

Stellungnahme



Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0058(23)
gel. VB zur öAnh am 13.2.2019 -
TSVG II
8.2.2019

Terminservice- und Versorgungsgesetz – Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (TSVG) 05.02.2019

und

dem Ausschussänderungsantrag **„Heilmittelversorgung“** der Fraktionen SPD und CDU / CSU zu Artikel 1 Nummer 13a, 28a, 30a, 33, 41a, 51, 58, 67a, 104 (§§ 32, 63, 64d, 106b, 124, 124a, 125, 125a, 326 des Fünften Sozialgesetzbuches – Ausschussdrucksache 19(14)51.4

Deutscher Gewerkschaftsbund
Bundesvorstand
Abteilung Sozialpolitik

dem Ausschussänderungsantrag **„Änderung der Gesellschaftsstruktur der Gesellschaft für Telematik“** der Fraktionen CDU / CSU und SPD, Bundestagsdrucksache 19/6337

Knut Lambertin
Referatsleiter Gesundheitspolitik/KV

knut.lambertin@dgb.de

den Ausschussänderungsanträgen der Fraktion DIE LINKE:

Telefon: +49 30 - 24060-706
Telefax: +49 30 - 24060-226
Mobil: +49 160 - 90772957

„Pflegebedürftigkeitsbegriff umsetzen – ambulante Pflegedienste stärken“ – Ausschussdrucksache 19(14)51.3

Henriette-Herz-Platz 2
D - 10178 Berlin
www.dgb.de

„Vollständige Kostenübernahme einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz“- Ausschussdrucksache 19(14)51.2

Robert Spiller
Referatsleiter Gesundheitspolitik
Europäische Arbeitsmarkt- und
Sozialpolitik

robert.spiller@dgb.de

„Beibehaltung des direkten Zugangs zu Psychotherapie“ – Ausschussdrucksache 19(14)51.1

Telefon: +49 30 - 24060-311
Telefax: +49 30 - 24060-226
Mobil: +49 151 542 73 992

dem Antrag der Abgeordneten der Fraktion Bündnis 90 / Die Grünen **„Bedarfsgerechte Versorgung für alle Patientinnen und Patienten sicherstellen und therapeutische Berufe durch attraktive Arbeits- und Ausbildungsbedingungen aufwerten“** – Bundestagsdrucksache 19/6130

Henriette-Herz-Platz 2
D - 10178 Berlin
www.dgb.de



dem Antrag der Abgeordneten der Fraktion AfD:

„Aussetzung der Budgetierung für Ärzte“ – Bundestagsdrucksache 19/3393

dem Antrag der Abgeordneten der Fraktion DIE LINKE **„Flächendeckende Versorgung mit Physiotherapie und anderen Heilmitteln sichern“** - Bundestagsdrucksache 19/4887

— den Anträgen der Abgeordneten der Fraktion FDP:

„Regionalisierung der Bedarfsplanung, Niederlassungsfreiheit als Regelfall“ – Bundestagsdrucksache 19/6417

„Ambulante, ärztliche Versorgung verbessern, Bürokratie abbauen, Budgetierung aufheben“ – Bundestagsdrucksache 19/4833

— **„Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Krebspatienten die Chance auf eigene Kinder ermöglichen, fertilitätsbewahrende Behandlung zur Regelleistung machen“** – Bundestagsdrucksache 19/2689



1. Einleitung

Der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) und seine Mitgliedsgewerkschaften vertreten die Interessen der abhängig Beschäftigten und ihrer Angehörigen auch in ihrer Rolle als Krankenversicherte sowie als Patientinnen und Patienten. Die Sicherstellung einer umfassenden, gerechten und besseren flächendeckenden Versorgung der Versicherten durch eine an dieses Erfordernis anzupassende Versorgungsstruktur ist angesichts der hierbei bestehenden Defizite eine seiner Kernforderungen.

Vor diesem Hintergrund dient die vorliegende Gesetzesinitiative des Bundesministeriums für Gesundheit aus Sicht des DGB einem wichtigen Ziel: Die medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten soll durch den Abbau von Wartezeiten verbessert werden, während der Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung flächendeckend gewährleistet und im Rahmen einer überarbeiteten Terminservicestellenstruktur verbessert werden soll. Diese Vorhaben sind zu begrüßen und bedürfen einer möglichst zügigen Umsetzung.

Für die mit diesen Leistungen verbundenen ärztlichen Aufwände werden erhöhte oder neugeschaffene extrabudgetäre Vergütungen in Höhe von ca. 600 Mio. Euro in Aussicht gestellt. Diese zusätzliche Finanzierung soll aus GKV-Mitteln und somit aus dem Budget der Versicherten erbracht werden. Der DGB lehnt dies entschieden ab. Die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung ist ärztlicher Grundauftrag und durch innerärztliche Koordinierung, jedoch nicht durch eine Zusatzfinanzierung der bereits heute umfangreich vergüteten ambulanten Arztpraxen zu gewährleisten. Die durch den Gesetzesentwurf angesprochenen Versorgungsstrukturen sind bereits heute mit ca. 37 Milliarden Euro pro Jahr ausgestattet und verfügen somit über eine mehr als solide Grundlage, um die zeitnahe Gesundheitsversorgung der Patientinnen und Patienten sicherzustellen. Das Sprechstundenangebot ist primär durch den Versorgungsbedarf der Versicherten und nicht durch extrabudgetäre Anreize zu begründen.

Der Gesetzesentwurf beinhaltet darüber hinaus eine Vielzahl von zu verändernden Regelungsinhalten, die dem einleitend beschriebenen Ziel dienen sollen. Der DGB stellt jedoch fest, dass sich darunter Vorschläge befinden, deren zu erwartender Beitrag zur Hebung der Versorgungsqualität teilweise fraglich ist oder den Interessen der Versicherten zuwider läuft. Beispielhaft sei dazu vorab auf folgende Bestandteile des Entwurfs verwiesen:

Die vorgesehene Neugestaltung des §§ 51 SGB V dienen nicht der eigentlich notwendigen Schließung einer bestehenden Regelungslücke in der sozialen Absicherung von Teilrenten und zusätzlichen Erwerbseinkommen, sondern zielen auf eine Beschneidung der durch Beiträge erwerblichen Ansprüche auf Krankengeld für Versicherte in entsprechenden Rentenkonstellationen. Dies ist rundheraus abzulehnen.



Der DGB fordert den Gesetzgeber auf, stattdessen dafür zu sorgen, dass Krankengeldansprüche vor Erreichen der Regelaltersgrenze auch unabhängig vom Bezug einer Rente gewährt werden.

Die vorgeschlagenen Neuregelungen zum Sozialdatenschutz im Bereich der ePA sehen die Schaffung der Möglichkeit der Datenübermittlung an Dritte mit Zustimmung des Versicherten vor. Diese Regelung schafft in der vorliegenden Form jedoch potentielle Anreize für eine missbräuchliche Auslegung dieser Möglichkeiten im Rahmen von Bewerbungen auf Beschäftigungsverhältnisse oder von bereits bestehenden Beschäftigungsverhältnissen im Sinne eines qualitativen „Screenings“ des Versicherten.

2. Bewertung der wesentlichen Regelungsinhalte

2.1 Ausweitung der Aufgaben und Befugnisse der Terminservicestellen

Der Gesetzesentwurf sieht vor, die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen künftig zur Terminvermittlung zu Haus- und Kinderärzten, zur Unterstützung bei der Suche nach dauerhaft behandelnden Haus-, Kinder- und Jugendärzten, zur Vermittlung auch während der üblichen Sprechstundenzeiten an eine offene Arztpraxis oder Notfallambulanz und zur Weiterleitung an Notrufzentralen bei lebensbedrohlichen Notfällen auszubauen. Ergänzend soll die Erreichbarkeit der bundesweit einheitlichen Rufnummer 116 117 ausgeweitet und zur Integration in das geplante gemeinsame Notfalleitstellensystem befähigt werden. Die Termin-Servicestellen sollen künftig über ein Online-Angebot zugänglich sein. Zu regeln sein sollen diese Schritte hinsichtlich einer einheitlichen Umsetzung durch KVen durch eine Richtlinie der KBV.

Der DGB begrüßt grundsätzlich das Ziel, eine Verbesserung der Situation der gesetzlich Versicherten hinsichtlich einer zeitnahen Terminvergabe für erforderliche fachärztliche Termine zu erreichen. Damit dies über den Weg des Ausbaus der bereits bestehenden Aufgaben und Kompetenzen der Terminservicestellen-Strukturen geschehen kann, sind allerdings die administrativen und personellen Voraussetzungen für eine größere Leistungsfähigkeit dieser Strukturen zu schaffen. Berichte über niedrige Bekanntheitsgrade oder schlechte Erreichbarkeit der Servicestellen haben in der Öffentlichkeit eher die Wahrnehmung bestehender Defizite dieser Institution als deren praktischen Nutzen unterstrichen. Ergänzend ist für eine langfristig effektive, patientenorientierte Terminvergabe die regelmäßige Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Steigerung und Beibehaltung der Leistungen der Terminservicestellen seitens der KVen festzuschreiben.



2.2 Ausweitung der Mindestsprechstundenzeiten & Extrabudgetäre Vergütung

Vorgeschlagen wird eine verbindliche Neuregelung in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV), nach der Sprechstunden an mindestens 25 Stunden pro Woche inklusive Hausbesuchszeiten angeboten werden sollen. Arztgruppen der unmittelbaren und wohnortnahen Versorgung sollen pro Woche mindestens 5 Stunden als offene Sprechstunde anbieten, wobei die KVen die Einhaltung der Mindestsprechstunden überwachen sollen. Dies wird verbunden mit einer extrabudgetären und zusätzlichen Vergütung für die erfolgreiche Vermittlung eines dringlich notwendigen Behandlungstermins durch den Hausarzt zum Facharzt sowie für ärztliche Leistungen, die von der Terminservicestelle der KBV vermittelt werden. Für ärztliche Leistungen der Versicherten- und Grundpauschalen bei der Behandlung von in den Arztpraxen neuen Patientinnen und Patienten soll es sowohl eine extrabudgetäre Vergütung als auch eine erhöhte Leistungsbewertung geben. Extrabudgetär vergütet werden sollen zudem die offenen Sprechstunden, zusätzlich zu einem vertragsärztlichen Leistungsvolumen im Umfang von 20 bzw. 10 Wochenstunden erbracht werden.

