



**Gewerkschaft der  
Sozialversicherung**

Bundesgeschäftsstelle  
Müldorfer Straße 23  
53229 Bonn

6. November 2014

**Stellungnahme**  
**der Gewerkschaft der Sozialversicherung (GdS)**  
**zu dem Referentenentwurf eines**  
**Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung**  
**(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)**

**I. Allgemeine Bewertung**

Das grundsätzliche Anliegen des vorliegenden Gesetzesentwurfes, die flächendeckende und möglichst gut erreichbare medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten auf hohem Niveau sicherzustellen, wird von der GdS uneingeschränkt geteilt. Wir sehen, dass das GKV-VSG Chancen zur besseren medizinischen Versorgung der Menschen in Deutschland bietet, nehmen jedoch davon Abstand, uns zu Einzelheiten der organisatorischen Abwicklung zwischen den beteiligten Institutionen zu äußern. Da sich im Entwurf des Gesetzes jedoch auch ein ganzes Bündel weiterer Neuregelungen findet, die sowohl die gesetzlich Krankenversicherten als auch die Krankenkassen und Medizinischen Dienste der Krankenkassen sowie deren Beschäftigte betreffen, soll auf einige Punkte im Folgenden eingegangen werden.

**II. Stellungnahme zu Einzelvorschriften des Gesetzentwurfs**

**Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

zu Nr. 5 (§ 27b SGB V (neu) – Zweitmeinung):

Für die Versicherten soll ein Rechtsanspruch geschaffen werden, sich vor sogenannten mengenanfälligen planbaren Eingriffen eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung zur medizinischen Notwendigkeit und Sachgerechtigkeit des vorgesehenen Eingriffs einzuholen. Durch die Einholung einer Zweitmeinung werden künftig für die Versicherten ärztliche Beratungs- und Untersuchungsleistungen ein zweites Mal erbracht und der notwendige Behandlungsbedarf zu Lasten der Krankenkassen ausgeweitet.

Der Anspruch auf eine Zweitmeinung wird von Seiten der GdS begrüßt, da sie dies mit der Hoffnung verbindet, dass durch eine qualifizierte Zweitmeinung Eingriffe unterbleiben, die zum gegenwärtigen Zeitpunkt (noch) nicht nötig sind. An dieser Stelle könnte durchaus eine Win-Win-Situation entstehen: Die Versicherten können sicher sein, dass ein Eingriff wirklich notwendig ist oder es werden mögliche Alternativen aufgezeigt. Die Position des mündigen Patienten wird durch diese Maßnahme gestärkt. Für die Krankenkassen ergibt sich der Vorteil, dass zukünftig Eingriffe nicht wegen der Auslastung der Kapazitäten, sondern im Rahmen der medizinischen Anforderungen geschehen. Langfristig kann sich hier durchaus eine Kostenersparnis für die Krankenkassen ergeben.

zu Nr. 6 (§ 39 SGB V – Entlassmanagement):

Krankenkassen sollen stärker in den Prozess des Entlassmanagements einbezogen werden. Aufgabe der Krankenkasse ist es, gemeinsam mit dem Krankenhaus bereits rechtzeitig vor der Entlassung die für die Umsetzung des Entlassplans erforderliche Versorgung zu organisieren. Um diese Aufgabe der Krankenkassen verbindlicher auszugestalten, erhalten Versicherte gegen die Krankenkasse einen unmittelbaren Rechtsanspruch auf ergänzende Unterstützung des Entlassmanagements.

Grundsätzlich bewertet die GdS auch diese Neuregelung positiv, sieht aber die Problematik, dass es den durch die Krankenkassen zu veranlassenden Maßnahmen aus der Perspektive der Patienten an Akzeptanz mangeln könnte, da die Krankenkassen von Natur aus an einer kostengünstigeren Versorgungsvariante interessiert sind. Schon heute gibt es eine Vielzahl an rechtlichen Auseinandersetzungen wegen der DRGs, zumal die Gutachter des MDK mit der Begutachtung hoffnungslos im Hintertreffen sind. Da der/die typische Sachbearbeiter/in der Krankenkasse in der Regel kein/e Mediziner/in ist, dürfte eine schnelle und allgemein akzeptierte Entscheidung der Krankenkasse schwierig zu erreichen sein.

zu Nr. 8 (§ 44 SGB V – Beratung durch Krankenkassen bei Krankengeldbezug):

Mit dem neuen § 44 Absatz 4 wird ein spezifischer Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung für Versicherte, die Krankengeld beziehen, durch die Krankenkassen im Sinne eines unterstützenden Fallmanagements geregelt. So können die Kran-

kenkassen die Versicherten beispielsweise bei der Suche nach geeigneten Leistungserbringern, Terminvereinbarungen, Wiedereinstieg in das Berufsleben, etc. unterstützen.

