

**Stellungnahme**  
**der Interessengemeinschaft**  
**Betriebliche Krankenversicherung e.V.**  
**zum**  
**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesund-**  
**heitsversorgung in der Kommune**  
**(Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz –**  
**GVSG)**  
**vom 29.05.2024**

**Interessengemeinschaft**  
**Betriebliche Krankenversicherung e.V. (IG BKV e.V.)**  
**Albrechtstraße 22**  
**10117 Berlin**

## A. Vorbemerkung

Die Interessengemeinschaft Betriebliche Krankenversicherung e.V. (BKV e.V.) begrüßt ausdrücklich, dass mit dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) die Missbrauchsmöglichkeiten der Flexirente zulasten der Solidargemeinschaft in der GKV und der Pflegeversicherung beseitigt werden, indem der Wechsel aus der privaten Krankenversicherung in die Familienversicherung durch das Absenken der Altersrente auf eine Teilrente zukünftig untersagt wird.

Die Mitarbeitenden unserer unternehmensnahen Betriebskrankenkassen betreuen die Beschäftigten der Trägerunternehmen und ihre Familienangehörigen als Kunden. Ihre Beratung und Unterstützung folgt dem Grundsatz „von Kollege/in zu Kollege/in“ und dem Anspruch, den Angestellten aus den Trägerunternehmen den bestmöglichen Service für eine optimale Gesundheitsversorgung zu bieten. Der BKV e.V. unterstützt daher uneingeschränkt alle gesetzlichen Änderungen, die die Gesundheitskompetenz der Versicherten stärken und die Transparenz über die Beratungs- und Serviceangebote der Kranken- und Pflegekassen verbessern.

Bedauerlicherweise sind die im Entwurf enthaltenen Änderungen nicht an dem Informations- und Unterstützungsbedarf ausgerichtet, der bei einer Erkrankung oder im Pflegefall bei Versicherten oder Angehörigen entsteht. Welchen Informationsbedarf liefert das Auszählen von Leistungsanträgen oder Widersprüchen und das Ausweisen von Quoten zu Ablehnung und Genehmigung? Ist eine geringe Ablehnungsquote ein Indikator für eine großzügige Prüfungspraxis oder das Ergebnis einer guten Unterstützung durch die Kasse? Und was sagt eine hohe Ablehnungsquote aus, wenn Kassen nach den geltenden Vorschriften über Leistungsanträge entscheiden?

Gänzlich ungeeignet zur Beurteilung der Servicequalität sind die geplanten Datenerhebungen zur Digitalisierung. Die Termine für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte oder der Patientenakte sind gesetzlich geregelt und die Versicherten entscheiden, ob und in welchem Umfang sie die Angebote nutzen möchten. Was folgt unter diesen Bedingungen aus einer geringen Nutzung der Angebote? Gibt es technische oder datenschutzrechtliche Bedenken, sind die Angebote technisch unzureichend umgesetzt oder haben gesunde Versicherte schlichtweg keinen Bedarf an den Angeboten?

Im Ergebnis ist festzuhalten, dass die im Gesetzentwurf vorgesehenen Indikatoren weder geeignet sind die Servicequalität einer Krankenkasse zu messen noch die Gesundheitskompetenz der Versicherten zu stärken.

Mit dem Entwurf soll die finanzielle Attraktivität der hausärztlichen Tätigkeit gesteigert werden, indem die Vergütung entbudgetiert wird. Der BKV e.V. lehnt eine Entbudgetierung nachdrücklich ab.

Der Bundesrechnungshof stellt 2023 zur Entbudgetierung fest: „Der Bundesrechnungshof sieht keine konkreten Anhaltspunkte dafür, dass damit insgesamt die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Versorgung der Versicherten maßgeblich verbessert würde. Der medizinisch notwendige Behandlungsbedarf der Versicherten als Ausgaben steuerndes Kriterium würde im hausärztlichen Bereich vollständig abgeschafft. Zuvor sollten deshalb bestehende Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgungsqualität genutzt werden. Zudem wäre eine Entbudgetierung auf Regionen mit erheblichen Versorgungsproblemen zu beschränken und der Erfolg der Maßnahme fortwährend zu überprüfen. Andernfalls wäre es gerade auch mit Blick auf die angespannte finanzielle Lage der GKV nicht zu rechtfertigen, bewährte Ausgaben steuernde Instrumente abzuschaffen.“

Die ergänzenden Maßnahmen zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung widersprechen sich in ihrer Wirkung und ihren Zielen. Sie führen lediglich zu Mehrausgaben der GKV, ohne dass die Qualität der Versorgung verbessert wird.