Der DGB begrüßt grundsätzlich, dass der Umfang der wöchentlichen Mindestsprechstundenzeiten erhöht werden soll. Ebenso zu begrüßen ist die gesonderte Berücksichtigung eines wöchentlichen Stundenkontingents für offene Sprechstunden insbesondere für Arztgruppen der Grundversorgung sowie die Begrenzung der extrabudgetären Vergütung für diese Leistungen durch die Pflicht zur Erbringung eines vorherigen Nachweises der Erfüllung des bestehenden Versorgungsumfangs. Es ist allerdings dafür Sorge zu tragen, dass die zusätzlichen Sprechstunden nicht zu Lasten von chronisch kranken Patienten gehen, die auf regelmäßige Facharztbetreuung angewiesen sind.

Der Ansatz, durch ausgeweitete Vergütungen ein erweitertes Sprechstundenangebot begründen zu wollen, ist deutlich zu kritisieren. Es ist der grundsätzliche Auftrag der niedergelassenen Ärzte, die ambulante medizinische Versorgung sicherzustellen. Wo dies gelingt, wird somit eine Kernaufgabe erfüllt; wenn es nicht gelingt, liegt es in der Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen, gemeinsam mit den Ärzten die zugrunde liegenden Strukturprobleme zu beheben. Eine extrabudgetäre Vergütung führt diese Logik jedoch ad absurdum: Einerseits wird den niedergelassenen Ärzten eine Gratifikation dafür in Aussicht gestellt, eine Kernaufgabe zu erfüllen. Andererseits wird eine inhaltliche Verbindung hergestellt zwischen einem monetären Bonus und einer im Übrigen oft selbst von Ärzten beklagten zeitlichen und organisatorischen Überlastung. Geld kann jedoch nicht ernsthaft als funktionaler Anreiz dabei helfen, Defizite bei der Verfügbarkeit zeitlicher Ressourcen für die Versorgung der Patienten zu beheben.



Die Versicherten stellen bereits heute durch ihre Beitragszahlungen eine sehr gute Entlohnung von Ärzten sicher – dafür dürfen sie eine funktionierende Versorgung und eine ärztliche Prioritätensetzung, die ausreichend zeitliche Ressourcen zur Erfüllung des ambulanten Versorgungsauftrags bereitstellt, erwarten. Bei durchschnittlich 380.000 Euro, die durch die GKV an jede Arztpraxis pro Jahr gezahlt werden, ist eine extrabudgetäre Vergütung nicht im Sinne eines verantwortungsvollen Umgangs mit Beitragsgeldern darstellbar. Echte Zusatzleistungen für Patienten wie beispielsweise Wochenendsprechstunden werden bereits heute durch monetäre Mehranreize für die jeweiligen Ärztinnen und Ärzte abgedeckt. Das Anbieten einer für die Erfüllungen des Versorgungsauftrags ausreichenden wöchentlichen Sprechstundenanzahl ist demgegenüber jedoch als eine Notwendigkeit anzusehen, die durch innerärztliche Abstimmungen und Prioritätensetzungen zu beantworten ist. Der DGB lehnt eine extrabudgetäre Vergütung als Kompensation für die Ausweitung von Sprechstundenzeiten für Versicherte deshalb ab.

2.3 Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung

Das Bundesministerium für Gesundheit will die ärztliche ambulante Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Gebieten verbessern. Dieses Ziel unterstützt der DGB, nur nicht den Weg dorthin. Denn das BMG verfolgt weiterhin konsequent den Weg, der bisher schon unzureichend funktioniert hat: noch mehr Geld für niedergelassene Ärzte und ihre Vertretungsstrukturen.

Gleichzeitig sollen die gesetzlichen Krankenkassen als Mitgliederorganisationen der Versicherten eine weniger wichtige Rolle spielen, z.B. bei der Genehmigung von Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Es wäre zu begrüßen, wenn künftig neben bestehenden Strukturen und etablierten Berufsbildern in der ambulanten medizinischen Versorgung vermehrt eine Orientierung hin zu neuen Angebotsmodellen und Versorgungsformen stattfindet, von der sowohl die Versicherten im Sinne einer solidarisch fundierten, qualitativ hochwertigen und zeitnahen Versorgung als auch die Beschäftigten profitieren. Deshalb müssen die Krankenkassen mehr Versorgung in eigener Verantwortung gestalten dürfen, um nicht noch mehr Beitragsgelder in kassenärztlichen Strukturen, die bisher schon die Probleme nicht zu lösen vermochten, investieren zu müssen. Anstelle dessen erhalten die obersten Landesbehörden jedoch das Recht, zusätzliche Zulassungen zu erteilen.

Der DGB fordert hier dringend eine Umkehr von bisherigen erfolglosen Wegen. Den gesetzlichen Krankenkassen muss die Eröffnung neuer Eigeneinrichtungen erlaubt werden. Das ideologische Festhalten am Berufsbild des freiberuflichen Mediziners



und seiner Landesorganisationen darf auch nicht durch mehr angestellte Ärzte im Auftrag der Landesorganisationen für die Zukunft betoniert werden. Gleichzeitig fordern wir die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung, insbesondere in strukturschwachen ländlichen Gebieten und wirtschaftlich benachteiligten Stadtteilen.

Auch hiermit wird dem logischen Zusammenhang von Finanz- und Entscheidungsverantwortung widersprochen. Der DGB bittet um Aufklärung, über welche Informationen zur gesundheitlichen Lage in den Regionen die obersten Landesbehörden im Gegensatz zu den Krankenkassen und den Sozialpartnern verfügen. Angesichts des bisherigen Ärztwachstums fordert der DGB, nicht weitere zusätzliche Ärzte aus Beitragsmitteln der Versicherten und Arbeitgeber leichtfertig zu finanzieren, sondern intelligente Konzepte zu ihrer besseren Verteilung vorzulegen.

Für eine qualitativ hochwertige und flächendeckende ambulante Versorgung sind Medizinische Versorgungszentren unverzichtbar geworden. Der DGB begrüßt daher eine weitere Stärkung und möchte zukünftig eine breitere Trägervielfalt ermöglichen. Daher fordert der DGB auch eine Rechtsänderung, um den Krankenkassen die Gründung von MVZ zu ermöglichen.

2.4 Sektorenübergreifende Konfliktlösung / Schiedsgerichte

Beabsichtigt wird die Schaffung eines neuen Schiedsgremiums für sektorübergreifende Entscheidungen, das für alle Konfliktlösungen im dreiseitigen Bereich zwischen GKV, KBV und DKG zuständig sein soll. Durch diese Neustrukturierung des Schiedswesens kann perspektivisch eine Verbesserung der Herstellbarkeit von Mehrheitsbeschlüssen auf einer breiteren konsensualen Basis erreicht werden, da künftig durch jede Partei neben zwei Mitgliedern auch zwei Unparteiische bestimmt werden. Durch diese Verbreiterung der abstimmungsberechtigten Basis soll die Möglichkeit zur Herstellung von Konsensentscheidungen mit Zwei-Drittel-Mehrheit erhöht werden; ebenso soll die Berücksichtigung von Unparteiischen dabei eine sachgerechte Konsensbildung gewährleisten.

Allerdings wird bei II.2.6 ein sprachliches Missverständnis deutlich, dass der rationalen Verbesserung unseres Gesundheitssystems im Wege steht. Sprachliche Klarheit ist die Voraussetzung für nachvollziehbare Politik, denn schließlich sitzen sich nicht ehrenamtliche Mitglieder der Vorstände der Krankenkassen und Klinikchefs gegenüber.

Die von Arbeitgebern und Versicherten selbstverwalteten Krankenkassen und ihre Verbände verhandeln mit den Krankenhausgesellschaften als Zweckverband der öf-



fentlichen, frei-gemeinnützigen und privaten Krankenhäuser über die Umsetzung gesetzlicher Aufträge. Zu deren Konfliktlösung bedarf es eines Schiedswesens, welches nun verbessert werden soll. Diesen Vorschlag begrüßt der DGB.

2.5 Zahnersatz

Vorgeschlagen wird eine Erhöhung der Festzuschüsse für Zahnersatz ab 2021 von 50 Prozent auf 60 Prozent der vom GBA festgesetzten Beträge für zahnärztliche Leistungen der Regelversorgung. Darüber hinaus soll der Bonus von 60 Prozent auf 65 Prozent bzw. 70 Prozent auf 75 Prozent bei Vorliegen eines vollständigen Bonushefts erhöht werden.

Die Ausweitung dieser den Versicherten zu Gute kommenden Leistungen ist aus Sicht des DGB zu begrüßen. Die Erhöhung sollte bereits 2020 in Kraft treten, nicht erst 2021. Die hierdurch jährlich entstehenden Mehrkosten von ca. 570 Mio. Euro für alle Kassen bei einer Erhöhung um zehn Prozentpunkte verdeutlicht, dass die Versicherten hierfür bisher umfangreiche private Mittel aufwenden müssen. Um die Versicherten vor finanzieller Überforderung zu schützen, ist zudem eine Regelung erforderlich, die die Steigerungssätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) im SGB V begrenzt. Der DGB befürwortet die seitens der GKV vorgeschlagene Erweiterung der Regelversorgung um keramisch vollverblendete oder vollkeramische Kronen und Brücken. Ebenso unterstützt er den Vorschlag, die Mehrleistungen, die bisher nach der GOZ abgerechnet werden, in einem separaten BEMA-Abschnitt abzubilden und zu bewerten. Zudem sollte bei andersartiger Versorgung der Gebühren-Steigerungssatz auf das 1,7-fache bzw. bei Composite-Füllungen auf das 2,3-fache begrenzt werden. Diese Maßnahmen unterstützen die Zielsetzung Versicherte von hohen Eigenanteilen zu entlasten. Der DGB fordert weitergehend, dass zahnmedizinische Leistungen wieder vollständig in den GKV-Leistungskatalog reintegriert werden, um die finanzielle Mehrbelastung der Versicherten zu beseitigen und somit die Herstellung einer tatsächlichen Parität bei der Finanzierung der Gesundheitsversorgung zu unterstützen.

