

Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.

zum Entwurf eines Gesetzes zur
Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)

BT-Drucksache 19/26822

Sozialverband VdK Deutschland e. V.
Abteilung Sozialpolitik
Linienstraße 131
10115 Berlin

Telefon: 030 9210580-300
Telefax: 030 9210580-310
E-Mail: sozialpolitik@vdk.de

Berlin, 18.03.2021

Der Sozialverband VdK Deutschland e. V. (VdK) ist als Dachverband von 13 Landesverbänden mit über zwei Millionen Mitgliedern der größte Sozialverband in Deutschland. Die Sozialrechtsberatung und das Ehrenamt zeichnen den seit über 70 Jahren bestehenden Verband aus.

Zudem vertritt der VdK die sozialpolitischen Interessen seiner Mitglieder, insbesondere der Rentnerinnen und Rentner, Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen sowie Pflegebedürftigen und deren Angehörigen.

Der gemeinnützige Verein finanziert sich allein durch Mitgliedsbeiträge und ist parteipolitisch und konfessionell neutral.

1. Zu den Zielen des Gesetzentwurfs und den Maßnahmen der Umsetzung

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) fasst in diesem Gesetzentwurf eine Vielzahl von Einzelregelungen zusammen.

Der Gesetzentwurf beinhaltet insbesondere

- Verbesserungen für gesetzlich Krankenversicherte, zum Beispiel durch das neue DMP Adipositas,
- Bürokratieentlastung bei den Beitragszahlungen,
- Reform des Notlagentarifs für privat Krankenversicherte,
- Förderung der Hospiz- und Palliativversorgung durch die Koordination in Netzwerken,
- Stärkung der ambulanten Kinderhospizarbeit sowie der ambulanten Krebsberatung,
- Steigerung der Qualität und Transparenz in der Versorgung durch verschiedene Maßnahmen, wie zum Beispiel Mindestmengen und Qualitätsverträge.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt das Gesetz. Es beinhaltet viele wichtige Details, geht allerdings keine Grundsatzzfragen an. Beim Krankengeld, der Privaten Krankenversicherung (PKV), der Krankenhausplanung und der Notfallversorgung sind grundsätzliche Reformen notwendig.

Dieser Gesetzentwurf mit der Fülle seiner Neuregelungen zeigt, wie wichtig eine gute unabhängige Beratung der Patienten ist. Die Patienten wissen nicht, wie sie einen Zweitmeinungsanspruch geltend machen und für welche Operationen das möglich ist. Ebenso wenig wissen sie, wie sie eine barrierefreie Reha-Einrichtung finden.

Einzelne Bausteine wie die Terminservicestellen oder die Veröffentlichung von Qualitätssicherungsergebnissen der Reha-Einrichtungen sind begrüßenswert, sie helfen den Patienten aber nicht, sich auch nur ansatzweise im Labyrinth von Ärzten, Krankenhäusern, einzelnen Behandlungsmethoden und den Ansprüchen gegenüber den Krankenkassen zurechtzufinden. Für das Einlegen eines Rechtsmittels und Führen eines Gerichtsverfahrens gilt das umso mehr.

Deshalb sollte das GVWG genutzt werden um jetzt die **Unabhängige Patientenberatung (UPD)** in eine dauerhafte, solide Form zu überführen. Unabhängig bedeutet unabhängig von den Krankenkassen, den wirtschaftlichen Akteuren im Gesundheitswesen und der aktuellen

politischen Lage. Sie sollte zivilgesellschaftlich organisiert sein, in Trägerschaft der maßgeblichen Patientenorganisationen.

Weiterhin fordert der VdK, den Willen des Gesetzgebers bei der sogenannten **Genehmigungsfiktion** für selbstbeschaffte Leistungen der Versicherten bei Untätigkeit der Krankenkasse (§ 13 Abs. 3 SGB V) zu präzisieren. Das Bundessozialgericht hat durch seine Entscheidung vom 26. Mai 2020 die Wirkung der Genehmigungsfiktion unsachgerecht eingeschränkt und damit die gesetzgeberische Intention des Gesundheitsausschusses ignoriert. Hier ist die alte Rechtslage wiederherzustellen.

Im Folgenden nimmt der Sozialverband VdK Deutschland zu ausgewählten Punkten Stellung.

2. Änderungen im SGB V

2.1. Familienversicherungsleistungen im Ausland (§ 17)

Mütter, die in Elternzeit sind, wechseln nicht mehr in die Familienversicherung des Ehemanns, sondern bleiben beitragsfrei in ihrer Versicherung. Wenn die Familie des Versicherten aufgrund einer Tätigkeit nach Entsendung durch den deutschen Arbeitgeber im Ausland lebt, ergibt sich daraus das Problem, dass die Mutter gegenüber ihrer Versicherung keinen Anspruch auf Krankenbehandlung im Ausland hat. Deshalb erhält sie nun diesen Anspruch gegenüber der Versicherung des Ehemanns.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt diese Regelung. Sie erspart einer kleinen Gruppe von Versicherten den bürokratischen Aufwand, für ein paar Monate in die Familienversicherung zu wechseln.

2.2. Anspruch auf wohnortferne, ambulante Vorsorgeleistungen (§ 23)

Versicherte haben bisher einen Anspruch auf ambulante oder stationäre Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten beziehungsweise Vertragseinrichtungen nach dem Ermessen der gesetzlichen Krankenkasse. Dies soll in eine Pflichtleistung umgewandelt werden. Damit will das BMG den weiteren Rückgang bei diesen Leistungen verhindern und die medizinische Vorsorge stärken.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt die Umwandlung des Anspruchs auf Vorsorgeleistungen von einer Ermessensleistung in eine Pflichtleistung. Der Verband hält eine Stärkung der Präventions- und Vorsorgeleistungen der Sozialversicherungsträger für notwendig. Hier kann gar nicht früh genug angesetzt werden, um die Gesundheit der Versicherten sich gar nicht erst verschlechtern zu lassen. Da mit der Gesundheit regelmäßig die Erwerbsfähigkeit gesichert wird, nützt die Vorsorgeleistung gleichzeitig dem Sozialversicherungssystem, wenn Versicherte in die Kranken- und Rentenversicherung einzahlen, anstatt Krankengeld oder Erwerbsminderungsrente beziehen zu müssen.

