



Stellungnahme

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

Einleitung & Zusammenfassung

Zusätzlich zur Krankenhausreform verfolgt der Gesetzgeber das Ziel, auch die ambulanten Versorgungsstrukturen zu reformieren und so in Anbetracht der vielseitigen Herausforderungen die Versorgung der Patient*innen zu verbessern. Besonderes Augenmerk liegt auf der Stärkung der Versorgung im kommunalen Bereich. Hierfür sind u.a. folgende Maßnahmen vorgesehen:

- Reform der hausärztlichen Vergütung
- Weiterentwicklung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)
- Vereinfachung bei der Gründung kommunaler medizinischer Versorgungszentren (MVZ)
- Erweiterung der Beteiligungsmöglichkeiten der Landesbehörden bei der Vergabe von Arztsitzen
- Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen
- Einführung einer Bagatellgrenze bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen
- Verbesserung bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen
- Verbesserung der Transparenz und Vergleichbarkeit der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen

Durch das Entfernen von vielen zentralen Maßnahmen zur Implementierung von innovativen Versorgungsformen, wie Gesundheitskioske, Gesundheitsregionen und Primärversorgungszentren, kann der RefE die Zielsetzung des Gesetzgebers aus Sicht des DGB und seiner Mitgliedsgewerkschaften nicht erfüllen. Im Hinblick auf die vielfältigen Herausforderungen der ambulanten Gesundheitsversorgung und vor dem Hintergrund des sich verändernden Umfeldes durch die Krankenhausreform sind dringend umfassende Anpassungen und Ergänzungen des Gesetzesvorhabens im parlamentarischen Verfahren notwendig. Dazu gehören unter anderem die Wiederaufnahme von Regelungen zur Stärkung von innovativen Versorgungsmodellen, die einen tatsächlichen Mehrwert für die Versorgung der Menschen bedeuten können. Denn gerade wirtschaftlich Benachteiligte, die idR. eine höhere Krankheitslast aufweisen als Besserverdienende, würden überproportional von diesen innovativen Versorgungsmodellen profitieren. Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften fordern das Bundesministerium für Gesundheit und die Bundesregierung vor diesem Hintergrund dazu auf, die fallen gelassenen Vorhaben zur Einführung von innovativen

30. April 2024

Kontaktperson: Johannes Roth,
Referatsleiter Gesundheitspolitik,
Krankenversicherung und
Rehabilitation
Johannes.Roth@dgb.de
Abteilung Sozialpolitik

**Deutscher Gewerkschaftsbund
Bundesvorstand**
Keithstr. 1; 10787 Berlin

Versorgungsformen wieder in den Referentenentwurf aufzunehmen. Allseits bekannte Vorbehalte des Bundesministeriums für Finanzen zur Verfügbarmachung erforderlicher Steuermittel dürfen nicht gesundheitspolitische Grundsatzentscheidungen, die für eine qualitativ gute und bedarfsgerechte ambulante Versorgung vieler Menschen ausschlaggebend sein werden, grundsätzlich verhindern.

Deutlich zu kritisieren ist ebenfalls, dass der Gesetzgeber seiner finanziellen Verantwortung bei der Umsetzung der Maßnahmen nicht ausreichend gerecht wird, sondern erneut die Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen und ihre Arbeitgeber*innen als Beitragszahler*innen finanziell zusätzlich belastet. Dies wird insbesondere durch die Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen erfolgen, durch die keine spürbare Verbesserung der Gesundheitsversorgung eintreten wird. In Anbetracht der aktuellen, politisch bedingten Finanzlage der Kassen ist dieses Vorgehen fahrlässig. Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften fordern daher, die Kosten für die notwendigen Reformmaßnahmen jetzt und in Zukunft sachgerecht zwischen Bund, Ländern, Kommunen sowie PKV-Kunden und GKV-Mitgliedern aufzuteilen. Gleichzeitig sind auch die Leistungserbringer in angemessenem Maße zu beteiligen.

