

## Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der  
Gesundheitsversorgung in der Kommune  
(Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) für die  
öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des  
Deutschen Bundestages am 13. November 2024.

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

Telefon: 030 9210580-300  
Telefax: 030 9210580-310  
E-Mail: [sozialpolitik@vdk.de](mailto:sozialpolitik@vdk.de)

Berlin, 11.11.2024

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

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

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

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

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

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

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

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

Im Bereich der psychischen Versorgung besteht eine Vielzahl an Herausforderungen. Vulnerable Patientengruppen haben besondere Bedürfnisse. Gleichzeitig muss eine flächendeckende und zielgerichtete Versorgung gesichert werden. Für Kinder und Jugendliche sowie Menschen, die aufgrund ihrer persönlichen und sozialen Lebensumstände benachteiligt sind, soll der Zugang zur Versorgung verbessert werden. Hierzu soll eine separate Bedarfsplanung eingeführt werden. Um die Versorgung der Vulnerablen Gruppen zu verbessern wird ein Ermächtigungstatbestand eingeführt, für Erwachsene mit einer kognitiven Beeinträchtigung (sog. „geistige Behinderung“) oder schwerer Mehrfachbehinderung wird eine korrespondierende Regelung eingeführt. Der Antrag auf Kurzzeittherapie soll vereinfacht werden.

Um die psychologische Versorgung der Bevölkerung langfristig zu sichern soll der psychotherapeutische Nachwuchs stärker gefördert und somit gesichert werden. Hierzu soll eine Anpassung der vergütungsrechtlichen Regelungen für Psychotherapeuten in Weiterbildung und die Weiterbildungsambulanzen erfolgen.

Zur Beschleunigung von Bewilligungsverfahren im Hilfsmittelbereich bei Anträgen von Kindern mit Behinderungen oder von Erwachsenen mit einer kognitiven Beeinträchtigung oder schwerer Mehrfachbehinderung wird das Prüfprogramm der Krankenkassen für solche Hilfsmittelversorgungen eingeschränkt, die von Versicherten beantragt werden, die in regelmäßiger Behandlung in einem sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) oder einem medizinischen Behandlungszentrum für Erwachsene einer kognitiven Beeinträchtigung oder schwerer Mehrfachbehinderung (MZEB) sind.

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

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

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

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

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

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

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

Ein erster Entwurf des GVSG enthielt einige weitere Regelungen, die mittlerweile weggefallen sind. Dazu gehören unter anderem die Regelungen zu den Gesundheitskiosken und den Gesundheitsregionen, sowie Regelungen zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) und zur Pflegebegutachtung.

## **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Von der geplanten Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune ist nicht viel übriggeblieben, außer eine Reform der Hausärztevergütung, einer Stärkung der Psychotherapeutischen Versorgung und des Gemeinsamen Bundesausschusses. Dies ist sehr bedauerlich.

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

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

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

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

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

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

Der VdK begrüßt die Erleichterungen bei der Hilfsmittelversorgung von Kindern mit Behinderungen und von Erwachsenen mit einer kognitiven Beeinträchtigung oder schwerer Mehrfachbehinderung, sieht hier aber noch weiteren Anpassungsbedarf. SPZ und MZEB sind

flächendeckend nicht vorhanden, daher sollte die Hilfsmittelversorgung auch darüber hinaus erleichtert werden.

Außerdem begrüßt der VdK grundsätzlich, dass die psychologische Versorgung von Kindern und Jugendlichen gestärkt werden soll. Die durch das Gesetz getroffenen Regelungen sind jedoch nicht weitgehend genug. Es bedarf insgesamt einer Erhöhung der Kassensitze sowie einer Reform der Bedarfsplanung. Es müssen zudem mehr präventive Maßnahmen geschaffen werden.

## **2. Zu den Regelungen im Einzelnen**

### **2.1. § 10 SGB V-E – Familienversicherung**

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

#### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

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

Grundsätzlich begrüßt der VdK dieses Vorgehen.

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

### **2.2. § 28 Abs. 3 SGB V-E – Ärztliche und zahnärztliche Behandlung**

Die psychotherapeutische Behandlung wird durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführt. Spätestens nach den probatorischen Sitzungen hat der Psychotherapeut vor Beginn der Behandlung den Konsiliarbericht eines Vertragsarztes zur Abklärung einer somatischen Erkrankung sowie, falls der somatisch abklärende Arzt dies für erforderlich hält, eines psychiatrisch tätigen Arztes einzuholen.