So wird der Bewertungsausschuss mit einer Überarbeitung der Vorhaltepauschale beauftragt, die die Voraussetzungen zur Abrechnung der Pauschale konkretisiert. Insbesondere soll der Bewertungsausschuss die bedarfsgerechte Erbringung von Haus- und Pflegeheimbesuchen und bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten auch nach 19 Uhr konkretisieren. Darüber hinaus soll der Bewertungsausschuss berücksichtigen, dass die Hausarztpraxen primär Leistungen erbringen, die zum Kern des hausärztlichen Fachgebietes gehören, zum Beispiel die Versorgung von geriatrischen Patienten und die palliativmedizinische Versorgung. Der Ausschuss soll überdies eine Mindestanzahl von zu versorgenden Patienten je Arzt und je Quartal festschreiben.

Diese Änderungen werden Praxen, die die Vorhaltepauschale abrechnen wollen, zu einer deutlichen Steigerung der Arzt-Patienten-Kontakte zwingen. Praxen, die die Voraussetzungen nicht oder nur teilweise erfüllen, können die Pauschale nicht oder nur anteilig abrechnen.

Gleichzeitig plant der Gesetzgeber die Einführung einer jährlichen Versorgungspauschale zur Versorgung chronisch kranker PatientInnen. Diese Pauschale soll die Arzt-Patienten-Kontakte minimieren, im besten Fall auf einen Arzt-Patienten-Kontakt pro Jahr, und so die Praxen entlasten. Dabei soll die Praxis **regelmäßig, einmal jährlich** die elektronische Patientenakte und den Medikationsplan aktualisieren und so die Versorgung sichern.

Die neuen Vorhalte- und Versorgungspauschalen sollen so berechnet werden, dass es weder zur Mehr- noch zu Minderausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung kommt. Im Kern schafft der Gesetzgeber mit diesen Änderungen allerdings erhebliche finanzielle Anreize zur Patientenakquise zu Lasten chronisch kranker Patienten. In

Stellungnahme der IG BKV e.V. vom 29. Mai 2024 Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG

Kombination mit der Entbudgetierung wird dies zu erheblichen Mehrausgaben der GKV führen, ohne dass die Versorgung verbessert wird.

## **B. Stellungnahme zu den einzelnen Regelungen des Gesetzesentwurfs**

### **Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

Nummer 1

#### **§ 10 Absatz 1 Versicherung der Familienangehörigen**

**a) Beabsichtigte Neuregelung**

Die Regelung stellt sicher, dass zukünftig privat krankenversicherte Rentnerinnen und Rentner nicht mehr durch ein gezieltes, temporäres Absenken ihres Rentenzahlungsbetrags Zugang zur GKV über ihre Ehegattin und Ehegatten erhalten. Die Regelung sichert die Abgrenzung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung und dient dem Schutz der Solidargemeinschaft. Mit der Regelung wird sichergestellt, dass Personen, die sich zu Zeiten ihres Erwerbslebens gegen die solidarische Beitragstragung in der GKV entschieden haben, nicht im Alter in die GKV wechseln, umso von den günstigeren Beiträgen zu profitieren.

**b) Stellungnahme**

Die Änderung ist sachgerecht.

**c) Änderungsvorschlag**

**Keiner.**

## Nummer 6

### **§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte**

#### **a) Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Vorschrift wird der Bewertungsausschuss verpflichtet, eine einmal jährlich abrechnungsfähige Versorgungspauschale, die bei der Behandlung eines Versicherten, bei dem mindestens eine lang andauernde, lebensverändernde Erkrankung vorliegt, die einer kontinuierlichen Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel bedarf, abzurechnen. Die Versorgungspauschale ist je Versicherten einmal innerhalb von vier aufeinanderfolgenden Kalendervierteljahren durch eine Arztpraxis abrechnungsfähig, unabhängig von der Anzahl und Art weiterer Kontakte des Versicherten in der Arztpraxis.

