

STELLUNGNAHME  
BKK DACHVERBAND E.V.

---

vom 24.02.2023

---

**zum Entwurf eines Fünfzehnten Gesetzes  
zur Änderung des Fünften Buches Sozial-  
gesetzbuch – Stiftung Unabhängige Pati-  
entenberatung Deutschland  
sowie zu einigen Änderungsanträgen**

# Inhalt

KOMMENTIERUNG .....	3
Unabhängige Patientenberatung Deutschland	3
Änderungsantrag Nr. 2: Aussetzung der Budgets in der ambulanten Kinderheilkunde	4
Änderungsantrag Nr. 3: Prävention in Lebenswelten - §20a	6

## KOMMENTIERUNG

Der aktuelle Koalitionsvertrag sieht vor, die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) in einer dauerhaften, staatsfernen und unabhängigen Struktur zu organisieren und damit zu verstetigen. Der vorliegende Entwurf eines Fünfzehnten Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuchs – Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland intendiert, dieses Vorhaben umzusetzen.

Ferner wird der Gesetzentwurf dafür genutzt, weitere, fachfremde Themen zu regeln. Folgend finden Sie die Bewertung aus Sicht der Betriebskrankenkassen:

### Unabhängige Patientenberatung Deutschland

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen kann eine unabhängige und glaubwürdige Informations- und Beratungsstelle mit Blick auf sämtliche gesundheitliche und gesundheitsrechtliche Fragen eine Ergänzung sein zu den vielen, auch von Krankenkassen bereits etablierten Beratungs- und Informationsangeboten. In Abgrenzung zu den bestehenden Beratungs- und Informationsstrukturen im Sinne ihrer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe und zur Vermeidung von Doppelstrukturen kann die neu aufgestellten UPD Problemlagen aufzeigen und angehen.

Die im Gesetzentwurf genannten Aufgaben und Ziele der UPD, niedrigschwellig, bürgernah, zielgruppengerecht, qualitätsgesichert und barrierefrei bundesweite und regionale Informations- und Beratungsangebote aufzubauen und zu erbringen, zeigen jedoch die unklare Rolle der UPD auf. Dies birgt die **Gefahr der Schaffung redundanter Strukturen** – insbesondere mit Blick auf die Abgrenzung zu den Pflichten der Beratung und Information durch gesetzliche Krankenkassen (SGB V & SGB XI). Dies gilt es zu vermeiden

Nachvollziehbar ist ferner, dass der GKV Spitzenverband beim Aufbau der UPD als Stiftung hinzugezogen wird und damit sein Know-How aus der bisherigen Funktion einbezogen wird. Hingegen sollte die **Stiftungsgründung** vor dem Hintergrund, dass es sich hier um eine **gesamtgesellschaftliche Aufgabe** handelt, nicht dem GKV Spitzenverband und damit dem Beitragszahler übertragen werden. Dies ist eine staatliche Aufgabe, gerade auch, um die im Koalitionsvertrag benannten Ziele der Unabhängigkeit, der Staatsferne sowie der Dauerhaftigkeit unter Beteiligung der maßgeblichen Patientenorganisationen stringent umzusetzen.

Abzulehnen ist die geplante Organisation und Finanzverantwortung in und für die UPD: Während die GKV über den GKV Spitzenverband mittels einer Zwangsabgabe in Höhe von 93 Prozent der UPD finanzieren soll, spiegelt sich dies weder in der Aufgabenbeschreibung, noch im Stimmrecht oder den Entscheidungshoheiten wieder.

Ersteres ist unzulässig: Bereits im Zusammenhang der Finanzierung der BzGA wurde gerichtlich (Bundessozialgericht vom 18.05.2021 (B 1 A 2/20 R)) festgestellt, dass die **Finanzierung von Aufgaben Dritter durch die GKV unzulässig** ist. Geldmittel der GKV sind allein zur Finanzierung der Aufgaben der Sozialversicherung durch eigene Körperschaften einzusetzen. Zum gleichen Schluss kommt auch der Wissenschaftliche Dienst des Deutschen Bundestages in seiner jüngsten Ausarbeitung (WD 3 - 3000 - 181/22 / WD 4 - 3000 - 116/22). Für gesamtgesellschaftliche Aufgaben entsprechend der gewünschten Neuausrichtung der UPD muss daher eine Finanzierung durch Steuermittel erfolgen.

