



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum

Kabinettsentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der
Gesundheitsversorgung in der Kommune (Ge-
sundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

vom 22.5.2024

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeiner Teil	3
2. Kommentierung des Gesetzes	9
• Zu Artikel 1 Nummer 2 § 28 Absatz 3 SGB V (Ärztliche und zahnärztliche Behandlung)	9
• Zu Artikel 1 Nummer 3 § 33 Absatz 5c SGB V NEU (Hilfsmittel).....	10
• Zu Artikel 1 Nummer 6 § 87 Absatz 2b SGB V (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte).....	12
• Zu Artikel 1 Nummer 7 § 87a SGB V (Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten)	13
• Zu Artikel 1 Nummer 8 § 87b Absatz 1 SGB V [Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung)].....	15
• Zu Artikel 1 Nummer 10 § 92 SGB V (Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses)	16
• Zu Artikel 1 Nummer 11 § 95 SGB V (Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung)	17
• Zu Artikel 1 Nummer 17 § 106b Absatz 2 Satz 2 SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen)	19
• Zu Artikel 1 Nummer 15 § 116b Absatz 5a und 5b SGB V NEU (Ambulante spezialfachärztliche Versorgung)	20
• Zu Artikel 1 Nummer 17 § 119c Absatz 2 Satz 2 SGB V (Medizinische Behandlungszentren).....	21
• Zu Artikel 1 Nummer 21 § 137f Absatz 1 SGB V (Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten).....	22
• Zu Artikel 1 Nummer 25 § 226 Absatz 6 SGB V NEU (Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtig Beschäftigter)	23
• Zu Artikel 6 § 31 Absatz 1 Ärzte-ZV	24
3. Ergänzender Änderungsbedarf	25
• § 9 SGB V (Freiwillige Versicherung)	25
• § 50 SGB V (Krankengeld bei Altersteilrente)	27
• § 87 Absatz 1 und § 92 Absatz 6a Satz 6 SGB V (Einführung eines digitalen Antrags- und Gutachterverfahrens in der Psychotherapie).....	28
• § 101 Absatz 4 SGB V (Förderung der systemischen Therapie).....	30

1. Allgemeiner Teil

Die Bundesregierung hat am 22.5.2024 den Entwurf für ein Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz verabschiedet. Der Entwurf enthält vorwiegend Maßnahmen, die den Zugang zur ambulanten Versorgung für Patient:innen erleichtern sollen. Hierzu soll die Vergütung in der hausärztlichen Versorgung reformiert und auf die Budgetierung in diesem Bereich gänzlich verzichtet werden. Weiterhin soll eine jahresbezogene Behandlungspauschale für chronisch Erkrankte und eine an bestimmte Kriterien geknüpfte Vorhaltepauschale eingeführt werden. Der zunächst geplante verpflichtende Versicherten-Bonus für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) ist nicht mehr im Kabinettsentwurf enthalten. Ebenfalls entfallen sind Vorhaben für neue ambulante Versorgungsangebote (Gesundheitskioske, Gesundheitsregionen und Primärversorgungszentren (PVZ)).

Der Entwurf sieht vor, eine Geringfügigkeitsgrenze von 300 Euro für Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei verordneten Leistungen einzuführen, durch die ein Großteil dieser Verfahren entfallen würde. Im Bereich der Psychotherapie wurden neue Vorhaben in den Entwurf aufgenommen, die insbesondere ein leichter zugängliches und effizienteres Versorgungsangebot schaffen sollen, wie z. B. die Umwandlung des Antragsverfahrens für eine Kurzzeittherapie von einem zweistufigen in ein einstufiges Verfahren, der Wegfall des Konsiliarberichts bei einer Überweisung durch Vertragsärzt:innen, die Ausweisung einer eigenen Bedarfsgruppe für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen und die Schaffung zusätzlicher Versorgungsaufträge in der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung durch eine Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte.

Der vdek unterstützt den Grundgedanken des Entwurfs, die ambulante Versorgung im Sinne der Patient:innen zu stärken und für einen besseren Zugang zu sorgen. Die geplanten Änderungen sind dafür jedoch nicht zielführend. Insbesondere die Entbudgetierung der Vergütung im hausärztlichen Versorgungsbereich ist kein geeignetes Instrument, um die Versorgung dort zu sichern, wo es geboten wäre. In ländliche Regionen mit bestehenden oder drohenden Versorgungsengpässen werden die erbrachten Leistungen bereits heute nahezu vollständig und unquotiert vergütet. Es entsteht deshalb die Gefahr, dass die Maßnahme kontraproduktiv wirkt, weil die Attraktivität der Tätigkeit in Ballungsgebieten mit bestehender Überversorgung gestärkt wird. Statt eine Erleichterung durch bessere Kooperation und effizientere Strukturen zu erreichen,

erschöpfen sich die Maßnahmen in weiteren Vergütungserhöhungen, die bereits in der Vergangenheit nicht zu einer Qualitätssteigerung in der Versorgung geführt haben.

Der ursprünglich angekündigte verpflichtenden Versicherten-Bonus für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist im Kabinettsentwurf entfallen. Dies ist sehr zu begrüßen. Bestehende HZV-Verträge konnten keine Effizienzsteigerungen nachweisen. Eine zusätzliche Incentivierung solcher Verträge mit Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist daher abzulehnen. Zielsetzung der Teilnahme an der HZV nach § 73b SGB V soll in erster Linie ein reell erlebter Versorgungsmehrwert für die Versicherten sein und nicht ein finanzieller Anreiz.

Die geplanten Chroniker- und Vorhaltepauschalen können positive Anreize für mehr Versorgungsqualität setzen. Richtig ist aber auch die im Kabinettsentwurf ergänzte Vorgabe, durch die Pauschalen keine Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung zu verursachen.

Nicht mehr im Kabinettsentwurf enthalten sind die Pläne für neue ambulante Versorgungsangebote (Gesundheitskioske, Gesundheitsregionen und PVZ). Das wird begrüßt, da vor allem bei den Gesundheitskiosken grundsätzlich unterstützenswerte staatliche Aufgaben durch die GKV erbracht und finanziert werden sollten. Mit Blick auf die entfallene Regelung zu PVZ merkt der vdek jedoch an, dass eine bessere Vernetzung bei Versorgungsproblemen positiv wirken würde. Die Ersatzkassen verfolgen deshalb das Konzept der Regionalen Gesundheitszentren (RGZ), das demselben Ziel dient, hierzu jedoch konkrete, bedarfsgerechte Strukturvorgaben vorsieht.