Der VdK weist bei dieser Gelegenheit auf seine langjährige Forderung hin, ein echtes Wunsch- und Wahlrecht des Versicherten bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung einzuführen. Dies gilt ebenso für die Bestimmung der Vorsorgeeinrichtung nach § 23 Absatz 5 SGB V.

2.3. Schwangerschaftsversorgung für diverse und männliche Personen (§ 24c)

Frauenärzte dürfen nur Leistungen für Frauen abrechnen. Transmänner und Intersexuelle mit eingetragendem Geschlechtsmerkmal „divers“ oder „männlich“ mit weiblichen Geschlechtsorganen haben zukünftig Anspruch auf Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt diese Regelung. Zur Lösung des zugrunde liegenden Problems schlagen wir vor, die Begrenzung von Frauenärzten auf Frauen aufzuheben. Menschen mit weiblichen Geschlechtsorganen brauchen ebenfalls Vorsorgeuntersuchungen auf Gebärmutterhalskrebs, Gebärmutterkrebs und Brustkrebs – unabhängig von ihrer Geschlechtsidentität.

Des Weiteren würde dies Frauenärzten ermöglichen, werdende Väter gegen Röteln zu impfen. Beim letzten Masernausbruch in Deutschland wurde deutlich, dass gerade jungen Männern die Auffrischungsimpfung Mumps-Masern-Röteln fehlt. Eine Rötelinfection der Schwangeren ist sehr gefährlich für das ungeborene Kind.

2.4. Ausweitung des Zweitmeinungsanspruchs (§ 27b)

Das Recht auf Einholung einer Zweitmeinung besteht bisher für drei Operationen: Mandelentfernungen, Gebärmutterentfernungen und Arthroskopien am Schultergelenk.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird verpflichtet, jährlich mindestens zwei weitere Eingriffe festzulegen, vor denen die Versicherten einen Anspruch auf eine Zweitmeinung haben. Dadurch sollen Versicherte besser vor überflüssigen Operationen geschützt werden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Für die mengenanfälligen Operationen an Knien, Hüfte und Rücken fehlt leider immer noch ein strukturierter Anspruch auf Zweitmeinung. Der VdK begrüßt diese Regelung daher sehr, insbesondere die Möglichkeit für den G-BA, dies für mehr als zwei Eingriffe festzulegen.

Mittelfristig ist eine andere Planung und Vergütung der Krankenhäuser notwendig, damit die Fehlanreize, überflüssige Operationen durchzuführen, beseitigt werden.

2.5. Förderung der Kinderhospizarbeit (§ 39a und d)

Zur Förderung der Koordination in Netzwerken sollen Krankenkassen künftig unter bestimmten Voraussetzungen Zuschüsse zahlen. Damit beteiligen sich die Krankenkassen künftig gemeinsam mit kommunalen Trägern der Daseinsvorsorge an dem Aufbau und der Förderung von bedarfsgerechten, regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerken. Hierfür werden in jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt Netzwerkkoordinatoren gefördert, die unter Beibehaltung der bestehenden Versorgungsstrukturen übergreifende Koordinierungs- und Kooperations-tätigkeiten ausführen.

Die Hospiz- und Palliativversorgung wird weiter gefördert. Zur Stärkung ambulanter Kinderhospizarbeit ist künftig für die GKV-Zuschüsse eine gesonderte Rahmenvereinbarung für Kinder und Jugendliche abzuschließen, die eigenständig neben der Rahmenvereinbarung der ambulanten Hospizversorgung für Erwachsene steht.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt, dass zukünftig für Kinder und Jugendliche eine eigenständige Rahmenvereinbarung abzuschließen ist. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass sich die ambulante Kinder- und Jugendhospizarbeit an vielen Stellen von der ambulanten Hospizarbeit für Erwachsene unterscheidet. Von daher ist eine eigenständige Rahmenvereinbarung sachgerecht.

Hinsichtlich der Förderung von kommunalen Hospiz- und Palliativnetzwerken begrüßt der VdK den grundsätzlichen Gedanken, dass es für diesen Bereich eine kommunale Verantwortung gibt und regionale Netzwerke die Versorgung im Quartier deutlich besser und konkreter etablieren können. Der VdK gibt jedoch zu bedenken, dass es in den letzten Jahren schon vielfältige Initiativen unterschiedlicher Träger und Organisationen im Bereich der ambulanten Hospizarbeit mit eigenen Netzwerken gegeben hat. Hier gilt es, diese schon bestehenden Netzwerke zu integrieren, damit deren wertvolle Arbeit der letzten Jahre im Rahmen des Aufbaus ambulanter Hospiz- und Palliativstrukturen weiter geführt werden kann. Inwieweit das Ziel, in jeder Kommune ein solches Netzwerk zu installieren, mittels des Finanzierungsvorschlags erreicht werden kann, kann nicht eingeschätzt werden. Der VdK hält es aber für sinnvoll, wenn die kommunalen Spitzenverbände bei der Erarbeitung der Förderrichtlinie einbezogen werden.

2.6. Erhöhte Förderung der ambulanten Krebsberatungsstellen (§ 65e)

Die Förderung der Krebsberatungsstellen durch die gesetzlichen Krankenkassen soll auf 42 Millionen Euro verdoppelt werden. Der Förderumfang wird ebenso verdoppelt und soll künftig 80 Prozent betragen. Der GKV-Spitzenverband soll den Auftrag erhalten, im Rahmen der Förderkriterien – unter Beteiligung der in den Ländern zuständigen Behörden – das Nähere zu Finanzierungsbeiträgen von Ländern und Kommunen zu regeln. Die privaten Krankenversicherer beteiligen sich zu sieben Prozent an diesen Kosten.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt diese deutliche Steigerung der Förderung. Die ambulante Krebsberatung leistet seit Jahrzehnten einen wesentlichen Versorgungsbeitrag für Krebspatientinnen und -patienten sowie deren Angehörigen.