Für kieferorthopädische Leistungen soll eine Mehrkostenregelung geschaffen werden, die klarstellt, dass Mehrkostenvereinbarungen nach GOZ auch im kieferorthopädischen Bereich zulässig sind. Dies ist abzulehnen. Damit wird aus Sicht des DGB das Sachleistungsprinzip weiter ausgehöhlt, da Zahnärzte Leistungen gegenüber gesetzlich Versicherten privat abwickeln können. Den gesetzlichen Krankenkassen wird keine Möglichkeit zur Prüfung der Leistungen auf Basis von Mehrkostenregelungen eingeräumt, sodass die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen hier lediglich alleine und anlassbezogen prüfen können. Diese Regelung ist intransparent und den Versi-



cherten nicht dienlich, da die gesetzlichen Krankenkassen ohne Einblick in die getroffenen Mehrkostenregelungen auch keine adäquate Beratung der Versicherten zu Leistungen bieten können.

Geplant ist weiterhin, die Punktwertdegression für vertragszahnärztliche Leistungen abzuschaffen, um Hemmnisse bei der Niederlassung in strukturschwachen Gebieten zu beseitigen. Einen solchen Ansatz lehnt der DGB ab, da zum einen etwaige Defizite hinsichtlich der Über-, Unter- und Fehlversorgung bei der ambulanten Versorgung wie schon beschrieben nicht durch die Schaffung von zusätzlichen finanziellen Vergütungsanreizen angegangen werden sollten. Zum anderen ist die Annahme des Bestehens von Versorgungsdefiziten in strukturschwachen Gebieten nicht per se auf den Bereich der vertragszahnärztlicher Leistungen auszuweiten. Versorgungspässe sind hier nicht flächendeckend zu erwarten, insofern ist der Abbau der Punktwertdegression für diese Leistungsgruppe abzulehnen.

2.6 Präexpositionsprophylaxe

Vorgeschlagen wird, Versicherten mit erhöhtem HIV - Infektionsrisiko einen Anspruch auf ärztliche Beratung erforderliche Unterstützung und Arzneimittel auf Kassenkosten zu gewähren. KBV und GKV sollen hierzu innerhalb von 3 Monaten nach Verabschiedung des Gesetzes eine Regelung treffen; das BMG soll diese bis 2020 evaluieren.

Grundsätzlich sind die Ausweitungen der Leistungspflicht der PrEP auf die GKV zu begrüßen, um den Versicherten die bestmögliche Vorsorge und Versorgung zukommen zu lassen. Allerdings sind hierfür einerseits realistische Kostenschätzungen unerlässlich. Die Annahme, dass den gesetzlichen Krankenkassen jährliche Mehrkosten in Höhe von 5 Millionen Euro entstehen, greift angesichts der großen Zielgruppe, die für ein erhöhtes HIV - Infektionsrisiko und damit für den Bezug von Leistungen zur Präexpositionsprophylaxe in Frage kommt, deutlich zu kurz. Zum anderen ist der Ansatz der Stärkung von Präventionsmaßnahmen in einen Maßnahmenkontext zu stellen, der insgesamt Nachhaltigkeit gewährleistet (insb. in Bezug auf Safer-Sex-Praktiken). Dies ist unerlässlich, um eine mögliche Steigerung des sexuellen Risikoverhaltens in Verbindung mit Bedeutungsverlust von Safer-Sex-Praktiken als Reaktion auf eine Ausweitung der PrEP- Leistungen, deren Konsequenz bis hin zur Entstehung und Verbreitung neuer Virusresistenzen reichen kann, zu vermeiden.

2.7 Sozialdatenschutz - ePA

Der DGB kritisiert die geplanten Änderungen in § 305 Abs. 1 SGB V. Mit der beabsichtigten Neuregelung werden die Krankenkassen zur Übermittlung von Sozialdaten in elektronischer Form an von dem Versicherten benannte Dritte befugt. Im Gesetz wird weder definiert, wer „Dritter“ ist, noch, dass der Übermittlung im Nachhinein widersprochen und die Weiternutzung bereits übermittelter Daten untersagt werden kann. Lediglich die Gesetzesbegründung verweist knapp auf die Übermittlung von Daten im Zusammenhang mit Vorhaben der wissenschaftlichen Forschung im Sozialleistungsbereich nach § 75 SGB X. Zudem wird durch die Gesetzesbegründung deutlich, dass der „Dritte“ vom Versicherten benannt wird und eine ausdrückliche Zustimmung zu erfolgen hat.

Hier ist auf folgende Möglichkeit hinzuweisen: wenn der Patient oder die Patientin ihre Daten „Dritten“ zugänglich machen kann, könnte der Versicherte dies auch für den (künftigen) Arbeitgeber gestalten. Er oder auch ein von ihm beauftragter medizinischer Sachverständiger kann dann genau die Risiken hinsichtlich der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall sowie einen Ausfall der Arbeitskraft einschätzen. Zu denken ist zum einen an Arbeitgeber, die Versicherte dazu auffordern und unter Druck setzen, dass sie als „Dritter“ benannt werden. Zum anderen ist aber ebenfalls denkbar, dass Beschäftigte, Bewerberinnen und Bewerber freiwillig dem (zukünftigen) Arbeitgeber als „Dritten“ benennen, um sich einen Wettbewerbsvorteil gegenüber anderen zu verschaffen.

Es muss daher mindestens ausgeschlossen werden, dass auch der (künftige) Arbeitgeber „Dritter“ im Sinne der Vorschrift sein kann. Besser wäre genauer zu definieren, wer „Dritter“ im Sinne der Regelung sein darf. Davon können dann unter Umständen enge Ausnahmen möglich gemacht werden. Bei den zu übermittelnden Daten handelt es sich um Daten in Zusammenhang mit in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten. In § 305 Abs. 1 S. 5 SGB V wird deutlich, dass es sich sowohl um Daten im Zusammenhang mit in Anspruch genommenen ärztlichen Leistungen handeln kann und um solche, die die ärztlich verordneten und veranlassten Leistungen betreffen. So könnten „Dritte“ einen Überblick darüber gewinnen, welche in Anspruch genommene Leistung auf Eigeninitiative des Versicherten zurückzuführen ist und welche auf einen durch Ärzte veranlasste Leistung. Das wiederum könnte Rückschlüsse auf Krankheitsbilder oder Verhaltensweisen der Versicherten geben und durch „Dritte“ auch unsachgemäß für eigene Zwecke verwendbar sein.



Nach § 19 Gendiagnostikgesetz darf der Arbeitgeber weder vor noch nach der Begründung des Beschäftigungsverhältnisses die Vornahme oder Analyse genetischer Untersuchungen oder die Mitteilung von Ergebnissen genetischer Untersuchungen verlangen. Bei Zuwiderhandlungen ist eine Ordnungswidrigkeit nach § 26 Abs. 1 Nr. 8 Gendiagnostikgesetzes vorgesehen. Auch für die vorliegende Gesetzesänderung könnte eine entsprechende Regelung in Betracht gezogen werden. Jedoch umfasst diese Regelung nicht den Fall einer ohne Aufforderung durch den Arbeitgeber durch den Versicherten veranlasste Benennung als „Dritten“. Da eine Erweiterung auf diese Konstellationen einen nicht zu rechtfertigenden Eingriff in die Persönlichkeitsrechte sein dürfte, sollte über eine Verpflichtung zur Nichtverwendung der erlangten Daten für den Arbeitgeber (bzw. Dritten) nachgedacht werden.

2.8 Gematik

Endlich will das BMG die Blockaden der gematik angehen, die der Gesetzgeber durch seine Strukturentscheidungen geschaffen hat. Dadurch sind bisher Beitragsgelder von mind. 1,4 Milliarden Euro verschwendet worden. Nun sollen mobile Endgeräte, wie Tablets und Smartphones, eingebunden und die Unterscheidung von Patientenfach und Patientenakte beendet werden. Der DGB regt an, dies Versichertenfach und Versichertenakte zu nennen. Des Weiteren muss sichergestellt werden, dass die elektronische Kommunikation zwischen Leistungsträgern, den Krankenkassen, und Leistungserbringern sowie Krankenversicherten ausgebaut wird.

Dass die gematik das BMG über Störungen mit beträchtlichen Auswirkungen auf Sicherheit und Funktionsfähigkeit der Telematik-Infrastruktur zu informieren hat, ist kurzfristig der richtige Weg. Mittel- und langfristig muss der Staat sein Sicherheitsmonopol auch für die Telematik-Infrastruktur wahrnehmen. Der DGB fordert, dass die Funktionen des elektronischen Personalausweises und der elektronischen Gesundheitskarte zusammengelegt werden, um teure Doppelstrukturen zu verhindern.

2.9 Stufenweise Wiedereingliederung

Das BMG sieht vor, eine stufenweise Wiedereingliederung im Kontext einer leistungsrechtlichen Anpassung einzuführen. Angesichts des Selbstgefährdungspotentials der Versicherten sowie der lückenhaften Qualifikation der Ärzte bezüglich der Arbeitswelt fordert der DGB Nachbesserung. Der Arzt, der eine stufenweise Wiederaufnahme der Erwerbsfähigkeit in Betracht ziehen kann, muss über eine arbeits- oder sozialmedizinische Qualifikation verfügen.

Die Klarstellung, dass auch DO-Versorgungsempfänger die Teilkostenerstattung gem. § 14 SGB V in Anspruch nehmen können, begrüßt der DGB.



2.10 Wahlmöglichkeit Selbstständiger zu Krankengeld

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften begrüßen ausdrücklich die geplanten Änderungen in § 44 Abs. 2 Satz 1 Ziffer 1 SGB V. Eine Klarstellung, dass hauptberuflich Selbständige die Möglichkeit zur Wahl eines Krankengeldanspruches haben, ist längst überfällig. Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Auslegung, ob nach § 5 Abs. 1 Ziffer 13 SGB V auch pflichtversicherte hauptberuflich Selbständige die Möglichkeit haben, den Krankengeldanspruch zu wählen, führt die Wahlmöglichkeit für den genannten Personenkreis zur Rechtssicherheit. Auch bei pflichtversichert hauptberuflich Selbständigen kann das Arbeitseinkommen bei Arbeitsunfähigkeit ausfallen. Die Gewährleistung einer Gleichbehandlung zu freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkasse, die von § 5 Abs. 1 Ziffer 13 SGB V umfassend sind, macht diese gesetzgeberische Maßnahme notwendig.

