

Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der
Gesundheitsversorgung in der Kommune
(Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

Sozialverband VdK Deutschland e. V.
Abteilung Sozialpolitik
Linienstraße 131
10115 Berlin

Telefon: 030 9210580-300
Telefax: 030 9210580-310
E-Mail: sozialpolitik@vdk.de

Berlin, 30.04.2024

Der Sozialverband VdK Deutschland e. V. (VdK) ist als Dachverband von 13 Landesverbänden mit über zwei Millionen Mitgliedern der größte Sozialverband in Deutschland. Die Sozialrechtsberatung und das Ehrenamt zeichnen den seit über 70 Jahren bestehenden Verband aus.

Zudem vertritt der VdK die sozialpolitischen Interessen seiner Mitglieder, insbesondere der Rentnerinnen und Rentner, Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen sowie Pflegebedürftigen und deren Angehörigen.

Der gemeinnützige Verein finanziert sich allein durch Mitgliedsbeiträge und ist parteipolitisch und konfessionell neutral.

1. Zu den Zielen des Gesetzentwurfs und den Maßnahmen der Umsetzung

Für die Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) in der Rechtsform der GmbH sieht der Gesetzentwurf die Möglichkeit vor, die gesetzlich vorgesehenen Sicherheitsleistungen der Höhe nach zu begrenzen. Darüber hinaus wird klargestellt, dass die Verwendung von Mitteln des Strukturfonds zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung nicht von der Feststellung einer Unterversorgung oder eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs abhängt. Zudem wird das Mitberatungsrecht der zuständigen Landesbehörden in Verfahren der Zulassungsausschüsse mit besonderer Versorgungsrelevanz um ein Mitentscheidungsrecht ergänzt. Die Gründung kommunaler MVZ soll erleichtert werden.

Im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erhalten die Berufsorganisationen der Pflegeberufe ein Mitberatungs- und Antragsrecht inklusive einer Einvernehmensregel bei formalen Beschlüssen. Auch die Hebammenverbände, Pflegeverbände und andere Fachgesellschaften erhalten ein Mitberatungsrecht. Die Stellungnahmerechte medizinischer Fachgesellschaften werden erweitert. Die Arzneimittelkommission der Ärzteschaft berät den G-BA zukünftig in Fragen der Pharmako- und Arzneimitteltherapie.

Die gelebte Praxis, nach welcher Beschlussfassungen der Gremien des G-BA auch in hybrider Form durchgeführt werden, soll rechtssicher gestaltet werden. So soll die Arbeit des G-BA effizienter werden.

Die Patientenvertretung im G-BA bekommt ein Vetorecht, um eine Beschlussfassung einmalig zu verschieben und eine erneute Befassung mit dem Thema zu erreichen.

Kindern und Jugendlichen werden im Bereich der Psychotherapie besondere Vorsorgebedürfnisse eingeräumt. Der flächendeckende Zugang zu ambulanten psychotherapeutischen Angeboten soll verbessert werden. Dies soll über eine separate Bedarfsplanung erfolgen.

Zur Beschleunigung von Bewilligungsverfahren im Hilfsmittelbereich bei Anträgen von Kindern mit Behinderungen oder von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung wird das Prüfprogramm der Krankenkassen für solche Hilfsmittelversorgungen eingeschränkt, die von Versicherten beantragt werden, die in regelmäßiger Behandlung in einem sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) oder einem

medizinischen Behandlungszentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung (MZEB) sind.

Die Krankenkassen sollen einheitliche Kennzahlen zu ihrer Service- und Leistungsqualität erheben und auf einer digitalen Vergleichsplattform veröffentlichen. Dies soll die Vergleichbarkeit der Krankenkassen erhöhen und den Qualitätswettbewerb zwischen den Kassen stärken. Analoge Regelungen für die Pflegeversicherung finden sich ebenfalls in dem Entwurf.

Die Prüfrechte des Bundesrechnungshofes soll auf weitere Organe der Selbstverwaltung, wie den G-BA oder die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), ausgeweitet werden.

Um die hausärztliche Versorgung, besonders in der Peripherie, zu gewährleisten, soll die Budgetierung der Hausärzte aufgehoben werden. Zudem soll die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen abgebaut werden. Neu eingeführt werden soll ein Bonussystem für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung. Die hausärztliche Versorgung wird entbudgetiert. Gleichzeitig wird eine jährliche Versorgungspauschale zur Behandlung chronisch kranker Patientinnen und Patienten eingeführt sowie eine Vorhaltepauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages.

Missbrauchsmöglichkeiten der GKV durch den Wechsel zwischen einer Teil- und einer Vollrente, soll entgegengewirkt werden.

In den Fällen, in denen Waisenrentner einen Freiwilligendienst (FSJ) absolvieren, müssen diese trotz der Beitragsfreistellung der Waisenrente Beiträge an die GKV zahlen. Im Gesetz erfolgt eine Klarstellung, dass auf das Taschengeld im Rahmen des FSJ keine Beiträge an die GKV gezahlt werden müssen.

Die Verordnungsermächtigung für die Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) wird vom Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (BMWK) auf das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) übertragen.

Fehlverhalten im Gesundheitswesen sollen stärker bekämpft werden. Die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) sind bereits heute angehalten, Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen einzurichten. Diese Fehlverhaltensbekämpfung soll nun weiterentwickelt werden, um Betrugsfälle zu Lasten der GKV zu verhindern.

Ein erster Entwurf des GVSG enthielt einige weitere Regelungen, die mittlerweile weggefallen sind. Dazu gehören unter anderem die Regelungen zu den Gesundheitskiosken und den Gesundheitsregionen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Von der geplanten Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune ist nicht viel übriggeblieben, außer eine Reform der Hausärztevergütung und des Gemeinsamen Bundesausschusses. Über einen Bonus für die Patienten, die an einer hausarztzentrierten Gesundheitsversorgung teilnehmen, kommt das Gesetz nicht hinaus. Dies ist sehr bedauerlich.

Grundsätzlich befürwortet der VdK die Versorgungsform des MVZ. Das Führen von MVZ in der Form einer GmbH bewertet der VdK hingegen kritisch. Der VdK sieht hier – gerade in Kombination mit der geplanten Entbudgetierung der Hausärzte – eine Gefahr der Bereicherung zu Lasten der GKV. Viel drastischer ist jedoch zu bewerten, dass die persönliche Unversehrtheit und Gesundheit der Patienten unnötig gefährdet wird. Der VdK fordert die Einführung eines Fremdbesitzverbotes für Arztpraxen. Ansonsten fördert eine Entbudgetierung der Hausärzte zunehmend einen Missbrauch des GKV-Systems.

Die Entbudgetierung der Hausärzte im Allgemeinen befürwortet der VdK. Es ist eine Grundposition des Sozialverbandes VdK, dass die Budgetierung für Leistungen der GKV abzuschaffen ist. Es ist nicht nachvollziehbar, warum Ärztinnen und Ärzte Behandlungen besonders begründen müssen, wenn diese medizinisch notwendig sind, sie jedoch bereits ihr Budget überschritten haben. Im Zweifel werden Patienten aufgrund der hohen Bürokratie abgewiesen, was zu ihrem gesundheitlichen Nachteil geschehen kann.

