

STELLUNGNAHME

des Bundesverbands für körper- und mehrfachbehinderten Menschen e. V.

Referentenentwurf eines

Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)

Stellungnahme des bvkm

Im Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e. V. (bvkm) haben sich rund 280 regionale Organisationen mit ca. 27.000 Menschen zum größten Selbsthilfe- und Fachverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen in Deutschland organisiert. Als Selbsthilfeverband unterstützt der bvkm den Zusammenschluss und Austausch von Eltern behinderter Kinder und Menschen mit Behinderung vor Ort. Als Fachverband bündelt der bvkm Wissen, berät und klärt auf. Als sozialpolitische Interessenvertretung tritt der bvkm für Inklusion, Partizipation und volle Teilhabe von Menschen mit Behinderung ein.

I. Vorbemerkung

Der bvkm bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme zum **Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz)**, bemängelt aber die viel zu kurze Stellungnahmefrist von **ZWEI (!!!) WERKTAGEN** für diesen komplexen Gesetzentwurf. Eine valide Beurteilung des Gesetzentwurfs war dadurch nicht möglich. Die Interessenvertretung ist für Verbände der Selbsthilfe durch derart kurze Fristen erheblich erschwert.¹

¹ Siehe dazu auch: Deutsche Institut für Gesundheitsrecht (DIGR): **Angemessene Fristen für Stellungnahmen von Interessenvertretungen**, Studie von September 2024

Vor diesem Hintergrund ist die nachstehende Stellungnahme des bvkm als erste Einschätzung und nicht abschließend zu verstehen.

II. Grundsätzliche Bewertung

Grundsätzlich begrüßt der bvkm das Ziel des Referentenentwurfs (RefE), die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung zukunftssicher aufzustellen und die Beitragssätze ab dem Jahr 2027 dauerhaft zu stabilisieren.

Der bvkm sieht die Lösung aber nicht in der weiteren Einschränkung von Leistungen für die Versicherten oder der Erhebung höherer Zuzahlungen von den Versicherten. Im Gegenteil: Die Sanierung des Gesundheitssystems darf nicht auf dem Rücken der Patientinnen und Patienten ausgetragen werden. Dies schlägt sich dauerhaft auf die Gesundheit der Betroffenen nieder und produziert mittel- und langfristig Folgekosten, die das Gesundheitssystem zusätzlich belasten.

Stattdessen sollte der Gesetzgeber den Blick auf die wahren Kostentreiber richten: Die Pharmaindustrie verzeichnet trotz wirtschaftlicher Krisen hohe Umsätze, wobei patentgeschützte Arzneimittel fast die Hälfte des Ausgabenvolumens 2024 ausmachten. Der bvkm kritisiert diese Gewinnentwicklung scharf und fordert strengere Regulierungen, um die finanzielle Belastung für gesetzlich Versicherte zu senken.

Der bvkm sieht darüber hinaus erhebliches Einsparpotenzial bei den Verwaltungskosten der Krankenkassen. Durch zu Unrecht abgelehnte Ansprüche (siehe z.B. die Ausführungen unten unter IV. 1.) und Nichtbeachtung gesetzlicher Vorgaben (siehe z.B. die Ausführungen unten unter IV. 2.) werden jedes Jahr eine Vielzahl unnötiger Widerspruchs- und Gerichtsverfahren von den Krankenkassen betrieben, die entsprechende Personal- und Anwaltskosten auslösen.

III. Artikel 1 // Änderung des SGB V

Zu den im SGB V vorgesehenen Änderungen nimmt der bvkm im Einzelnen wie folgt Stellung:

1. § 3 SGB V-RefE (Art. 1 Ziff. 2): Solidarische Finanzierung

Der bvkm begrüßt, dass für nach § 10 SGB V versicherte Kinder die beitragsfreie Familienversicherung beibehalten wird. Begrüßt wird insbesondere, dass hierdurch die Regelung des § 10 Absatz 2

Nr. 4 SGB V beibehalten wird, wonach Kinder ohne Altersgrenze beitragsfrei mitversichert sind, wenn sie als Menschen mit Behinderungen außerstande sind, sich selbst zu unterhalten.