Durch die Einführung einer Mindestgrenze auf 300 Euro pro Betriebsstättennummer, Krankenkasse und Quartal werden die Wirtschaftlichkeitsprüfungen von ärztlichen Leistungen weitgehend eingeschränkt. Dies lehnt der vdek strikt ab. Derzeit befasst sich die Mehrheit der Prüfaufträge mit Verordnungen, deren Wert unter 300 Euro liegen. Zukünftig würden daher viele Verordnungen ungeprüft bleiben und die kostensparende Wirkung des Instruments der Wirtschaftlichkeitsprüfungen ausbleiben. Der GKV wird mit der geplanten Bagatellgrenze die Möglichkeit genommen, ihren gesetzlichen Auftrag wahrzunehmen. Es ist nicht sachgerecht, ordnungsgemäßes Wirtschaftsgebaren unter einen generellen Bürokratievorwurf zu stellen.

Zukünftig soll ein Konsiliarbericht entfallen, wenn die Überweisung an einen Psychotherapeuten durch eine:n Vertragsärzt:in erfolgte. Die Neuregelung bewertet der vdek grundsätzlich als sinnvolle Maßnahme zur Bürokratieentlastung. In der vorliegenden Fassung greift sie jedoch zu kurz und sollte nicht nur im Falle einer Überweisung von Vertragsärzt:innen gelten, sondern auch bei Entlassungen aus dem Krankenhaus oder der Rehabilitation, sofern im Entlassbrief eine Psychotherapie empfohlen wird. Zudem sollte die Überweisung explizit den Ausschluss somatischer Kontraindikationen für eine ambulante Psychotherapie beinhalten.

Für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen wird eine eigene Bedarfsgruppe geschaffen. Infolgedessen wird in der Bedarfsplanung transparent, wo und wie viele Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen erforderlich sind.

Weiterhin sollen mehr Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen die Ermächtigung bekommen, Personen mit Intelligenzminderung, einer Suchterkrankung oder einer erheblichen Beeinträchtigung des Funktionsniveaus zu behandeln. Sie würden eine automatische Ermächtigung beim Nachweis einer Kooperationsvereinbarung mit im Kabinettsentwurf festgelegten Institutionen (medizinisches Behandlungszentrum nach § 119c SGB V, Einrichtung der Suchthilfe/Krisenhilfe sozialpsychiatrischen Dienste, vergleichbare Einrichtung) erhalten. Dadurch könnten fast alle Psychotherapeut:innen solch eine Ermächtigung erhalten. Es besteht kein Prüfmechanismus, der kontrolliert, ob nur der betroffene Personenkreis behandelt wird. Insgesamt wird die Bedarfsplanung durch die Neuregelung vollkommen ausgehebelt. Ermächtigungen werden im bestehenden Regelungssystem ausschließlich immer nur dann erteilt, wenn eine ausreichende Versorgung durch die im System tätigen Leistungserbringer nicht sichergestellt werden kann. Genau dies ist vorliegend nicht geprüft worden. Nach § 119c Absatz 2 SGB V ist es Medizinischen Behandlungszentren (MZEB) bereits heute möglich, mit anderen behandelnden Ärzten zu kooperieren und gewährleisten eine adäquate gesundheitliche Versorgung für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen. Für psychisch Erkrankte mit erheblich eingeschränktem Funktionsniveau (hier: Global Assessment of Functioning (GAF) von höchstens 50) wurde erst kürzlich die KSVPsych-Richtlinie für Erwachsene geschaffen, die zukünftig auch auf Kinder und Jugendliche ausgeweitet wird. Durch die KSVPsych-Netzverbände ist gewährleistet, dass Menschen mit komplexem psychiatrischen und/oder psychotherapeutischem Behandlungsbedarf in einem Netzwerk und unter Behandlungsplanung eines

Bezugsarztes bzw. -psychotherapeuten zeitnah, multiprofessionell und in einer koordinierten Struktur versorgt werden. Dabei stellt die nichtärztliche koordinierende Person sicher, dass der Zugang in weitere Leistungsangebote gelingt. Sofern die Versorgung über einen KSVPsych-Netzverbund nicht erforderlich ist, stehen ausreichend Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen in der vertragsärztlichen Versorgung zur Verfügung, um die Behandlung der genannten Patientengruppen im Rahmen ihres Versorgungsauftrags zu gewährleisten. Eine „niedrigschwellige Vermittlung“ von Patient:innen durch die genannten Einrichtungen und Dienste an Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen ist bereits heute möglich und wird nicht wesentlich durch formalisierte Kooperationsvereinbarungen, wie im Entwurf beschrieben, verbessert. Anders als bei den MZEB stellt die Kooperation mit beispielsweise Krisenhilfen oder psychosozialen Beratungsstellen nicht sicher, dass vulnerable Patientengruppen durch diese Regelung besonders von einem verbesserten Zugang in die ambulante Versorgung profitieren. Bei den Einrichtungen und Diensten bleibt unklar, welche Mindestanforderungen für Kooperationen bestehen, um den Nachweis für den Ermächtigungstatbestand zu erbringen. In der Folge könnte es deshalb auch zu Fehlsteuerungen in die ärztliche Versorgung führen.

