

STELLUNGNAHME
BKK DACHVERBAND E.V.

vom 29.04.2024

**zum Referentenentwurf eines Gesetzes
zur Stärkung der Gesundheitsversorgung
in der Kommune (Gesundheitsversor-
gungsstärkungsgesetz – GVSG)**

Inhaltsverzeichnis

I. VORBEMERKUNG	3
II. DETAILKOMMENTIERUNG	5
Zugang für privat versicherte Rentner zur GKV beschränken (§ 10 Abs. 1 SGB V)___	5
Hilfsmittelversorgung entbürokratisieren (§ 33 Abs. 5c neu SGB V)_____	5
Boni für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) (§ 65a Abs. 1 SGB V)_____	6
Jährliche Versorgungspauschale für Chroniker (§ 87 Abs. 2b Sätze 5 ff neu SGB V)___	7
Einführung einer hausärztlichen Vorhaltepauschale (§ 87 SGB V)_____	7
Entbudgetierung Hausärzte (§ 87a SGB V)_____	8
Zulassungsausschüsse (§ 96 SGB V)_____	9
Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (§ 101 Abs. 4, 4a neu SGB V)_____	10
Strukturfonds zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung (§ 105 Absatz 1a Satz 5 neu SGB V)_____	10
Bagatellgrenze Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztl. verordnete Leistungen (§ 106b Abs. 2 Satz 2 SGB V)_____	10
Exklusives Vetorecht der Patientenvertretung im G-BA (§ 140 Absatz 2 SGB V)	13
Qualitätstransparenz (§ 217f Abs. 4 neu SGB V)_____	13
Beitragsfreiheit Waisenrente bei Freiwilligendienst (§ 226 Abs. 6 neu SGB V)_____	14
Maßnahmen zur Qualitätstransparenz auch für die Pflegeberatung und die Pflegekurse (§ 53 SGB XI)_____	15
III. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF	17
Prüfung der Wirtschaftlichkeit durch die Landesverbände der Krankenkassen (§ 132a Abs. 1 Nr. 7 SGB V)_____	17
Zugriff der Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen auf das Beschäftigtenverzeichnis in der Pflege (§ 293 Abs. 8 SGB V)_____	17

I. VORBEMERKUNG

An die angekündigten Versorgungsgesetze knüpften sich viele Hoffnungen: auf einen besseren Zugang zur ambulanten Versorgung, auf mehr Orientierung im Dschungel Gesundheitswesen, auf eine Vernetzung verschiedener Angebote vor Ort, auf eine Aufwertung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe und eine bessere Kooperation der unterschiedlichen Professionen im Gesundheitswesen sowie auf eine Überwindung der Sektorengrenzen zwischen ambulant und stationär, zwischen Gesundheit und Pflege.

Mit diesem Entwurf liegt uns inzwischen der mindestens dritte Referentenentwurf vor, und er erfüllt keine einzige dieser Hoffnungen. Das Gesetz verdient seinen Namen nicht, da es weder innovative Ansätze zur Verbesserung der Versorgung enthält, noch eine Vernetzung mit kommunalen Angeboten herstellt.

Die vorigen Entwürfe enthielten immerhin noch Ansätze für Primärversorgungszentren und Gesundheitsregionen. Diese Punkte wurden nun aus dem Gesetz gestrichen, genauso wie die Gesundheitskioske und die Förderung von Medizinstudienplätzen durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Zwar begrüßt der BKK Dachverband die Streichung der Medizinstudienplätze und der Gesundheitskioske in der Form, wie sie im vorigen Referentenentwurf standen, da hier die Kosten für staatliche Aufgaben der GKV aufgebürdet werden sollten. Gleichwohl ist das, was nun noch im Gesetz steht, nicht dazu geeignet, auch nur eines der drängenden Probleme des Gesundheitswesens in der alternativen Gesellschaft zu lösen.

Geblichen ist, neben kleinen Verbesserungen wie der jährlichen Versorgungspauschale für Chroniker und einer eigenen Bedarfsplanung für Kinder und Jugendpsychotherapeuten, reine Klientelpolitik. Die Hausärzte sollen entbudgetiert werden und eine Vorhaltepauschale erhalten. Zusätzlich soll eine Mindestbagatellgrenze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen eingeführt werden. Keine dieser Maßnahmen hat Potential zur Verbesserung der Versorgung, schon gar nicht in unterversorgten Regionen. Um den Arztberuf attraktiver zu machen, bräuchte es eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen, die Möglichkeit Familie und Beruf zu vereinbaren, im Angestelltenverhältnis zu arbeiten.

