



BKK Dachverband e.V.

Mauerstraße 85

10117 Berlin

TEL (030) 2700403-200

FAX (030) 2700400-191

politik@bkk-dv.de

www.bkk-dachverband.de

STELLUNGNAHME BKK DACHVERBAND E.V.

vom 22.10.2024

**zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung
der Gesundheitsversorgung in der Kom-
mune (Gesundheitsversorgungsstär-
kungsgesetz – GVSG), Drs. 20/11853**

Inhaltsverzeichnis

I. VORBEMERKUNG	4
II. DETAILKOMMENTIERUNG	6
Zugang für privat versicherte Rentner zur GKV beschränken (§ 10 Abs. 1 SGB V)	6
Verzicht auf den Konsiliarbericht, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Überweisung eines Vertragsarztes erfolgt (§ 28 Abs. 3 SGB V)	6
Hilfsmittelversorgung entbürokratisieren (§ 33 Abs. 5c neu SGB V)	6
Jährliche Versorgungspauschale für Chroniker (§ 87 Abs. 2b Sätze 7 ff. neu SGB V)	7
Einführung einer hausärztlichen Vorhaltepauschale (§ 87 Abs. 2q neu SGB V)	8
Zuschläge Kinder- und Jugendmedizin (§ 87a Abs. 3 SGB V)	9
Entbudgetierung Hausärzte (§ 87a Abs. 3c neu SGB V)	9
Erleichterung der Zulassungsvoraussetzungen für MVZ (§ 95 Abs. 2 SGB V)	10
Überprüfung der Einhaltung der Versorgungsaufträge durch die KVen (§ 95 Abs. 3 SGB V)	11
Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (§ 101 Abs. 4, 4a neu SGB V)	14
Strukturfonds zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung (§ 105 Absatz 1a Satz 5 neu SGB V)	15
Bagatellgrenze Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlich verordneter Leistungen (§ 106b Abs. 2 Satz 2 SGB V)	15
Kooperationsvereinbarungen für MZEB zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung (§ 119c SGB V und § 31 Abs. 1 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)	18
Vergütung Weiterbildungsambulanzen für die Weiterbildung von Psychotherapeutinnen und -therapeuten (§ 120 Abs. 2 SGB V)	19
Erweiterung von datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (§ 197a Abs. 3 b Nr. 6 SGB V)	20

Kassenübergreifende Zusammenführung von Abrechnungsdaten (§197a Abs. 3 c SGB V (neu))	20
Exklusives Vetorecht der Patientenvertretung im G-BA (§ 140 Absatz 2 SGB V)	21
Qualitätstransparenz (§ 217f Abs. 4 neu SGB V)	21
Beitragsfreiheit Waisenrente bei Freiwilligendienst (§ 226 Abs. 6 neu SGB V)	24
Maßnahmen zur Qualitätstransparenz auch für die Pflegeberatung und die Pflegekurse (§ 53 SGB XI)	25
Zuständigkeit für Verordnungsänderungen bei der Arzneimittelpreisverordnung (§ 78 Arzneimittelgesetz)	26
III. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF	27
Klarstellung des Sicherstellungsauftrags der KVen (§ 73 SGB V)	27
Primärversorgungszentren	28
Gesundheitsregionen	29
Information der Mitglieder über eine Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes (§ 175 Abs. 4 Satz 7 SGB V)	37
Prüfung der Wirtschaftlichkeit durch die Landesverbände der Krankenkassen (§ 132a Abs. 1 Nr. 7 SGB V)	39
Zugriff der Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen auf das Beschäftigtenverzeichnis in der Pflege (§ 293 Abs. 8 SGB V)	39
Antrags- und Gutachterverfahren ambulante Psychotherapie Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte (§87 SGB V)	41
Terminserviceplattformen	42

I. VORBEMERKUNG

Die angekündigten Versorgungsgesetze haben große Erwartungen geweckt: hinsichtlich eines besseren Zugangs zur ambulanten Versorgung, einer verbesserten Orientierung im komplexen Gesundheitswesen, der Vernetzung unterschiedlicher Angebote vor Ort, der Stärkung nichtärztlicher Gesundheitsberufe sowie einer besseren interprofessionellen Zusammenarbeit und der Überwindung der Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie zwischen Gesundheit und Pflege.

Dieser Gesetzentwurf erfüllt jedoch keine dieser Erwartungen. Es fehlen grundlegende innovative Ansätze zur Verbesserung der Versorgung sowie eine angemessene Vernetzung mit kommunalen Angeboten. Die anfänglichen Referentenentwürfe enthielten noch Vorschläge zur strukturellen Veränderung in der Versorgung, von denen einige kritisch zu betrachten waren, wie etwa die flächendeckende Einführung von Gesundheitskiosken. Im Einzelfall und bei spürbarer Beteiligung der Kommune kann ein Gesundheitskiosk Sinn machen. Allerdings sollte man sehr genau hinsehen, ob er wirklich einen Mehrwert bietet. Sinnvolle Strukturveränderungen, wie Primärversorgungszentren oder Gesundheitsregionen, sind im aktuellen Entwurf nicht mehr enthalten. Richtig ist, dass Regelungen, die nicht zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehören, nicht weiterverfolgt wurden. Allerdings bietet das verbliebene Gesetz keine Lösungen für die drängenden Probleme im Gesundheitswesen einer alternden Gesellschaft.

Neben einigen kleineren Verbesserungen, wie der jährlichen Versorgungspauschale für chronisch Erkrankte sowie Verbesserungen beim Zugang zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung, bleibt die Politik stark klientelorientiert. So sollen Hausärztinnen und Hausärzte von Budgetierungen befreit werden, und eine Mindestgrenze für Bagatelfälle in Wirtschaftlichkeitsprüfungen soll gesetzlich festgeschrieben werden. Keine dieser Maßnahmen verspricht eine Verbesserung der Versorgung, insbesondere nicht in unversorgten Regionen. Um den Arztberuf attraktiver zu gestalten, bedarf es vielmehr besserer Arbeitsbedingungen und einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Zudem sollten mehr Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeit erhalten, im Angestelltenverhältnis zu arbeiten.

Es bedarf darüber hinaus einer verstärkten interdisziplinären Zusammenarbeit sowie einer Substitution ärztlicher Leistungen und eines besseren Zugangs zur ambulanten Versorgung. Versicherte müssen sich darauf verlassen können, diskriminierungsfrei und entsprechend der Dringlichkeit ihres Anliegens schnell und zuverlässig Termine zu erhalten.

Private Terminvermittler verfolgen andere Interessen. Deshalb plädieren die Betriebskrankenkassen für Regelungen, die vom GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung definiert werden, um einen diskriminierungsfreien Zugang zu Terminen sicherzustellen. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie andere Leistungserbringer müssen verpflichtet werden, ein bestimmtes Kontingent an Terminen zu melden, welche dann von den Krankenkassen oder den Kassenärztlichen Vereinigungen nach Dringlichkeitskriterien an die Versicherten vermittelt werden.

Die Entbudgetierung und die hausärztliche Vorhaltepauschale könnten im schlimmsten Fall zu einer Reduzierung des Angebots und zu selektiver Patientenwahl, also der Bevorzugung besonders lukrativer Fälle, führen. Die Mindestbagatellgrenze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen benachteiligt kleinere Krankenkassen und wird die GKV erheblich belasten. Wirtschaftlichkeitsprüfungen haben eine wichtige Steuerungsfunktion und tragen zu einer wirtschaftlichen Versorgung mit ärztlich verordneten Leistungen bei, indem sie sicherstellen, dass nur verordnungsfähige Arzneimittel verschrieben werden.

Das ungezielte Ausschütten von GKV-Geldern verhindert dringend notwendige Strukturreformen. Zudem halten wir die Kostenschätzungen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für die Entbudgetierung und die Wirtschaftlichkeitsprüfungen für zu niedrig. Diese Regelungen werden die GKV teuer zu stehen kommen. Angesichts der Tatsache, dass bereits ohne das GVSG und das KHVVG – von weiteren geplanten Gesetzen ganz zu schweigen – im kommenden Jahr der Beitragssatz zur GKV erheblich steigen wird, sind diese Maßnahmen nicht verantwortbar. Zusätzliche Gelder sollten ausschließlich in echte Strukturreformen fließen, die zu einer nachhaltigen Verbesserung der Versorgung beitragen.

Positiv bewertet der BKK-Dachverband die Regelung zur Verbesserung der Transparenz über Service- und Leistungsqualität der Krankenkassen, die nun gesetzlich verankert wird. Wünschenswert wäre, dass auch die Ergebnisse von Kundenbefragungen in die Bewertung einfließen.

.

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.

Verzicht auf den Konsiliarbericht, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Überweisung eines Vertragsarztes erfolgt (§ 28 Abs. 3 SGB V)

Künftig ist die Einholung eines Konsiliarberichts entbehrlich, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Überweisung eines Vertragsarztes oder einer Vertragsärztin erfolgt und daher eine somatische Abklärung bereits stattgefunden hat. Zudem wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) aufgegeben, das Antragsverfahren für die Beantragung von Kurzzeittherapie von einem bisher zweistufigen auf ein einstufiges Verfahren umzustellen.

Beide Vorhaben zur Vereinfachung und Entbürokratisierung werden von den BKK begrüßt.

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 (MZEB) 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.“

Jährliche Versorgungspauschale für Chroniker (§ 87 Abs. 2b Sätze 7 ff. neu SGB V)

Für erwachsene 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 Regelungen dazu sind so auszustalten, dass sie in der GKV weder zu Mehr- noch zu Minderausgaben führt, die Versorgungspauschale also finanziert neutral ist.

