



Stellungnahme

des dbb beamtenbund und tarifunion

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)

Berlin, 5. November 2014





Allgemeines

Mit dem vorliegenden Entwurf eines GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes knüpft der Gesetzgeber an das bereits im Jahr 2011 verabschiedete GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG, BGBl. I S. 2983) an.

Neben den beabsichtigten Verbesserungen der ärztlichen Versorgung in strukturschwachen Regionen werden einige weitere Punkte aus dem Koalitionsvertrag umgesetzt, so etwa die Verkürzung der Wartezeiten für Facharzttermine, der Rechtsanspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung vor bestimmten, planbaren Eingriffen sowie ein reibungsloser Übergang vom stationären in den ambulanten Versorgungsbereich durch ein von den Krankenkassen koordiniertes Entlassmanagement. Der dbb begrüßt die mit diesen Maßnahmen verbundene Erweiterung der Leistungsansprüche der Versicherten. Die Umsetzbarkeit und Praktikabilität der einzelnen Regelungen wird sich im Zeitverlauf beweisen müssen.

Durch die Änderungen in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte werden Anreize geschaffen, sich in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen niederzulassen. Auch die mit den Änderungen einhergehende Förderung kooperativer Versorgungsformen, die insbesondere für junge Ärztinnen und Ärzte attraktiv sind, ist ein Schritt in die richtige Richtung.

Neben den Vorgaben aus dem Koalitionsvertrag enthält der Gesetzentwurf weitere begrüßenswerte Regelungen, wie beispielsweise die Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts bei Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen.

Allerdings gibt es aus Sicht des dbb auch einige Punkte, die überdacht werden sollten.

Kritisch sieht der dbb die geplanten Regelungen zur Beurteilung der Dienstfähigkeit gemäß § 48 Bundesbeamtengesetz. Die Einbeziehung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen ist für den dbb weder schlüssig noch besteht hierzu ein Anlass.

Auch die Installation eines so genannten Innovationsfonds sollte aus Sicht des dbb überdacht werden.

* * * * *



Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 27b SGB V: Zweitmeinung

Der in § 27b SGB V vorgesehene Rechtsanspruch auf die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung bei planbaren Eingriffen leistet aus Sicht des dbb einen sinnvollen Beitrag, einerseits möglicherweise unnötige Eingriffe zu vermeiden und andererseits den Patienten mehr Sicherheit bei bevorstehenden Eingriffen zu geben.

Die vorübergehende Abrechnung im Verfahren der Kostenerstattung, bis im EBM eine Regelung in Kraft getreten ist, nach der diese Leistungen abgerechnet werden können, kann bei den Betroffenen zu finanzieller Überforderung führen. Entsprechend soll die in § 87 Abs. 2a Satz 9 SGB V vorgesehene Frist dafür sorgen, dass spätestens zum 31. März 2016 die ärztliche Zweitmeinung als Sachleistung ausgestaltet ist. Allerdings dürfte aus Sicht des dbb für Versicherte nur schwer nachvollziehbar sein, dass der Sachleistungsanspruch nicht sofort nach Inkrafttreten der Regelung besteht.

Zu § 40 Abs. 2 und 3 SGB V: Wunsch- und Wahlrecht bei Rehabilitation

Die Neuformulierung des § 40 SGB V verbessert den Entscheidungsspielraum im Hinblick auf das Wunsch- und Wahlrecht bei Inanspruchnahme zertifizierter Rehabilitationseinrichtungen und wird vom dbb uneingeschränkt befürwortet.

Zu § 75 SGB V: Wartezeiten Facharzt, Terminservicestellen

Die bisherige Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages eine zeitnahe und angemessene fachärztlicher Versorgung zu gewährleisten, blieb in der Vergangenheit in vielen Fällen hinter den Erwartungen zurück. Aus diesem Grund sieht sich der Gesetzgeber genötigt, mit dem neu eingefügten § 75 Abs. 1a SGB V die Kassenärztlichen Vereinigungen stärker in die Pflicht zu nehmen. Der dbb begrüßt die in diesem Zusammenhang neu zu gründenden Terminservicestellen ebenso ausdrücklich, wie die ebenfalls neu geregelte Sanktionsmöglichkeit im Falle des Unvermögens einer kurzfristigen Terminvermittlung. Die in diesen Fällen vorgesehene Vermittlung eines ambulanten Behandlungstermins in einem Krankenhaus sollte der Sicherstellung ausreichend Rechnung tragen.

Wichtig ist dem dbb auch der Verweis auf das Recht der freien Arztwahl, das unabhängig von den Regelungen des § 75 bestehen bleibt.