#### **b) Stellungnahme**

Begründet wird die geplante Änderung durch den Fachkräftemangel im Zusammenhang mit der demographischen Entwicklung der Versichertengemeinschaft. Die Regelung soll dazu führen, dass die Kapazitäten der Hausärztinnen und Hausärzte effizient genutzt werden, indem quartalsweise Arzt- und Praxis-Patienten-Kontakte, die aus medizinischer Sicht nicht erforderlich sind, zur Entlastung der Praxen vermieden werden.

Nach den geltenden Regelungen im Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) können für chronische Patienten in jedem Quartal die Versichertenpauschale sowie eine Chronikerpauschale abgerechnet werden, wobei Letztere einen Arzt- und Praxis-Patienten-Kontakt pro Quartal in mindestens drei Quartalen voraussetzt. Nach Einschätzung des Gesetzgebers setzt der EBM hierdurch für die Hausärzte finanzielle Anreize für sehr häufige und medizinisch nicht immer notwendige persönliche Arzt-Patienten-Kontakte. Um diesen Anreiz zu vermeiden, soll im EBM für diese Patienten eine Jahrespauschale die quartalsweise Vergütung ersetzen.

Der BKV spricht sich sehr nachdrücklich dafür aus, Fehlanreize und daraus resultierende Fehlversorgung im EBM zu beseitigen. Hierzu würde es allerdings ausreichen, die geltende Pauschale auf eine einmalige Abrechnung pro Jahr zu beschränken. So wird der medizinische Versorgungsbedarf sachgerecht vergütet.

Mit der nun geplanten neuen Berechnung wird die Pauschale absehbar deutlich angehoben. Im Zusammenspiel mit der Entbudgetierung wird dies zu erheblichen Steigerungen der gesetzlichen Krankenkassen im Bereich der hausärztlichen Vergütung führen.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob nicht mit der neuen Regelung negative Fehlanreize zur Unterversorgung von chronischen Patienten geschaffen werden, denn nach einer Einmalvergütung besteht kein weiterer finanzieller Anreiz zur ärztlichen Versorgung. Hausärzte, die Patientenkontakte zur Maximierung ihres Einkommens optimieren, werden entsprechend im Praxisalltag verfahren.

Sicher ist, dass eine jährliche Versorgungspauschale überhaupt keinen Einfluss auf die Entscheidung junger Ärzte/Innen zur Niederlassung hat. Das Nachbesetzungsproblem in der hausärztliche Versorgung wird dementsprechend durch die Änderung nicht gelöst.

**c) Änderungsvorschlag**

**Die Einführung der Versorgungspauschale und die damit zusammenhängenden Folgeänderungen sind zu streichen.**

Nummer 7 c

## **§ 87a Absatz 3c**

### **Regionale Euro - Gebührenverordnung,**

### **Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten**

#### **a) Beabsichtigte Neuregelung**

Der Gesetzgeber will zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Versorgung die hausärztliche Versorgung stärken. Hierfür soll die allgemeine hausärztliche Versorgung dauerhaft finanziell attraktiver ausgestaltet werden. Damit soll auch dem zunehmenden Bedarf für den hausärztlichen Nachwuchs begegnet werden.

Hierzu werden mit Absatz 3c die Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung von mengenbegrenzenden oder honorarmindernden Maßnahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und der Honorarverteilung ausgenommen (Entbudgetierung). Absatz 3c sieht nun vergleichbare Regelungen für die Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung, die im dritten Kapitel des EBM abgebildet sind, einschließlich der hausärztlich durchgeführten Hausbesuche, vor.

#### **a) Stellungnahme**

Der Bundesrechnungshof hat im Jahr 2023 die Entbudgetierung der hausärztlichen Vergütung bewertet. Er kommt zu dem Ergebnis, dass eine Entbudgetierung nicht zielführend ist. Der Bundesrechnungshof bezweifelt, dass mit einer generellen Entbudgetierung die hausärztliche Versorgungsqualität signifikant erhöht wird. Für diesen nicht erkennbaren Nutzen wird andererseits die Mengen- und Ausgabensteuerung der MGV im gesamten hausärztlichen Bereich abgeschafft.

