



Stellungnahme des IKK e.V.

zum

**Entwurf eines Gesetzes
zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in
der Kommune**

**Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz –
GVSG vom 17.06.2024**

11.11.2024

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen	3
Kommentierung.....	10
Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	10
Nr. 3: § 33 Absatz 5c (neu): Hilfsmittel.....	10
Nr. 6 a): § 87 Absatz 2b SGB V: Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	13
Nr. 7 c): § 87a Absatz 3c SGB V (neu): Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten	14
Nr. 14: § 106b SGB V: Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen	16
Nr. 23 b) aa) ccc): § 197a SGB V: Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen	17
Nr. 24: § 217f Absatz 4 SGB V: Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen	19
Zu Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)	22
Nr. 23: § 47a SGB XI: Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen	22
Ergänzender Änderungsbedarf.....	23
Änderung des Mutterschutzgesetzes - MuSchG § 3 Absatz 5 MuSchG Schutzfristen vor und nach der Entbindung.....	23
Vorsorgliche Ausführungen.....	25
1. Gesundheitskioske (ggfs. § 65g SGB V neu)	25
2. Primärversorgungszentren (ggfs. § 73a neu SGB V)	26
3. Gesundheitsregionen (ggfs. § 140b SGB V)	26

Grundsätzliche Anmerkungen

Mit dem im vorliegenden Gesetzentwurf zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz) aufgeführten Maßnahmenkatalog soll die ambulante Versorgung grundsätzlich reformiert werden.

Nimmt man dieses Ziel als Richtschnur, wird mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf jedoch weder die Gesundheitsversorgung vor Ort in den Kommunen gestärkt, noch die individuelle Gesundheitskompetenz erhöht. Die Bundesregierung hat es versäumt, die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nachhaltig finanziell abzusichern. Die diesbezüglichen Vorhaben aus dem Koalitionsvertrag wurden nicht umgesetzt, stattdessen werden weiterhin finanzielle Belastungen auf die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler geschoben.

In Zeiten stark steigender Lohnnebenkosten, nicht zuletzt aufgrund der politisch indizierten Anstiege der Krankenkassenzusatzbeiträge, einer schwächelnden Konjunktur und ständig steigender Finanzforderungen der Leistungserbringer besteht derzeit kein Raum mehr für gesetzliche Änderungen, die die finanziellen Belastungen der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler – der Versicherten, der Unternehmen sowie der klein- und mittelständischen Betriebe – weiter erhöhen. Dies gilt umso mehr, wenn die Verbesserungen der gesundheitlichen Versorgung mit den vorliegenden Maßnahmen zweifelhaft sind.

Zwar begrüßen die Innungskrankenkassen, dass im Hinblick auf die durchgreifende Kritik u. a. die Doppelstrukturen begründenden und damit kostenintensiven Gesundheitsrisiko gestrichen worden sind. Mit den nun eingeführten finanziellen Regularien, wie zum Beispiel die Entbudgetierung der ambulanten hausärztlichen Leistungen, erfolgen aber im Wesentlichen finanzielle Anpassungen, die tatsächlich keine Verbesserung der Versorgung bringen werden. So belegen die bislang gemachten Erfahrungen zur Entbudgetierung der Kinderärztinnen und -ärzte, dass diese keinesfalls dazu geführt hat, dass mehr kindliche Patientinnen und Patienten schneller behandelt werden. Stattdessen werden mehr Leistungen an einer Patientin bzw. einem Patienten erbracht. Das gesetzgeberische Ziel wurde damit eindeutig verfehlt.

Insofern gilt: Nach Auffassung der Innungskrankenkassen hätte sich aufgrund der bereits real existierenden Herausforderungen der künftigen Sicherstellung einer ausreichenden und flächendeckenden medizinischen Versorgung – insbesondere abseits der Ballungszentren – ein „echtes“ Versorgungsgesetz angeboten, welches die Fragen nach einer bedarfsgerechten, sektorenübergreifenden Versorgung umfassend in einem Gesamtzusammenhang auch mit den Regelungen des KHVVG beantwortet.

Was die Finanzierung betrifft, so werden die bezifferten Zusatzkosten erneut – wie auch schon bei der geplanten Krankenhausstrukturreform – in erster Linie der GKV und damit den Versicherten und Arbeitgebern als Beitragszahlenden aufgebürdet. Die daraus resultierenden Risiken von weiteren Beitragssatzsteigerungen für die durch vorangegangene Gesetzgebungsverfahren bereits stark strapazierten Finanzen der GKV sind offensichtlich.

Die Innungskrankenkassen lehnen den vorgelegten Gesetzentwurf auch deshalb ab, weil sich die Bundesregierung in der ihr verbleibenden Zeit zusammen mit allen demokratischen Kräften im Deutschen Bundestag in erster Linie darauf verständigen sollte, die Sozialsysteme handlungsfähig zu halten und ihre Finanzierbarkeit sicher zu stellen.

Im Einzelnen zu den gesetzlich vorgesehenen Maßnahmen:

Reform der ambulanten hausärztlichen Vergütung

Zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung werden im vorliegenden Gesetzentwurf insbesondere Maßnahmen zur Anpassung der Vergütung ergriffen: Die Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung werden entbudgetiert und eine jährliche Versorgungspauschale zur Behandlung chronisch kranker Patientinnen und Patienten sowie eine Vorhaltepauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages eingeführt.

Insbesondere aufgrund der Kumulation der verschiedenen Maßnahmen bestehen hierzu seitens der Innungskrankenkassen erhebliche Bedenken im Hinblick auf mögliche Doppelfinanzierungen. Darüber hinaus ist aufgrund der systemimmanenten Intransparenz der Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigungen eine Strategieanfälligkeit nicht auszuschließen (konkret dazu in der Einzelkommentierung).

Entbudgetierung Hausärzte

Die vorgesehene Entbudgetierung der Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung wird von den Innungskrankenkassen abgelehnt.

Nach Auffassung der Innungskrankenkassen wird mit der Entbudgetierung kein relevanter Anreiz für eine hausärztliche Tätigkeit in unterversorgten, vor allem ländlichen Regionen, erzielt. Vielmehr besteht die Gefahr einer weiteren Konzentration ärztlicher Tätigkeit sowie einer medizinisch nicht notwendigen und unwirtschaftlichen Leistungsausweitung in den bereits überversorgten Gebieten.