Die Einführung einer jährlichen Versorgungspauschale wird grundsätzlich begrüßt.

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.

Es ist bedauerlich, dass die ausführliche Evaluation, die im Referentenentwurf noch vorgesehen war, gestrichen wurde. Sie sollte wieder ins Gesetz aufgenommen werden. Um aussagekräftige Ergebnisse für eine Evaluation zu erhalten, sollte mit der Einführung der Versorgungspauschale 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 Abs. 2q neu SGB V)

Es soll eine Pauschale zur Vergütung zur Vorhaltung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen eingeführt werden, die die derzeitige, voraussetzungslose Vorhaltepauschale im EBM ersetzen soll. Der Bewertungsausschuss soll Kriterien für die Abrechenbarkeit der Vorhaltepauschale wie bspw. die Durchführung von Haus- und Pflegeheimbesuchen oder bedarfsgerechte Öffnungszeiten festlegen. Die Regelungen dazu sind so auszustalten, dass sie in der GKV weder zu Mehr- noch zu Minderausgaben führt, die Vorhaltepauschale also finanzneutral ist. Für Kinder und Jugendärzte gelten die Regelungen nicht.

Grundsätzlich ist eine gesonderte Finanzierung zur Vorhaltung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen durch eine Vorhaltepauschale überflüssig. Die Strukturen, die dadurch finanziert werden sollen, gehören zum hausärztlichen Versorgungsauftrag, sind bereits jetzt vorzuhalten und auskömmlich finanziert. Durch die finanzneutrale Ausgestaltung könnte diese Regelung im Idealfall dazu führen, dass eine gestufte Vergütung, je nach Erfüllung der vorliegenden Kriterien, sofern diese nicht schon gesondert über den EBM gefördert werden, erfolgen würde.

Zuschläge Kinder- und Jugendmedizin (§ 87a Abs. 3 SGB V)

Die Regelung zur Nachvergütung von Leistungen der Kinder und Jugendmedizin, die durch die bereits bezahlte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nicht ausreichend finanziert werden können, wird analog der Regelungen zur Entbudgetierung der Hausärzte gefasst. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen vereinbaren Zuschläge zur Förderung der Kinder- und Jugendmedizin jeweils im zweiten Quartal für den Zeitraum der vier vorangegangenen Quartale, wenn der Leistungsbedarf das zur Verfügung stehende Honorar aus der auf die Arztgruppe der Kinder- und Jugendärzte entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (Kinderarzt-MGV) bezogen auf insgesamt vier aufeinander folgende Quartale unterschreitet. Sofern es innerhalb dieses Zeitraums zu einer Unterschreitung der Kinderarzt-MGV kommt, ist diese bei einer in den folgenden Quartalen zu leistenden Ausgleichszahlung zu verrechnen.

Eine Angleichung der Regelungen zur Nachvergütung wird grundsätzlich begrüßt. Die unbudgetierte Vergütung wird jedoch kritisch gesehen (vgl. Entbudgetierung der Hausärzte).

Entbudgetierung Hausärzte (§ 87a Abs. 3c neu 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 Allgemeinmedizinern 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 unversorgter Regionen. Zur Förderung flächendeckender Versorgungsstrukturen und ausreichender Niederlassung von Hausärzten insbesondere in versorgungsschwachen Regionen 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.

Erleichterung der Zulassungsvoraussetzungen für MVZ (§ 95 Abs. 2 SGB V)

Derzeit ist ein MVZ in der Rechtsform einer GmbH nur zulassungsfähig, wenn die Gesellschafter der GmbH für etwaige Forderungen der Kassenärztlichen Vereinigungen oder der Krankenkassen Sicherheit leisten. Dies kann dadurch erfolgen, dass die Gesellschafter selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen abgeben oder die in § 232 BGB vorgesehenen Sicherheitsleistungen erbringen.

Künftig soll für die Zulassung eines MVZ in der Rechtsform der GmbH als Sicherheitsleistung auch die Abgabe einer Höchstbetragsbürgschaft durch den Gesellschafter zulässig sein. Die konkrete Höhe der zu übernehmenden Bürgschaft kann damit an die Umstände des Einzelfalls beziehungsweise am jeweiligen Sicherungsbedürfnis der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen ausgerichtet werden. Hierbei können etwa die Anzahl der Arztstellen, die vorliegenden Facharztausrichtungen

und die durchschnittlichen Regressbeträge der vertretenen Fachgruppen, der Honora- rumsatz des MVZ sowie der Umsatz an verordneten Arznei- und Heilmitteln berücksich- tigt werden. Die Regelung gilt auch für die Sicherheitsleistungen der Gesellschafter nichtkommunaler MVZ in der Rechtsform einer GmbH.

Überprüfung der Einhaltung der Versorgungsaufträge durch die KVen (§ 95 Abs. 3 SGB V)

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erhält den Auftrag, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen erhaltenen Informationen zur Einhaltung der Versorgungsaufträge der Vertragsärztinnen und -ärzte zu evaluieren und hierüber dem Bundesministerium für Ge- sundheit einmal jährlich zu berichten. Zum Zweck der Evaluation wird der Inhalt der von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu übermittelnden Informationen gesetzlich konkretisiert und erweitert. Die Evaluation soll neben den Ergebnissen auch das der Überprü- fung zugrundeliegende Verfahren zur Ermittlung der Arbeitszeiten und der entsprechen- den Referenzwerte sowie die Voraussetzungen zur Einleitung von Einzelfallprüfungen umfassen. Gegenstand der Evaluation ist außerdem die Einhaltung der Bundeseinheit- lichkeit der Prüfung. Hierdurch wird erkennbar, inwieweit und mit welchen Auswirkungen von den Kassenärztlichen Vereinigungen von den methodischen Hinweisen der Kassen- ärztlichen Bundesvereinigung zur Überprüfung der Versorgungsaufträge abgewichen wird.

Die vorgenommene Konkretisierung sowie die Erweiterung der Mitteilungspflichten wer- den begrüßt. Da die Erfüllung der Versorgungsaufträge für die Bewertung der Verson- gungssituation essenziell ist, werden weitergehende Regelungen angeregt. Insbesondere erscheint eine Übermittlung der Evaluationsergebnisse durch die KBV an das BMG nicht ausreichend, um die erforderliche Transparenz herzustellen.

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurde der bestehende Prüfauf- trag der KVen zur Einhaltung der Versorgungsaufträge konkretisiert. Gesetzlich geregelt wurde eine bundeseinheitliche Prüfung. Die Prüfaufträge werden regional von den KVen jedoch unterschiedlich umgesetzt. Das führt im Ergebnis je nach Region allerdings zu ähnlichen (unbefriedigenden) Ergebnissen im Hinblick auf den in § 19 Abs. 4 Ärzte-ZV ge- regelten Auftrag der Zulassungsausschüsse. Seit September 2019 stellt die KBV zur Um- setzung der bundeseinheitlichen Prüfung des Versorgungsauftrages nach § 95 Abs. 3 SGB V methodische Hinweise für ein datengestütztes Auffälligkeitsscreening zur Verfügung,

das für die KVen allerdings nicht verbindlich ist und deshalb nicht bundeseinheitlich angewendet wird. Um eine bundesweit einheitliche Prüfung und Bewertung der Einhaltung der Versorgungsaufträge zu gewährleisten, sollten die Bundesmantelvertragspartner künftig den Auftrag erhalten, bundesweit verbindliche Vorgaben zu treffen. Diese müssen Regelungen über die konkreten Prüfkriterien und Methoden enthalten. Dabei können einheitliche Vorgaben zu Arbeitszeitermittlung unter Berücksichtigung der individuellen Arbeitsverträge und von Korrekturfaktoren Berücksichtigung finden. Die Vorgaben der Bedarfsplanungsrichtlinie zur Bewertung von vertraglichen Arbeitszeiten angestellter Ärztinnen und Ärzte in Relation zu in der Bedarfsplanung anrechenbaren Versorgungsaufträgen ist zu überprüfen.

Die Vorgaben müssen ebenfalls bundeseinheitliche Regelungen zur Ausgestaltung der Ergebnisberichte an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Zulassungs- und Landesausschüsse sowie der zuständigen Aufsichtsbehörde enthalten. Zur Nachvollziehbarkeit der nach § 95 Abs. 3 Satz 5 SGBV getroffenen Maßnahmen, sind diese in den Berichten transparent darzustellen. Der Empfängerkreis der Ergebnisberichte wird um die Krankenkassen erweitert. Generell sollten Berichte mit nicht personenbezogenen Daten auf den Internetseiten der KVen veröffentlicht werden, um die Transparenz zu verbessern. Entscheidend ist daneben, dass die Zulassungsausschüsse (ZA) personenbezogene Daten erhalten, die eine Überprüfung im Einzelfall möglich machen. Eine Prüfung durch die ZA sollte künftig von Amts wegen mindestens einmal jährlich erfolgen, um verdeckte Versorgungsdefizite erkennen zu können.

Mit der Übernahme einer Zulassung ist eine entsprechende Versorgungsverpflichtung verbunden. Wenn die angebotene ärztliche Arbeitszeit regelmäßig geringer ist, als es dem Versorgungsauftrag entspricht, weicht das Versorgungsangebot in der Realität von den Angaben in der Bedarfsplanung ab. Eine unzureichende Erfüllung von Versorgungsaufträgen muss Konsequenzen haben. Wenn das erforderliche Angebot von den Ärzten selbst nicht geleistet werden kann, kann dies durch Vertretungen oder Anstellungen erreicht werden. Andernfalls muss der Versorgungsauftrag auf das realistische Maß der Tätigkeit angepasst werden.