Um missbräuchliche Gestaltungen des Krankengeldanspruches auszuschließen, unterstützt der DGB die Einführung von § 44 Abs. 2 Satz 2 SGB V. So wird von Anfang an sichergestellt, dass sich Versicherte nicht erst mit oder nach Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit entscheiden, von der Wahlmöglichkeit Gebrauch zu machen. Alles andere würde zu einem Unterlaufen des Solidaritätsprinzips führen, denn mit Ausübung der Wahlmöglichkeit setzt der Versicherte unterschiedliche Beitragssätze in Gang. Anstatt mit dem ermäßigten Beitragssatz werden die beitragspflichtigen Einnahmen des pflichtversicherten hauptberuflich Selbständigen nach seiner Entscheidung, das Krankengeld zu beanspruchen, mit dem allgemeinen höheren Beitragssatz verarbeitet.

2.11 Krankengeld bei verspäteter Folge-AU-Bescheinigung

Der DGB begrüßt eine in § 46 Satz 2 SGB V geplante Regelung die sicherstellt, dass Versicherte, deren Mitgliedschaft mit Anspruch auf Krankengeld vom lückenlosen Bestand des Anspruchs des Krankengeldes abhängig ist, sicher und lückenlos abgesichert sind. So entfällt das Krankengeld nicht vollständig und dauerhaft, wenn zwar eine verspätete, aber nach Wegfall des Hinderungsgrundes unverzügliche Vorlage einer Folgearbeitsunfähigkeitsbescheinigung erfolgt. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts gehört die Erlangung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zu den Obliegenheiten des Versicherten, so dass die Folgen einer unterbliebenen oder nicht rechtzeitigen ärztlichen Feststellung grundsätzlich vom Versicherten zu tragen sind. Dass eine verspätete Ausstellung einer Folgebescheinigung Konsequenzen auf den versicherungsrechtlichen Status hat und zu unangemessener Sanktionierung führen kann, hat der Gesetzgeber nun zum Anlass genommen, zu handeln. Die geplante Regelung trägt damit ebenfalls der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts Rechnung, wonach solche Ausnahmen anerkannt werden, wenn Versicherte die ihm vom



Gesetz übertragene Obliegenheit, für eine zeitgerechte ärztliche Feststellung der geltend gemachten AU Sorge zu tragen, erfüllt und alles in ihrer Macht Stehende tun, um die ärztliche Feststellung zu erhalten, z.B. den Arzt aufzusuchen und ihm seine Beschwerden vorzutragen. Unterbleibt die ärztliche AU-Feststellung dann gleichwohl aus Gründen, die dem Verantwortungsbereich des Arztes zuzuordnen sind, darf sich das nicht zum Nachteil des Versicherten auswirken, wenn er seinerseits alles in seiner Macht Stehende getan hat, um seine Ansprüche zu wahren, daran aber durch eine von der Krankenkasse zu vertretende Fehlentscheidung gehindert wurde (BSG, Urt. v. 11.05.2017- B 3 KR 22/15 R, Rz. 23).

Nach Auffassung des DGB ist es grundsätzlich zu begrüßen, das der unbestimmte Rechtsbegriff „unverzüglich“ durch die Worte „nicht am nächsten Werktag im Sinne des Satz 2, aber spätestens innerhalb eines Monats nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird.“ ersetzt wird. Die Streichung des unbestimmten Rechtsbegriffs und Einfügung der Monatsfrist führt zu mehr Rechtsklarheit. Nicht gestrichen werden sollten allerdings die Worte „nach Wegfall des Hinderungsgrundes“. Es gibt Fälle, in denen es Patientinnen und Patienten auch innerhalb der Monatsfrist nicht möglich ist, eine Folgearbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorzulegen (z.B. Koma-Patienten). Der DGB spricht sich ausdrücklich gegen diese Streichung aus.

2.12 Elektronische AU-Bescheinigung

Der DGB unterstützt die Einführung eines zum 1. Januar 2021 einheitlichen und verbindlichen elektronischen Verfahrens zur Übermittlung von Arbeitsunfähigkeitsdaten durch die Ärzte an die Krankenkassen. Zu begrüßen ist weiterhin, dass in diesem Zusammenhang gesetzlich klargestellt werden soll, dass die Pflicht zur Übermittlung dieser Daten an die Krankenkassen den Ärzten und Einrichtungen obliegt, die die Arbeitsunfähigkeit feststellen. So werden Versicherte von der Obliegenheit befreit und die ohnehin schon bestehende Aufzeichnungs- und Übermittlungspflicht der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen bereits auf die Diagnosen der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen an die Krankenkassen ausgeweitet.

2.13 Aufsicht und Fehlverhaltensbekämpfung

Der DGB begrüßt den Plan des BMG, bessere Möglichkeiten zum Datenaustausch bezüglich der Fehlverhaltensbekämpfung bzw. der Korruption im Gesundheitswesen zu schaffen. Dies soll auch für die MDKen gelten. Der DGB weist darauf hin, dass



dies nicht für eine Begründung, die MDKs müssten kassenunabhängiger werden, genutzt werden sollte.

Bezüglich der Verpflichtung zu einer Musterkassenordnung ist der DGB skeptisch, denn die Begründung enthält keine Aussage darüber, welchen Nutzen die Versicherung von dieser Regelung haben.

Die Regelung, wonach das BMG weitere Prüfungen der Krankenkassen durch Wirtschaftsprüfer und Rechtsanwaltskanzleien zu Lasten der Beitragsgelder der Versicherten und Arbeitgeber veranlassen kann, ist schlicht grotesk. Jahrelang wird öffentliche Verwaltung kleingespart und/oder ihre Aufgaben ausgeweitet, so dass sie ihren Aufgaben nur durch Beauftragung externe Dienstleister gerecht werden können. Dann sollen erneut die Beitragszahlerinnen und –zahler für fehlende Finanzmittel des Staates die Zeche zahlen. Der DGB fordert, entsprechende Planstellen für Wirtschaftsprüfer und Juristen im BMG vorzusehen.

2.14 Krankengeld im Zusammenhang von Teilrente und Flexirentengesetz

Der Gesetzgeber verfolgt mit dem Flexirentengesetz das Ziel, Beschäftigung und Teilrente besser kombinierbar zu gestalten. Ziel ist es, ein im Alter teilweise reduziertes Erwerbseinkommen durch eine Teilrente auszugleichen. Die Gewerkschaften haben dieses Vorhaben als eine Möglichkeit zur Gestaltung von abgesicherten Übergängen begrüßt. Die freie Kombinierbarkeit aus Teilrente und Lohn soll den Beschäftigten die Möglichkeit eröffnen, ihre Erwerbstätigkeit zu reduzieren und den Lohnausfall teilweise durch die Altersrente auszugleichen.

Die Beschäftigten sollen in diesen Fällen also einen wesentlichen Teil ihres Einkommens aus dem Lohn bestreiten. Dieses Erwerbseinkommen muss dann aber folgerichtig bei Krankheit und Arbeitslosigkeit regulär abgesichert sein. Bereits im Rahmen des Flexirentengesetz hat der DGB darauf hingewiesen, dass es im geltenden Sozialrecht diese Regelungslücken bei der sozialen Absicherung gibt. Aus Sicht des DGB ist diese Absicherungslücke im Sinne der Beschäftigten wie auch des neuen Prinzips der Flexirente sachgerecht zu schließen.

Der vorliegende Referentenentwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) sieht durch die Änderungen des § 51 SGB V vor, den, durch eigene Beiträge erworbenen Anspruch auf Krankengeld zu vernichten, statt die sozialpolitische Absicherung des Hinzuverdienstes neben Rentenbezug sachgerecht als Lohnersatzleistung zu sichern. Dies ist nicht nur inakzeptabel und konterkariert den Versuch der Sozialpartner, mit der Teilrente Arbeiten bis zur Rente bei reduzierter Arbeitszeit zu



ermöglichen. Mit der beabsichtigten Regelung wird das Flexirentengesetz zur Moglepackung.

Hintergrund der vorgesehenen Rechtsänderung ist das seit 1. Juli 2017 geltende neue Hinzuverdienstrecht bei Renten vor der Regelaltersgrenze, gemäß §§ 34 und 96a SGB VI. Demnach wird zunächst auf Basis von Prognosen der anzurechnende Hinzuverdienst für das laufende sowie das folgende Kalenderjahr ermittelt. Auf Antrag der Versicherten kann bei unterjähriger Änderung der Einkommensverhältnisse um mindestens zehn Prozent (bezogen auf das Jahreseinkommen) eine erneute Prognose erstellt werden. Auf Basis dieser Prognosen wird die zu zahlende monatliche Rente jeweils für die Zukunft festgestellt und ausgezahlt.

Zum 1. Juli des folgenden Kalenderjahres wird dann das (abgelaufene) Kalenderjahr (vom 1.1. bis 31.12.) automatisch spitz abgerechnet; diese Spitzabrechnung erfolgt abweichend von diesem Termin auch, wenn die/der Versicherte die Regelaltersgrenze erreicht. Ergeben sich dadurch Änderungen zur Prognose, werden die Rentenbescheide für das (abgelaufene) Kalenderjahr aufgehoben und ein neuer Bescheid erteilt.

Das System aus Prognose, geänderter Prognose sowie Spitzabrechnung ist komplex und umfasst regelmäßig Zeiträume von bis zu 12 künftigen Kalendermonaten sowie von bis zu 24 vergangenen Kalendermonaten. Dabei sind Änderungen bzw. Wechsel zwischen Vollrente, Teilrente und dem Ende der Rente für künftige Kalendermonate vorläufig sowie für das abgelaufene Kalenderjahr endgültig möglich.