Die Entbudgetierung und die hausärztliche Vorhaltepauschale hingegen könnten im schlimmsten Fall zur Reduzierung des Angebots der Hausärzte und zu Rosinenpickerei, d.h. der Auswahl besonders lukrativer Fälle führen. Die Vorhaltepauschale wird auch deshalb abgelehnt, da die Vorhaltung bestimmter Strukturen und Angebote wie bspw. Haus-

besuche zum Versorgungsauftrag gehört und entsprechend bereits in der Vergütung enthalten ist. Die Mindestbagatellgrenze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen benachteiligt kleine Kassen und wird für die GKV viel Geld kosten. Wirtschaftlichkeitsprüfungen wirken grundsätzlich steuernd auf das Ordnungsverhalten der Leistungserbringer und leisten dadurch einen wertvollen Beitrag für eine wirtschaftliche Versorgung mit ärztlich verordneten Leistungen. Zudem sorgen sie dafür, dass auch wirklich nur ordnungsfähige Arzneimittel verordnet werden.

Abgesehen davon, dass dieses ziellose Ausschütten von GKV-Geldern echte Strukturformen, die so dringend nötig wären, konterkariert, halten wir die Kostenschätzungen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) sowohl für die Entbudgetierung als auch für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen für zu niedrig. Diese Regelungen werden die GKV teuer zu stehen kommen. Angesichts der Tatsache, dass schon ohne das GVSG und das KHVVG, ganz zu schweigen von weiteren geplanten Gesetzen, im nächsten Jahr der Beitragssatz zur GKV massiv steigen wird, ist das nicht zu verantworten. Zusätzliches Geld sollte nur für echte Strukturformen, die eine nachhaltige Verbesserung der Versorgung bringen, ausgegeben werden.

Positiv bewertet der BKK Dachverband eine Regelung, die die Krankenkassen betrifft. Es ist erfreulich, dass die Verbesserung der Transparenz über Service- und Leistungsqualität der Krankenkassen jetzt gesetzlich verankert wird. Es wäre wünschenswert, dass ergänzend auch die Ergebnisse von Kundenbefragungen Eingang in die Bewertung fänden.

II. DETAILKOMMENTIERUNG

Zugang für privat versicherte Rentner zur GKV beschränken (§ 10 Abs. 1 SGB V)

Für privat krankenversicherte Ehegatten/Lebenspartner im Rentenbezug, die temporär ihren Rentenbezug absenken (Teilrente), soll es nicht mehr möglich sein, sich in der Familienversicherung zu versichern, um dadurch Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu erhalten. Für die Soziale Pflegeversicherung (SPV) ist im SGB XI eine analoge Regelung vorgesehen.

Der BKK Dachverband begrüßt, dass die bestehende Gesetzeslücke für einen Zugang zur GKV und zur SPV für PKV-Rentnerinnen und Rentner (gezielte Wahl einer Teilrente für nur kurze Zeit) geschlossen wird.

Hilfsmittelversorgung entbürokratisieren (§ 33 Abs. 5c neu SGB V)

Um die Bewilligung zu beschleunigen, soll das Prüfprogramm der Kassen für solche Hilfsmittel eingeschränkt werden, die von Versicherten beantragt werden, die regelmäßig in einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) oder in einem Medizinischen Behandlungszentrum für Erwachsene mit Behinderungen (MZE) behandelt werden, sofern der behandelnde Arzt die Versorgung empfiehlt.

Die gesetzliche Regelung ist entbehrlich. Die sozialmedizinische Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD) dient auch der Sicherheit der Versicherten, insbesondere, wenn elektrische und elektronische Produkte ein gewisses Schadenspotential bergen und Produkte nicht auf ihre Sicherheit und Geeignetheit in der Anwendung geprüft werden können, da sie nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind oder gar keine Aussagen zu Wirkung und Wirkweisen getroffen werden können.