Deshalb muss es jedoch eine Gesamtförderung in Höhe von 100 Prozent geben. Das Gesamtvolumen muss daher wenigstens 104 Millionen Euro betragen. Weiterhin ist das Beratungsangebot auszubauen: Es sollten Angebote für Beratung per Videotelefonie sowie weitere digitale Beratungsangebote geschaffen werden und es sollte Beratungszeiten von mindestens 20 Stunden pro Woche geben. Die Beratung muss in barrierefreien Räumlichkeiten erfolgen. Die Erfüllung dieser Vorgaben wird den Finanzierungsbedarf zusätzlich erhöhen.

Weiterhin ist der Beitrag der privaten Krankenversicherer von nur sieben Prozent zu kritisieren. Der Anteil von PKV-Versicherten in Deutschland liegt bei 10,5 Prozent. Die sieben Prozent mögen sich rechnerisch aus dem Anteil der Beihilfeberechtigung von Beamten, Richtern und Soldaten sowie deren Angehörigen ergeben. Es ist jedoch eine falsche Schlussfolgerung, die verbleibenden 3,5 Prozent der GKV aufzubürden. Diese Mittel müssen aus Sicht des VdK von den jeweiligen Dienstherrn beigesteuert werden. Sie würden dann zwar aus Steuermitteln erbracht werden, wozu dann allerdings GKV- und PKV-Versicherte nach ihrem jeweiligen Steuersatz beitragen. Nur dies wäre eine sachgerechte Lösung.

Der VdK kritisiert, dass es auf keiner Ebene der Regelungen eine abstrakte Bemessungsgrenze für das Personal der Krebsberatungsstellen anhand der zu betreuenden Bürgerinnen und Bürger gibt. Laut den Fördergrundsätzen des GKV-Spitzenverbandes (Ziffer 4.2.3) umfasst ein Beratungsteam 2,5 Vollzeitstellen. Für Krebsberatungsstellen mit begrenztem Einzugsgebiet ist das nicht immer angemessen.

2.7. Terminservicestellen (§ 75)

Die Regelungen zu den Terminservicestellen werden ausgeweitet. Sie sollen zukünftig auch telefonische ärztliche Konsultationen vermitteln. Das Überweisungserfordernis entfällt auch für Patienten, die in einer Krankenhausnotaufnahme vorstellig waren und an die ambulante Versorgung verwiesen wurden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt grundsätzlich die verbesserten Regelungen zu den Terminservicestellen. Sie können ein wichtiges Instrument in der Versorgungssteuerung werden. Dafür fehlt aber bisher das Engagement der Kassenärztlichen Vereinigungen. Wir erhalten immer noch Beschwerden über schlechte Erreichbarkeit und mangelnde Vermittlung. Die Terminservicestellen sind seit dem 1. Januar 2020 verpflichtet, über die Barrierefreiheit von Arztpraxen zu informieren. In der Praxis haben die Kassenärztlichen Vereinigungen noch nicht einmal systematisch die Barrierefreiheit erhoben. Selbstauskunftsbögen der Arztpraxen, auf denen „barrierefrei“ oder „bedingt barrierefrei“ angekreuzt wird, sind keine Hilfe für die Betroffenen. Sie brauchen konkrete Informationen: Gibt es eine rollstuhlgerechte Toilette? Können Kleinwüchsige auf den Behandlungsstuhl gelangen? Wie hoch ist die Türschwelle am Eingang?

Neben telefonischen Konsultationen sollten hier auch Videokonsultationen aufgenommen werden.

2.8. Berufshaftpflichtversicherung (§ 95e)

Die Vertrags(zahn)ärzte und -psychotherapeuten werden verpflichtet, eine Berufshaftpflichtversicherung abzuschließen. Dies war bisher nur in den Kammergesetzen geregelt. Diese sehen keine regelhafte Überprüfung vor. Bei fehlender Haftpflichtdeckung laufen die Schadensersatzansprüche der geschädigten Patienten ins Leere.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt diese Regelung im SGB V. Es sollte nichtsdestotrotz im Berufsrecht nachgeschärft werden. Gerade aus dem Bereich der privat abrechnenden kosmetischen Chirurgie werden uns viele Klagen über Behandlungsfehler bekannt.

Langfristig verfolgt der VdK das Ziel, die Ärzte- und Heilberufshaftung in das Recht der Gesetzlichen Unfallversicherung zu überführen. Eine Entkoppelung der eigenen Haftung der Ärzte oder Krankenhäuser von Ansprüchen der geschädigten Patienten soll ein besseres Verfahren und gerechtere Ergebnisse bringen. Damit bliebe für die private (Rest-) Haftpflicht, noch die Fälle abzudecken, in denen auch ein Unternehmer gemäß SGB VII noch haftet.

2.9. Verpflichtung zu Qualitätsverträgen mit Krankenhäusern (§ 110a)

Krankenkassen können bisher mit einzelnen Krankenhäusern Qualitätsverträge schließen. Daraus wird eine Verpflichtung mit festem Ausgabenvolumen. Erreichen Krankenkassen diese Ausgaben nicht, fließen die Mittel in den Gesundheitsfonds. Bisher hat der G-BA vier Bereiche für diese Qualitätsverträge festgelegt:

- Endoprothetische Gelenkversorgung
- Prävention des postoperativen Delirs bei der Versorgung von älteren Patientinnen und Patienten
- Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten
- Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus

Die letzten drei Bereiche gehen auf Anträge der Patientenvertretung zurück. Es gibt seitens der Krankenkassen kein Interesse daran, in diesen Bereichen Verträge zu schließen, weil sich damit kein Geld einsparen lässt.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Erfahrungen mit den Qualitätsverträgen sind desillusionierend. Zur Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus gibt es bisher einen einzigen Vertrag mit einem Krankenhaus. Die besonderen Bedarfe von Menschen mit Behinderung müssen aber in jedem Krankenhaus beachtet werden, auch unabhängig von der Krankenkasse der Patienten. Alle älteren Patienten brauchen Maßnahmen zur Prävention des postoperativen Delirs. Auch verpflichtende Leistungsvolumina für Qualitätsverträge werden keine flächendeckende Versorgungsverbesserung nach sich ziehen. Bei der Respiratorentwöhnung ist der Gesetzgeber daher im Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) den Weg der allgemeinen Verpflichtung gegangen.