Den Wettbewerbsgedanken zwischen den Krankenkassen lehnt der VdK grundsätzlich ab und fordert die Einführung einer einheitlichen solidarischen Krankenversicherung. Solange dieses Ziel nicht erreicht ist, begrüßt der VdK, dass die Transparenz zwischen den Krankenversicherungen erhöht werden soll. Besonders die Offenlegung von Zahlen über die Ablehnungsbescheide von Hilfsmitteln ist erfreulich. Außerdem ist zu begrüßen, dass dem Missbrauch der Solidargemeinschaft durch einen Wechsel aus der PKV in die GKV im Rentenalter vorgebeugt werden soll.

In diesem Zusammenhang ist auch positiv zu bewerten, dass der Bundesrechnungshof (BRH) mehr Rechte zur Kontrolle der Selbstverwaltung im Gesundheitssystem erhält.

Die Einführung eines Vetorechtes für die Patientenvertretung im G-BA lehnt der VdK ab. Stattdessen fordern wir die Einführung eines echten Stimmrechts für die Vertreterinnen und Vertreter der Patienten im G-BA, mindestens mit den Stimmen der GKV.

Zu begrüßen ist das gestärkte Recht der Fachgesellschaften zur Abgabe von Stellungnahmen beim G-BA. Der VdK würde jedoch begrüßen, wenn in den Fragen des Allgemeinen Arzneimittelwesens und der Arzneimitteltherapiesicherheit sowie der Pharmakologie mehr Arzneimittelexperten gehört werden würden und auch die Arzneimittelkommission der Apotheker stärker in den Beratungsprozess integriert werden würde. Die engere Einbindung dieser Experten, besonders im Bereich der Arzneimitteltherapiesicherheit, kann einen enormen Mehrwert für die Patientinnen und Patienten mit sich bringen und die Behandlungssicherheit dieser deutlich steigern.

Der VdK begrüßt die Erleichterungen bei der Hilfsmittelversorgung von Kindern mit Behinderungen und von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung, sieht hier aber noch weiteren Anpassungsbedarf. SPZ und MZEB sind flächendeckend nicht vorhanden, daher sollte die Hilfsmittelversorgung auch darüber hinaus erleichtert werden.

Außerdem begrüßt der VdK, dass die psychologische Versorgung von Kindern und Jugendlichen gestärkt werden soll.

2. Zu den Regelungen im Einzelnen

2.1. § 10 SGB V-E – Familienversicherung

Der Zugang zur GKV über die beitragsfreie Familienversicherung für privatversicherte Rentnerinnen und Rentner wird ausgeschlossen, wenn deren Vollrentenanspruch oberhalb der Gesamteinkommengrenze der Familienversicherung liegt und die nur durch die Wahl einer Rente wegen Alters als Teilrente die Voraussetzungen für die Familienversicherung erfüllen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Das BMG schließt mit dieser Regelung Schlupflöcher zwischen den Systemen der privaten Krankenversicherung (PKV) und der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), deren Nutzung eine Ausnutzung der Solidargemeinschaft zur Folge hatten.

Grundsätzlich begrüßt der VdK dieses Vorgehen.

Der Sozialverband VdK Deutschland weißt jedoch auch auf zahlreiche Mitgliederanfragen von Rentnerinnen und Rentnern hin, die durch einen Wechsel in jungen Jahren aus der GKV in die PKV im Alter in massive Existenznöte geraten und deren Wechsel dann nicht mehr möglich ist. Der VdK ist daher der grundsätzlichen Überzeugung, dass das System der PKV zeitnah abgeschafft werden sollte, um solche vermeidbaren Fälle der Altersarmut aufgrund einer privaten Krankenversicherung für immer überflüssig zu machen.

2.2. § 33 Abs. 5c SGB V-E – Hilfsmittelversorgung für Kinder und Erwachsene mit Behinderungen

Zur Beschleunigung von Bewilligungsverfahren im Hilfsmittelbereich bei Anträgen von Kindern mit Behinderungen oder von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung wird das Prüfprogramm der Krankenkassen für solche Hilfsmittelversorgungen eingeschränkt, die von Versicherten beantragt werden, die in regelmäßiger Behandlung in einem sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) oder einem medizinischen Behandlungszentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung (MZEB) sind. Voraussetzung ist, dass der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin des SPZ oder des MZEB die beantragte Versorgung innerhalb der letzten drei Wochen konkret empfohlen hat. Die Krankenkassen haben in diesen Fällen von der medizinischen Erforderlichkeit der beantragten Versorgung auszugehen. Es soll dann kein Gutachten mehr erforderlich sein. Hierdurch soll der Verwaltungsaufwand der Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes sinken.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt die Erleichterungen bei der Hilfsmittelversorgung von Kindern mit Behinderungen.

Viele Familien mit Kindern mit Behinderungen kämpfen mit der gesetzlichen Krankenkasse um passende Hilfsmittel für ihr Kind. Trotz ärztlicher Verordnung werden Hilfsmittel von



Krankenkassen abgelehnt. Eltern müssen sich bei einer Ablehnung der von ihnen beantragten Hilfsmittel teilweise auf einen jahrelangen Kampf einstellen. Bis ihnen ein Gericht ein Hilfsmittel zuspricht, müssen die Familien entweder ohne das benötigte Hilfsmittel auskommen oder die teilweise erheblichen Kosten selber tragen. Mitunter hat das Kind zum Zeitpunkt der gerichtlichen Entscheidung aufgrund seiner Entwicklung bereits Bedarf an einem anderen Hilfsmittel. Viele Eltern müssen außerdem um mehrere Hilfsmittel gleichzeitig kämpfen, wodurch den Familien wertvolle Zeit für die Pflege ihres Kindes und die Betreuung von Geschwisterkindern fehlt.

Bei Kindern ist zu beachten, dass ein fehlendes, aber benötigtes Hilfsmittel die Entwicklung des Kindes negativ beeinflussen und die Behinderung noch verstärken und manifestieren kann. Dies stellt auch das BMG fest, indem es in der Problem- und Zielstellung schreibt: „Eine möglichst zeitnahe Versorgung von Versicherten, die unter schweren Krankheiten leiden oder von Behinderung betroffen sind, mit medizinisch notwendigen Hilfsmitteln ist zur bestmöglichen Unterstützung der kognitiven und motorischen Entwicklung der Betroffenen, zur Sicherung ihrer Teilhabe sowie zur Vermeidung von Begleit- und Folgeerkrankungen unerlässlich.“

Für den VdK ist daher nicht ersichtlich, warum insbesondere bei Kindern die Versorgung in einem SPZ Voraussetzung sein soll, um unkomplizierter mit Hilfsmitteln versorgt zu werden. In Deutschland gibt es zum einen keine ausreichende Abdeckung mit SPZ, zum anderen liegt die Wartezeit für einen Termin in einem SPZ teilweise bei mehreren Monaten. Dies ist auch der Bundesregierung bewusst, weshalb sie in ihrem Koalitionsvertrag den Ausbau der SPZ vereinbart hat. Auch in der Gesetzesbegründung ist zu lesen, dass nicht bekannt ist, wie hoch der Anteil der Hilfsmittelanträge von regelmäßig in SPZ behandelten Versicherten ist.