Bestätigt wird die Gefahreinschätzung durch die im Rahmen der Entbudgetierung der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte gemachten Erfahrungen. Diese haben gezeigt,

dass bereits ohne zusätzliche Bewertungseffekte ein mehrprozentiger überproportionaler Mengenanstieg zu verzeichnen ist. Zur Einhaltung des Grundsatzes der Beitragsatzstabilität erachten die Innungskrankenkassen es daher für erforderlich, wie bisher vertragsärztliche Leistungen im Regelfall innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) zu vergüten. Denn ohne eine morbiditätsbezogene Mengenbegrenzung besteht das Risiko einer unangemessenen Leistungsmengenausweitung, wodurch langfristig die Finanzierbarkeit der GKV gefährdet würde.

Der derzeitige Anteil der extrabudgetären Vergütung liegt mit Stand 2022 bei 43 Prozent und erhöht damit bereits grundsätzlich die Gefahr unwirtschaftlicher, insbesondere medizinisch nicht erforderlicher Leistungserbringung („angebotsinduzierte Nachfrage“). Diese Entwicklung hat auch schon der Bundesrechnungshof gerügt. Nur die MGV unterliegt einer Mengen- und Ausgabensteuerung, da sie auf die notwendigen Ausgaben für den zuvor vereinbarten notwendigen Behandlungsbedarf beschränkt ist. Zudem ist zu beachten, dass die derzeitige Budgetierung durch die Bereitstellung eines von der tatsächlichen Leistungsanspruchnahme unabhängigen Vergütungsbetrags – sowohl auf Seiten der Krankenkassen als auch bei den Leistungserbringenden – eine hohe Planungssicherheit gewährleistet. Damit stellt die MGV ein Beispiel für Entökonomisierung dar.

Auch unter dem Aspekt des Nachwuchs- und Fachkräftemangels bedürfte es zur flächendeckenden Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung bei freiwerdenden Arztstellen gezielterer Maßnahmen. Zu nennen wären beispielsweise die Entwicklung neuer Arbeits- und Niederlassungsmodelle, anstatt der finanziellen Anreizsetzung durch Aufhebung der Budgetierung nach dem „Gießkannenprinzip“. Unterstützt wird dies durch die Kostenstrukturstatistik des Statischen Bundesamtes, wonach der Reinertrag der Allgemeinmediziner von durchschnittlich 188.000 Euro je Praxisinhaber im Jahr 2019 um 17 Prozent auf 220.000 Euro im Jahr 2021 zuletzt deutlich zugenommen hat.

Inwiefern sich die in der Gesetzesbegründung betonte Weitergeltung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V auch bei Wegfall jeglicher Mengenbegrenzung und gleichzeitiger Definition der von Ärztinnen und Ärzten abgerechneten Leistungsmengen als „Leistungsbedarf“ praktisch auswirken wird, bleibt vom Gesetzgeber unbeantwortet.

Versorgungspauschale zur Behandlung chronisch kranker Patientinnen und Patienten

Mit der Einführung der Versorgungspauschale sollen aus medizinischer Sicht nicht erforderliche Arzt-/Praxis-Patienten-Kontakte vermieden werden.

Dieser Ansatz wird von den Innungskassen grundsätzlich begrüßt. Es ist allerdings zu berücksichtigen, dass jede chronische Erkrankung einen anderen und vom Zeitaufwand her unterschiedlichen Behandlungsbedarf erfordert. Insbesondere Komorbiditäten und hinzutretende Erkrankungen müssen frühzeitig ärztlich diagnostiziert und in oft engmaschigen Intervallen behandelt werden. Es ist insofern sicherzustellen, dass die Taktung der Arztbesuche sich stets nach dem tatsächlichen Behandlungsbedarf der Erkrankung richtet und nicht aufgrund einer gezahlten Pauschale zu Lasten der Patientinnen und Patienten geht. Die vom Gesetzgeber vorgeschlagene Abbildung des Behandlungsbedarfs in Stufen kann den benötigten Behandlungsbedarf darstellen. Hierfür müssen objektive und gesicherte Kriterien festgelegt werden.

Die leitliniengerechte Behandlung von chronischen Erkrankungen gemäß den Disease-Management-Programmen (DMP), die vielfach einen regelmäßigen Arzt-Patienten-Kontakt vorsehen, ist ebenfalls bei der Abbildung der Behandlungsbedarfe in Stufen zu berücksichtigen.

Unabhängig davon geben die Innungskassen zu bedenken, dass die Einführung einer jährlichen Versorgungspauschale und die hiermit verbundene Reduktion persönlicher Arzt-Patienten-Kontakte zu erheblichen Verwerfungen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) führen kann, da in diesem Fall das Chroniker-M2Q-Kriterium als zentrales Merkmal für eine regelhafte Behandlungsbedürftigkeit chronischer Krankheiten ins Leere läuft. Daher sollten hinsichtlich der Auswirkungen auf den RSA auch zwingend dort Anpassungen vorgenommen werden, welche die Versorgungspauschale entsprechend berücksichtigen.

Bei der Einführung einer hausärztlichen jährlichen Versorgungspauschale muss schließlich eine kostenneutrale Umsetzung erfolgen, Doppelabrechnungen müssen zwingend verhindert werden. Hierbei sind auch bestehende (finanzielle) Regelungen aus DMP- oder hausarztzentrierten Versorgungs-(HzV)-Verträgen zu beachten.

Vorhaltepauschale

Die Innungskassen erachten den Ansatz einer Vorhaltepauschale grundsätzlich für erwägenswert, soll durch sie doch die hausärztliche Versorgung verbessert werden. Damit eine Verbesserung auch tatsächlich erreicht werden kann, benötigen die derzeit vorgesehenen Kriterien jedoch einer weitergehenden Schärfung und Konkretisierung.

Die angestrebte finanzneutrale Ausgestaltung der Regelungen zur Vorhaltepauschale wird ausdrücklich begrüßt.

Abbau der Bürokratie im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die Anhebung der Bagatellgrenze auf 300 Euro im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlich verordneter Leistungen wird von den Innungskrankenkassen abgelehnt.

Zum einen werden die Wirtschaftlichkeitsprüfungen derzeit entsprechend der bestehenden unterschiedlichen Voraussetzungen in den jeweiligen Regionen zutreffender Weise unterschiedlich geregelt, zum anderen stellt die Bagatellgrenze von 300 Euro alles andere als eine Bagatelle dar. Auch unwirtschaftliche Folgeverordnungen könnten über Jahre nicht mehr aufgegriffen werden, da diese ebenfalls unterhalb der Bagatellgrenze liegen würden.

Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

Die Innungskrankenkassen begrüßen, dass der Gesetzgeber die bürokratischen Hürden bei der Gründung eines MVZ durch Kommunen zur Verbesserung der Versorgung senken möchte. Zwingende Voraussetzung dafür ist jedoch zum einen, dass die allgemein geltenden Regularien für MVZ bezüglich des vorzuhaltenden Leistungsspektrums (keine willkürliche Reduzierung durch den Betreiber) zu beachten sind. Zum anderen hat sich die Gründung von MVZ an der tatsächlichen Bedarfsnotwendigkeit der Versorgung vor Ort zu orientieren. Dies bedeutet, dass MVZ in unterversorgten bzw. ländlichen Gebieten durchaus zielführend sein können, in sog. Ballungszentren bzw. überversorgten Gebieten jedoch die Ausnahme bleiben müssen.

Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Der Gesetzentwurf greift zahlreiche Forderungen der Krankenkassen bzw. des GKV-Spitzenverbandes (GKV-Spitzenverband) zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen auf. Dabei handelt es sich insbesondere um Forderungen nach Aufbau einer zentralen Betrugspräventionsdatenbank, Regelungen zur durchgängigen Einrichtung von Stellen nach § 197a SGB V der Landesverbände der Krankenkassen sowie die Klarstellung bzw. Erweiterung der datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnisse der § 197a SGB V Stellen.

Darüber hinaus wird die Rechtsgrundlage für den effektiven, krankenkassenübergreifende Einsatz von Software zur Erkennung von Betrugsmustern geschaffen.

Diese Änderungen sind aus Sicht der Innungskrankenkassen ein wichtiger, zu begrüßender Schritt in der Weiterentwicklung der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen und geeignet, zu einer Steigerung der Effektivität der Fehlverhaltensbekämpfung zu führen.

Neuregelungen zur Weiterentwicklung des G-BA

Die Innungskrankenkassen sehen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in seiner derzeitigen Zusammensetzung ein fachlich hochqualifiziertes und dementsprechend etabliertes Gremium zur Ausgestaltung des Anspruchs auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung der Versicherten.

Die nun vorgesehene zusätzliche Einbindung weiterer Akteure sowie der Aufbau etwaiger neuer Gremienstrukturen darf die Handlungsfähigkeit des G-BA nicht gefährden.

Die Beteiligung von Vertretungen für Pflegeberufsorganisationen, Hebammen, Patientinnen und Patienten sowie Fachgesellschaften ist nur dann angezeigt, wenn es zu Effizienz- und Qualitätssteigerungen kommt. Verfahrensverzögerungen durch den erweiterten Kreis wären aus Sicht der Innungskrankenkassen nicht akzeptabel.

Größere Transparenz über Service- und Leistungsqualität der Krankenkassen

Die Forderung nach Transparenz ist grundsätzlich zu begrüßen, denn Wettbewerb braucht Transparenz. Eine andere Frage ist es jedoch, ob die mit dem Gesetzentwurf vorgelegten Kriterien bezüglich der Kennzahlen erforderlich, verhältnismäßig und angemessen sind. Dies ist zu verneinen.

Bereits seit dem 7. Dezember 2022 liegt dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ein in den Gremien des GKV-Spitzenverbandes verabschiedetes Empfehlungspapier „Service- und Versorgungsqualität der Kranken- und Pflegekassen; Gemeinsame Empfehlungen zu Grundlagen von Transparenzberichten“ mit einheitlichen definitorischen und methodischen Grundlagen für ausgewählte Kennzahlen vor. Auf diese Punkte müsste sich die Diskussion konzentrieren.

Stattdessen geht der nun im Gesetzentwurf dem GKV-Spitzenverband erteilte Auftrag – ohne vorangegangene Analyse – weit über die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zur Herstellung von Transparenz auf Basis einer Rahmenvorgabe hinaus. Dabei werden Fragen der Umsetzbarkeit bzw. Machbarkeit nicht weiter diskutiert, obwohl dies zwingend erforderlich gewesen wäre.

Darüber hinaus sehen die Innungskrankenkassen die erweiterten Berichtspflichten in der Ergänzung des § 53 SGB XI kritisch. Die nun im Gesetzentwurf vorgenommene Erweiterung ist nicht sachgerecht und befördert weiter den eigentlich nicht beabsichtigten Bürokratieauf- statt -abbau.

Der IKK e.V. nimmt im Folgenden Stellung zu einzelnen Aspekten des Gesetzentwurfes. Im Übrigen wird auf die detaillierte Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes, deren Inhalt zuvor mit den Innungskrankenkassen abgestimmt wurde, verwiesen.

Kommentierung

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3: § 33 Absatz 5c (neu): Hilfsmittel

Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass zur Beschleunigung der Bewilligungsverfahren von Hilfsmittelversorgungen bei Anträgen von Kindern oder Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen das Prüfprogramm der Krankenkassen für solche Hilfsmittelversorgungen eingeschränkt wird, die von der behandelnden Ärztin bzw. von dem behandelnden Arzt eines Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ) bzw. Medizinischen Behandlungszentrums für Erwachsene mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung (MZEB) konkret empfohlen worden sind, wenn sich der Versicherte dort regelmäßig in Behandlung befindet. Die Krankenkassen haben in diesen Fällen von der medizinischen Erforderlichkeit der beantragten Versorgung auszugehen. Insbesondere die zum Teil sehr zeitaufwändige Hinzuziehung des Medizinischen Dienstes bei der Beurteilung der Notwendigkeit der beantragten Hilfsmittelversorgung soll unterbleiben.

Bewertung

Dem Gesetzentwurf lässt sich nicht klar entnehmen, ob die bloße formlose Empfehlung der im SPZ bzw. MZEB tätigen Ärztinnen und Ärzte ausreichen soll, um Versicherte ohne Prüfmöglichkeiten der Kostenträger mit Hilfsmitteln zu versorgen oder ob die Empfehlung nur als Ergänzung zur Antragstellung zu verstehen ist. Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist für die Sicherstellung einer sachgerechten und qualitätsgeprüften Hilfsmittelversorgung grundsätzlich eine vertragsärztliche Verordnung erforderlich. Eine Empfehlung durch die in den SPZ bzw. MZEB tätigen Ärzte ist nicht ausreichend – sie sollte den herkömmlichen Versorgungsprozess lediglich beschleunigen und als Ergänzung der Antragsunterlagen dienen.