Um ein einheitliches, datengestütztes Prüfverfahren anwenden zu können, werden Routinedaten der KVen benötigt. Allerdings wurde der mit einer Zulassung verbundene Versorgungsauftrag vom Gesetzgeber nicht eindeutig definiert. Vorgegeben sind lediglich 25 Mindestsprechstundenzeiten. Die Sprechzeiten werden jedoch nicht in den Routinedaten erfasst. Die Prüfung sollte daher auf durchschnittlich 38 wöchentliche Arbeitsstunden erfolgen. Bei vielen Vertragsärztinnen und -ärzten in Einzelpraxis kann davon ausgegangen werden, dass die Arbeitszeit darüber liegt.

Die Prüfung der Versorgungsaufträge kann auch heute schon formal zu einer Reduzierung der Zulassungsumfänge führen. Dies geschieht bisher selten und hat i.d.R. nur geringe Effekte auf das reale Versorgungsangebot. Es wird daher vorgeschlagen, die Stringenz der Prüfungen ebenso zu erhöhen, wie die Transparenz der Prüfergebnisse. Anhand der übermittelten Ergebnisse sollen die Zulassungsausschüsse in die Lage versetzt werden ihren Prüfauftrag von Amts wegen auch erfüllen zu können.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

§ 95 Abs. 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) ¹Die Zulassung bewirkt, dass der Vertragsarzt Mitglied der für seinen Kassenarztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung wird und zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Umfang seines aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrages berechtigt und verpflichtet ist. ²Die Zulassung des medizinischen Versorgungszentrums bewirkt, dass die in dem Versorgungszentrum angestellten Ärzte Mitglieder der für den Vertragsarztsitz des Versorgungszentrums zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung sind und dass das zugelassene medizinische Versorgungszentrum insoweit zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist. ³Die vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung sind verbindlich. ⁴Die Einhaltung der sich aus den Sätzen 1 und 2 ergebenden Versorgungsaufträge sind von der Kassenärztlichen Vereinigung bundeseinheitlich, insbesondere anhand der abgerechneten Fälle und anhand der Gebührenordnungspositionen mit den Angaben für den zur ärztlichen Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand nach § 87 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz, zu prüfen. ⁵Im Bundesmantelvertrag nach § 82 Abs. 1 sind insbesondere Regelungen zu treffen zu bundeseinheitlichen methodischen Grundlagen der Prüfung nach Satz 4 sowie für eine differenzierte Ausgestaltung der Ergebnisberichte, ihrer Übermittlung und Veröffentlichung; hierbei sind auch Regelungen zur Berücksichtigung von Anstellungsverhältnissen und zum Umgang mit ruhenden Zulassungen zu treffen. ⁶Die Ergebnisse sowie eine Übersicht über die gegebenenfalls getroffenen Maßnahmen sind den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, den Landes- und Zulassungsausschüssen sowie der für die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörde personenbezogen jeweils zum 30. Juni des Jahres zu übermitteln und nicht personenbezogen auf den Internetseiten der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu veröffentlichen. ⁷Die Regelungen nach Satz 6 müssen sicherstellen, dass die Zulassungsausschüsse Ergebnis-

berichte erhalten, die eine personenbezogene Zuordnung der Auswertungen und Ergebnisse ermöglichen und sie basierend auf den Ergebnissen und getroffenen Maßnahmen nach § 95 Abs. 3 Satz 7 von Amts wegen tätig werden können.“

In § 95 Abs. 6 Satz 1 werden nach dem Wort „verletzt“ ein Semikolon und die folgenden Wörter angefügt:

„dies gilt auch für eine festgestellte Nichterfüllung des Versorgungsauftrages nach einer Prüfung gemäß Abs. 3 Satz 4 bis 8.“

In § 95 Absatz 6 wird der folgende Satz 2 eingefügt:

„²Der Zulassungsausschuss prüft eine erforderliche Anpassung der Versorgungsaufträge mindestens einmal jährlich.“

Der bisherige Satz 2 wird zu Satz 3, der bisherige Satz 3 wird zu Satz 4, der bisherige Satz 4 wird zu Satz 5, der bisherige Satz 5 wird zu Satz 6 und der bisherige Satz 6 wird zu Satz 7.

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.

Aufgrund der neu gebildeten Arztgruppe von Kinder- und Jugendpsychotherapeuten wird der bisher festgelegte Mindestversorgungsanteil für Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, obsolet. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat weiterhin sicherzustellen, dass ein bestimmter Versorgungsanteil der regional maßgeblichen Verhältniszahl den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten vorbehalten ist. Entsprechend der seit dem 1. Januar 2016 geltenden Regelung kann der Gemeinsame Bundesausschuss die durch den Gesetzgeber für die Zeit bis zum 31. Dezember 2015 geltende Höhe von 25 Prozent aus Versorgungsgründen bedarfsgerecht anpassen.

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 unversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen zu stärken.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

§ 105 wird wie folgt geändert:

Nach Absatz 1a Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„Der Einsatz der Mittel des Strukturfonds erfolgt im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen.“

Bagatellgrenze Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlich verordneter Leistungen (§ 106b Abs. 2 Satz 2 SGB V)

Bis zu einem Betrag von 300 Euro je Betriebsstättennummer, Krankenkasse und Quartal sollen künftig keine Wirtschaftlichkeitsprüfungen für ärztlich veranlasste Leistungen, wie beispielsweise Arzneimittel und Heilmittel mehr durchgeführt werden.

Die Regelung wird in dieser Form strikt 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 Verordnungsverhalten 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 verordneter 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 Verordnungsweise angeleitet. Sind die Steuerungsmaßnahmen nicht wirkungsvoll und es kommt zu einer unwirtschaftlichen Verordnungsweise, 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 Verordnungsweise und das rechtzeitige Erkennen von eventuellen Verordnungsfehlern. 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 Verordnungen 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 Verordnungen, die grundsätzlich von der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossen sind, auszunehmen. Hierzu gehören z. B. gesetzliche Verordnungsausschlüsse, als auch Verordnungsausschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschuss, z. B. in der Arzneimittel- oder Heilmittel-Richtlinie.

Gleiches gilt für unzulässige off-label Verordnungen; sind die Arzneimittel nicht ausnahmsweise verordnungsfähig, darf der Arzt die Leistung nicht verordnen. 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. Euro 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:

„Einzelfallprüfungen 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 versichertenzahlbezogene Prüfantragshöchstquote.“

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

Kooperationsvereinbarungen für MZEB zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung (§ 119c SGB V und § 31 Abs. 1 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Zur Verbesserung des Zugangs zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung für Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer geistigen Behinderung intellektuell beeinträchtigt sind, unter einer bestehenden Suchterkrankung leiden oder aufgrund eines erheblich eingeschränkten Funktionsniveaus sozial benachteiligt sind und um deren besonderen Versorgungsbedürfnissen besser gerecht zu werden, werden die gesetzlichen Vorgaben für medizinische Behandlungszentren zur Zusammenarbeit mit Leistungserbringern und weiteren Einrichtungen spezifiziert. Sie sollen künftig auch Kooperationsvereinbarungen mit geeigneten Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die nach § 31 Absatz 1 Satz 3 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (neu) ermächtigt werden, abschließen. Geeignet sind diejenigen Leistungserbringer, die durch den Zulassungsausschuss zur Versorgung von Personen mit intellektueller Beeinträchtigung ermächtigt werden und für die Patientinnen und Patienten jeweils räumlich erreichbar sind.

Die psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung von Menschen, die intellektuell beeinträchtigt sind, unter einer bestehenden Suchterkrankung leiden oder aufgrund eines erheblich eingeschränkten Funktionsniveaus sozial benachteiligt sind, ist von dem bereits bestehenden Leistungsangebot umfasst. Eine zusätzliche Ermächtigungsgrundlage ist daher entbehrlich. Zudem bestehen für die Arztgruppen der Nervenärztinnen und -ärzte sowie für ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten i.d.R. freie Zulassungsmöglichkeiten, so dass keine weiteren Zulassungstatbestände erforderlich sind.

Bei einer Ermächtigungslösung ist der Nachweis einer entsprechenden Kooperationsvereinbarung zwar grundsätzlich sinnvoll. Allerdings müsste die Ermächtigung dann auch in regelmäßigen Abständen überprüft und mit der Versorgungssituation vor Ort abgeglichen werden; eine zeitlich unbegrenzte Ermächtigung erscheint nicht sachgerecht. Zudem ist durch die vorgesehenen Regelungen nicht vorgesehen, dass ausschließlich das konkret adressierte Patientenklientel zu versorgen ist.

Vergütung Weiterbildungsambulanzen für die Weiterbildung von Psychotherapeutinnen und -therapeuten (§ 120 Abs. 2 SGB V)

Weiterbildungsambulanzen für die Weiterbildung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder Ärztinnen und Ärzten in psychotherapeutischen Fachgebieten sollen ihre Vergütung unmittelbar von den Krankenkassen erhalten und werden insoweit mit den bereits benannten Hochschulambulanzen, psychiatrischen Institutsambulanzen, sozialpädiatrischen Zentren und den medizinischen Behandlungszentren gleichgestellt. So mit erhalten die Weiterbildungsambulanzen die Möglichkeit, ihre Vergütungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zu vereinbaren. Die Vergütung hat die Leistungsfähigkeit der Weiterbildungsambulanzen bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu gewährleisten.