Die Budgetierung verfolgt das Ziel, dem Wirtschaftlichkeitsgebot Rechnung zu tragen und Versicherte vor nicht erforderlicher Leistungserbringung zu schützen. Ohne Budgetierung wird die Versorgung weniger gesteuert. Zudem werden Fehlansätze in der vertragsärztlichen Versorgung begünstigt. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass auch fachärztliche Leistungserbringende eine Aufhebung ihrer Budgetierung fordern.

Selbst wenn es dem Gesetzgeber gelingt, die Budgetierung im fachärztlichen Bereich aufrechtzuerhalten, führt die geplante Entbudgetierung im hausärztlichen Bereich zu jährlichen Mehrausgaben der GKV von bis zu 300 Millionen Euro, ohne dass die Versorgung im ärztlichen Bereich verbessert wird.



Stellungnahme der IG BKV e.V. vom 29. Mai 2024 Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG

- b) Änderungsvorschlag**  
**Die Entbudgetierung und die damit zusammenhängenden Folgeänderungen sind zu streichen.**

Nummer 24 b

## **§ 217f Absatz 4 Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen**

### **b) Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der geplanten Änderung wird der GKV-Spitzenverband verpflichtet, Richtlinien zur Messung des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs der Krankenkassen zu erlassen. Ziel der Richtlinie ist, den Versicherten der Krankenkassen Transparenz darüber zu schaffen, wie die Krankenkassen ihre Versicherten im Krankheitsfall durch Aufklärung, Beratung und Leistungen unterstützen. Hierzu soll die Zahl der Leistungsanträge, insbesondere für Hilfsmittel, Rehabilitation und Zahnersatz der einzelnen Krankenkassen erfasst und ausgewiesen werden. Dargestellt werden soll ebenfalls die Anzahl der genehmigten beziehungsweise abgelehnten Anträge.

Weiterhin sollen kassenbezogen die Bearbeitungsdauer für Anträge ausgewiesen werden sowie die Anzahl von Widerspruchs- und Klageverfahren und Transparenz über die Qualität des Beschwerdemanagements geschaffen werden.

### **c) Stellungnahme**

Die angedachten Änderungen sind nicht an dem Informations- und Unterstützungsbedarf ausgerichtet, der bei einer Erkrankung oder im Pflegefall bei Versicherten oder Angehörigen entsteht.

Das Auszählen von Leistungsanträgen oder Widersprüchen und das Ausweisen von Quoten zu Ablehnung und Genehmigung sagt nichts über die Art und die Qualität der Unterstützung durch die Krankenkasse aus.

Ist eine geringe Ablehnungsquote ein Indikator für eine großzügige Prüfungspraxis oder das Ergebnis einer guten Unterstützung durch die Kasse? Eine hohe Ablehnungsquote ergibt sich zwangsläufig, wenn Kassen nach den geltenden Vorschriften über Leistungsanträge entscheiden, die nicht berechtigt sind.

Ungeeignet zur Beurteilung der Servicequalität sind ebenfalls die geplanten Datenerhebungen zur Digitalisierung. Die Termine für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte oder der Patientenakte sind gesetzlich geregelt. Die Versicherten entscheiden, ob und in welchem Umfang sie die Angebote nutzen möchten.

Eine geringe Nutzung der Angebote kann vielfältige Gründe haben: Technische oder datenschutzrechtliche Bedenken der Versicherten ebenso wie mangelndes Interesse an diesen Angeboten, insbesondere bei gesunden Versicherten.

Stellungnahme der IG BKV e.V. vom 29. Mai 2024 Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG

Im Ergebnis ist festzuhalten, dass die vorgesehenen Indikatoren weder geeignet sind die Servicequalität einer Krankenkasse zu messen noch die Gesundheitskompetenz der Versicherten zu stärken.

**d) Änderungsvorschlag**

**Diese Richtlinien zur Messung des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs und die Folgeänderungen sind zu streichen.**