Die geplante Abschaffung des zweistufigen Antragsverfahrens für die Kurzzeittherapie wird entschieden abgelehnt. Die Unterteilung der Psychotherapie in verschiedene Phasen ist aus Versorgungssicht sinnvoll. 2017 wurde das zweistufige Antragsverfahren vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit dem klaren Ziel einer besseren Steuerung eingeführt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Berufsverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) konnten in einer gemeinsamen Auswertung im letzten Jahr die steuernde Wirkung des Instruments nachweisen. Zudem wird im Zuge des Antragsverfahrens die Leistungspflicht der Krankenkasse geprüft. Um das Antragsverfahren sinnvoll zu beschleunigen, schlägt der vdek eine Digitalisierung des Verfahrens im ergänzenden Änderungsbedarf dieser Stellungnahme vor.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und ihre Bundesorganisationen sollen bundesweit einheitlich einmal jährlich dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) über die Erfüllung der Versorgungsaufträge der Vertragsärzt:innen und Vertragspsychotherapeut:innen Bericht erstatten. Eine höhere Transparenz und Einheitlichkeit im Hinblick auf die Berichte zur Erfüllung der Versorgungsaufträge ist zu begrüßen. Zweifelhaft ist jedoch, inwieweit ein Evaluationsauftrag der KBV gegenüber den KVen maßgebliche Verbesserungen bringt. Die Krankenkassen fordern in diesem Kontext, dass die Bundesmantelvertragspartner

die Befugnis erhalten, verbindliche Vorgaben für die Prüfung und die einheitliche Ausgestaltung der Berichte zu treffen. Zudem sollte der Empfängerkreis der Berichte u. a. auch um die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen erweitert werden. Die Zulassungsausschüsse sollten jährlich einzelfallbezogene Prüfungsergebnisse übermittelt werden, sodass diese ihrem Auftrag nach § 19a Absatz 4 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) nachkommen können.

Der Bundesrechnungshof (BRH) bekommt erweiterte Prüfrechte für KVen, Kassenzahnärztliche Vereinigungen (KZVen), deren Bundesvereinigungen, Medizinische Dienste (MD) und den MD-Bund sowie G-BA. Begründet wird dies mit dem Status als mittelbare Empfänger von Bundesmitteln aus dem Gesundheitsfonds. Dadurch erfolgt eine sachgerechte Gleichstellung zu dem schon vorhandenen Prüfrecht für die Krankenkassen und deren Verbände und Arbeitsgemeinschaften.

Die Vereinfachung der Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) unter kommunaler Leitung wird positiv bewertet.

Im G-BA erhalten die Berufsorganisationen der Pflegeberufe ein Antrags- und Mitberatungsrecht bei den Richtlinien und Beschlüssen über die Qualitätssicherung und allen weiteren pflegebezogenen Themen. Wissenschaftliche Fachgesellschaften und weitere Betroffene erhalten erweiterte Stellungnahmerechte. Durch die Ausweitung der Beteiligungsrechte erhöht sich die Legitimität von G-BA-Entscheidungen. Allerdings werden die Verfahren zunehmend komplexer und länger, was angesichts bereits bestehender Kritik bezüglich der langen Bearbeitungszeiten des G-BA kontraproduktiv wäre.

Mit dem Gesetzentwurf wird auch eine Verbesserung der Leistungs- und Servicetransparenz der Krankenkassen angestrebt. Der vdek unterstützt Instrumente und Entscheidungshilfen für Versicherte und Patient:innen, die geeignet sind, den Wettbewerb um die beste Versorgung zu stärken. Zu diesem Zweck haben die Krankenkassen bereits eigenständig Qualitätsberichte veröffentlicht. Nun soll der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) den Auftrag erhalten, im Einvernehmen mit dem BMG verbindliche Vorgaben für die Erhebung und Veröffentlichung von Kennzahlen zur Leistungstransparenz und zur Servicequalität der einzelnen Krankenkassen festzulegen.

Finanzwirkung

- Entbudgetierung der hausärztlichen Leistungen: Der vdek geht von jährlichen Mehrausgaben der GKV von mindestens 500 Millionen Euro aus.
- Erhöhung der Geringfügigkeitsgrenze bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen: Derzeit werden durch Wirtschaftlichkeitsprüfungen Millionenbeträge im unteren zweistelligen Bereich zurückgefordert. Diese würden weitgehend entfallen. Weitere Ausgabensteigerungen wären durch den fehlenden Kontrolldruck zu erwarten.
- Separate Bedarfsplanung von Ärzt:innen sowie Psychotherapeut:innen, die Kinder und Jugendliche behandeln (zusätzliche ambulante Niederlassungsmöglichkeiten): jährliche Mehrausgaben in Höhe eines niedrigen bis mittleren zweistelligen Millionenbetrags ab 2026.
- Streichung des Zusatzentgelts für Coronavirus-Tests im Krankenhaus: jährliche Einsparungen in Höhe eines niedrigen dreistelligen Millionenbetrags ab 2025.
- Ausgabensteigerungen durch den Wegfall des zweistufigen Antragsverfahrens in der Psychotherapie.

2. Kommentierung des Gesetzes

Zu Artikel 1 Nummer 2

§ 28 Absatz 3 SGB V (Ärztliche und zahnärztliche Behandlung)

Beabsichtigte Neureglung

Die Regelung in § 1 Absatz 2 Psychotherapeutengesetz, dass im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung eine somatische Abklärung herbeizuführen ist, soll zukünftig entfallen, wenn der Versicherte eine Überweisung zu einem Psychotherapeuten durch einen Vertragsarzt hat.

Bewertung

Die Regelung ist sinnvoll, greift jedoch zu kurz, da ein Konsiliarbericht auch dann entbehrlich ist, wenn im Rahmen des Entlassmanagements aus dem Krankenhaus oder der Reha eine Psychotherapie empfohlen wird.

Änderungsvorschlag

Dem § 28 Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Der Einholung des Konsiliarberichts bedarf es nicht, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Überweisung eines Vertragsarztes **oder im Anschluss an eine Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung aufgrund der gleichen Erkrankung** erfolgt.“

Zu Artikel 1 Nummer 3
§ 33 Absatz 5c SGB V NEU (Hilfsmittel)

Beabsichtigte Neureglung

Für Versicherte, die in einem sozialpädiatrischen Zentrum oder in einem medizinischen Behandlungszentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderung behandelt werden, soll die Hilfsmittelversorgung nach einer Empfehlung der behandelnden Ärzt:innen ohne Einschaltung des MD genehmigt werden.

Bewertung

Allein mit einer Empfehlung der behandelnden Ärzt:innen ist nicht immer eine sachgerechte, individuelle und wirtschaftliche qualitätsgesicherte Hilfsmittelversorgung sichergestellt. In vielen Fällen sind heute schon Nachfragen zur Notwendigkeit der Hilfsmittelverordnung hinsichtlich möglicher Doppel- oder Überversorgungen oder in Fällen, wenn die medizinische Erforderlichkeit für die Hilfsmittelversorgung offenkundig nicht vorliegt, notwendig. Zur Klärung dieser Fragen sind in der Regel ergänzende medizinische Angaben erforderlich. Diese Angaben dürfen die Krankenkassen nicht für sich selbst, sondern lediglich zu Begutachtungszwecken für die direkte Zusendung an den MD (§ 276 Absatz 2 Satz 2 SGB V) anfordern.

