Stellungnahmen zum Gesetzentwurf: Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz - GVSG)

Inhaltsverzeichnis

20_14_0234-1-_BDP_GVSG_nicht-barrierefrei ... 3
20_14_0234-1-1-_BDP_GVSG_nicht-barrierefrei ... 6
20_14_0234-2-_BPtK_GVSG_nicht-barrierefrei ... 13
20_14_0234-2-1-_BPtK_GVSG_nicht-barrierefrei ... 54
20_14_0234-3-_BAeK_GVSG_nicht-barrierefrei ... 63
20_14_0234-4-_GKV_GVSG_nicht-barrierefrei ... 79
20_14_0234-5-_vdek_GVSG_nicht-barrierefrei ... 174
20_14_0234-6-_vzbv_GVSG_nicht-barrierefrei ... 204
20_14_0234-7-_BKK-DV_GVSG_nicht-barrierefrei ... 211
20_14_0234-8-_AOK-BV_GVSG_nicht-barrierefrei ... 254
20_14_0234-8-1-_AOK-BV_GVSG_nicht-barrierefrei ... 348
20_14_0234-9-_BAGFW_GVSG_nicht-barrierefrei ... 353
20_14_0234-10-_BMC_GVSG_nicht-barrierefrei ... 371
20_14_0234-11-_DGPPN_GVSG_nicht-barrierefrei ... 377
20_14_0234-12-_SHV_GVSG_nicht-barrierefrei ... 380
20_14_0234-13-_ALM_GVSG_nicht-barrierefrei ... 383
20_14_0234-14-_KZBV-BZAeK_GVSG_nicht-barrierefrei ... 392
20_14_0234-15-_KBV_GVSG_nicht-barrierefrei ... 408
20_14_0234-15-1-_KBV_GVSG_nicht-barrierefrei ... 429
20_14_0234-16-_DKG_GVSG_nicht-barrierefrei ... 436
20_14_0234-17-_DGIV_GVSG_nicht-barrierefrei ... 441
20_14_0234-18-_DSP_GVSG_nicht-barrierefrei ... 445
20_14_0234-19-_BAG-Selbsthilfe_GVSG_nicht-barrierefrei ... 452
20_14_0234-20-_DHV_GVSG_nicht-barrierefrei ... 468
20_14_0234-21-_SpiFa_GVSG_nicht-barrierefrei ... 475
20_14_0234-22-_APK_GVSG_nicht-barrierefrei ... 493
20_14_0234-23-_DGB_GVSG_nicht-barrierefrei ... 497
20_14_0234-24-_ver-di_GVSG_nicht-barrierefrei ... 510
20_14_0234-25-_ABDA_GVSG_nicht-barrierefrei ... 526
20_14_0234-26-_BAGP_GVSG_nicht-barrierefrei ... 530
20_14_0234-27-_BBMV_GVSG_nicht-barrierefrei ... 538
20_14_0234-28-_SV-Prof-Dr-Schrappe_GVSG_nicht-barrierefrei ... 546
20_14_0234-29-_BVMed_GVSG_nicht-barrierefrei ... 548
20_14_0234-30-_BDA_GVSG_nicht-barrierefrei ... 558

20_14_0234-31-_IKK_GVSG_nicht-barrierefrei 563
20_14_0234-32-_SV-Kiunke_GVSG_nicht-barrierefrei 590
20_14_0234-33-_PKV_GVSG_nicht-barrierefrei 593
20_14_0234-34-_DST_GVSG_nicht-barrierefrei 599
20_14_0234-36-_bpa_GVSG_nicht-barrierefrei 608
20_14_0234-37-_DPtV_GVSG_nicht-barrierefrei 623
20_14_0234-38-_HAEV_GVSG_nicht-barrierefrei 630
20_14_0234-39-_DPR_GVSG_nicht-barrierefrei 641
20_14_0234-40-_G-BA_GVSG_nicht-barrierefrei 650
20_14_0234-41-_Bundespflegekammer_GVSG_nicht-barrierefrei 683
20_14_0234-42-_SV-Stegmeier_GVSG_nicht-barrierefrei 686
20_14_0234-43-_bvkj_GVSG_nicht-barrierefrei 694
20_14_0234-44-_VdK_GVSG_nicht-barrierefrei 705
20_14_0234-45-_bvvp_GVSG_nicht-barrierefrei 728
20_14_0234-45-1-_bvvp_GVSG_nicht-barrierefrei 736
20_14_0234-45-2-_bvvp_GVSG_nicht-barrierefrei 744

Berufsverband Deutscher
Psychologinnen
und Psychologen e. V.

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Ausschussdrucksache
20(14)234(1)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
06.11.2024

Stellungnahme des BDP-zum Antrag „Versorgung von Menschen in psychischen Krisen und mit psychischen Erkrankungen stärken“ (Drucksache 20/8860)

Berlin, 05.01.2024

In ihrem Antrag „Versorgung von Menschen in psychischen Krisen und mit psychischen Erkrankungen stärken“ vom 17.10.2023 fordert die CDU/CSU-Fraktion den Bundestag auf, die defizitäre Situation von Menschen mit psychischen Belastungen festzustellen und eine Reihe von Maßnahmen zu verabschieden.

Als psychologisch-psychotherapeutischer Berufsverband sind wir bereit, Verantwortung nicht nur in der Versorgung von Menschen in psychischen Krisen und mit psychischen Erkrankungen zu übernehmen, sondern auch die Versorgungslandschaft aktiv und effizient mitzugestalten (vgl. verbändeübergreifendes Positionspapier „Psychotherapeutische Versorgung gestalten – Positionspapier des Gesprächskreis II“ von Oktober 2023).

Verbesserung der Versorgung trotz knapper Ressourcen?

Das Anliegen, dass jeder Mensch, der unter einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung leidet und von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren würde, eine passgenaue, der Dringlichkeit angemessene Behandlung bekommt, erscheint vor dem Hintergrund der aktuellen Haushaltslage ein hoch gestecktes Ziel. Jenseits politischer Fragen zur Verteilungsgerechtigkeit geben wir als Berufsstand zu bedenken, dass unser Anliegen der Bedarfsgerechtigkeit in der gesundheitlichen Versorgung realistisch und finanziell tragfähig ist. Eine Verbesserung mit Augenmaß unter Berücksichtigung des Effizienzgedankens ist möglich, da sich die Investition in Psychotherapie bereits mittelfristig auszahlt. Denn es konnte gezeigt werden: Wenn man den Psychotherapiekosten die dadurch eingesparten Kosten in einer gesamtgesellschaftlichen Kosten-Nutzen-Schätzung unter Berücksichtigung von Faktoren wie Produktivität (Arbeitsfähigkeit) gegenübergestellt, zahlt sich jeder investierte Euro dreimal aus (genaues Verhältnis 3,25:1; Wittmann et al., 2011).

Zu den Forderungen im Einzelnen:

Ad 1. Gesetzlicher Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

Die Reform der Bedarfsplanung ist Bestandteil des aktuellen Koalitionsvertrages und bereits überfällig. Allerdings sollte eine *echte* Reform zu einer Planung der Kassensitze orientiert am *realen* Bedarf führen (vs. einem flächendeckenden Mehr an Kassensitzen). In diesem Zusammenhang müssen neben regionalen Besonderheiten und zeitlichen wie überdauernden Versorgungsengpässen auch die mögliche Verbesserung der Versorgung durch zukünftig an der Versorgung partizipierender Psychotherapeut*innen in Weiterbildung berücksichtigt werden. Es braucht hier also ein dynamisches System, welches die reale Versorgungslage berücksichtigt statt einer punktuellen Korrektur einzelner Verhältniszahlen.

Berufsverband Deutscher
Psychologinnen und Psychologen e. V.
Bundesgeschäftsstelle
Am Köllnischen Park 2
10179 Berlin

Präsidentin: Dipl.-Psych. Thordis Bethlehem
Vizepräsident: Dipl.-Psych. Ralph Schliewenz
Vizepräsidentin: Dipl.-Psych. Susanne Berwanger
Hauptgeschäftsführung: N.N.

Registergericht
Amtsgericht Charlottenburg

www.bdp-verband.de

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Eine reine Auskopplung der Bedarfsplanung für Kinder- und Jugendliche allein ändert nichts an den langen Wartezeiten für erwachsene Betroffene.

Ad 2. Berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung

Die Richtlinie zur berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung wurde seinerzeit durch ein CDU-geführtes Ministerium angestoßen und in der heutigen Fassung gebilligt. Die Umsetzung in der Praxis erweist sich als schwierig, die Anzahl der Netzwerke ist nach wie vor gering, die Zugangskriterien für Behandelnde wie Betroffene hoch. Die Forderungen im Antrag bilden einen Teil der Schwierigkeiten ab. Bei einer etwaigen Überarbeitung ist es sinnvoll, Expert*innen aus der Praxis mehr einzubeziehen.

Außerdem geben wir zu bedenken, dass ambulante Behandlung oftmals verbessert werden könnte, wenn auch diejenigen Patient*innen, die die Kriterien der Komplexversorgung nicht vollständig erfüllen oder kein entsprechendes Netzwerk zur Verfügung haben, multidisziplinär in der Regelversorgung versorgt werden könnten. Dazu bräuchte es eine Verbesserung der ambulanten Strukturen. Auf diese Weise könnten ein Teil der deutlich teureren stationären Behandlungen verhindert und Arbeitsunfähigkeitszeiträume verkürzt werden.

Ad 4. Bedarfsgerechte stationäre Versorgung

Eine Einweisung zur stationären Behandlung in einer Klinik erfolgt in der Regel nur bei schwer psychisch Erkrankten. Gerade für eine leitliniengerechte Behandlung im stationären Setting besteht die dringende Notwendigkeit einer ausreichenden Anzahl an qualifizierten Psychotherapeut*innen mit Fachkunde. Um durch Sanktionen die Arbeitsfähigkeit der Kliniken nicht weiter zu gefährden, wurden diese bereits ausgesetzt – wie es im Antrag gefordert wurde. Vor dem Hintergrund, dass die angesprochene Knappheit „therapeutischer Berufe“ auf die Berufsgruppe der Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen so nicht zutrifft, sollten die Anstrengungen für eine leitliniengerechte Versorgung weiter vorangetrieben werden.

Die Weiterentwicklung sektorenübergreifender, integrierter Versorgung und Flexibilisierung der Sektorengrenzen ist aus psychotherapeutischer Sicht ein zukunftsfähiges Modell. Erste kleine Schritte wurden mit Konzepten zu aufsuchenden Hilfen und der Möglichkeit von probatorischen Sitzungen während des stationären Aufenthaltes bereits gemacht. Weitere Schritte müssen folgen (z. B. die Verzahnung mit anderen SGB-Bereichen, wie beruflicher Teilhabe, Rehabilitation oder Kinder- und Jugendhilfe).

Ad 6. Niedrigschwellige und flächendeckende Zugänge zu Beratungs- und Hilfsangeboten

Die Antragsstellenden fordern u. a. insbesondere für Kinder den Ausbau von schulpsychologischer Unterstützung z. B. durch Schulsozialarbeiter*innen. Wir weisen an dieser Stelle darauf hin, dass es eigens ausgebildete Schulpsycholog*innen gibt, die in diesem Kontext nicht nur in der Umsetzung, sondern bereits in der Konzipierung des Ausbaus des Angebots gefordert sind. Der Ausbau der Schulpsychologie ist seit Jahrzehnten dringend nötig. Eine passgenaue Unterstützung und Förderung psychisch belasteter Schüler*innen, ggf. mit Lernrückständen, Diskriminierungserfahrungen, traumatischen Erlebnissen oder anderen

psychischen Besonderheiten, erfordert entsprechende entwicklungspsychologische, gesundheitspsychologische und klinisch-psychologische Kompetenzen.

Insgesamt können durch niedrigschwellige Angebote durch die genannten Berufsgruppen viele Menschen noch vor der Manifestation psychischer Erkrankungen erreicht werden, Folgebelastungen und auch Folgekosten könnten zumindest teilweise verhindert werden. Sinnvoll wäre, statt regionaler und vor allem häufig zeitlich befristeter Projekte ein strukturell verankertes, verlässliches Konzept zu entwickeln und umzusetzen.

Ad 7. Finanzierung der ambulanten und stationären Weiterbildung

Anders als in einigen Facharztgruppen gibt es im Bereich der Psychotherapie aktuell keinen Fachkräftemangel. Allerdings: Wenn die Finanzierung der Weiterbildung nicht bald geregelt wird, könnte es auch in dieser Berufsgruppe dazu kommen. Das Psychotherapie-Ausbildungsreformgesetz wurde primär deshalb angestrebt, um die prekären Ausbildungsbedingungen von Psychotherapeut*innen in Weiterbildung zu verbessern. Dieses Anliegen droht zu scheitern. Konzepte für eine angemessene Finanzierung lagen schon vor Verabschiedung des Gesetzes 2019 auf dem Tisch und tun es noch. Der Berufsstand hat zusammen mit Studierenden und betroffenen Psychotherapeut*innen in Aus- und Weiterbildung eine entsprechende Task-Force gegründet und sich sowohl an das Bundesministerium für Gesundheit als auch an den Petitionsausschuss gewendet. Es ist nicht nachzuvollziehen, wie diejenige Fraktion, die seinerzeit das Ministerium führte und einen Teil der Regierung stellte, ein nicht ausfinanziertes Weiterbildungsgesetz vorantreiben und abstimmen konnte, jetzt auf diese Weise eine Finanzierung fordert. Im Sinne des psychotherapeutischen Nachwuchses sowie aller derjenigen Menschen, die zukünftig unter einer psychischen Störung leiden werden (das sind über die Zeit mind. 30 % der Bevölkerung, wie uns die Statistik lehrt), bleibt zu hoffen, dass fraktionsübergreifend endlich die Verantwortung übernommen wird, eine adäquate Lösung zu finden!

Wir fordern die Regierungskoalition auf, den Koalitionsvertrag umgehend umzusetzen und damit der von ihr selbst ja bereits identifizierten gesellschaftlichen Verantwortung bei der Versorgung von psychischen Erkrankungen nachzukommen. Als psychologisch-psychotherapeutischer Berufsverband verfügen wir über eine breite Expertise in den relevanten Bereichen und stehen Ihnen als Ansprechpartner gern zur Verfügung.

Ansprechpartnerin:
Dipl.-Psych. Dr. Johanna Thünker
E-Mail: thuenker@vpp.org

Der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP) vertritt die beruflichen Interessen über 10.000 niedergelassener, selbstständiger und angestellter/ beamteten Psychologinnen und Psychologen aus allen Tätigkeitsbereichen. Als der anerkannte Berufs- und Fachverband der Psychologinnen und Psychologen ist der BDP Ansprechpartner und Informant für Politik, Medien und die Öffentlichkeit.

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(1.1)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
06.11.2024

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen

Stellungnahme des BDP zum

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG) vom 17.06.2024

Berlin, den 10.07.2024

Vorbemerkungen

Mit einem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune – kurz Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) – sollte ursprünglich das übergeordnete Ziel verfolgt werden, dass Menschen überall in Deutschland die gleichen Chancen auf Beratung, Prävention und medizinische Versorgung erhalten.

Die jetzt vorliegende Fassung des Gesetzentwurfs vom 17.06.2024 definiert die Ziele schon deutlich bescheidener. Die Intention, die Gesundheitsversorgung mehr an den Bedürfnissen der Patient*innen auszurichten und kommunale Bedarfe zu berücksichtigen, ist und bleibt aus psychologischer bzw. psychotherapeutischer Sicht begrüßenswert. Jedoch umfasst der Entwurf in seiner jetzigen Fassung bezüglich der psychischen Gesundheit der Bevölkerung nur einen Bruchteil dessen, was im Koalitionsvertrag angekündigt war.

Um die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland effizient und ressourcenschonend zu verbessern, bedarf es eines Blickes auf die Versorgungslandschaft als Ganzes sowie auch auf besonders problematische Regionen. Neben der geplanten gesonderten Bedarfsplanung für Kinder und Jugendliche muss jedoch die Wartezeiten-Situation von erwachsenen Betroffenen in den Blick genommen werden. Um die psychotherapeutische Versorgung langfristig sichern zu können, muss außerdem die Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung endlich solide geregelt werden.

Grundsätzlich gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär", wo immer dies die gesundheitliche Situation der Patient*innen zulässt. Dies entspricht nicht nur den Wünschen der Betroffenen, sondern schont auch die ohnehin schon angespannte Finanzsituation der Krankenkassen.

1. Wartezeiten verkürzen – Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Die Länge der Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz ist regional sehr unterschiedlich. Der Verband begrüßt das Vorhaben der Einführung einer eigenen Bedarfsplanungsgruppe für Leistungserbringer*innen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Hier können Parameter wie die Entfernung zwischen Wohnort und Praxis berücksichtigt und dem Bedarf an zusätzlichen Niederlassungsmöglichkeiten Rechnung getragen werden. Wichtig ist dabei, dass nicht nur die Planungsbezirke verändert werden, sondern sich die Bildung der Verhältniszahlen für diese neue Arztgruppe am realen Bedarf der Gegenwart und nicht an veralteten Ist-Werten orientieren. Ein gewisser Anteil von ärztlichen Psychotherapeut*innen ist in diesem Zusammenhang zwar grundsätzlich wünschenswert, die Festschreibung einer festen Quote könnte jedoch zu vakanten Kassensitzen und damit erneut zu Engpässen in der Versorgung führen.

Berufsverband Deutscher
Psychologinnen und Psychologen e. V.
Bundesgeschäftsstelle
Am Köllnischen Park 2
10179 Berlin

Präsidentin: Dipl.-Psych. Thordis Bethlehem
Vizepräsident: Dipl.-Psych. Ralph Schliewenz
Vizepräsidentin: Dipl.-Psych. Susanne Berwanger
Hauptgeschäftsführung: N. N.

Registergericht
Amtsgericht Charlottenburg

www.bdp-verband.de

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

2. Wartezeiten verkürzen – Psychotherapie für Erwachsene

Die Schaffung eines neuen Ermächtigungstatbestandes zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlung von Patient*innen, die aufgrund persönlicher und sozialer Lebensumstände einen erschwerten Zugang zur Versorgung haben, ist ein begrüßenswerter Schritt in die richtige Richtung. Um die psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung zu sichern, braucht es jedoch in einem weiteren Schritt auch Lösungen zur Schließung von Versorgungslücken von erwachsenen Patient*innen in ländlichen und strukturschwachen Regionen. Die Zahlen der Bedarfsplanungsrichtlinie sind historisch gewachsen und bilden den realen Bedarf vielerorts nicht ab, hier bedarf es ebenfalls einer Anpassung. Die zukünftige Berechnung von Kassensitzen muss sich am realen Bedarf der Gegenwart orientieren.

Im aktuellen Gesetzentwurf werden einige Vorschläge gemacht, die dem Bürokratieabbau im Rahmen der Psychotherapie dienen. Die Zusammenfassung der Kurzzeittherapie (KZT) 1 und 2 ist dabei ein begrüßenswerter Schritt. Der Wegfall des Konsiliarberichts bei Vorliegen einer Überweisung ein weiterer, jedoch sollte letzteres auch der Fall sein, wenn der Aufnahme der Psychotherapie eine Krankenhausbehandlung vorangegangen ist, in deren Rahmen regelhaft eine somatische Abklärung erfolgt. Nichtsdestotrotz werden beide Maßnahmen zwar für gewisse Einsparungen im administrativen Bereich sorgen, die psychotherapeutischen Versorgungslücken jedoch nicht schließen können.

3. Transparenz und Berücksichtigung von Psychotherapie gemäß § 13 Abs. 3 SGB V

Die Bundesregierung schlägt im vorliegenden Entwurf vor, dass das Bundesministerium für Gesundheit zukünftig jährlich Informationen über die Erfüllung von Vertragsärzt*innen und Psychotherapeut*innen erhält. Nicht vergessen werden darf in diesem Kontext, dass die Versorgung psychisch erkrankter Menschen neben der Behandlung in Kassenpraxen aufgrund Systemversagen auch in Privatpraxen im Rahmen der außervertraglichen Psychotherapie (sog. „Kostenerstattungsverfahren") erfolgt. Da die Krankenkassen die Daten über erfolgte außervertragliche Psychotherapien nicht offenlegen (müssen), ist unklar, in welchem Umfang hier Versorgung stattfindet und Versorgungspotenzial innerhalb der offiziellen GKV-Versorgung freigesetzt werden könnte. Es bedarf einer Konkretisierung der bestehenden Rechtsgrundlage sowie der Offenlegung der Daten über den Umfang der im Rahmen der außervertraglichen Psychotherapie erfolgten Behandlungen durch die Krankenkassen.

4. Gute Versorgung ist vernetzte Versorgung

Insbesondere in strukturschwachen Gebieten haben Menschen es schwer, einen Psychotherapieplatz zu finden. Insbesondere wenn es sich um schwer erkrankte Menschen handelt, für deren effiziente Versorgung mehr als eine Berufsgruppe vonnöten wäre, handelt es sich oftmals um ein nahezu aussichtsloses Unterfangen.

Eine vermeintliche Lösung dieses Problems war die Einführung der Komplexversorgung gemäß KSV-Psych-Richtlinie. Allerdings steht diese längst nicht überall zur Verfügung, da die Hürden aufseiten der Versorgenden hoch sind und Versorgungslücken auch mit innovativen Konzepten kaum ausgeglichen werden können. Auch erfüllen viele Patient*innen die Zugangskriterien nicht oder benötigen nicht den vollen Umfang der aufwendigen Komplexversorgung, würden jedoch von einer besser koordinierten Versorgung sehr profitieren. Mit der Idee der Gesundheitsregionen wäre man der Idee ein Stück weit nachgekommen, für mehr Menschen eine gute, vernetzte

Versorgung zu schaffen und dabei den öffentlichen Gesundheitsdienst miteinzubeziehen. Allerdings wäre es dabei auch bei regionalen Projekten geblieben, die es im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bedarf als Pilotprojekte bereits gab.

Eine kurzfristige, effiziente und überfällige Lösung ist die Schaffung grundsätzlicher Schnittstellen zwischen den Sektoren sowie die Möglichkeit, sich zwischen den Behandler*innen fallbezogen im Bedarfsfall koordinieren zu können – und das flächendeckend in der Regelversorgung. Erste Schritte wurden hier für die psychotherapeutische Versorgung gemacht, als 2021 mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz eingeführt wurde, dass probatorische Sitzungen während eines Klinikaufenthaltes durchgeführt werden können. Um einen Austausch unter den Behandelnden auch außerhalb der Komplexversorgung zu ermöglichen und Behandlung so effizienter gestalten zu können, benötigt es hierfür außerdem die Schaffung entsprechender Strukturen und Vergütungsmöglichkeiten.

5. Nachwuchs sichern

Aktuell besteht zwar noch kein akuter Fachkräftemangel, mittelfristig ist es jedoch nötig, dass gut qualifizierter Nachwuchs nachrückt. Dies ist allerdings in Gefahr, denn mit dem Psychotherapie-Ausbildungsreformgesetz wurde 2019 zwar die psychotherapeutische Aus- und Weiterbildung neu geregelt, jedoch wurde dabei die Finanzierung vergessen! Sowohl für Psychotherapeut*innen in Ausbildung, die es bis mindestens 2032 geben wird, als auch für Psychotherapeut*innen in Weiterbildung gemäß PsychThAusbRefG muss die Finanzierung gesichert werden – sonst waren nicht nur alle Ausbildungsreformbemühungen vergebens, sondern es gibt auch schon bald einen Fachkräftemangel im Bereich der Psychotherapie.

Es ist sehr zu begrüßen, dass die Bundesregierung mit einem ersten Vorstoß im gegenwärtigen Entwurf diese Notwendigkeit anerkennt und berücksichtigt, dass die Weiterbildung in hauptberuflichem Anstellungsverhältnis absolviert wird. Durch die vorgeschlagenen Änderungen in §117 Absatz 3b SGB V sind dafür für den Bereich der Weiterbildungsambulanzen erste Weichen gestellt. Positiv ist auch die Verortung der Weiterbildungsambulanzen in §120 Absatz 2 SGB V, jedoch nicht die aus den geplanten Änderungen resultierenden Einschränkungen, dass Lerninhalte wie Supervision, Selbsterfahrung und Erwerb von Fachkenntnissen, die im Rahmen der Weiterbildung erbracht werden müssen, bei den Vergütungsverhandlungen nicht berücksichtigt werden können. Auch der Bundesrat weist auf diese Problematik hin.

Die psychotherapeutische Weiterbildung findet außerdem auch im stationären Bereich, in Praxen und medizinischen Versorgungszentren statt, die Regelung der Finanzierung dieser Weiterbildungsbereiche wurde bisher nicht berücksichtigt. Notwendig sind einheitliche, verbindliche bundesgesetzliche Vorgaben. Ohne eine ausreichende finanzielle Förderung aller Weiterbildungsbereiche kann die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland nicht gesichert werden.

Zum aktuellen GVSG-Referentenentwurf im Einzelnen

Ad 1) Zu § 101 Abs. 4a SGB V-RefE wird folgende Verbesserung vorgeschlagen:

„Psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, bilden ab dem [Datum] eine Arztgruppe im Sinne des Absatzes 2. Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist für diese Arztgruppe erstmals zum Stand vom 31. Dezember 2023 zu ermitteln. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die neuen Verhältniszahlen bis zum [Datum] zu beschließen. ~~*In den Richtlinien nach Absatz 1 kann der Gemeinsame Bundesausschuss Mindestversorgungsanteile für überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte sowie innerhalb dieser weitere nach Fachgebieten differenzierte Mindestversorgungsanteile aus Versorgungsgründen vorsehen*~~. *Ein Mindestversorgungsanteil für bestimmte Untergruppen ist nicht möglich. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann für diese Arztgruppe eine im Vergleich zu anderen Arztgruppen abweichende Berechnungsmethode festlegen; insbesondere ist die Bildung einer Verhältniszahl auf Basis der Veränderung der in der gesamten vertragsärztlichen Versorgung festgestellten psychischen Morbidität möglich. Sofern die nach bisherigem Stand der Richtlinie nach Absatz 1 übliche Berechnungsmethode angewandt wird, dürfen bei der Berechnung der allgemeinen Verhältniszahl keine Daten vor 2020 zugrunde gelegt werden.* Der Landesausschuss hat die Feststellungen nach § 103 Absatz 1 Satz 1 erstmals zum Stand vom [Datum]…..zu treffen."

Ad 2) Zur Verkürzung der Wartezeiten bei Erwachsenen wird vorgeschlagen, in § 101 SGB V folgenden Absatz 4b neu einzufügen:

*Für die verbleibende Arztgruppe psychotherapeutisch tätiger Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen, die überwiegend oder ausschließlich Erwachsene psychotherapeutisch betreuen, ist der bedarfsgerechte Versorgungsgrad unter Berücksichtigung aktueller Versorgungsforschung sowie außervertraglich erbrachter Leistungen insbesondere gemäß § 13 Abs. 3 SGB V neu zu ermitteln. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die neuen Verhältniszahlen bis zum [Datum] zu beschließen. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann für diese Arztgruppe eine im Vergleich zu anderen Arztgruppen abweichende Berechnungsmethode festlegen; insbesondere ist die Bildung einer Verhältniszahl auf Basis der Veränderung der in der gesamten vertragsärztlichen Versorgung festgestellten psychischen Morbidität möglich. Sofern die nach bisherigem Stand der Richtlinie nach Absatz 1 übliche Berechnungsmethode angewandt wird, dürfen bei der Berechnung der allgemeinen Verhältniszahl keine Daten zugrunde gelegt werden, die älter als zwei Jahre sind.*

Ad 3) Um Transparenz über den Umfang der außervertraglich erbrachten Versorgung zu schaffen, wird vorgeschlagen, § 13 Abs. 3 Satz 3 SGB V neu um folgenden Halbsatz zu erweitern:

; der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit zum 1. Oktober eines Jahres schriftlich jeweils bezogen auf den räumlichen Zuständigkeitsbereich jeder Kassenärztlichen Vereinigung die Anzahl der abgelehnten Anträge auf Psychotherapie gemäß der Psychotherapie-Richtlinie, die Anzahl der nach §13 Abs. 3 Satz 3 SGB Vbewilligten Anträge sowie des Honorarvolumens pro Kalenderjahr.

Ad 4) Für eine besser vernetzte Versorgung wird vorgeschlagen, § 92 Abs. 6a SGB V folgendermaßen zu ergänzen:

(6a) In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 ist insbesondere das Nähere über die psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Krankheiten, die zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren, das Antrags- und Gutachterverfahren, die probatorischen Sitzungen sowie über Art, Umfang und Durchführung der Behandlung zu regeln; der Gemeinsame Bundesausschuss kann dabei Regelungen treffen, die leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren. Sofern sich nach einer Krankenhausbehandlung eine ambulante psychotherapeutische Behandlung anschließen soll, können *erforderliche psychotherapeutische Sprechstunden sowie* probatorische Sitzungen frühzeitig, bereits während der Krankenhausbehandlung sowohl in der vertragsärztlichen Praxis als auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden; das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach Satz 1 und nach Absatz 6b. *Insbesondere im Rahmen der Entlassungsvorbereitung sind bei laufender psychotherapeutischer Behandlung auch die Wahrnehmung von psychotherapeutischer Akutbehandlung oder Richtlinienpsychotherapie möglich. Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt in einer Ergänzung der Richtlinie nach Satz 1 Regelungen zur Förderung des berufsgruppen- und sektorenübergreifenden Austauschs innerhalb der psychotherapeutischen Regelversorgung.* Die Richtlinien nach Satz 1 haben darüber hinaus Regelungen zu treffen über die inhaltlichen Anforderungen an den Konsiliarbericht und an die fachlichen Anforderungen des den Konsiliarbericht (§ 28 Abs. 3) abgebenden Vertragsarztes. […]

Ad 5) Um den psychotherapeutischen Nachwuchs zu sichern, werden folgende einzelne Veränderungen neu im Gesetzestext vorgeschlagen:

Der gemäß Änderung in Artikel 1 Nr. 18 Buchstabe d) eingefügte Satz 4 in § 120 Absatz 2 SGB V ist zu streichen: ~~„Die Vergütung der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung in den Weiterbildungsambulanzen soll in Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgen; für die Bestimmung einer wirtschaftlichen Betriebsführung der Weiterbildungsambulanzen sind nur die Leistungen berücksichtigungsfähig, für die der Zulassungsausschuss eine Ermächtigung erteilt hat und die gegenüber Versicherten erbracht werden.“~~

Zur Finanzierung der Weiterbildung wird vorgeschlagen, § 120 Abs. 2 SGB V d) wie folgt zu fassen:
Die Leistungen der Hochschulambulanzen, *der Ambulanzen der Weiterbildungsstätten nach § 117 Absatz 3b*, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren und der medizinischen Behandlungszentren werden unmittelbar von der Krankenkasse vergütet. *Die Ambulanzen der Weiterbildungsstätten erhalten eine Vergütung für die einzelnen Leistungen, die in Abstimmung mit dem Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab gemäß § 87 Absatz 2 Satz 1 vereinbart werden. Die Vergütung muss eine im Krankenhaus übliche Entlohnung der Weiterbildungsteilnehmenden ermöglichen und ist auf der Grundlage eines angemessenen Anteils der Leistungszeit an der Arbeitszeit der Weiterbildungsteilnehmenden zu bestimmen, der über die gesamte Dauer der ambulanten Weiterbildung im Durchschnitt 50 Prozent nicht überschreiten darf*. Die Vergütung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Hochschulen oder Hochschulkliniken, *den Weiterbildungsstätten,* den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart; […]“

§ 75a SGB V wird um folgenden Absatz 10 ergänzt:

*(10) Für die psychotherapeutische Versorgung sind bundesweit 1.500 Weiterbildungsstellen zur Durchführung der ambulanten Weiterbildung in Betriebsstätten von zugelassenen Psychotherapeut*innen und Medizinischen Versorgungszentren, davon 300 Weiterbildungsstellen für das*

Gebiet der Psychotherapie für Kinder und Jugendliche und 75 Weiterbildungsstellen für das Gebiet Neuropsychologische Psychotherapie, zu fördern. Die Zählung der Stellen wird auf Basis der geförderten Vollzeitäquivalente durchgeführt. Die Absätze 1 und 4 bis 8 gelten mit der Maßgabe entsprechend, dass das Nähere über den Umfang und die Durchführung der finanziellen Förderung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart wird und das Benehmen nach Absatz 4 Satz 3 mit der Bundespsychotherapeutenkammer herzustellen ist.

§ 3 Absatz 3 Bundespflegesatzverordnung (BPflV) soll wie folgt geändert werden: (3) Für die Jahre ab 2020 ist für ein Krankenhaus ein Gesamtbetrag nach den folgenden Vorgaben zu vereinbaren; Besonderheiten der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sind zu berücksichtigen. Ausgangsgrundlage für die Vereinbarung des Gesamtbetrags für das Jahr 2020 ist der nach Absatz 2 vereinbarte Gesamtbetrag für das Jahr 2019. In den Folgejahren ist Ausgangsgrundlage der für das jeweilige Vorjahr vereinbarte Gesamtbetrag. Bei der Vereinbarung sind insbesondere zu berücksichtigen: […]*, 8. die Personalkosten der nach Maßgabe des § 2 Psychotherapeutengesetz approbierten Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten für die Dauer der Weiterbildung, soweit diese in tarifvertraglicher Höhe vergütet werden*.