Der Einholung eines solchen Konsiliarberichtes bedarf es zukünftig dann nicht, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Überweisung eines Vertragsarztes erfolgt.

Durch diese Regelung soll eine überflüssige Übermittlung von Informationen verhindert werden und unnötiger bürokratischer Mehraufwand vermieden werden. Der G-BA hat seine Richtlinien entsprechend anzupassen.

## **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der VdK begrüßt, dass die verpflichtende Einholung eines Konsiliarberichtes dann entfallen soll, wenn die Behandlung aufgrund einer Überweisung durch einen Vertragsarzt erfolgt. Dies ermöglicht einen schnelleren Therapiebeginn und entlastet Arzt, Therapeut und den Patienten gleichermaßen.

### **2.3. § 33 Abs. 5c SGB V-E – Hilfsmittelversorgung für Kinder und Erwachsene mit Behinderungen**

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

## **Bewertung des Sozialverbands VdK**

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

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

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

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

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

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

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

Der VdK begrüßt die Erleichterungen bei der Hilfsmittelversorgung von Erwachsenen mit einer kognitiven Beeinträchtigung oder schwerer Mehrfachbehinderung. Allerdings sollte auch hier beachtet werden, dass es auch bei MZEB keine flächendeckende Versorgung gibt. Auch sind in MZEB bei weitem nicht alle Fachrichtungen vertreten. Der VdK fordert daher, das Netz von MZEB flächendeckend auszubauen. Alle zentralen Fachrichtungen müssen dort vertreten sein. Es muss einen gesetzlichen Auftrag für eine dauerhafte Behandlung von Menschen mit Behinderungen für die MZEB geben um auf die besonderen Behandlungsbedürfnisse dieser Menschen eingehen zu können; gleichzeitig muss jedoch die freie Arztwahl der Patientinnen und Patienten gewahrt bleiben.

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

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

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

## Bewertung des Sozialverbands VdK

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

### „§ 81 – Satzung

*(6) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung können in ihren Satzungen Regelungen zur Durchführung von Sitzungen ihrer Organe und sonstigen Gremien als digitale Sitzung oder als hybride Sitzung treffen. Hierbei sind die Belange von teilnehmenden Menschen mit Behinderungen zu berücksichtigen.“*

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

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

Hausärzte sollen vor dem Hintergrund einer immer größer werdenden Nachbesetzungsproblematik gestärkt werden. Da sich, gerade im ländlichen Raum, immer weniger junge Ärztinnen und Ärzte finden, die eine Hausarztpraxis übernehmen möchten ist dies zwingend notwendig. Die vorhandenen Kapazitäten der Hausärztinnen und Hausärzte sollen effizient genutzt werden.

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

Bisher konnte für diese Patienten quartalsweise eine Versichertenpauschale sowie eine Chroniker Pauschale abgerechnet werden. Diese wird jedoch nur bei einem quartalsweisen Arzt-Patient-Kontakt ausgezahlt. Von der für diese Fälle eingeführte Wiederholungsverordnung wird bisher jedoch kaum Gebrauch gemacht. Zukünftig soll die Chroniker- und Versichertenpauschale bereits nach einem einzelnen Arzt-Patient-kontakt pro Jahr ausgezahlt werden. Monetäre Anreize zur Überbehandlung werden genommen. Die Chroniker pauschale kann nur für eine einzige Arztpraxis abgerechnet werden. Die Regelung gilt nur für Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben; sie gilt entsprechend nicht für Kinder- und Jugendärzte.

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

Zu den festzulegenden Kriterien sollen insbesondere folgende Anforderungen gehören:

- Eine bedarfsgerechte Versorgung mit Haus- und Pflegeheimbesuchen,





- bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten, je nach Praxissitz auch nach 19 Uhr,
- die vorrangige Erbringung von Leistungen aus dem hausärztlichen Fachgebiet,
- eine Mindestanzahl an zu versorgenden Versicherten je Arzt und Quartal,
- die regelmäßige Aktualisierung des elektronischen Medikationsplans sowie
- die regelmäßige Nutzung von Anwendungen der Telematikinfrastruktur inklusive einer regelmäßigen Pflege der elektronischen Patientenakten
- eine Mindestzahl von zu versorgenden Patienten je Arzt und je Quartal,

Die Regelungen sind so zu gestalten, dass es weder zu Mehr- noch zu Minderausgaben für die Gesetzliche Krankenversicherung kommt. So soll die Hausärztliche Versorgung gestärkt werden, ohne, dass Geld aus dem System gezogen wird,