Das Prüfrecht der Krankenkasse ist ein wichtiger und wesentlicher Bestandteil einer wirtschaftlichen Leistungserbringung. Es besteht das Risiko von „Maximalverordnungen und Maximalversorgungen“ ohne Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes. Dies würde zu entsprechenden Mehrausgaben bei den Krankenkassen führen.

Änderungsvorschlag

Der neue § 33 Absatz 5c SGB V wird um folgende Sätze ergänzt:
„Dies gilt nicht, sofern es sich um ein neuartiges Produkt handelt, bei dem der medizinische Nutzen und die Unbedenklichkeit für den Einsatz im häuslichen Bereich wissenschaftlich nicht nachgewiesen ist; in diesem Fall bleibt auch die Beauftragung des Medizinischen Dienstes gemäß § 275 Absatz 3 Nummer 1 möglich. Die Beauftragung des Medizinischen Dienstes ist auch dann möglich, wenn die medizinische Erforderlichkeit offenkundig nicht vorliegt. Satz 2 gilt auch, wenn sich die Empfehlung nach Satz 1 auf den Einsatz von Hilfsmitteln außerhalb der vom Hersteller angegebenen Zweckbestimmung bezieht. Eine

regelmäßige Behandlung liegt vor, wenn der Versicherte bereits mehrfach und wiederkehrend in einer Einrichtung nach Satz 1 behandelt wurde.“

Zu Artikel 1 Nummer 6

§ 87 Absatz 2b SGB V (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte)

Beabsichtigte Neureglung

Es soll eine Versorgungspauschale für Versicherte, bei denen eine chronische Erkrankung ohne intensiven Betreuungsbedarf vorliegt und die einer kontinuierlichen Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel bedürfen, eingeführt werden. Sie soll vier Quartale, aber mindestens zwei Quartale gelten und darf weder Mehr- noch Minderausgaben verursachen.

Bewertung

Das Ansinnen des Gesetzgebers, durch die Einführung einer Versorgungspauschale die Zahl medizinisch nicht notwendiger Arzt-Kontakte bei chronisch kranken Versicherten zu verringern, ist positiv zu bewerten. Ebenso ist positiv zu bewerten, dass Mehrausgaben vermieden werden müssen und die Ausgestaltung in den Händen der gemeinsamen Selbstverwaltung liegt.

Die Einführung einer jahresbezogenen Versorgungspauschale kann im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) zu Verwerfungen führen, da gegebenenfalls weniger quartalsweise diagnostiziert und damit das M2Q-Kriterium im ambulanten Bereich weniger häufig erfüllt wird. Dies ist im weiteren Verlauf zu berücksichtigen.

Aufgrund medizinisch unterschiedlicher Chroniker-Konstellationen sollte der Bewertungsausschuss zu einer Unterscheidung in Stufen verpflichtet werden.

Änderungsvorschlag

In Absatz 2b (neu) wird folgender Satz angefügt:

„Der Bewertungsausschuss hat die Höhe der Versorgungspauschale in Abhängigkeit des Behandlungsbedarfes differenziert in Stufen zu beschließen.“

Zu Artikel 1 Nummer 7

§ 87a SGB V (Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten)

Beabsichtigte Neureglung

c) Die Änderung regelt die zukünftig unbudgetierte Vergütung der Leistungen der hausärztlichen Versorgung mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung. Diese Leistungen unterliegen somit nicht mehr der Zahlung mit befreiender Wirkung. Reicht die für diese Leistungen festgelegte Teil-MGV nicht aus, um die angeforderten Leistungen vollständig mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung zu vergüten, leisten die Krankenkassen zusätzlich Ausgleichszahlungen. Sofern der hausärztliche Leistungsbedarf die festgesetzte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) für diese Leistungen nicht ausschöpft, werden diese Mittel mit den möglichen Ausgleichszahlungen quartalsweise verrechnet. Nach Ablauf eines Jahres verhandeln die Vertragspartner im 2. Quartal über Zuschläge zur Förderung der hausärztlichen Versorgung, sofern noch Finanzmittel zur Verfügung stehen. Der Bewertungsausschuss hat zur genauen Ausgestaltung Vorgaben zu beschließen.

Bewertung

c) Die beabsichtigte Neuregelung wird grundsätzlich abgelehnt. Die derzeitige Vergütung der Leistungen des hausärztlichen Versorgungsbereichs erfolgt bereits bedarfsgerecht. In den meisten Regionen werden die erbrachten Leistungen bereits nahezu vollständig und unquotiert vergütet, zum Teil werden die zur Verfügung gestellten Mittel auch gar nicht ausgeschöpft. Finanzielle Anreize haben in diesen Regionen nicht zu einem erhöhten Niederlassungsverhalten geführt. Vor allem in Ballungsgebieten kommt eine Budgetierung derzeit zur Anwendung. Vergütungsverbesserungen in diesen bereits übertensorgten Regionen führen nur zu Fehlsteuerung und -versorgung. Die Regelung, die hausärztlichen Leistungen in voller Höhe nach den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten und die Krankenkassen zu einer Übernahme der Mehrkosten zu verpflichten, hat dieselben finanziellen Auswirkungen wie eine Vergütung außerhalb der MBV („Entbudgetierung“). Die beabsichtigte Neuregelung geht, wie auch bei der Kinder- und Jugendmedizin erstmals umgesetzt, noch darüber hinaus, in dem Honorargarantien gegeben werden, die unabhängig von der tatsächlichen Leistungsanspruchnahme zu vergüten sind. Die Regelung sieht vor, dass für die erstmalige Festsetzung der Teil-MGV der ausgezahlte Honoraranteil für die hausärztlichen MGV-Leistungen gemäß Honorarverteilungsmaßstab des Jahres 2023 bestimmt und mit dem vereinbart,