§ 27 Abs. 4 PsychThG wird folgendermaßen geändert: (4) Wer sich nach dem 31. August 2020 in einer Ausbildung zum Beruf der Psychologischen Psychotherapeutin, des Psychologischen Psychotherapeuten, der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach dem Psychotherapeutengesetz in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung befindet, erhält vom Träger der Einrichtung, in der die praktische Tätigkeit nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten oder nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten absolviert wird, für diese *Tätigkeit eine Vergütung entsprechend des Grundberufs, ggf. gemäß Tarifvertrag~~. in Höhe von mindestens 1 000 Euro, sofern die praktische Tätigkeit in Vollzeitform abgeleistet wird. Wird die praktische Tätigkeit in Teil-zeitform abgeleistet, reduziert sich die Vergütung entsprechend.~~*

Gute Ansätze des ersten, inzwischen obsoleten Referentenentwurfs fortsetzen

Falls die Bundesregierung plant, die in der Vorfassung vom 31.03.2024 aufgeführten Vorhaben doch noch umzusetzen, möchten wir folgendermaßen kommentieren**:**

6. Niedrigschwelliger Zugang zur Versorgung

Die ursprünglich geplanten Konzepte der Gesundheitskioske und Primärversorgungszentren würden einen niedrigschwelligen Zugang zur Versorgung dort ermöglichen, wo die Sozialstruktur und/oder Infrastruktur sonst unzureichend sind. Für die Versorgung psychisch Erkrankter wird mit deren Streichung eine Chance vertan, etwaige Versorgungsbedarfe der Gruppen zu identifizieren, die sonst nur schwer erreicht werden können.

Mit dem Angebot der Gesundheitskioske soll insbesondere in sozialschwächeren Regionen ein niedrigschwelliger Zugang zur Gesundheitsversorgung mit umfangreichen Beratungs-, Vermittlungs- und Präventionsangeboten unter Leitung einer Pflegefachkraft geschaffen werden. Das Konzept klingt vielversprechend, jedoch ist noch unklar, inwieweit hier Doppelstrukturen zum bestehenden GKV-System entstehen, dazu sollte neben der Evaluation während der Durchführung bereits die zuständige Kassenärztliche Vereinigung einbezogen werden. Da es sich bei den

definierten Aufgaben von Gesundheitskiosken überwiegend um genuine Tätigkeiten von Klinischen Psycholog*innen handelt, sollten diese aktiv in die Entwicklung der Gesundheitskioske einbezogen werden. Zur Gestaltung einer bedarfsorientierten und effektiven Gesundheitsförderung ist die Berücksichtigung psychologischer Faktoren äußerst bedeutsam, eine medizinische bzw. auf Störungen gerichtete Perspektive allein ist hier nicht ausreichend. Wir regen an, durch die professionelle Einbindung der Psychologie effektive Konzepte aus den Anwendungsfeldern der Psychologie, beispielsweise Gesundheitspsychologie, Gemeindepsychologie, Sozialpsychologie, Rehabilitationspsychologie Gerontopsychologie und Neuropsychologie zu nutzen und so die konzeptionellen Ziele zu verfolgen.

Mit der Einführung von Gesundheitsregionen käme man der Idee nach, einzelne Versorgungsangebote und den öffentlichen Gesundheitsdienst regional miteinander zu vernetzen. Das ist grundsätzlich sinnvoll und begrüßenswert, insbesondere weil anders als in einigen Pilotprojekten der öffentliche Gesundheitsdienst regelhaft Teil des Netzwerks ist. Wie im Bereich der Gesundheitskioske ist auch an dieser Stelle die fachlich sinnvolle Berücksichtigung der psychologischen und sozialen Faktoren von Gesundheit nicht ausreichend dargestellt. Eine Einbindung psychologischer Profile, insbesondere der Gesundheitspsychologie und der klinischen Psychologie, erscheint dringend erforderlich.

7. Expertise berücksichtigen

Die ursprünglichen Pläne, dass im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mehr Interessensvertreter*innen gestärkt werden und Mitsprachemöglichkeiten ausgebaut werden sollen, begrüßen wir ebenso, wie dass Entscheidungen dort beschleunigt werden sollen. Wir verstehen uns als eine dieser Interessensgruppen, aber nicht nur als Interessensvertretung, sondern auch als Expert*innen, die den Prozess der Modernisierung und Verbesserung des Gesundheitswesens insbesondere mit Blick auf psychische Erkrankungen mitgestalten können und wollen. Neben der Beteiligung der Gruppe der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und der Aufführung einzelner Berufsgruppen im Hinblick auf Stellungnahme- und Mitspracherecht regen wir an, die Psychologie mit ihren Beiträgen in die Gestaltung der psychischen Versorgung psychisch Erkrankter intensiver einzubinden, unter anderem in den Themenbereichen Soziotherapie und Rehabilitation.

Ihre Ansprechperson:

Dr. Johanna Thünker
E-Mail: thuenker@vpp.org

Der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP) vertritt die beruflichen Interessen über 10.000 niedergelassener, selbstständiger und angestellter/ beamteten Psychologinnen und Psychologen aus allen Tätigkeitsbereichen. Als der anerkannte Berufs- und Fachverband der Psychologinnen und Psychologen ist der BDP Ansprechpartner und Informant für Politik, Medien und die Öffentlichkeit.

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(2)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
06.11.2024

Bundes Psychotherapeuten Kammer

Stellungnahme

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG)

Gesetzentwurf der Bundesregierung (BT-Drs. 20/11853)

28.06.2024

BPtK
Klosterstraße 64, 10179 Berlin
Tel.: 030. 278 785 - 0
info@bptk.de
www.bptk.de

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Inhaltsverzeichnis

1 Allgemeine Bewertung ... 3

2 Zu den Regelungsvorschlägen im Einzelnen ... 4

2.1 Wegfall des Konsiliarberichts bei ärztlich überwiesenen Patient*innen in die ambulante Psychotherapie (Artikel 1 – § 28 Absatz 3 SGB V) ... 4

2.2 Primärversorgungszentren (Artikel 1 – § 73a SGB V NEU) ... 5

2.3 Vereinfachung der Durchführung von Kurzzeittherapien (Artikel 1 – § 92 Absatz 6a SGB V) ... 6

2.4 Beteiligungsrechte im Gemeinsamen Bundesausschuss (Artikel 1 – § 92 SGB V) ... 7

2.5 Bedarfsplanung reformieren (Artikel 1 – § 101 Absatz 4 und Absatz 4a SGB V) ... 9

2.6 Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung in Weiterbildungsambulanzen (Artikel 1 – §§ 117 und 120 SGB V) ... 12

2.7 Weiterer gesetzgeberischer Handlungsbedarf zur Sicherung der Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung in Praxen, MVZ und Kliniken ... 16

2.8 Transparenzberichte der Gesetzlichen Krankenkassen (Artikel 1 – § 217f Absatz 4 SGB V) ... 22

2.9 Spezifische Ermächtigung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung (Artikel 6 – § 31 Absatz 1 Ärzte-ZV) ... 24

3 Weiterentwicklung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung ... 27

3.1 Ambulante Komplexversorgung für schwer psychisch kranke Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche stärken ... 28

3.1.1 Überarbeitung der KSVPsych-Richtlinie bei Erwachsenen gemäß § 92 Absatz 6b SGB V ... 28

3.1.2 Versorgungsbedürfnisse von schwer psychisch kranken Kindern und Jugendlichen in der ambulanten Komplexbehandlung berücksichtigen – Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen ... 30

3.1.3 Versorgungskapazitäten für die ambulante Komplexbehandlung und schwer psychisch erkrankte Patient*innen gezielt ausbauen ... 33

3.2 Förderung von Anschlussbehandlung nach stationärer Behandlung ... 34

3.3 Aufsuchende psychotherapeutische Angebote ermöglichen ... 38

3.4 Gruppentherapie für Kinder und Jugendliche – Mindestanzahl absenken ... 39

1 Allgemeine Bewertung

Für Patient*innen ist der wohnortnahe Zugang zu einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung zentral. Die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung vor Ort ist angesichts des steigenden Behandlungsbedarfs und demografischen Wandels eine der größten gesellschaftlichen Herausforderungen. Gesundheitsversorgung ist Daseinsvorsorge, daher ist eine gezielte Stärkung der ambulanten Versorgung richtig, die auch lokale Versorgungsbedarfe stärker berücksichtigt. Hierzu zählt auch – wie im Entwurf eines Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) vorgesehen – die Stärkung der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch eine separate Bedarfsplanung, die den besonderen Versorgungsbedürfnissen von Kindern und Jugendlichen einschließlich eines wohnortnahen Zugangs besser Rechnung tragen kann ebenso wie Behandlungsangebote durch Ermächtigungen für die psychotherapeutische Versorgung von Patient*innen mit Suchterkrankungen, geistigen Behinderungen oder schweren Funktionseinschränkungen.

Trotzdem greift der Entwurf eines GVSG damit immer noch zu kurz. In der ambulanten Psychotherapie fehlt es insbesondere auch in ländlichen und strukturschwachen Regionen an zusätzlichen Kassensitzen. **Eine Reform der Bedarfsplanung ist daher auch für die psychotherapeutische Versorgung von Erwachsenen dringend erforderlich, um die langen Wartezeiten auf einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz abzubauen.** Zusätzlich müssen für die Stärkung der Versorgung schwer psychisch erkrankter Patient*innen Hürden in der ambulanten Komplexversorgung (KSVPsych-Richtlinie des Gemeinsamen-Bundesausschusses) abgebaut und gezielt zusätzliche Behandlungskapazitäten für diese Patientengruppe aufgebaut werden. Auch die ambulante psychotherapeutische Anschlussbehandlung nach einer stationären Behandlung sollte gefördert werden, um Behandlungsübergänge in die ambulante Versorgung zu sichern. Der GVSG-Entwurf sollte dahingehend dringend nachgebessert werden, um für Patient*innen Verbesserungen zu schaffen.

Der Entwurf eines GVSG erkennt die Problematik der Sicherstellung der Zukunft des psychotherapeutischen Nachwuchses endlich an. Die vorgeschlagenen Regelungen **reichen jedoch keineswegs aus, um ausreichend Weiterbildungsstellen für den psychotherapeutischen Nachwuchs im ambulanten und stationären Bereich zu sichern**:

- Der Regelungsvorschlag zur Finanzierung der Weiterbildung in den Weiterbildungsambulanzen ist unzureichend und muss geändert werden.
- Es fehlen gänzlich gesetzliche Regelungen zur Finanzierung der Weiterbildung in Praxen, Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und Kliniken.

Mit dem GVSG müssen diese Regelungslücken endlich geschlossen werden. Andernfalls wird gefährdet, dass zukünftig genügend Fachpsychotherapeut*innen für die Sicherstellung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zur Verfügung stehen. Die Psychotherapeutenausbildungsreform bliebe damit unvollendet. Der drängende Handlungsbedarf wurde auch vom Deutschen Bundestag anerkannt, der eine entsprechende Petition mit dem höchstmöglichen Votum „zur Berücksichtigung“ an die Bundesregierung überwiesen hat. Darüber hinaus hatte der Bundesrat bereits im Jahr 2023 eine Entschließung gefasst, die die Bundesregierung dazu aufforderte, eine ausreichende Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung über gesetzliche Regelungen sicherzustellen (BR-Drucksache 403/23).

Die Stärkung der Beteiligungsrechte von Berufsorganisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), soweit deren Berufsausübung durch Richtlinien und Beschlüsse des G-BA berührt werden, ist ein sinnvoller Schritt. Jedoch wird die spezifische Expertise der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) bisher nicht berücksichtigt. Entsprechende **Antrags- und Mitberatungsrechte im G-BA müssen alle Heilberufskammern erhalten**, soweit die Richtlinien die Belange ihrer jeweiligen Berufsausübung berühren.

2 Zu den Regelungsvorschlägen im Einzelnen

2.1 Wegfall des Konsiliarberichts bei ärztlich überwiesenen Patient*innen in die ambulante Psychotherapie (Artikel 1 – § 28 Absatz 3 SGB V)

Die BPtK begrüßt den Regelungsvorschlag in § 28 Absatz 3 SGB V, mit dem die Einholung eines Konsiliarberichts in der ambulanten Psychotherapie entfallen kann, wenn Patient*innen die psychotherapeutische Behandlung auf Überweisung einer Vertragsärzt*in beanspruchen.

Aus Sicht der BPtK sollte jedoch auch bei Patient*innen, die aus einer stationären Behandlung entlassen werden und bei denen eine ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung erforderlich ist, auf den ärztlichen Konsiliarbericht verzichtet werden können. Bei Patient*innen, die zuvor in einem Krankenhaus wegen ihrer psychischen Erkrankung behandelt wurden, ist eine Abklärung somatischer Erkrankungen im Rahmen der Krankenhausbehandlung bereits umfassend erfolgt.

Die BPtK schlägt daher folgende Ergänzung in Artikel 1 – § 28 Absatz 3 SGB V vor:

> *„Der Einholung des Konsiliarberichts bedarf es nicht, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Überweisung eines Vertragsarztes* ***oder im Anschluss an eine psychiatrische, psychosomatische oder psychotherapeutische Krankenhausbehandlung*** *erfolgt.“*

2.2 Primärversorgungszentren (Artikel 1 – § 73a SGB V NEU)

Frühere Entwürfe eines GVSG verfolgten das Ziel, eine gesetzliche Regelung zur Etablierung von Primärversorgungszentren (PVZ) einzuführen, um insbesondere die Gesundheitsversorgung in ländlichen und strukturschwachen Kommunen sicherzustellen und zu stärken. Diese Regelung ist jedoch im aktuellen Regierungsentwurf nicht mehr enthalten.

Die BPtK begrüßt daher die Empfehlung des Gesundheitsausschusses im Bundesrat, in den Entwurf eines GVSG eine Regelung zur Etablierung von PVZ wieder aufzunehmen, die explizit auch eine Integration psychotherapeutischer Expertise in den PVZ vorsieht.

Die Etablierung von Primärversorgungszentren, die auch die Versorgungsbedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen berücksichtigen, kann einen wichtigen Beitrag leisten, die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in ländlichen und strukturschwachen Regionen, aber auch sozial benachteiligten Stadtteilen sicherzustellen und in umfassendere Versorgungsangebote multiprofessioneller Teams einzubetten. Dabei kann über eine entsprechende Integration in die PVZ neben den Angeboten der Krankenbehandlung auch gezielt die Gesundheitsförderung, die Prävention und die Gesundheitskompetenz in den Kommunen gestärkt werden. Psychische Belastungen und Erkrankungen gehören zu den häufigsten Beschwerden, weshalb Patient*innen eine Hausarztpraxis aufsuchen. Das multiprofessionelle Team eines PVZ bietet die Chance, ihre Versorgung zu verbessern, indem Patient*innen schneller eine fachkundige Abklärung ihrer Beschwerden erhalten und die Versorgung passgenauer und effizienter ausgestaltet werden kann. PVZ sind dabei in besonderer Weise geeignet, um verstärkt auch gruppenpsychotherapeutische Behandlungsangebote umzusetzen, eine psychotherapeutische Akutbehandlung anzubieten oder für Patient*innen mit einem komplexen, multiprofessionellen Behandlungsbedarf die erforderlichen Versorgungsangebote und Koordinationsleistungen vorzuhalten. Darüber hinaus können in PVZ für Patient*innen mit psychischen Belastungen Angebote der indizierten Prävention vorgehalten und vermittelt werden.

2.3 Vereinfachung der Durchführung von Kurzzeittherapien (Artikel 1 – § 92 Absatz 6a SGB V)

Die BPtK begrüßt den Änderungsvorschlag in § 92 Absatz 6a SGB V, mit dem das zweistufige Antragsverfahren für eine Kurzzeittherapie durch ein einstufiges Antragsverfahren ersetzt werden soll. In aktuellen Studien auf Basis der Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung konnte gezeigt werden, dass sich die Dauer der psychotherapeutischen Behandlung nicht an den individuellen Behandlungsbedarfen und nicht an den Kontingentgrenzen ausrichtet. Die Unterteilung der Kurzzeittherapie in zwei Antragsschritte führt lediglich zu einem zusätzlichen bürokratischen Aufwand und möglichen Verzögerungen und Unterbrechungen in der psychotherapeutischen Behandlung. Dem steht kein patientenrelevanter Nutzen gegenüber und auch positive gesundheitsökonomische Effekte lassen sich nicht belegen.

Zugleich sollte diese sinnvolle Änderung bei Antrags- und Gutachterverfahren zum Anlass genommen werden, den Auftrag in Satz 6 (alt) an den Gemeinsamen Bundesausschuss zur Abschaffung sämtlicher Regelungen des Antrags- und Gutachterverfahrens, sobald er ein Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2a SGB V eingeführt hat, ersatzlos zu streichen. Das Antrags- und Gutachterverfahren in der ambulanten Psychotherapie nach § 92 Absatz 6a Satz 1 SGB V dient der Vorabwirtschaftlichkeitsprüfung, sorgt dabei für Patient*innen und Psychotherapeut*innen für gesicherte Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung, unter denen sich insbesondere auch für schwer psychisch erkrankte Patient*innen eine vertrauensvolle Psychotherapeut*in-Patient*in-Beziehung entwickeln und eine erfolgreiche Behandlung umgesetzt werden kann. Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung nach § 136a SGB V werden nicht für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit von Behandlungen entwickelt und können diese Aufgabe nicht übernehmen. Hierzu kommt, dass auch die qualitätssichernde Funktion des Antrags- und Gutachterverfahrens mit Blick auf die Indikationsqualität und die Qualität der Behandlungsplanung, die hier systematisch in einem Peer-Review-Verfahren adressiert wird, nicht von einem datengestützten QS-Verfahren, wie es vom IQTIG für die ambulante Psychotherapie entwickelt wurde, erfüllt werden kann. Vielmehr verhindert die bestehende Regelung in Satz 6 (alt), dass das Antrags- und Gutachterverfahren weiterentwickelt und Optimierungspotenziale im Zuge einer Digitalisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens gehoben werden.

Die BPtK schlägt daher folgende Änderung in Artikel 1 – § 92 Absatz 6a SGB V vor:

„f) Absatz 6a wird wie folgt geändert:

*aa) **~~Nach Satz 5 wird folgender Satz eingefügt~~ Satz 6 wird wie folgt gefasst**:*

‚Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt, bis spätestens zum … [einsetzen: letzter Tag des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] über Änderungen der in Satz 1 genannten Richtlinien, durch die eine Vereinfachung der Durchführung von Kurzzeittherapien bewirkt wird und die zur Vereinfachung insbesondere für den gesamten Umfang einer Kurzzeittherapie ein einstufiges Antragsverfahren vorsehen.‘“

2.4 Beteiligungsrechte im Gemeinsamen Bundesausschuss (Artikel 1 – § 92 SGB V)

Stellungnahmerechte für wissenschaftliche Fachgesellschaften
Mit den vorgeschlagenen Änderungen in § 92 Absätze 1b, 1c, 4, 5, 6, 6a, 6b, 6c, 7b, 7c und 7g SGB V soll eingeführt werden, dass bei Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zukünftig einschlägige wissenschaftliche Fachgesellschaften die Möglichkeit zur Stellungnahme eingeräumt bekommen. Dies soll ermöglichen, dass die Expertise der jeweiligen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in die Entscheidung des G-BA einbezogen wird.

Aus Sicht der BPtK wird mit den vorgeschlagenen Änderungen der Kreis der zur Stellungnahme berechtigten wissenschaftlichen Fachgesellschaften systematisch auch um jene wissenschaftlichen Fachgesellschaften erweitert, die nicht Mitglied in der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) sind. Die Erweiterung ist gerade auch mit Blick auf die einschlägigen psychotherapeutischen und psychologischen Fachgesellschaften bedeutsam, denen derzeit eine Mitgliedschaft in der AWMF nicht offensteht und die sich aus diesem Grund bislang nicht systematisch an den Stellungnahmeverfahren im G-BA beteiligen konnten. Zugleich werden die Stellungnahmerechte auf eine Reihe weiterer Richtlinien des G-BA ausgedehnt. Auf diese Weise soll gewährleistet werden, dass die wissenschaftliche Expertise der relevanten Fachgesellschaften in die Erarbeitung und Weiterentwicklung von G-BA-Richtlinien einfließen und berücksichtigt werden kann. Dieses Anliegen ist daher grundsätzlich zu begrüßen. Angesichts der Zahl der relevanten Fachgesellschaften und der gesetzlich vorgegebenen Fristen kann dies jedoch für die konkrete Umsetzung der Stellungnahmeverfahren einschließlich der mündlichen Anhörungen und deren systematische Berücksichtigung in den Beschlussfassungen des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Herausforderung darstellen.

Antrags- und Mitberatungsrechte für weitere Berufsorganisationen im G-BA

Mit der vorgeschlagenen Einführung eines neuen Absatzes 7h in § 92 SGB V sollen die Berufsorganisationen der Pflegeberufe ein Antrags- und Mitbestimmungsrecht im G-BA erhalten, sofern es sich um Richtlinien handelt, die die Berufsausübung der Pflegeberufe berühren.

Die BPtK begrüßt das Ziel, dass die Antrags- und Mitberatungsrechte von Berufsorganisationen im G-BA gestärkt werden sollen. Die BPtK teilt die Einschätzung des Bundesministeriums für Gesundheit, dass die Expertisen und die spezifischen Perspektiven der Pflege bei Richtlinien, die die Berufsausübung der Pflege berühren, über die Trägerorganisationen des G-BA nicht ausreichend in die Beratungen eingebracht werden können. Neben Richtlinien zu ambulanten Leistungen, die durch die Pflege erbracht werden bzw. an denen sie beteiligt ist, gilt dies u. a. auch für Qualitätssicherungs-Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 und für Beschlüsse des G-BA nach § 136b und § 136c zur Qualitätssicherung im Krankenhaus. Die BPtK hält es für notwendig, dass parallel dazu auch die Antrags- und Mitbestimmungsrechte der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) im G-BA gestärkt werden, sofern es sich um Richtlinien handelt, die die Berufsausübung der Psychotherapeut*innen berühren. Dies betrifft insbesondere die Psychotherapie-Richtlinie, die Richtlinien nach § 92 Absatz 6b, die Bedarfsplanungs-Richtlinie, die Richtlinien zur Qualitätssicherung sowie diejenigen Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummern 6, 8 und 12, für die Psychotherapeut*innen über die entsprechenden Verordnungsbefugnisse verfügen. Hierdurch kann sichergestellt werden, dass die spezifische Expertise der Psychotherapeut*innen frühzeitig in die Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses unmittelbar einbezogen werden können. Der frühzeitige Einbezug der Bundespsychotherapeutenkammer stellt dabei sicher, dass die spezifische psychotherapeutische Expertise bereits bei der Erarbeitung von Beschlussentwürfen kontinuierlich und unmittelbar noch vor der Durchführung von Stellungnahmeverfahren einfließen kann und zeitlich aufwendige Beratungen über Änderungsbedarfe, die sich sonst erst im Stellungnahmeverfahren ergeben würden, vermieden werden können. Das Antragsrecht für die Bundespsychotherapeutenkammer gewährleistet darüber hinaus, dass in der Profession identifizierte Anpassungsbedarfe bei den Richtlinien des G-BA, die zur Verbesserung der Versorgung erforderlich sind, frühzeitig in die Beratungen des G-BA eingebracht werden können. Ein entsprechendes Antrags- und Mitberatungsrecht der Bundespsychotherapeutenkammer gewährleistet dabei, dass der Einbezug der spezifischen psychotherapeutischen Expertise mit einer sektorenunabhängigen Perspektive unmittelbar gesichert ist.

Die BPtK schlägt daher folgende Ergänzung vor:

Ergänzungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 12 (§ 92 SGB V)

Nach § 92 Absatz 7h SGB V NEU wird ein neuer Absatz 7i eingefügt:

> ***„(7i) Bei den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, 6, 8, 9, 12 und Nummer 13 und den Beschlüssen nach den §§ 136a und 136b, sofern sie die Berufsausübung der Psychotherapeuten berühren, erhält die Bundespsychotherapeutenkammer ein Antrags- und Mitberatungsrecht. Absatz 7e Sätze 3 bis 6 gelten entsprechend.“***

Begründung:
Mit der Änderung wird analog zur Stärkung der Antrags- und Mitberatungsrechte der Berufsorganisationen der Pflege, ein Antrags- und Mitbestimmungsrecht der BPtK im G-BA verankert, sofern es sich um Richtlinien handelt, die die Berufsausübung der Psychotherapeut*innen berühren. Darüber wird sichergestellt, dass die psychotherapeutische Expertise bei für die Profession relevanten Richtlinien kontinuierlich einbezogen wird. Dies umfasst, dass die Vertreter*in der BPtK Beratungsgegenstände auf die Tagesordnung setzen lassen kann und dass sie bei der Beschlussfassung anwesend ist. Bei der Einrichtung einer Arbeitsgruppe oder Bestellung von Sachverständigen durch einen Unterausschuss muss Einvernehmen mit der Vertreter*in der BPtK bestehen.

2.5 Bedarfsplanung reformieren (Artikel 1 – § 101 Absatz 4 und Absatz 4a SGB V)

Mit einem neu in § 101 SGB V eingefügten Absatz 4a soll geregelt werden, dass künftig Psychotherapeut*innen und psychotherapeutisch tätige Ärzt*innen, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche betreuen, eine eigene Arztgruppe in der Bedarfsplanungs-Richtlinie bilden. Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad für diese Arztgruppe ist zum Stand des 31. Dezember 2023 zu ermitteln. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird damit beauftragt, innerhalb von sechs Monaten nach Gesetzesverkündung die neuen Verhältniszahlen für die Arztgruppe zu beschließen. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann dabei Mindestversorgungsanteile für überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzt*innen vorsehen, wenn dies aus Versorgungsgründen geboten ist.

Die BPtK begrüßt ausdrücklich den Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss, für die Psychotherapeut*innen und psychotherapeutisch tätige Ärzt*innen, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, künftig eine eigene Arztgruppe im Sinne der Bedarfsplanungs-Richtlinie zu bilden. Eine eigene Planung

der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen ermöglicht es, die Versorgung kleinräumiger und zielgenauer zu planen. Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen benötigen in besonderem Maße einen wohnortnahen Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung. Sie können lange Anfahrtswege zur Psychotherapie oft nicht allein bewältigen. Für den Behandlungserfolg ist zudem die enge Anbindung an die Lebenswelten der Kinder und Jugendlichen wichtig.

Wie viele Patient*innen psychotherapeutisch versorgt werden können, hängt direkt von der Zahl der Vertragspsychotherapeut*innen ab. Das Angebot an Therapieplätzen in Deutschland ist insgesamt deutlich geringer als der tatsächliche Bedarf. Im Zuge der COVID-19-Pandemie hat sich der Bedarf nach einem psychotherapeutischen Behandlungsplatz nochmals deutlich erhöht. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen sowie jungen Erwachsenen zeigen sich eine höhere psychische Morbidität, ein niedrigeres Ersterkrankungsalter und eine Zunahme schwerer Krankheitsverläufe. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung prognostiziert bis zum Jahr 2030 eine weitere Zunahme des Behandlungsbedarfs um durchschnittlich 23 Prozent. Daraus ergeben sich gravierende Wartezeiten, die weiter anzuwachsen drohen. Von der ersten psychotherapeutischen Sprechstunde bis zum Beginn der eigentlichen Therapie warten Patient*innen durchschnittlich rund 140 Tage. Eine aktuelle Studie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zeigt einen weiteren Anstieg der Wartezeiten in den letzten vier Jahren und belegt, dass die Wartezeiten in ländlichen Regionen besonders lang sind. Wenngleich es den Vertragspsychotherapeut*innen vielfach gelingt, Wartezeiten bis zum Beginn der eigentlichen Therapie u. a. mit weiteren Sprechstunden und probatorischen Sitzungen zu überbrücken, leiden insbesondere Patient*innen in ländlichen und strukturschwachen Regionen unter unzumutbar langen Wartezeiten – häufig ohne Aussicht auf den Beginn der erforderlichen Behandlung. Aber auch in Städten, insbesondere in den neuen Bundesländern und im Ruhrgebiet, sind Wartezeiten häufig zu lang. Kinder und Jugendliche sind dabei in besonderem Maße negativ von einem Mangel an Therapieplätzen betroffen. Die unterstellte Mitversorgung durch benachbarte großstädtische Regionen verhindert vielfach eine bedarfsgerechte wohnortnahe Versorgung. Um Wartezeiten zu reduzieren, ist ein gezielter Ausbau der Praxissitze zwingend erforderlich.

Eine eigene Bedarfsplanung für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie allein ist jedoch nicht ausreichend, um die bestehenden Versorgungsprobleme im Bereich psychischer Erkrankungen zu beheben.

Der Koalitionsvertrag sieht ausdrücklich vor, dass die psychotherapeutische Bedarfsplanung reformiert werden soll, um Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz, auch in ländlichen und strukturschwachen Gebieten, deutlich zu reduzieren. Der G-BA muss daher zusätzlich beauftragt werden, die Bedarfsplanungs-Richtlinie für die Arztgruppe der Psychotherapeut*innen zu überarbeiten. Erforderlich ist hierzu insbesondere, die Verhältniszahlen um mindestens 20 Prozent abzusenken. Dadurch würden rund 1.600 zusätzliche Psychotherapeutensitze, vorrangig außerhalb von Großstädten, entstehen. Bei den Großstädten würden vor allem die historisch schlechter versorgten Städte in Ostdeutschland und das Ruhrgebiet profitieren, wodurch die Angleichung der Lebensverhältnisse gefördert wird.

Durch diese Absenkung der Verhältniszahlen um mindestens 20 Prozent könnte auch eine zentrale Empfehlung aus dem Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung umgesetzt werden, das der G-BA in Auftrag gegeben hatte. Das Gutachten hatte 2018 einen Bedarf an 2.400 zusätzlichen Psychotherapeutensitzen festgestellt, um eine wohnortnahe ambulante psychotherapeutische Versorgung in Deutschland zu gewährleisten. Der G-BA hatte daraufhin jedoch bei der Reform der Bedarfsplanungs-Richtlinie 2019, die auf den Ergebnissen des Gutachtens basieren sollte, nur 800 neue Sitze geschaffen. Mit der Absenkung der Verhältniszahlen kann die Lücke zwischen den im Gutachten geforderten 2.400 Sitzen und den 2019 geschaffenen rund 800 Sitzen geschlossen und gezielt zusätzliche psychotherapeutische Kassensitze in den besonders schlecht versorgten Regionen aufgebaut werden.

Ergänzungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 12 (§ 101 SGB V)

Die BPtK schlägt folgende Ergänzung in Absatz 4 vor:

> *„12. § 101 wird wie folgt geändert:*
>
> *a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:*
>
> *aa) (…)*
>
> *bb (…)*
>
> ***cc) Nach Satz 7 wird folgender Satz eingefügt:***
>
> ***‚Bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] trifft der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach Absatz 1 für die Arztgruppen nach Satz 1 die erforderlichen Anpassungen für eine bedarfsgerechte Versorgung, die eine wohnortnahe und zeitnahe psychotherapeutische Behandlung insbesondere in***

ländlichen und strukturschwachen Regionen und dem Ruhrgebiet sicherstellen; erforderlich ist insbesondere eine Absenkung der Verhältniszahlen um mindestens 20 Prozent.“

2.6 Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung in Weiterbildungsambulanzen (Artikel 1 – §§ 117 und 120 SGB V)

Einführung von „Weiterbildungsambulanzen“ (§ 117 Absatz 3b SGBV)
Die BPtK begrüßt den Regelungsvorschlag, dass in § 117 Absatz 3b SGB V eine Legaldefinition für „Weiterbildungsambulanzen“ eingeführt wird.

Die Herausnahme der Personengruppe der Weiterbildungsteilnehmenden aus § 117 Absatz 3c SGB V ist folgerichtig, weil Regelungen zur Vergütung der Weiterbildungsambulanzen durch die Änderung in Artikel 18 in § 120 Absatz 2 SGB V geregelt werden sollen. Im Übrigen ist es sachgerecht, dass damit die Verpflichtung von Weiterbildungsambulanzen aufgehoben ist, von der Vergütung, die sie von der gesetzlichen Krankenversicherung für die durch einen Weiterbildungsteilnehmenden erbrachte Leistung erhalten, jeweils einen Anteil in Höhe von mindestens 40 Prozent an den jeweiligen Weiterbildungsteilnehmenden auszuzahlen. Die geltende Regelung wird den veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Weiterbildung im Vergleich zur Ausbildung nicht gerecht, da Weiterbildungsteilnehmende in angestellter Tätigkeit beschäftigt sind.

Verortung der Weiterbildungsambulanzen (§ 120 Absatz 2 Sätze 1, 2 und 3 SGB V)
Die Verankerung der Weiterbildungsambulanzen in § 120 Absatz 2 Satz 1 und Satz 2 sowie Satz 3 SGB V wird ebenfalls begrüßt.

Damit wird die Vergütung der Weiterbildungsambulanzen rechtssystematisch an derselben Stelle verortet wie die Vergütung der Hochschulambulanzen, Psychiatrischen Institutsambulanzen, Sozialpädiatrischen Zentren und medizinischen Behandlungszentren. Es wird klargestellt, dass die Vergütung auch bei den Weiterbildungsambulanzen die Leistungsfähigkeit bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu gewährleisten hat. Dadurch erhalten die Weiterbildungsambulanzen die Möglichkeit, ihre Vergütungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zu vereinbaren.