2. § 36 SGB V-RefE (Art. 1 Ziff. 13): Festbeträge für Hilfsmittel

Die in § 36 SGB V-RefE vorgesehene Regelung schafft eine eigenständige Rechtsgrundlage für die Festlegung von Festbeträgen für Hilfsmittel. Mit der Neuregelung soll klargestellt werden, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) Festbeträge für geeignete Hilfsmittel festlegen kann, sofern hierdurch eine wirtschaftliche Versorgung der Versicherten gefördert wird und eine angemessene Versorgung gewährleistet bleibt.

Der bvkm begrüßt zunächst,

- » **dass der RefE entgegen der Empfehlung der Finanzkommission keine Ausschreibungen für Hilfsmittel vorsieht. Dies ist sehr sinnvoll, da die Erfahrungen mit Ausschreibungen negativ waren und sich zudem keine hinreichende Evidenz für Einsparungen finden lassen.**

Ferner begrüßt der bvkm, dass in der Begründung zum RefE klargestellt wird, dass der individuelle Versorgungsanspruch der Versicherten gewahrt bleibt (Seite 96 RefE). Dieser zentrale Punkt sollte sich aber auch im Gesetzeswortlaut des § 36 SGB V und der konkreten Ausgestaltung der Regelung selbst wiederfinden. Denn Hilfsmittel haben nach § 33 SGB V die Aufgabe, im Einzelfall den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Die Sicherstellung dieser Ziele durch die Versorgung mit den hierfür im Einzelfall erforderlichen Hilfsmittel muss auch im Falle von Festbetragsregelungen gewährleistet sein.

Der bvkm fordert deshalb, bei der Ausgestaltung der Regelung folgende Punkte zu berücksichtigen:

- » **Die Aufgabe der Festlegung von für Festpreise geeigneten Hilfsmitteln sollte dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) übertragen werden. Dazu gehört auch, Einzelheiten der Versorgung, z.B. zu Beratungspflichten und -rechten, zu Einweisungen, zu Qualitätskontrollen etc. festzulegen. Durch die Verortung beim G-BA wäre die Mitwirkung der Ärzteschaft und auch der Patientinnen und Patienten bei dieser wichtigen Aufgabe gewährleistet.**

- » **Festbeträge dürfen nur für gut standardisierte Produktgruppen mit geringem Beratungs- oder Anpassungsbedarf in Betracht kommen. Denn Hilfsmittel müssen vielfach individuell angepasst werden, um die Versorgungsziele zu erreichen.**
- » **Es ist festzulegen, dass notwendige individuelle Ausnahmen zur Erreichung begründeter Versorgungsziele möglich sind und die Abgrenzungsfragen dazu in den Verträgen geregelt werden. Die bisherigen Erfahrungen von Versicherten mit Festbeträgen haben gezeigt, dass die Versorgungsziele häufig im jeweiligen Einzelfall nicht erreicht werden können. Die Versorgung von Menschen mit komplexer Behinderung mit einem Aktivrollstuhl ist z.B. zum Festbetrag häufig nicht möglich. Hier sind in der Regel Anpassungen erforderlich, die an einem preiswerten Standardmodell nicht ohne weiteres umzusetzen sind.**
- » **Es ist ein unabhängiges externes Institut mit einer kontinuierlichen Qualitätskontrolle der Hilfsmittelversorgung zu beauftragen. Dieses Institut sollte die Einhaltung verbindlicher Qualitätskriterien prüfen, Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten in Bezug auf die Qualität der Hilfsmittelversorgung berücksichtigen und regelmäßige Transparenzberichte veröffentlichen.**

3. § 61 SGB V (Art. 1 Ziff. 23): Zuzahlungen

§ 61 SGB V Ref-E sieht eine deutliche Anhebung der Zuzahlungen zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung vor.

Mit der Änderung werden zunächst die unteren und oberen Zuzahlungsgrenzen von mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro auf mindestens 7,50 Euro und höchstens 15 Euro angepasst. Darüber hinaus werden die kalendertäglichen Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen und zur außerklinischen Intensivpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen, in besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe sowie in Intensivpflege-Wohngemeinschaften von 10 Euro auf 15 Euro angehoben. Überdies wird auch die Zuzahlung je Verordnung für Heilmittel, häusliche Krankenpflege und außerklinische Intensivpflege bei häuslicher Versorgung von 10 Euro je Verordnung auf 15 Euro je Verordnung erhöht.