Der VdK fordert, diesen Weg weiter zu gehen und statt auf Qualitätsverträge zwischen einzelnen Krankenkassen und Krankenhäusern auf allgemeine Verpflichtungen zu setzen.

2.10. Ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus (§ 120)

Die Ersteinschätzung zur Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs wird eine neue, zwingende Leistung in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser. Der G-BA wird beauftragt, die Einzelheiten zum Verfahren und zum Personal für die Ersteinschätzung zu regeln. Die Ersteinschätzung und die ambulante Behandlung werden aus der Gesamtvergütung vergütet.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK weist an dieser Stelle nochmals grundsätzlich darauf hin, dass Patienten die Notaufnahme des Krankenhauses nicht aufsuchen, weil sie zu faul sind, in die zuständige kassenärztliche Versorgung zu gehen, sondern weil diese nicht zugänglich ist:

Der kassenärztliche Notdienst verweist in einigen Regionen regelhaft auf die Krankenhäuser. Gesetzlich Versicherte erhalten teilweise selbst bei akuten Schmerzen keinen Termin bei den niedergelassenen Ärzten am selben Tag. Schlussendlich begeben sich Rollstuhlfahrerinnen für Vorsorgeuntersuchungen ins Krankenhaus, weil es in ihrer Region keine barrierefreien Frauenarztpraxen gibt. Es ist deshalb sachgerecht, den G-BA – und nicht die KBV wie noch im Referentenentwurf des Gesetzes vorgesehen – mit der Regelung zu beauftragen, da hier die Patientenvertretung beteiligt wird. Der VdK erkennt an, dass seine Forderung nach einer Beauftragung des G-BA umgesetzt wurde.

Dennoch fordert VdK, die schon lange geplante Reform der Notfallversorgung voranzubringen. Die jetzige Neuregelung kann und darf grundlegende Änderungen nicht ersetzen. Auch der Bundesrat weist in seiner Stellungnahme vom 12. Februar 2021 darauf hin, dass die im GVWG enthaltene Neuregelung nicht grundlegende Reformüberlegungen ersetzen darf.

2.11. Förderung der Qualitätstransparenz (§ 136a)

Der G-BA wird beauftragt, in einer Richtlinie einheitliche Regelungen zu einrichtungsbezogenen Qualitätsvergleichen zu beschließen.

Bisher veröffentlicht der G-BA die erhobenen Daten zur Qualität der Krankenhäuser in jährlichen, einrichtungsbezogenen Qualitätsberichten. Diese stellen verschiedene Anbieter im Internet vergleichend dar, wie zum Beispiel unter www.weisse-liste.de.

Qualitätsvergleiche zu ambulanten Leistungserbringern fehlen bisher, da keine Qualitätsdaten erhoben werden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Ganz grundsätzlich muss der VdK der in der Begründung geäußerten Erwartung widersprechen, die Qualitätstransparenz führe zu Patientenbewegungen und damit zu einer Qualitätsverbesserung. Das ist wissenschaftlich widerlegt (siehe Gutachten des Sachverständigenrats Gesundheit 2012). Allerdings gibt es Effekte des gegenseitigen Lernens und Verbesserungsanreize für die Ärzte, die diese Rankings lesen.

Die Regelung bietet eine Chance, auch zu Qualitätsvergleichen im ambulanten Bereich zu kommen. Dazu muss sichergestellt werden, dass die Daten in maschinenlesbarer Form auch Dritten zur Verfügung gestellt werden, die diese frei aufbereiten dürfen.

2.12. Mindestmengen (§ 136b)

Die Regelungen zur Festlegung der Mindestmengen sowie zur Prognosedarlegung werden modifiziert. Unter anderem muss der G-BA seine Beratungen innerhalb von zwei Jahren durchgeführt haben. Weiterhin wird bei den Mindestmengen die Befugnis des G-BA sowie der Länder, Ausnahmeregelungen vorzusehen, aufgehoben. Krankenkassen werden zukünftig verpflichtet, übermittelte Prognosen zu widerlegen, sofern erhebliche Zweifel an deren

Richtigkeit bestehen. Dabei sollen gegen diese Widerlegungen eingelegte Widersprüche der Krankenhäuser keine aufschiebende Wirkung entfalten.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Wie bereits oben ausgeführt, begrüßt der VdK die Regelungen zu Mindestmengen und deren Verbesserungen. Besonders begrüßt der Verband, dass Widersprüche von Krankenhäusern, die die Mindestmengen prospektiv nicht erfüllen, keine aufschiebende Wirkung mehr haben. Die Klagen der Krankenhäuser gegen die Krankenkassen legen inzwischen die Sozialgerichte lahm und verhindern, dass Erwerbsminderungsrentner oder Krankengeldbezieher zeitnah zu ihrem Recht kommen.

2.13. Evaluation Qualitätsverträge (§ 136b)

Der G-BA wird verpflichtet, das Instrument der Qualitätsverträge bis 2028 grundsätzlich zu evaluieren. Gute Regelungen sollen in die Regelversorgung überführt werden. Der G-BA hat in den Jahren 2021 bis 2024 jährlich zwei weitere Leistungen festzulegen, bei denen Qualitätsverträge erprobt werden. Er erhält zudem den Auftrag, jährlich eine Übersicht der Krankenkassen, die Qualitätsverträge abgeschlossen haben, zu veröffentlichen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt die grundsätzliche Evaluation der Qualitätsverträge. Die Veröffentlichung der Übersicht muss barrierefrei erfolgen.

2.14. Qualitätszu- und -abschläge (§ 136b)

Die ebenfalls mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) eingeführten Qualitätszu- und -abschläge können nicht rechtssicher umgesetzt werden und werden daher abgeschafft.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK hatte sich bereits bei der Einführung gegen die Zu- und Abschläge ausgesprochen und begrüßt daher die Abschaffung dieses Instruments.