Zentrale Regelungsinhalte im Einzelnen:

Reform der hausärztlichen Vergütung

Die hausärztliche Versorgung steht insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen vor großen Herausforderungen. Die Strukturen sind schon jetzt mancherorts kaum in der Lage, für alle Patient*innen eine zeitnahe und adäquate Behandlung sicherzustellen. Im Hinblick auf die Alterung der Gesellschaft wird die Versorgungssituation weiter an Brisanz gewinnen. Um die hausärztliche Versorgung zu stärken, sieht der RefE bedeutende Reformen bei der Honorierung hausärztlicher Leistungen vor. Diese sind:

- die Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen,
- die Einführung einer jahresbezogenen hausärztlichen Versorgungspauschale für chronisch kranke Patient*innen und
- die Einführung einer hausärztlichen Vorhaltepauschale.

Grundsätzlich könnte die zeitgleiche Einführung dieser Maßnahmen versorgungspolitisch starke Wirkung entfalten, indem sich diese Forderungen auf weitere fachärztliche Bereiche ausweiten. Angesichts der Trends auf dem Arbeitsmarkt für Ärzt*innen (Konzentration in wirtschaftlich privilegierten Gebieten, nachlassendes Interesse an einer Niederlassung, stärkerer Fokus auf Work-Life-Balance, etc.), erscheint jedoch wenig plausibel, dass die mit dem Maßnahmenpaket zur Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung verbundenen politischen Ziele erreicht werden.

Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen

Die vom Gesetzgeber vorgeschlagene Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung ist aus Sicht des DGB und seiner Mitgliedsgewerkschaften nicht zielführend, die Versorgung der Versicherten signifikant zu verbessern. Durch die Entbudgetierung werden jährlichen Zusatzkosten im dreistelligen Millionenbereich für die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Beitragszahler*innen erwartet. Dies ist vor dem Hintergrund der ohnehin schon angespannten Finanzlage der GKV zu sehen, die sich durch leistungsausgabensteigernde Gesetzesmaßnahmen weiter verschärfen wird.

In der Vergangenheit haben höhere Leistungsausgaben zwar zu höheren Kosten, jedoch nicht zu einer spürbar besseren Versorgung beigetragen. Statt „Geld mit der Gießkanne“ an alle Hausärzt*innen zu verteilen, sollten gezielte Förderungsmaßnahmen zur Ansiedelung neuer Hausärzt*innen in Gebieten, in denen ein (drohender) Versorgungsmangel festgestellt werden kann, umgesetzt werden. Dazu gehört die Ausweitung der Einrichtungen in der ambulanten Versorgung, in denen Ärzt*innen angestellt arbeiten können. Zudem steigt die Gefahr, dass durch weitere Entbudgetierung von fachärztlichen Leistungen die Kosten für die Kassen weiter steigen könnten, ohne die Versorgung spürbar zu verbessern.

Einführung einer Versorgungspauschale für chronisch Kranke Patient*innen (Nr. 8a)

Der RefE sieht vor, durch Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen, medizinisch nicht notwendige Arzt-Patienten-Kontakte bei chronisch kranken Patient*innen zu vermeiden. Dafür soll für die kontinuierliche Versorgung chronisch kranker Patient*innen eine jahresbezogene Versorgungspauschale im EBM durch den Bewertungsausschuss beschlossen werden. Hierdurch sollen auch monetäre Anreize zur Überbehandlung ausgeschlossen werden. Bisher existiert für chronisch kranke Patient*innen eine quartalsbezogene Versorgungspauschale. Die neue jährliche Versorgungspauschale soll gestaffelt nach Behandlungsbedarf und Aufwand in gestufter Form beschlossen werden. Vor der Beschlussfassung hat der Bewertungsausschuss dem BMG ein Konzept zur beabsichtigten Anpassung zur Genehmigung vorzulegen.