Als Maßstab für die Festlegung der Vergütung der Weiterbildungsambulanzen wird die Abstimmung mit der Vergütung für vergleichbare Leistungen vorgegeben. Es dürfen nur Leistungen vergütet werden, für die eine Ermächtigung des Zulassungsausschusses vorliegt und die gegenüber Versicherten erbracht werden. Diese klaren Abgrenzungen sind erforderlich, da in den Weiterbildungsambulanzen die Leistungen durch Weiterbildungsteilnehmende erbracht werden, die im Rahmen ihrer Weiterbildung neben der Behandlung von Patientinnen und Patienten durch die jeweiligen Weiterbildungsordnungen der Länder weitere Lerninhalte auferlegt bekommen haben, die nicht in die Zuständigkeit des Bundes fallen.

Unverständlich ist die Vorgabe, dass die Weiterbildungsambulanzen direkt von den Krankenkassen zu vergüten sind. Um Bürokratie und Verwaltungsaufwände zu vermeiden, sollten die Weiterbildungsambulanzen in die Abrechnung über die Kassenärztlichen Vereinigungen einbezogen werden. Leistungen, die zu vergüten sind, stammen ohne Ausnahme auf Basis der Ermächtigungen der Zulassungsausschüsse aus der Richtlinienpsychotherapie und können über EBM abgerechnet werden.

Erweiterung von datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (§197a Abs. 3 b Nr. 6 SGB V)

Die Datenübermittlungsbefugnisse sollen nunmehr um Gesundheitsämter, Heimaufsicht und nach Landesrecht zuständigen Gesundheitsbehörden erweitert werden.

Diese Erweiterung wird von den Betriebskrankenkassen grundsätzlich begrüßt. Gleichwohl greift die geplante Neuregelung zu kurz, da sie andere relevante Organisation und Körperschaften nicht umfasst. Den Fehlverhaltensstellen liegen häufig Hinweise vor, nach denen die Täter nicht nur Körperschaften nach dem SGB V / XI schädigen, sondern gleichzeitig auch Kostenträger nach den SGB II, III, VI, VII und XII. Um diesen Sozialleistungsmisbrauch wirkungsvoll entgegentreten zu können, ist ein rechtssicherer Datenaustausch zwischen den Stellen nach § 197a SGB V, bzw. § 47a SGB XI und Stellen, die für die Bekämpfung von Leistungsmisbrauch bei den Trägern der o.g. Sozialgesetzbücher zuständig sind, notwendig.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG:

Nach Nummer 6 wird die folgende Nummer 7 angefügt:

„7. die Stellen, die für die Bekämpfung von Leistungsmisbrauch bei den Trägern der Sozialversicherung nach den SGB II, III, VI, VII und XII zuständig sind.“

Kassenübergreifende Zusammenführung von Abrechnungsdaten (§197a Abs. 3 c SGB V (neu))

Die geplante Neuregelung sieht vor, dass Einrichtungen nach Absatz 1 Datenbestände mit denen anderer Kassen und der weiteren anderen in Absatz 1 genannten Organisationen zum Zweck der Entwicklung von datenbasierten Verfahren zur Erkennung von Fehlverhalten zusammenführen dürfen.

Insbesondere kleineren Krankenkassen fehlt es häufig an einer ausreichend großen Datenbasis, um Fehlverhalten anhand der vorliegenden Abrechnungsdaten selbst aufdecken zu können. Ihre Stellen nach § 197a SGB V sind somit noch stark von den externen Hinweisen abhängig. Mit der geplanten Neuregelung werden insbesondere Betriebskrankenkassen in die Lage versetzt, anhand einer verbesserten Datenlage IT-basierte Verfahren zu entwickeln und selbst mehr Hinweise auf Fehlverhalten zu generieren.

Die Neuregelung wird somit ausdrücklich begrüßt.

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 in einigen Jahren diese Kennzahlen erübrigen sollten. Für Versicherte könnte es aber interessant sein zu erfahren, welche digitalen Angebote die Krankenkassen vorhalten, ob es bspw. eine digitale Facharztvermittlung und -Terminbuchung gibt, welche digitalen Präventions- und andere Angebote es gibt, ob die Kasse ein digitales DMP anbietet, welche digitalen Kommunikationswege es gibt und vieles mehr. Die Betriebskrankenkassen regen an, mittelfristig auch solche Kriterien beim Stand der Digitalisierung aufzunehmen.

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.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG I

Die Bearbeitungsdauer sollte definiert werden als die reine Bearbeitungszeit, das sind meist nur wenige Minuten, die das Anliegen tatsächlich bearbeitet wird, zuzüglich der Liegezeit Inhouse. Damit umfasst die Bearbeitungszeit den Zeitraum ab dem Zeitpunkt, zu dem ein Dokument digital zur Bearbeitung zur Verfügung steht, nachdem es gescannt wurde, bis zu dem Zeitpunkt, an dem das Dokument fertiggestellt zum Postversand gegeben wird. Zeiten des In- und Outputmanagements (Postlaufzeiten) werden nicht abgebildet. Aus allen Anträgen zu einer Leistungsart wird eine durchschnittliche Bearbeitungsdauer errechnet, die in Tagen mit einer Nachkommastelle dargestellt wird.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG II

Um besser abzubilden, wie Kassen aus Sicht der Versicherten mit Beschwerden umgehen, wenn etwas mal nicht so läuft wie erwartet, sollten ergänzend Kennzahlen zum Beschwerdemanagement erhoben werden:

Kennzahl 1: Auflistung aller analogen und digitalen Kommunikationskanäle, über die von den Kunden eine Beschwerde artikuliert werden kann. Allgemeine Kontaktkanäle, wie ein Chatkanal oder das Kontaktformular auf der Website sind nicht anzugeben, wenn die Kunden darüber nicht explizit die Möglichkeit haben, darüber ihre Beschwerde zu senden, damit diese unabhängig von der klassischen Kundenkommunikation eine gesonderte Bearbeitung erfährt. D.h. ein Kontaktformular ist nur dann bei der Auflistung zu berücksichtigen, wenn es die Möglichkeit gibt, den Kontakt als Beschwerde gesondert kenntlich zu machen.

Kennzahl 2: Durchschnittliche Bearbeitungsdauer ab Eingang einer Beschwerde, bis der Kunde eine erste Reaktion/Rückmeldung zu seinem Anliegen erhält. Automatische Eingangsbestätigungen zählen dabei nicht als Rückmeldung.

Diese beiden Kennzahlen können den Versicherten eine Aussage darüber geben, ob eine Verärgerung einfach und niedrigschwellig geäußert werden kann und ob solch eine Unmutsäußerung zeitnah bearbeitet wird.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG III

Für eine Vergleichbarkeit der Qualität der Krankenkassen ist es essentiell, auch die Versicherten zu Wort kommen zu lassen. Dazu sollten Kundenbefragungen durchgeführt werden, aus den Ergebnissen sollte eine weitere Kennzahl gebildet werden:

Vorschlag für eine Kennzahl zur tatsächlichen Kundenerfahrung:

Bereits heute bilden viele Kassen die Ergebnisse eigener und externer Kundenbefragungen in ihren Transparenzberichten ab. Aus Sicht des BKK-Systems ist die tatsächliche Kundenerfahrung ein wichtiger Gradmesser für die Qualität der Kassen.

Bei der Veröffentlichung von Kundenerfahrungen sollte in jedem Fall darauf geachtet werden, dass die Kundenzufriedenheit einheitlich erhoben und dargestellt wird (gleiche Frage, gleiche Bewertungsskala, gleiche Ergebnisdarstellung und repräsentative Stichprobe, die die Gesamtheit des Kundenstamms abbildet). Folgende Parameter könnten dabei angesetzt werden:

Fragestellung „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Kasse insgesamt?“

Antwortskala als 5er-Skala (vollkommen zufrieden/sehr zufrieden/zufrieden/weniger zufrieden/unzufrieden)

Ergebnisdarstellung der Top-2 (vollkommen zufrieden und sehr zufrieden) in %.

Mind. 100 Teilnehmer je Kasse in unterschiedlichen Altersstufen

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 Spaltenverband 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 initierter Wettbewerb würde hier das Nutzerverhalten unnötig konterkarieren bzw. ad absurdum führen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Die vorgeschlagenen Änderungen in § 53 SGB XI werden ersatzlos gestrichen. Stattdessen werden entsprechend der Empfehlung des GKV-SV Kennzahlen zu Pflegeerstanträgen, zu Widersprüchen und Klagen in der Pflegeversicherung als weitere Leistungsart in die Reihe der Kennzahlen nach § 217f Abs. 4 SGB V aufgenommen.

Zuständigkeit für Verordnungsänderungen bei der Arzneimittelpreisverordnung (§ 78 Arzneimittelgesetz)

Das Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz und das BMG haben sich über den Übergang der federführenden Zuständigkeit geeinigt. Mit der Änderung wird diese Einigung nachvollzogen und die Zuständigkeit für etwaige Verordnungsänderungen für die Arzneimittelpreisverordnung vom BMWK auf das BMG übertragen. Zuvor war eine Zustimmung des Bundesrates erforderlich, die nun entfällt. Durch die vorgesehene Neuregelung liegt die Apothekenvergütung ausschließlich beim BMG. Der BKK Dachverband geht davon aus, dass das vom BMWK beauftragte Gutachten zur „Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise“ nun vom BMG berücksichtigt wird.

III. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF

Klarstellung des Sicherstellungsauftrags der KVen (§ 73 SGB V)

Der Umfang des Sicherstellungsauftrags wird von den KVen auf regionaler Ebene oft strittig definiert und führt zu erheblichen Versorgungsproblemen. Bspw. erbringen bestimmte Facharztgruppen der Qualitätssicherung unterliegende Leistungen, die einer Abrechnungsgenehmigung bedürfen, nicht und liquidieren diese Leistungen von GKV-Versicherten dann privat. Diese wenden sich dann mit Anträgen auf Kostenübernahme an ihre Krankasse.