Der VdK fordert den flächendeckenden Ausbau von SPZ in Deutschland. Bis zur Umsetzung braucht es allerdings weitere Erleichterungen in der Hilfsmittelversorgung, insbesondere für Kinder mit Behinderungen. Der VdK setzt sich dafür ein, dass sich die Bewilligung der Hilfsmittel durch die Krankenkasse an der Verordnung des behandelnden Facharztes oder der behandelnden Fachärztin ausrichtet. Eine Genehmigung durch die Krankenkasse darf nicht mehr zur notwendigen Bedingung für den Erhalt eines Hilfsmittels werden.

Gleichzeitig regt der VdK an, den Begriff der „regelmäßigen Behandlung“ gegen einen eindeutigen Begriff auszutauschen. Die Gesetzesbegründung ist hier nicht ausreichend, da der Begriff „regelmäßig“ eine mehrmalige Behandlung impliziert.

Auch der Begriff „Empfehlung“ sollte überprüft werden. Es bleibt offen, warum dieser Begriff im Gesetzentwurf verwendet wird statt dem Begriff der „Verordnung“, wie es bei Vertragsärzten üblich ist. Wenn dieser Begriff über die direkte Verordnung hinaus gehen soll, sollte dies im Gesetz klargestellt werden.

Der VdK begrüßt die Erleichterungen bei der Hilfsmittelversorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung. Allerdings sollte auch hier beachtet werden, dass es auch bei MZEB keine flächendeckende Versorgung gibt. Auch sind in MZEB bei weitem nicht alle Fachrichtungen vertreten. Der VdK fordert daher, das Netz von MZEB flächendeckend auszubauen. Alle zentralen Fachrichtungen müssen dort vertreten sein. Es muss einen gesetzlichen Auftrag für eine dauerhafte Behandlung von Menschen mit Behinderungen für die MZEB geben um auf die besonderen Behandlungsbedürfnisse dieser

Menschen eingehen zu können; gleichzeitig muss jedoch die freie Arztwahl der Patientinnen und Patienten gewahrt bleiben.

Insgesamt muss die Barrierefreiheit im Gesundheitssystem weiter ausgebaut werden. Menschen werden noch viel zu viele Hürden in den Weg gestellt. Eine inklusive Gesellschaft ist auch eine Gesellschaft, in der sich Menschen keine Gedanken mehr über die Zugangsmöglichkeiten zur Versorgung machen müssen.

2.3. § 65a SGB V-E – Bonus für ein gesundheitsbewusstes Verhalten

Zukünftig sollen die Versicherten für die Teilnahme an einer hausarztzentrierten Versorgung durch einen Bonus von mindestens 30 Euro belohnt werden. So soll die Attraktivität des Hausarztes gesteigert werden. Die Krankenversicherungen müssen jedoch nach drei Jahren nachweisen, ob sich durch dieses Bonussystem Einsparungen und Effizienzsteigerungen erzielen ließen. Wenn die Erwartungen nicht erfüllt werden, dürfen für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung keine Boni mehr gewährt werden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Um die Krankenhäuser und Fachärzte zu entlasten, kann ein Bonussystem eine Maßnahme zur Steuerung der Patientinnen und Patienten sein. Gleichwohl ergibt ein solches Bonussystem nur dann Sinn, wenn die Bevölkerung parallel darüber aufgeklärt wird, wie das deutsche Gesundheitssystem funktioniert und welche Institution im Gesundheitswesen in welcher Situation der richtige Ansprechpartner ist. Der VdK gibt zu bedenken, dass die Einführung eines Primärarzt-systems in Deutschland zielführender sein könnte.

Für Menschen, die nicht wissen, wie das Gesundheitssystem funktioniert oder bisher nie auf die Leistungen des Systems angewiesen waren, hätten Lotsenstellen, wie sie mit den gestrichenen Gesundheitskiosken vorgesehen waren, eine gute erste Anlaufstelle sein können. Der VdK fordert daher mindestens, die Lotsenstellen in bereits existierende Strukturen, wie Gesundheitsämter, Hausarztpraxen oder Apotheken einzugliedern. Der hierdurch zu erwartende positive Effekt auf die Patientensteuerung sollte nicht unterschätzt werden. Dennoch präferiert der VdK grundsätzlich weiterhin eine Implementierung eigenständiger Gesundheitskioske.

2.4. § 81 SGB V-E – Satzung (der Kassenärztlichen Vereinigungen)

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) werden ermächtigt, in ihren Satzungen Regelungen zu treffen, die ihren satzungsgemäßen Organen und Gremien ermöglichen, Sitzungen in digitaler oder hybrider Form durchzuführen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Grundsätzlich begrüßt der VdK, dass Sitzungen der Gremien der Selbstverwaltung in hybrider Form durchführbar sind. Der VdK fordert lediglich eine Anpassung des geplanten § 81 Abs. 6 hinsichtlich der Belange von Menschen mit Behinderung:

„§ 81 – Satzungen



(6) Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können Regelungen zur Durchführung digitaler und hybrider Sitzungen ihrer Organe und sonstigen satzungsmäßigen Entscheidungsgremien treffen. Hierbei sind die Belange von teilnehmenden Menschen mit Behinderungen zu berücksichtigen.

Die Berücksichtigung muss bei Bedarf beispielsweise in Form eines Gebärdendolmetschers oder barrierefreier Sitzungsplattformen realisiert werden.

2.5. § 87 SGB V-E – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

Das BMG möchte Hausärztinnen und Hausärzte stärken. Dies geschieht vor dem Hintergrund einer immer größer werdenden Nachbesetzungsproblematik, da sich, gerade im ländlichen Raum, immer weniger junge Ärztinnen und Ärzte finden, die eine Hausarztpraxis übernehmen möchten. Die Kapazitäten der Hausärztinnen und Hausärzte sind daher nach Ansicht des BMG „effizient zu nutzen“.

Zukünftig sollen quartalsweise Arzt-/Praxis-Patienten-Kontakte vermieden werden, wenn diese aus medizinischer Sicht nicht erforderlich sind, um die Praxen und ihr Personal zu entlasten. Dies betrifft nicht nur aber insbesondere chronisch erkrankte, die auf eine regelmäßige Versorgung mit Arzneimitteln angewiesen sind; ein kontinuierlicher Arzt-Patient-Kontakt sei hierfür jedoch nicht notwendig.

Bisher konnte für diese Patienten quartalsweise eine Versichertenpauschale sowie eine Chronikerpauschale abgerechnet werden. Diese wird jedoch nur bei einem quartalsweisen Arzt-Patient-Kontakt ausgezahlt. Das BMG verweist für diese Fälle auf die bereits erfolgte Einführung der Wiederholungsverordnung, von der bisher jedoch kaum gebrauch gemacht wird. Zukünftig soll die Chroniker- und Versichertenpauschale bereits nach einem einzelnen Arzt-Patient-Kontakt pro Jahr ausgezahlt werden. Monetäre Anreize zur Überbehandlung werden genommen.

Zudem sollen für den hausärztlichen Bereich Vorhaltepauschalen eingeführt werden. Diese sollen der Finanzierung der Vorhaltung von Strukturen dienen, die zur Erfüllung der hausärztlichen Aufgaben notwendig sind. Es müssen Kriterien festgelegt werden, welche durch die Vertragsärzte zu erfüllen sind, damit die Vorhaltepauschale abgerechnet werden kann. Werden die Kriterien nicht erfüllt, kann die Pauschale nicht abgerechnet werden. Der Bewertungsausschuss kann die Höhe der Pauschale und die Anzahl der vorliegenden Kriterien in Stufen festlegen.