Berücksichtigungsfähige Leistungen für Vergütungsverhandlungen (§ 120 Absatz 2 Satz 4 SGB V)
Der neu eingefügte Satz 4 in § 120 Absatz 2 SGB V ist zu streichen.

Denn diese Regelung ist nicht sachgerecht und verhindert eine ausreichende Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung in den Weiterbildungsambulanzen.

Nach dem Wortlaut des neu eingefügten § 120 Absatz 2 Satz 4 SGB V wären bei den Vergütungsverhandlungen nur die Leistungen berücksichtigungsfähig, für die der Zulassungsausschuss eine Ermächtigung erteilt hat und die gegenüber Versicherten erbracht werden. Hingegen sollen die weiteren Lerninhalte, die im Rahmen der Weiterbildung neben der Behandlung von Patient*innen durch die Weiterbildungsordnungen der Länder gefordert sind, explizit von den Vergütungsverhandlungen ausgeschlossen und damit nicht berücksichtigungsfähig sein. Auch der Gesundheitsausschuss im Bundesrat hat die Problematik des Regelungsvorschlages erkannt und in seinen Empfehlungen zum Entwurf eines GVSG darauf hingewiesen, dass eine Refinanzierung weiterer Lerninhalte auch in den Weiterbildungsambulanzen ermöglicht werden sollte.

Zu diesen Lerninhalten gehören insbesondere die Supervision der Versorgungsleistungen, die Selbsterfahrung als Voraussetzung für die psychotherapeutische Beziehungsgestaltung und die Vermittlung der erforderlichen Fachkenntnisse. Diese weiteren Lerninhalte sind eine Voraussetzung, damit auch bei den in den Weiterbildungsambulanzen erbrachten Leistungen der Fachpsychotherapeutenstandard sichergestellt werden kann. Diesen Fachpsychotherapeutenstandard müssen diese Ambulanzen gegenüber den Versicherten gewährleisten. Die durch die weiteren Lerninhalte verursachten Betriebskosten müssen deshalb auch in den Vergütungsverhandlungen Berücksichtigung finden.

Darüber hinaus war es ein Ziel der Reform der Psychotherapeutenausbildung, die prekären Bedingungen in der psychotherapeutischen Qualifizierung nach dem Studium zu beenden. Die Erreichung dieses Ziels wird mit Satz 4 konterkariert, der eine ausreichende Finanzierung verhindert.

Die Änderung in Artikel 1 Nr. 18 Buchstabe d) sollte daher gestrichen werden:

> ~~*„d) Folgender Satz wird eingefügt:*~~
> ~~*„Die Vergütung der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung in den Weiterbildungsambulanzen soll in Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgen; für die Bestimmung einer wirtschaftlichen Betriebsführung der Weiterbildungsambulanzen sind nur die Leistungen berücksichtigungsfähig, für die der Zulassungsausschuss eine Ermächtigung erteilt hat und die gegenüber Versicherten erbracht werden.“*~~“

Die BPtK schlägt vor, für eine ausreichende Finanzierung stattdessen in § 120 Absatz 3 SGB V folgende Ergänzung einzufügen:

> *„(3) Die Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren, der medizinischen Behandlungszentren und sonstiger ermächtigter ärztlich geleiteter Einrichtungen kann pauschaliert werden.* ***Die Weiterbildungsambulanzen erhalten eine Vergütung für die einzelnen Leistungen, die in Abstimmung mit dem Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab gemäß § 87 Absatz 2 Satz 1 vereinbart werden. Die Vergütung muss eine im Krankenhaus übliche Entlohnung der Weiterbildungsteilnehmenden ermöglichen und ist auf der Grundlage eines angemessenen Anteils der Leistungszeit an der Arbeitszeit der Weiterbildungsteilnehmenden zu bestimmen, der über die gesamte Dauer der ambulanten Weiterbildung im Durchschnitt 50 Prozent nicht überschreiten darf.*** *§ 295 Absatz 1b Satz 1 gilt entsprechend. Das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen und der erforderlichen Vordrucke wird für die Hochschulambulanzen, die psychiatrischen Institutsambulanzen, die sozialpädiatrischen Zentren und die medizinischen Behandlungszentren von den Vertragsparteien nach § 301 Absatz 3, für die sonstigen ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen von den Vertragsparteien nach § 83 Satz 1 vereinbart. Die Vertragsparteien nach § 301 Absatz 3 vereinbaren bis zum 23.Januar 2016 bundeseinheitliche Grundsätze, die die Besonderheiten der Hochschulambulanzen angemessen abbilden, insbesondere zur Vergütungsstruktur und zur Leistungsdokumentation.“*

<u>Begründung:</u>

Für den Bereich der Ausbildung ist aktuell überwiegend zwischen den Ausbildungsstätten bzw. deren Ambulanzen und den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen nach Maßgabe des § 117 Absatz 3c Satz 1 i. V. m. § 120 Absatz 2 Sätze 1, 2 SGB V eine Vergütung von Einzelleistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vereinbart. Diese Vereinbarungen folgen der Maßgabe, dass eine „Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgen soll“. Eine Einzelleistungsvergütung allein nach dem EBM mit den in der vertragsärztlichen Versorgung geltenden Punktwerten kann jedoch den Fachpsychotherapeutenstandard bei Leistungserbringung im Rahmen einer Weiterbildung nicht gewährleisten.

Der Sicherstellung einer ausreichenden Finanzierung muss durch zusätzliche Finanzierungselemente und entsprechende Regelungen Rechnung getragen werden. Ein sinnvoller Ansatzpunkt für die Vereinbarung nach § 120 Absatz 2 und Absatz 3 SGB V ist dabei zwar nach wie vor die im EBM vorgefundene Vergütungsstruktur. **Mit der in Absatz 3 Satz 2** vorgeschlagenen Fassung wird der in den Vergütungsverhandlungen für die Ausbildungsambulanzen gelebten Praxis Rechnung getragen. Es wird jeweils auf den aktuellen Inhalt des EBM abgestellt.

Unabhängig davon ist in den Vergütungsverhandlungen der tatsächliche finanzielle Bedarf der Weiterbildungsstätten nach dem Vorbild der in § 120 SGB V genannten Leistungserbringer*innen zugrunde zu legen. Dabei sind wie bei den psychologischen Hochschulambulanzen sämtliche Kostenpositionen zu berücksichtigen. Grundlage der Bemessung der Vergütung muss daher eine Abschätzung der voraussichtlichen Kosten der Einrichtung unter Berücksichtigung des Leistungsspektrums der Einrichtung sein.

Ergebnis der Verhandlungen muss eine Kostendeckung sein bei wirtschaftlicher Betriebsführung. Das bedeutet auch, spezifischen Förderbedarfen Rechnung zu tragen, zum Beispiel für große versus kleine Weiterbildungsstätten oder für unterschiedliche Psychotherapieverfahren.

Weiterhin muss die Höhe der Vergütung eine im Krankenhaus übliche Entlohnung der Weiterbildungsteilnehmenden ermöglichen. Dies wird durch die Regelung in **Absatz 3 Satz 3** gewährleistet. § 75a Absatz 1 Satz 2 SGB V regelt im Rahmen der Weiterbildung im Gebiet der Allgemeinmedizin, aber auch § 75 Absatz 9 SGB V für die grundversorgenden Gebiete der fachärztlichen Versorgung eine Förderung auf der Grundlage „der im Krankenhaus üblichen Vergütung“. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband haben dies in der Vereinbarung nach § 75a Absatz 4 SGB V so konkretisiert, dass Grundlage der Tarifvertrag Ärzte der Vereinigung kommunaler Arbeitgeberverbände (VKA) auf Basis einer Wochenarbeitszeit von 40 Stunden ist. Auch den ermächtigten Einrichtungen muss eine tarifanaloge Entlohnung der Weiterbildungsteilnehmenden ermöglicht werden. Diese kann nicht als unwirtschaftlich eingestuft werden.

Die Regelung in **Absatz 3 Satz 3** ist als Schutzregelung für die Weiterbildungsteilnehmenden erforderlich, damit die Vergütungsverhandlungen nach § 120 SGB V nicht so geführt werden, dass den Weiterbildungsteilnehmenden ein Anteil der Arbeitszeit für die Erbrin-

gung abrechnungsfähiger Leistungen abverlangt wird, der für die weiteren obligatorischen Bestandteile der Weiterbildung wie Supervision, Selbsterfahrung und Theorievermittlung nicht mehr ausreichend Raum lässt.

Legt man den Zeitaufwand der Weiterbildungsteilnehmenden für diese Weiterbildungsbestandteile zugrunde, ergibt sich über die gesamte Dauer der Weiterbildung eine Obergrenze von 50 Prozent für die verbleibende Leistungszeit. Dies schließt die Zeit im unmittelbaren Patientenkontakt zuzüglich der erforderlichen Vor- und Nachbereitung im Sinne der Kalkulationszeit ein. Der Durchschnittswert bildet die zunehmende Erfahrung der Weiterbildungsteilnehmenden ab.

2.7 Weiterer gesetzgeberischer Handlungsbedarf zur Sicherung der Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung in Praxen, MVZ und Kliniken

Der finanzielle Förderbedarf in Praxen, MVZ und in der stationären Weiterbildung wird im Kabinettentwurf bisher gar nicht adressiert. Es bedarf deshalb weitergehender Instrumente zur Finanzierung der ambulanten Weiterbildung in Praxen, Medizinischen Versorgungszentren und der stationären psychotherapeutischen Weiterbildung in Kliniken. Notwendig sind verbindliche bundesgesetzliche Vorgaben. Ohne eine ausreichende finanzielle Förderung der ambulanten und stationären Weiterbildung ist eine standardgemäße psychotherapeutische Versorgung in Deutschland nicht gesichert.

1. Finanzierung der ambulanten Weiterbildung in Praxen und MVZ

Für die Weiterbildung in Praxen und MVZ sind andere Finanzierungsregelungen erforderlich als für Weiterbildungsambulanzen. Die BPtK schlägt dazu Änderungen in § 75a SGB V und in § 32 Ärzte-ZV vor.

§ 75a SGB V wird um folgenden Absatz 10 ergänzt:

> ***„(10) Für die psychotherapeutische Versorgung sind bundesweit 1.500 Weiterbildungsstellen zur Durchführung der ambulanten Weiterbildung in Betriebsstätten von zugelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren, davon 300 Weiterbildungsstellen für das Gebiet der Psychotherapie für Kinder und Jugendliche und 75 Weiterbildungsstellen für das Gebiet Neuropsychologische Psychotherapie, zu fördern. Die Zählung der Stellen wird auf Basis der geförderten Vollzeitäquivalente durchgeführt. Die Absätze 1 und 4 bis 8 gelten mit der Maßgabe entsprechend, dass das Nähere über den Umfang und die Durchführung der finanziellen Förderung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und***

dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart wird und das Benehmen nach Absatz 4 Satz 3 mit der Bundespsychotherapeutenkammer herzustellen ist."

Begründung:
Zur Kompensation der Finanzierungslücke wird für die ambulante Weiterbildung der Psychotherapeut*innen in Praxen und MVZ eine Regelung angelehnt an die Regelungen zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin und in den grundversorgenden Gebieten der fachärztlichen Versorgung gemäß § 75a Absätze 1 bis 9 SGB V vorgeschlagen. Die Erweiterung des § 75a SGB V um einen Absatz 10 ist dabei präzise und systemkonform.

Satz 1 trägt mit einem angenommenen Bedarf von 1.500 Weiterbildungsstellen dem Umstand Rechnung, dass die Weiterbildungsambulanzen die ambulante Weiterbildung nicht vollständig leisten können.

Nachdem die Muster-Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut*innen eine eigenständige Gebietsbezeichnung „Fachpsychotherapeutin/Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche" und eine Gebietsbezeichnung für Neuropsychologische Psychotherapie vorsieht und ein besonderes Interesse an einer ausreichenden Zahl von Leistungserbringer*innen gerade auch in diesen Gebieten besteht, sollen Kapazitäten förderfähiger Stellen für die entsprechenden ambulanten Weiterbildungsabschnitte in diesen Gebieten vorgehalten werden. Stellen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen sind auch in § 75a Absatz 9 Satz 2 SGB V vergleichbar geregelt. Die Quote von 20 Prozent (bezogen auf die aktuelle Regelung) bzw. 300 Stellen folgt der Regelung des Gemeinsamen Bundesausschusses in § 25 Absatz 1 Nummer 3 der Bedarfsplanungs-Richtlinie, 20 Prozent der Versorgungsaufträge für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen zu reservieren.

Satz 2 stellt klar, dass die geförderten Weiterbildungsstellen nicht nach der Zahl der Anstellungsverhältnisse, sondern nach Vollzeitstellenäquivalenten gezählt werden. Das entspricht schon heute der Vereinbarung zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Deutscher Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband nach § 75a Absatz 4 SGB V.

In der Sache beschränkt sich die Förderung nach Absatz 10 auf den verpflichtend ambulanten Weiterbildungsabschnitt nach der Weiterbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer. Deshalb ist es gemäß **Satz 3** abweichend von § 75a Absatz 4 Satz 1 SGB V

nicht erforderlich, eine dreiseitige Vereinbarung unter Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu schließen; überdies braucht es statt des in § 75a Absatz 4 Satz 2 SGB V vorgesehenen Benehmens mit der Bundesärztekammer die Einbindung der Bundespsychotherapeutenkammer. Wie § 75a Absatz 9 Satz 1 SGB V verweist Absatz 10 insoweit auf die Absätze 1 und 4 bis 8, modifiziert aber die Beteiligung am Vertragsgeschehen.

Im Übrigen sind die bereits bestehenden Regelungen entsprechend anzuwenden. Dies schließt den Verweis auf § 75a Absatz 1 Satz 4 SGB V zur Förderhöhe ein. Die Förderung hat die im Krankenhaus dann übliche Vergütung einer approbierten Psychotherapeut*in zu ermöglichen, die als Arbeitnehmer-Brutto auszuzahlen ist. Die Konkretisierung der Förderhöhe erfolgt durch die Vertragspartner*innen nach Absatz 10. Die Förderhöhe muss nicht zwingend einer Vollförderung des Arbeitnehmer-Bruttogehaltes gleichkommen. Sie kann auch berücksichtigen, dass wesentliche Teile der Leistungen außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV), also „extrabudgetär“, vergütet werden. Solange dies so ist, kann ein Teil des Mehrbedarfs für die Schaffung eines Weiterbildungsplatzes auch aus den Leistungsentgelten finanziert werden.

Sollte die Höhe der Zuschüsse eine im Krankenhaus übliche Vergütung nicht ermöglichen, müsste sichergestellt sein, dass von den Weiterbildungsteilnehmenden erbrachte Leistungen auch zusätzlich zu den Leistungen der Weiterbildungsbefugten vergütet werden.

In § 32 Absatz 3 Ärzte-ZV wird ein neuer Satz 2 eingefügt. Der bisherige Satz 2 wird zu Satz 3:

> *„(3) Die Beschäftigung eines Assistenten darf nicht der Vergrößerung der Kassenpraxis oder der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs dienen.* ***In den Fällen der Weiterbildung nach § 95c Absatz 1 Ziffer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist eine Vergrößerung des Praxisumfangs auf das 1,5-fache der Vollauslastung einer Vertragspsychotherapeutenpraxis zulässig.*** *In den Fällen der Beschäftigung eines Assistenten im Rahmen der Weiterbildung nach § 75a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch hat die Kassenärztliche Vereinigung im Verteilungsmaßstab nach § 87b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festzulegen, in welchem Umfang abweichend von Satz 1 und § 87b Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eine Vergrößerung der Kassenpraxis zulässig ist; bei der Festlegung ist insbesondere der von der Praxis zu zahlende Anhebungsbetrag nach § 75a Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu berücksichtigen.“*

Begründung:
Für die Beschäftigung von Weiterbildungsassistent*innen in Verbindung mit § 75a SGB V existiert in Satz 2 bereits eine Ausnahmeregelung für die allgemeinmedizinische Weiterbildung und die Weiterbildung in der ambulanten grundversorgenden fachärztlichen Versorgung.

Eine Ausnahmeregelung ist auch für die psychotherapeutische Weiterbildung erforderlich. Die Beschäftigung von Weiterbildungsassistent*innen in der psychotherapeutischen Praxis führt typischerweise zu einer Vergrößerung der vertragspsychotherapeutischen Praxis. Von einer unzulässigen Vergrößerung der Vertragsarztpraxis wird dabei schon dann ausgegangen, wenn ein Zuwachs von Fallzahlen der Praxis von mehr als 25 Prozent eintritt. Da die Weiterbildungsassistent*in aber zwingend eigene und damit neue Patient*innen zu behandeln hat, wird ein solcher Fallzahlanstieg regelhaft erreicht bzw. deutlich überschritten. Zudem hat die Weiterbildung nach den Vorgaben der Weiterbildungsordnung und der Heilberufe- und Kammergesetze der Länder in Vollzeit- oder Teilzeittätigkeit zu erfolgen. Zu erwarten ist deshalb gleichermaßen der unzulässige übergroße Praxisumfang. In der Praxis wird dies dazu führen, dass gerade diejenigen vertragspsychotherapeutischen Praxen, die wegen der dort behandelten Vielzahl von (unterschiedlichen) Fällen besonders geeignet sind, Weiterbildungsassistent*innen zu beschäftigen, davon abgehalten werden.

Ohne eine entsprechende Ausnahmeregelung, die auch die Beschäftigung von Weiterbildungsassistent*innen in der vertragspsychotherapeutischen Praxis nach den Vorgaben der Weiterbildungsordnung und der Heilberufe- und Kammergesetze der Länder ermöglicht, ist zu befürchten, dass Vertragspsychotherapeut*innen aus finanziellen Erwägungen davon Abstand nehmen müssen, sich an der Weiterbildung zur Fachpsychotherapeut*in zu beteiligen und damit auch langfristig keine Weiterbildung in vertragspsychotherapeutischen Praxen stattfindet. Daher sollte eine Regelung eingefügt werden, die für die Beschäftigung von Psychotherapeut*innen im Rahmen der Weiterbildung zur Fachpsychotherapeut*in in vertragspsychotherapeutischen Praxen eine Vergrößerung des Praxisumfanges für zulässig erklärt.

Ein übergroßer Praxisumfang wird üblicherweise von der Rechtsprechung angenommen, wenn eine Fallzahl erreicht wird, die in etwa zweimal oder jedenfalls zweieinhalbmal so groß ist wie im Durchschnitt der Fachgruppe. Die Heterogenität der Fachgruppe der Psychotherapeut*innen führt jedoch dazu, dass dieser Fachgruppendurchschnitt kein sachgerechtes Anknüpfungskriterium ist. Die besondere Problematik des Verbots von „Ver-

größerung der Vertragsarztpraxis“ oder „Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs“ in Zusammenhang mit Psychotherapeut*innen ist in der Rechtsprechung bereits anerkannt. In einem Urteil vom 09.05.2018 (L 7 KA 76/14) wurde daher auch vom Landessozialgericht Berlin-Brandenburg entschieden, dass ein übergroßer Praxisumfang im Sinne von § 32 Absatz 2 Satz 1 Ärzte-ZV bei Psychotherapeut*innen anhand der sogenannten „Vollauslastungsgrenze“ zu bestimmen ist: *„Aus Sicht des Senats spricht daher viel dafür, bei ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten und Psychotherapeuten einen übergroßen Praxisumfang schon ab dem 1,5-fachen der Vollauslastung, das heißt bei 841.725 Punkten, anzunehmen“*. Die zulässige Vergrößerung des Praxisumfanges auf das 1,5-fache der Vollauslastung im Fall der Beschäftigung einer Assistent*in im Rahmen der Weiterbildung zur Fachpsychotherapeut*in ist daher sachgerecht. Grundlage der Berechnung der Vollauslastung ist die Annahme, dass eine Psychotherapeut*in unter Berücksichtigung von Feiertagen, Urlaub, Fortbildungsmaßnahmen und psychotherapeutischen „Nebenleistungen“ in 43 Arbeitswochen im Jahr jeweils maximal 36 Sitzungen der Richtlinienpsychotherapie im Umfang von 50 Minuten Dauer durchführen kann. Der Vorschlag lautet daher, eine Vergrößerung des Praxisumfangs grundsätzlich auf das eineinhalbfache der Vollauslastung einer Vertragspsychotherapeutenpraxis im Rahmen der Weiterbildung zur Fachpsychotherapeut*in für zulässig zu erachten.

2. Finanzierung der stationären Weiterbildung

§ 3 Absatz 3 BPflV wird wie folgt geändert:

> *„(…) Bei der Vereinbarung sind insbesondere zu berücksichtigen:*
> *(…)*
> *7. für die Dauer der praktischen Tätigkeit die Vergütungen der Ausbildungsteilnehmerinnen und Ausbildungsteilnehmer nach Maßgabe des § 27 Absatz 4 des Psychotherapeutengesetzes in Höhe von 1.000 Euro pro Monat~~.~~**,*
> ***8. die Personalkosten der nach Maßgabe des § 2 Psychotherapeutengesetz approbierten Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten für die Dauer der Weiterbildung, soweit diese in tarifvertraglicher Höhe vergütet werden.***
> *Der Gesamtbetrag darf den um den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 veränderten Gesamtbetrag des Vorjahres nur überschreiten, soweit die Tatbestände nach Satz 4 Nummer 5**, ~~oder~~** 7 **oder 8** dies erfordern oder (…)“*

Begründung:

Die Gehälter von Psychotherapeut*innen in Weiterbildung können grundsätzlich zur Erfüllung der Personalmindestanforderungen in den Budgetverhandlungen der Psychiatrie und Psychosomatik berücksichtigt werden. Für eine Übergangszeit gibt es jedoch einen

Förderbedarf, weil Planstellen, die derzeit noch mit Psychotherapeut*innen in Ausbildung oder Psycholog*innen besetzt sind, erst sukzessive frei und damit als Weiterbildungsstellen nutzbar sein werden. Darüber hinaus ist ein massives Versorgungsproblem in den Einrichtungen zu erwarten. Bis zum Ende der Ausbildungen von Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen bis 2035 wird es sukzessive weniger Psychotherapeut*innen in Ausbildung geben. Derzeit nutzen die Einrichtungen Psychotherapeut*innen in Ausbildung, um bestehende Versorgungslücken im Bereich der stationären Psychotherapie zu schließen. Wenn die bestehenden Versorgungskapazitäten der Psychotherapeut*innen in Ausbildung nicht umfassend durch Psychotherapeut*innen in Weiterbildung ersetzt werden können, ist zu erwarten, dass die psychotherapeutische Versorgung der Patient*innen in den Einrichtungen nicht mehr im bisherigen Umfang sichergestellt werden kann.

Mit § 3 Absatz 3 Nummer 7 Bundespflegesatzverordnung (BPflV) werden die Refinanzierung der Personalkosten für die bisherigen „Psychotherapeuten*innen in Ausbildung“ und im anschließenden Satz die Ausnahme von der Begrenzung durch den Veränderungswert geregelt. Ohne eine vergleichbare Regelung für Psychotherapeut*innen in Weiterbildung in der BPflV besteht die Gefahr, dass die Finanzierung der zusätzlich zu schaffenden Weiterbildungsstellen in den oft sehr strittigen Budgetverhandlungen untergeht. Kostensteigerungen können in den Budgetverhandlungen von Krankenhäusern und Krankenkassen zwar grundsätzlich berücksichtigt werden, ohne explizite gesetzliche Vorgaben sind diese jedoch faktisch kaum durchzusetzen. Zudem ist die Berücksichtigung von Kostenentwicklungen durch den Veränderungswert begrenzt. Sofern der Veränderungswert bereits durch andere Tatbestände ausgeschöpft wird, ist eine Refinanzierung der Neueinstellungen nicht möglich. Zudem ist damit zu rechnen, dass die Krankenhäuser allein wegen dieses Tatbestands die Schiedsstelle nicht anrufen werden und stattdessen eher Neueinstellungen oder eine tarifvertragliche Vergütung so gut wie möglich meiden werden. Da somit die Refinanzierung der Personalkosten für Psychotherapeut*innen in Weiterbildung im Vergleich zu Ausbildungsteilnehmer*innen nicht gewährleistet ist, entsteht für die Krankenhäuser der Fehlanreiz, die Beschäftigung der approbierten Studienabsolventen*innen zu vermeiden.

Dem wirkt die Änderung in § 3 Absatz 3 BPflV entgegen, indem die Regelung zur Refinanzierung der Personalkosten für die bisherigen „Psychotherapeuten*innen in Ausbildung“ und im anschließenden Satz die Ausnahme von der Begrenzung durch den Veränderungswert in der neuen Nummer 8 auf die approbierten Studienabsolventen*innen angewendet wird unter der Voraussetzung, dass diese in tarifvertraglicher Höhe vergütet werden.

2.8 Transparenzberichte der Gesetzlichen Krankenkassen (Artikel 1 – § 217f Absatz 4 SGB V)

In § 217f Absatz 4 SGB V wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) beauftragt, eine Richtlinie über die Organisation des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs der Krankenkassen zu erlassen und diese dem Bundesministerium für Gesundheit zur Genehmigung vorzulegen. Der GKV-SV wird verpflichtet, eine entsprechende Richtlinie spätestens sechs Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes vorzulegen und dabei bestimmte Anforderungen zu berücksichtigen. Ferner wird der GKV-SV verpflichtet sicherzustellen, dass die Gesetzlichen Krankenkassen die notwendigen Kennzahlen zur Leistungstransparenz und zur Servicequalität in maschinenlesbarer Form an den GKV-SV übermitteln können, und in der Richtlinie festzulegen, zu welchem jährlichen Stichtag die Übermittlung durch die Gesetzlichen Krankenkassen erfolgen muss. Der GKV-SV ermittelt einen Mittelwert und inwiefern die jeweiligen Krankenkassen von diesem Mittelwert abweichen. Versicherte sollen die Informationen zu den Transparenzberichten der Krankenkassen auf einer digitalen und interaktiven Plattform abrufen können, die transparent, nutzerfreundlich und barrierefrei Vergleichsmöglichkeiten sichert. Die Krankenkassen werden verpflichtet, auf das Vergleichsportal hinzuweisen. Der GKV-SV hat die Richtlinie durch eine unabhängige Einrichtung spätestens nach drei Jahren evaluieren zu lassen.

Die BPtK begrüßt ausdrücklich das mit dem Regelungsvorschlag verbundene Ziel, Versicherten detaillierte Informationen zur Verfügung zu stellen, die Auskunft über Leistungsgeschehen, Leistungsanträge und Bearbeitungsprozesse der Gesetzlichen Krankenkassen geben sollen. Aus Sicht der BPtK ist es dringend erforderlich, dass Versicherte in der informierten Kassenwahl unterstützt werden. Eine Standardisierung der Transparenzberichte ist notwendig, um eine Vergleichbarkeit für Versicherte zu ermöglichen. Eine Übersicht über die Ergebnisse sollte einen direkten Vergleich zwischen den Krankenkassen ermöglichen. Aus diesem Vergleich sollte auch ein Ranking für bestimmte Themenbereiche ableitbar sein, beispielsweise in Form einer Notenvergabe.

Bisher sind in den Regelungsvorschlägen einzelne Leistungsbereiche jedoch zu wenig berücksichtigt. In der Begründung des Referentenentwurfs werden bisher nur Hilfsmittel, Rehabilitation und Zahnersatz als Leistungsbereiche aufgezählt. Aus Sicht der BPtK ist aber insbesondere auch die Bewilligung von Psychotherapie sowie von Anträgen auf Kostenerstattung für Psychotherapie eine wichtige Information für Versicherte mit psychischen Erkrankungen. Einbezogen werden sollten auch Informationen zu Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung, digitalen Angeboten sowie zum Versorgungsan-

gebot im Rahmen von Selektivverträgen und zu weiteren spezifischen Angeboten zur Behandlung von psychischen Erkrankungen. Die Informationen sollen gewährleisten, dass Versicherte Angebote der verschiedenen Krankenkassen besser vergleichen können, aber daraus auch hervorgeht, inwiefern das Behandlungsangebot von den kollektivvertraglichen Leistungen abweicht. Darüber hinaus sollten auch Ergebnisse von unabhängigen Versichertenbefragungen, insbesondere auch zur individuellen Beratung und zum Krankengeldmanagement, in die Transparenzberichte einbezogen werden. Unabhängige Versichertenbefragungen sollten die Zufriedenheit der Versicherten mit ihrer Krankenkasse darstellen.

Bisher ist jedoch nicht vorgesehen, dass diejenigen, die durch die Transparenzberichte in ihrer Kassenwahl gestärkt werden sollen – nämlich die Versicherten – in die Entwicklung standardisierter Informationen, die in den Transparenzberichten abgebildet werden sollen, einbezogen werden. Auch Leistungserbringer*innen werden von ihren Patient*innen häufig über Leistungen und Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenkassen befragt. Ein Einbezug der Leistungserbringer*innen in die Erarbeitung einer Richtlinie über die Organisation des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs der Krankenkassen ist deshalb ebenfalls sinnvoll, um Informationsbedürfnisse der Versicherten auch mit Blick auf bestimmte Leistungsbereiche einzubeziehen und die Aussagekraft von Transparenzberichten für die Versicherten zu fördern. Aus Sicht der BPtK ist es erforderlich, dass sowohl die Patientenvertreter*innen als auch die Bundesorganisationen der Leistungserbringer*innen im Gesundheitswesen im Rahmen der Erarbeitung der Richtlinie über die Organisation des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs der Krankenkassen vom GKV-SV angehört werden sollten. Hierzu ist eine gesetzliche Ergänzung notwendig. Der Einbezug von Patientenvertreter*innen und Bundesorganisationen der Leistungserbringer*innen im Gesundheitswesen ist auch mit Blick auf eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Transparenzberichte von Bedeutung.

Ergänzungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 24 (§ 217f SGB V)
Die BPtK schlägt daher folgende Ergänzung in § 217f Absatz 4 Satz 1 SGB V vor:

„24. § 217f wird wie folgt geändert:

a) […]
b) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erlässt ***nach Anhörung der Patientenvertretung, der Bundesärztekammer, der Bundeszahnärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer, der Kassenärztlichen***

> ***Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft*** *Richtlinien über die Organisation des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs der Krankenkassen, insbesondere dazu, welche Leistungs- und Qualitätsdaten der einzelnen Krankenkassen zu den hierfür heranzuziehenden Leistungs- und Qualitätsdaten der einzelnen Krankenkassen hierfür heranzuziehen sind. […]“*

Begründung:
Mit der Ergänzung wird vorgesehen, dass der GKV-SV bei der Erarbeitung der Richtlinien über die Organisation des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs der Krankenkassen eine Anhörung der Patientenvertretung, der Bundesorganisationen der Psychotherapeuten- und Ärzteschaft sowie der Krankenhäuser im Rahmen einer Anhörung einbeziehen soll. Dies ermöglicht, dass in die Erarbeitung der Richtlinien auch Hinweise und Vorschläge der anzuhörenden Organisationen einbezogen werden können, die in einer besseren Information von Versicherten resultieren, insbesondere mit Blick auf die Informationsbedürfnisse in verschiedenen Leistungsbereichen.

2.9 Spezifische Ermächtigung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung (Artikel 6 – § 31 Absatz 1 Ärzte-ZV)

In § 31 Absatz 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) wird ein neuer Ermächtigungstatbestand für die Versorgung von Personen mit intellektuellen Beeinträchtigungen, bestehenden Suchterkrankungen und solchen, die aufgrund erheblicher Einschränkungen des Funktionsniveaus sozial benachteiligt sind, eingeführt. Neben der erforderlichen Qualifikation sind Kooperationsvereinbarungen mit einem medizinischen Behandlungszentrum nach § 119c SGB V, einer Einrichtung der Suchthilfe, der Krisenhilfe oder der sozialpsychiatrischen Dienste oder einer vergleichbaren Einrichtung Voraussetzung für eine Ermächtigung. Damit soll für vulnerable Patientengruppen, die aufgrund ihrer Beeinträchtigungsschwere und den Schwierigkeiten, sich in dem komplexen Versorgungssystem die geeigneten Behandlungsleistungen zu beschaffen, in besonderem Maße einer niedrigschwelligen, zielgerichteten und vernetzten Versorgung bedürfen, ein besserer Zugang zur Versorgung geschaffen werden.

Die BPtK begrüßt, dass mit dieser Regelung die Grundlage für eine gezielte Besserung der Versorgung von Patient*innen mit schweren psychischen Erkrankungen und erheblichen Funktionseinschränkungen geschaffen wird und der Zugang zur Versorgung für diese Patient*innen nicht zuletzt durch die Kooperationen mit geeigneten Einrichtungen systema-

tisch erleichtert wird. Durch die spezifische Definition der von der Ermächtigung umfassten Patientengruppe und die verpflichtende Kooperation mit geeigneten Einrichtungen, in denen diese Patient*innen mitversorgt werden, kann deren Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung und die Vernetzung mit an der Versorgung beteiligten Einrichtungen gezielt ausgebaut werden.

Dieses Instrument sollte jedoch auch gezielt für die Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit erheblichen psychosozialen Funktionsbeeinträchtigungen genutzt werden. Das Ausmaß der psychosozialen Funktionsbeeinträchtigungen kann über die Achse 6 des Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (MAS) nach ICD-10 näher erfasst werden. Hierbei wird als Orientierungswert für erhebliche Einschränkungen des Funktionsniveaus bzw. ernsthafte soziale Beeinträchtigungen ein Wert von ≥ 5 angesehen. Entsprechende Beeinträchtigungen können sich zum Beispiel in der Unfähigkeit, mit neuen sozialen Situationen zurechtzukommen oder die Schule zu besuchen, manifestieren. Diese schwer beeinträchtigten Kinder und Jugendlichen bedürfen unter anderem vor dem Hintergrund abnormer psychosozialen Umstände (Achse 5 MAS) regelhaft auch Maßnahmen der Jugendhilfe. Die sozialen Beeinträchtigungen und die Belastungsfaktoren im familiären Umfeld stellen dabei eine zusätzliche Barriere für den Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung dar. Kooperationen mit Einrichtungen der Jugendhilfe sind daher ein zentraler Faktor, um hier einen niederschwelligen Zugang zur Versorgung zu ermöglichen, einschließlich der Umsetzung von aufsuchenden Behandlungsangeboten in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe.