Dieser Änderungsvorschlag wurde aus der Stellungnahme des Bundesrates zum GVSG (Bundesrats-Drucksache 234/24) übernommen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

In Artikel 1 ist nach Nummer 4 folgende Nummer 4a einzufügen:

,4a. In § 73 Absatz 2 Satz 1 wird nach Nummer 1 folgende Nummer 1a eingefügt:

„1a. Durchführung der nach § 135 Absatz 2 genehmigten ärztlichen Leistungen,“

Begründung:

Die vertragsärztliche Versorgung nach § 73 Absatz 2 Satz 1 SGB V umfasst im Hinblick auf den an die Inhalte des Leistungsrechts anknüpfenden Katalog dieser Vorschrift alle von den Versicherten als Sachleistung beanspruchbaren vertragsärztlichen Versorgungsleistungen.

Vor diesem Hintergrund müssen hierunter auch ärztliche Leistungen fallen, für die eine besondere Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB V besteht und für die eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Sinne von § 135 Absatz 2 SGB V erteilt wurde. Eine diesbezügliche gesetzliche Klarstellung fehlt bislang jedoch.

Gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten haben einen Anspruch auf diese Leistungen und dürfen bei Vorliegen einer Genehmigung und einer entsprechenden Spezialisierung nur in begründeten Fällen abgewiesen werden, beispielsweise bei

Auslastung der Praxis oder bei nachhaltiger Störung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt beziehungsweise Ärztin und Patientin beziehungsweise Patient.

Mit Blick auf den Anfang des Jahres 2023 erfolgten Aufruf des Deutschen Berufsverbandes der Hals-Nasen-Ohrenärzte, aufgrund von Vergütungsfragen vorerst keine Termine mehr für bestimmte Operationen (beispielsweise Adenotomien („Polypenentfernung“) mit Paukenröhren sowie die Tonsillotomien („Mandelteilentfernung“)) zu vergeben, bestehen auf Seiten der Kassenärztlichen Vereinigungen – wie eine zu dieser Thematik durchgeführte Länderabfrage zeigt – rechtliche Zweifel dahingehend, ob aus der Erteilung einer Genehmigung zum ambulanten Operieren automatisch abgeleitet werden kann, dass der Genehmigungsempfänger stets verpflichtet ist, (auch) ambulante Operationen anzubieten.

Eine entsprechende gesetzliche Klarstellung dient vor diesem Hintergrund der Gewährleistung des Behandlungsanspruchs gesetzlich versicherter Patientinnen und Patienten. Zugleich wird den Kassenärztlichen Vereinigungen die Durchsetzung des Sicherstellungsauftrags gegenüber den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten in materieller Hinsicht durch die Klarstellung in Bezug auf den Umfang des Sicherstellungsauftrags erleichtert, denn der in § 75 Absatz 1 SGB V normierte Sicherstellungsauftrag bezieht sich explizit auf die vertragsärztliche Versorgung nach § 73 Absatz 2 SGB V.

Eine Änderung des § 73 Absatz 2 Satz 1 SGB V ist darüber hinaus auch geeignet, der derzeit stattfinden Entwicklung entgegenzuwirken, dass insbesondere investorengetragene Medizinische Versorgungszentren (iMVZ) ihre Versorgungskapazitäten nicht nur tendenziell in lukrative Ballungsgebiete verlegen, sondern auch vermehrt einen stärkeren Fokus auf gut skalierbare und umsatz-steigernde Leistungen legen, wodurch zu befürchten ist, dass nicht mehr das gesamte Behandlungsspektrum abgebildet wird. Sofern eine Genehmigung zur Durchführung ambulanter Operationen erteilt wurde und entsprechende Spezialisierungen stattfanden, können die Kassenärztlichen Vereinigungen (i)MVZ auf rechtlich sicherer Grundlage dazu anhalten, diese Eingriffe auch tatsächlich durchzuführen.

Primärversorgungszentren

Lokale Primärversorgungszentren sind ein wichtiger Baustein, um den Herausforderungen durch drohenden Ärzte- und Fachkräftemangel zu begegnen. Die Gründungsvoraus-

setzungen sollten niedrigschwellig ausgestaltet werden und eine Ansiedelung grundsätzlich auf nicht besetzten Vertragsarztsitzen für Allgemeinmedizin erfolgen. PVZ könnten auch an die im Zuge der Krankenhausreform entstehenden Level II-Häuser andocken. In ein PVZ werden nichtärztliche und koordinierende Leistungen integriert. Als Anschubfinanzierung ist eine Förderung aus Mitteln des Strukturfonds ambulant und des Krankenhausstrukturfonds denkbar. Auch Mittel der kommunalen Förderung für Daseinsvorsorge können herangezogen werden.

In den PVZ arbeiten Angehörige unterschiedlicher Gesundheitsberufe unter einem Dach und bieten Patientinnen und Patienten eine gute und schnelle Betreuung. Unverzichtbar für den Aufbau der neuen Versorgungsstrukturen ist dabei die akademische Qualifizierung von Pflegefachkräften, wie z. B. Community Health Nurses oder Physician Assistants, die in Zukunft auch heilkundliche Aufgaben ausüben sollen.

Für eine gute Versorgung aus einer Hand ist die Vernetzung mit lokal agierenden Akteuren wichtig. Entsprechend sollen niedergelassene Fachärzte und Pflegestützpunkte, aber auch bspw. der Öffentliche Gesundheitsdienst, die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen, ambulante Krebsberatungsstellen und weitere Angebote für Gesundheit und Pflege eingebunden werden.

Wichtige Kooperationspartner vor Ort sind auch die Krankenkassen. Ihnen und ihren Verbänden soll die Möglichkeit eröffnet werden, selbst PVZ zu gründen.

Gesundheitsregionen

Gesundheitsregionen als Ansätze zu einer bevölkerungsbezogenen Versorgung können Mehrwerte in der Versorgung generieren: mehr Effizienz und Qualität in der medizinischen Versorgung, die Entwicklung passgenauer Lösungen unter Berücksichtigung örtlicher Besonderheiten und die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung im Hinblick auf die gesundheitliche Chancengleichheit. Gesundheitsregionen können ein regionaler – und bei Bedarf ein überregionaler – Lösungsansatz zur Bewältigung der Defizite sein. Nach über zwei Dekaden Integrierter Versorgung in Deutschland haben Krankenkassen umfassende Expertise, welche innovativen regionalen Versorgungsansätze vielversprechend sind und welche nicht. Darum sollte beachtet werden, dass eine Gesundheitsregion kein weiteres „Add on“ ist, sondern alle relevanten Stakeholder an einen Tisch kommen und gemeinsam Versorgungsziele auf der Basis der tatsächlichen, regionalen Bedürfnisse entwickeln. Um Handlungsoptionen abzuleiten sowie strategische Entscheidungen für die Region treffen zu können, muss der Status quo bestimmt werden.

Es braucht die kollektive Entwicklung eines Zielbilds, das die Vermeidung von Krankheit und die Versorgung insbesondere chronisch Kranker im Handeln aller verankert. Dabei ist immer der Patient als „Dirigent“ seiner Versorgung einzubeziehen, um die Compliance zu fördern

Bürokratische Hürden für alle Beteiligten werden abgebaut, der Zugang zu Gesundheitsleistungen vereinfacht und insbesondere virtuelle Versorgung nutzbar gemacht.

Der Erfolg bezüglich Qualität bzw. Versorgungsergebnisse anhand der definierten Ziele wird bewertet, es gibt stets Transparenz bezüglich der Zielerreichung und Versorgungsqualität.

Finanziert werden die Gesundheitsregionen u.a. aus: der (bereinigten) GKV-Regelversorgung, dem Abbau unnötiger Bürokratie, kommunalen Finanzmitteln, ggf. Investmentkapital, ggf. durch Auflagen eines Regionalfonds, ggf. Bundesmittel. Zusätzliche Vergütungen honorieren lediglich die Vernetzungsaktivitäten. Die Leistungen bleiben mit Blick auf das finanzielle Ausgleichssystem der Krankenkassen, den Morbi-RSA, versorgungsneutral.

So können Gesundheitsregionen der Startschuss für einen neuen Versorgungswettbewerb sein, der den Vertragswettbewerb in der Region ablöst. Durch konsequente Bereitschaft und strukturellen Wandel hin zur einer Kultur der Vernetzung und Zusammenarbeit, werden Synergieeffekte erzielt und kommen spürbare Mehrwerte bei der Bevölkerung an.

Für Gesundheitsregionen wird zukünftig eine neue Rechtsgrundlage geschaffen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

„§ 140b

Gesundheitsregionen

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können gemeinsam und einheitlich mit einem oder mehreren Kreisen und/oder einer oder mehreren kreisfreien Städten auf deren Antrag einen Vertrag mit dem Ziel der Behebung regionaler Defizite der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Versorgung, der Über-

windung von Schnittstellen oder der Verbesserung des Zugangs zur regionalen Versorgung (Gesundheitsregion) schließen. Sofern die Kreise oder kreisfreien Städte die weiteren Voraussetzungen nach Absatz 5 erfüllen und zur hälftigen Übernahme der Kosten nach Absatz 4 Satz 3 bereit sind, sind die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zur Aufnahme von Vertragsverhandlungen über die Bildung einer Gesundheitsregion verpflichtet.