Zu den festzulegenden Kriterien sollen insbesondere folgende Anforderungen gehören:

- Eine Mindestzahl von zu versorgenden Patienten je Arzt und je Quartal, die 450 Versicherte nicht unterschreiten soll,
- Die bedarfsorientierte Erbringung von Haus- und Pflegeheimbesuchen, die bei Versicherten über 75 Jahre regelmäßige aufsuchende Behandlungen umfassen sollen,
- Bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten, die regelmäßige monatliche Abendsprechstunden und ein ergänzendes Angebot an Samstagssprechstunden umfasst.

Darüber hinaus soll der Bewertungsausschuss berücksichtigen, dass die Hausarztpraxen primär Leistungen erbringen, die zum Kern des hausärztlichen Fachgebietes gehören. Das BMG führt hier besonders die Versorgung von geriatrischen Patienten und die palliativmedizinische Versorgung an.

Ergänzend ist in den Kriterien festzuhalten, dass eine regelmäßige Pflege der elektronischen Patientenakte zu erfolgen hat und die regelmäßige Aktualisierung des Medikationsplanes durchzuführen ist.

Wird durch die Umstellung der Finanzierung der hausärztlichen Versorgung hin zu Vorhaltepauschalen, deren Erhalt an die Erfüllung von Kriterien gebunden ist, Geld frei, soll dieses zur Förderung besonders förderungswürdiger Leistungen, wie Hausbesuche oder die Durchführung von Samstagssprechstunden, verwendet werden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt die geplanten Regelungen zur Entlastung der Arztpraxen. Das Wegfallen von Arztbesuchen, die allein aus wirtschaftlichen Interessen der behandelnden Praxis angesetzt werden, entlastet die Patientinnen und Patienten. Gleichzeitig bleiben weitere Arztbesuche auf Wunsch der Patientinnen und Patienten möglich. Die Ärztinnen und Ärzte sind weiterhin aufgefordert ihre Patienten zu behandeln, obwohl sie auf Grund der bereits ausgezahlten Chronikerpauschale keine weitere Vergütung erhalten. Der VdK geht davon aus, dass dies auch beim größten Teil der Hausärztinnen und Hausärzte so erfolgen wird. Die Auswirkungen sollten jedoch unter Beteiligung der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGB V evaluiert werden.

Der VdK unterstützt die Einführung und fordert zudem alle Arztpraxen auf, vermehrt von der Möglichkeit der Wiederholungsverordnung Gebrauch zu machen.

Der VdK begrüßt, dass die Einführung der Vorhaltepauschale an die Verbesserung der hausärztlichen Versorgungsstruktur geknüpft ist. Die Mitglieder des VdK profitieren von Öffnungszeiten der Arztpraxen, die auf die Bedürfnisse von Berufstätigen angepasst sind. Gleichzeitig wird auf die Bedürfnisse einer immer älter werdenden Gesellschaft eingegangen. Hausbesuche und die Palliativversorgung zu fördern und das Angebot auszubauen, sind aus Sicht des VdK nur folgerichtig.

2.6. § 87a SGB V-E – Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

Auch durch die Änderung des § 87a SGB V möchte das BMG die hausärztliche Versorgung stärken. Hausärztinnen und Hausärzte sind in der Regel die ersten Ansprechpersonen bei Erkrankungen für die Versicherten. Gleichzeitig sollen sie als Lotsen im Gesundheitssystem fungieren und die Patienten im Bedarfsfall an den richtigen Facharzt verweisen. Zudem helfen die Hausärzte nach Ansicht des BMG dabei, die Inanspruchnahme teurer Versorgungsstrukturen, wie den Notaufnahmen in den Krankenhäusern, zu verringern. Die Berufsausübung des Hausarztberufes soll daher finanziell attraktiver ausgestaltet werden.

Die mengenbegrenzenden oder honorarmindernden Maßnahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und der Honorarverteilung werden für die hausärztliche Versorgung aufgehoben; die Entbudgetierung wird umgesetzt.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Abschaffung der Budgetierung für GKV Leistungen ist eine Grundposition des VdK. Daher begrüßt der VdK die Umsetzt dieser Forderung im Teilbereich der hausärztlichen Versorgung. Grundsätzlich setzt sich der VdK jedoch für die Abschaffung jeglicher Budgetierung von GKV-Leistungen ein.

2.7. G-BA-Reform (§§ 91, 92, 140f SGB V-E und weitere Änderungen)

Es wird klargestellt, dass der G-BA in seiner Geschäftsordnung Regelungen zur hybriden Durchführung von Sitzungen treffen darf. Dies beinhaltet auch beschlussfassende Sitzungen.

Die Berichtspflicht des G-BA gegenüber dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages wird ausgeweitet. Zukünftig muss neben der Firsteinholung gesetzlicher Zeitvorgaben auch über Verfahren berichtet werden, die länger als zwei Jahre andauern; bisher galt diese Regelung nur für Verfahren, die länger als drei Jahre andauern. So soll ein Anreiz geschaffen werden, Verfahren schneller durchzuführen. Des Weiteren soll der Berichtsumfang eingekürzt werden. Weiterhin sollen jedoch die getroffenen Maßnahmen, um Verfahren abzuschließen, dargelegt werden.

Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen und den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene wird ein Beteiligungsrecht bei den Mutterschafts-Richtlinien des G-BA eingeräumt. Dies erfolgt auf Grundlage der freiberuflichen Tätigkeit der Hebammen und den Regelungen zur Zusammenarbeit mit ärztlichem Personal in den Mutterschaftsrichtlinien des G-BA. Ebenfalls wird den Berufsorganisationen der Pflegeberufe ein Antrags- und Mitberatungsrecht eingeräumt.

Zudem haben die einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ein Stellungnahmerecht zu den Entscheidungen des G-BA über die Richtlinien zu ärztlichen Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung, zur Kryokonservierung sowie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch.

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) berät den G-BA bereits heute zur Vorbereitung seiner Beschlüsse über die Arzneimittelrichtlinie. Ebenso berät die AkdÄ den G-BA aufgrund von Aufträgen zu arzneimitteltherapeutischen und pharmakologischen Fragestellungen im Zusammenhang mit der gerichtlichen Überprüfung von Regelungen der Arzneimittel-Richtlinie über alle Regelungsbereiche hinweg, insbesondere zu Therapiehinweisen und Festbetragsgruppenbildungen. Die AkdÄ lässt dazu von Sachverständigen der medizinischen Wissenschaft und Praxis Stellungnahmen zu den arzneimitteltherapeutischen und pharmakologischen Fragen erstellen und unterstützt die Sachverständigen bei der Wahrnehmung ihrer Gutachtertätigkeit.

Daher soll diese Kooperation gesetzlich verankert und ein offizieller, allgemeiner Auftrag erteilt werden. Der AkdÄ sollen Aufwendungen ersetzt werden, die sie im Zusammenhang mit der

Vorbereitung, Förderung oder der Nachwirkung der Beratungstätigkeit des G-BA und der Vorhaltung von Ressourcen personeller und sächlicher Art hat. Das Nähere vereinbart der G-BA mit der AkdÄ.