Kinder und Jugendärzte sind von den Regelungen zur Vorhaltepauschale Auszunehmen.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

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

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

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

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

Auch durch die Änderung des § 87a SGB V soll die hausärztliche Versorgung gestärkt werden. Hausärztinnen und Hausärzte sind in der Regel die ersten Ansprechpersonen bei Erkrankungen für die Versicherten. Sie sind in der Lage, einen überwiegenden Teil der medizinischen Beschwerden kompetent und schnell zu behandeln. Gleichzeitig sollen sie als Lotsen im Gesundheitssystem fungieren und die Patienten im Bedarfsfall an den richtigen Facharzt verweisen. Zudem helfen die Hausärzte dabei, die Inanspruchnahme teurer

Versorgungsstrukturen, wie den Notaufnahmen in den Krankenhäusern, zu verringern. Die Berufsausübung des Hausarztberufes soll daher finanziell attraktiver ausgestaltet werden.

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

Zudem wird der Begriff des hausärztlichen Leistungsbedarfes eingeführt. Dieser ergibt sich aus der Summe der von allen Hausärzten erbrachten und abgerechneten Leistungen. Über das Einfließen des hausärztlichen Leistungsbedarfes in den EBM soll sichergestellt werden, dass die Entbudgetierung nicht zu Lasten anderer Arztgruppen erfolgt.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Die Abschaffung der Budgetierung für GKV Leistungen ist eine Grundposition des VdK. Daher begrüßt der VdK die Umsetzt dieser Forderung im Teilbereich der hausärztlichen Versorgung.

Grundsätzlich setzt sich der VdK für die Abschaffung jeglicher Budgetierung von GKV-Leistungen ein.

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

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

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

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

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

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) berät den G-BA bereits heute zur Vorbereitung seiner Beschlüsse über die Arzneimittelrichtlinie. Ebenso berät die AkdÄ den G-BA aufgrund von Aufträgen zu arzneimitteltherapeutischen und pharmakologischen Fragestellungen im Zusammenhang mit der gerichtlichen Überprüfung von Regelungen der



Arzneimittel-Richtlinie über alle Regelungsbereiche hinweg, insbesondere zu Therapiehinweisen und Festbetragsgruppenbildungen. Die AkdÄ lässt dazu von Sachverständigen der medizinischen Wissenschaft und Praxis Stellungnahmen zu den arzneimitteltherapeutischen und pharmakologischen Fragen erstellen und unterstützt die Sachverständigen bei der Wahrnehmung ihrer Gutachtertätigkeit.

Daher soll diese Kooperation gesetzlich verankert und ein offizieller, allgemeiner Auftrag erteilt werden. Der AkdÄ sollen Aufwendungen ersetzt werden, die sie im Zusammenhang mit der Vorbereitung, Förderung oder der Nachwirkung der Beratungstätigkeit des G-BA und der Vorhaltung von Ressourcen personeller und sächlicher Art hat. Das Nähere vereinbart der G-BA mit der AkdÄ.

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

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

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

Den Pflegeberufen wird ein Antrags- und Mitberatungsrecht eingeräumt.

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

Die Patientenvertretung erhält ein temporäres Vetorecht im Beschlussgremium des gemeinsamen Bundesausschusses. Damit kann die Patientenvertretung eine Beschlussfassung einmalig verhindern und eine weitere Beratung der Thematik bewirken.

Eine weitere Ablehnung führt nicht zu einer weiteren Hemmung des Beschlusses, es sei denn, der Beschlussgegenstand wurde maßgeblich geändert. Das Votum ist einheitlich abzugeben.

Der G-BA wird beauftragt innerhalb von sechs Monaten das Verfahren zur Durchführung einer psychotherapeutischen Kurzzeittherapie weiter zu vereinfachen. Derzeit umfasst die Kurzzeittherapie in der Psychotherapie insgesamt 24 Therapieeinheiten, deren Beantragung bisher in zwei Schritten für jeweils ein Kontingent von zwölf Therapieeinheiten erfolgt. Eine Mehrzahl der Patienten bedarf mehr als zwölf Therapieeinheiten und ist insoweit auf ein zweites Kurzzeittherapiekontingent angewiesen. Das Stellen eines zweiten Antrages sorgt für unnötige Bürokratie. Durch das Verzicht auf den zweiten Antrag, soll diese Bürokratie nun abgebaut werden.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Der VdK befürwortet die Klarstellung, nach der Sitzungen des Gemeinsamen Bundesausschusses auch in digitaler oder hybrider Form durchgeführt werden können. Dies ist eine konsequente Umsetzung der gelebten Praxis und erleichtert die Koordination der Arbeit des G-BA. Der VdK präferiert jedoch eine präzisere Formulierung, nach der bei der Durchführung von Sitzungen auch auf die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen eingegangen werden muss, vgl. Absatz 2.4.