Mit Blick auf die Entbürokratisierung im Gesundheitswesen ist das Festhalten an der vertragsärztlichen Verordnung unerlässlich, um die geplante Vorschrift reibungslos in die digitalisierten Versorgungsprozesse integrieren zu können. Es bedarf daher aus unserer Sicht einer klaren Formulierung im Gesetzestext, um Widersprüche bei der Auslegung unter den Akteuren im Gesundheitswesen zu vermeiden.

Des Weiteren geht der Gesetzentwurf davon aus, dass sich durch eine regelmäßige interdisziplinäre Betreuung unter ärztlicher Leitung im SPZ und MZEB eine fortlaufende Prüfung der Notwendigkeit von Versorgungsmaßnahmen ergibt. Dies erfordert eine regelmäßige und intensive Betreuung der Versicherten wiederkehrende Handlungen in bestimmten Zeitabständen. Insbesondere bei der Versorgung mit komplexen Hilfsmitteln ist die einmalige Vorstellung der Patienten bei dem im SPZ bzw. MZEB tätigen Arzt nicht ausreichend, um sich ein umfassendes Bild über den individuellen Bedarf sowie bereits erprobte Versorgungsmaßnahmen und gegebenenfalls mögliche Wechselwirkungen mit bereits vorhandenen Hilfsmitteln machen zu können. Es ist daher entscheidend, dass sich das Erfordernis einer regelmäßigen Behandlung in den ermächtigten Einrichtungen im Gesetzestext wiederfindet.

Um empfohlene Hilfsmittel gefahrlos in eine genehmigungsfreie Versorgung übergeben zu können, ist zudem die Eingrenzung auf die im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten Produkte unverzichtbar. Bei Empfehlungen von Hilfsmittelversorgungsmaßnahmen außerhalb des Hilfsmittelverzeichnisses kann nicht sichergestellt werden, dass die Anwendbarkeit im Einzelfall des Versicherten, eventuelle Kontraindikationen sowie mögliche Anwendungsrisiken berücksichtigt werden, da diese Faktoren erst im Begutachtungsverfahren durch den Medizinischen Dienst geprüft werden. Bei nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten Produkten ist daher die Einbindung des Medizinischen Dienstes in den Genehmigungsprozess unentbehrlich, um Fehlversorgungsmaßnahmen zu vermeiden. Darüber hinaus würde man mit einer Eingrenzung auf gelistete Hilfsmittel eine nicht sachgerechte Ausweitung auf Versorgungsmaßnahmen außerhalb der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung verhindern.

Im besonderen Teil der Begründung des Gesetzentwurfs (zu Artikel 1, Nummer 3, auf Seite 46) wird schließlich die Aussage getroffen: *„Die Krankenkassen haben in den vorgenannten Fällen von einer medizinischen Erforderlichkeit auszugehen, soweit nicht offenkundig ist, dass eine medizinische Erforderlichkeit der beantragten Hilfsmittelversorgung nicht vorliegt, etwa im Fall von offensichtlich nicht gerechtfertigten, unwirtschaftlichen Mehrfachversorgungsmaßnahmen.“* Dieser Aspekt findet allerdings keinen Eingang im Gesetzestext; Ausnahmen sind dort nicht vorgesehen. Hinzu kommt, dass die Beurteilung einer medizinischen Erforderlichkeit – insbesondere bei der Komplexität von Hilfsmittelversorgungsmaßnahmen – nicht durch die Verwaltung der Krankenkassen erfolgen kann, sondern ausschließlich über die Ärztinnen und Ärzte des Medizinischen Dienstes.

Änderungsvorschlag

Nach § 33 Absatz 5b SGB V wird folgender geänderter Absatz 5c eingefügt:

„Die Erforderlichkeit eines vom Vertragsarzt verordneten Hilfsmittels wird vermutet, wenn sich der Versicherte in regelmäßiger Behandlung in einem sozialpädiatrischen Zentrum, das nach § 119 Absatz 1 ermächtigt wurde, oder in einem medizinischen Behandlungszentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, das nach § 119c Absatz 1 ermächtigt wurde, befindet, und die beantragte Hilfsmittelversorgung von dem dort tätigen behandelnden Arzt im Rahmen der Behandlung innerhalb der letzten drei Wochen vor Antragstellung konkret empfohlen worden ist. Eine regelmäßige Behandlung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Versicherte mindestens an zwei aufeinanderfolgenden Quartalen in der behandelnden Einrichtung, in der der empfehlende Arzt oder die empfehlende Ärztin tätig ist, Leistungen in Anspruch genommen hat. Satz 1 gilt nur, soweit es sich um eine Versorgung handelt, die die Kriterien gemäß den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 erfüllt sowie im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 1 gelistet ist. Sofern berechtigte Zweifel an der Erforderlichkeit der beantragten Versorgung nach Satz 3 bestehen, können die Krankenkassen den Antrag vom Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 3 Nummer 1 überprüfen lassen.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 a): § 87 Absatz 2b SGB V: Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

Beabsichtigte Neuregelung

Die neu vorgesehene hausärztliche Versorgungspauschale ist für Versicherte abrechenbar, welche das 18. Lebensjahr vollendet haben und wegen einer chronischen Erkrankung, die eine kontinuierliche Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel sowie keiner intensiven Betreuung bedürfen, in Behandlung sind.

Bewertung

Die vorgesehene Versorgungspauschale soll beim ersten Arzt-Patienten-Kontakt abrechenbar sein und eine deutliche Senkung vermeidbarer Praxisbesuche in den Hausarztpraxen erzielen. Die Innungskrankenkassen begrüßen die Bestrebung nach Reduktion von medizinisch nicht erforderlichen Arzt-Patienten-Kontakten.

Die Taktung der Arztbesuche muss sich nach dem Behandlungsbedarf der Erkrankung richten. Insbesondere Komorbiditäten und hinzutretende Erkrankungen müssen frühzeitig ärztlich diagnostiziert und behandelt werden.

Um die Kostenneutralität sicherzustellen, muss eine Regelung gefunden werden, nach welcher bei einem etwaig erforderlichen Arztwechsel die Pauschale nicht mehrfach abgerechnet werden kann.