Darüber hinaus ist die AkdÄ als Sachverständige der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis zu Entscheidungen über die Richtlinien zur Verordnung von Arzneimitteln und zur Anwendung von Arzneimitteln für Neuartige Therapien (ATMP) sowie zu Therapiehinweisen zur Stellungnahme berechtigt.

Die einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften erhalten ein Stellungnahmerecht zu den Entscheidungen des G-BA. Dies betrifft insbesondere die

- Kinder-Richtlinie,
- Richtlinie zur Jugendgesundheitsuntersuchung
- Gesundheitsuntersuchungsrichtlinie
- Krebsfrüherkennungs-Richtlinie
- Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme
- Rehabilitationsrichtlinie,
- Heilmittelrichtlinie,
- Psychotherapie-Richtlinie,
- Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf,
- Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und Strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID,
- Soziotherapie-Richtlinie,
- Richtlinie zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung,
- Richtlinie zur außerklinischen Intensivpflege (AKI) und
- die Richtlinie zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung.

Den Pflegeberufen wird ein Antrags- und Mitberatungsrecht eingeräumt.

Es wird klargestellt, dass die Patientenvertretung im G-BA auch bei Beschlüssen zu Richtlinien nach § 63 Abs. 3c Satz 3 (Übertragung von ärztlichen Aufgaben an Pflegeberufe) und bei Beschlüssen nach § 136c (Versorgung mit sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen) ein Antragsrecht hat.

Die Patientenvertretung erhält ein temporäres Vetorecht im Beschlussgremium des gemeinsamen Bundesausschusses. Damit kann die Patientenvertretung eine Beschlussfassung einmalig verhindern und eine weitere Beratung der Thematik bewirken. Eine weitere Ablehnung führt nicht zu einer weiteren Hemmung des Beschlusses, es sei denn, der Beschlussgegenstand wurde maßgeblich geändert. Das Votum ist einheitlich abzugeben.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK befürwortet die Klarstellung, nach der Sitzungen des Gemeinsamen Bundesausschusses auch in digitaler oder hybrider Form durchgeführt werden können. Dies ist eine konsequente Umsetzung der gelebten Praxis und erleichtert die Koordination der Arbeit des G-BA. Der VdK präferiert jedoch eine präzisere Formulierung, nach der bei der

Durchführung von Sitzungen auch auf die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen eingegangen werden muss, vgl. Absatz 2.4.

Der VdK bewertet das gesetzliche Mitberatungsrecht der Berufsverbände der Pflegeberufe sowie die erweiterte Beteiligung der Hebammenverbände und der wissenschaftlichen Fachgesellschaften dem Grunde nach positiv. Gerade bei Leistungen, die klassischer Weise durch Pflegekräfte oder Hebammen erbracht werden, kann die Positionierung dieser Verbände hilfreich sein, um eine sachgerechte Regelung in den Richtlinien des G-BA zu erreichen. Ebenso haben wissenschaftliche Fachgesellschaften oft eine ergänzende Sichtweise, die von der zu häufig rein interessengesteuerten Position der G-BA-Träger abweicht.

Im Sinne der Patientensicherheit ist es wichtig, dass die Mitglieder des G-BA als Entscheidungsträger durch ausgewiesene Arzneimittelexperten in den Fragen rund um das Arzneimittelwesen sowie der Pharmakologie und Arzneimitteltherapie beraten werden. Daher ist es grundsätzlich zu begrüßen, dass die AkdÄ als Gremium mit einer gewissen Fachexpertise dem G-BA beratend zur Seite stehen soll.

Bei der fachlich umfänglichen Beratung des G-BA sollte nach Ansicht des VdK ein Fachgremium unterstützen, in dem neben Ärzten auch Apotheker in angemessenem Umfang vertreten sind. Dies ist beispielsweise bei der Arzneimittelkommission der Apotheker (AMK) der Fall. In dem aktuellen Entwurf wird die Meinung der Pharmazeuten und Apotheker, also den ausgewiesenen Arzneimittelexperten im Gesundheitssystem, nicht ausreichend berücksichtigt, da sie unter den ordentlichen Mitglieder der AkdÄ nicht vertreten sind. Die Stimme der wenigen Apotheker, die außerordentliche Mitglieder der AkdÄ sind, sind aufgrund der schieren Größe der AkdÄ zu vernachlässigen.

Es wäre daher zu begrüßen, wenn die Organisationen der Pharmazeuten und Apotheker als ausgewiesene Arzneimittelexperten und Experten der pharmazeutischen Wissenschaften, stärker in die Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses eingebunden werden, da offensichtlich ein großer Bedarf an fachkundiger Beratung im Bereich der Arzneimitteltherapie besteht.

Der VdK befürwortet die Ausweitung der Stellungnahme-Rechte der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Die Patientinnen und Patienten können durch eine Ausweitung der wissenschaftlichen Expertise nur profitieren.

Der VdK lehnt das beabsichtigte Recht der Patientenvertretung im G-BA zum Aufschieben einer Plenumsentscheidung als nicht weitreichend genug ab. Der VdK fordert einerseits ein volles Stimmrecht der Patientenvertretung im G-BA mit wenigstens den Stimmen der GKV-Seit. Erst dann haben die Stimme und Sichtweise der Patientinnen und Patienten bei den Entscheidungen über die Richtlinien das nötige Gewicht. Dies ist erforderlich, da die Selbstverwaltungspartner ihre Interessen im G-BA vertreten, die Interessen der Patienten aber keine gleichwertige Stimme haben. Das sollte bei den Richtlinien, die die Einzelheiten der GKV-Leistungen regeln und damit den Leistungskatalog der GKV maßgeblich bestimmen, aber der Fall sein. Diesem Stimmrecht mit vollwertiger Stimmanzahl entspricht die beabsichtigte Regelung nicht.

Andererseits enthält der Gesetzentwurf auch keine Stärkung der Patientenvertretung allgemein. Eine solche Stärkung ist für die Patientenvertretung, die zum großen Teil ehrenamtlich besetzt ist, dringend erforderlich um die Wahrnehmung des gesetzlichen

Mitberatungsrechts zu gewährleisten. Zu dieser Stärkung gehören insbesondere folgende Maßnahmen:

Die Patientenorganisationen müssen finanziell in die Lage versetzt werden, das gesetzliche Mitberatungsrecht durch hauptamtliche Mitarbeiter wahrzunehmen. Das ist notwendig, um mit den rein hauptamtlich in hoher Zahl besetzten Selbstverwaltungspartnern in den Beratungen mithalten und Waffengleichheit herzustellen. Der VdK würde so eine finanzielle Unterstützung nicht in Anspruch nehmen, um seine finanzielle Unabhängigkeit nicht in Frage zu stellen. Für viele ehrenamtlich organisierte Patientenorganisationen ist diese Unterstützung allerdings erforderlich.

Die Koordinierungsstelle für die Benennungsverfahren der Patientenvertreterinnen und -vertreter muss sicher finanziert werden. Die geschieht seit einiger Zeit über eine neue Regelung in § 140f Abs. 8 SGB V. Die Patientenorganisationen werden die gesammelten Erfahrungen mit dieser Finanzierungsform zeitnah auswerten und auf Funktionalität prüfen.