2.15. Patientenkapitel (§ 136b)

Das gesonderte Patientenkapitel in den Qualitätsberichten wurde bisher nicht umgesetzt und wird daher gestrichen. Der G-BA plant, die darin enthaltenen Informationen in einem gesonderten Informationsangebot im Internet adressatengerecht zur Verfügung zu stellen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Kein Patient liest die Qualitätsberichte der Krankenhäuser. Sie sind keine hilfreiche Entscheidungsgrundlage. Es scheint auch kein Interesse bei den Krankenhäusern zu bestehen, diese verständlich zu gestalten. Daher ist es nur folgerichtig, dieses Kapitel zu schließen.

Das vom G-BA geplante Informationsangebot muss barrierefrei und leicht auffindbar sein und auch ein nicht-digitales Angebot umfassen. Der VdK vermisst dabei den in der Begründung zum Gesetzentwurf benannten Auftrag des Gesetzgebers an den G-BA, „einheitliche Regelungen zur Information der Öffentlichkeit insbesondere durch einrichtungsbezogene Ver-

gleiche in einer Richtlinie der Selbstverwaltung vorzugeben“ (Seite 92, Nr. 41 des Gesetzesentwurfs).

2.16. Patientenbefragungen (§ 137a)

Das Instrument der Patientenbefragungen soll künftig verstärkt auch digital genutzt werden. Zudem soll das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen national und international anerkannte Befragungsinstrumente berücksichtigen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt diese Anpassungen sehr. Das Instrument der Patientenbefragung wird noch viel zu wenig genutzt. Es ermöglicht sowohl sektorenübergreifende Qualitätsmessung als auch patientenrelevante Qualitätsvergleiche.

In der Formulierung sollte klargestellt werden, dass Patientenbefragungen eine „gleichwertige“ Datenquelle zu anderen QS-Daten sind.

2.17. Veröffentlichung der Ergebnisse aus dem Qualitätssicherungsverfahren der Rehabilitationseinrichtungen (§ 137d Abs. 1)

Reha-Einrichtungen müssen schon jetzt an einem externen Qualitätssicherungsverfahren teilnehmen. Der GKV-Spitzenverband soll verpflichtet werden, die Ergebnisse aus dem Qualitätssicherungsverfahren „in übersichtlicher Form und in allgemein verständlicher Sprache“ zu veröffentlichen. Dabei sollen auch ein Vergleich der Qualitätsmerkmale und die Umsetzung von Barrierefreiheit sowie Ergebnisse aus dem Qualitätssicherungsverfahren von Einrichtungen anderer Reha-Träger veröffentlicht werden.

Dies soll den Patienten die Auswahl einer Einrichtung erleichtern.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt dies dem Grunde nach, da damit die Auswahl einer Reha-Einrichtung für die Versicherten verbessert wird. Der VdK bewertet dabei insbesondere positiv, dass die Umsetzung von Barrierefreiheit in der Einrichtung mit veröffentlicht werden soll. Es passiert immer noch zu oft, dass Patienten mit einer Behinderung in einer nicht-barrierefreien Einrichtung behandelt werden. Dies ist an sich widersinnig und gefährdet den Erfolg der Reha-Maßnahme. Barrierefreiheit muss daher ein ausschlaggebendes Kriterium für die Auswahl der Reha-Einrichtung sein – für die Krankenkasse bei ihrer Entscheidung und für die Patienten bei der Suche nach einer geeigneten Einrichtung.

Der VdK fordert daher, aus der Soll-Vorschrift im neuen § 137d Absatz 1 Satz 4 SGB V-E eine „Muss-Vorschrift“ zu machen, um der Bedeutung dieses Merkmals gerecht zu werden.

Des Weiteren sollte in dieser Vorschrift neben den Attributen „in übersichtlicher Form“ und „in allgemein verständlicher Sprache“ auch die Veröffentlichung in barrierefreier Form vorgeschrieben werden. Dies mag in diesem Zusammenhang selbstverständlich sein, auf jeden Fall muss dies zugunsten zum Beispiel der blinden oder sehbehinderten Rehabilitanden in das Gesetz aufgenommen werden.

Letztlich sieht der VdK diese Pflicht zur Veröffentlichung als ersten Schritt zu einem Portal für alle Rehabilitationseinrichtungen an – also nicht nur derjenigen mit einem Vertrag mit den gesetzlichen Krankenkassen. Der VdK mahnt so ein Portal als dringend erforderlich an. Der VdK begrüßt hier die Pflicht des GKV-Spitzenverbands zur Veröffentlichung von Ergebnissen aus dem Qualitätssicherungsverfahren von Einrichtungen anderer Reha-Träger.

2.18. Einführung eines DMP Adipositas (§ 137f)

Zur Verbesserung der Versorgung von Versicherten mit krankhaftem Übergewicht wird der G-BA beauftragt, innerhalb von zwei Jahren ein neues strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP Adipositas) zu entwickeln.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Einführung eines neuen DMP Adipositas ist längst überfällig und eine sehr große Errungenschaft für die Betroffenen.

Adipositas wird nun erstmals vom BGM in diesem Gesetzentwurf als chronische Krankheit anerkannt. Das wird die defizitäre Versorgungssituation von Betroffenen dauerhaft verbessern und Lebensqualität, Krankheitslast und vorzeitige Todesfälle verringern. Zentral für den Erfolg wird sein, dass das Programm mehr enthält als reine Diäten, nämlich evidenzbasierte Therapien wie Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapien, auch aktuelle Entwicklungen im Bereich der medikamentösen Adipositastherapie. Das Programm sollte sicherstellen, dass chirurgische Eingriffe und Rehabilitationen nicht mehr willkürlich abgelehnt werden.

2.19. Nebenberuflich selbstständige Pflichtversicherte (§ 226)

Die Beitragsbemessung nebenberuflich selbstständiger Pflichtversicherter war bisher nur untergesetzlich geregelt. Diese werden nun mit freiwillig versicherten Selbstständigen gleichgestellt. Dadurch erhalten sie erstmals die Möglichkeit einer vorläufigen Beitragsanpassung im Falle eines Gewinneinbruchs.