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften befürworten grundsätzlich Maßnahmen zur Vermeidung medizinisch nicht-notwendiger Arztbesuche. Das Konzept zur Anpassung des EBM sollte so gestalten werden, dass sich ein geringerer Behandlungsaufwand chronisch kranker Patient*innen auch in einer Reduzierung der Kosten für die Versorgung widerspiegelt. Ein geringerer Versorgungsaufwand darf nicht zu gleichbleibenden oder sogar steigenden Honoraren für hausärztliche Leistungen führen. Gleichzeitig darf der Zugang zu hausärztlichen Leistungen, auch in Form von Beratungen, in keinem Fall durch die Einführung einer Versorgungspauschale eingeschränkt werden. Bei der

Evaluation der Maßnahme sind insbesondere die Entwicklungen auf das gesamte Versorgungsgeschehen hausärztlicher Leistungen sowie die Kostenentwicklung zu untersuchen und ggf. entsprechende Anpassungen vorzunehmen.

Einführung einer Vorhaltepauschale für hausärztliche Leistungen (Nr. 8c)

Der RefE sieht vor, den Bewertungsausschuss zu beauftragen, eine Vergütung zur Vorhaltung für die hausärztliche Versorgung notwendiger Strukturen (Vorhaltepauschalen) zu beschließen. Zugleich sollen verbindliche Kriterien festgelegt werden, die von Hausärzt*innen erfüllt werden müssen, damit sie die Vorhaltepauschale abrechnen können. Das Konzept von Vorhaltepauschalen zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung durch eine Reduzierung des ökonomischen Drucks wird von DGB und seinen Mitgliedsgewerkschaften grundsätzlich als sinnvoll erachtet. In der Versorgung können so für den versorgungsbedarf relevante Versorgungsstrukturen, etwa in strukturschwachen Regionen, vom ökonomischen Druck entlastet und somit eine qualitativ gute ambulante Versorgung im Sinne der Patient*innen hergestellt und gewährleistet werden. Damit die Einführung einer Vorhaltepauschale im konkreten Fall jedoch zu einer besseren Versorgung und besseren Arbeitsbedingungen des Personals in den Praxen führen kann, ist die zielgenaue Ausgestaltung der Kriterien durch den Bewertungsausschuss entscheidend. Vorhaltepauschalen sollten nicht zur Erhöhung der Kosten führen, wenn sich die Versorgung dadurch nicht verbessert. Die im RefE in der Begründung zu Nummer 8c genannten möglichen Kriterien wie eine Mindestanzahl von 450 Versicherten je Quartal, Erbringung von Haus und Pflegeheimbesuchen sowie Abend- und Samstagssprechstunden sind grundsätzlich zu begrüßen, müssen jedoch genauer quantifiziert und am konkreten Versorgungsbedarf bemessen sein. Ausnahmeregelungen, die in versorgungsgefährdeten Regionen die Erteilung von Vorhaltepauschalen auch bei Nichteinhalten des Strukturkriteriums der Mindestanzahl der Versicherten erfüllt, müssen seitens der Zulassungsausschüsse oder auf Initiative der Länder erteilt werden können. Von dieser Regelung darf jedoch nur Gebrauch gemacht werden, wenn nur durch Anwendung der Ausnahmeregelungen die Versorgungssicherheit der Versicherten gewährleistet werden kann. Eine begleitende Evaluation der Einführung der Vorhaltepauschale ist vorzusehen. Zudem muss in die Kriterien als Voraussetzung zur Berechnung der Vorhaltepauschale die vollständige und lückenlose Pflege der elektronischen Patientenakte (ePA) aufgenommen werden, da jede*r Patient*in das Recht haben sollte, an den Vorteilen der Digitalisierung im Gesundheitswesen in Form einer besseren Versorgung teilzuhaben.

Freiwerdende Finanzmittel durch Nichtinanspruchnahme von hausärztlichen Leistungen sollen nicht zur Bereitstellung von Zuschlägen für Ärzt*innen auf besonders förderungswürdige Versorgungsleistungen verwendet werden, sondern an den Gesundheitsfonds zurückfließen.

Einführung eines Versichertenbonus für Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) (Nr. 6)

Der RefE sieht die Streichung des Wahltarifs für die hausarztzentrierte Versorgung (HZV) vor. Gleichzeitig soll ein Bonus für Versicherte für die Teilnahme an einer hausarztzentrierten Versorgung von mindestens 30 Euro jährlich eingeführt werden.