Sollte eine gesetzliche Regelung dennoch notwendig sein, empfehlen wir folgende Ergänzung zu § 33 Abs. 5c neu:

ÄNDERUNSVORSCHLAG

„Die Erforderlichkeit des beantragten und im Verzeichnis nach § 139 aufgenommenen Hilfsmittels wird vermutet, wenn sich der Antragsteller in regelmäßiger sozialpädiatrischer Behandlung in einem Sozialpädiatrischen Zentrum im Sinne des § 119 oder in einem medizinischen Behandlungszentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, das nach § 119c Absatz 1 ermächtigt wurde, befindet und die beantragte Hilfsmittelversorgung von dem dort tätigen behandelnden Arzt im Rahmen der Behandlung konkret schriftlich empfohlen worden ist.“

Boni für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) (§ 65a Abs. 1 SGB V)

Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung soll Versicherte künftig zum Erhalt eines Bonus in Höhe von mindestens 30 Euro berechtigen. Die Krankenkasse muss nachweisen, dass sich die Aufwendungen für die Boni nach spätestens drei Jahren durch Einsparungen und Effizienzsteigerungen durch die Teilnahme der Versicherten an der besonderen Versorgungsform refinanzieren lassen. Ist das nicht der Fall, dürfen keine weiteren Boni gewährt werden.

Die Wiedereinführung von Versicherten-Boni bei Teilnahme an der HzV ohne Sanktionspotential bei nicht vertragskonformer Inanspruchnahme (NVI) geht mit einem erheblichen Risiko für die GKV einher. Im Jahr 2022 wurden knapp 170 Mio. Euro für nichtvertragskonforme Inanspruchnahme (NVI) durch die GKV doppelt finanziert, Tendenz steigend. Gleichsam konnte bislang eine verbesserte Steuerungswirkung sowie eine Kostensenkung durch die HzV nicht flächendeckend nachgewiesen werden. Zusätzlich wird die Einführung von Boni für die Teilnahme bei 6 Mio. Versicherten, die derzeit in der HzV eingeschrieben sind, zu Mehrausgaben von mindestens 180 Mio. Euro führen.

Daneben wäre die Umsetzung eines Bonus-Systems mit erheblichen bürokratischen Aufwänden bei den Krankenkassen durch Kontrolle der vertragskonformen Inanspruchnahme, Satzungsänderungen und Evaluation verbunden. Die Bonuszahlungen müssten seitens der Versicherten zudem auch versteuert werden. Vor diesem Hintergrund wird die vorgeschlagene Änderung abgelehnt.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Streichung

Jährliche Versorgungspauschale für Chroniker (§ 87 Abs. 2b Sätze 5 ff neu SGB V)

Für Versicherte mit lang andauernden, lebensverändernden Erkrankungen, die einer kontinuierlichen Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel bedürfen, soll eine einmal jährlich abrechnungsfähige Versorgungspauschale eingeführt werden, die die Quartalspauschale ersetzt.

Die Einführung einer jährlichen Versorgungspauschale wird grundsätzlich begrüßt. Um finanzielle Mehrkosten zu vermeiden sollte eine finanzneutrale Umsetzung im Gesetz festgeschrieben werden

Die Einführung der Pauschale im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) erfordert umfangreiche Vorarbeiten und greift tief in die Kalkulationssystematik des EBM ein. Das zu entwickelnde Konzept sollte wohl durchdacht und bestenfalls vorher simuliert werden. Bürokratische Aufwände durch Prüfung und Rückforderungen bei Mehrfachabrechnungen sind einzubeziehen. Dies bedarf mehr Zeit, als die vorgesehenen 3 Monate, nach denen dem BMG das Konzept vorzulegen ist. Die Frist für die Konzepterstellung sollte dementsprechend auf 6 Monate nach Gesetzesverkündung festgelegt werden.

Eine ausführliche Evaluation wird ausdrücklich begrüßt. Um aussagekräftige Ergebnisse für eine Evaluation zu erhalten sollte mit der Einführung der Vorhaltepauschale eine Teilleistungsdokumentationspflicht (Anzahl der Arzt-Patienten-Kontakte, relevante diagnostische und therapeutische Leistungen) einhergehen. Da die Gefahr gesehen wird, dass Jahrespauschalen zu einer Patientenselektion hin zu wenig aufwendigen Chronikern kommen könnte, sollte die Evaluation dies zusätzlich prüfen

Einführung einer hausärztlichen Vorhaltepauschale (§ 87 SGB V)

Eine zusätzliche Vergütung zur Vorhaltung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen soll eingeführt werden. Der Bewertungsausschuss legt Kriterien für die Abrechenbarkeit der Vorhaltepauschale wie bspw. die Durchführung von Hausbesuchen fest.

Eine zusätzliche Finanzierung zur Vorhaltung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen durch eine Vorhaltepauschale wird

abgelehnt. Die Strukturen, die damit „belohnt“ werden sollen, gehören zum hausärztlichen Versorgungsauftrag, sind bereits jetzt vorzuhalten und auskömmlich finanziert. Darüber hinaus steht zu befürchten, dass eine solche Versorgungspauschale den Anreiz für Hausärztinnen und Hausärzte erhöht, die Arbeitszeit abzusenken und in Teilzeit zu gehen.