Bewertung des Sozialverbands VdK

In der Corona-Krise erreichten uns viele Beschwerden nebenberuflich selbstständiger Rentner, denen die Einnahmen komplett ausgefallen waren, die ihre Krankenkassenbeiträge aber nicht anpassen konnten. Der VdK begrüßt diese zeitnahe Lösung.

2.20. Information bei Beitragsüberzahlung (§ 231)

Die Krankenkassen werden verpflichtet, ihre Mitglieder zu informieren, wenn Beiträge über die Beitragsbemessungsgrenze hinaus gezahlt worden sind. Das bereits bestehende Erfordernis, einen Antrag auf Beitragserstattung zu stellen, wird beibehalten, um den Kassenmitgliedern weiterhin einen gewissen Gestaltungsspielraum einzuräumen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Information ist zu kurz gegriffen, die Beiträge sollten automatisch zurückerstattet werden. Es besteht kein sinnvoller Gestaltungsspielraum der Kassenmitglieder.

2.21. Freibetragsregelung für Kindesunterhalt des Ehegatten (§ 240)

Freiwillige Mitglieder zahlen Beiträge auf ihre gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit. Dazu gehört auch der Ehegattenunterhalt, wenn das freiwillige Mitglied nicht über ausreichende Einkünfte verfügt. Dies ist regelmäßig bei Beamtengattinnen der Fall.

Unterhalt für gemeinsame Kinder ist vom Einkommen des Ehegatten abzuziehen, für nicht gemeinsame Kinder bestand eine Regelungslücke. Mit der Schließung wird ein Urteil des Bundessozialgerichts vom 15. August 2018 (Az. B 12 KR 8/17) umgesetzt.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die neue Regelung ist eine gute Umsetzung des BSG-Urteils. Die grundsätzliche Kritik an der Beitragsbemessung auf Grundlage des Familieneinkommens bleibt aber bestehen. Hier besteht eine Ungleichbehandlung zwischen Ehegatten von privat und gesetzlich Versicherten, die sich durch eine Bürgerversicherung heilen ließe.

2.22. Formerfordernis MD Gutachten (§ 275)

Es wird klargestellt, dass jede fallabschließende gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes (MD) schriftlich oder elektronisch zu verfassen ist und zumindest eine kurze Darlegung der Fragestellung und des Sachverhalts, das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe hierfür enthalten muss.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt diese Klarstellung sehr. Das schafft nicht nur mehr Transparenz für die Betroffenen, sondern hilft auch bei Rechtsstreitigkeiten mit den Krankenkassen.

2.23. Abstimmung MD Prüfungen mit Heimaufsicht (§ 275b)

In § 275b Absatz 4 neu SGB V werden die Krankenkassen, ihre Verbände und der Medizinische Dienst verpflichtet, sich bei den Prüfungen mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden und den Trägern der Eingliederungshilfe abzustimmen, und befugt, bestimmte Erkenntnisse aus den Prüfungen auszutauschen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Diese Regelung findet sich auch parallel im Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI), wo dies bereits für die Prüfungen nach § 114 SGB XI gemäß § 117 SGB XI vorgegeben ist. Von daher ist es stringent, eine identische Regelung auch im SGB V einzuführen. Inwieweit mit dieser Regelung der Zusammenarbeit tatsächlich Doppelprüfungen vermieden werden können, bleibt abzuwarten. Der VdK würde es begrüßen, wenn der Gesetzgeber an dieser Stelle weitere und grundsätzlichere Regelungen zur Vermeidung von Doppelprüfungen initiieren würde.

2.24. Mitteilungspflichten MD an Leistungserbringer (§ 277)

Der MD ist zur Mitteilung des Ergebnisses seiner Begutachtung und der wesentlichen Gründe hierfür an die Leistungserbringer nur noch verpflichtet, wenn sein Ergebnis vom Vorgehen des Leistungserbringers abweicht; im Übrigen ist der MD zur Mitteilung weiterhin befugt. Bei

Behandlungsfehlergutachten ist sowohl für die Mitteilung des Ergebnisses der Begutachtung als auch der wesentlichen Gründe die Einwilligung der betroffenen Versicherten erforderlich.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt, dass die Mitteilung von Ergebnissen zu Behandlungsfehlern von der Einwilligung des Versicherten abhängt.

2.25. Aufhebung des Verbotes der Drittfinanzierung für Vertreter der Berufsgruppen im Verwaltungsrat der MD (§ 279)

Das Verbot einer Finanzierung zu mehr als zehn Prozent durch Dritte, die Leistungen für die gesetzliche Krankenversicherung oder die soziale Pflegeversicherung erbringen, wird für die Vertreter im Verwaltungsrat der Medizinischen Dienste, die auf Vorschlag der Ärzteschaft und der Pflegefachberufe benannt werden, aufgehoben. Das Verbot gilt weiterhin für die Vertreter, die auf Vorschlag der Patienten- und Pflegebedürftigenorganisationen benannt werden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Das Verbot der Finanzierung durch Leistungserbringer ist ein Standard der Patientenvertretung und der Pflegebedürftigenvertretung. Daher stimmt der VdK dieser Regelung zu.

2.26. Krankengeld im Risikostrukturausgleich (§ 269)

Den Krankenkassen werden ab 2023 die Ausgaben für das Kinder-Krankengeld vollständig erstattet. Für das normale Krankengeld bleibt es bei der anteiligen Erstattung. Der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) wird damit beauftragt, Modelle zur Ermittlung der Zuweisungen für das reguläre Krankengeld nach § 44 SGB V zu überprüfen. Hierfür wird eine Datengrundlage geschaffen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Patienten leiden sehr unter dem Krankengeldmanagement der Krankenkassen. Das Krankengeld muss unbedingt vollständig aus dem Wettbewerb der Krankenkassen herausgenommen werden. Es muss einen Ist-Ausgleich für das Krankengeld aus dem Risikostrukturausgleich (RSA) geben. Seit Jahren findet hier ein Katz-und-Maus-Spiel zwischen dem Gesetzgeber und den Krankenkassen statt. Die Krankenkassen finden immer neue Möglichkeiten, die Versicherten aus dem Krankengeldbezug zu drängen. Diese werden dann vom Gesetzgeber geschlossen und die Kassen finden neue Möglichkeiten.