Es kann zu folgenden Statuswechseln kommen:

- 1) eine gezahlte Teilrente wird (wegen geringem Hinzuverdienst) in eine Vollrente umgewandelt
- 2) eine gezahlte Teilrente wird (wegen zu hohem Hinzuverdienst) eingestellt
- 3) eine Vollrente wird (wegen Hinzuverdienst über 6.300 Euro) in eine Teilrente umgewandelt
- 4) eine Vollrente wird (wegen zu hohem Hinzuverdienst) eingestellt.

Diese Statuswechsel werden möglich

a) vorläufig

- i. automatisch zum 1. Juli eines Jahres für künftige Monate für das zweite Halbjahr (1. Juli bis 31. Dezember) des Jahres sowie das erste Halbjahr (1. Januar bis 30. Juni) des Folgejahres durch Prognose



- ii. auf Antrag nach § 34 Abs. 3e bei einer Änderung des prognostizierten Hinzuverdienstes um mehr als zehn Prozent ab Monat der Antragstellung (geringerer Hinzuverdienst) bzw. ab Folgemonat (höherer Hinzuverdienst).

b) endgültig

- i. automatisch zum 1. Juli eines Jahres für das vergangene Kalenderjahr (1. Januar bis 31. Dezember) durch Spitzabrechnung
- ii. automatisch bei Erreichen der Regelaltersgrenze für das abgelaufen sowie das laufende Kalenderjahr – in diesem Jahr findet keine Abrechnung zum 1. Juli statt – es können hier also sogar bis zu 2 vergangene Kalenderjahre (24 Monate) abgerechnet werden, wenn der Geburtstag im Dezember liegt.

Im Kontext des Krankengelds bekommen diese Wechsel eine besondere Bedeutung. Nach § 50 Abs. 1 Nr. 1 endet der Anspruch auf Krankengeld mit Beginn der Vollrente wegen Alters bzw. wegen voller Erwerbsminderung. Ein neuer Anspruch auf Krankengeld entsteht nach Beginn der Leistungen nicht mehr. Gemäß § 50 Abs. 2 Nr. 2 wird eine Teilrente bzw. eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung auf das Krankengeld angerechnet, wenn die Rente nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit beginnt.

Das bis Juli 2017 geltende alte Hinzuverdienstrecht sah als Automatismus lediglich vor, dass eine Voll- in eine Teilrente umgewandelt wurde. Ohne Antrag des Versicherten wurde, und auch dann ausschließlich für die Zukunft, aus einer Teilrente niemals eine Vollrente. Der hier erörterte Problemfall eines durch Automatismus rückwirkenden Verlustes des Krankengeldes für weit zurückliegende Monate ist also erst durch das neue Hinzuverdienstrecht 2017 geschaffen worden.

Dementgegen ist im neuen Hinzuverdienstrecht der rückwirkende Verlust des Krankengeldes systematisch angelegt: Das Krankengeld gilt bei der Rente nicht als Hinzuverdienst. Der Bezug von Krankengeld reduziert also gegenüber der Prognose den anzurechnenden Hinzuverdienst. Dadurch kann die Hinzuverdienstgrenze von 6.300 Euro im Jahr unterschritten werden. Dies wird bei der Spitzabrechnung zum folgenden 1. Juli rückwirkend festgestellt und dann für das gesamte abgelaufene Kalenderjahr rückwirkend eine Vollrente bewilligt. Die Vollrente zerstört jedoch den Anspruch auf Krankengeld. Das Krankengeld selbst führt also vermittelt über das Hinzuverdienstrecht der Rentenversicherung somit letztlich selbst zur Vernichtung des Krankengeldanspruchs und dies bereits zum einem Zeitpunkt vor seiner Entstehung. Stattdessen müssen die Versicherten eine Vollrente beziehen, die sie gerade nicht anstreben, weil sie z. B. die durch den vorzeitigen Teilrentenbezug hinzunehmenden Rentenabschläge teilweise vermeiden und durch Hinzuverdienst auch teil-



weise ausgleichen wollen. Dabei haben die Versicherten zunächst den vollen Beitragssatz gezahlt und einen regulären Anspruch auf Krankengeld erworben. Wenn jedoch der Leistungsfall eintritt, kann gegebenenfalls rückwirkend das Krankengeld entfallen, obwohl der Hinzuverdienst der vollen Sozialversicherungspflicht unterlag.

In den Monaten in denen das Krankengeld dann „zu Unrecht“ gezahlt wurde, wird die Rentennachzahlung vollständig mit dem Krankengeld aufgerechnet. Aufgerechnet wird nur bis zur Höhe der Rentennachzahlung. Das danach noch verbliebene „zu viel“ gezahlte Krankengeld darf nicht vom Versicherten zurückgefordert werden.

Um den Zeitraum des „zu viel“ gezahlten Krankengelds zu verkürzen will der vorliegende Gesetzentwurf den Krankenkassen das Recht einräumen, die Versicherte aufzufordern, einen Antrag auf Vollrente (neue Prognose) zu stellen. Die Frist hierfür soll lediglich vier Wochen betragen und wäre mit dem Ruhen des Krankengelds nach den vier Wochen sanktioniert.

Der Gesetzentwurf begründet die Neuregelung wie folgt: „Mit der Regelung können längere Zeiträume mit Erstattungsansprüchen und Rückabwicklungen zwischen Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern vermieden und administrativer Aufwand für Arbeitgeber sowie Mehrkosten für die Krankenkassen vermindert werden.“

Entgegen der Begründung des Gesetzentwurfs steigt der Verwaltungsaufwand für die Versicherten, die Rentenversicherung und die Arbeitgeber dadurch sogar noch zusätzlich an. Die zusätzliche Prognose wirkt sich, nur ab Antragsmonat aus. Da nach Antragstellung bis zum abändernden Bescheid (von der Rechtskräftigkeit des Bescheids mal abgesehen) regelmäßig der Antragsmonat abgelaufen sein dürfte, müssen die Arbeitgeber sowie die Rentenversicherung auch für einen abgelaufenen Monat Abrechnungen ändern. Trotz dieser Neuabrechnung ersetzt die Prognose nicht die zum 1. Juli fällig Spitzabrechnung. In dem geschilderten Fall würde die Spitzabrechnung dann für das gesamte abgelaufen Kalenderjahr eine Vollrente ergeben. Arbeitgeber und Rentenversicherungen müssten demnach nicht nur wie bisher zum 1. Juli das Vorjahr neu berechnen, sondern zusätzlich vorher schon eine letztlich nur vorläufige Änderung der letzten Monate durchführen. Von einem verminderten „administrativen Aufwand“ für Arbeitgeber und Rentenversicherung kann also kaum die Rede sein.

Profitieren würde insoweit die Krankenkasse, da sie ab Antragsmonat das Krankengeld in voller Höhe einsparen würde, statt bei der rückwirkenden Spitzabrechnung eventuell nur teilweise. Tatsächlich steigt aber auch der Verwaltungsaufwand der Krankenkassen, so dass die Entlastungswirkung keineswegs klar ist. Aufgrund der Jahresbetrachtung ist erst gegen Ende des Kalenderjahres wirklich „absehbar“, ob



der Hinzuverdienst die 6.300 Euro unterschreitet. Je höher der eigentliche Lohn und damit das Krankengeld, desto später im Jahr und nach potentiell längerem Krankengeldbezug ist erst „absehbar“, ob der Hinzuverdienst überschritten wird. Bei 2.000 Euro Lohn von 1.1. bis 31.3. und Krankengeld ab 1. April, wäre erst Mitte Dezember klar, ob die 6.300 Euro unterschritten werden.

Erfolgt die Aufforderung, läuft das Zeitfenster von vier Wochen. Damit dürfte der Antrag von sachverständigen Versicherten regelmäßig erst zu Beginn des Folgemonats gestellt werden. Daher ist davon auszugehen, dass nur ein oder zwei Monate vorzeitig verkürzt werden könnten. Erfolgt die Aufforderung erst im Dezember, wäre eine Antragsstellung im Januar noch ausreichend. In der Folge würde sich an der Rente nichts mehr ändern, da abgelaufene Monate im Rahmen des §34 3e des SGB VI nicht verändert werden. Hier bliebe also das abgelaufene Kalenderjahr unverändert. Und für das neue Kalenderjahr wäre eine „absehbare“ Unterschreitung nicht mehr anzunehmen. Damit verbleibt der Krankenkasse regelmäßig nur ein sehr kleines Zeitfenster, in der diese Regelung tatsächlich sinnvoll einzusetzen wäre und das so eingesparte Krankengeld dürfte meistens nur geringe Beträge umfassen.

Ist die Krankenkasse erfolgreich und vor Ablauf des Kalenderjahres wird eine Vollrente gewährt, zerstört sie damit den Krankengeldanspruch endgültig, selbst wenn im Folgejahr aufgrund des Hinzuverdienstes wieder eine Teilrente gezahlt würde. Denn die Vollrente zerstört den Anspruch auf Krankengeld. Erst durch erneute Aufnahme einer Erwerbstätigkeit und einer durch Prognose bzw. im Rahmen des §42 SGB VII bewilligten Teilrente könnte sich erneut ein Krankengeldanspruch ergeben.

Zu bedenken ist auch, dass die Krankenkassen keine vollständigen Informationen über das anzurechnende Einkommen haben. In der Folge können sie das Ergebnis einer erneuten Prognose nur vermuten. Anträge würden dann lediglich den Verwaltungsaufwand auslösen, ohne an der Rente oder dem Krankengeld etwas zu ändern. Denn ab 1. Januar ist ein anderer Prognosezeitraum, für den zu diesem Zeitpunkt keine Aussagen getroffen werden kann.

Insgesamt zeigt sich, dass der vorliegende Regelungsvorschlag nur Probleme schafft und keine löst. Die Versicherte verliert ohne nachvollziehbaren Grund durch sozialrechtlich nicht aufeinander abgestimmte Regelungen ihren Anspruch auf Krankengeld. Und die Arbeitgeber müssen weiterhin bereits abgerechnete und somit abgeschlossene Zeiträume erneut öffnen und neu abrechnen. Dies schließt die Gewährung von Zuschüssen zum Krankengeld ein.