Mit der Bindung an die Grundlohnrate sollen die Zuzahlungsbeträge außerdem künftig dynamisiert und jedes Jahr zum 1. Januar angepasst werden.

Der bvkm fordert,

- » die Zuzahlungen in der bisherigen Höhe beizubehalten und von einer Dynamisierung abzu-
sehen. Die Inflationsrate in Deutschland ist im März 2026 auf 2,7 % gestiegen. Haupttreiber
sind deutlich gestiegene Energiepreise, insbesondere bei Kraftstoffen und Heizöl. Patientin-
nen und Patienten in dieser Krise durch die Anhebung der Zuzahlungsbeträge zusätzlich fi-
nanziell zu belasten, setzt das falsche Signal.

4. §§ 132, 132a, 132l SGB V (Art. 1 Ziff. 51, 52, 53): Versorgung mit Haushaltshilfe, Häuslicher Krankenpflege und Außerklinischer Intensivpflege

In den §§ 132, 132a, 132l SGB V sind jeweils Regelungen vorgesehen, wonach die Vergütungssteigerungen für den Bereich der Haushaltshilfe, der häuslichen Krankenpflege (HKP) und der außerklinischer Intensivpflege (AKI) auf maximal die Höhe der Grundlohnrate begrenzt werden. Damit soll künftig die Verpflichtung zur vollständigen Tarif-Refinanzierung in den Vergütungsverhandlungen entfallen. Konkret bedeutet das: Der zunächst vor dem Bundessozialgericht und dann beim Gesetzgeber erstrittene Eckpfeiler, nach dem Tariflöhne immer als wirtschaftlich angemessen anzuerkennen sind, soll bei der Versorgung der Versicherten mit Haushaltshilfe, HKP und AKI nicht mehr gelten. Auch sollen Steigerungen im regionalen Entgeltniveau nicht mehr automatisch Berücksichtigung finden.

Der bvkm kritisiert diese Regelungen scharf. Die Dienste und Einrichtungen, die Haushaltshilfe, HKP und AKI erbringen, brauchen hierfür qualifiziertes Personal. Sie stehen unter den Bedingungen des Fachkräftemangels unter erheblichem Druck, attraktive Arbeitgeber zu sein. Sie sind daher auf die Refinanzierung ihrer Leistungen angewiesen. Die sozialpolitisch gewollte Weiterentwicklung der genannten Leistungen ist ohne Refinanzierung tariflicher Vergütung nicht realistisch.

Der bvkm spricht sich deshalb nachdrücklich dagegen aus, dass die Tarif-Refinanzierung aufgehoben wird.

5. § 242b SGB V-RefE (Art. 1 Ziff. 62): Beitragszuschlag für familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner

Familienversicherte Ehegatten und Lebenspartner i.S.d. § 10 Absatz 1 SGB V sind bislang in der gesetzlichen Krankenversicherung beitragsfrei mitversichert. Für sie soll künftig nach § 3 SGB V-RefE

i.V.m. § 242b Satz 1 SGB V-RefE grundsätzlich ein Beitragszuschlag i.H.v. 3,5 % des Beitragssatzes erhoben werden.

In § 242b Satz 2 SGB V-RefE sind Ausnahmen von diesem Grundsatz vorgesehen. Die Ausnahmetatbestände bilden Konstellationen ab, in denen Ehegatten oder Lebenspartner im familiären Kontext Aufgaben wahrnehmen, die im Regelfall der Aufnahme einer Beschäftigung entgegenstehen.

Der bvkm begrüßt im Grundsatz, dass in § 242b Satz 2 Nr. 2 SGB V-RefE eine Ausnahme vom Beitragszuschlag für Ehegatten und Lebenspartner vorgesehen ist, in deren Haushalt ein Kind lebt, das als Mensch mit Behinderungen außerstande ist, sich selbst zu unterhalten.

Die Regelung knüpft an die Familienversicherung nach § 10 Absatz 2 Nr. 4 SGB V an und wird dem dauerhaften Betreuungsbedarf von Menschen mit Behinderungen gerecht, die außerstande sind, sich selbst zu unterhalten. Anders als bei der Betreuung von Kindern ohne Behinderung ist das Ende des besonderen Betreuungsbedarfs bei Kindern mit Behinderungen nicht planbar, weshalb die Regelung keine Altersgrenze vorsieht. Auch das wird vom bvkm ausdrücklich begrüßt.