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften befürworten grundsätzlich eine Patient*innensteuerung durch Hausärzt*innen. Dennoch ist zu bezweifeln, ob sich durch die Verpflichtung zur Auszahlung eines Bonus die Inanspruchnahme der HZV durch die Versicherten signifikant erhöhen wird. Finanzielle Maßnahmen zur Patient*innensteuerung, sei es durch positive oder negative finanzielle Anreize, haben in der Vergangenheit nicht zu einer effektiven Patient*innensteuerung im Sinne einer besseren Versorgung beigetragen (z.B. Praxisgebühr). Stattdessen muss darauf hingewiesen werden, dass insbesondere in strukturschwachen Regionen schlichtweg nicht genügend hausärztliche Kapazitäten bereitstehen, um die Versorgungssteuerung durch Hausärzt*innen flächendeckend zu ermöglichen.

Dass nach dem Willen des Gesetzgebers nach drei Jahren eine Evaluierung der Maßnahme durchgeführt werden soll, inwiefern sie zu einer Verbesserung der Versorgung geführt hat, ist zu begrüßen. Sollte keine oder nur eine begrenzte Wirksamkeit der vorgestellten Maßnahmen zur Stärkung der hausarztzentrierten Versorgung festgestellt werden können, sollte die Verpflichtung zur Zahlung eines Bonus unterbleiben und stattdessen andere, innovative, patient*innenfreundliche und niedrigschwellige Instrumente zur Patient*innensteuerung umgesetzt werden (z.B. ambulante Versorgung von Patient*innen in den Krankenhäusern außerhalb der eigentlichen Praxiszeiten).

Weiterentwicklung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) (Nr. 12)

Die Beteiligungsmöglichkeiten von Interessensvertretungen und wissenschaftlichen Fachgesellschaften sollen gestärkt werden. Aus Sicht des DGB und seiner Mitgliedsgewerkschaften hat sich der G-BA in seiner aktuellen Zusammensetzung als wichtiges Gremium zur Sicherstellung einer adäquaten, innovativen und gleichzeitig finanzierbaren Gesundheitsversorgung bewährt. Hierbei profitiert der G-BA von eingespielten Prozessen und einer überschaubaren Anzahl an Akteur*innen.

Eine Ausweitung der Beteiligung von wissenschaftlichen Fachgesellschaften ohne wirtschaftliches Interesse in Form einer fachlichen Beratung des G-BA sehen wir als sinnvoll an. Durch die Möglichkeit zur Stellungnahme vor einer einschlägigen Entscheidung des G-BA kann aus Sicht des DGB und seiner Mitgliedsgewerkschaften die Expertise der jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften sinnvoll in die Entscheidungsfindung des G-BA einfließen, ohne seine Handlungsfähigkeit einzuschränken.

Kommunale medizinische Versorgungszentren (MVZ) (Nr. 13)

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) haben sich in der Versorgungslandschaft seit ihrer Einführung vor 20 Jahren etabliert und ermöglichen, bei sinnvoller Ausgestaltung orientiert am Versorgungsbedarf der Versicherten, eine gute Versorgung unter einem Dach mit kurzen (Kommunikations-)Wegen. Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften begrüßen daher das Vorhaben, die Möglichkeiten zur Gründung kommunaler MVZ zu erleichtern, indem die gesetzlich vorgesehene Sicherheitsleistung in der Höhe nach begrenzt wird. Die Festlegung der Höhe der Sicherheitsleistung soll durch den GKV-Spitzenverband und die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgen. Die Höhe der Sicherheitsleistungen muss so festgelegt sein, dass Hürden für die Gründung abgesenkt werden und gleichzeitig ein ausreichendes finanzielles Schutzniveau bestehen bleibt.