(2) Antragsberechtigt sind auch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen als Bevollmächtigte nach § 212 Abs. 5 SGB V. Der Antrag gilt für alle Kassenartenverbände gemeinsam und einheitlich, sofern ihn mindestens vier der in Satz 1 genannten Antragsberechtigten stellen. Den landwirtschaftlichen Krankenkassen steht eine Beteiligung mit gleichen Rechten und Pflichten frei. Das Vertragsziel muss dem in Abs. 1 genannten Ziel entsprechen. Sofern die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die weiteren Voraussetzungen nach Absatz 5 erfüllen und zur hälftigen Übernahme der Kosten nach Absatz 4 Satz 3 bereit sind, sind die Kreise oder kreisfreien Städte zur Aufnahme von Vertragsverhandlungen über die Bildung einer Gesundheitsregion verpflichtet.

(3) Aufgaben einer Gesundheitsregion sollen insbesondere sein:

1. Ermittlung des tatsächlichen Versorgungsbedarfs sowie des Status Quo der Versorgung und dessen Defizite in der Gesundheitsregion und daraus abgeleitet die Formulierung der konkreten Versorgungsziele, der Maßnahmen und Identifikation der dafür notwendigen Akteure und ggf. Formulierung qualitativer Anforderungen an diese.

2. Bildung von Netzwerken und Kooperationen der regionalen medizinischen Versorger und relevanten Stakeholder, des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie mit anderen, vor Ort relevanten Akteuren.

3. Sicherstellung einer vernetzten, interprofessionellen und koordinierten Gesundheitsförderung und Versorgung über Sektorengrenzen hinweg mit dem Ziel Versorgungspfade ohne Versorgungsbrüche zu etablieren, entsprechend der für die Ziel- und Aufgabenformulierung nach Absatz 4 Satz zu definierenden regionalen Bedarfe unter Berücksichtigung der Chancen digital gestützter Versorgung sowie der gewachsenen Strukturen,

4. Austausch und Wissenstransfer mit Aus-, Fort- sowie Weiterbildung auch in der Digitalisierung, die Implementierung neuer Berufsbilder sowie Entwicklung von gezielten Maßnahmen gegen den ärztlichen sowie nicht-ärztlichen Fachkräftemangel,

5. Ausbau von und Nutzung einer digitalen Infrastruktur sowie Dienstleistungen zur Erhöhung von Mobilitätsangeboten, um den Zugang zu kurativer und präventiver Versorgung zu erleichtern,

6. Feststellung der (Teil-)Zielerreichung sowie Transparenz über die Mittelverwendung und die Versorgungsqualität in zu veröffentlichten Gesundheitsberichten und darauf aufbauend Weiterentwicklung der genannten Ziele und Maßnahmen.

Die Einzelheiten sind in den Verträgen nach Absatz 1 bzw. Absatz 2 zu regeln.

(4) Die Organisation einer Gesundheitsregion kann von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartnern einzeln oder gemeinsam durchgeführt werden. Die Vertragspartner können die Aufgabe nach Satz 1 auch an beteiligte Leistungserbringer der Gesundheitsregion oder deren Gemeinschaften oder Verbünde übertragen oder sich darauf verständigen, dass diese Aufgabe durch Dritte erbracht wird. Die Investitions- und Betriebs- bzw. Verwaltungskosten der Organisation der Gesundheitsregion tragen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen einerseits und die beteiligten Kreise und kreisfreien Städte andererseits zu gleichen Teilen. Die Vertragspartner können sich auf die Etablierung eines Regionalfonds verständigen und festlegen, ob und in welchem Umfang sich auch andere Akteure finanziell beteiligen können, ohne die Vertragspartner von ihrem jeweils hälftigen Anteil der (Rest-)Finanzierung zu entbinden.

(5) Voraussetzung für die Aufnahme von Vertragsverhandlungen nach Absatz 1 Satz 2 oder nach Absatz 2 Satz 3 ist, dass die sich aus Absatz 1 Satz 1 oder aus Absatz 2 Satz 1 ergebenden Antragsteller jeweils den sich aus diesen Sätzen ebenfalls ergebenden Antragnehmern unter Nennung der teilnehmenden medizinischen Leistungserbringer und relevanten Stakeholder oder deren Verbände und ggf. weiterer Akteure qualifizierte Angaben zu den Zielen und Aufgaben der Gesundheitsregion anhand des festgestellten Versorgungsbedarfs und -defizits machen und bereit sind, sich an den Kosten nach Absatz 4 Satz 3 zu beteiligen. Die Verhandlungen sind zeitnah aufzunehmen und zügig abzuschließen. Eine enge Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst ist zu gewährleisten. Kommt es nicht zu Verhandlungen, so entscheidet die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes, ob der Antrag die Anforderungen des Satzes 1 erfüllt und Verhandlungen aufzunehmen sind."

Begründung:

Zu Absatz 1

Zur Stärkung einer regional vernetzten, kooperativen Gesundheitsversorgung wird eine Regelung zur Bildung von Gesundheitsregionen verankert. Dabei werden unter Beachtung der Verantwortlichkeiten zur Daseinsvorsorge und Gesundheitsversorgung, der gewachsenen Strukturen und der regionalen Bedarfe Möglichkeiten zur Weiterentwicklung der Verfahrens- und Organisationsformen für Kommunen bzw. Verbünde von Kommunen und Krankenkassenverbände (Vertragspartner der Gesundheitsregion) sowie teilnehmende medizinische und nicht-medizinische Leistungserbringer im Rahmen ihrer jeweiligen gesetzlichen Aufgabenstellung erweitert und verbindlicher ausgestaltet. Ziele könnten sein, regionale Defizite der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Versorgung zu beheben, Schnittstellen zu überwinden, Public Health zu stärken oder den Zugang zur regionalen Gesundheitsversorgung zu verbessern. Um diese Ziele zu erreichen, erhalten die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die Möglichkeit, mit einem oder mehreren Kreisen einen Vertrag über die Bildung einer Gesundheitsregion zu schließen. Dies kann in Grenzregionen auch landesverbandsübergreifend erfolgen.

Die Kommunen sind für die Versorgung der Bevölkerung mit lebenswichtigen Gütern und Dienstleistungen verantwortlich. Dazu zählt auch, den Zugang zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung mit zu gewährleisten und zu verbessern. Vor diesem Hintergrund erhalten die Kreise oder kreisfreien Städte einzeln oder gemeinsam ein Initiativrecht zur Errichtung einer Gesundheitsregion. Die Verantwortung der Krankenkassen zur bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten wird abgebildet, indem auch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen als Bevollmächtigte nach § 212 Abs. 5 SGB V ein Initiativrecht zur Errichtung einer Gesundheitsregion erhalten. Der Antrag gilt für alle Kassenartenverbände gemeinsam und einheitlich, sofern ihn mindestens vier Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen stellen. Den landwirtschaftlichen Krankenkassen steht eine Beteiligung mit gleichen Rechten und Pflichten frei. Absatz 2 bildet also das Antragsrecht und die damit einhergehenden Verpflichtungen ab.

Absatz 3 konkretisiert die Aufgaben der Gesundheitsregion. Angesichts der nicht immer trennscharf zu unterscheidenden Verantwortungsverteilung für den Zugang zur und die Sicherstellung der Versorgung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Kommunen ist ein wesentlicher Inhalt eines Vertrages die Ermittlung des Versor-

gungsbedarfs der Bürgerinnen und Bürger sowie der Versicherten in der Gesundheitsregion, des Status Quo der Versorgung und dessen Defizite und daraus abgeleitet die Formulierung der konkreten Versorgungsziele, der hierfür notwendigen Maßnahmen sowie Akteuren. An diese können zur Erreichung des formulierten Ziels Qualitätsanforderungen gestellt werden. Dazu wird auch gehören zu klären, welche Daten und Informationen routinemäßig vorliegen bzw. welche fehlen. Relevant ist ferner die Bildung von Netzwerken der regionalen Versorger und Hilfesysteme (gesetzliche Krankenkassen, Leistungserbringer, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenhäuser, Medizinische Versorgungszentren) und der kommunalen Stellen, insbesondere des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Insbesondere können dabei auch die Träger der örtlichen öffentlichen Jugend- und Sozialhilfe einbezogen werden. Doch auch regional wichtige, andere Akteure wie z.B. Unternehmen oder deren Werks- und Betriebsärzte sowie Rettungsdienste, Sozialverbände, Selbsthilfe, Vereine Pflege- und Reha-Einrichtungen, Advanced Practice Nurses oder Pflegefachkräfte sollen einbezogen werden können, um den tatsächlichen Versorgungsbedarf und die notwendigen Maßnahmen zu ermitteln und für letzteres eine breite Akzeptanz und Transparenz zu fördern. Der Aufbau einer Gesundheitsregion soll entsprechend der definierten Ziele eine vernetzte, interprofessionelle und koordinierte Gesundheitsförderung und Versorgung über Sektorengrenzen hinweg ermöglichen. Die Etablierung digitaler Kommunikationsmöglichkeiten (Plattform), digitaler Prozesse und die datenschutzkonforme Nutzung von Routinedaten kann bei allen Versorgungsansätzen eine relevante Rolle spielen. Die gewachsenen Strukturen sind zu berücksichtigen und, wenn möglich, alle in der Region in der Gesundheitsversorgung Tätigen mit einbeziehen. Dies soll auch zur Entwicklung integrierter kommunaler Handlungsstrategien für Prävention und Gesundheitsförderung beitragen. Denkbar sind darüber hinaus die Förderung des Austauschs und Wissenstransfers mit Aus-, Fort- sowie Weiterbildung, die Implementierung neuer Berufsbilder sowie Entwicklung von gezielten Maßnahmen gegen den ärztlichen sowie nicht-ärztlichen Fachkräftemangel. Notwendig können auch der Ausbau von digitaler Infrastruktur sowie Regelungen zur Verbesserung von Mobilität z.B. über die Etablierung oder den Ausbau digitaler Infrastruktur sein, um etwa in unversorgten Regionen Patientinnen und Patienten zu den Versorgern zu bringen (z. B. Shuttle-Service), oder auch Regelungen zum Ausbau des Versorgungsangebots vor Ort, z.B. durch eine Erhöhung des telemedizinischen Angebots oder die Ausweitung von zertifizierten Präventionsangeboten etwa durch Kooperationen oder das Bereitstellen von Räumlichkeiten. Zur Schaffung von Akzeptanz für die Maßnahmen und um die Weiterentwicklung der Gesundheitsregion zu ermöglichen, ist die (Teil-)Zielerreichung und die Mittelverwendung in Gesundheitsberichten transparent zu machen.