Als nicht sachgerecht sieht der bvkm jedoch die Einschränkung an, dass dieser Ausnahmetatbestand nur gelten soll, wenn der Mensch mit Behinderungen noch im Haushalt des Ehegatten bzw. Lebenspartners lebt. Denn bei Menschen mit Behinderungen, die außerstande sind, sich selbst zu unterhalten, handelt es sich um Menschen mit einem hohen Unterstützungsbedarf, die in hohem Maße auf Pflege und Betreuung angewiesen sind.

In Familien mit Kindern mit Behinderung ist es deshalb nach wie vor so, dass ein Elternteil – in der Regel die Mutter – eine eigenständige Erwerbstätigkeit aufgibt, um das Kind häufig bis ins hohe Erwachsenenalter hinein zu versorgen. Die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit ist in der Regel für die Mütter nicht mehr möglich, wenn das Kind das Elternhaus verlässt und in eine betreute Wohnform umzieht.

Abgesehen davon endet die Betreuung und Versorgung eines erwachsenen Kindes auch nicht mit dessen Auszug aus dem Elternhaus. Die Eltern sind in diesen Fällen weiterhin mit Aufgaben der rechtlichen Betreuung, Begleitung zu Arztbesuchen, Begleitung bei Klinikaufenthalten und Versorgung und Pflege des Kindes bei Wochenend- oder Ferienbesuchen im Haushalt der Eltern befasst.

Der bvkm fordert deshalb, § 242b Satz 2 Nr. 2 SGB V-RefE wie folgt zu fassen:

- » wenn das Mitglied oder der nach § 10 versicherte Ehegatte oder Lebenspartner ein Kind hat, das als Mensch mit Behinderungen außerstande ist, sich selbst zu unterhalten ~~und im Haushalt des nach § 10 versicherten Ehegatten oder Lebenspartners lebt,~~

IV. Weitere Vorschläge

Der bvkm nimmt den vorliegenden Gesetzentwurf zum Anlass, auf weitere dringend erforderliche Änderungen im SGB V hinzuweisen.

1. Versorgung mit Inkontinenzhilfen in der erforderlichen Qualität und Menge sicherstellen

Gesetzlich Krankenversicherte mit Inkontinenz haben Anspruch auf die Versorgung mit Inkontinenzhilfen in der erforderlichen Qualität und Menge. Eine solche Versorgung ist kein Luxus, sondern das gute Recht der Betroffenen. Die Durchsetzung dieses Rechtsanspruchs gestaltet sich allerdings häufig schwierig. Krankenkassen und Leistungserbringer schieben sich hierfür gegenseitig die Verantwortung zu. Leidtragende sind die Betroffenen, die häufig viel zu viel Geld für angeblich „höherwertige“ Inkontinenzartikel ausgeben.

Problematisch ist, dass die von den Krankenkassen durch Verträge nach § 127 SGB V verpflichteten Leistungserbringer den Versicherten oftmals Inkontinenzhilfen in zu geringer Stückzahl bzw. zu geringer Qualität zur Verfügung stellen. Grund hierfür ist u. a., dass Leistungserbringer aufgrund des Wettbewerbsdrucks keine kostendeckenden Vergütungspauschalen mit den Krankenkassen vereinbaren können. Paritätische Vertragsverhandlungen werden oftmals nicht ermöglicht. Dieser Auffassung ist offensichtlich auch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS). Denn es führt in seinem Sonderbericht über die Qualität der Hilfsmittelversorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung² aus dem Jahr 2022² auf Seite 30 Folgendes aus:

„Die Prüfung, inwieweit die Preisvorstellungen der Krankenkassen kostendeckend sind, ist grundsätzlich keine Aufgabe der Aufsichtsbehörde. (...) Offensichtlich unzureichende

² Der „Sonderbericht über die Qualität der Hilfsmittelversorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ aus dem Jahr 2022 ist abrufbar unter: <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/service/newsroom/detail/sonderbericht-des-bas-defizite-bei-der-hilfsmittelversorgung-fuer-gesetzlich-versicherte/>

Versorgungspauschalen in der Inkontinenzversorgung hat das BAS aber zum Anlass genommen, im aufsichtsrechtlichen Dialog auf eine Anpassung des Preisniveaus hinzuwirken.“

Die bisherigen Versuche des Gesetzgebers, Fehlentwicklungen im Vertragsrecht durch gesetzliche Vorgaben zu beseitigen (z. B. durch das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung), waren nicht erfolgreich.