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

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

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

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

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

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

Andererseits enthält der Gesetzentwurf auch keine Stärkung der Patientenvertretung allgemein. Eine solche Stärkung ist für die Patientenvertretung, die zum großen Teil ehrenamtlich besetzt ist, dringend erforderlich um die Wahrnehmung des gesetzlichen Mitberatungsrechts zu gewährleisten. Zu dieser Stärkung gehören insbesondere folgende Maßnahmen:

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

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

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

Die Sprecherinnen und Sprecher der Patientenvertretung in den Unterausschüssen des G-BA müssen personell unterstützt und besser finanziell entschädigt werden. Die Sprecherinnen und Sprecher nehmen eine zentrale Rolle für das gesetzliche Mitberatungsrecht ein. Sie müssen nicht nur inhaltlich zahlreiche Beratungsvorgänge steuern, allein schon die Koordinierung für

die Besetzung der Arbeitsgruppen mit Patientenvertretern und der Inhalte bedarf eines hohen Zeitaufwandes. Dafür muss es mehr Unterstützung und Entschädigung geben.

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

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

Der VdK begrüßt, dass das Verfahren zur Durchführung einer psychotherapeutischen Kurzzeittherapie zeitnah angepasst werden soll und eine zusätzliche Genehmigung bei einem fortbestehenden Therapiebedarf entfällt. Dies entlastet sowohl den Therapeuten, der seinen Kapazitäten so für weitere Therapiesitzungen erweitern kann, als auch die Patienten, die nicht mehr bangen muss, ob die Therapie weiterhin genehmigt wird.

## **2.8. Regulierung von Medizinischen Versorgungszentren (§§ 95 Abs. 2 und 3 SGB V-E)**

Durch die Änderungen soll eine Erleichterung der Zulassungsvoraussetzungen für MVZ in der Rechtsform der GmbH insbesondere für Kommunen erreicht werden. Aus kommunalrechtlichen Gründen haben die bisherigen Regelungen die Gründung von kommunalen MVZ erschwert. Die erleichterten Regelungen gelten dabei jedoch auch für nicht-kommunale MVZ.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

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

Weiterhin reichen die vorgesehenen Maßnahmen nicht aus, um Fehlentwicklungen durch sogenannte investorengetragene MVZ zu vermeiden. In einer Studie des iGES Instituts für die KV Bayern wurden 178 Millionen Datensätze von Behandlungsfällen von knapp 12 Millionen Patienten aus den Jahren 2018 und 2019 ausgewertet. Es wurde untersucht, ob Unterschiede im Leistungsgeschehen in MVZ und insbesondere in MVZ im Besitz von Private Equity Gesellschaften im Vergleich zu Einzelpraxen und Berufsausübungspraxen bestehen.

In der Auswertung war insbesondere das höhere Honorarvolumen, das MVZ insgesamt abrechnen auffällig<sup>1</sup>. Über alle Behandlungsanlässe hinweg fällt das Honorarvolumen im

---

<sup>1</sup> iGES „Investorengetragene MVZ in Bayern: höhere Honorarumsätze als Einzelpraxen“, 12. April 2022. Abgerufen im Juli 2024 von [https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2022/mvz-in-bayern/index\\_ger.html](https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2022/mvz-in-bayern/index_ger.html)

Schnitt 5,7 Prozent höher aus, als in Einzelpraxen. Bei MVZ im Eigentum von Investoren sind es 10,4 Prozent mehr je Arztgruppe. „Nach Einschätzung der IGES-Studienautoren weisen MVZ und Private Equity MVZ in einigen Fachrichtungen bereits eine erhebliche Bedeutung auf. Das vom Gesetzgeber angestrebte Ziel, den Zugang von Finanzinvestoren in die ambulante vertragsärztliche Versorgung zu begrenzen, werde demnach bisher verfehlt [...].“

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

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

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

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

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

## 2.9. § 101 SGB V-E – Überversorgung

Es wird eine neue bedarfsplanungsrechtliche Arztgruppe gebildet. Diese umfasst psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln. Die gesonderte Bepflanzung dieser Arztgruppe soll zukünftig eine zielgenauere Steuerung der Niederlassungsmöglichkeiten ermöglichen, um den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung für Kinder und Jugendliche flächendeckend zu verbessern. Zudem soll so einem etwaigen Mehrbedarf durch die COVID-19-Pandemie Rechnung getragen werden.