Änderungsvorschlag

Siehe Bewertung.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7 c): § 87a Absatz 3c SGB V (neu): Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einführung des neuen § 87a Absatz 3c SGB V sollen die Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung einschließlich der Hausbesuche von den mengenbegrenzenden und honorarmindernden Maßnahmen der MGV und von der Honorarverteilung ausgenommen werden (Entbudgetierung).

Bewertung

Die Einführung einer Entbudgetierung der allgemeinen hausärztlichen Versorgung einschließlich Hausbesuche wird durch die Innungskrankenkassen äußerst kritisch gesehen. Zu befürchten ist, dass es hier zu einer grundsätzlichen Fehlsteuerung kommt. Insbesondere aufgrund der Kumulation der verschiedenen Maßnahmen bestehen erhebliche Bedenken im Hinblick auf mögliche Doppelfinanzierungen.

Tatsächlich ist die geplante Entbudgetierung *nicht* geeignet, die hausärztliche Versorgung sicherzustellen oder zu verbessern. Durch die Entbudgetierung der Vergütung der Hausärztinnen und Hausärzte wird das GKV-System stattdessen weiter finanziell belastet. Die derzeitige Budgetierung durch die Bereitstellung eines von der tatsächlichen Leistungsanspruchnahme unabhängigen Vergütungsbetrags – sowohl auf Seiten der Krankenkassen als auch bei den Leistungserbringenden – gewährleistet demgegenüber eine hohe Planungssicherheit. Zur Verbesserung der bedarfsgerechten und flächendeckenden Versorgung sind bereits in den letzten Jahren gesetzgeberische Maßnahmen getroffen worden. Mit dem durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen zu finanzierenden Strukturfonds werden schon heute u. a. Zuschüsse zu den Investitionskosten bei der Neuniederlassung von Hausärzten finanziert.

Bereits der Bundesrechnungshof hat sich in seinem Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages vom 13. November 2020 kritisch zu dem Reformvorhaben geäußert, da nicht davon auszugehen ist, dass eine Versorgungsverbesserung erreicht wird. Auch werden für die geplante Entbudgetierung aktuell Mehrkosten in Höhe eines dreistelligen Millionenbetrags angesetzt, welche nicht durch Einsparungen an anderer Stelle kompensiert werden können.

Schließlich erscheint das jetzt angedachte Vergütungskonzept zu kompliziert und intransparent. Die jetzt vorgesehene Regelung, nicht ausgeschöpfte MGV Anteile als Honorarzuschläge zur zusätzlichen Förderung auszukehren, wird daher *nicht* befürwortet.

Im Ergebnis lehnen die Innungskrankenkassen die Einführung der Entbudgetierung der Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung aus den vorstehenden – und in den grundsätzlichen Anmerkungen (siehe oben) aufgeführten – Gründen ab. Auf die ausführliche Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes wird an dieser Stelle vollumfänglich verwiesen.

Änderungsvorschlag

Streichung.

Sofern an der Entbudgetierung dennoch festgehalten werden sollte, verweisen wir auf die umfassende Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes und den entsprechenden Änderungsvorschlag.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14: § 106b SGB V: Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen

Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Ergänzung des § 106b Absatz 2 Satz 2 SGB V soll zukünftig eine verpflichtende Geringfügigkeitsgrenze in Höhe von 300 Euro in den Prüfvereinbarungen eingeführt werden.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen lehnen die im Gesetzentwurf vorgesehene Anhebung der Bagatellgrenze ab. Eine Anhebung steht den gesetzlichen Vorgaben und dem Ziel entgegen, dass die vertragsärztlich verordneten Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind, da Prüfung und Beanstandung unzulässiger Verordnungen bis zu Bagatellgrenze nicht erfolgen dürfen. Insbesondere werden damit auch Folgeverordnungen über Jahre hinweg nicht aufgegriffen, da auch diese jeweils die Bagatellgrenze unterschreiten. Dies führt zur unrechtmäßigen Leistungsausweitung und damit zu einem Kostenanstieg, der ausschließlich zu Lasten der Solidargemeinschaft erfolgt.

Bereits heute sehen die regionalen Prüfvereinbarungen Bagatellgrenzen vor. Diese sind jedoch deutlich niedriger gehalten und liegen in der Regel bei einem mittleren zweistelligen Betrag. Bei einem Betrag von 300 Euro pro Quartal ist, zuzüglich der Folgekosten, nicht mehr von einer Bagatelle zu sprechen.

Änderungsvorschlag

Streichung.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23 b) aa) ccc): § 197a SGB V: Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung des § 197a Absatz 3b SGB V um eine neue Nummer 6 werden für die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen die datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnisse im Zusammenhang mit ihrer Arbeit erweitert.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen grundsätzlich die geplanten Änderungen am § 197a SGB V.

Ziel der Änderungen ist eine Klarstellung bzw. Erweiterung der gesetzlichen Übermittlungsbefugnisse von personenbezogenen Daten durch die Gesundheitsämter, die nach Landesrecht bestimmten heimrechtlichen Aufsichtsbehörden und nach Landesrecht zuständigen Gesundheitsbehörden. Damit werden Forderungen der Krankenkassen aufgegriffen.

Die Forderung der GKV nach einer zusätzlichen expliziten Aufnahme der datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnis an die Stellen, die für die Bekämpfung von Leistungsmissbrauch bei den Trägern der Sozialversicherung nach den SGB II, III, VI, VII und XII zuständig sind und an die mit der Steuerfahndung beauftragten Dienststellen der Landesfinanzbehörden sowie an die Behörden des Zollfahndungsdienstes nach § 208 AO, hat allerdings weiterhin Bestand.

Fälle gewerbsmäßigen Betrugs zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung durch Manipulationen bei Anträgen auf Erwerbsminderungsrenten und gewerbsmäßigen Betrugs zu Lasten der Pflegekassen, etwa Manipulation von Anträgen auf Pflegegeld sowie in der Folge Verhinderungspflege oder Abrechnungsbetrug, nehmen weiter zu. Gezielt werden Scheinfirmen und Scheinarbeitsverhältnisse gegründet, um mittels fingierter, tatsächlich nicht bestehender Beschäftigungsverhältnisse, Sozialleistungen unterschiedlicher Art von den einzelnen Sozialleistungsträgern zu erlangen, ohne dass auf solche Leistungen ein Anspruch bestünde. Auf diese Weise entstehen nicht nur den Krankenkassen, sondern auch der Bundesagentur für Arbeit und den Jobcentern Schäden in Millionenhöhe.