Daher fordert der bvkm,

das wettbewerbsbasierte Vertragsmodell zur Behebung der Qualitätsdefizite in der Inkontinenz-Versorgung aufzugeben. Stattdessen könnten Leistungserbringer per Verwaltungsakt zugelassen und landesweit einheitliche und auskömmliche Versorgungsverträge für die jeweiligen Hilfsmittelbereiche vorgesehen werden.³

2. § 33 Absatz 5c SGB V nachschärfen

Seit 1. März 2025 ermöglicht der neu eingefügte § 33 Absatz 5c SGB V eine schnellere Hilfsmittelversorgung für Menschen mit Behinderung. Bei Verordnungen/Empfehlungen von Hilfsmitteln aus einem sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) oder einem medizinischen Behandlungszentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) wird die Erforderlichkeit des Hilfsmittels vermutet und damit auf eine Prüfung durch die Krankenkassen bzw. den Medizinischen Dienst verzichtet. Trotz dieser gesetzlichen Vorgaben setzen einige Krankenkassen die Regelung nicht um. Damit ignoriert die gesetzliche Krankenversicherung gesetzliche Einsparpotenziale bei der Entbürokratisierung. 12 Mio. Euro jährlich könnten durch beschleunigte Genehmigungsprozesse bei Hilfsmitteln für Kinder mit Behinderung eingespart werden.⁴

Der bvkm fordert deshalb,

- » **§ 33 Absatz 5c SGB V nachzuschärfen, damit die Vorschrift ihre Wirkung entfaltet und Menschen mit Behinderung schneller mit den von ihnen benötigten Hilfsmitteln versorgt werden.**

³ so auch BAS, Sonderbericht über die Qualität der Hilfsmittelversorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, 2022, Seite. 5.

⁴ Vgl. <https://rehakind.com/enttaeuschung-beiumsetzung-%C2%A733-absatz-5c-sgb-v/>

3. Versorgungslücke für Menschen mit einem hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege schließen

Der bvkm nimmt den vorliegenden Gesetzentwurf zum Anlass, auf eine bestehende Versorgungslücke für Versicherte mit einem hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege hinzuweisen. Betroffen hiervon sind Versicherte, die in der Vergangenheit häusliche Krankenpflege (HKP) erhielten und die nun seit der Rechtsumstellung durch das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) keine außerklinische Intensivpflege (AKI) mehr bewilligt bekommen.

Es handelt sich dabei um Versicherte, die aufgrund einer Behinderung oder chronischen Erkrankung jederzeit in lebensbedrohliche Situationen geraten können (z.B. Atemstillstand nach epileptischem Anfall oder Unterzuckerung bei Diabetes Typ 1) und deshalb auf eine kontinuierliche Überwachung ihrer Vitalparameter angewiesen sind, damit die überwachende Person sofort eingreifen kann, um den lebensbedrohlichen Zustand zu verhindern oder zu beseitigen.

Der aktuellen Bundesregierung ist die kritische Versorgungssituation bekannt und sie prüft zurzeit mögliche Handlungsoptionen. In der Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, BT-Drucksache 21/4896, heißt es dazu auf Seite 3:

„Der Bundesregierung sind die besonderen Versorgungskonstellationen an der Schnittstelle zwischen außerklinischer Intensivpflege nach § 37c Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) und häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V bewusst. Das Bundesministerium für Gesundheit steht hierzu im Austausch mit den Selbstverwaltungspartnern, anderen Ressorts sowie den Ländern. Dabei ist zu beachten, dass es sich bei den Versorgungskonstellationen um einen heterogenen Personenkreis mit unterschiedlichen Bedarfen handelt. Die Bundesregierung prüft zurzeit mögliche Handlungsoptionen. In diesem Kontext spielen auch Abgrenzungsfragen in der Finanzierungsverantwortung mehrerer Akteure eine zentrale Rolle.“

Der bvkm erwartet daher, dass der Gesetzgeber in dieser Sache zügig tätig wird, um die betroffenen Versicherten zeitnah adäquat und rechtssicher medizinisch zu versorgen.