Um für den Aufbau der erforderlichen Praxisstrukturen und Kooperationen sowie die stabile und nachhaltige Versorgung dieser vulnerablen Patientengruppen ausreichende Rahmenbedingungen zu schaffen und Planungssicherheit herzustellen, sollten die zeitliche Befristung der Ermächtigung einen Zeitraum von fünf Jahren nicht unterschreiten. Andernfalls ist zu befürchten, dass die für diese Patientengruppen dringend benötigten Versorgungsangebote nicht in dem gewünschten Umfang aufgebaut werden können. Für den neuen Ermächtigungstatbestand nach § 31 Absatz 1 Satz 3 Ärzte-ZV sollte daher eine entsprechende Ausnahme zur näheren Bestimmung der Ermächtigung nach Absatz 7 geregelt werden.

Ergänzungsvorschlag zu Artikel 6 (§ 31 Ärzte-ZV))

Die BPtK schlägt daher folgende Ergänzung des Artikels 6 vor:

„Dem § 31 Absatz 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 101) geändert worden ist, werden die folgenden Sätze angefügt:

„Ärzte mit einer für die Behandlung erforderlichen abgeschlossenen Weiterbildung sind vom Zulassungsausschuss auf Antrag zur ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von ~~Personen~~ ***Erwachsenen und Kindern und Jugendlichen****, die intellektuell beeinträchtigt sind, unter einer bestehenden Suchterkrankung leiden oder aufgrund eines erheblich eingeschränkten Funktionsniveaus sozial benachteiligt sind, zu ermächtigen. Voraussetzung für die Ermächtigung nach Satz 3 ist der Nachweis einer entsprechenden Kooperationsvereinbarung mit einem medizinischen Behandlungszentrum nach § 119c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, einer Einrichtung der Suchthilfe, der Krisenhilfe,* ***der Jugendhilfe*** *oder der sozialpsychiatrischen* ***Einrichtungen oder*** *Dienste oder einer vergleichbaren Einrichtung.“*

Dem § 31 Absatz 7 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte wird nach Satz 2 folgender Satz 3 eingefügt:

„(7) Die Ermächtigung ist zeitlich, räumlich und ihrem Umfang nach zu bestimmen. In dem Ermächtigungsbeschluß ist auch auszusprechen, ob der ermächtigte Arzt unmittelbar oder auf Überweisung in Anspruch genommen werden kann. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für Ermächtigungen nach § 119b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. ***Ermächtigungen nach Absatz 1 Satz 3 sind für mindestens fünf Jahre zu erteilen.****“*

Begründung:
Der neue Ermächtigungstatbestand umfasst auch die psychotherapeutische und kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit erheblichen psychosozialen Funktionsbeeinträchtigungen. Neben der Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgungsangebote für Kinder und Jugendliche im Allgemeinen durch eine separate Bedarfsplanung wird dadurch auch die Patientengruppe mit schweren und häufig chronischen psychischen Erkrankungen adressiert, die unter erheblichen sozialen Beeinträchtigungen und psychosozialen Belastungsfaktoren leidet und neben der Krankenbehandlung weitere Unterstützungsbedarfe aufweist. Das Ausmaß der psychosozialen Funktionsbeeinträchtigungen kann über die Achse 6 des Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (MAS) nach ICD-10 näher erfasst

werden. Hierbei wird als Orientierungswert für erhebliche Einschränkungen des Funktionsniveaus bzw. ernsthafte soziale Beeinträchtigungen ein Wert von ≥ 5 angesehen. Entsprechende Beeinträchtigungen können sich zum Beispiel in der Unfähigkeit, mit neuen sozialen Situationen zurecht zu kommen, oder dass der Schulbesuch nicht mehr möglich ist, manifestieren. Diese schwer beeinträchtigten Kinder und Jugendlichen bedürfen unter anderem vor dem Hintergrund abnormer psychosozialen Umstände (Achse 5 MAS) regelhaft auch Maßnahmen der Jugendhilfe. Für die Verbesserung des Zugangs zur Versorgung dieser Patientengruppe sind insbesondere Kooperationen mit Einrichtungen der Jugendhilfe von zentraler Bedeutung. Kooperationsvereinbarungen können dabei auch aufsuchende Behandlungsangebote in den Einrichtungen der Jugendhilfe vorsehen.

3 Weiterentwicklung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung

Eine Reform der psychotherapeutischen Bedarfsplanung stellt eine wesentliche Grundlage für die Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung dar. Darüber hinaus müssen bestimmte Patientengruppen jedoch besser dabei unterstützt werden, zeitnah die erforderliche ambulante psychotherapeutische Behandlung zu erhalten. Die im GVSG-Entwurf enthaltenen Regelungsvorschläge reichen dazu noch nicht aus. Um den Zugang zur Psychotherapie für Patientengruppen weiter zu verbessern, die mit den derzeitigen Komm-Strukturen der ambulanten Versorgung zu wenig erreicht werden, sollten ferner auch aufsuchende psychotherapeutische Angebote gefördert werden.

Die BPtK schlägt folgende Maßnahmen vor, um den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung für bestimmte Patientengruppen zu unterstützen:

- Die Stärkung der ambulanten Komplexversorgung durch einen gezielten Ausbau der Behandlungskapazitäten, den Abbau von Versorgungshürden in der KSVPsych-Richtlinie sowie die Einführung eines Anspruchs auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen für Kinder und Jugendliche mit komplexem Versorgungsbedarf;
- Die Förderung der ambulanten psychotherapeutischen Anschlussbehandlung nach einem stationären Aufenthalt;
- Die Förderung von aufsuchender Psychotherapie;
- Das Absenken der Mindestpatientenzahl für Gruppenpsychotherapie, insbesondere um Gruppenpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen zu fördern.

3.1 Ambulante Komplexversorgung für schwer psychisch kranke Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche stärken

Im Koalitionsvertrag haben sich die Regierungsfraktionen darauf verständigt, die ambulante psychotherapeutische Versorgung insbesondere für Patient*innen mit schweren und komplexen Erkrankungen zu verbessern und den Zugang zu ambulanten Komplexleistungen sicherzustellen. Darüber hinaus sollen die Behandlungskapazitäten für diese Patientengruppe bedarfsgerecht, passgenau und stärker koordiniert ausgebaut werden. Die Richtlinien für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere von schwer psychisch erkrankten Versicherten mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf – für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche – stellen dafür den zentralen Rahmen.

Um in absehbarer Zeit substanzielle Verbesserungen bei der psychotherapeutischen Versorgung für diese Patientengruppen zu erreichen, den Zugang zur ambulanten multiprofessionellen Komplexbehandlung sicherzustellen und die Behandlungskapazitäten bedarfsgerecht auszubauen, müssen jetzt zentrale Korrekturen in der KSVPsych-Richtlinie, aber auch eine spezifische Änderung in der Bedarfsplanungs-Richtlinie sowie eine gesetzliche Verankerung des Leistungsanspruchs nichtärztlicher sozialpädiatrischer Leistungen von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der KSVPsych-Richtlinie auf den Weg gebracht werden.

3.1.1 Überarbeitung der KSVPsych-Richtlinie bei Erwachsenen gemäß § 92 Absatz 6b SGB V

Ergänzungsvorschlag zu Artikel 15 Nummer 12 (§ 92 Absatz 6b SGB V)

„g) (neu) In Absatz 6b wird nach Satz 3 folgender Satz angefügt:

„[…] Bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss Anpassungen der Strukturvorgaben für die Organisation des Versorgungsangebots, die insbesondere die spezifischen Rahmenbedingungen in ländlichen und strukturschwachen Regionen berücksichtigen, und Regelungen für eine patientenorientierte Ausgestaltung dieser Versorgung unter Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen und unter Berücksichtigung von Vorbehandlungen sowie zur Übernahme der Koordination der Versorgung durch Vertragsärzte mit mindestens hälftigem Versorgungsauftrag.“

Begründung:
Mit dem Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz hat der Gesetzgeber den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt, bis zum 31. Dezember 2020 in einer Richtlinie Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere von schwer psychisch erkrankten Versicherten mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf zu beschließen. Zweieinhalb Jahre nach Beschlussfassung des G-BA konnte dieses neue Versorgungsangebot einer ambulanten, multiprofessionellen Komplexbehandlung lediglich in einigen wenigen Regionen etabliert werden. Zu hohe Anforderungen an die Netzverbünde, die dieses Versorgungsangebot organisieren sollen, aber auch Hürden bei der konkreten Ausgestaltung verhindern dessen Aufbau. Bislang ist es im Wesentlichen nur vorbestehenden Praxisnetzen gelungen, mit den bereits vorhandenen Strukturen eine Anerkennung als Netzverbund zu erhalten. Für echte Neugründungen sind dagegen die initialen Anforderungen und die Investitionskosten für den Aufbau der Netzstrukturen zu hoch, als dass in der Breite und nicht zuletzt auch in ländlichen und strukturschwächeren Regionen diese Versorgungsangebote entstehen könnten. Für das Gelingen eines bundesweiten Aufbaus dieses zentralen ambulanten Versorgungsangebots für schwer psychisch erkrankte Patient*innen bedarf es daher zum einen dringend einer Anpassung in der Richtlinie für Erwachsene hinsichtlich der quantitativen wie qualitativen Anforderungen an die Netzverbünde. Zum anderen müssen die Rahmenbedingungen für die konkrete Ausgestaltung der Versorgungsangebote grundlegend so verbessert werden, dass eine flächendeckende und patientenorientierte Versorgung sichergestellt und die Patientenautonomie bei der Wahl der koordinierenden Psychotherapeut*in oder Ärzt*in gestärkt werden kann. Hierfür ist es erforderlich, in der Richtlinie auch Vertragspsychotherapeut*innen und Vertragsärzt*innen mit reduziertem Versorgungsauftrag bei der Koordination der Versorgung zu berücksichtigen. Die Regelungen der Richtlinie sind ferner patientenorientiert so weiterzuentwickeln, dass vorbestehende Behandlungsbeziehungen, aber auch Vorbefunde aus der ambulanten sowie der stationären und teilstationären Versorgung systematisch berücksichtigt, die Patientenautonomie gestärkt und Belastungen der Patient*innen durch vorgeschriebene Mehrfachuntersuchungen vermieden werden. Unnötige Belastungen für Patient*innen durch vorgegebene wiederholte Untersuchungen und differenzialdiagnostische Abklärungen, die bereits während einer vorangegangenen Krankenhausbehandlung oder im Zuge der psychotherapeutischen Sprechstunde bei einer Psychotherapeut*in durchgeführt wurden, dürfen nicht durch Regelungen in der Richtlinie vorgeschrieben werden. Wertvolle Versorgungskapazitäten der Vertragspsychotherapeut*innen, Vertragsärzt*innen sowie der weiteren an der Versorgung beteiligten Einrichtungen

und Gesundheitsberufe dürfen nicht durch Redundanzen und andere Ineffizienzen gebunden werden. Die Notwendigkeit einer somatischen Mitbehandlung darf nicht die Patientenautonomie bei der Wahl der Bezugspsychotherapeut*in einschränken.

Regelungen, die dazu führen, dass Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen mit halben Praxissitzen von zentralen Aufgaben der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V ausgeschlossen werden, widersprechen dem verfassungsrechtlichen Auftrag auf Beseitigung bestehender Diskriminierungen fundamental. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird dadurch nachhaltig beeinträchtigt. Drei Viertel der Psychotherapeut*innen und zwei Drittel der psychotherapeutisch tätigen Ärzt*innen sind weiblich und von der Regelung besonders betroffen. Trotzdem schließt die KSVPsych-Richtlinie Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen mit einem reduzierten Versorgungsauftrag davon aus, die zentrale Koordinierungsrolle in der Komplexversorgung übernehmen zu können.

Gerade in ländlichen und strukturschwachen Regionen führen die derzeit bestehenden Regelungen dazu, dass sich Netzverbünde zum Teil gar nicht erst gründen können oder deren Versorgungskapazitäten völlig unzureichend sind, weil psychotherapeutische und ärztliche Praxen fehlen, die die Koordination in der Komplexversorgung übernehmen können. Ferner werden Patient*innen in der Wahl ihrer Bezugspsychotherapeut*in oder Bezugsärzt*in als zentrale Ansprechpartner*in, die ihre Versorgung organisiert und koordiniert, massiv eingeschränkt. In zahlreichen Fällen werden ggf. über Jahre bestehende Behandlungsbeziehungen nicht berücksichtigt. Die am 21. März 2024 beschlossene Richtlinie für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf liefert eine Blaupause, wie einige dieser zentralen Hürden erfolgreich vermieden werden können, die derzeit eine flächendeckende Umsetzung des Versorgungsangebots für Erwachsene verhindern. Um die erforderliche umfassende Anpassung der Richtlinie für Erwachsene zeitnah sicherzustellen, sollte der Auftrag des G-BA zur Überarbeitung der Richtlinie für Erwachsene in § 92 Absatz 6b SGB V entsprechend konkretisiert werden.

3.1.2 Versorgungsbedürfnisse von schwer psychisch kranken Kindern und Jugendlichen in der ambulanten Komplexbehandlung berücksichtigen – Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen

Ergänzungsvorschlag zu § 92 SGB V

In § 92 Absatz 6b SGB V wird ein neuer Satz 4 eingefügt:

„§ 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

(…)
(6b) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2020 in einer Richtlinie nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann dabei Regelungen treffen, die diagnoseorientiert und leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren. In der Richtlinie sind auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs von der stationären in die ambulante Versorgung zu treffen. ***Für versicherte Kinder schließt die Versorgung nach der Richtlinie nach Satz 1 den Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, insbesondere auf psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen nach § 43a, ein, die durch den koordinierenden Arzt oder Psychotherapeuten veranlasst und verantwortet werden.***
(6c) …“

Ergänzungsvorschlag zu § 43a SGB V

In § 43a SGB V wird ein neuer Absatz 3 eingefügt:

„§ 43a Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen
(1) Versicherte Kinder haben Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, insbesondere auf psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen; § 46 des Neunten Buches bleibt unberührt.
(2) Versicherte Kinder haben Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, die unter ärztlicher Verantwortung in der ambulanten psychiatrischen Behandlung erbracht werden.
(3) Versicherte Kinder haben Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, die unter ärztlicher oder psychotherapeutischer Verantwortung im Rahmen der Versorgung nach § 92 Absatz 6b erbracht werden.“

Begründung:
Unter Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen gibt es eine relevante Gruppe von Versicherten mit schweren psychischen Erkrankungen und daraus resultierenden psychosozialen Beeinträchtigungen, die einer strukturierten und koordinierten,

multiprofessionellen Komplexbehandlung bedürfen. Durch entsprechende ambulante multiprofessionelle Versorgungsangebote können diese Patient*innen in ihrem Lebensumfeld behandelt und stationäre Aufenthalte vermieden oder verkürzt werden. Die am 21. März 2024 vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossene Richtlinie hat hierfür eine wichtige Grundlage geschaffen. Der dabei beschlossene Ausschluss der parallelen Versorgung nach der Richtlinie gemäß § 92 Absatz 6b SGB V und der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung gemäß § 43a SGB V birgt jedoch das Risiko, dass spezifische Versorgungsbedarfe von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen hierdurch nicht ausreichend adressiert werden können. Neben den psychotherapeutischen und ärztlichen Leistungen sowie den weiteren im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgebildeten Behandlungsleistungen benötigen sie insbesondere auch ergänzende heilpädagogische, psychologische und psychosoziale Maßnahmen, die derzeit über die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung erbracht werden können. Der Anspruch auf diese Leistungen sollte daher explizit auch in § 92 Absatz 6b SGB V verankert werden.

Im Rahmen der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V sollten dabei auch die koordinierenden Psychotherapeut*innen bei Kindern und Jugendlichen notwendige nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen veranlassen und verantworten können. Hierzu sollte in § 43a SGB V ergänzt werden, dass Kinder und Jugendliche im Rahmen der Versorgung gemäß § 92 Absatz 6b SGB V auch einen Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische, insbesondere psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen erhalten, die unter psychotherapeutischer oder ärztlicher Verantwortung erbracht werden. Um eine qualifizierte interdisziplinäre sozialpsychiatrische Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zu fördern, ist bereits in § 43a SGB V der Leistungsanspruch von versicherten Kindern auf „nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, insbesondere auf psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen“ verankert. Gerade für versicherte Kinder mit einem komplexen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf greifen diese Regelungen bislang jedoch noch zu kurz. Der komplexe psychotherapeutische Behandlungsbedarf kann in den sozialpsychiatrischen Praxen in der Regel nur begrenzt adressiert werden. Da die Vernetzungen und Kooperationen mit vertragspsychotherapeutischen Praxen vielfach unzureichend sind und vor dem Hintergrund der regionalen Verteilung der Praxen, die Versorgung im Rahmen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung leisten (SPV-Praxen), steht in vielen Regionen kein wohnortnahes Versorgungsangebot zur Verfügung.

3.1.3 Versorgungskapazitäten für die ambulante Komplexbehandlung und schwer psychisch erkrankte Patient*innen gezielt ausbauen

Ergänzungsvorschlag zu § 101 SGB V

In § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 SGB V wird ein neuer Satz 2 eingefügt:

„§ 101 Überversorgung

(1) ….

6. Ausnahmeregelungen zur Leistungsbegrenzung nach den Nummern 4 und 5 im Fall eines unterdurchschnittlichen Praxisumfangs; für psychotherapeutische Praxen mit unterdurchschnittlichem Praxisumfang soll eine Vergrößerung des Praxisumfangs nicht auf den Fachgruppendurchschnitt begrenzt werden. ***Für Praxen, die an der Versorgung nach der Richtlinie gemäß § 92 Absatz 6b teilnehmen, ist eine Vergrößerung des Praxisumfangs auf bis zu 175 Prozent des Fachgruppendurchschnitts zulässig, soweit diese der Versorgung nach der Richtlinie gemäß § 92 Absatz 6b oder der psychotherapeutischen Anschlussbehandlung nach einer stationären, teilstationären oder stationsäquivalenten Krankenhausbehandlung wegen einer psychischen Erkrankung dient.***

(…)“

Begründung:

Die ambulante psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung ist schon heute von langen Wartezeiten und einem Mangel an Behandlungsplätzen geprägt. Die Entwicklung der Netzverbünde, welche dieses neue Versorgungsangebot für schwer psychisch erkrankte Versicherte aufbauen sollen, kommt nur sehr schleppend voran. Ein Mangel an Behandlungskapazitäten für die ambulante Komplexbehandlung ist absehbar, auch wenn es künftig gelingen sollte, dass sich bundesweit vermehrt Netzverbünde gründen. Selbst in Regionen, in denen heute der Aufbau von Netzverbünden gelingt, stehen die erforderlichen Behandlungsangebote den Patient*innen in vielen Fällen nicht zeitnah zur Verfügung. In der Richtlinie definierte Fristen können mangels freier Behandlungskapazitäten häufig nicht eingehalten werden. Darüber hinaus gelingt es noch zu häufig nicht, Patient*innen nach einer stationären, teilstationären oder stationsäquivalenten Krankenhausbehandlung zeitnah in eine ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung zu vermitteln. Über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie können Psychotherapeut*innen darin zu unterstützt werden, die benötigten zusätzlichen Behandlungskapazitäten für schwer psychisch erkrankte Patient*innen gezielt aufzubauen. Dies betrifft sowohl Patient*innen, die einer strukturierten, koordinierten und berufsgruppenübergreifenden ambulanten Versorgung von schwer psychisch erkrankten Versicherten mit einem

komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf gemäß § 92 Absatz 6b SGB V bedürfen, als auch Patient*innen, bei denen ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung nach einer Krankenhausbehandlung wegen einer psychischen Erkrankung dringend erforderlich ist. Die vorgeschlagene Regelung erlaubt es den Praxen durch Anstellung und Jobsharing, die Behandlungskapazitäten für diese Patientengruppen deutlich zu erhöhen, die Praxisstrukturen für eine berufsgruppenübergreifende, stärker vernetzte Versorgung weiterzuentwickeln und damit eine zeitnahe Versorgung dieser Patientengruppen sicherzustellen. Die explizite Berücksichtigung von Patient*innen nach einer stationären, teilstationären oder stationsäquivalenten Krankenhausbehandlung gewährleistet darüber hinaus, dass das psychotherapeutische Versorgungsangebot für schwer psychisch erkrankte Patient*innen auch in Regionen ausgebaut werden kann, in denen eine Gründung von Netzverbünden noch nicht gelungen ist und einer Versorgung gemäß § 92 Absatz 6b SGB V noch nicht angeboten werden kann. Dabei wird gewährleistet, dass die Ausweitung des Praxisumfangs ausschließlich der Versorgung gemäß § 92 Absatz 6b SGB V und der ambulanten Weiterbehandlung von schwer psychisch erkrankten Patient*innen nach einer stationären, teilstationären oder stationsäquivalenten Krankenhausbehandlung dient.

3.2 Förderung von Anschlussbehandlung nach stationärer Behandlung

Ergänzungsvorschlag zu § 92 SGB V

§ 92 Absatz 6a SGB V wird in Satz 2 wie folgt ergänzt:

„§ 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

(…)

(6a) In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 ist insbesondere das Nähere über die psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Krankheiten, die zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren, das Antrags- und Gutachterverfahren, die probatorischen Sitzungen sowie über Art, Umfang und Durchführung der Behandlung zu regeln; der Gemeinsame Bundesausschuss kann dabei Regelungen treffen, die leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren. Sofern sich nach einer Krankenhausbehandlung eine ambulante psychotherapeutische Behandlung anschließen soll, können erforderliche ***psychotherapeutische Sprechstunden und*** *probatorische Sitzungen frühzeitig bereits während der Krankenhausbehandlung sowohl in der vertragsärztlichen Praxis als auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden; das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach Satz 1 und nach Absatz 6b. Die Richtlinien nach Satz 1 haben darüber hinaus Regelungen zu treffen über die inhaltlichen Anforderungen an den Konsiliarbericht und an*

die fachlichen Anforderungen des den Konsiliarbericht (§ 28 Abs. 3) abgebenden Vertragsarztes. Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt in den Richtlinien nach Satz 1 Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung und der Akutversorgung, zur Förderung von Gruppentherapien und der Rezidivprophylaxe sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens. Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2020 in einer Ergänzung der Richtlinien nach Satz 1 Regelungen zur weiteren Förderung der Gruppentherapie und der weiteren Vereinfachung des Gutachterverfahrens; für Gruppentherapien findet ab dem 23. November 2019 kein Gutachterverfahren mehr statt. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sämtliche Regelungen zum Antrags- und Gutachterverfahren aufzuheben, sobald er ein Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2a eingeführt hat.
(…)“

Begründung:

In vielen Fällen ist es insbesondere aus psychotherapeutischer Sicht sinnvoll, dass noch während der Krankenhausbehandlung die ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus vorgebahnt wird und die psychotherapeutischen Leistungen zur psychotherapeutischen Differenzialdiagnostik und Behandlungsplanung sowohl in den Räumen des Krankenhauses als auch in den vertragspsychotherapeutischen Praxen durchgeführt werden können. Hierdurch kann auch besser gewährleistet werden, dass sich eine ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung nahtlos an die psychiatrische oder psychosomatische Krankenhausbehandlung anschließt. Sollte sich in den Erstgesprächen herausstellen, dass zum Beispiel eine vertrauensvolle Patient*in-Psychotherapeut*in-Beziehung nicht aufgebaut werden kann oder das angebotene Psychotherapieverfahren für die Patient*in nicht passt, kann zum Beispiel seitens des Krankenhauses frühzeitig eine Terminvereinbarung mit einer anderen niedergelassenen Psychotherapeut*in getroffen werden und die Patient*in bei der Organisation der erforderlichen Anschlussbehandlung unterstützt werden. Hierzu wird die Möglichkeit geschaffen, zusätzlich zu probatorischen Sitzungen auch psychotherapeutische Sprechstunden für eine umfassende Differenzialdiagnostik und die Entwicklung eines übergreifenden Behandlungsplans noch während der Krankenhausbehandlung durchzuführen.

Im Rahmen psychiatrischer und psychosomatischer Krankenhausbehandlungen werden bereits heute regelhaft Belastungserprobungen durchgeführt, um Patient*innen auf eine geplante Entlassung vorzubereiten und ggf. auftretende Probleme therapeutisch bearbeiten zu können. In diesem Zusammenhang werden Patient*innen zum Beispiel stundenweise oder über Nacht von der Krankenhausbehandlung beurlaubt und erproben in der Zeit zum Beispiel, wie gut sie mit den Belastungen im häuslichen Umfeld umgehen und ihre gelernten Bewältigungsstrategien anwenden können und welche Schwierigkeiten dabei ggf. auftreten. Auch arbeitsbezogene Belastungserprobungen werden zu diesem Zwecke außerhalb des Krankenhauses durchgeführt. Diese Belastungserprobungen beginnen nicht selten bereits mehrere Wochen vor Entlassung aus dem Krankenhaus.

In diesem Sinne kann es für viele Patient*innen hilfreich sein, wenn sie für die bruchlose ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung entsprechende psychotherapeutische Sprechstunden und probatorische Sitzungen bei der weiterbehandelnden Vertragspsychotherapeut*in erhalten und dazu sowohl die jeweilige psychotherapeutische Praxis aufsuchen können als auch entsprechende Leistungen von der weiterbehandelnden Vertragspsychotherapeut*in in den Räumlichkeiten des Krankenhauses erhalten. Im Falle des Aufsuchens der psychotherapeutischen Praxis könnte diese Belastungserprobung je nach individueller Belastbarkeit der Patient*in eigenständig oder in Begleitung durch Krankenhauspersonal oder gegebenenfalls auch einer ambulant tätigen Soziotherapeut*in durchgeführt werden. Für Patient*innen hätte dies zum einen den Vorteil, dass sie sich für eine ambulante Psychotherapie bei einer Psychotherapeut*in auf Basis der realen Behandlungserfahrung in den Räumlichkeiten der jeweiligen Praxis entscheiden könnten. Zum anderen würden Patient*innen durch den positiven Verlauf dieser Belastungserprobung darin bestärkt, dass sie in der Lage sind, eigenständig oder gegebenenfalls mit soziotherapeutischer Unterstützung Termine in der psychotherapeutischen Praxis wahrzunehmen.

Ergänzungsvorschlag zu § 87 SGB V

In § 87 Absatz 2c SGB V wird ein neuer Satz 11 eingefügt:

„§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

(…)

(2c) (…) ***Bis zum [Datum einsetzen: sechs Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes] ist im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ein Zuschlag in Höhe von 10 Prozent auf diejenigen psychotherapeutischen Leistungen vorzusehen, die im Rahmen einer Akutbehandlung oder einer neuen***

Richtlinienpsychotherapie erbracht wurden, die unter Berücksichtigung von Sprechstunden und probatorischen Sitzungen innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus einer stationären psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhausbehandlung begonnen wurden. Der Zuschlag ist auf die Leistungen zu begrenzen, die im Quartal des Therapiebeginns und des Folgequartals erbracht werden.
(…)“

Begründung:
Patient*innen, die wegen einer psychischen Erkrankung in einem psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhaus behandelt werden, bedürfen regelhaft einer unmittelbaren ambulanten Weiterbehandlung. Entsprechend der einschlägigen evidenzbasierten Leitlinien kommt dabei der ambulanten psychotherapeutischen Anschlussbehandlung eine zentrale Rolle zu. Die ersten Wochen nach Entlassung aus dem Krankenhaus stellen dabei ein besonderes Risiko für Rückfälle und erneute Symptomverschlechterungen dar, weshalb eine möglichst bruchlose Weiterbehandlung an den Sektorengrenzen für die Qualität des Versorgungsprozesses von zentraler Bedeutung ist. Die Krankenhäuser haben dabei im Rahmen des Entlassmanagements die Aufgabe, diese Überleitung in die ambulante Weiterbehandlung rechtzeitig während der stationären oder teilstationären Versorgung zu organisieren. Dennoch gelingt es noch immer nicht ausreichend, diesen Versorgungsprozess an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und ambulanter vertragspsychotherapeutischer Versorgung so zu verbessern, dass eine leitliniengerechte Versorgung nach Entlassung aus dem Krankenhaus regelhaft sichergestellt werden kann. Zu viele Patient*innen erhalten mit einer Indikation für eine ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung nach Entlassung aus dem Krankenhaus keinen Therapieplatz oder können die psychotherapeutische Behandlung erst nach längeren Wartezeiten fortsetzen. Die kurzfristige Bereitstellung von ambulanten psychotherapeutischen Behandlungsplätzen soll daher über einen entsprechenden Zuschlag auf die Behandlungsleistungen in dem Quartal des Behandlungsbeginns und dem Folgequartal gefördert werden. Damit soll nicht nur die kurzfristige Bereitstellung von Terminen für die Sprechstunde und Probatorik, sondern insbesondere auch eines regulären Behandlungsplatzes gefördert werden, der eine ambulant-intensive Anschlussbehandlung unmittelbar nach Entlassung gewährleistet. Zuschlagsfähig sind die psychotherapeutischen Leistungen der Sprechstunde und Probatorik nur dann, wenn sich daran auch der Beginn einer psychotherapeutischen Akutbehandlung oder einer Richtlinienpsychotherapie angeschlossen hat. Für die Gewährleistung einer zeitnahen ambulanten Weiterbehandlung ist zugleich maßgeblich, dass die

erste psychotherapeutische Leistung zur Einleitung einer psychotherapeutischen Weiterbehandlung innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus erbracht wurde.

3.3 Aufsuchende psychotherapeutische Angebote ermöglichen

Ergänzungsvorschlag zu § 92 SGB V

§ 92 Absatz 6a SGB V wird in Satz 4 wie folgt ergänzt:

„§ 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

(…)

(6a) In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 ist insbesondere das Nähere über die psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Krankheiten, die zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren, das Antrags- und Gutachterverfahren, die probatorischen Sitzungen sowie über Art, Umfang und Durchführung der Behandlung zu regeln; der Gemeinsame Bundesausschuss kann dabei Regelungen treffen, die leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren. Sofern sich nach einer Krankenhausbehandlung eine ambulante psychotherapeutische Behandlung anschließen soll, können erforderliche probatorische Sitzungen frühzeitig, bereits während der Krankenhausbehandlung sowohl in der vertragsärztlichen Praxis als auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden; das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach Satz 1 und nach Absatz 6b. Die Richtlinien nach Satz 1 haben darüber hinaus Regelungen zu treffen über die inhaltlichen Anforderungen an den Konsiliarbericht und an die fachlichen Anforderungen des den Konsiliarbericht (§ 28 Abs. 3) abgebenden Vertragsarztes. Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt in den Richtlinien nach Satz 1 Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung und der Akutversorgung, ***zur Einrichtung aufsuchender psychotherapeutischer Sprechstunden, aufsuchender probatorischer Sitzungen, aufsuchender Akutbehandlung und aufsuchender Richtlinienpsychotherapie in den Lebenswelten der Patienten,*** *zur Förderung von Gruppentherapien und der Rezidivprophylaxe sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens. Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2020 in einer Ergänzung der Richtlinien nach Satz 1 Regelungen zur weiteren Förderung der Gruppentherapie und der weiteren Vereinfachung des Gutachterverfahrens; für Gruppentherapien findet ab dem 23. November 2019 kein Gutachterverfahren mehr statt. Der Gemeinsame*

Bundesausschuss hat sämtliche Regelungen zum Antrags- und Gutachterverfahren aufzuheben, sobald er ein Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2a eingeführt hat.
(…)“

Begründung:
Für bestimmte Patientengruppen ist der Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung auch dadurch erschwert, dass für sie das Aufsuchen einer Praxis mit teilweise erheblichen Hürden verbunden ist. Dies betrifft zum Beispiel ältere und alte Menschen, die in Pflegeheimen leben, oder immobile Menschen, die ohne Unterstützung Wege nicht selbstständig zurücklegen können. Auch für Kinder und Jugendliche, insbesondere solche, die in ländlichen Regionen leben, können lange Wege zur Psychotherapie eine Hürde sein, die eine regelmäßige Inanspruchnahme der Leistungen deutlich erschwert. Für diese Patientengruppen werden Versorgungsangebote in ihren Lebenswelten benötigt. Der G-BA wird daher zur Einrichtung aufsuchender psychotherapeutischer Leistungen aufgefordert. Dadurch kann es zum Beispiel ermöglicht werden, dass psychotherapeutische Sprechstunden in Schulen und Kindertageseinrichtungen oder psychotherapeutische Behandlungen in Pflegeheimen oder in den Einrichtungen der stationären Jugendhilfe durchgeführt werden können. Dadurch kann der Zugang bisher benachteiligter Patientengruppen zur psychotherapeutischen Versorgung verbessert werden.