Die dadurch entstehenden Schäden erfordern, dass die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen entsprechende Hinweise und personenbezogene Daten zukünftig auch an Stellen, die für die Bekämpfung von Leistungsmissbrauch bei den Trägern der Sozialversicherung nach den SGB II, III, VI, VII und XII zuständig sind, übermitteln müssen, da dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Stelle erforderlich ist.

Durch die gesetzliche Klarstellung der Übermittlungsbefugnis personenbezogener Daten an „*die mit der Steuerfahndung beauftragten Dienststellen der Landesfinanzbehörden und die Behörden des Zollfahndungsdienstes nach § 208 AO*“ sollen bestehende Rechtsunsicherheiten behoben werden.

Änderungsvorschlag

§ 197a Absatz 3b SGB V wird wie folgt ergänzt:

Nach Nummer 6 werden folgende Nummern 7 bis 8 angefügt:

- 7. die Stellen, die für die Bekämpfung von Leistungsmissbrauch bei den Trägern der Sozialversicherung nach den SGB II, III, VI, VII und XII zuständig sind und
- 8. die mit der Steuerfahndung beauftragten Dienststellen der Landesfinanzbehörden und die Behörden des Zollfahndungsdienstes nach § 208 AO.“

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 24: § 217f Absatz 4 SGB V: Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen § 217f Absatz 4 SGB V soll der GKV-Spitzenverband verpflichtet werden, innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes verbindliche Vorgaben für die Erfassung von Kennzahlen zur Leistungstransparenz und zur Servicequalität der einzelnen Krankenkassen festzulegen. Die Kennzahlen sollen jährlich auf einer digitalen und interaktiven Plattform, erstmals für das Berichtsjahr 2025, veröffentlicht werden. Dabei soll die Antragsanzahl differenziert nach Leistungsbereichen und Bewilligungsmerkmalen, die Widerspruchsanzahl nach Leistungsbereichen, die Bearbeitungszeiten für Anträge und Widersprüche sowie die Kennzahlen zur Qualität von Antragsprozessen, des Beschwerdemanagements sowie der Förderung der Patientensicherheit, auf der Plattform dargestellt werden.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen unterstützen ausdrücklich das Ziel, die Transparenz der Servicequalität der Kranken- und Pflegekassen sowie des Leistungsgeschehens für die Versicherten und die interessierte Öffentlichkeit zu verbessern. In der Gesetzesbegründung wird zurecht ein „*übersichtliches und niedrigschwelliges Informationsangebot*“ formuliert. Eine andere Frage ist es jedoch, ob die mit dem Gesetzentwurf vorgelegten Kriterien bezüglich der Kennzahlen erforderlich, verhältnismäßig und angemessen sind. Dies ist zu verneinen.

Bereits seit dem 7. Dezember 2022 liegt dem Bundesministerium für Gesundheit ein in den Gremien des GKV-Spitzenverbandes verabschiedetes Empfehlungspapier „*Service- und Versorgungsqualität der Kranken- und Pflegekassen; Gemeinsame Empfehlungen zu Grundlagen von Transparenzberichten*“ mit einheitlichen definitorischen und methodischen Grundlagen für ausgewählte Kennzahlen vor. Auf diese Punkte müsste sich die Diskussion konzentrieren.

Stattdessen geht der nun im Gesetzentwurf dem GKV-Spitzenverband erteilte Auftrag ohne vorangegangene Analyse über den in den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes abgebildeten Ansatz zur Herstellung von Transparenz auf Basis einer Rahmenvorgabe deutlich hinaus. Dabei werden Fragen der Umsetzbarkeit bzw. Machbarkeit nicht weiter diskutiert, obwohl dies zwingend erforderlich gewesen wäre.

Die Innungskrankenkassen schließen sich insofern der kritischen Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes hinsichtlich der ihm zugewiesenen Aufgabenstellung an, wonach er nun Instrumente mit unmittelbarer Eingriffswirkung in den Wettbewerb der Krankenkassen entwickeln soll. Dies geht über den in den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes dargelegten Ansatz zur Herstellung von Transparenz auf Basis einer Rahmenvorgabe deutlich hinaus.

Voraussetzung für eine einheitliche Erhebung und Veröffentlichung von Kennzahlen sind detaillierte, verbindliche, kassenübergreifende und verifizierbare Vorgaben. Die Schaffung bzw. Abbildung vergleichbarer und auch überprüfbarer gemeinsamer Datenbasen erfordert einen kaum realistisch einzuschätzenden Verwaltungsaufwand. Dies gilt insbesondere für den Parameter Bearbeitungsdauer.

Deshalb ist das vorgelegte Konzept des Empfehlungspapiers bereits ein gangbarer Weg, der vor einer Erweiterung zunächst eingeschlagen werden sollte.

Widersprüche und Klagen

Die Auskunft über die Anzahl der Widersprüche kann den Versicherten einen Eindruck über die Leistungsentscheidung und somit über die Servicequalität geben und wird daher befürwortet. Der Ansatz die Widersprüche in das Verhältnis zu den Anträgen zu setzen ist aus Sicht der Innungskrankenkassen richtig, da nur hierdurch ein Verhältnis hergestellt werden kann, das auch kassenübergreifend eine Vergleichbarkeit herstellt.

Es wird angeregt zu prüfen, ob das Spektrum der „amtlichen Zahlen/Daten“ insbesondere hier bzw. auch übergreifend ausgeweitet bzw. weiterentwickelt werden könnte.

Insbesondere bei den Informationen zu Widersprüchen und Klagen besteht das Erfordernis, das primäre Ziel der Transparenzkennzahlen zu definieren. Ein Teil der bislang bereits veröffentlichten Kennzahlen zu Widersprüchen und Kennzahlen sind für Interessierte nicht selbsterklärend und verständlich. Die Beratung und Unterstützung insbesondere im Antragsprozess ist ein wichtiger Erfolgsfaktor für die Kundenbeziehungen. Die Innungskrankenkassen vertreten die Auffassung, dass dieser Parameter gleichwohl nicht für kennzahlenbezogene Kassenvergleiche geeignet ist, da er kaum einheitlich definierbar und vergleichbar ist.

Darüber hinaus sehen die Innungskrankenkassen die erweiterten Berichtspflichten in der Ergänzung des § 53 SGB XI kritisch. Hinsichtlich der ergänzenden Erhebung von Kennzahlen zur Pflegeberatung ist zu berücksichtigen, dass bereits mit der regelmäßigen veröffentlichten Evaluation nach § 7a Absatz 9 SGB XI Transparenz über die Pflegeberatungsstrukturen nach § 7a SGB XI geschaffen wird.