Zielführend ist es aus Sicht des bvkm insbesondere, die aufgetretene Versorgungslücke, die sich durch die Umsetzung des GKV-IPReG gezeigt hat, umgehend zu beseitigen. Hier ist eine Nachsteuerung im Sinne einer Auffangregelung in § 37 SGB V (Anspruch auf HKP) dringend erforderlich.

Betroffen von der derzeitigen Versorgungslücke sind aufgrund von Fallschilderungen, die dem bvkm vorliegen, u.a. Versicherte mit folgenden Krankheitsbildern:

- » **Versicherte mit neuromuskulären, neurodegenerativen Bewegungsstörungen** mit Atemwegsrisiko, wie Spinaler Muskelatrophie (SMA), Morbus Pompe, Muskeldystrophien, myasthene Syndrome (z. B. VAMP1), Dystonien, dyskinetische Zerebralparese mit Aspirations /Sekretproblemen, Zustand nach Dekanülierung mit persistierendem Sekret /Aspirationsrisiko,
- » **Versicherte mit schweren epileptischen Syndromen** oder neuropädiatrische Komplexfälle, wie z.B. Dravet-Syndrom, generalisierte genetische Epilepsien, rezidivierender Status epilepticus, anfallsassoziierte Atemstillstände/Sturzrisiko, Epilepsien bei angeborenen Hirnfehlbildungen, spastisch-dystone Cerebralparesen mit Anfällen,
- » **Versicherte mit Diabetes Typ 1 im Kindergarten- bzw. Schulalter.**

In den geschilderten Fällen wurde die ärztlich verordnete AKI zum Zweck der Krankenbeobachtung und ständigen Interventionsbereitschaft nach abschlägiger Prüfung durch den Medizinischen Dienst von den Krankenkassen abgelehnt, weil die Verordnungsvoraussetzungen für AKI als nicht erfüllt angesehen wurden. Insbesondere wurden eine zu geringe Ereigniswahrscheinlichkeit für lebensbedrohliche Situationen oder geringere Qualifikationsanforderungen an die versorgenden Pflegekräfte als Ablehnungsgründe genannt.

Die Vielzahl an Ablehnungen von AKI seit der Umsetzung des GKV-IPReG macht deutlich: Das GKV-IPReG hat zur Einschränkung des bislang leistungsberechtigten Personenkreises geführt. Dies widerspricht der Absicht des Gesetzgebers und des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) als zuständigem, das GKV-IPReG konkretisierenden Richtliniengebers, dass der bislang leistungsberechtigte Personenkreis, der nach der alten Rechtslage Anspruch auf Leistungen der HKP in Form der sogenannten „speziellen Krankenbeobachtung“ nach Ziffer 24 des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie hatte, weder ausgeweitet noch eingeschränkt werden sollte.⁵

Festzuhalten bleibt daher: Viele Versicherte mit einem hohen behandlungspflegerischen Bedarf haben aufgrund der Engführung des § 37c SGB V keinen Anspruch mehr auf ständige

⁵ Vgl. Tragende Gründe zum Beschluss zu § 4 AKI-RL, 2.5 zu Abs. 1, abrufbar unter www.g-ba.de/beschluesse/5142

Krankenbeobachtung in Form von AKI. Um den Anspruch der Betroffenen auf diese behandlungspflegerische Leistung sicherzustellen, ist die Aufnahme einer Auffangregelung in § 37 SGB V dringend erforderlich.

Der bvkm fordert deshalb, § 37 Absatz 2 SGB V wie folgt zu ändern:

- » In Satz 1 werden vor dem Punkt die Worte eingefügt: **„oder wenn dies zur Verhinderung eines lebensbedrohlichen Ereignisses, das aufgrund einer bestehenden Erkrankung oder Behinderung jederzeit eintreten kann, erforderlich ist, und kein Intensivpflegebedarf nach § 37c besteht.“**

Düsseldorf, 20. April 2026