In den Verträgen können auch Regelungen zur Vergütung getroffen werden. Insoweit erfolgt die Vergütung auf Grundlage der bestehenden Vergütungsregelungen. Soweit Abweichendes vereinbart wird, soll dies entsprechend der Modellvorhaben gemäß § 63 Absatz 3 SGB V oder der Verträge über eine besondere Versorgung nach § 140a Absatz 2 SGB V geregelt werden. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt entsprechend. Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen können nicht Gegenstand der Verträge sein. Es muss klargestellt werden, dass lediglich Vernetzungsaktivitäten zusätzliche Vergütungen generieren.

Zu Absatz 4

Wenn die Kommunen und Krankenkassen die Bildung einer Gesundheitsregion vereinbart haben, muss deren konkrete Umsetzung, etwa der Abschluss von Verträgen mit teilnehmenden Leistungserbringern oder die Begleitung eventuell vereinbarter besonderer Vergütungsvereinbarungen, organisiert werden. Die Vertragspartner einer Gesundheitsregion sind frei, wie sie die Organisation einer Gesundheitsregion (Management), umsetzen. Das Management kann je nach Vereinbarung aus dem entsprechenden Gesundheitsregionenvertrag von den beteiligten Krankenkassen, den Kommunen (ÖGD) oder von kommunalen Gesundheitskonferenzen übernommen oder an Organisationen des GKV-Systems (z.B. KV als Dienstleister oder Praxisnetze, die von den KVen anerkannt sind, Sozialverbänden, Pflegeverbänden) übertragen werden. Externen (privaten) Managementgesellschaften kann – wie bereits jetzt in § 140a SGB V – ebenfalls das Management der Region übertragen werden. Managementgesellschaften sind aber nicht regelhaft als neue Akteure vorzusehen.

Mit der Gestaltungsverantwortung für eine Gesundheitsregion sollte auch die Finanzierungsverantwortung einhergehen. Daher tragen Kommunen und Krankenkassenverbände die Investitions- und Betriebskosten des Managements einer Gesundheitsregion je zur Hälfte. Bei der hälftigen Kostenaufteilung kann auch die Zurverfügungstellung von zum Beispiel geeigneten Räumen oder Personal berücksichtigt werden. Die Bereitschaft der Kommunen zur finanziellen Beteiligung ist eine Voraussetzung zur Aufnahme von Vertragsverhandlungen über die Bildung einer Gesundheitsregion. Die Vertragspartner können sich auch auf die Etablierung eines Regionalfonds verständigen und festlegen, ob und in welchem Umfang sich andere Akteure wie z.B. Soziale Einrichtungen, Arbeitgeber oder auch Investoren finanziell beteiligen können. Dies kann zu einer reduzierten Finanzverantwortung der Vertragspartner führen. Die finanzielle Beteiligung an den Investitions- und Betriebskosten zur Organi-

sation der Gesundheitsregion verbleibt dennoch zu gleichen Teilen bei den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen einerseits und den beteiligten Kreisen und kreisfreien Städten andererseits.

Zu Absatz 5

Neben den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sind auch die Kommune bzw. die Kommunen als Initiatoren einer Gesundheitsregion in die Lage zu versetzen, regionale Versorgungsbedarfe, im Abgleich mit dem Status Quo die Defizite oder Verbesserungspotentiale zu identifizieren und auf dieser Grundlage unter Nennung der teilnehmenden Leistungserbringer oder weiterer relevanter Akteure qualifizierte Angaben zu den Zielen und Aufgaben und ggf. Qualitätsanforderungen der Gesundheitsregion machen zu können. Dabei muss erkennbar sein, wie die Gesundheitsregion organisiert werden soll. Zur Erfüllung dieser Voraussetzungen könnte ein enger Austausch mit den relevanten Akteuren vor Ort vorgesehen werden. Dies könnten zum Beispiel die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die Praxisnetze, die von den KVen anerkannt sind, Krankenhäuser, Sozial- oder Pflegeverbände oder die Krankenkassen aber auch relevante Arbeitgeber und Vertreter der Bürgerinnen und Bürger sein. Auch die Erfahrungen des GKV-Bündnisses für Gesundheit oder der kommunalen Gesundheitskonferenzen könnten hierbei einbezogen werden. Darüber hinaus können die Kommunen auf bestehende Daten aus Veröffentlichungen etwa der KVen oder der Krankenkassen und auf die Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder zurückgreifen.

Auf der Grundlage von qualifizierten Angaben zu den Zielen und Aufgaben inkl. der Identifikation der dafür notwendigen Akteure der Gesundheitsregion können die Kreise oder kreisfreien Städte von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die Aufnahme von Vertragsverhandlungen über die Bildung einer Gesundheitsregion verlangen, soweit der Antrag auf Aufnahme von Verhandlungen die Vorgaben der weiteren Absätze erfüllt und die Kreise und kreisfreien Städte eine enge Kooperation mit den öffentlichen Gesundheitsdienst (beispielsweise bei subsidiären niederschwelligen Gesundheitsangeboten, z.B. für Wohnungslose oder Geflüchtete, oder bei der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten) sicherstellen. Im gleichen Sinne können bei Einhaltung der formulierten Voraussetzungen der Ziel-, Aufgaben- und Akteursbenennung die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen die Aufnahme von Vertragsverhandlungen über die Bildung einer Gesundheitsregion verlangen.

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sind nicht zum Abschluss von Verträgen verpflichtet, müssen aber – falls der Antrag der Kommune oder der Kommunen qualifiziert ist – entsprechend qualifiziert zurückweisen. Gleiches gilt im umgekehrten Falle für den Kreis bzw. die Kreise sowie die kreisfreien Städte, wenn die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen einen qualifizierten Antrag vorlegen. Die jeweilige für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes kann im Falle der Ablehnung von Verhandlungen angeufen werden und entscheidet, ob Verhandlungen durchzuführen sind. Verhandlungen sind grundsätzlich zeitnah aufzunehmen und zügig abzuschließen.

Information der Mitglieder über eine Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes (§ 175 Abs. 4 Satz 7 SGB V)

Erhebt eine Krankenkasse erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, hat sie das Mitglied in einem gesonderten Schreiben auf das damit verbundene Kündigungsrecht, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen hinzuweisen.

Nach der Einführung des Zusatzbeitragssatzes in der GKV mit einem durchschnittlichen Niveau von 0,9 % zum 1. Januar 2009 folgte eine lange Phase stabiler Beitragssätze. 14 Jahre später konnte zum Abschluss des Geschäftsjahres 2022 ein kostendeckender Zusatzbeitragssatz von 1,2 % konstatiert werden. Nur zwei weitere Jahre später wird sich der ausgabendeckende Zusatzbeitragssatz in 2024 auf mehr als 1,9 % belaufen und die Perspektive verheißt weitere Steigerungen. Diese Entwicklung hat mit Blick auf die Informationspflichten gravierende Folgen für die gesetzlichen Krankenkassen.

Das erzwungene Abschmelzen von Rücklagen der Krankenkassen bei zugleich rasant steigenden Leistungsausgaben führte zu einem flächendeckenden Anstieg der Zusatzbeitragssätze bereits im ersten Halbjahr 2023. Der Gesetzgeber reagierte mit einer befristeten Aussetzung der Hinweispflicht (§ 175 Absatz 4a SGB V), um den Krankenkassen die Kosten in Höhe von 50 bis 100 Millionen Euro zu ersparen, die für die schriftliche Information sämtlicher betroffener Mitglieder angefallen und aus Beitragsgeldern zu finanzieren gewesen wären.

Aufgrund des weiterhin hohen Finanzdrucks mussten bereits in diesem Jahr erste Krankenkassen ihren individuellen Beitragssatz teils (erneut) deutlich erhöhen – einige davon

nach dem 1. Januar im laufenden Geschäftsjahr 2024 bereits zum zweiten Mal. Ange- sichts der anhaltenden Ausgabendynamik sowie zusätzlicher Belastungen aufgrund aktu-eller Gesetzgebungsverfahren sagt selbst der Gesundheitsminister ab 2025 weitere An- hebungswellen voraus – und zwar erneut flächendeckend für die gesamte GKV. Die Situa- tion gebietet es, abermals die mit der Hinweispflicht verbundenen Kosten in den Blick zu nehmen und Lösungen für eine Entlastung der Krankenkassen jedenfalls in dieser Hin- sicht zu finden.