bereinigten Behandlungsbedarf multipliziert wird. Honorarangaben zur Grundlage der zukünftigen Finanzierung zu machen, wird äußerst kritisch gesehen. Die Bemessung des auf die Leistungen des hausärztlichen Versorgungsbereichs entfallenden Teils der MGV ist von entscheidender Bedeutung für die Höhe der Ausgleichszahlungen und muss daher nach überprüfbaren Regeln ohne strategische Einflussmöglichkeiten erfolgen. Den Krankenkassen fehlen geeignete Honorardaten sowie das Mitspracherecht auf regionaler Ebene bei der Honorarverteilung. Zulässige Ausgleichsmaßnahmen wie das Bilden und Auflösen von Rückstellungen und das Gewähren von Sicherstellungszuschlägen, um nicht vorhersehbare Schwankungen bei der Honorierung der Ärzte abzufangen, ermöglichen den KVen auf die Höhe der zu bildenden Teil-MGV zu ihren Gunsten einzuwirken. Vor diesem Hintergrund wird die erfolgte Nachbesserung zum Referentenentwurf begrüßt, die nun nicht das Vorjahr, sondern das bereits abgelaufene Jahr 2023 zur Bemessungsgrundlage macht und somit weitere Einflussmöglichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigungen verhindert.

Es wird begrüßt, dass Überzahlungen nicht automatisch an die Ärzte ausgeschütten sind sowie die Nachbesserungen, die eine Verrechnung der Überschüsse mit möglichen Ausgleichszahlungen in Analogie zur Kinder- und Jugendmedizin vorsehen.

Die vorgesehene Evaluation der Maßnahmen durch den Bewertungsausschuss wird ebenfalls begrüßt. Allerdings umfasst diese nicht die Auswirkungen auf die Honorarverteilung. Die zu evaluierenden Sachverhalte sind diesbezüglich zu erweitern.

Die Mehrausgaben für den hausärztlichen Versorgungsbereich sind schwer zu prognostizieren, insbesondere auch vor dem Hintergrund der neu einzuführenden Versorgungs- und Vorhaltepauschalen.

Änderungsvorschlag

c) Der neu eingefügte Absatz 3c wird ersatzlos gestrichen.

Hilfsweise werden im letzten Satz nach „die Honorare“ die Worte „**die Regelungen in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz**“ ergänzt.

Zu Artikel 1 Nummer 8

§ 87b Absatz 1 SGB V [Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung)]

Beabsichtigte Neureglung

Die Leistungen des Versorgungsbereichs der allgemeinen hausärztlichen Versorgung werden von honorarbegrenzenden Regelungen ausgeschlossen.

Bewertung

Hierbei handelt es sich um eine Folgeänderung der Entbudgetierung.

Sofern der Gesetzgeber an dieser Regelung festhält, sollte klargestellt werden, dass die Vergütung der Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin sowie der Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung ohne Anwendung mengenbegrenzender Maßnahmen im Rahmen der Honorarverteilung erst nach der Trennung in die für die Versorgungsbereiche gebildeten eigenen Honorarvolumen aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich vorzusehen ist und damit alle Vertragsärzte an der Finanzierung gesetzlicher Aufgaben zu beteiligen sind.

Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Sofern der Gesetzgeber der Streichung nicht folgt, wird § 87b Absatz 1 Satz 3 wie folgt gefasst:

„Die Vergütung der Leistungen im Notfall und im Notdienst erfolgt aus einem vor der Trennung für die Versorgungsbereiche gebildeten eigenen Honorarvolumen mit der Maßgabe, dass für diese Leistungen im Verteilungsmaßstab keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars angewandt werden dürfen; Gleiches gilt nach der Trennung in die für die Versorgungsbereiche gebildeten eigenen Honorarvolumen bezogen auf den hausärztlichen Versorgungsbereich unter Beachtung der nach § 87a Absatz 3b Satz 7 beschlossenen Vorgaben für die Vergütung der Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin, die gegenüber Patienten erbracht werden, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie unter Beachtung der nach § 87a Absatz 3c Satz 9 beschlossenen Vorgaben für die Vergütung der Leistungen des Versorgungsbereichs der allgemeinen hausärztlichen Versorgung.“

Zu Artikel 1 Nummer 10

§ 92 SGB V (Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses)

Beabsichtigte Neureglung

f) Das Antragsverfahren für eine Kurzzeittherapie soll von einem zweistufigen in ein einstufiges Verfahren überführt werden.

Bewertung

f) Die Unterteilung der Psychotherapie in verschiedene Phasen ist aus Versorgungssicht sinnvoll. 2017 wurde das zweistufige Antragsverfahren vom G-BA mit dem klaren Ziel einer besseren Steuerung eingeführt. Die KBV und der bvvp konnten in einer gemeinsamen Auswertung im letzten Jahr die steuernde Wirkung des Instruments nachweisen. Zudem wird im Zuge des Antragsverfahrens die Leistungspflicht der Krankenkasse geprüft. Um das Antragsverfahren sinnvoll zu beschleunigen, hat der vdek bereits häufiger eine Digitalisierung des Verfahrens vorgeschlagen.

Änderungsvorschlag

f) Streichung der Regelung.

Zu Artikel 1 Nummer 11

§ 95 SGB V (Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung)

Beabsichtigte Neureglung

b) bb) Die KBV soll die Prüfung der Versorgungsaufträge evaluieren und dem BMG berichten.

Bewertung

b) bb) Eine Evaluation der Prüfung der Versorgungsaufträge durch denjenigen, der die Detailregelungen entwickelt hat, ist nicht nachzuvollziehen.

Im Grunde lehnt der vdek die Regelung zur Prüfung der Versorgungsaufträge in der vorliegenden Form ab, da aufgrund der derzeitigen gesetzlichen Vorgaben auf ungefähr 20 Wochenstunden bei einem vollen Versorgungsauftrag geprüft wird und damit ca. 99,9 Prozent aller Niedergelassenen ihre Versorgungsaufträge erfüllen. Das Abstellen der Prüfung auf 25 Wochensprechstunden und die Reduzierung um diverse Fehlgründe auf ca. 20 Wochenstunden lassen die Prüfung damit derzeit nahezu ins Leere laufen.