Denkbar wäre lediglich, die bestehende Vergütungsstruktur finanzneutral so anzupassen, dass eine gestufte Vergütung, je nach Erfüllung der vorliegenden Kriterien, sofern diese nicht schon gesondert über den EBM gefördert werden, erfolgen würde.

Entbudgetierung Hausärzte (§ 87a SGB V)

Die Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung sollen von mengenbegrenzenden oder honorarmindernden Maßnahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und der Honorarverteilung ausgenommen werden. Dies soll vergleichbar zum Leistungsbereich der Kinder- und Jugendmedizin geregelt werden. Krankenkassen werden zur Übernahme der Vergütung dieser Leistungen in voller Höhe nach den Preisen der Euro-Gebührenordnung verpflichtet.

Laut Honorarbericht der KBV lag die Auszahlungsquote von Hausärzten im Jahr 2022 bei 98,7%. Damit waren Hausärzte unterdurchschnittlich von Budgetierung betroffen. Gleichzeitig zeigte sich in der Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamtes ein Anstieg des Reinertrages von Allgemeinmediziner*innen im Jahr 2021 gegenüber 2019 um 17 Prozent auf 220.000 Euro

Die im Referentenentwurf enthaltene geschätzte Mehrbelastung durch die Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung (niedriger dreistelliger Millionenbetrag) beruht auf einer veralteten Schätzung, die eine Leistungsausweitung nicht einberechnet. Aufgrund der Erfahrung mit der Entbudgetierung der Kinder- und Jugendmedizin, bei der eine Leistungsausweitung bundesweit von ca. 7,5% beobachtet wurde, muss jedoch von einer deutlichen Leistungsausweitung und damit einer deutlichen Mehrbelastung der GKV von rund 1 Mrd. Euro jährlich ausgegangen werden.

Zudem zeigt das Beispiel der Entbudgetierung der Kinder- und Jugendärzte, dass das Ziel einer Versorgungsverbesserung durch leichteren Zugang nicht erreicht wurde, da es lediglich zu einem Anstieg der Fallkosten nicht aber zu einem Anstieg der Anzahl der behandelten Kinder kam.

Die geplante Maßnahme stellt eine Förderung nach dem Gießkannenprinzip dar und keine zielgerichtete Förderung unterversorgter Regionen. Zur Förderung flächendeckender Versorgungsstrukturen und ausreichender Niederlassung von Hausärzten insbesondere in versorgungsschwachen Region bedarf es zielgerichteter Maßnahmen.

Die Entbudgetierung wird damit sowohl mit Blick auf verfehlte Versorgungsverbesserung wie v.a. auf die unzumutbare Zusatzbelastung der Beitragszahler mit dem Risiko von Beitragserhöhungen abgelehnt.

Sofern an der Entbudgetierung dennoch festgehalten wird, sollten die vom GKV-Spitzenverband in seiner Stellungnahme eingebrachten fachlichen Korrekturvorschläge an den vorgesehenen Regelungen unbedingt umgesetzt werden.

Zulassungsausschüsse (§ 96 SGB V)

Die vorgeschlagene Regelung sieht vor, dass Landesbehörden bei Entscheidungen des Zulassungsausschusses ein Mitentscheidungsrecht eingeräumt werden soll. Das Informations- und Mitberatungsrecht soll ergänzt werden um das Recht Entscheidungen zu blockieren.

Durch die vorgeschlagene Regelung besteht die Gefahr, dass Entscheidungen des Zulassungsausschusses sich stark verzögern oder ggf. verhindert werden. Daneben steht das Risiko, dass die Erstellung von Bescheiden durch weitere Abstimmungsprozesse länger dauern und bürokratieaufwendiger werden. Zudem ist grundsätzlich nicht nachvollziehbar, warum den Landesbehörden, die keine Verantwortung in der ambulanten Versorgung tragen, solch umfassende Kompetenzen eingeräumt werden sollen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG:

Streichung

Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (§ 101 Abs. 4, 4a neu SGB V)

Die Kinder- und Jugendpsychotherapeuten werden bei der Bedarfsplanung aus der Gruppe der Psychotherapeuten gestrichen. Fortan sollen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten eine eigene Gruppe bilden, für die auch eine eigene Bedarfsplanung gilt. Stichtag für die Festsetzung des bedarfsgerechten Versorgungsgrads ist der 31.12.2023.