Die großen Krankenkassen beschäftigen ganze Call-Center, die Mitglieder im Krankengeldbezug bedrängen. Sie werden aufgefordert ihren Job zu kündigen und Arbeitslosengeld zu beantragen; sie werden gezwungen, aussichtslose Reha-Anträge zu stellen, damit diese in Anträge auf Erwerbsminderungsrente umgewandelt werden können oder sie werden zu der Aussage genötigt, dass sie am nächsten Montag wieder arbeiten gehen.

Kranke Menschen sind das schwächste Glied im Gesundheitswesen, sie müssen vor diesem Wettbewerb geschützt werden. Es gab bereits zwei Gutachten zum Krankengeld im RSA, auch

das nächste wird sich auf mathematische Modelle beschränken und das Leid der Patienten ausblenden.

2.27. Datenübermittlung der Reha-Einrichtungen von Renten- und Unfallversicherungsträgern an die Krankenkassen (§ 301 Abs. 4a)

Die Reha-Einrichtungen der Renten- und Unfallversicherungsträger werden befugt, den gesetzlichen Krankenkassen an Daten direkt zu übermitteln:

- Daten, die für den Krankengeldanspruch und
- für die Mitteilung an den Arbeitgeber über die auf den Entgeltfortzahlungsanspruch anrechenbaren Zeiten notwendig sind,
- die Angaben, die für die Zuständigkeitsabgrenzung mit dem Rentenversicherungsträger bei einer stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben erforderlich sind.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt diese Neuregelung, soweit sie zur Bürokratie-Vereinfachung beiträgt und eine Fehlerquelle wegen etwaiger ausgebliebener Mitteilungen an die Krankenkasse beim Krankengeld ausschließt.

In § 301 Absatz 4a Nummer 5 SGB V-E (Angaben für die Zuständigkeitsabgrenzung bei stufenweiser Wiedereingliederung in das Erwerbsleben) regt der VdK an, die „*erforderlichen Angaben*“ genauer zu fassen. Die Vorschrift enthält keine Aufzählung, welche Angaben das sind. Dies können die Angaben laut der Vereinbarung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung Bund vom Juli 2011 (oder Folgevereinbarung) sein, müssen jedoch nicht. Schon aus Gründen der Datensparsamkeit bei der Übermittlung und der Rechtssicherheit für die Reha-Einrichtungen sowie Krankenkassen sollten die erforderlichen Angaben genauer benannt werden.

3. Änderungen im Versicherungsvertragsgesetz

3.1. Notlagen- und Basistarif (§ 192)

Die Regelungen sehen die Einführung eines Direktanspruchs der Leistungserbringer gegenüber dem Versicherer auf Leistungserstattung im Notlagentarif und die Einführung eines Aufrechnungsverbots des Versicherers mit Prämienforderungen gegen eine Forderung des Versicherungsnehmers im Notlagen- und Basistarif vor. Hierdurch werden die Rahmenbedingungen für die medizinische Versorgung von im Notlagen- und Basistarif Versicherten verbessert, indem das Forderungsausfallrisiko für den Leistungserbringer reduziert und die Akzeptanz, Privatversicherte in diesen Tarifen zu behandeln, erhöht wird.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt die Regelung. Für Versicherte im Notlagen- und Basistarif ist es schwer bis unmöglich, einen behandelnden Arzt zu finden. Das darf es in einem Sozialstaat nicht geben. Diese Regelung ist aber nur ein weiterer Stützpfeiler für das marode PKV-System und die risikoadjustierten Beiträge. Auch Rentner und Pensionäre sind häufig mit den hohen Rechnun-

gen, die sie vorstrecken müssen, überfordert. Der VdK wiederholt hier seine Forderung nach einer einheitlichen solidarischen Krankenversicherung, mit der dieses Problem gleich mit behoben wäre.

4. Therapeutengesetze

4.1. Verlängerung der Modellklauseln akademische Ausbildung

Im Ergotherapeuten-, Logopäden- sowie Masseur- und Physiotherapeutengesetz wird jeweils die Modellklausel zur Erprobung der akademischen Ausbildung bis Ende 2026 verlängert.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt die Verlängerung. Eine älter werdende Gesellschaft braucht mehr Therapeuten. Hohes Schulgeld und geringe Löhne führen allerdings dazu, dass sich immer weniger Schulabgänger für diese Ausbildungen entscheiden. Ein Studium kann eine attraktive Alternative sein. Perspektivisch können die Therapeuten dann auch mehr Verantwortung erhalten und die Hausärzte entlasten.

5. Fehlende Regelungen

5.1. Unabhängige Patientenberatung (UPD)

Die UPD muss wieder in die Hände der maßgeblichen Patientenorganisationen gelegt werden. Nur so ist die Unabhängigkeit von Kostenträgern, Leistungserbringern und Gesundheitsministerium gewahrt. Bei den Patientenorganisationen besteht bereits ein großes Wissen zu den Problemlagen der Patientinnen und Patienten, das auf einer langjährigen Erfahrung beruht. Jede neue Lösung – zum Beispiel in Form einer Stiftung oder Behörde – verfügt nicht über diese Erfahrung und muss diese erst über Jahre hinweg ansammeln. Vulnerable Zielgruppen brauchen eine zugehende Beratung vor Ort. Die Sozialverbände verfügen bereits über regionale Strukturen, die im Tagesgeschäft bewährt sind. Eine Bundesbehörde oder Stiftung dürfte dies nicht aufbauen. Über die Mitberatungsrechte im G-BA und die Stellungnahmen im Gesetzgebungsverfahren werden die Problemlagen der Patientinnen und Patienten zu politischen Lösungen.

Beratungsqualität lebt von Kontinuität, im Personal und in den Netzwerken. Daher ist die Vergabe zu beenden und eine solide Dauerlösung zu schaffen. Die Förderung muss aus Steuermitteln, statt aus GKV-Mitteln, erfolgen, weil ein Teil der Ratsuchenden PKV-Versicherte und Nicht-Versicherte sind.

