsprechenden Projekten und Aktivitäten beteiligen, sollte ein Mitbestimmungsrecht in einer Abstimmung zustehen. Aktuell bestehen nur für die GKV finanzielle Verpflichtungen. Entsprechend wird eine Mitentscheidung von weiteren an den Landesrahmenvereinbarungen Beteiligten, die nicht zur Finanzierung entsprechender Projekte und Aktivitäten verpflichtet sind, abgelehnt. Es würde einen Eingriff in die Hoheit der GKV bei der Verwendung von Beitragsgeldern darstellen. Die „Berücksichtigung der Stellungnahmen der weiteren an den Landesrahmenvereinbarungen Beteiligten“ müsste in einer weiteren Formulierung, beispielsweise in einer Begründung, ausgeführt bzw. erläutert werden.

Änderungsvorschlag

§ 20a Absatz 3 wird wie folgt geändert:

„(3) Zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach den Absätzen 1 und 2 bilden die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in jedem

Land gemeinsam bei einem der jeweiligen Landesverbände der Krankenkassen oder dem Verband der Ersatzkassen Arbeitsgemeinschaften. Die Arbeitsgemeinschaften unterstützen mit ihren Leistungen die Umsetzung der Rahmenvereinbarungen auf Landesebene nach § 20f Absatz 1. ~~Sie berücksichtigen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben Stellungnahmen der weiteren an den Rahmenvereinbarungen auf Landesebene nach § 20f Absatz 1 Beteiligten. (...).~~

§ 20a – Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten – Neufassung von Absatz 4

Beabsichtigte Neuregelung

Dem GKV-Spitzenverband kommen nach dieser Norm im Wesentlichen unterstützende Aufgaben zu. Dazu gehören insbesondere die Empfehlung von gemeinsamen, kassenartenübergreifenden Handlungsfeldern und Schwerpunktthemen im Zusammenwirken mit den Zielen der nationalen Präventionsstrategie sowie die Steuerung und Koordination von bundesweiten Initiativen als auch die Entwicklung, Erprobung und wissenschaftliche Evaluation gesundheitsförderlicher Konzepte. Um die Unterstützung und Ergänzung der Maßnahmen auf Landesebene durch die Aufgabenwahrnehmung auf Bundesebene zu gewährleisten, beteiligt der GKV-Spitzenverband die Krankenkassen an der Erstellung des Jahresarbeitsprogrammes. Durch die Berücksichtigung einer Stellungnahme der Nationalen Präventionskonferenz soll das Leistungsgeschehen der Krankenkassen noch besser in die nationale Präventionsstrategie eingebunden werden.

Der GKV-Spitzenverband kann Dritte, wie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), mit der Wahrnehmung bestimmter Aufgaben beauftragen. Dabei gelten die Vorgaben des § 197b entsprechend.

Bewertung

Es ist nicht eindeutig ersichtlich und nachvollziehbar, inwiefern die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung von dem GKV-Spitzenverband beauftragt werden kann. Daher wird für die Streichung dieser Formulierung in der vorliegenden Ausgestaltung plädiert.

Änderungsvorschlag

§ 20a Abs. 4 Satz 2 wird wie folgt geändert:

„Der GKV-Spitzenverband kann Dritte, ~~wie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)~~, mit der Wahrnehmung von Aufgaben nach Satz 1 Nummer 2 und 3 beauftragen.“

§ 20a – Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten – Anfügung von Absatz 7 (neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Absatz 7 regelt die Finanzierung zur Fortführung der bislang mittels Initiative „GKV-Bündnis für Gesundheit“ erfolgten Aufgabenwahrnehmung. Vorgesehen ist, dass die Krankenkassen dem GKV-Spitzenverband 0,53 Euro je Versicherten aus ihren Mitteln für die lebensweltbezogene Gesundheitsförderung und Prävention nach § 20a SGB V zur Verfügung stellen, wobei dieser Betrag ebenfalls mit der Veränderungsrate der monatlichen Bezugsgröße entsprechend § 20 Abs. 6 SGB V fortgeschrieben werden soll. Vom GKV-Spitzenverband oder einer Arbeitsgemeinschaft nicht verausgabte Mittel, sollen im Folgejahr zusätzlich für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 3 oder Absatz 4 verwendet werden.

Der GKV-Spitzenverband hat den Verteilungsschlüssel zur Aufteilung des Finanzvolumens auf die Arbeitsgemeinschaften in den Ländern festzulegen. Das Verfahren zur Verteilung der Mittel soll in der Satzung des GKV-Spitzenverbandes geregelt werden, um sicherzustellen, dass die Krankenkassen im Rahmen der Beschlussfassung des zuständigen Selbstverwaltungsorgans an der Verteilungsregelung beteiligt werden. Aus den Mitteln sind ebenfalls die Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes nach Absatz 4 einschließlich der ihm durch die Wahrnehmung seiner Aufgaben entstehenden sächlichen und personellen Aufwendungen zu finanzieren. Der GKV-Spitzenverband hat die zur Durchführung seiner Aufgaben nach Absatz 4 im Folgejahr notwendigen Ausgaben einschließlich der sächlichen und personellen Aufwendungen jeweils zum 1. Oktober eines Jahres mit der Haushaltsplanung festzulegen.

Bewertung

Der Betrag in Höhe von 0,53 Euro je Versicherten wird als zu hoch und nicht angemessen bewertet. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) konnte in der Vergangenheit die ihr zur Verfügung gestellten Mittel nie vollständig ausgeben. Dennoch ist das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) leider nicht dem Vorschlag der GKV gefolgt, den Finanzrahmen des GKV-Bündnisses auf Basis der zukünftigen Erfahrungen mit der Umsetzung der Aufgaben des GKV-Bündnisses für Gesundheit im Rahmen des NPK-Präventionsberichtes zu überprüfen sowie ggf. bedarfsbezogen und datenbasiert anzupassen. Vor dem Hintergrund der finanziellen Herausforderungen der GKV ist die Bindung von Beitragsmitteln in dieser Höhe nicht nachvollziehbar. Die Kassenarten halten hier übereinstimmend einen Betrag in Höhe von 0,36 Euro je Versicherten für ausreichend und inhaltlich begründet.

Änderungsvorschlag

§ 20a Abs. 7 neu wird wie folgt geändert:

Die Krankenkassen wenden für die Wahrnehmung der Aufgaben der Arbeitsgemeinschaften nach Absatz 3 und der Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach Absatz 4 ab dem 1. Januar 2024 mindestens einen Betrag in Höhe von ~~0,53~~ 0,36 Euro aus dem Betrag auf, den sie nach § 20 Absatz 6 Satz 2 für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten aufzuwenden haben, und stellen diesen Betrag dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zur Verfügung.