3.4 Gruppentherapie für Kinder und Jugendliche – Mindestanzahl absenken

Ergänzungsvorschlag zu § 92 SGB V

§ 92 Absatz 6a SGB V wird in Satz 4 wie folgt ergänzt:

„§ 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses
(…)
(6a) In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 ist insbesondere das Nähere über die psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Krankheiten, die zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren, das Antrags- und Gutachterverfahren, die probatorischen Sitzungen sowie über Art, Umfang und Durchführung der Behandlung zu regeln; der Gemeinsame Bundesausschuss kann dabei Regelungen treffen, die leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren. Sofern sich nach einer Krankenhausbehandlung eine ambulante psychotherapeutische Behandlung anschließen soll, können erforderliche probatorische Sitzungen frühzeitig, bereits während der Krankenhausbehandlung sowohl in der vertragsärztlichen Praxis als auch in den Räumen des Krankenhau-

*ses durchgeführt werden; das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach Satz 1 und nach Absatz 6b. Die Richtlinien nach Satz 1 haben darüber hinaus Regelungen zu treffen über die inhaltlichen Anforderungen an den Konsiliarbericht und an die fachlichen Anforderungen des den Konsiliarbericht (§ 28 Abs. 3) abgebenden Vertragsarztes. Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt in den Richtlinien nach Satz 1 Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung und der Akutversorgung, zur Förderung von Gruppentherapien**, einschließlich sehr kleiner Gruppen ab zwei Teilnehmern,** und der Rezidivprophylaxe sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens. Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2020 in einer Ergänzung der Richtlinien nach Satz 1 Regelungen zur weiteren Förderung der Gruppentherapie und der weiteren Vereinfachung des Gutachterverfahrens; für Gruppentherapien findet ab dem 23. November 2019 kein Gutachterverfahren mehr statt. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sämtliche Regelungen zum Antrags- und Gutachterverfahren aufzuheben, sobald er ein Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2a eingeführt hat.*
(…)“

Begründung:

Gruppenpsychotherapie stellt ein wichtiges Element in der psychotherapeutischen Versorgung dar. Die Regelungen zur Durchführung von Gruppentherapien sollten jedoch so ausgestaltet sein, dass Psychotherapeut*innen diese tatsächlich auch durchführen können. Hierbei sollte beachtet werden, dass bei der Zusammenstellung einer Gruppe nicht nur die Art der psychischen Erkrankung einbezogen wird, sondern – insbesondere im Kindes- und Jugendalter – auch das Alter der Patient*innen. Insbesondere in ländlichen Regionen ist es daher häufig schwierig, eine ausreichende Anzahl an Patient*innen zu finden, die gemeinsam in einer Gruppe behandelt werden können, nicht zuletzt, wenn lange Anfahrtswege vermieden werden sollen. Deshalb soll die Durchführung von Gruppenpsychotherapien auch mit nur zwei Patient*innen erneut ermöglicht werden. Seit 2016 beträgt die Mindestgröße für Gruppentherapien drei Patient*innen. Zuvor konnten zumindest verhaltenstherapeutische Gruppentherapien bei Kindern und Jugendlichen bereits ab zwei Patient*innen durchgeführt werden. Durch die Absenkung der Mindestgruppengröße auf zwei Patient*innen könnte das Risiko gesenkt werden, dass Gruppenstunden aufgrund von Terminabsagen ausfallen oder spezifische Gruppentherapien gar nicht erst begonnen werden können. Aktuell müssen beispielsweise in einer Gruppe mit regulär drei

Patient*innen Gruppenstunden ausfallen, sobald eine Patient*in einen Gruppentermin absagt. Gruppentherapien für relativ seltene psychische Erkrankungen (zum Beispiel Autismusspektrumsstörungen) können wegen Unterschreitens der Mindestgröße mitunter nicht durchgeführt oder müssen unterbrochen werden.

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(2.1)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
12.11.2024

Bundes Psychotherapeuten Kammer

Stellungnahme

Versorgung von Menschen in psychischen Krisen und mit psychischen Erkrankungen stärken (BT-Drs. 20/8860)

Antrag der Fraktion CDU/CSU

12.11.2024

BPtK
Klosterstraße 64, 10179 Berlin
Tel.: 030. 278 785 - 0
info@bptk.de
www.bptk.de

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Inhaltsverzeichnis

1 Allgemeine Bewertung 3

2 Zu den Forderungen im Einzelnen 3

2.1 Reform der Bedarfsplanung in der Psychotherapie 3
2.2 Ambulante Komplexversorgung für schwer psychisch erkrankte Patient*innen (KSVPsych-RL) 5
2.3 Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung in Medizinischen Behandlungszentren 6
2.4 Bedarfsgerechte stationäre Versorgung von psychisch erkrankten Menschen 7
2.5 Etablierung psychischer Krisen- und Notfallversorgung 8
2.6 Beratungs- und Hilfsangebote für Kinder und junge Menschen mit psychischen Belastungen und Erkrankungen 8
2.7 Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung 8

1 Allgemeine Bewertung

Psychische Erkrankungen sind eine Volkskrankheit. Jedes Jahr erkrankt fast jede dritte Erwachsene* und jedes fünfte Kind an einer psychischen Erkrankung. Psychotherapie ist wirksam und effizient. Sie ist die Behandlungsmethode der ersten Wahl bei den meisten psychischen Erkrankungen.

Auch angesichts dessen, dass psychische Erkrankungen die zweithäufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit sind und zu langen Krankschreibungen führen sowie die Hauptursache für Erwerbsminderung und Frühverrentung sind, muss der Zugang zu einer frühzeitigen Diagnostik und psychotherapeutischen Behandlung dringend gestärkt werden. Denn je früher eine psychische Erkrankung erkannt und behandelt wird, desto größer sind die Heilungschancen, desto schneller können die Schul- und Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt und langfristig erhalten bleiben. Ein gezielter Ausbau psychotherapeutischer Behandlungsangebote lohnt sich auch volkswirtschaftlich und ist mit Blick auf das Leid der Patient*innen, die monatelang auf einen Behandlungsplatz warten, dringend geboten.

Doch wenn die Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung nicht umgehend gesichert wird, fehlen spätestens Anfang der 2030er Jahre Fachpsychotherapeut*innen, die die Praxen der altersbedingt ausscheidenden Psychotherapeut*innen übernehmen und die Versorgung sicherstellen können. Bei einer gleichzeitig prognostizierten steigenden Inanspruchnahme von Psychotherapie bis 2030 um 23 Prozent droht ein eklatanter Fachkräfte- und Versorgungsmangel. Das muss im Sinne der Patient*innen verhindert werden.

2 Zu den Forderungen im Einzelnen

2.1 Reform der Bedarfsplanung in der Psychotherapie

Der psychotherapeutische Behandlungsbedarf der Bevölkerung ist in den vergangenen Jahrzehnten erheblich gestiegen und kann mit den vorhandenen Behandlungskapazitäten nicht annähernd abgedeckt werden. Die Wartezeiten auf einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz belaufen sich durchschnittlich auf 140 Tage. Insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen, dem Ruhrgebiet sowie für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen fehlen psychotherapeutische Behandlungsangebote. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung prognostiziert bis zum Jahr 2030 eine weitere Zunahme des psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs um durchschnittlich 23 Prozent. Daraus ergeben sich unzumutbar lange Wartezeiten, die weiter anzuwachsen drohen.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) unterstützt daher die Forderung der CDU/CSU-Fraktion, die Bedarfsplanung weiterzuentwickeln und den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) damit zu beauftragen, die Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten bedarfsgerecht anzupassen, sodass insbesondere die Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen gestärkt wird, sowie die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in einer eigenen Arztgruppe zu planen. So kann eine bedarfsgerechte, wohnortnahe psychotherapeutische Versorgung zukünftig besser sichergestellt werden.

Kinder und Jugendliche sind aktuell in besonderem Maße negativ von einem Mangel an Therapieplätzen betroffen. Gleichzeitig zeigt sich bei Kindern und Jugendlichen sowie jungen Erwachsenen eine weitere Zunahme der psychischen Morbidität, ein niedrigeres Ersterkrankungsalter und ein wachsender Anteil schwerer Krankheitsverläufe. Werden psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen zu spät erkannt und behandelt oder bleiben gar unbehandelt, hat dies gravierende Folgen: Erkrankungen verschlechtern sich und können gar chronifizieren, die schulische und berufliche Entwicklung, die soziale Teilhabe können massiv beeinträchtigt sein mit Auswirkungen bis ins Erwachsenenalter. Wer als Kind psychisch erkrankt, hat auch im Erwachsenenalter ein erhöhtes Risiko psychisch zu erkranken.

Um Wartezeiten zu reduzieren, ist ein gezielter Ausbau der Praxissitze zwingend erforderlich. Für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen kann das über eine eigene Bedarfsplanung für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, wie sie auch im Entwurf eines Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) vorgesehen ist, erfolgen.

Aber auch für Erwachsene mit psychischen Erkrankungen muss die Versorgung gestärkt werden. In ländlichen und strukturschwachen Regionen sind deutlich weniger psychotherapeutische Behandlungskapazitäten vorgesehen als in städtischen Gebieten. Dabei unterscheidet sich die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Menschen in der Stadt und auf dem Land kaum. Die unterstellte Mitversorgung durch benachbarte großstädtische Regionen ist irreführend und verhindert vielfach eine bedarfsgerechte wohnortnahe Versorgung. Deshalb muss der G-BA zusätzlich beauftragt werden, die Bedarfsplanungs-Richtlinie für die Arztgruppe der Psychotherapeuten zu überarbeiten und um dabei die Verhältniszahlen um mindestens 20 Prozent abzusenken. Dadurch würden rund 1.600 zusätzliche Psychotherapeutensitze, vorrangig in ländlichen Regionen, entstehen. Bei den Großstädten würden vor allem die historisch schlechter versorgten Städte in Ostdeutsch-

land und das Ruhrgebiet profitieren. Damit würde diese Maßnahme im Sinne der Daseinsvorsorge auch einen wichtigen Beitrag für die Angleichung der gesundheitlichen Lebensverhältnisse leisten.

2.2 Ambulante Komplexversorgung für schwer psychisch erkrankte Patient*innen (KSVPsych-RL)

Der flächendeckende Ausbau ambulanter, systematisch vernetzter Behandlungsangebote für schwer psychisch erkrankte Patient*innen bietet die Chance, eine multiprofessionelle und leitliniengerechte Behandlung im Lebensumfeld der Patient*innen zu fördern und stationäre Aufenthalte zu vermeiden. Die Richtlinien für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere von schwer psychisch erkrankten Versicherten mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf – für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche – stellen dafür den zentralen Rahmen. Bislang ist der Auf- und Ausbau dieser Versorgungsangebote jedoch aufgrund von Fehlern in den Richtlinien und ungenügenden Rahmenbedingungen gehemmt und noch völlig unzureichend vorhanden.

Die BPtK stimmt daher den im Antrag der CDU/CSU-Fraktion geforderten Maßnahmen zur Förderung dieser Versorgungsangebote und zum Ausbau der Behandlungskapazitäten ausdrücklich zu. Um in absehbarer Zeit substanzielle Verbesserungen bei der psychotherapeutischen Versorgung für diese Patientengruppen zu erreichen, den Zugang zur ambulanten multiprofessionellen Komplexbehandlung sicherzustellen und die Behandlungskapazitäten bedarfsgerecht auszubauen, sind Korrekturen in der KSVPsych-Richtlinie dringend erforderlich. Dazu muss der G-BA mit einer spezifischen Überarbeitung der KSVPsych-Richtlinie beauftragt werden. Dabei sollte unter anderem sichergestellt werden, dass Befunde und Vorbehandlungen berücksichtigt werden, auch Vertragsärzt*innen und Vertragspsychotherapeut*innen mit reduziertem Versorgungsauftrag die Koordination der Versorgung übernehmen können und die Anforderungen an die quantitativen und organisatorischen Anforderungen an die Netzverbünde deutlich abgesenkt werden. Zugleich sind Maßnahmen erforderlich, die eine gezielte finanzielle Förderung der Praxisstrukturen und des Aufbaus von Netzverbünden gewährleisten.

Für eine bedarfsgerechte multiprofessionelle Versorgung von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen ist es schließlich zusätzlich erforderlich, dass ein Leistungsanspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der KSVPsych-Richtlinie gesetzlich verankert wird.

Darüber hinaus müssen gezielt die Behandlungskapazitäten für die ambulante Komplexversorgung ausgebaut werden. Für teilnehmende Vertragspsychotherapeutenpraxen muss dazu die Möglichkeit geschaffen werden, ihren Praxisumfang zu vergrößern, sofern dies der Versorgung nach der KSVPsych-Richtlinie dient. Dafür bedarf es einer spezifischen Änderung in der Bedarfsplanungs-Richtlinie.

Eine geeignete Maßnahme zum gezielten Aufbau zusätzlicher Behandlungskapazitäten stellt darüber hinaus die im Gesetzentwurf des GVSG vorgesehene Änderung der Ärzte-Zulassungsverordnung dar, mit der ein neuer Ermächtigungstatbestand unter anderem für die Versorgung von Patient*innen, die aufgrund erheblicher Einschränkungen des Funktionsniveaus sozial benachteiligt sind, geschaffen wird. Die Anforderung, dass eine Ermächtigung eine Kooperation erfordert, zum Beispiel mit gemeindepsychiatrischen Verbünden oder der Suchthilfe, unterstützt dabei den Aufbau der gewünschten multiprofessionellen und sektorenübergreifenden Netzstrukturen. Dies leistet zudem einen Beitrag, um den Zugang zu dem Versorgungsangebot zu erleichtern.

2.3 Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung in Medizinischen Behandlungszentren

Die medizinische Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung ist noch immer defizitär. Die komplexen Versorgungsbedarfe und die notwendige Unterstützung bei der Inanspruchnahme von Behandlungsleistungen machen eine Bündelung und Vernetzung der Versorgungsangebote erforderlich.

Die BPtK begrüßt daher die Forderung der CDU/CSU-Fraktion, Maßnahmen für einen flächendeckenden Ausbau der Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) nach § 119c SGB V zu ergreifen. Denn auch die psychische Gesundheit dieser Patientengruppe muss dabei systematisch in den Blick genommen werden. Der flächendeckende Ausbau sollte daher auch von Maßnahmen flankiert werden, die bedarfsgerecht eine abgestimmte psychotherapeutische und psychiatrische Mitbehandlung dieser Patient*innen und einen niedrigschwelligen Zugang zur Versorgung sicherstellen. Eine zielführende Maßnahme in diesem Sinne ist die im Entwurf des GVSG vorgesehene Änderung der Ärzte-Zulassungsverordnung, mit der ein neuer Ermächtigungstatbestand für die Versorgung von Personen mit intellektuellen Beeinträchtigungen, bestehenden Suchterkrankungen und solchen, die aufgrund erheblicher Einschränkungen des Funktionsniveaus sozial benachteiligt sind, eingeführt werden soll. Mit diesem spezifischen Versorgungsangebot und der geforderten Kooperationsvereinbarung mit einem Medizinischen Behandlungszentrum nach

§ 119c SGB V kann für diese vulnerable Patientengruppe ein niedrigschwelliger Zugang zu einer vernetzten ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung geschaffen werden.

2.4 Bedarfsgerechte stationäre Versorgung von psychisch erkrankten Menschen

Eine leitliniengerechte Versorgung von Patient*innen in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken erfordert ausreichend Personal. Obwohl der Gesetzgeber den G-BA damit beauftragt hat, insbesondere die psychotherapeutische Versorgung der Patient*innen in den Kliniken zu stärken, wurde dies in Reformen der Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal (PPP-RL) nicht berücksichtigt.

Die BPtK unterstützt die Forderung der CDU/CSU-Fraktion ausdrücklich, die PPP-Richtlinie um Personalanhaltszahlen für die Budgetfindung zu ergänzen und dabei insbesondere die Minutenwerte für Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen so zu erhöhen, dass Patient*innen ein bedarfsgerechtes Maß an Einzelpsychotherapie erhalten können.

Die Ausgestaltung der PPP-Richtlinie als Mindestpersonalanforderungen hat in den Budgetverhandlungen vor Ort bisher dazu geführt, dass diese Vorgaben regelhaft als Soll interpretiert wurden. Das für eine bedarfsgerechte psychotherapeutische Versorgung darüber hinaus erforderliche Personal konnte dabei nur schwer verhandelt werden; auch weil verbindliche Orientierungswerte, wie viel Personal über die Mindestvorgaben hinaus erforderlich ist, um eine leitliniengerechte Behandlung umzusetzen, fehlen. Hierauf hat auch die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung in ihrer achten Stellungnahme zur Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie hingewiesen.

Personalvorgaben würden es zudem ermöglichen, statt eines Wegfalls des Vergütungsanspruchs, der bei der Unterschreitung von Mindestvorgaben zwangsläufig zu erfolgen hat, gestufte Maßnahmen zu ergreifen, wenn die Personalvorgaben nicht erreicht beziehungsweise eingehalten werden. Hierzu zählt insbesondere der „klärende Dialog“ auf Ortsebene, in dem gemeinsam mit der Einrichtung die Ursachen für das Unterschreiten der Vorgaben ermittelt, Zielvereinbarungen geschlossen und geeignete Lösungsansätze und -strategien für eine künftige Einhaltung, einschließlich der Umwandlung vollstationärer Behandlungskapazitäten zugunsten stationsäquivalenter, teilstationärer und ambulanter Versorgungsangebote, entwickelt werden können.

2.5 Etablierung psychischer Krisen- und Notfallversorgung

Derzeit fehlt es an flächendeckend einheitlichen Anlaufstellen für Menschen in akuten psychischen Krisen. Ein bundesweiter Aufbau von Krisendiensten konnte bisher nicht realisiert werden; diese existieren nur in einzelnen Regionen.

Die BPtK begrüßt daher die Forderung der CDU/CSU-Fraktion, die psychische Krisen- und Notfallversorgung weiter auf- und auszubauen sowie einheitliche Standards zur psychischen Krisen- und Notfallversorgung zu etablieren. Aus Sicht der BPtK sollten die mit dem Gesetz zur Reform der Notfallversorgung geplanten Integrierten Notfallzentren (INZ) so ausgestaltet werden, dass in ihnen auch eine qualifizierte Einschätzung akuter psychischer Krisen oder Notfälle sowie eine Weiterleitung in die hierfür geeignete Versorgungsstruktur erfolgen kann. Hierfür sollten die INZ selbst über entsprechende Fachexpertise verfügen oder diese durch Kooperationen mit vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Leistungserbringer*innen oder anderen regional etablierten Strukturen der Krisenversorgung sicherstellen.

2.6 Beratungs- und Hilfsangebote für Kinder und junge Menschen mit psychischen Belastungen und Erkrankungen

Angesichts der jüngsten Zahlen zur psychischen Gesundheit von Heranwachsenden sind verstärkte Anstrengungen zur Prävention und zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen erforderlich.

Neben den Forderungen im Antrag der CDU/CSU-Fraktion muss aus Sicht der BPtK auch die Kooperation zwischen den Hilfesystemen, insbesondere Kita, Schule, Jugendhilfe und Gesundheitswesen, in größerem Umfang ermöglicht werden. Zudem sollten aufsuchende psychotherapeutische Beratungs- und Behandlungsangebote in den Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen etabliert werden, damit Kinder mit psychischen Erkrankungen und ihre Familien schneller Zugang zu Angeboten vor Ort erhalten, die sie bei ihren Problemen unterstützen können. Für Kinder und Jugendliche mit psychischen Belastungen sollte in der Regelversorgung ein psychotherapeutisches Gruppenangebot eingeführt werden, das darauf abzielt, die Entwicklung einer psychischen Erkrankung abzuwenden.

2.7 Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung

Nur wenn ausreichend Psychotherapeut*innen weitergebildet werden, können sie in Zukunft die psychotherapeutische Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in Deutschland sicherstellen. Doch durch die fehlende Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung wird dies gefährdet.

Die BPtK begrüßt daher ausdrücklich die Forderung der CDU/CSU-Fraktion, dass zur Sicherung der psychotherapeutischen Versorgung jetzt die Weichen für die Finanzierung der Weiterbildung des psychotherapeutischen Nachwuchses gestellt werden müssen. Die Psychotherapeutenausbildungsreform, die 2019 beschlossen wurde, hat den Weg für eine moderne Qualifikation von Psychotherapeut*innen bereitet. Dabei wurde jedoch versäumt, die Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung zu sichern. Ohne ausreichende finanzielle Förderung wird es nicht genügend Weiterbildungsstellen in Praxen, Medizinischen Versorgungszentren, Ambulanzen und Kliniken geben. Nur Fachpsychotherapeut*innen können mit eigenem Kassensitz die vertragspsychotherapeutische Versorgung der gesetzlich Versicherten gewährleisten.

Zur Sicherung der ambulanten Weiterbildung in Praxen und Medizinischen Versorgungszentren muss – analog zur Weiterbildung in der Allgemeinmedizin – ein Gehaltszuschuss für Weiterbildungsteilnehmende eingeführt werden. Die Praxen müssen für die Weiterbildung ihren Praxisumfang auf 150 Prozent einer voll ausgelasteten Praxis erweitern können. Weiterbildungsambulanzen müssen mit den Krankenkassen kostendeckende Vergütungen verhandeln können, in der alle Weiterbildungsinhalte berücksichtigt werden müssen.

Kliniken müssen übergangsweise zusätzliche Personalstellen für Weiterbildungsteilnehmende refinanziert bekommen. In der stationären Weiterbildung gibt es einen Förderbedarf, weil Planstellen, die derzeit noch mit Psychotherapeut*innen in Ausbildung oder Psycholog*innen besetzt sind, erst sukzessive frei und damit als Weiterbildungsstellen nutzbar sein werden. Darüber hinaus ist ein massives Versorgungsproblem in den Einrichtungen zu erwarten, wenn es aufgrund des Auslaufens dieses Ausbildungsgangs sukzessive weniger Psychotherapeut*innen in Ausbildung geben wird. Derzeit nutzen die Einrichtungen Psychotherapeut*innen in Ausbildung, um bestehende Versorgungslücken im Bereich der stationären Psychotherapie zu schließen. Es ist zu befürchten, dass die psychotherapeutische Versorgung der Patient*innen in den Einrichtungen nicht mehr im bisherigen Umfang sichergestellt werden kann, wenn nicht ausreichend Stellen für Psychotherapeut*innen in Weiterbildung finanziert werden, die die Versorgungskapazitäten der Psychotherapeut*innen in Ausbildung vollständig ersetzen können.

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(3)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
06.11.2024

Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune

(Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

(BT-Drucksache 20/11853 vom 17.06.2024)

Berlin, 05.11.2024

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis 2
1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs 4
2. Stellungnahme im Einzelnen 5
Zu Artikel 1 Nummer 6 5
Versorgungspauschale und Vorhaltepauschale 5
§ 87 SGB V 5
Zu Artikel 1 Nummer 7 7
Entbudgetierung der hausärztlichen Vergütung 7
§ 87a SGB V 7
Zu Artikel 1 Nummer. 9 Buchstabe b 8
Änderung der Vorgaben zur jährlichen Berichterstattung des G-BA zur Bearbeitung von Themen. 8
§ 91 Abs. 11 SGB V 8
Zu Artikel 1 Nummer 10 Buchstabe a 9
Einführung von Beteiligungsrechten in Bezug auf Hebammen und Ergänzung der stellungnahmeberechtigten Kreise 9
§ 92 Abs. 1b SGB V 9
Zu Artikel 1 Nr. 10 Buchstabe b 9
Rolle der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft im G-BA 9
§ 92 Abs. 3a SGB V 9
Zu Artikel 1 Nummer 10 Buchstaben a sowie c bis k 10
Einbeziehung von Fachgesellschaften im G-BA 10
§ 92 Abs. 1b; Abs. 1c; Abs. 4; Abs. 5; Abs. 6; Abs. 6a-c, Abs. 7b; Abs. 7c; Abs. 7g SGB V 10
Zu Artikel 1 Nr. 10 Buchstabe l 10
Antrags- und Mitberatungsrecht für die Berufsorganisationen der Pflegeberufe 10
§ 92 Abs. 7h SGB V neu 10
Zu Artikel 1, Nr. 12: 11
Bildung einer neuen bedarfsplanungsrechtlichen Arztgruppe (Psychotherapie Kinder und Jugendliche) 11
§ 101, Absatz 4a SGB V 11
Zu Artikel 1 Nummer 14 12
Bagatellgrenzen bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlich verordneter Leistungen 12
§ 106b, Absatz 2 SGB V 12
Zu Artikel 1 Nummer 16 und 18 13
Weiterbildungsambulanzen Psychotherapie 13

§§ 117 und 120 SGB V) 13
Zu Artikel 1 Nummer 22 14
Ausdehnung des bestehenden Antragsrechts der Patientenvertretung im G-BA auf weitere Beschlüsse zu Richtlinien sowie Einführung eines temporären Vetorechts 14
§ 140f Abs. 2 SGB V 14
Zu Artikel 1 Nummer 24 15
Monitoring der Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) durch die Krankenkassen 15
§ 271f Abs. 4 Nr. 7b SGB V 15
4. Ergänzender Änderungsbedarf 16
Regelungen zu investorenbetriebenen medizinischen Versorgungszentren (iMVZ) 16
§§ 95, 103, 135b SGB V, § 32 Ärzte-ZV Begrenzung der Übernahme von medizinischen Versorgungszentren durch fachfremde Finanzinvestoren 16

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs

Der im April dieses Jahres vorgelegte Referentenentwurf hatte im Vergleich zu vorab bekannt gewordenen Entwurfsfassungen deutliche Kürzungen erfahren, sodass die im Titel suggerierte Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune kaum noch nachvollziehbar war. Das Kernstück vormaliger Entwürfe – eine strukturelle Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungslandschaft – ist auch im nun vorgelegten Kabinettsbeschluss nicht mehr enthalten.

Viele der ursprünglichen Vorschläge waren u. a. aufgrund nicht notwendiger Komplexitätssteigerungen durch die Einführung von Parallelstrukturen und unklare Aufgabenabgrenzungen der verschiedenen Versorgungsformen kritisch zu bewerten. Insofern bietet die Herausnahme der bisher vorgesehenen Regelungen die Chance, zu besseren Lösungen für eine **nachhaltige Stärkung der ambulanten Versorgung** zu kommen. Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 hat in diesem Jahr das Schwerpunktthema „Gesundheitsversorgung der Zukunft – mehr Koordination der Versorgung und bessere Orientierung für Patientinnen und Patienten“ beraten und mit großer Mehrheit einen Beschluss „Koordinieren und Kooperieren in der ambulanten Versorgung - für ein bedarfsgerechtes und sektorenverbindendes Gesundheitssystem“ (Drucksache II-01) gefasst, in dem er sich unter anderem für eine primärärztliche Versorgung, eine Zugangssteuerung in die Akut- und Notfallversorgung, teamorientierte und sektorenübergreifende Versorgungsansätze und definierte Behandlungspfade ausspricht. Die Bundesärztekammer wird zum 129. Deutschen Ärztetag 2025 auf dieser Grundlage ein weiterführendes Konzept zur Versorgungssteuerung vorlegen und bietet an, die strukturelle Weiterentwicklung der Versorgung auf dieser Basis mitzugestalten.

Die Bundesärztekammer unterstützt das Anliegen des Gesetzgebers, die hausärztliche Versorgung zu stärken. Die vorgesehene Entbudgetierung, die Einführung einer **Versorgungspauschale** für chronisch kranke Patientinnen und Patienten und die **Vorhaltepauschale** sind grundsätzlich sachgerecht. Angesichts des schon heute deutlich spürbaren Mangels an Hausärztinnen und Hausärzten ist maßgeblich, dass die tatsächlich erbrachten Versorgungsleistungen nicht durch Budgets begrenzt werden, damit gewährleistet ist, dass Patientinnen und Patienten entsprechend ihres tatsächlichen Behandlungsbedarfs versorgt werden können. Maßgeblich ist auch, Hausärztinnen und Hausärzte so lange wie möglich und flächendeckend in der Versorgung zu halten.

Die vorgeschlagenen Maßnahmen sind daher ein wichtiger Schritt. Die Regelungen müssen jedoch so ausgestaltet werden können, dass sie nicht auf eine bloße Umverteilung finanzieller Mittel hinauslaufen, sondern eine echte finanzielle und strukturelle Stärkung des ambulanten Sektors bedeuten. Der dafür erforderliche gesetzliche Rahmen muss unter enger und umfassender Einbindung ärztlicher Verbände und der Selbstverwaltungseinrichtungen entsprechend angepasst werden.

Von großer Bedeutung ist aus Sicht der Bundesärztekammer zudem, dass in einem nächsten Schritt die **Entbudgetierung** auch auf die fachärztliche Versorgung ausgeweitet wird. Hierfür liegen konkrete Vorschläge ärztlicher Verbände vor.

Die Bundesärztekammer unterstützt auch das Anliegen des Gesetzgebers, Betroffene zu Beteiligten im **Gemeinsamen Bundesausschuss** zu machen. Insofern ist die stärkere Einbeziehung der Pflege in die Beratungen des G-BA ein nachvollziehbarer Schritt. Dies muss jedoch auch für die Bundesärztekammer als einzige sektorenübergreifende Vertreterin aller Ärztinnen und Ärzte gelten. Der **Bundesärztekammer** muss ein **unmittelbares Mitberatungs- und auch Antragsrecht** zu allen Richtlinien des G-BA ermöglicht werden, in denen unabhängiger ärztlicher Sachverstand gefordert ist.

Zusätzlichen dringlichen Regelungsbedarf sieht die Bundesärztekammer weiterhin in Bezug auf **investorenbetriebene medizinische Versorgungszentren (iMVZ)**. Der Bundesgesundheitsminister hat wiederholt eine entsprechende Regelung für die Versorgungsgesetzgebung angekündigt. Leider fehlen weiterhin regelnde Rahmenbedingungen in einem mittlerweile unübersichtlichen Marktgeschehen. Die regionale Monopolbildung nimmt zu. Es besteht dringender Handlungsbedarf. Konkrete Regelungsvorschläge der Bundesärztekammer sind veröffentlicht[1].

Die Bundesärztekammer hält, neben der lange überfälligen Reform des Medizinstudiums**,** auch eine **Erhöhung der Zahl der Medizinstudienplätze** in Deutschland für geboten. Auch diese Maßnahme hat der Bundesgesundheitsminister mehrfach angekündigt. Diesbezügliche, in vorangehend bekannt gewordenen Arbeitsentwürfen enthalte Regelungen waren jedoch bereits im Referentenentwurf nicht mehr zu finden. Auch wenn die in den Arbeitsentwürfen enthalten Regelungen mit Blick auf die Finanzierung (Gesundheitsfonds) und die geplante über 20-jährige Bindung der künftigen Ärztinnen und Ärzte an eine Tätigkeit im GKV-System kritisch zu hinterfragen waren, bleibt eine angemessene Erhöhung der Zahl der Medizinstudienplätze eine Verantwortung, der sich Bund und Länder nicht entziehen dürfen.

2. Stellungnahme im Einzelnen

Zu Artikel 1 Nummer 6

Versorgungspauschale und Vorhaltepauschale

§ 87 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

<u>Versorgungspauschale</u>

Der Bewertungsausschuss soll beauftragt werden, anstelle der quartalsabhängigen Versichertenpauschale Regelungen über eine Versorgungspauschale für die Behandlung chronisch kranker Patientinnen und Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und keinen intensiven Betreuungsaufwand aufweisen, im EBM zu beschließen.

Die Versorgungspauschale ist je betroffenem Versicherten durch ausschließlich eine einzige Arztpraxis, die die jeweilige chronische Erkrankung behandelt, abrechnungsfähig. Die Versorgungspauschale vergütet alle Arzt-/Praxis-Patienten-Kontakte, unabhängig von der Anzahl und weiterer, unabhängig von der chronischen Erkrankung bestehenden Behandlungsbedarfe

Ausweislich der Begründung liegt es – im Hinblick auf eine gute Versorgung chronischer Erkrankungen und dem ressourcensparenden Umgang mit den Hausarztkapazitäten – in der Pflicht der betroffenen Patienten sowie der Hausärzte, dass die Erkrankung durch nur einen Hausarzt betreut wird. Die Regelungen zur Versorgungspauschale sind so auszugestalten, dass es weder zu Mehr- noch zu Minderausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung kommt.

[1] https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/gesundheitsversorgung/mvz

Vorhaltepauschale

Der Bewertungsausschuss soll beauftragt werden, im EBM Regelungen über eine Vergütung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen, sogenannte Vorhaltepauschale, zu beschließen. Zugleich hat der Bewertungsausschuss auch Voraussetzungen festzulegen, die die Hausärztinnen und -ärzte erfüllen müssen, damit sie diese Vorhaltepauschale abrechnen können. Erfüllen sie die Voraussetzungen nicht, ist eine Abrechenbarkeit dieser Pauschale oder einer vergleichbaren Pauschale im EBM, wie der Leistungsziffer 03040, die der Vorhaltung notwendiger Strukturen dient, ausgeschlossen.