Aus Sicht des DGB ist der § 51 des Gesetzentwurfs daher völlig ungeeignet, Rechtssicherheit und soziale Absicherung zu gewährleisten. Vielmehr konterkariert dies die Zielstellung des Flexirentengesetzes und ist ein typisches Beispiel von Gesetzesunklarheit statt zu fordernder Gesetzesklarheit und Schlüssigkeit.



Der DGB fordert daher vor der Regelaltersgrenze das Hinzuverdienstrecht konsistent auf die kurzfristigen Lohnersatzleistungen anzuwenden. Der Anspruch auf Krankengeld ist vor der Regelaltersgrenze unabhängig vom Rentenbezug zu gewähren – also auch neben einer Vollrente. Analog dem Lohn würde das Regelentgelt dann als Hinzuverdienst angerechnet. Damit wäre für die Beschäftigten ein transparentes Verfahren erreicht: einen „gewünschten“ Teil des Einkommens wird aus der Rente bestritten, der zweite Teil aus dem Lohn und bei Krankheit aus dem Krankengeld. Für die Beschäftigten ergeben sich so ein gleichmäßigeres und insbesondere planbareres Einkommen. Auch blieben ihnen eine Vielzahl an Neubescheiden, Änderungsbescheiden, Aufrechnungsbescheiden sowie Rückforderungen und/oder Nachzahlungen erspart. Die Arbeitgeber und die Krankenkassen wären nicht mehr mit rückwirkenden Statuswechseln beim Krankengeld und daraus resultierenden administrativem Aufwand durch geänderten Beitragssatz sowie Gewährung bzw. Rückforderung von Krankengeld und Krankengeldzuschüssen. Die Arbeitgeber müssten auch keinen Rentenbescheid mehr einfordern, um eine korrekte Beitragsabführung durchführen zu können. Aus Sicht des DGB sollte die soziale Sicherung dahingehend grundsätzlich überarbeitet werden.

2.15 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung – SAPV

Das bisherige Einzelvertragsmodell in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung wird auf ein gesetzliches Zulassungsmodell umgestellt, um vergaberechtliche Einwände gegen die bisherige Vertragspraxis auszuräumen. Künftig sind gemeinsame und einheitliche Versorgungsverträge der Landesverbände der Krankenkassen mit den maßgeblichen Vertretern der SAPV-Leistungserbringer auf Landesebene gesetzlich vorgegeben. Leistungserbringer, die die Anforderungen erfüllen, haben Anspruch auf Teilnahme an der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und Abschluss eines zur Versorgung berechtigenden Vertrags mit den Krankenkassen.

Die Regelung ist aus Sicht des DGB unstrittig und bringt Rechtssicherheit in ein bis dato nicht standardmäßig formalisiertes Verfahren zwischen Kassen und Leistungserbringern.

2.16 Beratung durch Betreuungsdienste

Im künftigen §37 Absatz 9 SGB XI wird festgeschrieben, dass Beratungsbesuche nach Absatz 3 von Betreuungsdiensten im Sinne des §71 Absatz 1a SGB XI nicht durchgeführt werden dürfen. Der DGB begrüßt diese Vorschrift, da die Beurteilung der Pflegesituation nicht nur vertiefte Kenntnisse über betreuende und hauswirtschaftliche Belange, sondern vor allem auch Kenntnisse erfordert, die zur Beurteilung von pflegerischen Sachverhalten, z.B. aus dem Bereich der körperbezogenen



Pflege, betreffen. Die Erläuterung auf S. 150 des Gesetzentwurfs beinhaltet jedoch eine widersprüchliche Aussage, wonach einzelne Mitarbeiter, die über eine entsprechende Befähigung verfügen, in die Beratung einbezogen werden können. Der Teil der Begründung ist somit ersatzlos zu streichen.

2.17 Dauerhafte Einführung von Betreuungsdiensten als zugelassene Leistungserbringer im Bereich der Pflegeversicherung

Auf der Grundlage des Modellprojektes von § 125 SGB XI sollen im §71 Absatz 1a SGB XI Betreuungsdienste künftig als zugelassene Leistungserbringer der Pflegeversicherung fungieren. Dabei soll anstelle einer verantwortlichen Pflegefachkraft eine entsprechend qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Fachkraft mit praktischer Berufserfahrung im erlernten Beruf von zwei Jahren innerhalb der letzten acht Jahre als sog. verantwortliche Fachkraft eingesetzt werden können.

Der DGB sieht den Mangel an qualifizierten Betreuungsdiensten, dem mit dem Gesetz Abhilfe verschafft werden soll. Er verweist jedoch darauf, dass die Betreuungsleistungen, die bislang vorwiegend durch die ambulanten Dienste erbracht werden, analog der Langzeit- und Krankenpflege gezielt durch eine personelle Verstärkung auch im ambulanten Bereich angegangen werden könnte, ohne dass dafür eine neue Struktur unter den Leistungserbringern der Pflegeversicherung notwendig wäre. Die skizzierte Regelung birgt die Gefahr, dass Betreuungsdienste von Seiten der Pflegebedürftigen gebeten werden, pflegerische Aufgaben zu übernehmen, ohne dass diese dafür qualifiziert, haftungsrechtlich abgesichert- und nicht zuletzt vergütet würden. Dies könnte zu einem Unterbietungswettbewerb zulasten der pflegebedürftigen Menschen und der Pflegekräfte führen. Zudem wären weitere Kosten zulasten der heute bereits unterfinanzierten Pflegeversicherung durch die Etablierung einer Doppelstruktur zu erwarten.

Auch für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen würden sich neue Schwierigkeiten ergeben. Wer pflegebedürftig wird, muss sich sehr gut auskennen, um die ihm zustehenden Leistungen aus der Pflegeversicherung zu bekommen. Das System ist unübersichtlich. Eine zusätzliche Anbieterstruktur im bereits bestehenden Dschungel von Pflegeleistungen und Anbietern würde diese Unübersichtlichkeit für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen noch verstärken.

Sofern sich der Gesetzgeber trotz der angeführten Kritik für eine Zulassung der Betreuungsdienste als Leistungserbringer entscheiden sollte, ist das Gebot der Wirtschaftlichkeit von Tariflöhnen analog zum § 89 Absatz 1, Satz 4 „Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei



nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.“ zwingend anzuwenden. Zudem muss sichergestellt werden, dass körperbezogene Pflegeleistungen von Betreuungsleistungen per Definition streng abgegrenzt und Rechtsverstöße scharf sanktioniert werden.

Unabhängig von unserer grundsätzlichen Bewertung zu den ambulanten Betreuungsdiensten sind die Regelungen im Hinblick auf die Qualifikationsanforderungen der verantwortlichen Fachkraft zu konkretisieren. Es braucht bundeseinheitliche, verbindliche Vorgaben, um die Qualität zu sichern. Die bisher vorgesehene Definition ist sehr weitreichend und unbestimmt. Die in der Begründung genannten Ausgangsqualifikationen unterliegen unterschiedlichen (landesrechtlichen) Regelungen, die eine Vergleichbarkeit schwierig machen. Grundsätzlich sollte es sich bei der verantwortlichen Fachkraft analog der Regelungen in § 71 Abs. 3 SGB XI um Pflegefachkräfte handeln. Denn es ist davon auszugehen, dass sich die Leistungen der Betreuungsdienste nur schwierig von den pflegerischen Leistungen abgrenzen lassen. Sofern an der Regelung festgehalten wird, muss im Gesetz abschließend festgelegt werden, um welche „verantwortliche Fachkraft“ es sich handeln muss. Wichtig ist, dass es sich bei den Fachkräften im Ausgangsberuf um Personen handeln muss, die mindestens eine dreijährige Ausbildung erfolgreich absolviert haben und die aus dem Gesundheits- und Sozialbereich kommen. Folgerichtig ist, dass die für die „verantwortlichen Pflegefachkräfte“ geltende Anforderung im Hinblick auf die Rahmenfrist der praktischen Berufserfahrung sowie hinsichtlich der Weiterbildung mindestens 460 Stunden entsprechend soll. Grundsätzlich spricht sich der DGB weiterhin für einen Umfang der Weiterbildung von mind. 720 Stunden aus.

2.18 Abschaffung der Doppelverbeitragung von Betriebsrenten

Durch das Gesundheits-Modernisierungsgesetz von 2004 müssen die BezieherInnen von Betriebsrenten den vollen Beitragssatz für die Kranken- und Pflegeversicherung für die Betriebsrenten entrichten. Die BetriebsrentnerInnen haben für den Zeitraum von 10 Jahren insgesamt einen Beitragssatz von ca. 19 % auf ihre Betriebsrente allein zu tragen. Damit wird die von vielen erwartete Gesamtverzinsung auf ihre eingezahlten Beiträge deutlich geschmälert. Viele BetriebsrentnerInnen sind zudem von einer doppelten Verbeitragung bei der Zahlung von Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung bei Pensionskassen und Direktversicherungen und noch einmal bei der Auszahlung der Betriebsrenten betroffen.

Dies wird von vielen BetriebsrentnerInnen seit 2004 verständlicherweise als ungerecht empfunden.



Die Beseitigung offensichtlicher Ungerechtigkeiten wie die Doppel- und Vollverbeitragung von Betriebsrenten sollte vor diesem Hintergrund endlich beendet und zu der vor 2004 geltenden Regelung der hälftigen Verbeitragung zurückgekehrt werden. Dies wäre gleichzeitig ein wichtiger Beitrag, um die Attraktivität der betrieblichen Altersversorgung zu erhöhen und sie damit zu stärken.