Eine getrennte Planung von Kinder- und Jugendpsychotherapeuten wird im Grundsatz begrüßt. Wichtig sind begleitende Regelungen für die Herauslösung der Kinder- und Jugendpsychotherapeuten aus der Gruppe der Psychotherapeuten, um einen unkontrollierten Aufwuchs von Niederlassungsmöglichkeiten für Psychotherapeuten in gut bis überversorgten Planungsregionen (insbesondere Ballungszentren) zu verhindern. Die Trennung sollte vorzugsweise zu Niederlassungsmöglichkeiten in strukturschwachen Räumen führen.

Strukturfonds zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung (§ 105 Absatz 1a Satz 5 neu SGB V)

Es wird klargestellt, dass keine Feststellung des Landesausschusses zur drohenden oder eingetretenen Unterversorgung nötig ist, um Mittel des Strukturfonds einzusetzen.

Der BKK Dachverband sieht kritisch, dass es keine Mitsprache der GKV über die Mittelverwendung gibt. Eine Förderung, die unabhängig von Unterversorgung ist, konterkariert Bestrebungen, die Versorgung gerade in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen zu stärken.

Bagatellgrenze Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztl. verordnete Leistungen (§ 106b Abs. 2 Satz 2 SGB V)

Bis zu einem Betrag von 300 Euro je Betriebsstättennummer, Krankenkasse und Quartal sollen künftig keine Wirtschaftlichkeitsprüfungen mehr durchgeführt werden.

Die Regelung wird in dieser Form abgelehnt. Sie benachteiligt kleinere Kassen und wird die GKV teuer zu stehen kommen. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist eine generelle

Anhebung der Prüfgrenzen abzulehnen und die Ausgestaltung ist weiterhin den Landesregionen zu überlassen.

Wirtschaftlichkeitsprüfungen wirken steuernd auf das Ordnungsverhalten der Leistungserbringer und leisten dadurch einen wertvollen Beitrag für eine wirtschaftliche Versorgung mit ärztlich verordneten Leistungen. In den letzten Jahren gab es erhebliche Erleichterungen bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung, die Ärztinnen und Ärzte bereits jetzt entlasten. Seit dem Jahr 2019 findet eine Differenzschadensberechnung statt. Ärztinnen und Ärzte müssen nicht mehr die gesamten Kosten erstatten, sondern nur noch die Differenz zwischen unwirtschaftlicher und wirtschaftlicher Leistung.

Ebenso gilt – neben der gesetzlichen Vorgabe von „Beratung vor Regress“ – in einigen Regionen der Grundsatz „Steuerung vor Prüfung“: Ärztinnen und Ärzte werden durch gezielte Maßnahmen zu einer wirtschaftlichen Ordnungsweise angeleitet. Sind die Steuerungsmaßnahmen nicht wirkungsvoll und es kommt zu einer unwirtschaftlichen Ordnungsweise, wird erst im Anschluss eine Wirtschaftlichkeitsprüfung eingeleitet.

Die bundesweit einheitliche Bagatellgrenze ist laut Gesetzgeber ein wichtiger Beitrag zur Entbürokratisierung. Dabei wird jedoch verkannt, dass Prüfanträge ihre Wirkungen nicht nur in dem beantragten Quartal entfalten. Sie haben einen wesentlichen präventiven Effekt (sowohl für betroffene Ärztinnen und Ärzten, als auch für die Ärzteschaft in Gänze) hin zu einer wirtschaftlichen Ordnungsweise und das rechtzeitige Erkennen von eventuellen Ordnungsfehlern. Mit einer deutlichen Anhebung der Bagatellgrenze entfallen erhebliche Steuerungsmöglichkeiten. Hinzu kommt, dass es kleineren Krankenkassen vielfach nicht möglich ist, die hohe Bagatellgrenze von 300 Euro im Quartal zu erreichen. Sie wären gänzlich von einer Prüfmöglichkeit von nicht wirtschaftlichen Ordnungen ausgeschlossen. Dies führt zu einer Benachteiligung kleinerer Betriebskrankenkassen und verhindert den gesetzlich vorgeschriebenen Auftrag der Erfüllung der Wirtschaftlichkeit nach § 12 SGB V. Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. An diese Maßgabe sind die Leistungserbringenden, Krankenkassen und Versicherten gebunden.