## **Bewertung des Sozialverbands VdK**

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

### **2.10. § 117, SGB V-E – Hochschulambulanzen sowie § 120 Abs. 2 SGB V-E – Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen**

Für Ambulanzen, die nach Landesrecht für die Weiterbildung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder Ärztinnen und Ärzten in psychotherapeutischen Fachgebieten zugelassen sind, wird die Legaldefinition der Weiterbildungsambulanzen eingeführt.

Für Weiterbildungsambulanzen wird die Möglichkeit geschaffen, ihre Vergütungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzklassen zu vereinbaren.

Weiterbildungsambulanzen erhalten ihre Vergütungen unmittelbar von den Krankenversicherungen; damit werden sie den bereits benannten Hochschulambulanzen, psychiatrischen Institutsambulanzen, sozialpädiatrischen Zentren und den medizinischen Behandlungszentren gleichgestellt.

Da in Weiterbildungsambulanzen die Leistungen durch Weiterbildungsteilnehmende erbracht werden, die im Rahmen ihrer Weiterbildung neben der Behandlung von Patientinnen und Patienten weitere Lerninhalte auferlegt bekommen haben, die nicht in die Zuständigkeit des Bundes fallen, sind klare Abgrenzungen für die zu vergütenden Leistungen erforderlich.

## **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Es ist dringend notwendig, dass die Finanzierung der Ausbildung junger Psychotherapeutinnen und -therapeuten gesichert wird. Durch die derzeitige Regelungslücke und die Umstellung der Psychotherapeutenausbildung ergibt sich eine versorgungsgefährdende Problematik, die dafür sorgen könnte, dass knapp 10.000 (je nach Schätzung mehr oder weniger) junge Psychologinnen und Psychologen ihre Fachweiterbildung zur Therapeutin/zum Therapeuten nicht beginnen können.

Daher begrüßt der VdK ausdrücklich, dass dieses Problem nun endlich angegangen wird. Der VdK ist zuversichtlich, dass die vorgeschlagenen Regelungen die Finanzierungslücke in der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung geschlossen werden kann, die abschließende finanzielle Bewertung muss jedoch durch die Fachverbände und Kammern der Psychotherapeuten getroffen werden.

### **2.11. § 119 c SGB V-E – Medizinische Behandlungszentren**

Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer kognitiven Beeinträchtigung intellektuell beeinträchtigt sind, haben im Bereich der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung besondere Bedürfnisse. Gleichzeitig ist für sie der Zugang zu Versorgungsangeboten erschwert. Diese Versorgungslücke soll nun geschlossen werden, indem die gesetzlichen Vorgaben für medizinische Behandlungszentren zur Zusammenarbeit mit Leistungserbringern und weiteren Einrichtungen spezifiziert werden. Zukünftig sollen auch



Kooperationsvereinbarungen mit geeigneten Ärzten und Psychotherapeuten abgeschlossen werden. Zuvor ist jedoch eine Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss notwendig.

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung haben in gleichem Maße Anspruch auf eine psychotherapeutische Versorgung wie der Rest der Bevölkerung. Diesem Bedarf wird jedoch derzeit nicht ausreichend Rechnung getragen. Der Zugang zu einer psychotherapeutischen Versorgung ist für Menschen mit Behinderung häufig erschwert.

Aus diesem Grund begrüßt es der VdK, dass der Zugang nun über MZEB erleichtert werden soll.

Nichtsdestotrotz muss das gesamte Gesundheitssystem barrierefrei gestaltet sein, damit auch Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung, die sich nicht in der Behandlung in einem MZEB befinden, einen niederschweligen Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung haben. Der VdK verweist in diesem Zusammenhang auch auf die Regelungen und Selbstverpflichtungen der UN BRK hin.

## **2.12. § 197a SGB V-E – Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen**

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

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

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

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

Der GKV SV wird beauftragt, dem BMG ein Konzept zum Aufbau einer zentralen bundesweiten Datenbank (Betrugspräventionsdatenbank) vorzulegen, die den Krankenkassen Hinweise über Sachverhalte oder Auffälligkeiten gibt, die auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen hindeuten. Hierzu ist ein externes Gutachten vorzulegen.