Auch heute beraten die Krankenkassen bereits die Krankengeldbezieher, jedoch häufig mit dem Hintergrund, den Krankengeldbezug so schnell wie möglich zu beenden und das Budget zu entlasten. Wenn sich der Fokus durch die gesetzliche Neuregelung von den rein monetären Erwägungen hin zu einer Service- und Unterstützungsleistung im Sinne der Versicherten verlagert, wäre dies aus Sicht der GdS sehr zu begrüßen und ein erforderlicher Paradigmenwechsel zur derzeitigen Praxis.

zu Nr. 18 (§ 75 SGB V – Terminservicestellen):

Die Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen über die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung wird konkretisiert, indem diese verpflichtet werden, Terminservicestellen einzurichten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die Möglichkeit, diese Terminservicestellen in Kooperation mit den Krankenkassen zu betreiben.

Die GdS begrüßt den Aufbau von Terminservicestellen grundsätzlich. Bereits heute werden Terminvereinbarungen von einigen Krankenkassen übernommen. Je schneller Versicherte Termine bei Fachärzten bekommen, desto schneller kann eine sachgerechte Therapie greifen und so eventuell unnötige Kosten für Krankengeld vermieden werden. Klar ist aber auch, dass Terminservicestellen nur dann Sinn ergeben, wenn die Maßnahmen dieses Gesetzes zur Stärkung der Versorgungsstruktur greifen. Aus Sicht der GdS müsste darüber hinaus genauer definiert werden, wie die Kooperation zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen konkret ausgestaltet sein soll und vor allem, aus welchen Mitteln diese neue Aufgabe für die Krankenkassen gezahlt werden soll.

zu Nr. 29 (§ 92a und § 92b SGB V (neu) – Innovationsfonds):

Für die Förderung von Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung in der GKV und der Versorgungsforschung werden ab dem Jahr 2016 jährlich insgesamt 300 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Die Fördermittel werden jeweils zur Hälfte vom Gesundheitsfonds und von den Krankenkassen getragen.

Bereits heute investieren die gesetzlichen Krankenkassen viel Geld, damit ihre Versicherten in modernen Versorgungsstrukturen behandelt werden. Eine weitere Ebene der Steuerung, einschließlich eines neuen Ausschusses, der beim Gemeinsamen Bundesausschuss angesiedelt ist, produziert aus Sicht der GdS unnötig mehr Bürokratie, ohne einen erkennbaren Mehrwert für Krankenkassen und deren Versicherte zu schaffen.

zu Nr. 64 (§ 275 Abs. 4a (neu) – Beurteilung der Dienstfähigkeit durch den MDK):

Mit der Neuregelung wird den Medizinischen Diensten ermöglicht, Bundesbeamte auf ihre Dienstfähigkeit zu untersuchen und hierzu Gutachten zu erstellen, wenn die zuständige Behörde sich mit einem entsprechenden Ersuchen an den Medizinischen Dienst wendet. Voraussetzung ist, dass die Wahrnehmung der übrigen Aufgaben durch den Medizinischen Dienst für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung nicht beeinträchtigt wird.

Diese Neuregelung ist aus Sicht der GdS Augenwischerei. Bereits heute ist der MDK massiv überbelastet und kommt mit der Bearbeitung seiner ursprünglichen Aufgaben kaum hinterher. Beim MDK Niedersachsen besteht derzeit beispielsweise ein Rückstand von über 100 000 Fällen, sodass die Übernahme weiterer Aufgaben illusorisch zu nennen ist. Vor der Übernahme weiterer Aufgaben durch den MDK ist dieser mit ausreichendem Personal für seine derzeitigen Aufgaben auszustatten.

zu Nr. 66 (§ 279 SGB V – Erweiterung der Entscheidungsgremien des MDK):

Durch die Einbeziehung des bislang nicht in Bezug genommenen § 51 Absatz 6 Nummer 5 Buchstabe a und Nummer 6 Buchstabe b wird festgelegt, dass hauptamtliche Mitarbeiter der Krankenkassen künftig nicht mehr in die Verwaltungsräte der MDK gewählt werden können.

Die o.g. Bezugnahme Klausel wird aus Sicht der GdS dazu führen, dass den Verwaltungsräten des MDK wichtiges Expertenwissen dauerhaft entzogen wird, denn meist sind es die hauptamtlichen Mitarbeiter der Krankenkassen, die in der Selbstverwaltung des MDK substanzielle Arbeit leisten. Der Plan, diese Personen auszuschließen, wird deshalb von der GdS kritisch bewertet.