Das Personal der Stabsstelle Patientenbeteiligung muss aufgestockt werden, um vor allem die inhaltlich und zeitlich enormen Abstimmungsaufwände im Bereich der Qualitätssicherung, der Beteiligungsprozesse bei Stellungnahmen aus dem G-BA-Geschehen gegenüber dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und dem Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), für die Unterstützung in Fragen der Methodenbewertung und bei Entscheidungsvorgängen zu Arzneimitteln angemessen unterstützen zu können. Mittelfristig muss die Stabsstelle an die personelle Ausstattung des G-BA angepasst werden und auf zehn Prozent des Fachpersonals anwachsen.

Die Sprecherinnen und Sprecher der Patientenvertretung in den Unterausschüssen des G-BA müssen personell unterstützt und besser finanziell entschädigt werden. Die Sprecherinnen und Sprecher nehmen eine zentrale Rolle für das gesetzliche Mitberatungsrecht ein. Sie müssen nicht nur inhaltlich zahlreiche Beratungsvorgänge steuern, allein schon die Koordinierung für die Besetzung der Arbeitsgruppen mit Patientenvertretern und der Inhalte bedarf eines hohen Zeitaufwandes. Dafür muss es mehr Unterstützung und Entschädigung geben.

Zu weiteren Einzelheiten zur Stärkung der Patientenvertretung verweist der VdK auf das Forderungspapier der Patientenvertretung „Stärkung der Patientenbeteiligung und -vertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss“ vom Juli 2023, das Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach Ende September 2023 zugesandt wurde.

Diese genannten und weitere Maßnahmen sind erforderlich für die Wahrnehmung des gesetzlichen Mitberatungsrechts der Patientenvertretung und Voraussetzung für ein weitergehendes Stimmrecht. Dass der Gesetzentwurf überhaupt keine Maßnahmen in dieser Richtung vorsieht, kritisiert der Sozialverband VdK in seiner Rolle als maßgebliche Patientenorganisation scharf und muss daher die beabsichtigte Regelung ablehnen.

2.8. Regulierung von Medizinischen Versorgungszentren (§§ 95 Abs. 2, 96 Abs. 2a SGB V-E)

Durch die Änderungen soll eine Erleichterung der Zulassungsvoraussetzungen für MVZ in der Rechtsform der GmbH insbesondere für Kommunen erreicht werden. Aus kommunalrechtlichen Gründen haben die bisherigen Regelungen die Gründung von

kommunalen MVZ erschwert. Die erleichterten Regelungen gelten dabei jedoch auch für nicht-kommunale MVZ.

Gleichzeitig sollen die bundesweiten Regelungen zur Zulassung von MVZ und den damit verbundenen notwendigen Sicherheitsleistungen angepasst und harmonisiert werden. In den Zulassungsausschüssen nach § 96 SGB V erhalten die obersten Landesbehörden ein Mitentscheidungsrecht. So werden die Länder in die Lage versetzt, ihre versorgungsrelevanten Erkenntnisse in den Zulassungsausschüssen verbindlich zur Geltung zu bringen und beispielsweise zum Abbau von Überversorgung beizutragen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK unterstützt das Ziel, die Gründung von MVZ durch Kommunen zu stärken. MVZ sind ein wichtiger Teil der ambulanten Versorgung geworden. Gleichzeitig sind MVZ in kommunaler Hand wegen der fehlenden Gewinnausrichtung eine geeignete Form für eine Gesundheitsversorgung im Sinne der Daseinsvorsorge. Ob aber die vorgesehene Begrenzung der Sicherheitsleistung für GmbHs dafür ausreicht, stellt der VdK in Frage.

Weiterhin reichen die vorgesehenen Maßnahmen nicht aus, um Fehlentwicklungen durch sogenannte investorengetragene MVZ zu vermeiden.

Ebenso wie bei der Krankenhausvergütung darf auch in der ambulanten Versorgung Gewinnerorientierung nicht zu einer Fehlversorgung der Patientinnen und Patienten führen. Der VdK lehnt deshalb investorengetragene Arztpraxen und MVZ grundsätzlich ab und fordert eine starke Regulierung dieser Versorgungsformen. Dazu gehören zum Beispiel die gesetzlichen Voraussetzungen um ein MVZ-Transparenzregister einzuführen, die Eignung von MVZ durch die Zulassungsausschüsse zu prüfen, MVZ an eine Region zu binden und eine ärztliche Besetzung der Träger durchzusetzen. Der VdK sieht dabei nicht Honorarfragen im Vergleich zu anderen MVZ oder Arztpraxen im Mittelpunkt, sondern konkrete Anzeichen für nicht notwendige Behandlungen zum Beispiel durch überflüssige Katarakt-Operationen in MVZ der Augenheilkunde, die es bei anderen Augenärzten nicht gibt.

Der VdK spricht sich darüber hinaus für ein Fremdbesitzverbot von Arztpraxen aus, wie es bei Apotheken bereits berufliche Praxis ist. Die ärztliche Approbation muss Voraussetzung für das Erteilen einer Betriebserlaubnis für Arztpraxen und MVZ sein. Von diesem Fremdbesitzverbot muss die Eröffnung von MVZ oder Praxen durch Kommunen unberührt bleiben.

Aus dem Entschließungsantrag des Bundesrats hält der VdK darüber hinaus für prüfenswert:

- Die Streichung von „Konzeptbewerbungen“, d. h. die Bewerbung eines MVZ ohne Benennung eines konkreten Arztes.
- Eine neue gesetzliche Grundlage zur Übertragung von Vertragsarztsitzen zur Niederlassung durch Kassenärztliche Vereinigungen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben den Auftrag für die ambulante Versorgung und hätten dadurch die Chance, diesen Auftrag direkt und ohne Umwege umzusetzen.
- Eine gestärkte ärztliche Leitung der MVZ durch einen zusätzlichen Schutz vor Abberufung oder Kündigung, Vorlagepflicht der Verträge mit der ärztlichen Leistung zur Prüfung durch den Zulassungsausschuss, ob die ärztliche Entscheidungsfreiheit

eingeschränkt wird. Gerade dadurch mag die rein betriebswirtschaftliche Sichtweise eines Investors durch die medizinische Sichtweise des Arztes zurückgedrängt werden.

Darüber hinaus fordert der VdK, dass die vorgesehenen erweiterten Kompetenzen der Länder sich auch auf die Zulassung von MZEB beziehen. Hier sollte eine Klarstellung durch den Gesetzgeber erfolgen.

2.9. § 101 SGB V-E – Überversorgung

Es wird eine neue bedarfsplanungsrechtliche Arztgruppe gebildet. Diese umfasst psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln. Die gesonderte Beplanung dieser Arztgruppe soll zukünftig eine zielgenauere Steuerung der Niederlassungsmöglichkeiten ermöglichen, um den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung für Kinder und Jugendliche flächendeckend zu verbessern.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK befürwortet den Ausbau der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen ausdrücklich.

2.10. § 197a SGB V-E – Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Es wird sichergestellt, dass bei den Landesverbänden der Krankenkassen durchgängig Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen eingerichtet werden. Die Stellen sollen sich auf die Bekämpfung von Fehlverhalten der Leistungserbringer fokussieren. Bisher sind die Krankenkassen und ihre Landesverbände unterschiedlich stark im Bereich der Fehlverhaltensbekämpfung engagiert. Diese Arbeit soll nun harmonisiert werden.