2.19 Berücksichtigung von Abfindungen bei Gesamteinkommen in der Familienversicherung

Der Gesetzesentwurf sieht vor, die Voraussetzungen für das Bestehen eines Anspruchs auf kostenfreie Familienversicherung nach § 10 SGB V Abs.1, Satz 1, Nr. 5 dahingehend zu ändern, dass erhaltene Einmalzahlungen im Sinne einmalig gezahlter Abfindungen an den mitzuversichernden Familienangehörigen diesen Anspruch künftig zunichte machen. Dies würde nicht nur eine Abkehr von der bisherigen Praxis, Abfindungen nicht als Hinderungsgründe einer Familienversicherung zu werten bedeuten – es hätte auch drastische sozialpolitische Implikationen, da gerade Personen mit einem gekündigten Beschäftigungsverhältnis und einer häufig daraus abgeleiteten offenen Frage der künftigen Einkommenserzielung nun versicherungsrechtlich dafür bestraft werden sollen, mit einer Abfindung zumindest zeitweise vor Armut und Existenznot geschützt zu sein. Da es sich bei Abfindungen nicht um regelmäßige Zahlungen handelt, hat auch das Bundessozialgericht entschieden, dass eine solche Einmalzahlung einer Familienversicherung nicht entgegenstehen kann. (Urteil vom 09.10.2007, Az. B 5b KN 1/06 KR R)

Die vom Gesetzgeber getätigte Annahme, dass eine Schutzbedürftigkeit des Familienangehörigen bereits durch eine erhaltene Einmalzahlung zunichte gemacht wird, wird vom DGB nicht geteilt. Der DGB fordert, der Auffassung des Bundessozialgerichts folgend das Bestehen eines Familienversicherungsanspruchs für Familienangehörige bei erhaltener Einmalzahlung weiterhin zu ermöglichen. Erwägungen zur auszahlungsbezogenen Stärkung des Gleichheitsgedankens durch die vorgeschlagene Änderung würden zwar zu einer Gleichbehandlung von Familienangehörigen unabhängig von einmalig oder in mehreren Teilen erhaltenen Abfindungen beitragen – allerdings würden sich diese somit insgesamt zu Lasten der vormals Beschäftigten gestalten. Eine Beseitigung von Ungleichbehandlungen muss als Voraussetzung haben, dass sie zur Stärkung der Solidarität und sozialen Gerechtigkeit beiträgt – dies ist bei der hier vorgeschlagenen Schaffung eines Beendigungstatbestandes für den Anspruch auf Familienversicherung eindeutig nicht der Fall.



Ausschussänderungsantrag „Heilmittelversorgung“ der Fraktionen SPD und CDU / CSU zu Artikel 1 Nummer 13a, 28a, 30a, 33, 41a, 51, 58, 67a, 104 (§§ 32, 63, 64d, 106b, 124, 124a, 125, 125a, 326 des Fünften Sozialgesetzbuches – Ausschussdrucksache 19(14)51.4

und

„Flächendeckende Versorgung mit Physiotherapie und anderen Heilmitteln sichern“- Antrag der Abgeordneten der Fraktion DIE LINKE, Bundestagsdrucksache 19/4887

sowie

„Bedarfsgerechte Versorgung für alle Patientinnen und Patienten sicherstellen und therapeutische Berufe durch attraktive Arbeits- und Ausbildungsbedingungen aufwerten“ – Antrag der Abgeordneten der Fraktion Bündnis 90 / Die Grünen, Bundestagsdrucksache 19/6130

Es ist aus Sicht des DGB grundsätzlich zu begrüßen, eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen in den therapeutischen Berufen in Verbindung mit einer Aufwertung des Berufsbildes der Heilmittelerbringer anzustreben. Die hierzu vorgesehene Erhöhung der durchschnittlichen Arbeitsentgelte in den ambulanten Praxen durch die Entkopplung der Heilmittelpreisstruktur von der Entwicklung der Grundlohnsumme stellt nach der erst 2017 erfolgten Verabschiedung des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes (HHVG) jedoch einen neuerlichen Schritt hin zu einer deutlichen Ausgabenausweitung dar, die durch die Krankenkassen und damit durch die Versicherten zu tragen wäre. Im HHVG wurde die Grundlohnsummenanbindung bereits bis zum Jahr 2019 bzw. 2021 aufgrund der Anpassung der Heilmittelpreisuntergrenzen bis zum Jahr 2021 ausgesetzt. Die gesetzlichen Krankenkassen hatten in der Folge Vergütungsanhebungen von rund 2 Mrd. Euro oder 30% bereit gestellt. Mit dem beabsichtigten Vorziehen dieses Schrittes auf den 01. April 2019 ist kurzfristig ein deutlicher Ausgabensprung von bis zu 1,2 Milliarden Euro zu erwarten.

Eine an den Bedarfen der Versicherten ausgerichtete Versorgung muss gute Arbeitsbedingungen in den therapeutischen Berufen gewährleisten. Angesichts der bereits durch das GKV-Versichertenentlastungsgesetz beschlossenen Abschmelzung von Kassenreserven in Verbindung mit der nun im TSVG vorgeschlagenen Einführung extrabudgetärer Vergütungen stellt sich jedoch die Frage, wie eine nachhaltige Verwendung der Versichertenbeiträge in Einklang mit diesem Ziel gebracht werden soll. Insbesondere angesichts der bereits durch das HHVG vorgenommenen Ausgabenausweitung ist zu fragen, welcher messbare Effekt des bisherigen Beitrags-



mitteleinsatzes auf die Vergütungsstruktur festgestellt werden kann. Es muss sichergestellt werden, dass an höheren Honoraren für Heilmittelerbringer und anderen auch die in den Praxen angestellten Beschäftigten mit erhöhten Vergütungen teilhaben. Der DGB fordert daher die Einführung einer Verpflichtung der Krankenkassen, höhere Honorare für Heilmittelerbringer und Andere an die Nachweispflicht, dass Vergütungen entsprechend des anzuwendenden Tarifvertrages oder bei nicht vorhandener Tarifbindung entsprechend des Referenztarifvertrages an die Beschäftigten gezahlt werden, zu koppeln.

Sollen heute und in Zukunft genug Fachkräfte gewonnen und gehalten werden, braucht es attraktive Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen. Für alle Gesundheitsfachberufe sollte zumindest ein bundeseinheitlicher Rahmen für die Ausbildung geschaffen werden, um die Strukturen und Rahmenbedingungen einheitlich zu gestalten. Die Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen müssen an veränderte Anforderungen angepasst und die Bedingungen verbessert werden. Neben der überragenden Schulgeldfreiheit für alle Gesundheitsfachberufe ist insbesondere ein gesetzlicher Anspruch auf eine angemessene Ausbildungsvergütung zu verankern, wie er bspw. in den Pflegeberufen bereits selbstverständlich ist. Es ist gut, dass im Koalitionsvertrag angekündigt ist, die Ausbildung der Gesundheitsfachberufe im Rahmen eines Gesamtkonzeptes neu zu ordnen und zu stärken. Hier müssen aufgrund des hohen Handlungsbedarfs schnell weitere Schritte erfolgen.

„Ambulante ärztliche Versorgung verbessern, Bürokratie abbauen, Budgetierung Aufheben“ - Antrag der Abgeordneten der Fraktion FDP, Bundestagsdrucksache 19/4833 und

„Regionalisierung der Bedarfsplanung, Niederlassungsfreiheit als Regelfall“ - Antrag der Abgeordneten der Fraktion FDP, Bundestagsdrucksache 19/6417

Der DGB gibt zu bedenken, dass Krankenkassen für die wirtschaftliche Verwendung der ihnen treuhänderisch überlassenen Beitragsmittel Nachweise der Leistungserbringer benötigen. Dazu kommen die Dokumentationen zur Absicherung der Ärztinnen und Ärzte sowie der Krankenversicherten. Der DGB fordert, dass nun gesetzgeberische Vorgaben zur Qualitätssicherung der ambulanten ärztlichen Versorgung und zu Erhöhung ihrer Qualität ergriffen werden.

Grundsätzlich unterstützt der DGB die Forderung nach einer Stärkung der ambulanten medizinischen Versorgung. Zunehmend wollen junge Ärztinnen und Ärzte nicht freiberuflich arbeiten. Gleichzeitig haben wir drohenden Ärztemangel in strukturschwachen Gebieten auf dem Land und wirtschaftlich benachteiligten Stadtteilen.



Neben der demographischen Entwicklung sind zunehmende Tage mit Arbeitsunfähigkeit und steigende Schwere der Erkrankungen zu verzeichnen. Das Mittel der Niederlassungsfreiheit in überversorgten Gebieten ist eingedenk der vielschichtigen Entwicklungen nur nachvollziehbar, wenn man, unter allen Umständen, am Bild des niedergelassenen, freiberuflichen Arztes festhalten will. Der DGB fordert, insbesondere in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten, die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung sowie den Krankenkassen die Eröffnung und den Ausbau ambulanter eigeneinrichtungen wieder zu erlauben.

Auch der DGB fordert die Regionalisierung der Bedarfsplanung. Die Vorschläge der Freidemokratinnen und Freidemokraten beschränken sich jedoch nur in der Umsetzung bereits bestehender Gesetze, den Abbau von Zulassungsbeschränkungen für Ärztinnen und Ärzte sowie die Schaffung von Strukturzuschlägen für die Arzthonorare. Der DGB fordert hingegen eine bessere Verteilung der niedergelassenen Ärzte, um das Delta zwischen über- und unterversorgten Gebieten zu verkleinern. Angesichts der weiter steigenden Ausgaben für arbeitsbedingte Erkrankungen müssen Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften in die Bedarfsplanung einbezogen werden.

„Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Krebspatienten die Chance auf eigene Kinder ermöglichen, fertilitätsbewahrende Behandlung zur Regelleistung machen“ – Gesetzentwurf der Abgeordneten der FDP, Bundestagsdrucksache 19/2689

Der DGB teilt das Ziel des Gesetzentwurfes, auch an Krebs erkrankten Menschen eigene Kinder zu ermöglichen. Angesichts der stark steigenden Leistungsausgaben sowie der weiteren gesamtgesellschaftlichen Aufgaben, die der Finanzierung durch die Krankenkassen durch den Gesetzgeber überantwortet werden, fordert der DGB einen Trendwechsel. Dabei müssen familienpolitische Leistungen aus der GKV ausgegliedert werden, um die Beitragszahlerinnen und –zahler nicht weiter zu belasten. Das gilt umso mehr als das klar ist, dass die konjunkturelle Entwicklung auch wieder ungünstiger werden wird.

„Aussetzung der Budgetierung für Ärzte“ – Antrag der Abgeordneten der AfD, Bundestagsdrucksache 19/3393

Eingedenk der Entwicklungen, die bereits im Antrag der Abgeordneten der Fraktion FDP „Regionalisierung der Bedarfsplanung, Niederlassungsfreiheit als Regelfall“ auf Bundestagsdrucksache 19/6417 dargelegt worden sind, kommt der DGB zu dem Schluss: Die AfD treibt die Verteilungspolitik zugunsten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und zulasten der Beitragszahlerinnen und –zahler auf die Spitze.