Daher sind von der geplanten Regelung zwingend unzulässige Ordnungen, die grundsätzlich von der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossen sind, auszunehmen. Hierzu gehören z. B. gesetzliche Ordnungs Ausschlüsse, als auch Ordnungs Ausschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschuss, z. B. in der Arzneimittel- oder Heilmittel-Richtlinie. Gleiches gilt für unzulässige off-label Ordnungen; sind die Arzneimittel nicht ausnahmsweise ordnungsfähig, darf der Arzt die Leistung nicht ordnen. In diesen Fällen darf die Bagatellgrenze keine Anwendung finden.

Der Gesetzgeber geht davon aus, dass 70 Prozent der bislang durchgeführten Prüfverfahren entfallen werden. Die Kostenschätzung von 3 Mio. Mehrausgaben scheint deutlich unterschätzt. Der BKK Dachverband hat alleine aus einer einzigen KV-Region eine Abschätzung in dieser Größenordnung erhalten. In den Schätzungen sind auch nicht die negativen Effekte der wegfallenden wirtschaftlichen Steuerung enthalten.

Sollte der Gesetzgeber an einer bundeseinheitlichen Bagatellgrenze festhalten, schlägt der BKK Dachverband eine Alternative vor, die dem Ziel der Reduktion von Prüfanträgen ebenfalls Rechnung trägt und auch kleinen Krankenkassen weiterhin Prüfanträge ermöglicht:

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

In § 106b Absatz 2 Satz 2 werden nach dem Wort „durchgeführt“ die Wörter

„und dass bis zu einem Betrag von 150 Euro je Betriebsstättennummer, Krankenkasse und Quartal, Einzelfallprüfungen nicht beantragt“

eingefügt.

Nach dem Wort „sollen“ die Wörter

„; ausgenommen von dieser Geringfügigkeitsgrenze sind unzulässige und damit von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossene Verordnungen.“

Nach Satz 2 wird eingefügt:

„Einzelfallprüfanträge werden auf eine Höchstanzahl begrenzt, die je Krankenkasse gemäß der Zahl der jeweiligen Versicherten nach der Statistik KM6 gilt; dazu vereinbaren die Vertragspartner in den regionalen Prüfvereinbarungen nach § 106 Abs.1 SGB V eine versichertenanzahlbezogene Prüfantragshöchstquote.“

Die Sätze 3 bis 6 werden zu den Sätzen 4 bis 7.

Exklusives Vetorecht der Patientenvertretung im G-BA (§ 140 Absatz 2 SGB V)

Ein exklusives „Vetorecht“ der Patientenvertretung ist in der Systematik des G-BA systemfremd. Die Folge ist, dass die Erstellung von Richtlinien mehr Zeit in Anspruch nehmen wird. Dies konterkariert Regelungen dieses Gesetzes, die eine Beschleunigung der Verfahren zum Ziel haben. Insofern regen wir eine Evaluation der „Vetoregelung“ in Bezug auf diesen Zielkonflikt an.

Qualitätstransparenz (§ 217f Abs. 4 neu SGB V)

Um die Transparenz über die Bewilligung von Leistungen durch Krankenkassen sowie über deren Servicequalität für Versicherte zu verbessern und damit weitere Kriterien zur Vergleichbarkeit der Krankenkassen zu schaffen, soll der GKV-SV binnen 6 Monaten nach Inkrafttreten des GVSG Richtlinien zur Organisation des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs der Krankenkassen erlassen. Das Bundesministerium für Gesundheit muss diese genehmigen.

Es soll mindestens Auskunft geben über die Anzahl von Leistungsanträgen sowie wie viele davon bewilligt und abgelehnt werden, die durchschnittliche Bearbeitungsdauer von Anträgen, die Anzahl der Widersprüche und erfolgreichen Widersprüchen (aus Sicht der Leistungsberechtigten), die durchschnittliche Bearbeitungsdauer von Widersprüchen, und die Anzahl der Klagen und erfolgreichen Klagen; alles differenziert nach Leistungsbereichen, und jeweils als Quote im Verhältnis zu den Anträgen, Widersprüchen und Klagen insgesamt.

Weiterhin soll Transparenz über die Qualität von Beratungs- und Unterstützungsangeboten der Krankenkassen, insbesondere zu Antragsprozess, Beschwerdemanagement, Förderung Patientensicherheit sowie über den Stand der Digitalisierung, insbesondere zur Ausstattung mit elektronischen Gesundheitskarten (eGK) mit kontaktloser Schnittstelle und persönlicher PIN, der Bereitstellung und Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) sowie der Bereitstellung und Nutzung digitaler Identitäten geschaffen werden.