Des Weiteren bestehen durch die geplante Gremienstruktur und Stimmrechte der Stiftung faktisch **kaum Möglichkeiten für den GKV Spitzenverband, die Aufgaben und Mittelverwendung der Stiftung zu steuern bzw. zu überprüfen**. Auch hierdurch wird die für eine Finanzverantwortung der GKV notwendige Beschränkung von GKV-finanzierten Leistungen auf Versicherte der GKV ausgehebelt.

Nur mit einer **Anpassung der Rolle des GKV Spitzenverbands im Rahmen der Aufgaben und Organisationsstruktur** der UPD-Stiftung könnte eine rechtssichere Finanzierung durch die GKV ermöglicht werden.

## **Änderungsantrag Nr. 2: Aussetzung der Budgets in der ambulanten Kinderheilkunde**

Es wird vermutet, dass im November und Dezember vergangenen Jahres mehrere Faktoren zusammenkamen, die unvorhergesehen zu einer Mehr-Inanspruchnahme von Leistungen u.a. der Kinder- und Jugendärzte geführt haben: Angeführt werden der fehlende Trainingseffekt für das Immunsystem von sowie der Ausfall von Infektionsjahrgängen bei Kindern durch die Corona-Maßnahmen. Auch saisonale Verschiebungen der Infektionswelle, mögliche Auswirkungen des Corona-Virus und das zeitlich ungewöhnliche Zusammenfallen mit dem Influenza-Virus werden als Gründe genannt.

Vor diesem Hintergrund verhandelte die **gemeinsame Selbstverwaltung** (GKV Spitzenverband und Kassenärztliche Bundesvereinigung) bereits im Januar 2023 und **stockte die Vergütung** von Kinder- und Jugendärzten, Hausärzten, HNO-Ärzten, Pneumologen sowie Fachärzten für

Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen rückwirkend **in Höhe von 49 Mio. Euro auf**. Dies haben die Betriebskrankenkassen ausdrücklich unterstützt, denn das Ziel einer bedarfsgerechten und gleichmäßigen medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist wichtig.

Die **vorgenommene Nachvergütung ist ein übliches Prozedere**: Im Rahmen der Budgetierung wird den Ärzten eine von der Leistungsanspruchnahme unabhängige Vergütung sichergestellt, die auch saisonale Veränderungen z.B. bei Grippewellen in Schwankungsbreiten von plus bzw. minus 10 Prozent ausgleicht. Hinzu kommen Nachzahlungen bei besonderen, unvorhergesehenen Anstiegen der Leistungsanspruchnahme.

Dennoch wurde seitens des Bundesgesundheitsministers die Entbudgetierung der Kinder- und Jugendärzte zugesagt und im vorliegenden Gesetzentwurf abgebildet.

Ob die vorgeschlagenen Maßnahmen geeignet sind, dieses Ziel zu erreichen, erscheint jedoch fraglich. Zudem bleibt unklar, welche konkreten Versorgungsdefizite nun behoben werden sollen, denn **es existiert bereits eine Vielzahl finanzieller Förderungen**

- Schon heute wird ein Teil der vertragsärztlichen Leistungen extrabudgetär vergütet. Dazu gehören die in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern festgeschriebenen Vorsorgeuntersuchungen.
- Ebenfalls werden seit 1. Januar 2023 Leistungen, die aufgrund der Terminvermittlung durch die Terminservicestelle im jeweiligen Quartal durchgeführt werden, nicht nur extrabudgetär, also in voller Höhe, vergütet, sondern auch mit Zuschlägen in Höhe von 200 bis 40 Prozent gefördert.
- Darüber hinaus werden in den meisten Regionen medizinische Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin bereits heute im Rahmen der Honorarverteilung mit einer Auszahlungsquote von nahe 100% vergütet oder mit anderen finanziellen Maßnahmen unterstützt. Dazu zählen zusätzliche Zuschläge auf die Versicherten- und Grundpauschalen zur Förderung der Grundversorgung, Zuschläge auf die Behandlung von Kindern mit chronischen Erkrankungen, wie z.B. Diabetes oder chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen sowie die gesonderte finanzielle Förderung von Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern.