Aus Sicht der Ersatzkassen müssen die Partner des Bundesmantelvertrags Ärzte (BMV-Ä) gemeinsam die methodischen Grundlagen der Prüfung bundeseinheitlich festlegen. Zudem müssen die Ergebnisberichte der Prüfungen so differenziert werden, dass sie adressatengerecht den verschiedenen Stakeholdern, wie Krankenkassen, Landes- und Zulassungsausschüssen u. a. zur Verfügung gestellt sowie veröffentlicht werden können. Die Ergebnisberichte für die Zulassungsausschüsse müssen z. B. personenbezogenen Daten enthalten, damit diese entsprechend ihren Aufgaben handeln können, wenn Leistungserbringer ihre Versorgungsaufträge nicht korrekt erfüllen.

Änderungsvorschlag

§ 95 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Die 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. Die 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. Die vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung sind verbindlich. Die Einhaltung der sich aus den Sätzen 1 und 2 ergebenden Versorgungsaufträge ist von den Kassenärztlichen Vereinigungen bundeseinheitlich, insbesondere anhand der abgerechneten Fälle und Gebührenordnungspositionen mit den Angaben für den zur ärztlichen Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand nach § 87 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz, zu prüfen. Im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 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. Die 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. Die Regelungen nach Satz 6 müssen sicherstellen, dass die Zulassungsausschüsse Ergebnisberichte erhalten, die eine personenbezogene Zuordnung der Auswertungen und Ergebnisse ermöglichen und sie basierend auf den Ergebnissen und getroffenen Maßnahmen nach § 95 Absatz 3 Satz 7 von Amts wegen tätig werden können.“

In § 95 Absatz 6 Satz 1 werden nach dem Wort „verletzt“ ein Semikolon und die Wörter „dies gilt auch für eine festgestellte Nichterfüllung des Versorgungsauftrages nach einer Prüfung gemäß Absatz 3 Satz 4 bis 8“ angefügt.

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

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

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.

Zu Artikel 1 Nummer 17

§ 106b Absatz 2 Satz 2 SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen)

Beabsichtigte Neureglung

Die Rahmenvorgaben nach § 106b Absatz 2 SGB V für ärztlich veranlasste Leistungen sollen um den geplanten Einschub ergänzt werden. Eine Wirtschaftlichkeitsprüfung würde demnach erst stattfinden, wenn die Antragshöhe der Prüfverfahren je Betriebsstättennummer 300 Euro im Quartal und pro Krankenkasse überschreitet.

Bewertung

Die Änderung ist abzulehnen. Mengengemäß finden im Bereich von 100 Euro bis 300 Euro die meisten Verstöße statt. Diese würden nicht mehr geahndet werden können. Zudem würde die verhaltenssteuernde Wirkung einer theoretisch möglichen Kontrolle entfallen. Die Prüfungsstellen müssen auch weiterhin bestehen bleiben, um Beanstandungen vornehmen zu können – unabhängig von der jeweiligen Höhe der Bagatellgrenze.

Hinsichtlich einer Bagatellgrenze sollte eine Regelung erfolgen, dass diese keine Anwendung findet, wenn es sich um unzulässige Verordnungen handelt. Diese Verordnungen sind aus dem Leistungskatalog der GKV ausgeschlossen. Krankenkassen müssen auch weiterhin in der Lage sein, gegen Ärzt:innen, die unzulässige Verordnungen ausgestellt haben, Ansprüche geltend zu machen.

Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Ergänzung Satz 2 nach „[...] durchgeführt werden sollen **und dass Bagatellgrenzen nicht für unzulässige Verordnungen gelten.**“

Zu Artikel 1 Nummer 15

§ 116b Absatz 5a und 5b SGB V NEU (Ambulante spezialfachärztliche Versorgung)

Beabsichtigte Neureglung

Vor Entscheidungen zu § 116b SGB V soll der G-BA zukünftig den jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme geben und diese dann in die Entscheidung einbeziehen.

Zudem soll der G-BA zukünftig die indikationsbezogenen Beratungen innerhalb eines Jahres abgeschlossen haben sowie drei anstatt zwei Indikationen jährlich beraten.

Bewertung

Offenbar vor dem Hintergrund, die verfassungsrechtliche Legitimation des G-BA und die Akzeptanz seiner Entscheidungen zu erhöhen, werden die Stellungnahmerechte für die jeweiligen wissenschaftlichen Fachgesellschaften auch für die einschlägige Richtlinie zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung eingeführt. Dies wird an dieser Stelle kritisch gesehen, da sie die Beratungen des G-BA unverhältnismäßig komplexer und zeitaufwendiger machen.

Ob die zusätzliche Einbeziehung der Fachgesellschaften und die Erhöhung von zwei auf drei zu bearbeitenden Indikationen pro Jahr mit einer begrenzten Bearbeitungszeit korrelieren, wird erheblich angezweifelt. Die Regelung hinsichtlich des neuen Absatzes 5b wird daher abgelehnt.

Änderungsvorschlag

Streichung des neuen Absatzes 5b.

Zu Artikel 1 Nummer 17

§ 119c Absatz 2 Satz 2 SGB V (Medizinische Behandlungszentren)

Beabsichtigte Neureglung

Medizinische Behandlungszentren sollen künftig auch Kooperationsvereinbarungen mit geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern abschließen, die zur Versorgung von Personen mit intellektueller Beeinträchtigung ermächtigt werden.

Bewertung

Obwohl der Wunsch nach einer stärkeren Fokussierung von Medizinischen Behandlungszentren auf eine Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzt:innen bzw. Psychotherapeut:innen grundsätzlich begrüßt werden kann, ist die Neuregelung in Verbindung mit der geplanten Anpassung des § 31 Absatz 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte kritisch zu sehen. Daher ist die Änderung abzulehnen.

Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Zu Artikel 1 Nummer 21

§ 137f Absatz 1 SGB V (Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten)

Beabsichtigte Neureglung

Für neue DMP-Indikationen soll zukünftig eine Frist von zwei Jahren nach Einleitung des jeweiligen Beratungsverfahrens gelten, innerhalb derer der G-BA die konkrete Ausgestaltung zu den Anforderungen des Programms (Behandlungsinhalte, Einschreibevoraussetzungen, Qualitätssicherungsmaßnahmen etc.) festlegt oder aktualisiert. Bisher gibt es eine solch allgemeine Frist nicht.