Dazu sollen die Krankenkassen ihre Daten jährlich an den GKV-SV übermitteln. Dieser ermittelt aus den Kennzahlen den jeweiligen Mittelwert und die Spanne zwischen dem

höchsten und dem niedrigsten Wert. Die Daten zu den Kennzahlen sollen jährlich, erstmals für das Berichtsjahr 2025, auf einer digitalen, interaktiven Plattform durch den GKV-SV veröffentlicht werden.

Grundsätzlich begrüßen die Betriebskrankenkassen mehr Transparenz über das Leistungsgebaren und die Servicequalität der Krankenkassen. Eine Veröffentlichung von Qualitätskennzahlen in einer Form, die es den Versicherten erleichtert, die Kennzahlen der Kassen miteinander zu vergleichen, wird ebenso unterstützt wie die geforderte Ermittlung eines GKV-weiten Mittelwerts, da beides zu einer Erhöhung der Transparenz beiträgt. Aus Sicht des BKK Dachverbandes fehlt die Einbeziehung der Sicht der Versicherten, z.B. durch Befragungen.

Insgesamt ist der Zeitrahmen sehr eng gesteckt. Darüber hinaus ist zu beachten, dass Bearbeitungsdauern nicht mit der Dauer bis zur Leistungsentscheidung gleichgesetzt werden können, da Letzteres von vielen Faktoren abhängt (z.B. Vollständigkeit und Qualität der Anträge, Kooperationsbereitschaft von Ärzten bei Rückfragen, bei Vorlage beim Medizinischen Dienst Dauer des jeweiligen Rücklaufs usw.).

Zum Kriterium Stand der Digitalisierung ist anzumerken, dass sich mit der Umsetzung der Digitalgesetze diese Kennzahlen erübrigen sollten.

Auch sind die Betriebskrankenkassen der Ansicht, dass es keine, durch den GKV-SV zu betreibende gesonderte Plattform braucht, wenn die Daten in einer leicht vergleichbaren Form vorliegen. Als problematisch angesehen wird dabei die Rolle des GKV-SV, der – wenn er ein Vergleichsportal entwickelte – unmittelbar in den Kassenwettbewerb eingriffe.

Beitragsfreiheit Waisenrente bei Freiwilligendienst (§ 226 Abs. 6 neu SGB V)

Die Waisenrente oder entsprechende Hinterbliebenenversorgungsleistungen werden für Versicherte bis zum 25. Lebensjahr auch während der Ableistung eines Freiwilligendienstes beitragsfrei gestellt.

Im SGB XI ist eine analoge Regelung für die SPV vorgesehen.

Der BKK Dachverband begrüßt die Stärkung der Freiwilligendienste, indem Waisenrenten oder entsprechende Hinterbliebenenversorgungsleistungen auch während der Ableistung

eines Freiwilligendienstes innerhalb der Altersgrenzen nach § 10 Absatz 2 Nummer 3 SGB V in der GKV/SPV beitragsfrei gestellt werden.

Maßnahmen zur Qualitätstransparenz auch für die Pflegeberatung und die Pflegekurse (§ 53 SGB XI)

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll in Verbindung mit der zu erlassenden Richtlinie zur Qualitätstransparenz auch verbindliche Vorgaben für die einheitliche Erhebung und Veröffentlichung von Kennzahlen zur Durchführung und Inanspruchnahme der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, der Pflegekurse nach § 45 SGB XI und der digitalen Pflegekurse erlassen.

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist eine Übertragung der Transparenzkriterien auf die SPV nicht ohne weiteres möglich. Die Soziale Pflegeversicherung kennt in ihrer rechtlichen Konstruktion keinen Kassenwettbewerb. Insofern ist es systemisch auch nicht zulässig, einen solchen künstlich und auf der Grundlage der GKV-Konstruktion zu simulieren. Auch inhaltlich eignen sich die leistungsrechtlichen Anknüpfungspunkte (Pflegeberatung nach § 7a SGB XI/Pflegekurse nach § 45 SGB XI) hierfür nicht.