Zudem soll laut RefE ein erleichterter Zugang zu Mitteln des Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigungen gewährt werden, in dem nicht länger eine Unterversorgung oder ein zusätzlicher Versorgungsbedarf festgestellt werden muss, um Zugriff auf diese Mittel zu erhalten (vgl. Nr. 16). So kann bereits präventiv auf eine drohende Unterversorgung oder auf sich verändernde Versorgungsumstände reagiert werden, ohne dass der Zugriff durch die Kassenärztlichen Vereinigungen blockiert werden kann, worüber sich Kommunen in der Vergangenheit beklagt hatten. Gleichzeitig muss sich die Gründung und Ausgestaltung von MVZ, unabhängig von der Träger- oder Eigentümerschaft, am lokalen Versorgungsbedarf im Sinne der Patient*innen orientieren. Zusätzlich müssen aus Sicht des DGB und seiner Mitgliedsgewerkschaften weitere Maßnahmen zur Stärkung von MVZ in kommunaler Trägerschaft erarbeitet und weitergedacht werden: So sollte in Nr. 16 des Entwurfs ergänzend aufgenommen werden, dass der prinzipiell sinnvolle Nachranggrundsatz des § 105 Abs. 4a Satz 3 SGB V zugunsten von kommunalen Trägerschaften entfällt; denn Träger sollten insgesamt die Sozialleistungsträger nach Sozialgesetzbuch I (Städte, Gemeinden, Landkreise, Sozialversicherungen) sein – unter Einfluss von Minderheitengesellschaftern aus dem Bereich der freien Wohlfahrtspflege.

Bedauerlich ist, dass der Gesetzentwurf keinerlei Maßnahmen zur Regulierung von investorengetragenen Medizinischen Versorgungszentren (iMVZ) enthält. Regulierungsmaßnahmen von iMVZ sind notwendig, um den potenziell negativen Auswirkungen profitorientierten Handelns auf die Versorgung der Patient*innen in diesen Versorgungsmodellen vorzubeugen. Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften fordern, diese Regulierungsmaßnahmen im Sinne der Patient*innen und Versicherten bereits in dem vorliegenden Gesetzesvorhaben umzusetzen. Handlungsleitend müssen hier der Zugang zu adäquater hochwertiger Versorgung und die Herstellung guter Arbeitsbedingungen sein und nicht Gesichtspunkte der Renditemaximierung. Mehr Gemeinwohlorientierung in der Gesundheitsversorgung, inkl. Rekommunalisierung von

Versorgungseinrichtungen, ist notwendig, um ein starkes Gegengewicht zu kommerziellen Investoren, insbesondere Private Equity-Fonds, zu schaffen. Für die öffentliche Daseinsvorsorge muss das Ziel bleiben, dass die Finanzierungsanteile von Bund, Ländern und Kommunen sowie die der Sozialversicherungen im Mittelpunkt stehen und finanzielle Mittel von privaten Investor*innen die Ausnahme sind.

Erweiterung der Beteiligungsmöglichkeiten der Landesbehörden (Nr. 14)

Das bisherige Mitberatungsrecht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden in Verfahren der Zulassungsausschüsse mit besonderer Versorgungsrelevanz wird um ein Mitentscheidungsrecht ergänzt. Hiermit sollen die Länder in Zukunft die Möglichkeit erhalten, bei der Verteilung und Planung von Kassenarztsitzen, die für die Versorgungsplanung- und Sicherstellung von großer Bedeutung ist, mitzuwirken. Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften begrüßen die Möglichkeit der Länder, stärker auf die Zulassungsausschüsse Einfluss nehmen zu können. So können sie in Zukunft ihre versorgungsrelevanten Erkenntnisse und Erfahrungen in die Planung der vertragsärztlichen Versorgung einbringen, um Unter-, Über- und Fehlversorgung zu reduzieren und somit die Versorgungssicherheit zu erhöhen. Die Beschränkung der Beteiligung auf Verfahren mit besonderer Versorgungsrelevanz (bspw. Nachbesetzungsverfahren oder Vergabe zusätzlicher Arztsitze) sollte entfallen und die Möglichkeiten zur Beteiligung bei allen Verfahren, sofern sie von den Landesbehörden als sinnvoll erachtet werden, eingeräumt werden.