Zudem sollen positive Erfahrungen, die während der COVID-19-Pandemie gemacht wurden, in das aktuelle System überführt werden: Die Gesundheitsämter, Heimaufsichten und die nach Landesrecht zuständigen Gesundheitsbehörden sollen in die organisationsübergreifende Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen eingebunden werden.

Sofern bei der Überprüfung personenbezogene Daten von Versicherten betroffen sind, sind diese zu anonymisieren. Diese sind nur dann zu verwenden, wenn ihre Verarbeitung für den Zweck der Übermittlung erforderlich ist. Von einer Anonymisierung darf nur dann abgesehen werden, wenn Hinweise auf eine Mitwirkung des Patienten beim Abrechnungsbetrug vorliegen.

Um die Daten auf Muster hin zu analysieren, die auf ein Fehlverhalten hindeuten, können anonymisierte Daten auch zentral gespeichert und analysiert werden. Der Versichertenbezug ist für diese Art der Analyse zu entfernen. Für die Analyse soll auch ein KI-gestütztes Verfahren ermöglicht werden.

Der GKV SV wird beauftragt, dem BMG ein Konzept zum Aufbau einer zentralen bundesweiten Datenbank (Betrugspräventionsdatenbank) vorzulegen, die den Krankenkassen Hinweise über

Sachverhalte oder Auffälligkeiten gibt, die auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen hindeuten. Hierzu ist ein externes Gutachten vorzulegen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt die Ausweitung der Fehlverhaltensbekämpfung bei den Krankenkassen. Die Verwendung von KI kann hier ein probates Mittel sein, um Zusammenhänge schneller und besser zu beleuchten. Uns ist wichtig, dass dabei die allgemein geltenden Datenschutzstandards eingehalten werden und die Rechte der Patientinnen und Patienten, der Verarbeitung der eigenen Daten mittels KI ggf. zu widersprechen, geachtet werden.

2.11. § 217f SGB V-E – Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

Der GKV-SV trifft Entscheidungen zur Organisation des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs der Krankenkassen und erlässt hierfür insbesondere Rahmenrichtlinien für den Aufbau und die Durchführung eines zielorientierten Benchmarkings der Leistungs- und Qualitätsdaten. Zukünftig wird der GKV-SV in diesem Bereich Richtlinien erlassen, die keiner weiteren Konkretisierung bedürfen. Dies gilt auch für den Bereich der Pflegekassen nach SGB XI. Die Richtlinien sind dem BMG zur Genehmigung vorzulegen.

Die Richtlinie hat GKV-weit geltende Vorgaben für eine einheitliche Erhebung und Veröffentlichung relevanter Kennzahlen zur Leistungstransparenz und zur Servicequalität der einzelnen Krankenkassen festzulegen. Dabei muss sichergestellt sein, dass die Vorgaben einheitlich sind und keiner Auslegung der einzelnen Krankenkassen bedürfen. Es sollen insbesondere Entscheidungen über Anträge aufgenommen werden, in denen die Versicherungen einen Entscheidungsspielraum haben. Dies ist insbesondere im Bereich der Hilfsmittel, Rehabilitation und dem Zahnersatz der Fall. Es sind Angaben über die durchschnittliche Bearbeitungsdauer der Anträge, sowie die Anzahl der Widersprüche der Versicherten und deren Erfolge zu machen. Die Anzahl der Widersprüche ist ins Verhältnis zu den insgesamt gestellten Leistungsanträgen zu setzen.

Ziel ist es, für die Versicherten der Krankenkassen, aber auch für die interessierte Öffentlichkeit, mehr Transparenz darüber zu schaffen, wie die Krankenkassen ihre Aufgabe, die Versicherten im Krankheitsfall durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu unterstützen, erfüllen. Eine der Kernaufgaben der GKV ist es, rechtsverbindliche Entscheidungen über die Leistungsanträge ihrer Versicherten zu treffen, die für deren gesundheitliche Versorgung von großer Bedeutung sind. Gleichzeitig sind die Krankenkassen verpflichtet, mit den Beiträgen der Versichertengemeinschaft wirtschaftlich umzugehen, Leistungsanträge bezogen auf den individuellen bedarf hin zu überprüfen und eine sachgerechte Entscheidung zu treffen. Die Versicherten sind dabei nach Aussage des BMG auf die Beratung der Versicherungen oder eine unabhängige Beratungsstelle angewiesen.

Eine weitere Zentrale Aufgabe der Krankenversicherungen ist es, die Versicherten in ihrer gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung durch Aufklärung und Beratung zu fördern. Voraussetzung hierfür ist eine hohe Qualität der entsprechenden Beratungs- und Unterstützungsangebote und die fachliche Qualität der Beratenden, die sichergestellt werden

muss. Es sind Kennzahlen über die Qualität der Beratungs- und Unterstützungsangebote festzulegen.

Es sind verbindliche Vorgaben zur Transparenz über die Qualität des Beschwerdemanagements festzulegen. Dies beinhaltet auch die Ergebnisse von Beschwerden und ihrer Bearbeitung.

Ebenfalls sind Angaben über die Beratungs- und Unterstützungsangebote, die die Krankenkassen ihren Versicherten zur Förderung der Patientensicherheit zur Verfügung stellen, zu erfassen. Besonders zu erfassen sind die Beratungsangebote bei Behandlungsfehlern.

Da die Digitalisierung ein besonders wichtiges Thema im deutschen Gesundheitssystem ist, soll anhand ausgewählter Indikatoren der Erfolg der Krankenkassen bei der Umsetzung der gesetzlichen Verpflichtungen transparent gemacht werden.

Sollte der GKV-SV die Richtlinie nicht in der geforderten Zeit von sechs Monaten umsetzen, kann das BMG diesbezüglich eine Rechtsverordnung zur Umsetzung erlassen.

Die Veröffentlichung der Daten hat erstmals für das Jahr 2025 zu erfolgen. Die Plattform der Veröffentlichung soll transparent, nutzerfreundlich und barrierefrei sein. Den Versicherten sollen die Informationen so schnell und barrierefrei zur Verfügung gestellt werden. Eine jährliche Überprüfung der Richtlinie ist vorgesehen. Die Richtlinie ist durch einen externen Gutachter zu evaluieren.

Die Regelungen sind in ähnlicher Weise auch auf die Pflegekassen nach SGB XI zu übertragen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK lehnt den Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen ab: Es gibt keinen einzigen Nachweis, dass der Krankenkassen-Wettbewerb zu einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung geführt hat. Es gibt zwar Versichertenbefragungen, diese sind aber nicht mit über Studien gewonnenen Nachweisen vergleichbar.

Im Gegenzug berichten Mitglieder mit Behinderungen und einem dauerhaften Hilfsmittelbedarf davon, dass sie die Krankenkasse faktisch gar nicht wechseln können. Denn die Bewilligung des gleichen Hilfsmittels durch die neue Krankenkasse ist nicht gesichert, bevor die alte Krankenkasse das Hilfsmittel zurückgefordert hat. Der VdK hat die Krankenkassen schon mit dieser Konstellation konfrontiert und Lösungen durch eine „Überleitungszusage“ oder andere Konstrukte angemahnt. Dies wurde einheitlich unter Verweis auf die Prüfung des individuellen Hilfsmittelbedarfs abgelehnt.