Bewertung

Es erfolgte eine Klarstellung, dass der Fristbeginn an die Einleitung des jeweiligen Beratungsverfahrens gekoppelt wird. Gegen eine Frist ist grundsätzlich nichts einzuwenden. Aufgrund dessen, dass der Zeitbedarf für die Erstellung des Berichtes des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) variieren kann, sollte der Fristbeginn an die Vorlage des einschlägigen IQWiG-Berichtes geknüpft werden.

Änderungsvorschlag

Dem § 137f Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Erstfassung einer Richtlinie nach Absatz 2 für die Behandlung einer Krankheit und deren Aktualisierungen innerhalb von zwei Jahren nach Vorlage des einschlägigen IQWiG-Berichtes zu beschließen.“

Zu Artikel 1 Nummer 25

§ 226 Absatz 6 SGB V NEU (Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtig Beschäftigter)

Beabsichtigte Neureglung

Waisenrentner:innen, die einen Freiwilligendienst ableisten, brauchen aus der Waisenrente keine Beiträge zu zahlen, wenn der Freiwilligendienst zur Versicherungspflicht führt. Die Beitragsfreiheit besteht in der Regel bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres.

Bewertung

Nach geltendem Recht entfällt die Beitragsfreiheit der Waisenrente oder entsprechender Hinterbliebenenversorgungsleistungen mit der vorrangigen Versicherungspflicht als Beschäftigter. Dazu zählt auch die Tätigkeit in einem Freiwilligendienst. Zur Unterstützung junger Menschen, die bereit sind, sich ehrenamtlich und freiwillig für die Gesellschaft zu engagieren, werden Waisenrenten bei Ableistung eines Freiwilligendienstes beitragsfrei gestellt. Diese Regelung ist sozialpolitisch sachgerecht.

Änderungsvorschlag

Die Vorschrift soll nach dem Tag der Verkündung in Kraft treten. Um eine untermonatige Änderung bei der Beitragsabrechnung zu vermeiden, sollte das in Kraft treten auf den Beginn eines Monats nach der Gesetzesverkündung gelegt werden. Hierzu wäre eine Anpassung von Artikel 7 notwendig.

Zu Artikel 6
§ 31 Absatz 1 Ärzte-ZV

Beabsichtigte Neureglung

Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen sollen künftig automatisch eine Ermächtigung erhalten, wenn sie Personen mit Intelligenzminderung, einer Suchterkrankung oder einer erheblichen Beeinträchtigung des Funktionsniveaus behandeln. Es reicht der Nachweis einer entsprechenden Kooperationsvereinbarung mit einem medizinischen Behandlungszentrum nach § 119c SGB V, einer Einrichtung der Suchthilfe, der Krisenhilfe oder der sozialpsychiatrischen Dienste oder einer vergleichbaren Einrichtung.

Bewertung

Die Regelung hebt die Bedarfsplanung vollkommen aus. Zukünftig kann jede:r Psychotherapeut:in ermächtigt werden, die/der über eine Kooperationsvereinbarung mit den genannten Einrichtungen verfügt, ohne dass eine Kontrollmöglichkeit besteht, dass auch wirklich nur dieser Personenkreis behandelt wird. Darüber hinaus zählt die reine Intelligenzminderung ohne zusätzliche psychische Erkrankungen bislang nicht zu den anerkannten Störungen gemäß Psychotherapierichtlinie, sondern ist explizit ausgeschlossen. Natürlich können diese Personen, wenn sie zusätzlich an einer psychischen Störung leiden, behandelt werden. Das BMG hat dem G-BA einen Prüfauftrag bis 2030 gegeben, ob diese Regelung zu ändern ist. Sehr kritisch zu sehen ist außerdem, dass auch Kooperationsverträge mit der Suchthilfe, der Krisenhilfe, sozialpsychiatrischen Diensten oder vergleichbaren Einrichtungen für eine Ermächtigung ausreichen, da dadurch zukünftig wahrscheinlich jede:r Psychotherapeut:in in Deutschland eine Ermächtigung erhalten kann.

Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

3. Ergänzender Änderungsbedarf

§ 9 SGB V (Freiwillige Versicherung)

Sachverhalt

Der § 9 SGB V regelt die Voraussetzungen, unter denen bestimmte Personen sich freiwillig im System der GKV versichern können. Insbesondere Personen über 55 Jahren, die gemäß § 6 Absatz 3a SGB V in der Regel nicht mehr in eine Versicherungspflicht eintreten können, versuchen unter den in § 9 SGB V beschriebenen Voraussetzungen eine freiwillige Versicherung in der GKV zu begründen. Dies geschieht jüngst in vermehrter Zahl durch die Anmeldung einer Scheinselbstständigkeit im Ausland. Betreffende Personen werden von Versicherungsmaklern und Versicherungsagenturen, die im Internet offen für ihre Angebote werben, im Ausland (zumeist Polen oder Tschechische Republik) als Selbstständige angemeldet und dort versichert. Belege für eine tatsächliche Selbstständigkeit im Ausland werden den Krankenkassen nicht vorgelegt. Erhebliches Missbrauchspotenzial besteht dadurch, dass im EU-Ausland nach ausländischem Recht eine Versicherungspflicht für die Dauer von mindestens zwölf Monaten begründet wird. Danach wird die Versicherungspflicht dort wieder beendet und innerhalb von drei Monaten der freiwillige Beitritt zu einer deutschen Krankenkasse erklärt. Dies funktioniert dann, wenn die Pflichtversicherung im EU-Ausland einer inländischen Pflichtversicherung gleichgestellt ist.

Der Missbrauch, über eine Versicherung im Ausland in die GKV zu gelangen, kann dadurch ausgeschlossen werden, indem die wertende Entscheidung des nationalen Gesetzgebers, dass eine selbständige Tätigkeit im Inland zur Versicherungsfreiheit führt, auch auf die Ausübung einer selbständigen Tätigkeit im Ausland erstreckt wird. Eine selbständige Tätigkeit würde dann im Ausland nach den Regelungen des ausländischen Rechts dort – und nur dort – zur Versicherungspflicht führen. Für das deutsche Recht und insbesondere für die Frage der Berücksichtigung oder Anerkennung von Vorversicherungszeiten, die im Ausland zurückgelegt wurden, hätte dies keine Auswirkungen.