Zu § 87 Abs. 2 SGB V: Delegation

Ablehnend steht der dbb den Bestrebungen zur Ausweitung der Delegation und Substitution von nicht originär ärztlichen Leistungen in § 87 SGB V gegenüber. Besonders der Terminus „delegationsfähiger Leistungen“ ist aus Sicht des dbb zu unscharf. Der Demografische Wandel mag sicherlich ein schlagkräftiges Argument sein, die Ärzteschaft durch Delegation an qualifizierte, nicht-ärztliche Gesundheitsberufe zu entlasten. Allerdings ist für den dbb völlig unverständlich, wieso dies auf dem Rücken des ohnehin über Gebühr belasteten medizinischen Personals ausgetragen werden soll. Hier sieht der dbb die Gefahr, dass die ohnehin durch unzählige Überstunden, Schichtdienste und Personalmangel belasteten Mitarbeiter durch zusätzliche Arbeitsaufträge die gewohnte Arbeitsqualität nicht mehr erbringen können und somit die Delegationsmöglichkeiten der Ärzte letztendlich die Versorgung der Patienten eher gefährden als verbessern.

Im Grundsatz sieht der dbb die Delegationsmöglichkeiten in unkritischen Bereichen durchaus als eines von vielen Instrumenten an, eine flächendeckende medizinische Versorgung sicher zu stellen. Allerdings kann dies nur dann von Erfolg gekrönt sein, wenn die personellen Ressourcen des Krankenhauspersonals endlich auf ein verantwortungsvolles Maß aufgestockt werden.

Zu §§ 92a und 92b SGB V: Innovationsfonds/-ausschuss

Gegen die vorgesehene Fondslösung zur Förderung neuer Versorgungsformen und Versorgungsforschung spricht aus Sicht des dbb zunächst nichts, obwohl sich im Laufe der letzten Jahre die Tendenz zu Fondslösungen zu inflationieren scheint (Gesundheitsfonds, Pflegevorsorgefonds, Strukturfonds, Innovationsfonds). Der dbb bezweifelt jedoch, dass die in §§ 92a und 92b SGB V vorgesehene Übertragung der Entscheidungskompetenz zur Mittelvergabe auf einen so genannten Innovationsausschuss, der beim Gemeinsamen Bundesausschuss angesiedelt ist, neue und innovative Versorgungskonzepte besser zu fördern vermag als ein eher dezentraler Ansatz. Landes- und Kommunalspezifika können durch eine zentrale Mittelvergabe nur unzureichend berücksichtigt werden. Der dbb schlägt diesbezüglich eine Einbeziehung der Länder und der Wissenschaft vor. Unabhängig von der Zusammensetzung des Gremiums muss aus Sicht des dbb die Evaluierung der geförderten Modellprojekte zwingende Voraussetzung für eine Förderung sein.

Zu § 112 SGB V i. V. m. § 39 SGB V: Entlassmanagement Krankenkassen

Der Versicherte erhält künftig einen unmittelbaren Rechtsanspruch gegen seine Krankenkasse auf ergänzende Unterstützung des Entlassmanagements. Diese erstreckt sich vor allem auf die rechtzeitige Organisation der im Rahmen des



Entlassplans vorgesehenen Versorgung. Diese Koordinationsaufgaben seitens der Krankenkassen leisten aus Sicht des dbb einen wichtigen Schritt hin zu einem reibungsloseren Übergang von der stationären hin zur rehabilitativen Versorgung.

Krankenhäuser erhalten zudem die Möglichkeit, im Anschluss an die Entlassung für einen begrenzten Zeitraum Leistungen zu verordnen. Dass hierbei explizit die Verordnung der jeweils kleinsten erforderlichen Packung gemäß Packungsgrößenverordnung vorgesehen ist, begrüßt der dbb besonders vor dem Hintergrund möglicher Kosteneinsparpotenziale.

Zu § 132 SGB V: Verbesserung der Haushaltshilfe

Mit der Neufassung des § 132 Abs. 1 SGB V wird die Gewährung von Haushaltshilfe von einer Kann- in eine Soll-Bestimmung umgewandelt. Desweiteren wird den Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet, zusätzliche Satzungsleistungen im Bereich der Haushaltshilfe zu erbringen. Der dbb begrüßt die Neuregelung ausdrücklich, leisten Haushaltshilfen doch einen wesentlichen Beitrag zu einem selbstbestimmten Leben der Betroffenen und fördern den Grundsatz *ambulant vor stationär*.