Zu Voraussetzungen sollen insbesondere gehören: die bedarfsgerechte Erbringung von Haus- und Pflegeheimbesuchen sowie bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten, die je nach dem Bedarf am Praxissitz auch ein Angebot von Sprechstunden nach 19 Uhr (entsprechend der Anmerkung der EBM-Ziffer 01100) umfassen können. Darüber hinaus soll der Bewertungsausschuss in seinen Kriterien berücksichtigen, dass die Hausarztpraxen primär Leistungen erbringen, die zum Kern des hausärztlichen Fachgebietes gehören (z. B. Versorgung von geriatrischen Patienten, palliativmedizinische Versorgung), sowie eine Mindestanzahl von zu versorgenden Patienten je Arzt und je Quartal. In den Voraussetzungen soll auch aufgenommen werden, dass beim überwiegenden Anteil der zu versorgenden Patienten eine regelhafte Pflege der elektronischen Patientenakte stattfindet. Mit Blick auf die Versorgung von chronisch kranken Patienten sollte die regelmäßige Aktualisierung des elektronischen Medikationsplans als Kriterium aufgenommen werden. Als Voraussetzungen können darüber hinaus beispielsweise folgende Anforderungen vereinbart werden: die Vorhaltung von Kooperationen und Netzwerken zur besseren Versorgung insbesondere von multimorbiden oder geriatrischen Patienten und die kontinuierliche Erbringung postoperativer Nachsorgen.

Die Regelungen über die Vorhaltepauschale sind so auszugestalten, dass sie weder zu Mehrausgaben noch zu Minderausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung führen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer begrüßt vor dem Hintergrund des schon heute deutlich spürbaren Mangels an Hausärztinnen und Hausärzten Regelungen, welche die Rahmenbedingungen für Hausärztinnen und Hausärzte verbessern und die hausärztliche Versorgung stärken.

Maßgeblich ist dabei, dass Hausärztinnen und Hausärzte zeitnah eine angemessene Vergütung erhalten, um ihre Patientinnen und Patienten entsprechend ihrem tatsächlichen Behandlungsbedarf versorgen zu können. Maßgeblich ist aber auch, Hausärztinnen und Hausärzte so lange wie möglich und flächendeckend in der Versorgung zu halten. Laut der Ärztestatistik der Bundesärztekammer werden aus der Gruppe der Fachärztinnen und -ärzte für Allgemeinmedizin in der ambulanten Versorgung überproportional viele in den kommenden Jahren in den Ruhestand eintreten. Bereits heute sind rund 70 Prozent aller ambulant tätigen Allgemeinmediziner über 50 Jahre oder älter; Rund 19 Prozent haben das typische Renteneintrittsalter von 65 Jahren bereits überschritten und müssen in den kommenden Jahren ersetzt werden.

Es muss auch vor diesem Hintergrund dringend vermieden werden, dass die hausärztliche Vergütung eine bloße Umverteilung erfährt und dass ein Teil der hausärztlichen Praxen zukünftig Umsatzeinbußen befürchten muss, weil sie bestimmte Voraussetzungen nicht erfüllen oder weil sie unwissentlich Patientinnen und Patienten behandeln, die bereits in einer anderen Praxis vorstellig waren und die Jahrespauschale entsprechend abgerechnet wurde. Auch muss ausgeschlossen sein, dass Ärztinnen und Ärzte, die besonders schwer kranke Patientinnen und Patienten mit hohem Versorgungsbedarf behandeln, finanziell

schlechter gestellt sind als Ärztinnen und Ärzte, deren Patientenklientel jünger und gesünder ist. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) hat entsprechende Szenarien aufgezeichnet. Hier gilt es, in Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten faire und angesichts zukünftiger Herausforderungen angemessene Vergütungsregelungen zu entwickeln und der Selbstverwaltung ausreichend Spielräume für Detailregelungen zu überlassen.

Die Bundesärztekammer bedauert in diesem Zusammenhang, dass die im Referentenentwurf angekündigte Bonusregelung zur hausarztzentrierten Versorgung gestrichen wurde. Der im Begründungstext zur Versorgungspauschale angeführte Hinweis, dass es – im Hinblick auf eine gute Versorgung chronischer Erkrankungen und dem ressourcensparenden Umgang mit den Hausarztkapazitäten – in der Pflicht der betroffenen Patienten sowie der Hausärzte läge, dass die Erkrankung durch nur einen Hausarzt betreut wird, wird sicherlich keinen steuernden Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten der Patientinnen und Patienten ausüben. Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 in Mainz hat zum Schwerpunktthema „Gesundheitsversorgung der Zukunft – mehr Koordination der Versorgung und bessere Orientierung für Patientinnen und Patienten“ mit großer Mehrheit einen Beschluss gefasst, in dem gefordert wird, dass Patientinnen und Patienten in Deutschland für die primäre Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung eine Arztpraxis verbindlich wählen sollten. Dieser "erste Anlaufpunkt" soll für alle gesundheitlichen Anliegen die primärärztliche Versorgung sowie die Koordination einer notwendigen Weiterbehandlung bei Fachärztinnen und Fachärzten in allen Gebieten und in weiteren Versorgungsbereichen übernehmen. Die primärärztliche Versorgung soll dabei durch eine Hausärztin/einen Hausarzt erfolgen. Das SGB V ermöglicht schon heute die hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73b SGB V, die die qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Koordinations- und Integrationsfunktion der Hausärztinnen und Hausärzte in enger Zusammenarbeit mit anderen Fachärztinnen und Fachärzten fördert. Dies hat sich bewährt und ist weiter auszubauen (Drucksache II-01, 128. DÄT 2024).

Zu Artikel 1 Nummer 7

Entbudgetierung der hausärztlichen Vergütung

§ 87a SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung, einschließlich der in Zusammenhang mit diesem Versorgungsbereich erbrachten Hausbesuche sollen entbudgetiert und damit von mengenbegrenzenden oder honorarmindernden Maßnahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und der Honorarverteilung ausgenommen werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer setzt sich seit vielen Jahren für eine Entbudgetierung in der ambulanten Versorgung, und zwar für Hausärztinnen und Hausärzte wie auch für die weiteren Fachärztinnen und Fachärzte ein. Entscheidend ist dabei, dass die Entbudgetierung so geregelt wird, dass eine vollständige Bezahlung aller erbrachten Leistungen gewährleistet ist. Auch hier muss die Expertise der Ärztinnen und Ärzte aufgegriffen werden, um sinnvolle gesetzliche Rahmenvorgaben zu schaffen, die der Selbstverwaltung eine adäquate Umsetzung und ausreichende Flexibilität zur Ausgestaltung

einräumen. Angesichts des Mangels an Ärztinnen und Ärzten ist zudem eine entsprechende Regelung für alle Fachgebiete unabdingbar.

Der Mangel an Ärztinnen und Ärzten erfordert aber auch Struktur- und Prozessveränderungen, die über die Regelungsansätze des GVSG weit hinausgehen. So sollte die Entbudgetierung von Maßnahmen flankiert werden, die nachhaltige Entlastungen bei der Patientenversorgung herbeiführen. Dazu gehören verbesserte Rahmenbedingungen für koordinierende Leistungen, eine verbindliche und intelligente Versorgungssteuerung, die Stärkung der Gesundheits- und Gesundheitssystemkompetenz der Bevölkerung und eine Förderung kooperativer, interprofessioneller und sektorenverbindender Versorgungsansätze, insbesondere unter verstärkter Nutzung digitaler Lösungen.

Zu Artikel 1 Nummer. 9 Buchstabe b

Änderung der Vorgaben zur jährlichen Berichterstattung des G-BA zur Bearbeitung von Themen.

§ 91 Abs. 11 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur Beschleunigung der Verfahren im G-BA soll dessen bestehende Verpflichtung zur jährlichen Berichterstattung an den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages modifiziert werden. Einerseits soll die Berichtspflicht für länger dauernde Verfahren von drei auf zwei Jahre herabgesetzt werden. Andererseits soll der Umfang der Berichtspflicht und damit der Darlegungsaufwand für den G-BA etwas reduziert werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer hält die Verschärfung der Berichtspflicht des G-BA gegenüber dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages durch Ausweitung auf Verfahren, die länger als zwei Jahre dauern, für nicht zwingend geboten. Ein zügiges bzw. fristgerechtes Abarbeiten der Aufträge, die der G-BA vom Gesetzgeber erhält, ist ohne Zweifel wünschenswert. Gleichzeitig sind aber die Ansprüche an die Qualität der Methodik und der Evidenz hoch – und dies völlig zu Recht. Insbesondere wenn es im Bereich der Methodenbewertung um die Einbeziehung der Ergebnisse wissenschaftlicher Studien in die Beschlüsse des G-BA geht, die auch eine gewisse Aussagekraft im Hinblick auf die Fragestellung besitzen sollen, sind längere Bearbeitungszeiten teilweise nicht zu vermeiden. So beziehen sich die Endpunkte vieler Studien nicht nur auf kurzfristige Behandlungserfolge, sondern machen oftmals längere Nachbeobachtungszeiten von Patientinnen und Patienten notwendig, um auch zuverlässige Aussagen zu Langzeiteffekten einer Behandlungsmethode treffen zu können.

Zu Artikel 1 Nummer 10 Buchstabe a

Einführung von Beteiligungsrechten in Bezug auf Hebammen und Ergänzung der stellungnahmeberechtigten Kreise

§ 92 Abs. 1b SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neufassung des § 92 Absatz 1b soll den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen und den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene nach § 134a Absatz 1 Satz 1 ein Beteiligungsrecht bei den Mutterschafts-Richtlinien des G-BA eingeräumt werden. Wird auf dieses unmittelbare Mitberatungsrecht verzichtet, ist den betreffenden Verbänden vor der Entscheidung des G-BA wie bereits bisher nach geltendem Recht Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Zusätzlich sollen die einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ein Stellungnahmerecht zu den Entscheidungen des G-BA zu den Mutterschafts-Richtlinien haben.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Ein über das bisherige Stellungnahmerecht hinausgehendes Beteiligungsrecht für die Berufsgruppe der Hebammen bei Richtlinien des G-BA zu ärztlicher Betreuung zu Schwangerschaft und Mutterschutz ist nachvollziehbar. Es schafft die Möglichkeit, sich bereits während der laufenden Beratungen im G-BA einzubringen und nicht erst gegen Ende einer Richtliniengestaltung. Dabei kann die fachliche Perspektive der Hebammen wertvolle Anregungen geben. Es sollte jedoch dafür Sorge getragen werden, dass die Fachlichkeit im Vordergrund steht und nicht berufspolitische oder wirtschaftliche Interessen. Immerhin handelt es sich ausdrücklich und ausweislich von § 92 Abs. 1 Satz 2 Nummer 4 SGB V um Richtlinien zu ärztlicher Betreuung zu Schwangerschaft und Mutterschutz. Die Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten und Hebammen insbesondere im Rahmen von Geburten ist bereits gesetzlich geregelt. Die Richtlinien des G-BA sollten diese Aufgabenverteilung nicht in Frage stellen.

Zu Artikel 1 Nr. 10 Buchstabe b

Rolle der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft im G-BA.

§ 92 Abs. 3a SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beratende Funktion der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft für den G BA soll im Gesetz verankert und mit einem Aufwendungsersatz versehen werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Änderung wird ausdrücklich begrüßt. Sie stärkt die unabhängige fachliche Beratung des G-BA im wichtigen Themenfeld der Arzneimittelversorgung.

Zu Artikel 1 Nummer 10 Buchstaben a sowie c bis k

Einbeziehung von Fachgesellschaften im G-BA

§ 92 Abs. 1b; Abs. 1c; Abs. 4; Abs. 5; Abs. 6; Abs. 6a-c, Abs. 7b; Abs. 7c; Abs. 7g SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflicht des G-BA zur Einbeziehung der jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Form von Stellungnahmen, die in die Entscheidungen des G-BA zu Richtlinien nach § 92 SGB V einzubeziehen sind, soll ausgeweitet werden. Im Einzelnen betrifft dies folgende Richtlinien: ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft; medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft sowie Kryokonservierung, Maßnahmen zur Empfängnisverhütung und zum Schwangerschaftsabbruch; Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten einschließlich Durchführung organisierter Krebsfrüherkennungsprogramme; medizinische Rehabilitation; Verordnung von Heilmitteln; psychotherapeutisch behandlungsbedürftige Krankheiten; Versorgung von schwer psychisch erkrankten Versicherten mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Handlungsbedarf; Versorgung von Versicherten mit Verdacht auf Long-Covid; spezialisierte ambulanter Palliativversorgung; Soziotherapie; Verordnung außerklinischer Intensivpflege.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Eine stärkere Einbindung wissenschaftlicher Fachgesellschaften in die Richtliniengestaltung des G-BA ist im Sinne eines Beitrags zur weiteren Flankierung von G-BA-Beschlüssen mit wissenschaftlicher Evidenz grundsätzlich begrüßenswert.

Bei der Einbindung weiterer Akteure in die Prozesse des G-BA sollte grundsätzlich dafür Sorge getragen werden, dass das weitere Ziel einer Beschleunigung der Verfahren des G-BA dennoch erreicht werden kann.

Als weitere Anmerkung sei darauf hingewiesen, dass die geplante Einführung einer Pflicht zur Auswertung von Stellungnahmen wissenschaftlicher Fachgesellschaften nicht auf alle in § 92 SGB V genannten Richtlinien angewandt werden soll, etwa nicht auf die Bedarfsplanung, die Verordnung von Hilfsmitteln oder die häusliche Krankenpflege. Es ist nicht erkennbar, auf Basis welcher Kriterien die Vorgabe zur Einbeziehung von Fachgesellschaften getroffen worden ist. Für den Bereich Bedarfsplanung etwa hat sich in Deutschland längst ein eigener Zweig der Versorgungsforschung etabliert. Gerade hier könnte eine Zuarbeit bzw. Positionierung aus fachgesellschaftlichen Kreisen unterstützend wirken.

Zu Artikel 1 Nr. 10 Buchstabe l

Antrags- und Mitberatungsrecht für die Berufsorganisationen der Pflegeberufe

§ 92 Abs. 7h SGB V neu

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das bislang bestehende allgemeine Beteiligungsrecht der Berufsorganisationen der Pflegeberufe bei Richtlinien und Beschlüssen des G-BA zur Qualitätssicherung soll auf ein Antrags- und Mitberatungsrecht erweitert werden. Zusätzlich sollen diese Rechte auf Aufgabenbereiche des G-BA über Qualitätssicherungsthemen hinaus ausgedehnt werden.

Mittels Vergütungs-/Entschädigungsansprüchen nach Bundesreisekostengesetz soll der Vertretung der Pflege die Teilnahme an den Gremiensitzungen des G-BA erleichtert werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer hält das Prinzip, Betroffene zu Beteiligten zu machen, für grundsätzlich angemessen. Insofern ist die stärkere Einbeziehung der Pflege in die Beratungen des G-BA, wie sie im Koalitionsvertrag angekündigt wurde, ein nachvollziehbarer Schritt. Um das oben genannte Prinzip jedoch konsequent anzuwenden, muss diese Stärkung der Rechte auch für die Vertretung der Ärztekammern bzw. für die Bundesärztekammer gelten. Die Bundesärztekammer vertritt sektorenübergreifend das Erfahrungswissen und den medizinisch-fachlichen Sachverstand der gesamten Ärzteschaft.

Vor diesem Hintergrund ist es konsequent, auch **der Bundesärztekammer ein unmittelbares Mitberatungs- und auch Antragsrecht** zu allen Richtlinien des G-BA zu ermöglichen, in denen unabhängiger ärztlicher Sachverstand gefordert ist. Dies sollte analog auch für die Einbeziehung der spezifischen Expertise der anderen Heilberufekammern Anwendung finden.

Eine Beteiligung per Stellungnahmen oder Anhörungen ermöglicht zudem keine kontinuierlich Mitberatung über alle Phasen der Richtliniengestaltung hinweg. Folgerichtig wäre daher die Einbeziehung der Bundesärztekammer auch in die übrigen Unterausschüsse des G-BA bzw. bei den Richtlinien des G-BA nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nummern 1 und 3 bis 15.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Einfügen eines § 92 Abs. 7i SGB V:

„Bei den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 und Nr. 3 bis 15, den Richtlinien nach § 63 Absatz 3c Satz 3 und den Beschlüssen nach den §§ 136b und 136c erhält die Bundesärztekammer ein Antrags- und Mitberatungsrecht. Es wird von bis zu zwei Vertretern der Bundesärztekammer ausgeübt. Absatz 7e Satz 3 bis 7 gilt entsprechend.“

Zu Artikel 1, Nr. 12:

Bildung einer neuen bedarfsplanungsrechtlichen Arztgruppe (Psychotherapie Kinder und Jugendliche)

§ 101, Absatz 4a SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, zukünftig eine eigene Arztgruppe bilden sollen.

Laut dem Gesetzentwurf soll der G-BA aus Versorgungsgründen Mindestversorgungsanteile für überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte sowie innerhalb dieser weiteren nach Fachgebieten differenzierte Mindestversorgungsanteile (bspw. Psychosomatische Medizin) vorsehen können. Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad soll für diese Arztgruppe erstmals zum Stand vom 31. Dezember 2023 ermittelt werden und der G-BA soll die neuen Verhältniszahlen zu beschließen haben.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Es ist bedarfsgerecht und sehr zu begrüßen, dass zukünftig in der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, in einer eigenen Arztgruppe bedarfsplanungsrechtlich behandelt werden.

Der Gesetzgeber gibt in der geplanten Neuregelung dem G-BA einen Beurteilungsspielraum zur Regelung der Ärztequote vor („kann"). Aktuell ist die Mindestquote für die psychotherapeutische Versorgung von Erwachsenen gesetzlich im § 101, Absatz 4 festgelegt. Die gesetzlich fixierte Mindestquote für psychotherapeutisch tätige Ärzte besteht in Höhe von 25 Prozent, die der G-BA aus Versorgungsgründen allerdings anpassen kann. Die gesetzliche Regelung hat sich bewährt und ist gegenüber einer Regelung durch den G-BA zu bevorzugen.

Die Gleichstellung in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit denjenigen von Erwachsenen ist geboten, zumal der Gesetzgeber die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen verbessern möchte. Eine Quote von 25 Prozent ist notwendig, da die Bedarfsplanung kleinräumiger geschehen soll und in bevölkerungsarmen Regionen Planungsbezirke vorhanden sein können, in denen nur drei oder vier Niederlassungsmöglichkeiten für Psychotherapie zur Verfügung stehen. So kann gewährleistet sein, dass auch eine ärztliche kinder- und jugendpsychotherapeutische Versorgung erfolgen kann.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Es wird vorgeschlagen, in den Gesetzestext die Sicherstellung eines Versorgungsanteils der regional maßgeblichen Verhältniszahl der überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten von mindestens 25 Prozent aufzunehmen.

Zu Artikel 1 Nummer 14

Bagatellgrenzen bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlich verordneter Leistungen

§ 106b, Absatz 2 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Neben dem Mindestumfang von Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlich verordneter Leistungen sollen die Rahmenvorgaben zukünftig verpflichtend auch die Vorgabe zur Aufnahme einer Geringfügigkeitsgrenze in Höhe von 300 Euro in den Prüfvereinbarungen enthalten müssen. Bis zu diesem Betrag sollen keine Wirtschaftlichkeitsprüfungen beantragt werden können.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer unterstützt das Anliegen als einen Schritt auf dem Weg zu einer Entbürokratisierung. Es ist nachvollziehbar, die Grenze zunächst in einem niedrigen Bereich anzusetzen, sie sollte jedoch zukünftig schrittweise weiter angehoben werden, um eine wirksame Entbürokratisierung zu bewirken.

Zu Artikel 1 Nummer 16 und 18

Weiterbildungsambulanzen Psychotherapie

§§ 117 und 120 SGB V)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 15.11.2019 wurde in § 117 SGB V ein Absatz 3b eingeführt, der die Ermächtigung von Ambulanzen an Einrichtungen, die nach Landesrecht für die Weiterbildung von Psychotherapeuten oder Ärzten in psychotherapeutischen Fachgebieten zugelassen sind, für ambulante psychotherapeutische Behandlung regelt. Dafür führt nun der Gesetzentwurf den Begriff der Weiterbildungsambulanz ein, die wie bisher vom Zulassungsausschuss auf Antrag und unter bestimmten Voraussetzungen zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung ermächtigt werden.

Die Finanzierung soll jetzt jedoch nach anderen Voraussetzungen als bisher erfolgen. In § 120 Abs. 2 SGB V werden dazu die „Weiterbildungsambulanzen" ergänzt. Die Finanzierung soll anders als bisher und abweichend von der Finanzierung der ebenfalls von der Vorschrift des § 120 Abs. 2 SGB V erfassten Hochschulambulanzen, psychiatrischen Institutsambulanzen, sozialpädiatrischen Zentren und medizinischen Behandlungszentren erfolgen. Hierbei sollen die ambulant erbrachten psychotherapeutischen Leistungen in Abstimmung mit den Entgelten für vergleichbare Leistungen vergütet werden (§ 120 Abs. 2 S. 8 SGB V-E).

In der Begründung wird ausgeführt, dass Aufgaben, die in keinem unmittelbaren Zusammenhang zu der Leistungserbringung gegenüber den Versicherten stehen, nicht vergütet werden (dürfen). Diese Abgrenzung sei notwendig, so die Begründung, da durch die Weiterbildungsordnungen der Länder weitere Lerninhalte auferlegt würden, die nicht in die Zuständigkeit des Bundes fallen würden.

B) Stellungnahme der BÄK

Die Bundesärztekammer lehnt die Einschränkung der Finanzierungsmöglichkeiten der Weiterbildungsambulanzen ab. Es ist nicht ersichtlich, was damit bezweckt wird. Die Vergütung wird regional mit den Krankenkassen verhandelt. Dabei ist zu erwarten, dass diese nur einer Vergütung zustimmen werden, die in ihrer Höhe angemessen ist, und Leistungen umfasst, die tatsächlich in Zusammenhang mit der Weiterbildung stehen. Die Vertragspartner vor Ort können am besten entscheiden, wie die Vergütung sinnvoll gestaltet wird. Der Gesetzgeber hat zu Recht auf eine vergleichbare Einschränkung bei Ausbildungsinstituten, Hochschulambulanzen, psychiatrischen Institutsambulanzen, sozialpädiatrischen Zentren und medizinischen Behandlungszentren verzichtet.

Unabhängig von der Finanzierung von Weiterbildungsambulanzen ist es im ureigenen Interesse der Versicherten, dass die Finanzierung so gestaltet wird, dass auch zukünftig ausreichend Ärztinnen und Ärzte für die Versorgung zur Verfügung stehen. Der Gesetzgeber sollte daher grundsätzlich eine auskömmliche und in allen Versorgungsbereichen vergleichbare Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung zu regeln. Ansätze hierfür sind dem kürzlich vom Bundestag beschlossenen Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) (Artikel 2 Nummer 7 Buchstabe a Doppelbuchstabe cc (§ 17b Absatz 1 Satz 14 Krankenhausfinanzierungsgesetz neu)) zu entnehmen, der eine sachgerechte Finanzierung der mit der ärztlichen Weiterbildung verbundenen Mehrkosten bei der Leistungserbringung gewährleisten soll. Dieser umfassendere Finanzierungsansatz ist der hier vorgeschlagenen Variante aus Sicht der Bundesärztekammer vorzuziehen. Nur durch eine qualitativ

hochwertige und auskömmlich finanzierte Weiterbildung kann auch in Zukunft ausreichend und gut ausgebildetes ärztliches Personal gewonnen werden.

Die Bundesärztekammer fordert neben der Vergütung der von in Weiterbildung befindlichen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten in Weiterbildungsambulanzen erbrachten Leistungen eine auskömmliche Finanzierung daher auch für die darüberhinausgehenden Kosten für Supervision, Selbsterfahrung und die Vermittlung theoretischen Wissens.

Jedenfalls ist nicht nachvollziehbar, warum hier gesetzlich ausgeschlossen werden soll, dass im Zusammenhang mit der Leistungserbringung, aber gegebenenfalls nicht unmittelbar, entstehenden Kosten auch dann nicht finanziert werden dürften, wenn die Vertragspartner vor Ort diese mit einbeziehen möchten.

C) Änderungsvorschlag der BÄK

Streichung von Artikel 1 Nummer 18 Buchstabe d.

Zu Artikel 1 Nummer 22

Ausdehnung des bestehenden Antragsrechts der Patientenvertretung im G-BA auf weitere Beschlüsse zu Richtlinien sowie Einführung eines temporären Vetorechts.

§ 140f Abs. 2 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Patientenvertretung im G-BA soll auch bei Beschlüssen zu Richtlinien nach § 63 Absatz 3c Satz 3 (Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten, bei denen es sich um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt) und bei Beschlüssen nach § 136c (Beschlüsse des G-BA zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung) ein Antragsrecht erhalten.

Des Weiteren soll die Patientenvertretung ein temporäres Vetorecht im Plenum des G-BA erhalten, indem einmalig eine Beschlussfassung verhindert werden kann und auf diese Weise eine weitere Beratung des Beschlussgegenstands erwirkt werden soll.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Ausweitung des Antragsrechts für die Patientenvertretung im G-BA ist im Sinne einer Stärkung der Patientenperspektive auch in diesen Themenbereich nicht zu beanstanden. Die Bundesärztekammer weist allerdings darauf hin, dass die Regelung zu den Modellvorhaben ausweislich des Eckpunktepapiers zu einem Pflegekompetenzgesetz abgeschafft werden soll.

Die Einräumung eines temporären Vetorechts bei Beschlussfassungen des G-BA würde ein neues Element in den Entscheidungsfindungsprozessen der Selbstverwaltung bedeuten. Die Idee eines Vetorechts für die Patientenvertretung ist insofern nicht neu, als dies bereits im Jahr 2018 im Zuge vorgelegter Rechtsgutachten zur demokratischen Legitimation des G-BA Erwähnung fand.

Zumindest unter pragmatischen Gesichtspunkten würde eine solche Maßnahme zugleich der an anderer Stelle zum Ausdruck gebrachten Intention des Gesetzentwurfs widersprechen, die Entscheidungsfindungen im G-BA zu beschleunigen. Abweichende Voten der Patientenvertretung zu den Beschlüssen der Trägerbänke sind etwa im Themenbereich

des Unterausschuss Qualitätssicherung keine Ausnahmeerscheinungen, so dass hier mehr oder weniger regelmäßig ein Zeitverlust von einem Monat resultieren würde.

Unter inhaltlichen Gesichtspunkten wäre die Maßnahme insofern zu hinterfragen, als dass damit den Trägerbänken des G-BA und den unparteiischen Mitgliedern indirekt unterstellt wird, Beschlüsse vor ihrer Verabschiedung nicht ausreichend durchdacht zu haben, weshalb ihnen ein weiterer Monat Bedenkzeit eingeräumt werden müsste. Aus Sicht der Bundesärztekammer darf regelmäßig davon ausgegangen werden, dass die Beschlussfassungen von den Stimmberechtigten im G-BA verantwortungsbewusst vorbereitet und wahrgenommen werden.

Ein temporäres Vetorecht ist aus Sicht der Bundesärztekammer zumindest unter praktischen Erwägungen von zweifelhaftem Nutzen. Aus Sicht der Bundesärztekammer ist die Regelung entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung von Artikel 1 Nummer 22 Buchstabe b.

Zu Artikel 1 Nummer 24

Monitoring der Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) durch die Krankenkassen

§ 271f Abs. 4 Nr. 7b SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Anhand ausgewählter Indikatoren soll der Erfolg der Krankenkassen bei der Umsetzung der gesetzlichen Verpflichtungen zum Stand der Digitalisierung transparent gemacht werden. Die Krankenkassen sollen im Hinblick auf die elektronische Patientenakte (ePA) u. a. Informationen zur tatsächlichen Nutzung, zur Bewertung durch Versicherte oder Nutzungsabbrüche in verschiedenen Nutzungsstadien sowie zur Nutzungsintensität monitoren.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer sieht diese Vorgabe sehr kritisch.

Die elektronische Patientenakte ist eine für den Versicherten bzw. Patientinnen und Patienten freiwillige Anwendung; es liegt in deren Entscheidung, ob und in welchen Versorgungsszenarien die ePA genutzt wird oder ob vom jederzeitigen Recht auf Widerspruch (opt-out) Gebrauch gemacht wird. Ein Nicht-Nutzen der ePA ist somit das Ergebnis selbstbestimmten Handels des Versicherten und nicht ein Misserfolg einer Krankenkasse. Dass das Nutzungsverhalten der ePA durch den Inhaber derart kleinteilig durch eine Krankenkasse erfasst wird, schafft Misstrauen und sollte überdacht werden.

Weiterhin bedarf es zumindest in der Gesetzesbegründung einer Klarstellung, dass bei der Erfüllung dieser Aufgabe zu jedem Zeitpunkt ein Zugriff auf die Inhalte der ePA durch die Krankenkasse unterbunden ist. Weiterhin müssen Rückschlüsse auf die Arbeitsweise von konkreten Ärztinnen und Ärzten ausgeschlossen sein.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung von Artikel 1 Nummer 24.

Zum Stand der Digitalisierung im Gesundheitswesen veröffentlicht die gematik auf der Grundlage von Beschlüssen der gematik-Gesellschafterversammlung regelmäßig einen sogenannten „TI-Atlas“, der von einem, von der gematik beauftragten, wissenschaftlichen Institut mittels evaluierten Längs- und Querschnittsbefragungen aller an der Versorgung beteiligten Gruppen erstellt wird. Dieses Instrument sollte aus Sicht der Bundesärztekammer durch einen gesetzlichen Auftrag gestärkt und an ein unabhängiges Institut übertragen werden. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Übertragung der Aufgabe an den Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen ist insofern entbehrlich und weckt Zweifel an der Neutralität der Erhebungsergebnisse.

4. Ergänzender Änderungsbedarf

Regelungen zu investorenbetriebenen medizinischen Versorgungszentren (iMVZ)

§§ 95, 103, 135b SGB V, § 32 Ärzte-ZV Begrenzung der Übernahme von medizinischen Versorgungszentren durch fachfremde Finanzinvestoren

A) Begründung

Die hohe Dynamik bei der Gründung von iMVZ sowie iMVZ-Ketten erfordert zeitnah wirksame Rahmenvorgaben für den Betrieb von MVZ, um einerseits die Vorteile von MVZ weiter nutzen zu können und andererseits die Einflussnahme auf ärztliche Entscheidungen in iMVZ aus kommerziellen Gründen zu erschweren.

Der Bundesminister für Gesundheit hat mehrfach eine Regulierung von iMVZ in einem Versorgungsgesetz angekündigt. Jedoch wurden in den vorliegenden Gesetzesentwurf keine entsprechenden Regelungen aufgenommen.

B) Ergänzungsvorschlag

Die Bundesärztekammer hat am 09.01.2023 die "Positionen der Bundesärztekammer zum Regelungsbedarf für Medizinische Versorgungszentren zur Begrenzung der Übernahme von MVZ durch fachfremde Finanzinvestoren und zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen und umfassenden ambulanten Versorgung" veröffentlicht. Das Papier wurde dem BMG zur Verfügung gestellt. Darin sind konkrete Formulierungsvorschläge für entsprechende gesetzliche Regelungen enthalten (https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/gesundheitsversorgung/mvz), die in den vorliegenden Gesetzesentwurf aufgenommen werden sollten.

