

**Stellungnahme** zur

Anhörung des Bundesministerium für Gesundheit  
am 11. November 2014 zum

Referentenentwurf

**eines Gesetzes zur Stärkung in der Versorgung in der Ge-  
setzlichen Krankenversicherung**

(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)

11. November 2014



DGB Bundesvorstand  
VB Annelie Buntenschach  
Abteilung Sozialpolitik

Henriette-Herz-Platz 2  
10178 Berlin

Rückfragen an:  
Knut Lambertin

Tel.: 030 24060-706  
Fax: 030 24060-226

## **I. Allgemeine Bewertung**

Mit dem vorliegenden Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung in der Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung soll die bedarfsgerechte, flächendeckende und gut erreichbare medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten auf hohem Niveau sichergestellt werden. Damit will die Bundesregierung auf die demografische Entwicklung und unterschiedliche Versorgungssituationen in strukturschwachen Regionen und in städtischen Ballungsräumen reagieren sowie die Möglichkeiten des medizinisch-technischen Fortschritts nutzen.

Der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) teilt das von der Bundesregierung beschriebene Ziel, denn es ist gesetzliche Aufgabe der GKV die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihre Gesundheit zu verbessern. Die ständige Verbesserung der Versorgung gehört damit zu den elementaren Aufgaben der GKV.

### *Weiter einseitige Belastung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer*

Nicht zutreffend ist nach Meinung des DGB jedoch die Feststellung, dass das GKV-FQWG die Finanzierung nachhaltig gestärkt und auf eine solide Grundlage gestellt habe. Der darin geregelte Zusatzbeitrag allein für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer belastet mit künftigen Mehrbelastungen weiterhin einseitig die Versicherten. Damit wird die paritätische Finanzierung der GKV in Zukunft weiter zulasten der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer verschoben. Da dies das einzige Ventil ist, über das Mehrbelastungen aufgefangen werden sollen, ist die Dynamik der Steigerung des beabsichtigten Zusatzbeitrages absehbar, wenn die Finanzsituation der GKV sich verschlechtert. Mit der Neuregelung geht der bisherige Arbeitnehmer-Sonderbeitrag von 0,9 Prozent in den neuen Zusatzbeitrag allein für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer auf. Das BMG beziffert den Fehlbetrag durch Abschaffung des Arbeitnehmer-Sonderbeitrages auf bisher elf Milliarden Euro. Nun fügt das BMG mit diesem Referentenentwurf weitere Kosten in Höhe von mind. 425 Millionen Euro auf, wobei der Entwurf weitere, nicht bezifferbare Mehrausgaben enthält. Es

ist gegenüber den Versicherten unverantwortlich, dass die fehlende Deckung allein durch die neuen Zusatzbeiträge für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aufgefangen werden muss.

### *Schwächung der Sozialpartnerschaft*

Die geplante Neureglung in § 279 SGB V bedeutet eine weitere Schwächung der Sozialpartnerschaft in der sozialen Selbstverwaltung der GKV, wenn künftig ein Drittel des Medizinischen Dienstes der GKV von der zuständigen Verwaltungsbehörde des Bundeslandes bestimmt wird. Hier wird eine teiltripartistische Regelung getroffen, denn neben Arbeitgeber- und Versichertenvertretern wird die bestimmende Verwaltungsbehörde keine eigenen Angehörigen der Länderverwaltung, sondern Vertreter von Patienten- und Behindertenorganisationen sowie Vertreter der Pflegeberufe entsenden. Dabei bleibt erstens unberücksichtigt, dass die Patienten bereits von den Versichertenvertretern im Verwaltungsrat repräsentiert werden. Zweitens besteht die Gefahr, dass Leistungserbringerinteressen sowohl über die Patientenorganisationen als auch über die Pflegeberufsvertreter in den MDK-Verwaltungsrat Einzug halten. Drittens werden mit dieser Regelungen bereits Landespflegekammern Aufgaben zugeordnet, obwohl diese in der überwiegenden Zahl der Bundesländer nicht existieren. Die Einbeziehung der Pflegeberufe würde u.a. dazu führen, dass ihre Leistungserbringerinteressen einseitig privilegiert in den MDK-Verwaltungsräte vertreten wären. Parallel dazu werden die Beitragszahlerinteressen geschwächt. Daher lehnt der DGB die geplante Regelung ab, da die Staatsferne und Selbstverwaltung damit beeinträchtigt werden.