Konkrete **Maßnahmen sollten daher möglichst evidenz- und bedarfsorientiert** sein. Eine aktuelle und umfassende Untersuchung, die die Versorgung in der ambulanten Pädiatrie analysiert und Verbesserungspotentiale aufzeigt, liegt bisher nicht vor. Daher wird der vorliegende **Änderungsantrag abgelehnt**.

Will man jedoch an diesem festhalten, so ermöglicht zumindest die derzeitig vorgesehene Umsetzung prinzipiell die Fortführung der Regelungen der Morbiditätsorientierten Gesamtvergütung. Auch die Beschränkung der Entbudgetierung auf die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin ist dann sachgerecht.

Wichtig ist ferner, die **Effekte der geplanten Änderungen zu evaluieren** mit der Fragestellung, ob die angestrebten Verbesserungen in der Versorgung erreicht und gleichzeitig ungewünschte Leistungsausweitungen vermieden wurden.

### **Änderungsantrag Nr. 3: Prävention in Lebenswelten - §20a**

Die Betriebskrankenkassen begrüßen, dass mit dem vorliegenden Änderungsantrag folgerichtig das Urteil des Bundessozialgerichts vom 18.05.2021 (B 1 A 2/20 R) umgesetzt wird: Nun wird die verpflichtende Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA) sowie die Finanzierung der dort angesiedelten Aufgaben zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten aus Mitteln der Sozialversicherung aufgehoben. Die **Übernahme der Aufgaben durch das kassenübergreifende Engagement zur Prävention in den Lebenswelten wird richtiger Weise wieder auf die Krankenkassen** übertragen.

Hinsichtlich der geplanten Umsetzung bestehen folgende Anmerkungen:

1. Verpflichtend eine **Stellungnahme von den Partnern der Landesrahmenvereinbarungen**, die nicht der GKV zugeordnet sind, einholen zu müssen wird **abgelehnt**. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass diese ohne eigene finanzielle Beteiligung die Mittelverausgabung der Krankenkassen fremdbestimmen würden. Ferner ist mit einem erheblichen zeitlichen Abstimmungsbedarf zu rechnen. Eine Verzögerung oder gar Verhinderung von Förderprogrammvorhaben muss jedoch vermieden werden.
2. Gesundheitsförderung und Prävention auf Landesebene findet vorwiegend regional und vor Ort statt. Hier werden entsprechende Strukturen etabliert und Projekte evaluiert. Eine **Unterstützung** der Landesarbeitsgemeinschaften durch den GKV-Spitzenverband ist **sinnvoll bei zuvor gemeinsam identifizierten Schwerpunkten, Handlungsfeldern oder strukturellen Defiziten**. Hingegen sind Doppelstrukturen oder unabgestimmte Aktivitäten zu vermeiden.
3. Vor dem Hintergrund enger Haushaltslagen bei den Krankenkassen und bislang unerausgabter Mittel in der Zusammenarbeit mit der BzGA, ist der vorgesehene **Mindestbetrag** der

Krankenkassen mit 0,53 Euro pro Versicherten deutlich **zu hoch** angesetzt. Er sollte signifikant **niedriger festgesetzt werden, nämlich auf einen Mindestwert von 0,36 Euro** und sich an der Mittelverwendung der Förderprogramme und Projektvorhaben des GKV-Bündnisses für Gesundheit ausrichten. Die Aufwendung des Mindestbetrages ab dem 1. Januar 2024 wird begrüßt und gibt den Krankenkassen Planungssicherheit.

4. Die Verteilung und Festlegung der Mittel sind im Einvernehmen mit den Arbeitsgemeinschaften und den Krankenkassen zu vereinbaren..