Angesichts zunehmender Versorgungsentpässe, insbesondere in strukturschwachen Gebieten, ist eine grundsätzliche Neuorganisation der fachärztlichen Versorgung notwendig, um eine bedarfsgerechte Verteilung der niedergelassenen Ärzt*innen zu erreichen. Daher sollte die Steuerung der Arztsitze in Zukunft nicht mehr hauptsächlich über die Kassenärztlichen Vereinigungen, sondern stärker über die Länder erfolgen. Im Zuge dessen sind ebenfalls finanzielle Anreizsteuerungen gemeinsam mit den Ländern, z.B. in Form einer Umsteuerung der Honorierung anzustreben, die mit Honorarabschlägen in den Regionen verbunden sein muss, in denen es ein Überangebot an niedergelassenen Ärzt*innen gibt. Zugleich benötigen wir eine neue Bemessung der gesundheitlichen und medizinischen Bedarfe, deren Planung zukünftig nicht allein auf Verordnungs- und Kodierungsdaten der Ärzteschaft beruhen darf. Hierzu bedarf es neuer wissenschaftlicher Grundlegung.

Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Nr. 15)

Die psychotherapeutische Versorgung soll durch eine separate Bedarfsplanung gestärkt werden. Ärzt*innen, die hauptsächlich oder ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, sollen in Zukunft (zwölf Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes) eine eigene bedarfsplanungsrechtliche Arztgruppe darstellen. Die Ausdifferenzierung dieser Arztgruppe soll zukünftig eine zielgenauere Steuerung der entsprechenden Arztsitze ermöglichen, um

den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung für Kinder und Jugendliche flächendeckend zu verbessern. Der Bedarf ist dabei vom G-BA innerhalb der nächsten sechs Monate festzulegen. Dem besonderen Versorgungsbedarf der Betroffenengruppe soll hierbei Sorge getragen werden. Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften erachten dies vor dem Hintergrund des gestiegenen Versorgungsbedarfs dieser Patient*innengruppe aufgrund von Spätfolgen der COVID-19-Pandemie als sinnvoll und notwendig. Die Verteilung der Arztsitze muss so erfolgen, dass weder Unter- noch Überversorgungen entstehen.

Einführung einer Bagatellgrenze bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen (Nr. 17)

Durch die Einführung einer Bagatellgrenze bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen von unter 300€ sollen nach Schätzungen des Gesetzgebers ca. 70% der Prüfungen entfallen. Hierdurch soll der Bürokratieaufwand reduziert werden. Aus Sicht des DGB und seiner Mitgliedsgewerkschaften sollten anlassbezogenen und stichprobenartige Prüfungen auch unterhalb der Bagatellgrenze weiterhin möglich sein, um Missbrauch vorzubeugen.

Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen verbessern (Nr. 23)

Mit der Regelung wird sichergestellt, dass bei den Landesverbänden der Krankenkassen künftig durchgängig Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen eingerichtet werden. Zur Unterstützung, insbesondere von kleineren Krankenkassen, will der Gesetzgeber bei den Landesverbänden der Krankenkassen Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen einrichten; er will somit die Fehlverhaltensbekämpfung zentralisiert verpflichtend vorschreiben. Fehlverhalten von Leistungserbringern im Gesundheitswesen schädigt nicht nur einzelne Kranken- und Pflegekassen, sondern die Solidargemeinschaft der GKV als Ganzes. Eine koordinierte Zusammenarbeit der Kassen ist daher sinnvoll, um Fehlverhaltensbekämpfung zu verbessern. Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften begrüßen daher die Möglichkeit, dass Krankenkassen mit ihren Landesverbänden Vereinbarungen über die Aufgabenverteilung bei der Bekämpfung von Fehlverhalten schließen. Dabei müssen Doppelstrukturen nach Möglichkeit vermieden werden. Weiterhin sollen datenbasierte Verfahren etabliert werden und der GKV-Spitzenverband (unter Einbeziehung eines externen Gutachtens) ein Konzept zum Aufbau einer zentralen Datenbank vorlegen. Diese sog. Betrugspräventionsdatenbank hat zum Ziel, Hinweise über Sachverhalte oder Auffälligkeiten zu geben, die auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen hindeuten.