Die Betriebskrankenkassen plädieren für die Abschaffung der Anforderung, ihre Mitglie- der individuell über Beitragssatzerhöhungen zu informieren. Da die Krankenkassen bis- her nur zu einem geringen Anteil elektronisch mit ihren Mitgliedern kommunizieren kön- nen bzw. dürfen, muss in der weit überwiegenden Zahl auf Briefpost zurückgegriffen werden. Neben der daraus resultierenden Entlastung bei den Verwaltungsausgaben er- scheint es weder nachvollziehbar noch zeitgemäß, einerseits auf eine zunehmende Digi- talisierung und Nachhaltigkeit zu drängen, andererseits aber eine individuelle Infor- mationsübermittlung und somit den Einsatz und Transport von Papier aufrechtzuerhalten. Bis sich die elektronische Kommunikation umfassend durchgesetzt hat, ist es als ausrei- chend anzusehen, wenn die Mitglieder von ihrer Krankenkasse auf andere geeignete Weise, bspw. über die Homepage, auf eine Beitragssatzerhöhung hingewiesen werden. Diese Form der Ausgestaltung würde auch anderen Lebensbereichen entsprechen. Eine Benachteiligung der Betroffenen ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen damit nicht verbunden, denn die Informationen wären leicht zugänglich, transparent und ununter- brochen verfügbar. Die beobachtbare weitreichende mediale Begleitung von Anhebun- gen der Zusatzbeitragssätze inklusive der damit verbundenen Angebote zu Beitragssatz- vergleichen hat zudem einen mindestens ebenbürtigen Anteil an der Erzeugung von Preistransparenz für die GKV-Mitglieder wie das Versenden von Briefen, die von den Ad- ressaten in sehr vielen Fällen ungelesen entsorgt werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLÄGE

1. § 175 Absatz 4 Satz 7 wird wie folgt gefasst

„Die Krankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 6 genannten Zeit- punkt ihre Mitglieder auf das Kündigungsrecht nach Satz 6 hinzuweisen.“

2. 175 Absatz 4a wird gestrichen.

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 Verordnungsverhalten 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 „Papierko-

pie“ 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.

Ergänzend wurden in der Vergangenheit (§ 37 Abs. 8 SGB V, § 132a Abs. 1 Nr. 7 SGB V) und werden auch zukünftig (§ 37 Abs. 2 PflBG ab 01.01.2025; angekündigtes Pflegekompetenzgesetz, APN-Gesetzgebung) Pflegenden größere Handlungsautonomien eingeräumt und folglich (auch auf Ebene der Beschäftigten/Unternehmen) entsprechende Mechanismen zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit etabliert. Um dies gezielt und unbürokratisch umzusetzen, müssen die Landesverbände der Krankenkassen Daten, z.B. zum Verordnungsverhalten von Pflegenden mit erweiterter Kompetenz, auf Landesebene zusammenführen und auswerten können. In diesem Zusammenhang greifen die Instrumente der Fehlverhaltensbekämpfung (§ 197a SGB V) nicht, da auf Einzelkassenebene (aufgrund begrenzter Stichprobe) nicht verifizierbar ist, ob es sich um eine unverhältnismäßige Mengenausweitung oder in Bezug auf die Gesamt-GKV um einen statistischen Ausreißer handelt. Dies ist auch unter den Rahmenempfehlungspartnern nach § 132a SGB V Konsens (siehe Bundesrahmenempfehlung nach § 132a SGB V; Fußnote 6, S. 9). Datenschutzrechtlich wäre dieses Vorgehen nun auch unbedenklich, da nicht wie in § 293 Abs. 8 Satz 4 avisiert, ein vollständiger Datensatz an den GKV-SV (bzw. die Kassen) geliefert wird, sondern ausschließlich ein pseudonymisierter Datensatz.

Antrags- und Gutachterverfahren ambulante Psychotherapie Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte (§87 SGB V)

Die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von ambulanter Psychotherapie sind in der Psychotherapie-Richtlinie und der Psychotherapievereinbarung (Anlage 1 BMV-Ä) geregelt. Bei der Beantragung einer ambulanten Psychotherapie wird durch die Krankenkasse geprüft, ob die Voraussetzungen für eine Psychotherapie erfüllt sind.

Eine wesentliche Funktion des Antragsverfahrens und der mit der Genehmigung des Antrages durch die Krankenkassen einhergehenden vorgezogenen Wirtschaftlichkeitsprüfung ist die Schaffung eines sicheren Rahmens für die psychotherapeutische Behandlung.

Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung wurde der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt Regelungen für ein einrichtungsübergreifendes sektoren-spezifisches Qualitätssicherungsverfahren zu treffen. Da zunächst keine bundesweite Umsetzung, sondern eine mehrjährige regionale Erprobung des QS-Verfahrens erfolgt kann das Antrags- und Gutachterverfahren derzeit inhaltlich nicht ersetzt werden.

Das QS-Verfahren prüft zunächst die Qualität der psychotherapeutischen Einrichtung, die Bewertung des jeweiligen Leistungsanspruchs der einzelnen Patientinnen und Patienten erfolgt jedoch nicht. Für Patientinnen und Patienten sowie Therapeutinnen und Therapeuten wird erst durch den Prozess des Antrags- und Genehmigungsverfahrens ein sicherer Behandlungsrahmen geschaffen. Die Einführung eines elektronischen Antrags- und Gutachterverfahrens und einer damit einhergehenden elektronischen Genehmigung durch die Krankenkassen wird diesen Prozess erheblich entbürokratisieren und beschleunigen können.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

In § 87 Absatz 1 werden nach Satz 12 folgende Sätze eingefügt:

„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regeln im Bundesmantelvertrag für Ärzte bis zum 31.12.2025 das Nähere zu einem elektronischen Antrags- und Gutachterverfahren für genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen. Zur Durchführung des elektronischen Antrags- und Gutachterverfahrens sind die an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, die jeweilige Krankenkasse insbesondere zur Genehmigung der Leistungen sowie die oder der von der Krankenkasse ausgewählte

Gutachterin oder Gutachter befugt, die hierfür erforderlichen versichertenbezogenen Angaben nach Maßgabe des Bundesmantelvertrags zu verarbeiten; die Sätze 9 und 12 gelten entsprechend.

Terminserviceplattformen

Digitale Terminvermittlungen können den Prozess der Terminvereinbarung beschleunigen und die Transparenz über die Versorgungsstrukturen und -kapazitäten verbessern. Sie stellen für Versicherte einen komfortablen und schnellen Zugang zu Leistungserbringenden dar. Auch Leistungserbringende profitieren von der digitalen Terminvermittlung, da nicht-ärztliches Personal entlastet und Praxisabläufe effizienter werden. Für die Einbettung der digitalen Terminvermittlung in die gesetzliche Krankenversicherung werden Leitplanken benötigt, um flächendeckend einen gleichrangigen und diskriminierungsfreien Zugang zur medizinischen Versorgung für Versicherte zu gewährleisten.

Im Gesetzentwurf zur Schaffung einer Digitalagentur für Gesundheit (Gesundheits-Digitalagentur-Gesetz – GDAG; Drs. 20/13249) ist eine Regelung zu Terminbuchungsplattformen enthalten (§ 370c SGB V (neu)). Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) vereinbaren demgemäß Anforderungen, die von den Leistungserbringenden beim Einsatz digitaler Terminbuchungsplattformen in der gesetzlichen Krankenversicherung berücksichtigt werden müssen. Dabei sind die technischen Anforderungen ebenso umfasst wie die Anforderungen an den Datenschutz und die Informationssicherheit nach dem Stand der Technik, die Anforderungen an die Interoperabilität im Sinne der Umsetzung offener und standardisierter Schnittstellen sowie Festlegungen, die garantieren, dass alle Versicherten einen diskriminierungsfreien Zugang zu Terminen erhalten. Außerdem soll ein Verfahren zur Prüfung der Einhaltung der Anforderungen installiert werden.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen diese Regelung, die sich aktuell im GDAG befindet, die allerdings enormes Potential für die Verbesserung der Versorgung im ambulanten Bereich enthält und darum auch im GVSG zu diskutieren ist. Besonders relevant ist hier der diskriminierungsfreie Zugang für Versicherte zu Terminen. Entsprechend muss sichergestellt sein, dass für die Vermittlung von Terminen für gesetzlich Krankenversicherte ausschließlich Terminbuchungsplattformen genutzt werden dürfen, die nachgewiesen haben, dass die festzulegenden Anforderungen erfüllt werden.

Zudem sollte ein vorrangiger Zugriff der Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Vermittlung in medizinisch dringenden Fällen auf die online zur Verfügung stehenden Behandlungstermine sichergestellt werden.

Die gesetzlichen Änderungen in § 370a (DigiG, bereits in Kraft) zur Integration von Terminschnittstellen in den PVS/KIS sowie die o.g. Regelung in §370c SGB V (GDAG-Gesetzentwurf) schaffen wichtige Grundlagen für die Zukunft der Online-Terminbuchung. Grundsätzlich sollten nach Ansicht der Betriebskrankenkassen alle Leistungserbringenden freie Termine mindestens anteilig und automatisiert über ihre Primärsysteme für eine Online-Terminvermittlung verfügbar machen müssen. Die zu meldenden freien Termine sind in ein bundeseinheitliches elektronisches Verzeichnis für Behandlungstermine zu übermitteln, das als Weiterentwicklung des bestehenden Portals nach § 370a entstehen kann.

Jede Krankenkasse, die KVen, die KBV und private Terminvermittlungsplattformen sollten die Möglichkeit haben, Versicherten Termine aus diesem bundeseinheitlichen elektronischen Verzeichnis über frei wählbare Kanäle zu vermitteln. Bereits heute bieten Krankenkassen Arztsuchen an; künftig sollten sie somit die Möglichkeit haben, für ihre Versicherten die Arztsuche mit einer einfachen Terminbuchung verknüpfen zu können, ohne dass die Versicherten Sorge haben müssen, was mit ihren Daten geschieht.