Änderungsvorschlag

§ 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V sollte wie folgt ergänzt werden:

„(1) Der Versicherung können beitreten

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens

vierundzwanzig Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens zwölf Monate versichert waren; Zeiten der Mitgliedschaft nach § 189 und Zeiten, in denen eine Versicherung allein deshalb bestanden hat, weil Bürgergeld nach § 19 Absatz 1 Satz 1 des Zweiten Buches zu Unrecht bezogen wurde **sowie eine Versicherungspflicht in einem Mitgliedstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes, der Schweiz oder des Vereinigten Königreiches, die auf einem Sachverhalt beruht, die im Inland keine Versicherungspflicht begründet hätte**, werden nicht berücksichtigt.“

§ 50 SGB V (Krankengeld bei Altersteilrente)

Sachverhalt

Zur Vermeidung einer missbräuchlichen Nutzung der Flexirenten-Regelung zu Lasten der GKV-Beitragszahler:innen im Bereich Krankengeld ist zusätzlich zu der gesetzlich bereits vorgesehenen Ergänzung des § 10 Absatz 1 SGB V auch eine Anpassung des § 50 Absatz 1 SGB V erforderlich. Die bisherigen Regelungen führen ansonsten dazu, dass die im Rahmen des Flexirentengesetzes eingeführten Möglichkeiten zur Wahl einer Teilrente in Wunschhöhe durch die gezielte Wahl einer Teilrente, die nur minimal niedriger ist als die Vollrente, der volle Anspruch auf Krankengeld gewahrt bleibt. Um dieser Aushebelung des Regelungszwecks des § 50 Absatz 1 SGB V vorzubeugen und eine sachgerechte Abgrenzung zwischen den Sozialversicherungssystemen beizubehalten, ist es erforderlich, auch § 50 Absatz 1 Satz 1 SGB V aufgrund des Flexirentengesetzes zu aktualisieren.

Änderungsvorschlag

§ 50 Absatz 1 SGB V wird wie folgt angepasst:

„Für Versicherte, die

1. Rente wegen voller Erwerbsminderung oder Vollrente wegen Alters **oder eine Teilrente in Höhe von mindestens 2/3 der Vollrente** aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
2. [...] beziehen, endet ein Anspruch auf Krankengeld vom Beginn dieser Leistungen an; nach Beginn dieser Leistungen entsteht ein neuer Krankengeldanspruch nicht.“

§ 87 Absatz 1 und § 92 Absatz 6a Satz 6 SGB V (Einführung eines digitalen Antrags- und Gutachterverfahrens in der Psychotherapie)

Sachverhalt

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. Die Genehmigung des Therapiekontingents ermöglicht eine Behandlungsplanung, die ein strukturiertes Vorgehen der Therapeut:innen fördert und bei den Patient:innen ein Verständnis für die vorgesehene Behandlung schafft.

Durch die Einführung eines elektronischen Antrags- und Gutachterverfahrens wird für Patient:innen sowie Therapeut:innen gleichermaßen ein sicherer und schneller Behandlungsrahmen geschaffen. Das elektronische Verfahren entbürokratisiert und beschleunigt den Prozess erheblich, wie bereits die sehr positiven Erfahrungen nach der Umstellung im zahnärztlichen Bereich gezeigt haben. Durch die Integration von Plausibilitätsprüfungen durch die Praxissoftware lässt sich außerdem die Zahl der fehlerhaften oder unleserlichen Anträge so gut wie ausschließen. Bei unkomplizierten Erstanträgen ohne erforderliche Begutachtung kann die Zeit bis zur Genehmigung durch die Digitalisierung deutlich verkürzt werden.

Änderungsvorschlag

§ 87 Absatz 1 SGB V werden folgende Sätze angefügt:

„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regeln im Bundesmantelvertrag für Ärzte bis zum 31.12.2024 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 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.“

§ 92 Absatz 6a Satz 6 SGB V ist wie folgt zu fassen:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sämtliche Regelungen zum Antrags- und Gutachterverfahren zu überprüfen, sobald er ein Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2a eingeführt hat.“

Sachverhalt

In der ambulanten Psychotherapie sind vier sehr unterschiedliche Verfahren zugelassen: Systemische Therapie, Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Analytische Psychotherapie. Die Systemische Therapie wurde erst 2020 als Verfahren neu zugelassen. Sie setzt den Schwerpunkt auf den sozialen Kontext psychischer Störungen, insbesondere auf die familiäre Interaktion und das soziale Umfeld der Patientin oder des Patienten. Als neues Verfahren ist sie in der Versorgung derzeit noch völlig unterrepräsentiert. Eine Anpassung der Bedarfsplanungsrichtlinie ist erforderlich. Leider konnten sich die Vertragspartner bis jetzt auf keinen Änderungsmodus verständigen, sodass der Gesetzgeber um Unterstützung gebeten wird. Um auch den systemischen Therapeut:innen sowie den Patient:innen, die mit diesem Verfahren behandelt werden könnten, einen substantziellen Anteil an der Versorgung zu verschaffen, soll sie gefördert werden. Systemische Therapeut:innen sollen daher so lange bei Nachbesetzungen und gleicher Qualifikation bevorzugt ausgewählt werden, bis mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 15 Prozent der regional maßgeblichen Verhältniszahl erreicht ist.

Änderungsvorschlag

Dem Absatz 4 wird folgender Satz 8 angefügt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss wird beauftragt, ab dem 01.01.2025 in den Richtlinien nach Absatz 1 sicherzustellen, dass im Rahmen von Nachbesetzungsverfahren und bei der Besetzung von durch Anpassung der Verhältniszahlen neu entstehenden Sitzen Leistungserbringer nach Satz 1, die überwiegend oder ausschließlich Systemische Therapie erbringen, so lange vorrangig zu berücksichtigen sind, bis mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 15 Prozent der regional maßgeblichen Verhältniszahl erreicht ist.“

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Askanischer Platz 1

10963 Berlin

Tel.: 030/2 69 31 – 0

Fax: 030/2 69 31 – 2900

Politik@vdek.com