Qualität von Beratungs- und Unterstützungsangeboten sowie geplante Regelungen zur Veröffentlichung, Evaluation und Umsetzungsfristen

Die Innungskrankenkassen schließen sich den Ausführungen des GKV-Spitzenverbandes in der Stellungnahme zum neuen § 217f Absatz 4 SGB V zum GVSG hinsichtlich der Kennzahlen zur Qualität von Beratungs- und Unterstützungsangeboten sowie den geplanten Regelungen zur Veröffentlichung, zur Evaluation und zu Umsetzungsfristen an.

Zielsetzung und Adressatenorientierung

Sowohl die vorgesehene Regelungsdichte als auch die bisherigen Bemühungen der Krankenkassen gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband eine einheitliche Kennzahlen-darstellung zu konsentieren, lassen befürchten, dass kein „*übersichtliches und niedrigschwelliges Informationsangebot*“, sondern eine komplexe Kennzahlenwelt „*von Experten für Experten*“ geschaffen wird. Insofern sehen die Innungskrankenkassen die Notwendigkeit, dass sowohl der Gesetzgeber als auch der GKV-Spitzenverband dieser Gefahr durch eine konsequente Ausrichtung und Fokussierung auf adressatengerechte Ergebnisdarstellungen entgegenwirken.

Fazit

Insgesamt wird die vorgesehene Erweiterung des aktuellen gesetzlichen Auftrages des GKV-Spitzenverbandes nach § 217f Abs. 4 SGB V hin zu einer Richtlinienkompetenz mit abschließendem Regelungsauftrag vor dem Hintergrund der bereits mit dem Empfehlungspapier „*Service- und Versorgungsqualität der Kranken- und Pflegekassen; Gemeinsame Empfehlungen zu Grundlagen von Transparenzberichten*“ vom 7. Dezember 2022 umgesetzten Aktivitäten als nicht erforderlich und die Veröffentlichungspflicht auf einem Vergleichsportal als inkonsistent zur Aufgaben- und Kompetenzstruktur innerhalb des GKV-Systems bewertet.

Änderungsvorschlag

Streichung.

Stattdessen Beschränkung der gesetzlichen Vorgabe auf die Umsetzung des Empfehlungspapiers des GKV-Spitzenverbandes „*Service- und Versorgungsqualität der Kranken- und Pflegekassen; Gemeinsame Empfehlungen zu Grundlagen von Transparenzberichten*“ vom 7. Dezember 2022.

Zu Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23: § 47a SGB XI: Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung des § 47a Absatz 3 Satz 1 SGB XI um eine neue Nummer 7 werden die datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnisse im Zusammenhang mit der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen erweitert. Es handelt sich um eine Parallelnorm zu der mit diesem Gesetz eingefügten Vorschrift des § 197b Absatz 3b Nummer 6 SGB V.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen grundsätzlich die geplanten Änderungen. Im Übrigen gelten die Ausführungen zu § 197a SGB V (Bewertung) entsprechend.

Änderungsvorschlag

§ 47a Absatz 3 Satz 1 SGB XI wird wie folgt ergänzt:

Nach Nummer 7 werden folgende Nummern 8 bis 9 angefügt:

- 8. die Stellen, die für die Bekämpfung von Leistungsmissbrauch bei den Trägern der Sozialversicherung nach den SGB II, III, VI, VII und XII zuständig sind und
- 9. die mit der Steuerfahndung beauftragten Dienststellen der Landesfinanzbehörden und die Behörden des Zollfahndungsdienstes nach § 208 AO.“

Ergänzender Änderungsbedarf

Änderung des Mutterschutzgesetzes - MuSchG

§ 3 Absatz 5 MuSchG Schutzfristen vor und nach der Entbindung

Forderung nach einem gestaffelten Mutterschutz

Die Ampelregierung hat in ihrem Koalitionsvertrag vorgesehen, dass es den Mutterschutz sowie die Freistellung für den Partner bzw. die Partnerin bei Fehl- und Totgeburten künftig bereits nach der 20. Schwangerschaftswoche geben soll.

Aktuell steht Frauen aber nach einer Fehlgeburt, im Gegensatz zu einer Totgeburt (Entbindung nach der 24. Schwangerschaftswoche), kein Mutterschutz zu. Dies ist zu Unrecht. Denn aus der Perspektive der Innungskrankenkassen sind viele Frauen, die eine Fehlgeburt erleben, aufgrund physischer und psychischer Belastung nicht gleich wieder arbeitsfähig. Die Innungskrankenkassen setzen sich daher für eine verbesserte Mutterschutzgesetzgebung ein und unterstützen die Forderung nach einem gestaffelten Mutterschutz. Ein früherer, gestaffelter Mutterschutz ist für die betroffenen Frauen von großer Bedeutung. Er sollte jedoch nicht verpflichtend sein, sondern als eine Option angesehen werden, um den betroffenen Frauen die Möglichkeit zu geben, selbst zu entscheiden, welcher Weg für sie der Beste ist.

Wichtig ist den Innungskrankenkassen dabei auch insbesondere die Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Ein weiterer Punkt ist die Aufklärung und Beratung bei Fehlgeburten. Auch die offiziellen Statistiken müssen erweitert werden, um aufzuzeigen, dass es sich bei einer Fehlgeburt nicht lediglich um ein persönliches Problem handelt, sondern dass diese ein möglicher Aspekt einer Schwangerschaft sein kann.

Ein weiteres Anliegen der Innungskrankenkassen ist die sektorenübergreifende Betreuung von Frauen nach Fehlgeburten. Hierbei denken die Innungskrankenkassen insbesondere an eine engere Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen, Ärztinnen und Ärzten sowie anderen medizinischen Fachkräften.

Für Frauen, die eine Fehl- bzw. Totgeburt erlebt haben, ist es von großer Bedeutung, dass sie bestmöglich unterstützt werden. Das kann aber nur über einen gesamtgesellschaftlichen Ansatz gelingen. Hier sind nicht nur die Krankenkassen in der Verantwortung.

Regelungsvorschlag

Bei Fehl- und Totgeburten soll künftig für die Frau bereits von Woche sechs bis zur vollendeten 14. Schwangerschaftswoche (SSW) eine Mutterschutzfrist von zwei Wochen möglich sein; von der 15. bis 23. SSW soll die Frist auf vier Wochen Mutterschutz ausgeweitet werden. Die Inanspruchnahme dieser Möglichkeit ist in die Entscheidungshoheit der Mutter zu stellen.