Zu § 137c und 137h SGB V: Nutzenbewertung innovativer Behandlungsmethoden

Die in § 137c und 137h SGB V neu vorgesehene Nutzenbewertung und Wirtschaftlichkeitsprüfung bei innovativen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wird vom dbb ausdrücklich begrüßt. Derartig vorgelagerte Prüfungen wurden bereits mit dem Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) für innovative Medikamente eingeführt und haben sich als Mittel gegen so genannte Scheininnovationen bewährt. Sofern nun durch die neu vorgesehene Nutzenbewertung innovativer Behandlungsmethoden ein wirklicher Mehrwert für die Patienten nachgewiesen wird, muss allerdings auch sichergestellt werden, dass alle Patienten Zugang zu dem damit verbundenen medizinisch-technischen Fortschritt erhalten und nicht nur diejenigen, die sich in Krankenhäusern behandeln lassen, die diese neue Methode auch anbieten.

Zu § 275 Abs. 4a SGB V: Beurteilung der Dienstfähigkeit

Den neu eingefügten Absatz 4a in § 275 SGB V sieht der dbb kritisch. Gesundheitsbezogene Fragen der Dienstfähigkeit von Beamtinnen und Beamten des Bundes, der Länder und der Kommunen werden in allen einschlägigen Beamtengesetzen den Amtsärztinnen und Amtsärzten zugeordnet. Diese sind in der Regel bei den kommunalen bzw. kommunal angegliederten Gesundheitsämtern ange-



siedelt, in einigen Bundesländern bzw. Sonderbehörden auch in Form von separaten Gutachterdiensten zentralisiert.

Einheitlich gilt für diese Dienste, dass sich die sachverständigen ärztlichen Gutachterinnen und Gutachter detailliert mit den speziellen beamtenrechtlichen Regelungen zur Dienstfähigkeit in Verbindung mit den besonderen Anforderungen der dienstlichen Verwendung von Beamtinnen und Beamten beschäftigen.

Im Gesetzentwurf wird eine Ausweitung der möglichen Aufgabenstellung des MDK auch für Fragen der Dienstfähigkeit von Beamten damit begründet, dass die bisherigen Verfahren teilweise in der Bearbeitung einen zu langen Zeitraum beanspruchen würden. Insoweit soll der gutachterliche Dienst des MDK zur Kapazitätserweiterung herangezogen werden.

Zum Einen muss es irritieren, dass diese Thematik bei der doch sehr unterschiedlichen möglichen Auftraggeberseite (Bund, Länder, Kommunen und andere hoheitliche Dienststellen) zu einer generellen Problemlage verallgemeinert wird, ohne dass dies mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst als der eigentlichen Auftragnehmerseite bzgl. möglicher Ursachen und Abhilfeoptionen erörtert wurde und wird. Zum Anderen muss kritisch hinterfragt werden, ob in den Dienstunfähigkeitsverfahren tatsächlich allein die Bearbeitungszeiten die eigentliche Problematik darstellen.

Aus flächendeckender Erfahrung der Amtsärztinnen und Amtsärzte liegen die Schwierigkeiten in vielen Dienstunfähigkeitsverfahren vielfach darin, dass keine klassische Erkrankung im allgemeinverständlichen Sinne vorliegt, sondern vielmehr ein Missverhältnis zwischen dienstlichen Anforderungen einerseits und einem psychophysisch eingeschränkten Leistungsvermögen andererseits besteht. Hierbei spielen zudem vielfach eine gewisse Leistungsverdichtung, Überforderung und Konflikte am Arbeitsplatz und andere dienstbezogene Problemstellungen eine maßgebliche Rolle.

Zu § 44 SGB V: Unterstützendes Fallmanagement durch die Krankenkassen

Mit dem neuen § 44 Abs. 4 SGB V wird den Krankenkassen die Aufgabe eines individuellen Beratungs- und Hilfestellungsangebotes für Krankengeldbezieher auferlegt. Da es sich bei diesem Personenkreis vorwiegend um länger und häufig auch ernster Erkrankte handelt, stellen sämtliche Unterstützungsangebote eine Erleichterung dar. Der dbb begrüßt deshalb die von den Krankenkassen im Rahmen dieses neuen Unterstützungsangebotes zu erbringenden Leistungen grundsätzlich, sofern sich diese auf den originären Wirkungskreis der Kassen zurückführen lassen (Hilfe bei der Suche nach geeigneten Leistungserbringern, Terminvereinbarungen und Beratungen mit Krankheitsbezug). Nicht nachvollziehbar ist, inwiefern die Krankenkassen beim Wiedereinstieg ins Berufsleben unterstützen können. Ein etwaiges Betriebliches Eingliederungsmanagement obliegt den Ar-



beitgebern in Kooperation mit den betrieblichen Akteuren und Integrationsämtern.

Der dbb gibt desweiteren zu bedenken, dass zur Durchführung eines entsprechenden individuellen Fallmanagements entsprechende personelle Ressourcen auf Seiten der Krankenkassen vorgehalten werden müssen.