Zudem besteht auf Ebene des GKV-Spitzenverbandes für die Pflegebedürftigen und ihre Organisationen die Möglichkeit, sich an der Erarbeitung der Begutachtungs- und Qualitätsprüfungs-Richtlinien zu beteiligen.

Der DGB bedauert sehr, dass die Begründung zu diesem Referentenentwurf keine Gründe für die Umstrukturierung der MDK-Verwaltungsräte enthält, die zu einer Veränderung der Sozialpartnerschaft in der GKV führt und neue Verteilungskonflikte in die Gremien trägt.

*Freiberufliche Hebammen werden von Beitragszahlern subventioniert*

Die beabsichtigte Veränderung des § 134a SGB V führen im Ergebnis dazu, dass das Haftungsrisiko für freiberufliche Hebammen im Gegensatz zu angestellten Hebammen auf die gesetzlichen Krankenkassen übergeht.

Neben der Umschichtung von Haftungskosten zu Lasten der Beitragszahler hält der DGB die Privilegierung von freiberuflichen Hebammen im Gegensatz zu anderen Freiberuflern im Gesundheitswesen und angestellten Hebammen für systemfremd. Zudem besteht die Gefahr, dass mit dieser Regelung sozialversicherungspflichtige Beschäftigung durch prekäre Selbstständigkeit verdrängt wird. Warum diese Regelung dazu beiträgt, eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten zu gewährleisten, ist für den DGB begründungspflichtig.

*Haltung zu Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung bleibt unkritisch*

Mehrfach wird im Entwurf der Wettbewerb in der GKV in der Weise dargestellt, als wenn es sich um ein Ziel handeln würde. Dies ist jedoch weder § 1 SGB V noch § 1 SGB I zu entnehmen. Wettbewerb kann nur ein Instrument zur Förderung von Suchprozessen in der GKV sein. Das gilt auch für den Vertragswettbewerb mit sog. Selektivverträgen.

Der DGB fordert, endlich die Auswirkungen der bisherigen wettbewerblichen Steuerung im Gesundheitswesen – positive und negative – wissenschaftlich zu evaluieren, ebenso die Kosten und Wirkungen von Selektivverträgen. Damit würde die Möglichkeit bestehen, auf empirischer Grundlage eine ideologiefreie Debatte über die künftige Steuerung zu führen.

*Arbeitnehmer sollen Innovationen allein bezahlen*

Der geplante Innovationsfonds soll mit jeweils 150 Millionen Euro von den Krankenkassen als auch aus dem Gesundheitsfonds finanziert werden. Nach-

dem der steuerfinanzierte Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds, der eigentlich die gesamtgesellschaftlichen Leistungen von mindestens 15 Milliarden Euro gegenfinanzieren soll, auf 10,5 Milliarden gekürzt wurde, bedeutet dies, dass beide Teile aus Beitragsmitteln finanziert werden sollen – also 300 Millionen Euro. Die gesamtgesellschaftlichen Leistungen, die den gesetzlichen Krankenkassen übertragen wurden, sind nicht weniger an Anzahl oder weniger finanzträchtig geworden.

Der DGB schlägt hingegen vor, den Innovationsfonds durch Steuermittel zu finanzieren, da es sich um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt, die nicht nur den gesetzlich Krankenversicherten zugutekommt. Gleichzeitig gilt es, den Steuerzuschuss stetig parallel zu den Kosten für gesamtgesellschaftliche Leistungen weiter zu entwickeln und den Beitragssatz der GKV wieder paritätisch zu gestalten – und somit die einseitigen Arbeitnehmer-Zusatzbeiträge abzuschaffen.

Der gesamtgesellschaftliche Charakter wird auch durch die Entscheidungsergebnisse des Gemeinsamen Bundesausschuss und des Bundesversicherungsamtes deutlich. Diese sollen hier systemwidrig über die Verwendung der Beitragsmittel entscheiden.

#### *Richtige Richtung: Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgung*

Der DGB begrüßt die Ansätze zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung, d. h. zum Abbau der Unter- und Überversorgung. Dafür soll ein Strukturfonds bei den kassenärztlichen Vereinigungen aufgebaut werden, der Zulassungsgebühren und Zuschüsse finanziert. Geplant ist eine hälftige Finanzierung durch die KV und durch den jeweiligen Landesverband der Krankenkassen. Die Steuerung kann jedoch wirksamer gestaltet werden, wenn die Ärzteschaft die Kosten für die Sicherstellung in unterversorgten Gebieten durch Umschichtung aus nicht unterversorgten Gebieten trägt. Dies schlägt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem aktuellen Gutachten „Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche“ vor.