Am Beispiel: Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ist in ihrem Umfang insbesondere vom jeweiligen Pflegebedarf der pflegebedürftigen Person und deren Lebenssituation abhängig. Dies beeinflusst maßgeblich den Umfang bzw. Verlauf der Pflegeberatung, die zudem als Prozess angelegt ist. Daher dürften sich plausible bzw. vergleichbare und für Verbraucherinnen und Verbraucher nachvollziehbare Kriterien hier kaum herausarbeiten lassen. Zudem sieht das Gesetz vor, dass es den Pflegekassen gemäß § 7b SGB XI möglich ist, Beratungsgutscheine für externe unabhängige Beratungsdienstleister auszustellen, welche die Pflegeberatung zu Lasten der Pflegekassen erbringen. Auch dies dürfte die Vergleichbarkeit erschweren. Zudem ist zu konstatieren, dass die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI explizit auch von Pflegestützpunkten nach § 7c SGB XI erbracht wird. Hier stehen auch die zuständigen Träger der Sozialhilfe bzw. die nach Landesrecht bestimmten Stellen der Altenhilfe organisatorisch in der Verantwortung. Auch die jeweilige Zuständigkeit einzelner Pflegekassen für einen Pflegestützpunkt erfolgt nicht auf der Grundlage wettbewerblicher Kriterien, was in diesem Kontext auch kontraproduktiv wäre. Die nun neu getroffene Regelung ist deshalb nicht sinnstiftend.

Diese grundsätzliche Kritik betrifft die Pflegekurse nach § 45 SGB XI gleichermaßen. Zumal hier Angebote gemeinsam mit anderen Pflegekassen angeboten und durchgeführt werden bzw. der Anspruch für pflegende Angehörige regelhaft gewährt wird, wenn der Pflegekurs einer anderen Kasse in Anspruch genommen wird. Ein künstlich initiiertes Wettbewerbsverhältnis würde hier das Nutzerverhalten unnötig konterkarieren bzw. ad absurdum führen.

III. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF

Prüfung der Wirtschaftlichkeit durch die Landesverbände der Krankenkassen (§ 132a Abs. 1 Nr. 7 SGB V)

Um die Wirtschaftlichkeit im Rahmen der „Blanko-Verordnung“ durch Pflegefachpersonen zu sichern, muss den vertragsschließenden Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Kassen gesetzlich ermöglicht werden, Daten zum Ordnungsverhalten auf Landesebene zusammenzuführen und in diesem Sinn auszuwerten. Dieser Auffassung waren auch die Rahmenempfehlungspartner die in der Bundesrahmenempfehlung nach § 132a Abs. 1 SGB V in § 2a Abs. 2 (Fußnote) bekräftigten: „Die Partner der Rahmenempfehlungen beabsichtigen (...) die Überführung der Prüfungsbefugnis auf die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in ihrer Funktion als Vertragspartner nach § 132a Abs. 4 Satz 1 SGB V.“

In diesem Zusammenhang greifen die vorhandenen Instrumente der Fehlverhaltensbekämpfung (§ 197a SGB V) nicht, da auf Einzelkassenebene eben nicht verifizierbar ist, ob es sich um eine unverhältnismäßige Mengenausweitung oder in Bezug auf die Gesamt-GKV, um einen statistischen Ausreißer handelt. Dies hätte auch für die Leistungserbringer den Vorteil, im Sinne eines bürokratiearmen Procederes, von einem Kostenträger präzise und substantiiert angesprochen werden zu können.

Zugriff der Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen auf das Beschäftigtenverzeichnis in der Pflege (§ 293 Abs. 8 SGB V)

Mit den verhältnismäßig neuen Regelungen aus dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG) und dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) sind die Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen neben der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nun auch direkter Vertragspartner der Leistungserbringer in der häuslichen Krankenpflege (§ 132a Abs. 4 Satz 1) und der außerklinischen Intensivpflege (§ 132l Abs. 5 Satz 1 SGB V). Entsprechend § 293 Abs. 8 Satz 10 SGB V wird das Beschäftigtenverzeichnis jedoch nur an die Kranken- und Pflegekassen übermittelt.

Dies würde praktisch bedeuten, dass die Leistungserbringer und die Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen sämtliche Qualifikationsnachweise (z.B. im Rahmen der Zulassung, für eine Pflegedienstleitung bzw. deren Mitarbeiter) umständlich via „Papierkopie“ übermitteln müssten, während im Anschluss die Einzelkassen mit den Leistungserbringern vollständig (digitalisiert) auf Basis der Beschäftigtennummer abrechnen könnten.

Dieser Prozess kann unkompliziert verschlankt werden – so braucht es analog zum Verfahren bei den Kassen auch seitens der Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben im „Vertragsgeschäft“ einen Zugang zum Beschäftigtenverzeichnis. So können die vertragsschließenden Landesverbände z.B. die im Rahmen der Zulassung übermittelten Beschäftigtennummern unkompliziert in Bezug auf die Qualifikation gegenprüfen und insbesondere der Leistungserbringer hat keine Aufwände bzgl. eines separaten Qualifikationsnachweises. Dies vermeidet unnötige Bürokratie auf Seiten der Leistungserbringer und Landesverbände.