Der DGB lehnt diese vollkommen einseitige Interessenspolitik zulasten der Krankenversicherten ab.

Ausschussänderungsantrag „Pflegebedürftigkeitsbegriff umsetzen – ambulante Pflegedienste stärken“ – Fraktion DIE LINKE, Ausschussdrucksache 19(14)51.3

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff zielt darauf ab, das verrichtungsbezogene Pflegeverständnis zu überwinden. Deshalb wurde mit der Einführung der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen im SGB XI endlich ein ganzheitlicher Leistungsansatz eingeführt. Mit den im Gesetzentwurf skizzierten eigenständigen Betreuungsdiensten, die sich ausschließlich auf Betreuungsmaßnahmen und ggf. hauswirtschaftliche Unterstützungsleistungen konzentrieren sollen, wird dieser ganzheitliche Pflegebegriff jedoch wieder in Frage gestellt. Pflege darf nicht wieder in verrichtungsbezogene körperliche Pflegemaßnahmen auf der einen Seite und Betreuungsmaßnahmen auf der anderen Seite unterteilt werden. Deshalb kann die Forderung nach einem ganzheitlichen, teilhabeorientierten Pflegeverständnis im Sinne von fachlich gesicherter, ganzheitlicher Leistungserbringung durch ambulante Pflegedienste aus gewerkschaftlicher Sicht voll unterstützt werden.

Ausschussänderungsantrag „Vollständige Kostenübernahme einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz“ - Fraktion DIE LINKE, Ausschussdrucksache 19(14)51.2

Trotz Wiederherstellung der paritätischen Beitragsfinanzierung der GKV- Beiträge zum 01.01.2019 kann von einer echten Gleichverteilung der Gesundheitskosten keine Rede sein. In den vergangenen Jahrzehnten wurden viele ehemalige Leistungen für gesetzlich Krankenversicherte aus der GKV ausgegliedert – neben Zahnersatzleistungen für Erwachsene umfasst dies auch Ausgaben für medizinische Dienstleistungen, Arzneimittel sowie Heil- und Hilfsmittel, die durch die Beschäftigten durch private Aufwendungen getragen werden müssen. im Jahr 2014 umfasste dieser Posten laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes bereits 44,68 Mrd. Euro; bis zum Jahr 2021 ist bei linearer Fortschreibung der Steigerungsrate mit einer Ausweitung dieser privaten Zusatzaufwendungen auf bis zu 51, 39 Mrd. Euro zu rechnen. Diese unsolidarischen Mehrbelastungen der Beschäftigten sind insbesondere für kleinere und mittlere Einkommen eine gravierende Belastung. Der DGB unterstützt daher die geforderte Reintegration der vollständigen Kostenübernahme einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz in den Leistungskatalog der GKV.



„Beibehaltung des direkten Zugangs zu Psychotherapie“ – Fraktion DIE LINKE, Ausschussdrucksache 19(14)51.1

Eine qualitativ verbesserte, an den Bedürfnissen der Versicherten orientierte Zugangsmöglichkeit zu psychotherapeutischen Maßnahmen ist allein schon deshalb geboten, weil neben dem häufig ohnehin bestehenden Leidensdruck und der Stigmatisierungsangst Betroffener auch Schwierigkeiten bei der Suche nach verfügbaren Therapiekapazitäten sowie eine fehlende Orientierung hinsichtlich der jeweils passenden und bedarfsgerechten Maßnahme bestehen kann. Die im TSVG- Entwurf vorgesehene Einrichtung einer vorgeschalteten Diagnostik, die über Dringlichkeit und Ausrichtung einer therapeutischen Maßnahme entscheidet, kann hierzu aber keinen geeigneten Weg darstellen. Zum einen birgt eine solche präselektive Begutachtung eher noch die Gefahr einer zusätzlichen Entfremdung des Therapiezugangs zulasten der Versicherten, da diese sich nicht nur einem zeitlich aufwändigeren Verfahren unterziehen müssen, sondern auch ausgerechnet bei einer hochgradig am individuellen Bedarf auszurichtenden Maßnahme auf Mitwirkung und Eigenentscheidung verzichten sollen. Zum anderen löst eine solche Einrichtung nichts an der grundsätzlichen Frage, ob über die Terminservicestellen eine zeit- und wohnortnahe Zugangsmöglichkeit zu vorhandenen Therapieplätzen vermittelt wird.

Der DGB sieht die Einführung einer vorgeschalteten gestuften Steuerung aus diesen Gründen kritisch, solange nicht sichergestellt ist, dass Mitwirkung und Schutz der gesundheitsbezogenen Privatsphäre von Behandlungssuchenden sichergestellt sind. Stattdessen sind niedrigschwellige und schnell zugängliche, unterstützende Beratungsangebote in Verbindung mit der Sicherstellung einer verbindlichen Terminallokationsleistung seitens der Terminservicestellen sicherzustellen. Die damit verbundene, zum 01.04.2017 erfolgte Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie im Sinne einer Ergänzung um eine psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung als niedrigschwellige, schnell verfügbare Erstversorgungsleistung haben bereits einen ersten Schritt in die richtige Richtung aufgezeigt. Gegebenenfalls ist zu prüfen, ob auch die psychiatrische und psychosomatische Versorgung einer analogen Regelung für einen erleichterten Zugang bedürfen.



„Änderung der Gesellschaftsstruktur der Gesellschaft für Telematik“, Änderungsantrag der Fraktion CDU / CSU und SPD, Bundestagsdrucksache 19/6337

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen soll nach dem Willen des Gesetzgebers mit einer Schwerpunktsetzung auf die Einführung medizinischer Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematikinfrastruktur zügig und konsequent umgesetzt werden. Diesen Begründungskontext des vorliegenden Änderungsantrages kann der DGB vollumfänglich nachvollziehen, denn eine konsequente Umsetzung der im Gesundheitssektor angestrebten Digitalisierung unter maßgeblicher Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen ist im Sinne einer besser vernetzten, sektorübergreifenden und die Bedarfe der Versicherten in den Mittelpunkt rückenden Ausgestaltung der Versorgung zu begrüßen. Das hierzu avisierte Mittel einer Übertragung von 51% der Geschäftsanteile an der Gesellschaft für Telematik (Gematik) an den Bund und die daraus folgende Rolle des Bundesministeriums für Gesundheit als Mehrheitsgesellschafter der Gematik dient jedoch in erster Linie der erneuten Beschädigung des Instituts der Selbstverwaltung und ist als solches rundheraus abzulehnen.

Der DGB kritisiert aus diesem Anlass grundsätzlich die wiederholt öffentlich zur Schau gestellte Ignoranz und Abwertung, die von Seiten des Bundesministeriums für Gesundheit dem hohen Gut der Selbstverwaltung entgegengebracht wird. Mit einer mehr als 125-jährigen Tradition ist die Soziale Selbstverwaltung nicht nur eine bewährte Stütze des modernen Sozialstaates, sondern auch ein essentieller Bestandteil der demokratischen Partizipation, mit dem die Interessen der Versicherten und Arbeitgeber in der Gesundheitsversorgung einfließen. Dieses Institut mit dem Vorwurf langsamer Entscheidungsprozesse und träger Strukturen bei jeder Gelegenheit medial zu geißeln, degradiert ein tragendes Prinzip der Sozialversicherung zum Büttel ministerialer Durchgriffsfantasien. Schwerer noch wiegt, dass damit eine wichtige ehrenamtliche Funktion abgewertet und den in dieser Funktion engagierten Bürgerinnen und Bürgern bescheinigt wird, dass ihr Einsatz in der sozialen Selbstverwaltung tendenziell zum Nachteil eines funktionsfähigen Gesundheitssystems sei. Der DGB fordert, diese Praxis umgehend einzustellen und von Angriffen auf die institutionelle Grundlage der sozialen Selbstverwaltung abzusehen.

Aus eben diesem Grund ist auch die Idee einer Mehrheitsgesellschafterrolle des Bundes in der Gematik nicht akzeptabel. Die Gematik handelt die Grundlagen und Rahmenbedingungen der Digitalisierung im Gesundheitssystem auf Basis einer gemeinsamen Entscheidungsfindung seitens der Konstituenten der Selbstverwaltung aus. Die Ergebnisse von Aushandlungsprozessen werden weder sozial ausgewogener noch qualitativ besser, wenn ihnen als Kriterium eine möglichst kurze Zeit bis zur



Beschlussfindung vorgegeben wird. Nun kann im Falle der Gematik zwar zurecht festgestellt werden, dass die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte seit dem Jahr 2005 nicht wesentlich vorangekommen ist. Hierfür verantwortlich sind aber zu einem erheblichen Anteil die Seitens der Industrie versprochenen Lösungen für die Anbindung von Konnektoren, die bis zum heutigen Tag nur in unzureichendem Umfang bereitgestellt wurden. Statt der zur technischen Leistungserbringung verpflichteten Anbieterseite, die von diesem Prozess im Übrigen hervorragende Absatzkapazitäten erwarten dürfte, entsprechenden Druck zu machen und klar zu stellen, dass eine Digitalisierung im Gesundheitssystem wesentlich von der Vertragstreue der beteiligten Industriepartner abhängt, wird die Schuld am langsamen Vorankommen der sozialen Selbstverwaltung in die Schuhe geschoben. Dieses Vorgehen ist untragbar. Der DGB fordert, die Eigentümerstruktur der Gematik nicht durch eine Mehrheitsbeteiligung des Bundes anzutasten. Stattdessen wäre es notwendig und angemessen, die Entscheidungsstrukturen innerhalb der Gematik zugunsten der gesetzlichen Krankenkassen anzupassen, da ausschließlich die Beitragszahler für die gesamten Ausstattungskosten aufkommen. Im Übrigen sollte der Gesetzgeber bestehende Kompetenzen gegenüber der Anbieterseite zu nutzen, um die Bedeutung dieses Projektes für die Versicherten zu verdeutlichen.