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(4)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
06.11.2024

Stellungnahme
des GKV-Spitzenverbandes vom 08.08.2024

---

zum Gesetzentwurf zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz - GVSG)
BT-Drs.: 20/11853

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung 4

II. Stellungnahme 8

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) 8

Nr. 1 – § 10 – Versicherung der Familienangehörigen 8

Nr. 2 – § 28 – Ärztliche und zahnärztliche Behandlung 10

Nr. 3 – § 33 Abs. 5c (neu) SGB V – Empfehlungen für die Versorgung mit Hilfsmitteln durch Ärzte in sozialpädiatrischen Zentren und medizinischen Behandlungszentren 11

Nr. 4 – § 34 - Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel 14

Nr. 6 a) – § 87 Abs. 2b S. 7ff. - Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte 15

Nr. 6c) – § 87 Abs. 2q- Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte 17

Nr. 7 – § 87a – Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten 18

Nr. 8 – § 87b) Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung) 23

Nr. 9a) b) – § 91 24

Nr. 10 a) und c) – § 92 25

Nr. 10b – § 92 Absatz 3a - Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses 26

Nr. 10d) i) – § 92 Absätze 5 S.1, 6 S. 2, 6 a) b) c), 7 b) c) g) 28

Nr. 10 e) – § 92 Abs. 6 Satz 2 29

Nr. 10f. aa) – § 92 Abs. 6a - Psychotherapie-Richtlinie 30

Nr. 10g) – § 92 Abs.7 h - neu 31

Nr. 11a) – § 95 - Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung 32

Nr. 11 b) – § 95 - Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung 33

Nr. 12 – § 101 – Überversorgung 36

Nr. 13 – § 105 - Förderung der vertragsärztlichen Versorgung 37

Nr. 14 – § 106b – Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen 38

Nr. 15 – § 116b Absätze 5a und 5b (NEU) – Ambulante spezialfachärztliche Versorgung 39

Nr. 16 – Hochschulambulanzen 41

Nr. 17 – § 119c – Medizinische Behandlungszentren 42

Nr. 18 – § 120 – Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen 43

Nr. 19 – § 136 Absatz 3 44

Artikel 20 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) 45

Nr. 20 – § 136 b 45

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) 46
Nr. 21 – § 137f - Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten 46
Nr. 22 – § 140f Absatz 2 47
Nr. 23 a) – § 197a Abs. 1 SGB V (NEU) 48
Nr. 23 b) – § 197a Abs. 3 b Nr. 6 SGB V (neu) 49
Nr. 23c – § 197a Abs. 3 c SGB V (neu) 52
Nr. 23d – § 197a Abs. 7 SGB V (neu) 53
Nr. 24 – § 217f SGB V - Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen 54
Nr. 25 – § 226 - Beitragspflichtige Einnahmen während eines Freiwilligendienstes 62
Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) 63
Nr. 1 – § 25 - Versicherung der Familienangehörigen 63
Nr. 2 – § 47 a Abs. 3 Nr. 7 SGB XI (neu) 64
Nr. 3 – § 53 - Aufgaben auf Bundesebene 65
Nr. 5 – § 57 - Beitragspflichtige Einnahmen während eines Freiwilligendienstes 67
Artikel 3 (Änderung der Bundeshaushaltsordnung) 68
§ 112 - Sonderregelungen 68
Artikel 4 (Änderung des Arzneimittelgesetzes) 69
§ 78 - Preise 69
Artikel 5 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) 70
§ 26 – Zusatzentgelt für Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 im Krankenhaus 70
Artikel 6 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte) 71
§ 31 71
III. Ergänzender Änderungsbedarf 72
Artikel 1 (Änderung Fünftes Buches Sozialgesetzbuch) 72
§ 35a SGB V - Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen, Verordnungsermächtigung 72
§ 85 Abs. 3 Satz 2 75
§ 87 - Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte
§ 92 - Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses 76
§ 87a Absatz 3 – Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten 78
§ 87f NEU 79
§ 123 - Übermittlung und Nutzung von Daten ambulanter Krankenhausleistungen (neu) § 115b - Ambulantes Operieren im Krankenhaus § 115f - Spezielle sektorengleiche Vergütung, Verordnungsermächtigung Änderung des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG § 21 - Übermittlung und Nutzung von Daten 88

I. Vorbemerkung

Der Gesetzentwurf für den Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz - GVSG) enthält verschiedene Maßnahmen, mit denen die finanzielle Attraktivität einer Tätigkeit im hausärztlichen Bereich gestärkt werden soll. Außerdem soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) weiterentwickelt werden. Hierzu soll die Interessenvertretung der Pflege sowie die Patientenvertretung gestärkt, die Entscheidungen der Selbstverwaltung beschleunigt und die Mitsprachemöglichkeiten der Vertretungen der Hebammen, wissenschaftlicher Fachgesellschaften und weiterer Betroffener ausgebaut werden. Ferner ist vorgesehen die Transparenz über das Leistungsgeschehen und die Servicequalität der Kranken- und Pflegekassen zu erhöhen. Diese für die GKV zentralen Punkte bewertet der GKV-Spitzenverband wie folgt:

Vorhaltepauschale und Versorgungspauschale als Ansatzpunkte zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung

Mit dem Gesetzentwurf soll eine Vorhaltepauschale im hausärztlichen Versorgungsbereich eingeführt werden. Diese kann nur abgerechnet werden, wenn Hausarztpraxen bestimmte Kriterien erfüllen, wie z. B. eine Mindestanzahl betreuter Patienten, regelmäßige Hausbesuche, bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten oder die vorrangige Erbringung von originär hausärztlichen Leistungen. Diese Regelung dient der Verbesserung der hausärztlichen Versorgung der Versicherten und wird vom GKV-Spitzenverband ausdrücklich unterstützt. Die Verknüpfung der Vorhaltepauschale mit der Erfüllung von Kriterien liefert wirksame Anreize für die Arztpraxen und wird die hausärztliche Versorgung für die Versicherten insgesamt stärken. Insbesondere dürfte die Mindestanzahl an Hausbesuchen zu einer Verbesserung der Versorgung von pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten in der Häuslichkeit führen. Auch der Einbezug von digitalen Anwendungen wie z. B. der regelhaften Nutzung der elektronischen Patientenakte und der kontinuierlichen Aktualisierung des Medikationsplanes wird dazu beitragen, die Qualität der hausärztlichen Behandlung zu verbessern.

Mit der Einführung einer hausärztlichen Versorgungspauschale, die einmal jährlich abrechnungsfähig sein soll, soll die bisherige quartalsweise Chronikerpauschale des EBM ersetzt werden. Der GKV-Spitzenverband teilt die Zielstellung der Reduktion von medizinisch nicht erforderlichen Arzt-Patienten-Kontakten und begrüßt die vorgesehene Neuregelung mittels einer Versorgungspauschale. Da mit der Erhöhung des Pauschalisierungsgrades jedoch auch Transparenz über die Art und Menge der erbrachten Leistungen verloren geht und um die Auswirkungen auf die Versorgung der Versicherten regelmäßig zu evaluieren und ggf. frühzeitig steuernd einwirken zu können, sollte der Bewertungsausschuss zusätzlich gesetzlich mit einem Qualitätsmonitoring beauftragt werden. Außerdem sollten weitere Freiheiten wie Halbjahrespauschalen oder Zuschläge für Mehrkontakte bei der Ausgestaltung der Versorgungspauschale ermöglicht werden, um eine medizinisch ausreichende Versorgung auch von Chronikern mit hohem Versorgungsbedarf zu gewährleisten. Um Mehrkosten für die GKV zu vermeiden, wird im Gesetz eine finanzneutrale Umsetzung durch den Bewertungsausschuss festgeschrieben. Dies ist zu begrüßen, da bereits bestehende Vergütungen durch die Pauschalen ersetzt werden.

Drohende Fehlanreize durch eine Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung

Die hausärztliche Tätigkeit soll durch eine vollständige Entbudgetierung dauerhaft finanziell attraktiver ausgestaltet werden. Hierfür sieht der GKV-Spitzenverband unter den bestehenden Gegebenheiten keine Notwendigkeit. Der Reinertrag der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner ist nach der Kostenstrukturstatistik des Statischen Bundesamtes von durchschnittlich 188.000 Euro je Praxisinhaber im Jahr 2019 um 17 % auf 220.000 Euro je Praxisinhaber im Jahr 2021 bereits sehr deutlich angestiegen. Im gleichen Zeitraum sind die durchschnittlichen Bruttomonatsverdienste der vollzeitbeschäftigten Arbeitnehmer gemäß Statischen Bundesamt um lediglich 2,7 % gestiegen.

Mit der vorgesehenen Entbudgetierung wird nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes kein relevanter Anreiz für eine hausärztliche Tätigkeit in unterversorgten, vor allem ländlichen Regionen erzielt werden können, da die Auszahlungsquoten hier bereits bei nahezu 100 % liegen. Zudem gibt es für die gezielte Förderung strukturschwacher Regionen oder Einzelleistungen bereits gesetzliche Regelungen, die im Rahmen der regionalen Honorarverhandlungen regelhaft genutzt werden. Dass mit dem vorliegenden Gesetzentwurf pauschal alle allgemeinen hausärztlichen Leistungen als besonders förderungswürdig eingestuft werden sollen, ist inhaltlich nicht nachvollziehbar und würde dem Ziel entgegenwirken, medizinisch nicht notwendige Arztkontakte zu reduzieren. Durch die vorgesehene Entbudgetierung entsteht die Gefahr einer weiteren Konzentration ärztlicher Tätigkeit sowie einer medizinisch nicht notwendigen und unwirtschaftlichen Leistungsausweitung in den bereits überversorgten Gebieten. Eine Verbesserung der Versorgung in sozial benachteiligten Quartieren in städtischen Ballungsräumen ist nicht zu erwarten, da dafür notwendige Steuerungsmechanismen, wie eine feingranulare Zulassung, fehlen. Zur flächendeckenden Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung und Lösung von Nachbesetzungsproblemen bei freiwerdenden Arztsitzen bedürfte es gezielterer Maßnahmen wie bspw. die Entwicklung neuer Arbeits- und Niederlassungsmodelle anstatt der finanziellen Anreizsetzung durch Aufhebung der Budgetierung nach dem Gießkannenprinzip.

Der GKV-Spitzenverband sieht sich in dieser Einschätzung vollumfänglich durch den aktuellen Bericht des Bundesrechnungshofes (BRH) über die extrabudgetäre Vergütung von ärztlichen Leistungen in der ambulanten Versorgung (Ausschussdrucksache 20(14)144 vom 13.11.2023) bestätigt. Der BRH empfiehlt, die geltenden Regelungen für hausärztliche Leistungen nicht aufzuheben. Sofern die Entbudgetierung die Versorgungsqualität in unterversorgten Regionen verbessern soll, ist sie auf diese Regionen zu beschränken und die Zielerreichung regelmäßig kritisch zu überprüfen. Von einer weitergehenden Entbudgetierung wird vor dem Hintergrund von Wirtschaftlichkeit und Versorgungsqualität, der schwierigen finanziellen Lage der GKV sowie der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung abgeraten. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) sollte der Regelfall bei der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen sein. Der Ausgabenanteil extrabudgetärer Leistungen an der gesamten ärztlichen Vergütung sollte wieder deutlich reduziert werden. Sofern Leistungen extrabudgetär vergütet werden, muss dies entweder durch Wirtschaftlichkeit oder eine höhere Qualität der Versorgung gerechtfertigt sein.

Die vorgesehene Art der Entbudgetierung verbindet darüber hinaus die Honorargarantie der MGV im Falle eines Leistungsrückgangs mit der Honorargarantie der extrabudgetären Vergütung im Falle eines Leistungsanstiegs. Selbst wenn die Menge der abgerechneten allgemeinen hausärztlichen Leistungen

unverändert bliebe, verursacht die vorgesehene Entbudgetierungsregelung bereits Zusatzausgaben für die Krankenkassen von voraussichtlich etwa 300 Mio. Euro pro Jahr in Form zusätzlich zu leistender Ausgleichszahlungen. Derartige Mehrausgaben allein zur Steigerung der finanziellen Attraktivität der hausärztlichen Tätigkeit ohne Verbesserung der Versorgung sind auch angesichts der gesamtwirtschaftlichen Lage nicht nachvollziehbar. Jeder Prozentpunkt eines Mengenanstiegs verursacht weitere Mehrausgaben der Krankenkassen von jeweils rund 100 Mio. Euro pro Jahr. Sollte es zu einem deutlichen Rückgang der hausärztlichen Behandlungsmenge kommen, erhielten die Hausärztinnen und -ärzte durch die vorgesehene Regelung immer noch mindestens dasselbe Honorar auch für weniger Leistung. Die vorgesehene Neuregelung wird daher grundsätzlich abgelehnt. Im Falle einer Entbudgetierung der Fachärzte wäre unmittelbar mit zusätzlichen Ausgaben von 2,6 Mrd. Euro allein durch das Entfallen der Abstaffelung der ausgezahlten Honorare sowie erheblichen weiteren Ausgabenzuwächsen aufgrund deutlicher Mengeneffekte zu rechnen.

Widersprüchliche Neuregelungen beim Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Der Gesetzentwurf adressiert mit zahlreichen Neuregelungen die Weiterentwicklung des G BA. Insbesondere sollen die Beratungen im G-BA beschleunigt, die wissenschaftlichen Fachgesellschaften noch stärker einbezogen und die Interessenvertretung der Pflege sowie der Patientenvertretung gestärkt werden. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist darauf hinzuweisen, dass diese Regelungen gegenläufige Auswirkungen auf die Beratungsprozesse im G-BA haben. Einerseits sollen die Mitsprache- und Stellungnahmemöglichkeiten für verschiedene, im G-BA bereits etablierte und neue Player in den Beratungen auf mehreren Arbeitsebenen deutlich erweitert und der Patientenvertretung zusätzlich ein Vetorecht zur Beschlusshemmung im Plenum eingeräumt werden. Die Beratungsverfahren im G-BA werden damit komplexer und schon aus rechtsformalen Gründen langwieriger. Andererseits sollen die Verfahren im G-BA durch weitere - z. T. deutlich verkürzte - Fristvorgaben beschleunigt werden. Schon in den letzten Jahren hat der G-BA seine Möglichkeiten der Verfahrensverkürzung weitgehend ausgeschöpft. Anstelle von immer restriktiveren Vorgaben für die Arbeit des G-BA sollte der Fokus grundsätzlich wieder auf eine Stärkung der Selbstverwaltung gelegt werden.

Größere Transparenz über Service- und Leistungsqualität der Krankenkassen

Zur Verbesserung der Transparenz für gesetzlich Krankenversicherte werden die Krankenkassen verpflichtet, künftig jährlich einheitliche Kennzahlen und Informationen zu ihrer Service- und Leistungsqualität zu erheben. Diese Kennzahlen und Informationen sind vom GKV-Spitzenverband einheitlich und verbindlich in einer Richtlinie festzulegen und jährlich auf einer digitalen Plattform zu veröffentlichen. Das Grundanliegen, die Transparenz über die Service- und Leistungsqualität zu verbessern, ist nachvollziehbar. Deshalb hat die GKV mit den in den Gremien des GKV-Spitzenverbandes abgestimmten „Gemeinsamen Empfehlungen zu Grundlagen von Transparenzberichten“ vom 07.12.2022 bereits ein Bekenntnis zur Herstellung von mehr Transparenz über die Service- und Versorgungsqualität der Krankenkassen abgegeben. Der Gesetzentwurf greift diese Empfehlungen zwar auf, geht aber deutlich darüber hinaus. Der Aussagewert von einzelnen Kennzahlen wie Genehmigungsquoten von Anträgen für Versicherte erschließt sich nicht. Zudem ist die Veröffentlichungspflicht auf einem Vergleichsportal inkonsistent zur Aufgaben- und Kompetenzstruktur innerhalb des GKV-Systems.

Diskriminierungsfreier Zugang zur Ambulanten Versorgung

Die Digitalisierung der Terminvermittlung bietet erhebliche Potenziale, um den Zugang von gesetzlich versicherten Menschen zur ambulanten Versorgung zu verbessern. Allerdings muss bei der Nutzung von digitalen Terminvermittlungsmöglichkeiten ein diskriminierungsfreier Zugang für Patientinnen und Patienten sichergestellt werden. Die Plattformen müssen konsequent auf den Patientenbedarf ausgerichtet werden, etwa durch eine kurzfristige Terminvergabe im Falle von einer notwendigen ambulanten Akutversorgung. Von einer digital unterstützten Optimierung von Praxisabläufen profitieren vor allem gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten durch frühere Termine. Derzeit können Angebote gezielt danach ausgerichtet sein, Versicherte bei der Terminvergabe zu bevorzugen, mit denen eine optimale Vergütung für den Arzt realisiert werden kann. Letztendlich führt dies zu einer Einschränkung der freien Arztwahl. Der GKV-Spitzenverband unterbreitet daher als ergänzenden Änderungsbedarf einen Vorschlag, bei dem das entscheidende Kriterium für die Terminvergabe die Dringlichkeit der Behandlung ist.

Nachfolgend nimmt der GKV-Spitzenverband zu den einzelnen Regelungen im Detail Stellung.

II. Stellungnahme

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 – § 10 – Versicherung der Familienangehörigen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die mit dem Flexirentengesetz geschaffene stufenlose Wahl einer Teilrente zwischen 10 und 99 % der Vollrente ermöglicht es, den Zahlbetrag der Rente gerade soweit abzusenken, dass die Einkommensgrenze in der Familienversicherung nach § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 erster Teilsatz SGB V nicht (mehr) überschritten wird. Damit eröffnet sich für viele privat krankenversicherte Rentenbeziehende der Weg in die Familienversicherung des gesetzlich krankenversicherten Ehegatten oder Lebenspartners, ohne dass etwaige Beschränkungen dem Wechsel des Versicherungssystems entgegenstehen.

Mit der vorliegenden Regelung wird der Zugang zur GKV über die beitragsfreie Familienversicherung für privat krankenversicherte Rentenbeziehende ausgeschlossen, deren Vollrentenanspruch oberhalb der Gesamteinkommensgrenze der Familienversicherung liegt und die nur durch die Wahl einer Rente wegen Alters als Teilrente die Voraussetzungen für die Familienversicherung erfüllen.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt. Sie schließt die mit dem Flexirentengesetz entstandene Gesetzeslücke in der Systemabgrenzung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung.

Darüber hinaus ist dringend eine weitere Lücke in der Systemabgrenzung zu schließen.

Im Kern geht es darum, dass im Zusammenspiel von nationalem Recht und EU- bzw. Abkommensrecht durch die wechselseitige Anerkennung von Versicherungszeiten im jeweils anderen Staat beim Zugang in die sozialen Sicherungssysteme Personen, die zeitweise im Ausland gegen Krankheit versichert waren, in der Folge ein Zugang in die GKV ermöglicht wird, den sie ohne die zwischenzeitliche Versicherungszeit im Ausland nach inländischem Maßstab nicht gehabt hätten.

Dies gilt insbesondere für Personen, die das 55. Lebensjahr vollendet haben und in den letzten 5 Jahren nicht gesetzlich krankenversichert waren. Sie gelangen bei Aufnahme einer grundsätzlich versicherungspflichtigen Beschäftigung im Inland zumeist nicht mehr in die GKV, weil sie als versicherungsfrei gelten (§ 6 Absatz 3a SGB V). Diese restriktive Vorschrift dient der strikten Trennung der Krankenversicherungssysteme und soll die GKV davor schützen, dass langjährig privat versicherte Personen erst im Alter die Vorzüge des solidarischen Systems entdecken, das sie in jungen Jahren gemieden haben. Eine – ggf. auch kurze – Versicherungszeit im Ausland hebelt die vorgenannte Ausschlussregelung allerdings aus.

Das bedeutet, dass beispielsweise die sich an die „Rückkehr“ anschließende Aufnahme einer mehr als geringfügigen Beschäftigung auch bei über 55-jährigen Personen den Eintritt der Versicherungspflicht nicht ausschließt, weil eben die für den gesetzlichen Ausschluss geforderten Voraussetzungen („… in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Versicherungspflicht nicht gesetzlich versichert …“) nicht mehr erfüllt sind.

Ein Zugang der über 55-Jährigen in die ansonsten „verschlossene“ GKV wird ferner über die Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V ermöglicht. Denn über eine – ggf. zeitlich nur kurze – Erwerbstätigkeit im Ausland begründete Versicherungszeit wird das Tatbestandmerkmal „zuletzt gesetzlich krankenversichert“ erfüllt, ohne dass die Altersgrenze oder der Umstand Berücksichtigung findet, dass in dem Zeitraum zuvor kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im Inland bestand.

Die Thematik ist regelungsbedürftig. Zwar sind entsprechende Mengengerüste nicht valide greifbar, jedoch nehmen in letzter Zeit auch mediale Berichte zu, in denen auf die Möglichkeiten eines GKV-Zugangs über den beschriebenen Weg hingewiesen und zugleich über Praktiken von auf diesen Weg fokussierten „Dienstleistern“ berichtet wird, die zumindest den Verdacht wecken, in missbräuchlicher Absicht zu agieren. Die Beobachtungen der Mitgliedskassen des GKV-Spitzenverbands bestätigen diesen Eindruck.

Es bedarf daher einer Regelung, die einerseits die im Zusammenspiel von nationalem Recht und EU- bzw. Abkommensrecht verankerte wechselseitige Anerkennung von Versicherungszeiten im jeweils anderen Staat nicht in Frage stellt, andererseits aber den im hiesigen Sozialversicherungsrecht gleichermaßen verankerten Grundsatz der Systemabgrenzung zwischen GKV und privater Krankenversicherung angemessen Rechnung trägt und erkennbare Lücken sachgerecht schließt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner (betreffend die Regelung zur Familienversicherung).

Um die weitere Lücke in der Systemabgrenzung zu schließen, ist nach dem Vorbild des § 6 Absatz 3a SGB V eine Regelung über die Versicherungsfreiheit von Personen zu schaffen, die nach Vollendung des 55. Lebensjahres einen Tatbestand der Versicherungspflicht erfüllen (einschließlich der Auffang-Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V) und deren (letzte) gesetzliche Versicherung auf einer Versicherungszeit im Ausland basiert, durch die jedoch bei sinngemäßer Anwendung des § 6 Absatz 3a SGB V in Deutschland es nicht zu einer gesetzlichen Krankenversicherung gekommen wäre.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 – § 28 – Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung in § 28 SGB V sieht vor, dass bei Vorliegen einer Überweisung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt künftig vor einer ambulanten Psychotherapie kein Konsiliarbericht mehr eingeholt werden muss.

B) Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung ist sachgerecht. Erfolgt die psychotherapeutische Behandlung auf Überweisung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt, kann davon ausgegangen werden, dass eine Einschätzung beispielsweise bezüglich weiterer ggf. notwendiger Untersuchungen oder Kontraindikationen für eine Psychotherapie erfolgt ist. Der Verzicht auf die Einholung des Konsiliarberichts erleichtert den Beginn einer Psychotherapie.

Ein weiterer Ansatzpunkt zur Vereinfachung der sektorenübergreifenden Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen ist der Verzicht auf die Einholung eines Konsiliarberichts nach einer stationären Behandlung gemäß § 39 SGB V bei einer erforderlichen ambulanten psychotherapeutischen Weiterbehandlung; entsprechend sollte der Konsiliarbericht unter bestimmten Bedingungen durch den Entlassbrief des Krankenhauses ersetzt werden. Dies kann eine schnellere Anschlussbehandlung ermöglichen, da das Aufsuchen einer Vertragsärztin oder eines Vertragsarztes im Anschluss an den stationären Aufenthalt nicht mehr erforderlich wäre.

Mit dieser Regelung wäre auch sichergestellt, dass die behandelnde Psychotherapeutin oder der behandelnde Psychotherapeut zeitnah über die durchgeführte stationäre Behandlung, deren Ergebnisse und über die noch vorhandene Symptomatik der Patientin oder des Patienten sowie über die Weiterbehandlungsempfehlungen des Krankenhauses informiert ist und somit die Behandlung wesentlich besser und zielgenauer planen kann.

C) Änderungsvorschlag

§ 92 Absatz 6a Satz 3 sollte folgendermaßen gefasst werden: „Die Richtlinien nach Satz 1 haben darüber hinaus Regelungen zu treffen über die inhaltlichen Anforderungen an den Konsiliarbericht und an die fachlichen Anforderungen des den Konsiliarbericht (§ 28 Abs. 3) abgebenden Vertragsarztes sowie die Erforderlichkeit nach einer stationären Behandlung gemäß § 39 für eine Verbesserung der sektorübergreifenden Versorgung.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 – § 33 Abs. 5c (neu) SGB V – Empfehlungen für die Versorgung mit Hilfsmitteln durch Ärzte in sozialpädiatrischen Zentren und medizinischen Behandlungszentren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzentwurf sieht eine Ergänzung in § 33 SGB V vor, wonach die Erforderlichkeit des beantragten Hilfsmittels vermutet wird, wenn sich der Versicherte in regelmäßiger Behandlung in einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) oder in einem medizinischen Behandlungszentrum für Erwachsene mit Behinderung (MZEB) befindet und die beantragte Hilfsmittelversorgung von dem dort tätigen behandelnden Arzt/Ärztin konkret empfohlen worden ist. Die ärztliche Empfehlung darf bei Antragstellung nicht älter als drei Wochen sein.

Die Regelung soll ausweislich der Gesetzesbegründung der Beschleunigung von Bewilligungsverfahren in der Hilfsmittelversorgung bei bestimmten Fallkonstellationen dienen. Dabei handelt es sich zum einen um die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit regelmäßig in einem SPZ nach § 119 SGB V behandelt werden, und zum anderen um die Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, die in einem medizinischen Behandlungszentrum nach § 119c SGB V betreut werden. In diesen Fällen bestehe eine besondere Eilbedürftigkeit der Hilfsmittelversorgung. Aufgrund der unter ärztlicher Leitung erfolgenden regelmäßigen, intensiven und interdisziplinären Betreuung in den SPZ haben die Krankenkassen hier von einer medizinischen Erforderlichkeit auszugehen; eine regelhafte gesonderte Prüfung der medizinischen Erforderlichkeit der Hilfsmittelversorgung durch die Krankenkassen und eine Beauftragung des Medizinischen Dienstes zur sozialmedizinischen Begutachtung könne in diesen Fällen daher unterbleiben. Die Prüfmöglichkeiten der Krankenkassen sollen auf Fälle einer offenkundig nicht vorliegenden medizinischen Erforderlichkeit beschränkt sein.

B) Stellungnahme

In den sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) und den medizinischen Behandlungszentren (MZEB) erfolgt eine intensive interdisziplinäre Betreuung unter der Leitung von Ärztinnen und Ärzten mit spezifischen Kompetenzen für die betroffenen Personengruppen und deren Erkrankungen. Insofern ist es nachvollziehbar, dass diese Kompetenzen im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln stärker berücksichtigt werden sollen, auch wenn in der Gesetzesbegründung nicht dargelegt wird, aufgrund welcher Erkenntnisse von einer Problemlage in der Versorgungspraxis ausgegangen wird, die eine entsprechende Regelung erforderlich machen würde. Auch wird nicht weiter ausgeführt, wann der Tatbestand einer „regelmäßigen“ Behandlung erfüllt ist. Das beschleunigte Verfahren kann nur qualitätsgesichert und bedarfsgerecht durchgeführt werden, wenn die/der Versicherte ausreichend bekannt ist und eine interdisziplinäre Betreuung bereits seit einiger Zeit erfolgt.

Unklar sind der grundsätzliche Charakter der Empfehlung und ihre Einbindung in die etablierten und zukünftigen Versorgungsprozesse. Um eine Umsetzung der vorgeschlagenen neuen Vorschrift zu ermöglichen, müsste geregelt werden, dass die Empfehlung auch in digitalisierte Versorgungsprozesse integriert werden kann. Dies ist grundsätzlich dann gewährleistet, wenn eine vertragsärztliche Verordnung im Sinne des § 33 Absatz 5a SGB V weiterhin erforderlich ist. Alternativ wäre eine Regelung sinngemäß wie § 360 Absatz 7 Satz 2 SGB V zielführend. In beiden Fällen ist zudem zwingend

erforderlich, dass maschinell erkennbar ist, ob eine solche Verordnung im Rahmen einer Empfehlung von einem SPZ oder MZEB ausgestellt wurde.

Allein mit einer Empfehlung der behandelnden Ärztinnen/Ärzte in den spezialisierten Einrichtungen ist nicht immer eine wirtschaftliche Hilfsmittelversorgung sichergestellt. Daher ist es folgerichtig, dass laut Gesetzesbegründung (nur) die „medizinische Erforderlichkeit" von Hilfsmitteln unter bestimmten Voraussetzungen vermutet wird und sich die Vermutungswirkung nicht auf die Wirtschaftlichkeit erstreckt. Der Gesetzestext weicht an dieser Stelle von der Gesetzesbegründung ab. Dies führt zu Rechtsunsicherheit in der Praxis. Daher ist die Vermutungsregelung auch im Gesetzestext auf die medizinische Erforderlichkeit zu beschränken. Dies impliziert, dass die Krankenkassen hinsichtlich der Wirtschaftlichkeitsprüfung weiterhin im Interesse der Solidargemeinschaft ihre Aufgaben erfüllen können.

In vielen Fällen sind heute schon Nachfragen hinsichtlich möglicher Doppel- oder Überversorgungen oder anderer Wirtschaftlichkeitsaspekte notwendig. Zur Klärung dieser Fragen sind in der Regel ergänzende medizinische Angaben erforderlich. Diese Angaben dürfen die Krankenkassen nicht für sich selbst, sondern lediglich zu Begutachtungszwecken für die direkte Zusendung an den MD (§ 276 Abs. 2 S. 2 SGB V) anfordern.

Das zuvor dargestellte Prüfrecht der Krankenkasse ist ein wichtiger und wesentlicher Bestandteil einer wirtschaftlichen Leistungserbringung. Es besteht das Risiko von Versorgungen ohne ausreichende Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes. Dies würde zu entsprechenden Mehrausgaben bei den Krankenkassen führen, ohne dass dem ein Vorteil der Versichertengemeinschaft gegenübersteht. Für diese Wirtschaftlichkeitsprüfungen sollte nach wie vor eine Einbindung der Medizinischen Dienste möglich bleiben, insbesondere wenn es um die Beurteilung der Geeignetheit von wirtschaftlichen Versorgungsalternativen geht.

Außerdem sollte bei neuartigen Produkten, bei denen der medizinische Nutzen und die Unbedenklichkeit für den Einsatz im häuslichen Bereich wissenschaftlich nicht nachgewiesen sind, gerade auch im Interesse der Patientensicherheit weiterhin eine Einbindung des Medizinischen Dienstes erfolgen können. In diesen Fällen ist über die Wirkungsweise und über evtl. Anwendungsrisiken durch den medizinischen Laien nämlich zu wenig bekannt. Dies gilt insbesondere für solche Produkte, die noch nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind und bei denen die Indikationen und Anwendungsbereiche für eine Versorgung sowie die Sicherheit und Qualität der Produkte noch nicht im Rahmen eines Antragsverfahrens des Herstellers auf Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis geprüft wurden. In diesen Fällen sollte eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst gemäß § 275 Absatz 3 Nummer 1 SGB V weiterhin möglich sein, zumal dieser auch eine beratende Funktion der Versicherten hat, die ansonsten nicht mehr wahrgenommen werden könnte. Dies gilt auch für bereits etablierte Hilfsmittel, wenn die Empfehlung sich auf den Einsatz von Hilfsmitteln außerhalb der vom Hersteller angegebenen Zweckbestimmung bezieht, da hier zudem haftungsrechtliche Fragestellungen auftreten können.

Hinweise zum Nichteintritt der Vermutungswirkung („offenkundig nicht medizinische Erforderlichkeit") finden sich nur in der Gesetzesbegründung. Da diese keine Verbindlichkeit entfaltet, sollten nähere Hinweise dazu auch in den Gesetzestext übernommen werden.

C) Änderungsvorschlag

In Satz 1 des Gesetzentwurfs eingefügte § 33 Absatz 5c SGB V werden die Wörter „Die Erforderlichkeit“ ersetzt durch die Wörter „Die medizinische Erforderlichkeit“.

Weiterhin wird die im Gesetzentwurf eingefügte Regelung des § 33 Absatz 5c SGB V um folgende Sätze ergänzt: „Für die Empfehlung gelten die Vorgaben des § 360 Absatz .7 Satz 2 SGB V entsprechend. Satz 1 gilt nicht, sofern es sich um ein neuartiges Produkt handelt, bei dem der medizinische Nutzen und die Unbedenklichkeit für den Einsatz im häuslichen Bereich wissenschaftlich nicht nachgewiesen ist; in diesem Fall bleibt auch die Beauftragung des Medizinischen Dienstes gemäß § 275 Absatz 3 Nummer 1 möglich. Die Beauftragung des Medizinischen Dienstes ist auch dann möglich, wenn die medizinische Erforderlichkeit offenkundig nicht vorliegt. Satz 2 gilt auch, wenn sich die Empfehlung nach Satz 1 auf den Einsatz von Hilfsmitteln außerhalb der vom Hersteller angegebenen Zweckbestimmung bezieht. Eine regelmäßige Behandlung liegt vor, wenn der Versicherte bereits mehrfach und wiederkehrend in einer Einrichtung nach Satz 1 behandelt wurde.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4 – § 34 - Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 34 sollen aus der nicht amtlichen Überschrift „Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel“ die „Heilmittel“ gestrichen werden. Es handelt sich gemäß Gesetzesbegründung um eine redaktionelle Anpassung.

B) Stellungnahme

Die Streichung der Überschrift ist nachvollziehbar, da der Anwendungsbereich des § 34 für Heilmittel unter Verweis auf die Regelungskompetenz des G-BA bereits mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) zum 01.01.20211 aufgehoben wurde.

Durch die Streichung der Heilmittel in § 34 ist eine redaktionelle Anpassung auch in § 32 erforderlich.

Ferner sollte in den gesetzlichen Vorschriften der Plural „Heilmittel-Richtlinien“ verwendet werden, da der Gemeinsame Bundesausschuss zwei Richtlinien zur Heilmittelversorgung (Heilmittel-Richtlinie Ärzte und Heilmittel-Richtlinie-Zahnärzte) verabschiedet hat.

C) Änderungsvorschlag

§ 32 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln, soweit sie nicht ~~nach § 34~~ **in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6** ausgeschlossen sind.

In den Absätzen 1a und 1b wird der Begriff „Richtlinie“ durch den Plural „Richtlinien“ ersetzt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 a) – § 87 Abs. 2b S. 7ff. - Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mittels Einführung einer hausärztlichen Versorgungspauschale, die einmal pro Halbjahr oder einmal jährlich abrechnungsfähig sein soll, wird die hausärztliche Versorgung von Chronikern neu geregelt. Die Versorgungspauschale soll bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr abrechenbar sein, die eine chronische Erkrankung haben, kontinuierlich mit bestimmten Arzneimitteln versorgt werden und keinen intensiven Betreuungsbedarf haben. Die Versorgungspauschale soll in diesem Zeitraum je Erkrankung nur durch eine Hausarztpraxis und unabhängig von der Anzahl und der Art der Kontakte abgerechnet werden können. Die Regelung zur Versorgungspauschale durch den Bewertungsausschuss soll weder zu Mehrausgaben noch zu Minderausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung führen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband teilt die Zielstellung der Reduktion von medizinisch nicht erforderlichen Arzt-Patienten-Kontakten und begrüßt daher die Neuregelung mittels einer Versorgungspauschale nachdrücklich. Begrüßt wird entsprechend auch die Festlegung, dass die Versorgungspauschale unabhängig von der Anzahl und Art weiterer Kontakte in der Arztpraxis vergütet werden soll. Es ist sachgerecht, dem Bewertungsausschuss einen Entscheidungsspielraum über den von der Versorgungspauschale abzudeckenden Zeitraum einzuräumen.