Die aktuelle Förderperiode der UPD endet im Jahr 2022. Damit eine Neuaufstellung der UPD gelingt, ist es wichtig, dass die Politik noch in dieser Legislaturperiode die Weichen dafür stellt.

5.2. Genehmigungsfiktion

Wie schon im Schreiben der VdK-Präsidentin, Verena Bentele, vom 11. August 2020 an die Mitglieder des Gesundheitsausschusses geschildert, hat die jüngste Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur sogenannten Genehmigungsfiktion zwei negative Auswirkungen:

Erstens ignoriert sie den Willen des Gesetzgebers, insbesondere des Gesundheitsausschusses. Zweitens hat sie zum Teil fatale Folgen für die Versicherten.

Nach § 13 Absatz 3a SGB V haben die gesetzlichen Krankenkassen im Regelfall drei Wochen Zeit, um über Anträge der Versicherten auf Leistungen zu entscheiden. Können sie diese Frist nicht einhalten und teilen dies den Versicherten nicht rechtzeitig unter Darlegung der Gründe mit, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Bisher konnten Versicherte sich die Leistung infolgedessen selbst beschaffen und sich die Kosten von der Krankenkasse erstatten lassen (Kostenerstattungsanspruch) oder als Sachleistung von der Krankenkasse beanspruchen (Sachleistungsanspruch).

Diese Regelung hat der Gesundheitsausschuss per Beschlussempfehlung im November 2019 in das SGB V eingefügt, um die überlangen Genehmigungsverfahren bei den Krankenkassen zu beschleunigen (Drucksache 17/11710).

Das Bundessozialgericht vertritt im Urteil vom 26. Mai 2020 die Rechtsansicht, dass die Genehmigungsfiktion nach § 13 Absatz 3a SGB V keinen eigenständigen Sachleistungsanspruch begründet. Das hat gleich mehrere negative Folgen:

Erstens können sich nur noch Versicherte mit gutem Einkommen und Vermögen ein Vorstrecken der oft sehr hohen Beträge für die Selbstbeschaffung leisten. Menschen mit kleinen Einkommen können das nicht. Das fördert erneut eine Zwei-Klassen-Gesellschaft innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung. Das widerspricht dem Solidargedanken in der GKV. Auch ist zu bedenken, dass die gesetzliche Krankenversicherung schon das System zweiter Klasse im Vergleich zur PKV ist. Unterschiede innerhalb der GKV sind schon deshalb abzulehnen.

Zweitens können sich auch einkommensstarke Versicherte zwar zunächst teure Arzneimittel leisten. Aber sobald die Krankenkasse negativ entschieden und damit die Genehmigungsfiktion laut Bundessozialgericht ausgehebelt hat, können sich die Versicherten die folgenden Arzneimittel nicht mehr selbst beschaffen und dann die Kostenerstattung bei der Krankenkasse auslösen. Bei Menschen mit chronischen Erkrankungen ist die Genehmigungsfiktion daher so gut wie wirkungslos.

Drittens wird diese Fiktion damit zum zahnlösen Tiger. Die Absicht des Gesetzgebers, die langen Verfahrensdauern der Krankenkassen zu beschleunigen, wird nicht mehr umgesetzt.

Der VdK fordert zur Abhilfe, den Sachleistungsanspruch im Gesetz ausdrücklich zu regeln.

Formulierungsvorschlag: In § 13 Absatz 3a Satz 6 wird nach dem Wort „genehmigt“ angefügt: „*und kann von den Versicherten als Sachleistung beansprucht werden.*“

Weiterhin hat das Bundessozialgericht in mehreren Urteilen vom 15. März 2018 eine deutliche Einschränkung des Anwendungsbereichs der Genehmigungsfiktion bei Hilfsmitteln vorgenommen. Demnach gilt die Fiktion nur für Hilfsmittel zur Sicherung der Krankenbehandlung.

Ansprüche auf Versorgung mit den weiteren Hilfsmitteln nach § 33 SGB V fallen dann unter den Begriff der „Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“. Dies gilt, wenn das Hilfsmittel dem Ausgleich oder der Vorbeugung einer Behinderung dienen soll. Bei Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich gilt die Fristenregelung des § 18 SGB IX. Hiernach muss die Krankenkasse als Rehabilitationsträger innerhalb einer Frist von zwei Monaten ab Antragseingang

entscheiden. Eine Fristverlängerung ist unter bestimmten Umständen möglich. Erst nach Ablauf dieser – deutlich längeren – Frist kann ebenfalls eine Genehmigungsfiktion eintreten.

Auch hier droht der Zweck der Genehmigungsfiktion – Vermeidung langer Verfahrensdauern bei den Krankenkassen – leerzulaufen. Der VdK fordert auch hier eine Klarstellung, um die Genehmigungsfiktion für alle Hilfsmittel des SGB V gelten zu lassen.

Formulierungsvorschlag: In § 13 Absatz 3a wird nach Satz 9 folgender Satz angefügt: „Satz 9 gilt nicht für Leistungen gemäß § 33.“

5.3. Elektronisches Abrufverfahren Finanzämter und Krankenkassen (§ 206a Referentenentwurf)

Weiterhin hat der VdK die Regelung für ein elektronisches Abrufverfahren zwischen Krankenkassen und Finanzämtern begrüßt (§ 206a Referentenentwurf). Die zuständige Finanzbehörde sollte auf Anforderung der Krankenkasse verpflichtet werden, die für die Beitragsbemessung erforderlichen Einkommensdaten des freiwillig versicherten Mitglieds oder der nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V Versicherungspflichtigen durch elektronische Datenübertragung an die Krankenkasse zu übermitteln. Die Mitglieder hätten dem widersprechen können.

Dies wäre ein weiterer wichtiger Mosaikstein zur digitalen, bürokratiearmen Verwaltung gewesen. Die gewählte Widerspruchslösung wäre der Zustimmungslösung vorzuziehen. Mitglieder in der obligatorischen Anschlussversicherung sind häufig nicht zu erreichen. Durch den fehlenden Einkommensnachweis werden dann Höchstbeiträge fällig, die sich zu Beitragsschulden anhäufen.

Der VdK fordert, diese Regelung wieder in den Gesetzentwurf aufzunehmen.