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften begrüßen diese Vorhaben zur Bekämpfung von Fehlverhalten. Datenschutzrechtliche Anforderungen sind lückenlos einzuhalten und Verstöße empfindlich zu ahnden. Wenig hilfreich ist es eingedenk dieser Maxime, wenn dem GKV-Spitzenverband u.a. aufgegeben wird, zum Aufbau und Betrieb einer Betrugspräventionsdatenbank etwaige datenschutzrechtliche Hindernisse bei dem Aufbau und dem Betrieb einer

solchen Datenbank sowie möglicher Lösungsoptionen darzustellen. Hier wird einem Gedanke Vorschub gegeben, der „Datenschutz behindere“. Das kann dazu zu Verunsicherungen führen, die ggf. unnütze Datenverstöße nach sich ziehen.

Auch Kunden der privaten Kranken- und Pflegeversicherungswirtschaft müssen vor Fehlverhalten im Gesundheitswesen geschützt werden. Der DGB fordert den Gesetzgeber auf, hier tätig zu werden.

Transparenz und Vergleichbarkeit der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen (Nr. 24)

Um die Service- und Leistungsqualität der Krankenkassen für gesetzlich Krankenversicherte transparenter zu machen, werden die Krankenkassen verpflichtet, künftig jährlich einheitliche Kennzahlen und Informationen zu ihrer Service- und Leistungsqualität zu erheben. Die konkrete Ausgestaltung dieses Vorhabens und die Darstellung der Ergebnisse überlässt der Gesetzgeber dem GKV-Spitzenverband unter Nennung gewisser Mindestanforderungen. Die Transparenz und Vergleichbarkeit der Servicequalität der Kassen für die Versicherten zu verbessern, begrüßen der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften. Fraglich ist jedoch, ob die im RefE vorgeschlagenen Kriterien in dieser Form durch Daten abbildbar sind, die Rückschlüsse auf die tatsächliche Servicequalität ermöglichen. Dies betrifft insbesondere die Anzahl von Genehmigungen, Ablehnung und Widersprüchen, die im Zweifelsfall kein Gradmesser für die Servicequalität einer Kranken- und Pflegekasse darstellen, sondern durch andere Faktoren bedingt sein können.

Bei der Ausformulierung der Richtlinien muss Praktikabilität und Vergleichbarkeit der gewährleistet werden, ohne dass eine verzerrte Darstellung der Servicequalität einzelner Kassen entsteht. Gleichzeitig müssen alle wichtigen Parameter zur Messung der Qualität einbezogen werden. Auch bei der Darstellung der Ergebnisse muss diesen Herausforderungen Sorge getragen werden. Auch müssen die Versicherten von den Krankenkassen aus Sicht des DGB und seiner Mitgliedsgewerkschaften ausreichend über die Existenz der neu einzurichtenden Vergleichswebseite informiert werden und die Nutzung barrierefrei möglich sein.

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften weisen darauf hin, dass Informationen zur Qualität von Sozialversicherungsträgern und Finanzdienstleistern bisher nur einen geringen Teil der Bevölkerung erreichen.

Kosten für die GKV

Die im Referentenentwurf ausgewiesenen Zusatzkosten für die GKV sind beträchtlich. Durch die Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen entstehen jährlich Zusatzkosten im Bereich eines unteren dreistelligen Millionenbetrags, Schätzungen von Seiten der Kassen gehen von ca. 300 - 400 Millionen Euro

jährlich aus. Zudem können weitere Kosten durch Einführung der Versorgungspauschale zur Behandlung chronisch kranker Patient*innen und der Vorhaltpauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages entstehen. Zudem werden Zusatzkosten in Höhe eines niedrigen bis mittleren zweistelliger Millionenbetrags durch Stärkung der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen erwartet. Weitere Zusatzkosten, beispielsweise durch die verpflichtende Einführung einer Bonuszahlung für Versicherte zur Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) sind ebenfalls möglich. Sollte der Gesetzgeber, wie von DGB und Gewerkschaften gefordert, die Stärkung innovativer Versorgungskonzepte im parlamentarischen Verfahren wieder aufnehmen, könnten weitere Zusatzkosten auf die GKV hinzukommen.