Vorsorgliche Ausführungen

Im Hinblick auf die fortwährende Diskussion nimmt der IKK e.V. vorsorglich auch zu den im vorliegenden Gesetzesentwurf begrüßenswerter Weise nicht mehr enthaltenen strukturellen Maßnahmen (Gesundheitskioske, Primärversorgungszentren, Gesundheitsregionen) Stellung.

Denn diese werden aus den folgenden Gründen für kritisch erachtet und sollten deshalb *nicht* wieder Eingang in den Gesetzestext finden:

1. Gesundheitskioske (ggfs. § 65g SGB V neu)

Insbesondere die Einführung von Gesundheitskiosken begegnet bei den Innungskrankenkassen erheblichen Zweifeln.

Zwar wird eine niedrighschwellige Beratung in sozial benachteiligten Regionen und Stadtteilen von den Innungskranken grundsätzlich als positiv erachtet. Diese sind jedoch allenfalls in unterversorgten Regionen sinnvoll, weil sie nur dort dazu beitragen können, bestehende Versorgungslücken zu schließen. Eine flächendeckende und unkoordinierte, nicht auf den konkreten Bedarf abgestimmte Einführung von Gesundheitskiosken wird deshalb abgelehnt.

Der im damaligen Referentenentwurf vorgesehene Aufgabenbereich beschrieb hier nur einen nicht aufeinander abgestimmten Mix an Leistungen ohne konkrete Ausführung dazu, aus welchen Mitteln die jeweiligen verschiedenen Leistungsarten finanziert werden. Insofern steht zu befürchten, dass die zu Recht aus dem Gesetzesentwurf gestrichenen Versorgungsstrukturen – insbesondere auch im Hinblick auf bereits bestehende umfangreiche und leicht zugängliche Präventions- und Beratungsangeboten der Krankenkassen – allenfalls Doppelstrukturen schaffen würden. Denn schon heute halten die Innungskrankenkassen – ebenso wie andere gesetzliche Krankenversicherungen – mit ihren Geschäftsstellen und der örtlichen Kundenbetreuung bereits ein breites Angebot an Beratungsleistungen vor.

Auch das alleinige Initiativrecht der Kommunen sehen die Innungskrankenkassen kritisch, da hier die begründete Gefahr besteht, dass die GKV als wesentliche Finanzierer eines Gesundheitskiosks für parteipolitisch motivierte Entscheidungen auf Ebene einer Kommune aufkommen muss. Zur Initiierung eines Gesundheitskiosks wäre im Übrigen eine regionale Bedarfsanalyse Voraussetzung. Anlaufstellen für Hilfesuchende in sozialen, familiären und finanziellen Fragen wären zudem ausschließlich durch die Kommunen zu finanzieren.

Schließlich ist zu bedenken, dass die ursprünglich angedachten Gesundheitskioske schon in Anbetracht des vorherrschenden Fachkräftemangels schwierig zu installieren und dauerhaft zu betreiben wären. Eine weitere Bindung von z. B. Pflegefachpersonal in den Gesundheitskiosken wäre nicht zielführend.

2. Primärversorgungszentren (ggfs. § 73a neu SGB V)

Die Innungskrankenkassen begrüßen die Stärkung der Gesundheitsversorgung vor Ort unter der Vorgabe der Kooperation zwischen Primärversorgungszentren, Fachärztinnen und Fachärzten.

Seit langem fordern wir deshalb Gesundheitszentren im ländlichen Raum, um die Versorgung mit Basis- und Notfalleistungen sowohl ambulant wie stationär in dünnbesiedelten Gebieten zu sichern. Auch sehen wir die Einführung eines Primärarztmodells bzw. die Stärkung einer hausarztzentrierten Versorgung als Element einer guten und effizienten Leistungserbringung an.

Es ist jedoch darauf zu achten, dass in Folge der Einführung einer neuen Versorgungsform bereits bestehende Strukturen sinnvoll weiterentwickelt und Doppelstrukturen und Doppelfinanzierungen vermieden werden. Aus Sicht der Innungskrankenkassen wäre ein Zusammenspiel und mit den bereits existierenden (fachübergreifenden) Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und den Angeboten der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) sowie den im Rahmen der Krankenhausreform vorgesehenen Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (ehemals Level II) notwendig.

Überlegenswert wäre hier auch der Ausbau von u. a. Kooperation und Delegation. Im konkreten Fall könnten qualifizierte Pflegefachkräfte Aufgaben übernehmen, wie es ähnlich bereits in den Modellvorhaben nach § 64d SGB V vorgesehen ist. Auch ist die Entlastung ärztlicher Strukturen bisher noch zu wenig berücksichtigt. Teile der Primärversorgung könnten durch Qualifizierung von Pflegefachkräften für die Erbringung von heilkundlichen Aufgaben übernommen werden.

3. Gesundheitsregionen (ggfs. § 140b SGB V)

Zur Stärkung der regionalen Versorgung war schließlich in Diskussion, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit einer oder mehreren Kommunen auf deren Antrag einen sog. Gesundheitsregionenvertrag schließen. So sollte eine alternative Organisation der Regelversorgung

ohne Einschreibepflicht der Versicherten und mit Beibehaltung der freien Arzt- und Leistungserbringerwahl geschaffen werden.

Auch solche Bestrebungen werden jedoch von den Innungskrankenkassen abgelehnt. Aus Sicht der Innungskrankenkassen liegen zur Stärkung der regionalen Versorgung bereits ausreichende Möglichkeiten, z. B. durch Maßnahmen zur Strukturförderungen, vor. Ein darüberhinausgehender Mehrwert für die Versichertengemeinschaft ist nicht erkennbar.

Überdies befürworten die Innungskrankenkassen eher das – im Rahmen der Krankenhausreform als Umwandlungsoption für bestehende kleinere unwirtschaftliche Krankenhäuser vorgesehene – Modell der sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115g SGB V. In unterversorgten Regionen bietet sich so die Chance zur Sicherstellung einer stationären, ambulanten und pflegerischen Grundversorgung. Dabei sollten sich die Einrichtungen auf ein wohnortnah erforderliches Leistungsspektrum fokussieren und sich zwingend am Versorgungsbedarf der Bevölkerung orientieren.