Wegen dieser grundsätzlichen Ablehnung des Krankenkassen-Wettbewerbs kann der VdK der Vergleichsplattform aus grundsätzlichen Überlegungen nicht zustimmen. Bis zur Umsetzung der VdK-Forderung stellt der VdK fest, dass ein vereinfachter Vergleich zwischen den Krankenkassen den Versicherten nützlich sein kann. Der VdK begrüßt dabei insbesondere die beabsichtigte Veröffentlichung der Anzahl der Widersprüche und der Klagen sowie der durchschnittlichen Bearbeitungsdauer in den Leistungsbereichen. Dies ist für Versicherte, die regelmäßig zum Beispiel auf eine Hilfsmittelversorgung angewiesen sind, nützlich, wenn sie das Verhalten einer Krankenkasse in Bezug auf diese Versorgung bemessen können.

Es muss jedoch darauf geachtet werden, dass keine Doppelstrukturen oder Doppelerfassungen mit den Kennzahlen, die an die Bundesarbeitsgemeinschaft zur Rehabilitation (BAR) für den Teilhabeverfahrensbericht nach dem SGB IX geliefert werden müssen, aufgebaut werden. Das GVSG sollte dahingehend ergänzt werden, dass bei der Festlegung der einheitlichen Erhebung, die BAR zwingend mit einzubeziehen ist, damit eine Parallelisierung der Daten gewährleistet ist.

Zudem Sollte eine Kennziffer eingeführt werden, die die Belange von Menschen mit Behinderungen in besonderer Weise erfasst.

2.12. § 226 SGB V-E – Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtiger Beschäftigter

Derzeit entfällt die Beitragsfreiheit der Waisenrente oder entsprechender Hinterbliebenenversorgungsleistungen mit der vorrangigen Versicherungspflicht im Beschäftigungsverhältnis. Dies betrifft auch diejenigen, die eine Waisenrente oder eine ähnliche Versorgungsleistung erhalten und einen Freiwilligendienst (FSJ o. ä.) nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz absolvieren. Daher entfällt auf das gewährte Taschengeld der Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung.

Zukünftig soll die Waisenrente oder entsprechende Hinterbliebenenversorgungsleistungen auch während der Ableistung eines FSJ o. Ä. beitragsfrei gestellt werden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt, dass junge Menschen, die ein FSJ ableisten und sich damit freiwillig für die Gesellschaft engagieren, gleichzeitig aber eine Waisenrente oder entsprechende Hinterbliebenen-Versorgungsleistungen erhalten, finanziell entlastet werden sollen und auch während der Ableistung eines FSJ innerhalb der Altersgrenzen in der GKV und sozialen Pflegeversicherung beitragsfrei gestellt werden.

2.13. § 274 SGB V-E – Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung

Um die Finanzkontrolle im Gesundheitsbereich zu stärken, wird dem Bundesrechnungshof ein Prüfrecht auch gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und deren Bundesvereinigungen (KBV bzw. KzBV), dem Medizinischen Dienst Bund (MD), sowie dem G-BA eingeräumt, da diese mittelbare Empfänger von Bundesmitteln aus dem Gesundheitsfonds sind. So soll eine umfassende Prüfung hinsichtlich der Verwendung von Bundesmitteln gewährleistet werden. Das Ziel ist eine sachgerechte und unabhängige Finanzkontrolle über die genannten Institutionen.

Es handelt sich um eine Rückkehr zum Rechtsstand vor 2020.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Besonders begrüßen wir, die Erweiterung der Befugnisse des Bundesrechnungshofes, sodass dieser zukünftig auch Krankenversicherungen, die KVen, den Medizinischen Dienst und den G-BA überprüfen kann.

3. Fehlende und gestrichene Regelungen

3.1. Gesundheitskioske

Der VdK bedauert, dass das niederschwellige Beratungsangebot durch die Gesundheitskioske nicht mehr Bestandteil des GVSG ist.

Durch die Gesundheitskioske hätten Menschen erreicht werden können, die sich im deutschen Gesundheitswesen nicht auskennen. Durch den nahen örtlichen Bezug der Gesundheitskioske an die Lebenswirklichkeit der Menschen ist es einfach, diesen Hilfestellungen im Labyrinth des Gesundheitswesens, wie es sich für Laien häufig darstellt, zu geben. Die bisher bereits in Form von Modellprojekten etablierten Gesundheitskioske müssen verstetigt werden.

Bei einer sinnvollen und nachhaltigen Implementierung des Systems der Gesundheitskioske kann dieses zudem zu einer Entlastung der Rettungsstellen und Notaufnahmen beitragen und so die Behandlungskosten der GKV drastisch senken.

Als Alternative schlägt der VdK vor, dass die Leistungen, die die Gesundheitskioske hätten erbringen können, durch Apotheken, Hausarztpraxen oder den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) übernommen werden. In jedem Fall ist eine dringende Regelungsnotwendigkeit in diesem Fall gegeben.

3.2. Homöopathische und Anthroposophische Leistungen

Da für die Wirksamkeit homöopathischer und anthroposophischer Mittel und Leistungen keine hinreichende wissenschaftliche Evidenz vorliegt, wird die Nutzung dieser Leistungen ausschließlich aus einer eigenverantwortlichen Entscheidung der Versicherten zur Finanzierung dieser Leistungen beruhen und nicht durch die Solidargemeinschaft der Versicherten finanziert – das war zumindest der Plan des ersten vorliegenden Entwurfes zum GVSG. Die Streichung der Homöopathie und Anthroposophie als mögliche Kassenleistung ist nicht mehr Teil des Entwurfes des Bundesministeriums für Gesundheit.

Es ist kein wissenschaftlicher Evidenznachweis für diese Leistungen erbracht, was dem Wirtschaftlichkeitsgebot der Krankenkassen nach dem SGB V widerspricht. Das eingesparte Geld kann viel sinnvoller eingesetzt werden, beispielsweise, indem Maßnahmen mit nachgewiesener Evidenz stärker subventioniert werden. Die Seehilfe sei hier als passendes Beispiel genannt.

3.3. Heilmittel

Das Gesundheitssystem ist geprägt von einem Fachkräftemangel. Daher ist eine interprofessionelle Arbeit im Gesundheitssystem wichtiger denn je. Aus diesem Grund weißt

der VdK darauf hin, dass die Blankverordnung im Bereich der Heilmittelerbringung nach § 125a SGB V stärker als bisher genutzt werden sollten.

Bei den Heilmittelerbringern handelt es sich um ausgewiesene Experten in ihrem Behandlungsgebiet, weshalb eine genaue ärztliche Beschreibung der notwendigen Behandlung nicht notwendig ist.

Bisher kommt es auf Grund der andauernden Vertragsverhandlungen zwischen GKV und Leistungserbringern noch viel zu selten zu Blankverordnungen durch die zuständigen (Fach-) Ärzte.

Des Weiteren weist der VdK auf die Ungerechtigkeit der Zuzahlungsregelungen bei der Verordnung von Heilmitteln hin. Patienten müssen nicht nur 10 € für eine Verordnung eines Heilmittels zuzahlen, sondern auch 10 Prozent der Therapiekosten tragen. Die so anfallenden Kosten können sich so pro Therapiezyklus auf bis zu 360 Euro belaufen. Dies stellt eine enorme Belastung für die Patientinnen und Patienten dar.

Der VdK fordert daher, die Zuzahlung zu Heilmitteln pauschal auf 10 Euro zu begrenzen, wie es bereits bei Arzneimitteln der Fall ist.