Diese erheblichen Zusatzkosten müssen in die aktuellen und zukünftigen politischen Entscheidungen eingepreist werden. Daher machen der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften an dieser Stelle erneut deutlich, dass die GKV-Mitglieder und ihre Arbeitgeber*innen als Beitragszahler*innen von allen Kosten, die ihnen durch gesamtgesellschaftliche und versicherungsfremde Leistungen entstehen, vollständig entlastet werden müssen. Der Bund muss daher u.a. dringend kostendeckende Beiträge für Bürgergeld-Bezieher*innen an den Gesundheitsfonds überweisen. Diese Subventionierung des Bundeshaushalts auf Kosten der Beitragszahler*innen der GKV in Höhe von über zehn Milliarden Euro jährlich ist nicht nachvollziehbar und muss beendet werden. Zusätzlich fordern der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften eine regelgebundene Dynamisierung des Bundeszuschusses an den Gesundheitsfonds, die auf dem gesetzlich bestimmten Steuerzuschuss fußt - auch und insbesondere in Anbetracht der aktuell diffizilen Haushaltslage.

Schlussbemerkung

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften stellen zweifelsohne fest, dass mit den vorliegenden Inhalten des RefE eine sinnvolle Stärkung der ambulanten Versorgung im Sinne der Patient*innen und der Beschäftigten im Gesundheitsbereich nicht erreicht werden kann. Ohne umfassende Anpassungen und Ergänzungen nimmt der Gesetzgeber zunehmende Versorgungsengpässe billigend in Kauf und verschlechtert zusätzlich die finanzielle Situation der gesundheitlichen Versorgung durch die GKV. Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften fordern daher die Wiederaufnahme innovativer Versorgungsformen im weiteren Gesetzgebungsverfahren, ohne die GKV finanziell über Gebühr zu belasten.

Zusätzlich sollte die Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen zurückgenommen werden. Die Veränderungen in der Versorgungslandschaft, der Wunsch der nachrückenden Ärztegeneration zur Teilzeitarbeit, Anstellung und einer Vereinbarkeit von Beruf und Familie werden nicht durch den Faktor Geld gelöst. Denn anstatt einer weiteren Finanzspritze in das für Ärzt*innen immer unattraktivere Geschäftsmodell niedergelassene Ärzt*innenschaft sind andere Maßnahmen

notwendig, um die ambulante gesundheitliche Versorgung der Menschen abzusichern – auch qualitativ. Dies sind insbesondere der Aufbau und Förderung von alternativen Versorgungsstrukturen, wie bspw. Medizinische Versorgungszentren (MVZ), regionalen Versorgungszentren, regionalen Gesundheitszentren, Regionale Sektorenunabhängige Versorgung, Level II-Krankenhäuser, etc., deren gemeinsame Kriterien Multiprofessionalität, Primärarztzentrierung und Gemeinwohl-/Nonprofitorientierung sind. Das reduziert sowohl den Aufwand für eine freiberufliche Tätigkeit für den/die einzelne*n Ärzt*in als auch die Wegezeiten für die Patient*innen. Im Zuge einer Neugestaltung der Versorgungsmodelle ist insbesondere den Interessen der nicht-ärztlichen Belegschaft Sorge zu tragen, um angemessene Arbeitsbedingungen sicherzustellen. Auch die Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen auf das qualifizierte Assistenz- und Pflegepersonal muss vorangetrieben werden, um die Ärzt*innen von medizinischen Leistungen zu entlasten und die Pflegeberufe aufzuwerten – und damit beide Berufsgruppen attraktiver zu machen.