Ergänzend fordert der DGB, Krankenkassen generell wieder in § 140 SGB V

die Errichtung und Betrieb von Eigeneinrichtungen gesetzlich zu gestatten. Gerade in unterversorgten Gebieten wird so die Verantwortung der Krankenkassen für ihre Versicherten gestärkt.

Dass die sozialmedizinische Begutachtung zur Dienstunfähigkeit auf Personenkreise außerhalb des gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung ausgeweitet werden soll, ist systemfremd. Dies sollte nur in Ausnahmen zum Tragen kommen - und nur dann, wenn die Kosten in vollem Umfang vom Dienstgeber getragen werden, so wie im Entwurf vorgesehen. Statt den MDK mit der Aufgabe der Beurteilung der Dienstfähigkeit von Beamtinnen und Beamten zusätzlich zu belasten, ist der Gesetzgeber gehalten, die Amtsärzte zu entlasten. Die Steigerung der Attraktivität dieses Berufes würde das Problem des Nachwuchsmangels lösen helfen und die vorgesehene Aufgabenverlagerung unnötig machen.

Zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin soll die Verbindlichkeit erhöht und Beschränkungen der Kassenärztlichen Vereinigungen beseitigt werden. Der DGB begrüßt die Förderung der Allgemeinmedizin. Angesichts des starken Zusammenhangs von Arbeit und Gesundheit sowie weiterer sozialer Determinanten fordert der DGB eine Stärkung der Arbeitsmedizin wie der Sozialmedizin in der Ausbildung und Weiterbildung der Ärzte. Grundsätzlich sind die Beitragszahler nicht für die Finanzierung der Ärztebildung zuständig. Daher lehnt der DGB die Finanzierung der Mediziner-(Aus)Bildung aus Beitragsmitteln ab.

Mit dem Referenten-Entwurf reagiert die Bundesregierung auf Berichte über die Diskriminierung gesetzlich Krankenversicherter bei der Terminvergabe, insbesondere in Facharztpraxen. Viele gesetzliche Krankenkassen haben im Interesse ihrer Mitglieder und Familienversicherten inzwischen Dienste zur Vermittlung von Facharztterminen eingerichtet. Wenn dies künftig von den KVen geleistet werden soll, entspricht dies ihrem Sicherstellungsauftrag. Der DGB hält diese Änderung für sachgerecht.

Dies gilt ebenso für das geplante Recht auf eine ärztliche Zweitmeinung, um Über- und Fehlversorgung zu vermeiden und die Qualität der Versorgung zu erhöhen. Der DGB spricht sich für eine Evaluation dieser Regelung aus, um Kosten und Wirkung sowie mögliche Änderungen anschließend auf wissenschaftlicher Grundlage diskutieren zu können.

Der DGB begrüßt die gesetzgeberischen Initiativen für eine integrierte Versorgung. Sowohl die weitere Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung als auch die erweiterte Zulassung medizinischer Versorgungszentren sind dazu geeignet. Der DGB fordert jedoch, dass diese aus den Mitteln für die Vergütung niedergelassener Ärzte finanziert werden.

### *Erneute Erhöhung der ärztlichen Vergütung*

Durch die geplanten Konvergenzregelungen bei der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung wird eine Verbesserung der Versorgungsqualität beabsichtigt – allerdings ohne dies weiter auszuführen. Der GKV-Spitzenverband schätzt die Mehrkosten auf 0,5 Milliarden Euro.

Der DGB kann die Verbesserung der Versorgungsqualität nicht nachvollziehen und lehnt daher diese Mehrausgaben ab.

### *Fazit*

Insgesamt enthält der Entwurf versorgungspolitische Ansätze, die in die richtige Richtung weisen. Da die Arbeitgeberbeiträge von der Bundesregierung gedeckelt werden, verbleibt das Finanzierungsrisiko für Fortschritte in der Versorgung allein bei den Arbeitnehmern über den Arbeitnehmersonderbeitrag. Dies lehnt der DGB entschieden ab.