## **Bewertung des Sozialverbands VdK**

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

### **2.13. § 217f SGB V-E – Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen**

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

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

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

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

Zudem sind verbindliche Vorgaben zur Transparenz über die Qualität des Beschwerdemanagements festzulegen. Dies beinhaltet auch die Ergebnisse von Beschwerden und ihrer Bearbeitung, Klagen und deren Urteile sowie anderweitig ausgegangene Verfahren, die beispielsweise in einem Vergleich geendet haben.

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

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

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) erstellt mit den Rehabilitationsträgern seit 2019 jährlich einen Teilhabeverfahrensbericht. Der GKV SV soll sich daher mit der BAR abstimmen, um eine Doppelerfassung zu vermeiden.

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

Um die Qualität des Verfahrens sicherzustellen, hat der GKV-SV auf seine Kosten eine fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtung mit der externen Evaluation der Richtlinie sowie ihrer Umsetzung zu beauftragen.

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

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

### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

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

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

Wegen dieser grundsätzlichen Ablehnung des Krankenkassen-Wettbewerbs kann der VdK der Vergleichsplattform aus grundsätzlichen Überlegungen nicht zustimmen. Bis zur Umsetzung

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

Der VdK begrüßt, dass seine Anmerkung, keine Doppelstrukturen oder Doppelerfassungen mit den Kennzahlen, die an die Bundesarbeitsgemeinschaft zur Rehabilitation (BAR) für den Teilhabeverfahrensbericht nach dem SGB IX geliefert werden müssen, aufgebaut werden, durch den Gesetzgeber übernommen wurde.

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

#### **2.14. § 226 SGB V-E – Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtiger Beschäftigter**

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

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

#### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

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

#### **2.15. § 274 SGB V-E – Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung**

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

Es handelt sich um eine Rückkehr zum Rechtsstand vor 2020.

## **Bewertung des Sozialverbands VdK**

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

## **3. Fehlende und gestrichene Regelungen**

### **3.1. Gesundheitskioske**

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

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

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

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

### **3.2. Homöopathische und Anthroposophische Leistungen**

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

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

### 3.3. Heilmittel

Das Gesundheitssystem ist geprägt von einem Fachkräftemangel. Daher ist eine interprofessionelle Arbeit im Gesundheitssystem wichtiger denn je. Aus diesem Grund weist der VdK darauf hin, dass die Blankoverordnung im Bereich der Heilmittelerbringung nach § 125a SGB V stärker als bisher genutzt werden sollten.

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

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

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

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

### 3.4. Bonusprogramm für ein gesundheitsbewusstes Verhalten (§ 65a SGB V)

Ehemals im Entwurf des GVSG enthalten war eine Regelung zum einem Bonusprogramm für gesundheitsbewusstes Verhalten von Versicherten. Versicherte sollten für die Teilnahme an einer hausarztzentrierten Versorgung mit einem Bonus von mindestens 30 Euro belohnt werden. Das Ziel war die Steigerung der Attraktivität des Hausarztes.

Die Krankenversicherungen sollten nach drei Jahren nachweisen, ob sich durch dieses Bonussystem Einsparungen und Effizienzsteigerungen erzielen lassen. Bei einem negativen Ausgang der Evaluierung hätte das Bonusprogramm wieder gestrichen werden sollen.

#### **Bewertung des Sozialverbands VdK**

Grundsätzlich befürwortet der Sozialverband VdK Deutschland das Konzept einer hausarztzentrierten Versorgung.

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

Für Menschen, die nicht wissen, wie das Gesundheitssystem funktioniert oder bisher nie auf die Leistungen des Systems angewiesen waren, hätten Lotsenstellen, wie sie mit den



gestrichenen Gesundheitskiosken vorgesehen waren, eine gute erste Anlaufstelle sein können. Der VdK fordert daher mindestens, die Lotsenstellen in bereits existierende Strukturen, wie Gesundheitsämter, Hausarztpraxen oder Apotheken einzugliedern. Der hierdurch zu erwartende positive Effekt auf die Patientensteuerung sollte nicht unterschätzt werden.

In jedem Fall sollte eine Steuerungsmaßnahme ergriffen werden. Der VdK bedauert, dass es diese Systeme nicht mehr in den Entwurf geschafft haben und fordert, wenigstens ein solches Steuerungssystem wieder aufzunehmen und zu implementieren.