Der GKV-Spitzenverband sieht geringfügigen Anpassungsbedarf an dem Gesetzentwurf zu diesem Absatz:

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes bedarf es Regelungen für Patienten mit mehr als einer chronischen Erkrankung und der Einnahme von mehr als einem Arzneimittel. Vor dem Hintergrund des Ziels der Reduzierung von Arzt-Patienten-Kontakten und zur Vermeidung einer Zergliederung der hausärztlichen Versorgung multimorbider chronisch kranker Patienten auf mehrere Hausärzte sollte geregelt werden, dass die Versorgungspauschale auch bei Patienten mit mehr als einer chronischen Erkrankung je Versicherten bzw. mit mehreren Arzneimittelverordnungen im Zusammenhang mit den chronischen Erkrankungen nur einmal und insgesamt nur durch eine Hausarztpraxis abgerechnet werden kann. Dies wird erreicht, indem in Satz 7 die Formulierung auf „wegen mindestens einer chronischen Erkrankung, die einer kontinuierlichen Versorgung mit mindestens einem Arzneimittel bedarf“ angepasst wird und in Satz 8 die Wörter „, die jeweilige Erkrankung“ und „bestimmten“ gestrichen werden.

Im Rahmen der Abbildung der neuen Versorgungspauschale werden eine Reihe weiterer Anpassungen im EBM notwendig, beispielsweise um eine sachgerechte Abbildung der Versorgung von Chronikern mit intensivem Betreuungsbedarf zu erreichen. Folgerichtig sollte die Vorgabe, dass insgesamt keine Mehrausgaben oder Minderausgaben der GKV durch die Abbildung der Versorgungspauschalen entstehen dürfen, ergänzt werden, um damit im Zusammenhang stehende Anpassungen im EBM zu

erfassen. Auch etwaige Wechselwirkungen mit den weiteren Gesetzesvorhaben sollten im Blick behalten werden.

Mit einer Erhöhung des Pauschalisierungsgrades geht grundsätzlich auch Transparenz über die Art und Menge der erbrachten Leistungen verloren. Um die Auswirkungen einer weitergehenden Pauschalierung auf die Versorgung der Versicherten regelmäßig zu evaluieren und ggf. frühzeitig steuernd einwirken zu können, sollte in dem gesetzlichen Auftrag an den Bewertungsausschuss auch ein Qualitätsmonitoring in Form einer Teilleistungsdokumentation aufgenommen werden. Im Rahmen dieser Teilleistungsdokumentation sollen u.a. die Zahl der Arzt-Patienten-Kontakte und relevante diagnostische oder therapeutische Leistungen im Zusammenhang mit der Versorgungspauschale dokumentiert werden.

Soweit es aus hausärztlicher Sicht möglich ist, die notwendige Versorgung der chronisch kranken Person mit lediglich einem jährlichen Arzt-Patienten-Kontakt sicherzustellen, wird das im Risikostrukturausgleich verwendete M2Q-Kriterium als zentrales Merkmal zur Validierung chronischer Krankheiten in seiner Wirkung eingeschränkt, sofern nicht zusätzlich in einem weiteren Quartal von einer anderen behandelnden Ärztin oder einem anderen behandelnden Arzt eine Diagnose derselben Krankheit gestellt wird. Da die Erfüllung dieses M2Q-Kriteriums direkte Auswirkungen auf morbiditätsorientierte Zuweisungen im Risikostrukturausgleich hat, ist durch einen Rückgang der im ambulanten Bereich übermittelten Diagnosen infolge des Rückgangs der Arzt-Patienten-Kontakte somit gleichermaßen ein Rückgang dieser morbiditätsorientierten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds möglich.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 2b S. 7 wird der Teilsatz „wegen einer chronischen Erkrankung“ wie folgt angepasst:

„wegen **mindestens** einer chronischen Erkrankung, die einer kontinuierlichen Versorgung mit **mindestens** einem ~~bestimmten~~ Arzneimittel bedarf“

In Absatz 2b S. 8 werden die Worte „, die jeweilige Erkrankung“ und „bestimmten“ gestrichen.

Satz 10 wird wie folgt gefasst:

„Die Regelungen über die Versorgungspauschale **und weitere in diesem Zusammenhang erfolgende Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen** sind so auszugestalten, dass sie **insgesamt** weder zu Mehrausgaben noch zu Minderausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung führen.“

Dem Absatz 2b wird folgender Satz angefügt:

„Der Bewertungsausschuss beschließt die Einführung einer Teilleistungsdokumentation ab dem Quartal vor dem Inkrafttreten des Beschlusses zu der Versorgungspauschale nach Satz 7; hierbei sollen u.a. die Zahl der Arzt-Patienten-Kontakte und relevante diagnostische oder therapeutische Leistungen dokumentiert werden.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6c) – § 87 Abs. 2q- Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung in § 87 Absatz 2q SGB V sieht die Einführung einer Vorhaltepauschale im hausärztlichen Versorgungsbereich vor. Die Vorhaltepauschale kann nur abgerechnet werden, wenn Hausarztpraxen bestimmte Voraussetzungen erfüllen wie z.B. eine Mindestanzahl betreuten Patienten, regelmäßige Hausbesuche, bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten oder die vorrangige Erbringung von originär hausärztlichen Leistungen. Der Bewertungsausschuss soll die konkreten Voraussetzungen festlegen und die Vorhaltepauschale in den EBM aufnehmen. Die bisher im EBM enthaltene Pauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags wird durch die vorgesehene Vorhaltepauschale ersetzt. Dabei sind die Regelungen über die Vorhaltepauschale so auszugestalten, dass sie weder zu Mehrausgaben noch zu Minderausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung führen.

B) Stellungnahme

Die Regelung mit dem Ziel der Verbesserung der hausärztlichen Versorgung der Versicherten wird ausdrücklich begrüßt. Durch die Knüpfung der Erfüllung der Voraussetzungen an die vorgesehene Vorhaltepauschale entstehen wirksame Anreize für die Arztpraxen, den hausärztlichen Versorgungsumfang vollumfänglich zu erfüllen. Hiermit wird die hausärztliche Versorgung für die Versicherten insgesamt gestärkt. Die vorgesehenen Voraussetzungen wie z.B. eine bestimmte Mindestanzahl an Hausbesuchen können eine Verbesserung der Versorgung von pflegebedürftigen Patienten in der Häuslichkeit bewirken. Auch der Einbezug von digitalen Anwendungen wie z.B. der regelhaften Nutzung der elektronischen Patientenakte und der kontinuierlichen Aktualisierung des Medikationsplanes wird dazu beitragen, die Qualität der hausärztlichen Behandlung zu verbessern. Zudem ist die gesetzliche Vorgabe zur konkreten Ausgestaltung der Praxiskriterien durch den Bewertungsausschuss zielführend. Die anzustrebende finanzneutrale Ausgestaltung der Regelungen zur Vorhaltepauschale wird vom GKV-Spitzenverband ausdrücklich begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7 – § 87a – Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird ein neuer Absatz 3c normiert, der die zukünftig vollständige Vergütung von Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung (alle Leistungen in Kapitel 3 EBM) einschließlich der hausärztlich durchgeführten Hausbesuche (Leistungen aus Abschnitt 1.4 EBM) mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung regelt. Von dieser Regelung ist zwar der weit überwiegende Teil der von Hausärztinnen und -ärzten abrechenbaren Leistungen, aber nicht alle ihre Leistungen betroffen; auch verbleiben alle hausärztlich tätigen Vertragsärztinnen und -ärzte grundsätzlich weiterhin in der Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). In Analogie zur bereits erfolgten sogenannten Entbudgetierung von spezifischen Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin nach Absatz 3b werden die betreffenden Leistungen im Rahmen der von den KVen vorgenommenen Verteilung der von den Krankenkassen entrichteten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) auf die Ärzteschaft von Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars ausgenommen (siehe hierzu auch die Regelung zu § 87b SGB V in Artikel 1 Nr. 8).

Die betreffenden Leistungen verbleiben technisch innerhalb der MGV, die von den Krankenkassen in jedem Fall weiterhin unverändert zu zahlen ist. Jedoch haben die Krankenkassen für den Fall, dass der Wert der abgerechneten Leistungen den auf die allgemeine hausärztliche Versorgung entfallenden MGV-Anteil übersteigt, Ausgleichszahlungen zu entrichten. Dabei sind etwaige Unterschreitungen des auf die allgemeine hausärztliche Versorgung entfallenden MGV-Anteils durch die abgerechneten Leistungen aus Vorquartalen mit den Ausgleichszahlungen zu verrechnen. Wird der MGV-Anteil hingegen über einen Einjahreszeitraum vom zweiten Quartal eines Kalenderjahres bis zum ersten Quartal des folgenden Kalenderjahres insgesamt nicht ausgeschöpft, haben die Gesamtvertragspartner die Ausschüttung der Überschüsse in Form von Honorarzuschlägen zur zusätzlichen Förderung der hausärztlichen Versorgung zu vereinbaren. Zuschläge, die in der Vergangenheit im Rahmen der Honorarverteilung der MGV zusätzlich auf Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung ausgezahlt worden sind, sind in dem auf die allgemeine hausärztliche Versorgung entfallenden MGV-Anteil zu berücksichtigen. Der Bewertungsausschuss hat zur genauen Ausgestaltung des Verfahrens zur Festsetzung der auf die betreffenden Leistungen entfallenden MGV einschließlich der Datenlieferungen, die zur diesbezüglichen Transparenzherstellung erforderlich sind, Vorgaben zu beschließen.

Der Absatz 3b, der die Entbudgetierung von Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin betrifft, wird zum einen infolge der Einführung von Absatz 3c redaktionell angepasst. Zum anderen wird die ursprüngliche Regelung zur sofortigen Ausschüttung nicht ausgeschöpfter Geldmittel in Form von zu vereinbarenden Zuschlägen durch die nun für Leistungen der Hausärzte vorgesehene Regelung zur vorrangigen Verrechnung ersetzt. Ergänzt wird die Regelung auch um eine Beauftragung des Bewertungsausschuss mit der Beschlussfassung von Vorgaben zur Lieferung der für die diesbezügliche Transparenzherstellung erforderlichen Daten.

Zudem werden in Absatz 3 die obsolet gewordenen Regelungen zur TSVG-Bereinigungskorrektur und Neupatientenrückbereinigung gestrichen.

B) Stellungnahme

Nicht sachgerechte Anreiz- und Steuerungswirkungen

Die derzeit noch bestehende Budgetierung stellt für die nun zu begünstigenden hausärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte mehrheitlich schon seit längerer Zeit kein relevantes Problem dar. Laut KBV-Honorarbericht erhalten viele Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner bereits fast alle der von ihnen nach der Euro-Gebührenordnung abgerechneten Leistungen auch vollständig als Honorar ausgezahlt. Eine Ausnahme bilden die Stadtstaaten Berlin und Hamburg, in denen die Auszahlungsquoten der Hausärzte deutlich unter 100 % liegen und in welchen eine Entbudgetierung die höchsten Honorarsteigerungen bewirken würde.

Mit der vorgesehenen ungezielten Entbudgetierung wird demnach kein relevanter Anreiz für eine hausärztliche Tätigkeit in unterversorgten, vor allem ländlichen Regionen erzielt werden können. Vielmehr besteht die Gefahr einer weiteren Konzentration ärztlicher Tätigkeit sowie einer medizinisch nicht notwendigen und unwirtschaftlichen Leistungsausweitung in den bereits überversorgten Gebieten. Außerdem kann sogar ein Anreiz zur Leistungsreduktion entstehen, da die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung bei dauerhafter Nicht-Ausschöpfung über Zuschläge zwingend ausgeschüttet wird, das heißt, weniger Leistung führte zu einer höheren Vergütung und Überfinanzierung der in reduziertem Ausmaß tatsächlich erbrachten Leistungen. Die Versorgungsangebote sowie die Ausgestaltung und Qualität der Versorgung aus Sicht der Patientinnen und Patienten würden dadurch nicht verbessert. Im Gegenteil könnte es zu Engpässen für bestimmte Patientinnen und Patienten kommen, wenn die begrenzten Behandlungskapazitäten durch eine ungesteuerte und das Maß des Notwendigen überschreitende Inanspruchnahme ausgelastet würden. Zur flächendeckenden Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung und Lösung von Nachbesetzungsproblemen bei freiwerdenden Arztsitzen bedürfte es gezielterer Maßnahmen wie bspw. die Entwicklung neuer Arbeits- und Niederlassungsmodelle anstatt der finanziellen Anreizsetzung durch Aufhebung der Budgetierung nach dem Gießkannenprinzip. Zumal der Reinertrag der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner nach der Kostenstrukturstatistik des Statischen Bundesamtes von durchschnittlich 188.000 Euro je Praxisinhaber im Jahr 2019 um 17 % auf 220.000 Euro je Praxisinhaber im Jahr 2021 zuletzt bereits sehr deutlich zugenommen hat.

Auch generell ist es zur Einhaltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität erforderlich, wie bisher vorgesehen vertragsärztliche Leistungen im Regelfall innerhalb der MGV mit mengen- und honorarbegrenzenden Maßnahmen zu vergüten. Ohne morbiditätsbezogene Mengenbegrenzung entsteht das Risiko einer unangemessenen Leistungsmengenausweitung über das durch die Morbidität der Versicherten begründbare Maß hinaus, wodurch langfristig die Finanzierbarkeit der GKV gefährdet würde. Inwiefern sich die in der Gesetzesbegründung betonte Weitergeltung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V auch bei Entfall jeglicher Mengenbegrenzung und gleichzeitiger Definition der von Ärzten abgerechneten Leistungsmengen als „Leistungsbedarf“ praktisch auswirken wird, bleibt unbeantwortet. So rät auch der Bundesrechnungshof in seinem Bericht vom 13.11.2023 von weiteren ungezielten und nicht kritisch begleiteten Entbudgetierungen vor dem Hintergrund von Wirtschaftlichkeit und Versorgungsqualität, der schwierigen finanziellen Lage der GKV sowie der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung ab.

Erhebliche Ausgabenrisiken ohne adäquate Gegenleistung

Die vorgesehene Art der Entbudgetierung verbindet darüber hinaus die Honorargarantie der MGV im Falle eines Leistungsrückgangs mit der Honorargarantie der extrabudgetären Vergütung im Falle eines Leistungsanstiegs. Dazu wird für die Honorierung der allgemeinen hausärztlichen Leistungen mit den vollen Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung ein Teil der MGV als eigenständiger Honorartopf (im Folgenden Hausarzt-MGV) separiert und bei Bedarf um Ausgleichszahlungen aufgestockt, die gemäß Begründung explizit der extrabudgetären Vergütung zuzuordnen sind.

Selbst wenn die Menge der abgerechneten allgemeinen hausärztlichen Leistungen unverändert bliebe, verursacht die vorgesehene Entbudgetierungsregelung bereits Zusatzausgaben für die Krankenkassen von voraussichtlich mindestens 300 Mio. Euro pro Jahr in Form zusätzlich zu leistender Ausgleichszahlungen. Allerdings ist zu erwarten, dass es wie bei den jüngst entbudgetierten Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin auch bei den hausärztlichen Leistungen zu einem mehrprozentigen überproportionalen Mengenanstieg kommen wird, wobei jeder Prozentpunkt Mengenanstieg Mehrausgaben der Krankenkassen von jeweils rund 100 Mio. Euro pro Jahr verursacht.

Des Weiteren ist anzumerken, dass der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in Bezug auf § 105 Abs. 1a und 1b SGB V maßgeblich auch aus vorhandenen Mitteln der MGV erfüllt wird. Aus der von den gesetzlichen Krankenkassen an die KVen entrichteten MGV werden somit neben der arztindividuellen Vergütung für erbrachte Leistungen auch weitere, übergeordnete Aufgaben und Leistungen durch die KVen finanziert. Dies ist eine Ursache für die Quotierung der Honorare für MGV-Leistungen. Durch die vorgesehene Entbudgetierung müssten die Krankenkassen die bislang bereits über die MGV bereitgestellten Finanzmittel für diese übergreifenden Aufgaben zusätzlich in Form von Ausgleichszahlungen bereitstellen. Anstelle der bislang in § 105 Abs. 1a und 1b SGB V vorgesehenen paritätischen Beteiligung der KVen und Krankenkassen an der Finanzierung dieser Aufgaben müssten die Krankenkassen dann für beide Anteile allein aufkommen.

Im Ergebnis lehnt der GKV-Spitzenverband aus den genannten Gründen die vorgesehene Entbudgetierung der Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung generell ab.

Berücksichtigung der Fixkostendegression

Sofern an der Entbudgetierung dennoch festgehalten wird, sollten die gegenüber der ursprünglichen Regelung zur Entbudgetierung von Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin bereits vorgenommenen Anpassungen zur robusteren erstmaligen Festsetzung des MGV-Anteils, zur Verrechnung von Ausgleichszahlungen mit Unterschreitungen in Vorquartalen und zur konkreteren Beauftragung des Bewertungsausschusses noch um eine Regelung zur Berücksichtigung der Fixkostendegression ergänzt werden.

Während jeder Prozentpunkt Mengensteigerung zu einer Erhöhung der Ausgleichszahlungen der Krankenkassen um etwa 100 Mio. Euro pro Jahr führen würde, erhöhten sich die anfallenden Kosten der Hausärzteschaft unterproportional, da die Fixkosten bereits ausfinanziert sind. Daher sollte verpflichtend vorgesehen werden, dass die regionalen Gesamtvertragspartner entsprechend vom Bewertungsausschuss zu beschließender Vorgaben Punktwertabschläge vereinbaren, um eine Übervergütung der bei weiter steigender Menge bereits ausfinanzierten Fixkosten zu vermeiden. Im

Ergebnis würden einerseits alle Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung ohne Mengenbegrenzung vergütet und andererseits gleichzeitig Steuerungsanreize zur Eindämmung einer medizinisch nicht notwendigen Leistungserbringung aufrechterhalten.

Korrekturbedarf der Regelungen zur Kinder- und Jugendmedizin

Bei den Regelungen zur Entbudgetierung von Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin sollte zudem der Methodenfehler, durch welchen bei der erstmaligen Festsetzung des MGV-Anteils in Absatz 3b Satz 4 die Veränderungen des Behandlungsbedarfs nach Absatz 4 Satz 1 Nummern 1 bis 5 sowie die Veränderung des Punktwerts gemäß Absatz 2 Satz 1 vom Jahr 2022 zum Jahr 2023 unberücksichtigt geblieben sind, behoben werden. Auch die Heranziehung eines einzigen, eher leistungsarmen Quartals für die erstmalige Festsetzung des MGV-Anteils ist unzureichend für die Abbildung der in den einzelnen Quartalen eines Jahres tatsächlich in der MGV enthaltenen Vergütungsanteile für die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin. Beides führt derzeit zu einem zu niedrig angesetzten MGV-Anteil und einer unsachgemäßen Doppelvergütung durch stark überhöhte Ausgleichszahlungen. Daher sollte der Bewertungsausschuss mit einer entsprechenden Anpassung des Verfahrens zur Fortschreibung des auf die Kinder- und Jugendmedizin entfallenden MGV-Anteils mit Wirkung für das Kalenderjahr 2025 beauftragt werden, damit diese beiden Sachverhalte zumindest für die Zukunft basiswirksam korrigiert werden können.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Sofern der Gesetzgeber der Streichung nicht folgt, sollten in § 87a Absatz 3c die Sätze 8 und 9 wie folgt gefasst werden:

„[8]Die Vorgaben des Bewertungsausschusses nach Satz 7 haben insbesondere die Anpassung des nach Absatz 2 Satz 1 zu vereinbarenden Punktwertes und die Veränderung des auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallende**n** nach Absatz 3 Satz 2 zu vereinbarenden Behandlungsbedarfs sowie jeweils darauf entfallende Bereinigungen einzubeziehen. [9]Wenn in dem Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung die Differenz zwischen der festgesetzten, auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und dem mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 bewerteten hausärztlichen Leistungsbedarf ausschließlich der in Satz 6 genannten Zuschlägen und zusätzlichen Honorarauszahlungen in einem Kalenderquartal einen Wert von null unterschreitet, leisten die Krankenkassen unter Berücksichtigung des in Satz 12 genannten Verfahrens Ausgleichszahlungen an die jeweilige Kassenärzte Vereinigung in der Höhe **des Absolutbetrags** der Differenz, um die vollständige Vergütung des hausärztlichen Leistungsbedarfs zu gewährleisten.“

Darüber hinaus sollten die folgenden Sätze 16 bis 19 angefügt werden:

„[16]Die Kassenärztliche Vereinigung, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinbaren erstmals bis spätestens zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des 3. auf die Verkündung folgenden Kalendervierteljahres] und dann quartalsweise gemeinsam und einheitlich Punktwertabschläge für die in Satz 1 genannten Leistungen; dabei sind die Vorgaben des Bewertungsausschusses nach Satz 19 zwingend zu beachten.

[17]Die Abschläge nach Satz 16 sind für alle in Satz 1 genannten Leistungen in einem KV-Bezirk einheitlich in der Höhe festzulegen, dass der Wert der mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 Satz 5 einschließlich der Abschläge bewerteten hausärztlichen Leistungsmenge insgesamt die Summe der auf die Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und drei Vierteln eines etwaigen Überschreitungsbetrags nach Satz 18 nicht überschreitet.

[18]Ein Überschreitungsbetrag liegt vor, wenn und soweit die mit dem regionalen Punktwert gemäß Absatz 2 Satz 1 bewertete hausärztliche Leistungsmenge die auf die Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung entfallende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung übersteigt.

[19]Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des 2. auf die Verkündung folgenden Kalendervierteljahres] Vorgaben zur Umsetzung der nach Satz 17 und 18 erforderlichen Berechnungen."

Änderungsvorschläge zu Absatz 3b

Dem Absatz 3b sollte folgender Satz angefügt werden:

„[13]Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum 31. Januar 2025 eine Anpassung des Verfahrens nach Satz 7 zur Fortschreibung der auf die in Satz 1 genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung mit Wirkung für das Kalenderjahr 2025 sowie die zur transparenten Umsetzung erforderlichen Datenlieferungen nach Absatz 6; dabei ist mit Wirkung für die vier Quartale des Kalenderjahres 2025

a. die Fortschreibung des für die erstmalige Festsetzung zugrunde gelegten Honorarvolumens des zweiten Quartals 2022 um die vereinbarten Anpassungen des Punktwertes und des Behandlungsbedarfs sowie der darauf entfallenden Bereinigungen zwischen dem zweiten Quartal 2022 und dem zweiten Quartal 2023 sowie

b. eine Korrektur der jahreszeitlichen Schwankungen zwischen den Quartalen eines Kalenderjahres durch Anwendung eines Korrekturfaktors in Höhe des Quotienten aus dem durchschnittlichen Honorarvolumen für die in Satz 1 genannten Leistungen in den entsprechenden Quartalen der Jahre 2017 und 2018 sowie dem durchschnittlichen Honorarvolumen für die in Satz 1 genannten Leistungen in den zweiten Quartalen der Jahre 2017 und 2018, welche gemäß dem jeweiligen Verteilungsmaßstab ausgezahlt worden sind, zusätzlich zu berücksichtigen."

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 8 – § 87b) Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung stellt klar, dass für Leistungen des Bereichs der allgemeinen hausärztlichen Versorgung einschließlich der in diesem Zusammenhang erbrachten Hausbesuche keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Honorarverteilung angewendet werden. Ausweislich der Gesetzesbegründung erfolgen die Maßnahmen für diesen Bereich sowie für die Leistungen der Kinder und Jugendmedizin, die gegenüber Patienten erbracht werden, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erst nach der Trennung der Vergütung in die Bereiche der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird abgelehnt. Die Aufhebung mengenbegrenzender Maßnahmen für diese Leistungen birgt erhebliche Risiken einer unwirtschaftlichen und medizinisch nicht notwendigen Leistungsausweitung.

Sofern der Gesetzgeber an dieser Regelung festhält, sollte ein gesetzlicher Verweis auf die korrespondierenden Regelungen in § 87a Absatz 3b und Absatz 3c SGB V aufgenommen werden. Zur Vermeidung unterschiedlicher Auslegungen des Gesetzeswortlautes sollte gesetzlich eindeutig klargestellt werden, dass die konkreten Leistungen, welche von mengenbegrenzenden Maßnahmen der Honorarverteilung in § 87b Absatz 1 Satz 3 SGB V ausgenommen werden, den Leistungen der Regelungen nach § 87a Absatz 3a bzw. Absatz 3b SGB V entsprechen. Darüber hinaus ist in den durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband zu bestimmenden Vorgaben zur Honorarverteilung gemäß § 87b Absatz 4 Satz 1 SGB V sicherzustellen, dass die beabsichtigte Neuregelung nicht zu Lasten anderer Arztgruppen geht. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben diese Vorgaben zwingend zu beachten.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

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

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 9a) b) – § 91

A) Beabsichtigte Neuregelung

a) Die inhaltlichen Vorgaben für die Geschäftsordnung des G-BA werden ergänzt. Voraussetzungen für die Durchführung von Sitzungen als hybride oder digitale Sitzungen werden eingefügt.

b) aa)
Im Bericht des G-BA an den Ausschuss für Gesundheit gemäß §91 Abs.1 SGB V waren bisher auch die zur Straffung des Verfahrens unternommenen Maßnahmen und die besonderen Schwierigkeiten einer Bewertung, die zu einer Fristüberschreitung geführt haben können, im Einzelnen verpflichtend darzulegen. Die bisherige Regelung, dass die o. g. Punkte im Einzelnen dargelegt werden müssen, wird in eine Kann-Regelung überführt.

b) bb)
§ 91 Absatz 11 Satz 2 adressiert die Dauer auch der nicht mit einer gesetzlichen Frist versehenen Beratungsverfahren über Entscheidungen und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zwischen Einleitung und noch nicht erfolgter abschließender Beschlussfassung, über die der Bericht anzufertigen ist. Die Änderung in Satz 2 verkürzt die bisher geltende Frist von 3 Jahren auf 2 Jahre.

B) Stellungnahme

Auch für den G-BA ist die Verankerung der Durchführung von Sitzungen als hybride oder digitale Sitzungen in der Geschäftsordnung zu begrüßen.

Die Einführung einer Kann-Regelung eröffnet dem G-BA den Spielraum selbst zu entscheiden, ob und inwieweit er über Maßnahmen und Schwierigkeiten zur Straffung von Verfahren und Gründe für Verzögerungen und Fristüberschreitungen berichtet. Ob der in der Gesetzesbegründung angeführte reduzierte Darlegungsaufwand zum Tragen kommt, bleibt angesichts des zu erwartenden Mehraufwands für die Erfüllung der geplanten Fristverkürzung gemäß Artikel 1 Nr. 13 b) bb) fraglich.

Der G-BA hat in den letzten Jahren seine Möglichkeiten der Verfahrensverkürzung schon weitgehend ausgeschöpft und konnte so eine sehr geringe Quote der Beratungsverfahren mit Zeitüberschreitungen im Bericht an den Ausschuss für Gesundheit belegen. Die Fristverkürzung auf 2 Jahre könnte auch dazu führen, dass der G-BA sich in Einzelfällen entscheiden muss, ob fachlich unausgereifte Vorlagen im Plenum beschlossen werden (nur um die Fristen einzuhalten) oder die Fristen verletzt werden.

C) Änderungsvorschlag

a) Keiner.

b) aa) Keiner.

b) bb) Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10 a) und c) – § 92

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 92 Absätze 1b, 1c und 4 soll ergänzt werden, dass einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften vor Entscheidungen zu Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 3, 4, 10 und 11 (Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft, medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft sowie Kryokonservierung, Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation), Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden muss und die Stellungnahmen in die Entscheidung einzubeziehen sind. Bei Beratungen zur Mutterschaftsrichtlinie erhalten die Hebammenverbände ein Beteiligungsrecht.

B) Stellungnahme

Diese Ergänzung entspricht dem aktuell bereits praktizierten Vorgehen im Gemeinsamen Bundesausschuss. In analoger Anwendung der Regelung in § 92 Absatz 7d Satz 1 Halbsatz 1 SGB V wurde den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften bereits jetzt die Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben und die Stellungnahmen wurden in die Entscheidung einbezogen. Neu ist nur die Erweiterung des Stellungnahmerechts auf die Deutsche Krebshilfe und die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren bei Entscheidungen, die die Früherkennung von Krebserkrankungen betreffen. Die Beteiligung von Vertretern der Hebammen bei den Beratungen zur Mutterschaftsrichtlinie erfolgt derzeit über die Sitze der Patientenvertretung.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10b – § 92 Absatz 3a - Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die vorgesehene Änderung soll eine arzneimitteltherapeutische und pharmakologische Beratung des G-BA zu das Arzneimittelwesen betreffenden Fragen durch die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) gesetzlich verankert werden. Diese Beratung soll das Stellungnahmerecht der AkdÄ unberührt lassen und gegen einen angemessenen Aufwendungsersatz erfolgen.

B) Stellungnahme

Schon heute findet in vielen Bereichen, bspw. i.R.v. § 35a SGB V ein Austausch zwischen dem G-BA und Mitgliedern der AkdÄ statt. Der Austausch mit der AkdÄ kann für die Beratungen der Gremien des G-BA sinnvolle Hinweise aus der medizinischen Praxis liefern und auch der Kontextuierung beispielsweise klinischer Stellungnahmen anderer Fachgruppen dienen. Essenziell ist jedoch, dass eine Beratung unabhängig von Interessenskonflikten und neutral erfolgt.

Die Mitglieder der AkdÄ sind nach deren Statut zu Unabhängigkeit und Transparenz von Interessenkonflikten verpflichtet (§ 4 Statut der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft in der Fassung der Beschlüsse des Vorstandes der Bundesärztekammer vom 19.11.1993, 08.05.1994, 28.03.2003, 18.03.2005, 28.04.2017, 20.08.2020 und 16.09.2021).

Zu beachten ist jedoch, dass es sich bei der AkdÄ um einen ständigen Ausschuss der Bundesärztekammer handelt, dessen Aufgabe primär die unabhängige Beratung der Bundesärztekammer in den das Arzneimittelwesen betreffenden wissenschaftlichen Fragen und die Unterstützung des Vorstands der Bundesärztekammer in seiner Meinungsbildung zu arzneimittelpolitischen Fragen ist (§ 1 ebd). Trotz der Unabhängigkeit ihrer Mitglieder ist die AkdÄ somit ein Gremium der Bundesärztekammer und damit dieser zuzuordnen. Die Bundesärztekammer ist als Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung Vertreterin der berufspolitischen Interessen der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland (siehe https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns/aufgaben, Abruf am 11.04.2024, 08:40 Uhr und Satzung der Bundesärztekammer, Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern in der vom 124. Deutschen Ärztetag 2021 beschlossenen Fassung).

Die Bundesärztekammer und damit auch die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft sind somit innerhalb der gemeinsamen Selbstverwaltung eine Partei.

Um im Einzelfall mögliche Konflikte zwischen ärztlichen Interessen und Interessen der gemeinsamen Selbstverwaltung in toto weitgehend auszuschließen, sollte die Neutralität und Unabhängigkeit einer Beratung des G-BA durch die AkdÄ im Rahmen dieses gesetzlichen Auftrags explizit verankert werden.

Im Weiteren ist festzustellen, dass die Formulierung des Beratungsauftrags in der vorgesehenen Regelung eine Unschärfe aufweist. Das Arzneimittelwesen beschreibt dem Grunde nach das regulatorische Regime für Arzneimittel und entspricht damit nur bedingt Fragestellungen, die der Regelungskompetenz des G-BA unterworfen sind. Der GKV-Spitzenverband schlägt daher eine Änderung der Formulierung vor, die den Beratungsauftrag klarer fasst.

Die Regelung einer angemessenen finanziellen Kompensation für die Beratung scheint nachvollziehbar.

C) Änderungsvorschlag

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft berät den Gemeinsamen Bundesausschuss ~~unabhängig auf Anfrage~~ im Zusammenhang mit seinen in Satz 1 genannten Entscheidungen **unabhängig und neutral** ~~arzneimitteltherapeutisch und pharmakologisch zu das Arzneimittelwesen betreffenden~~ **zu** Fragen **der Arzneimitteltherapie**; das Recht zur Stellungnahme sowie § 35a Absatz 3b Satz 8 und Absatz 7 Satz 4 bleiben unberührt. Der Gemeinsame Bundesausschuss gewährt der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft für die Wahrnehmung der in Satz 4 erster Halbsatz genannten Aufgaben einen angemessenen Aufwendungsersatz. Das Nähere zur Gewährung eines angemessenen Aufwendungsersatzes vereinbart der Gemeinsame Bundesausschuss mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10d) i) – § 92 Absätze 5 S.1, 6 S. 2, 6 a) b) c), 7 b) c) g)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass die Stellungnahmerechte der einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften auf weitere Arbeitsbereiche, d. h., auf die hier genannten Richtlinien des G-BA, ausgedehnt werden sollen. Bei im Einzelnen benannten Richtlinien (Psychotherapie-RL, RL Long Covid, SAPV RL, Soziotherapie RL, RL außerklinische Intensivpflege) sind die Stellungnahmen in die Entscheidung einzubeziehen, damit die Fachexpertise in die Entscheidungsfindung des G-BA einfließen kann.

B) Stellungnahme

Bereits jetzt wird bei anderen Richtlinien des G-BA den maßgeblichen (Spitzen-)Organisationen und einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften die Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Die Erweiterung der Stellungnahmerechte auf andere Richtlinien des G-BA erscheint nachvollziehbar und folgerichtig, ebenfalls die Zusatzregelung, die Stellungnahmen bei ausgewählten Richtlinien in die Entscheidung einbeziehen. Gleichwohl werden in Folge der beiden Neuregelungen für den G-BA der rechtsformale Organisations- und Auswertungsaufwand für die Stellungnahmeverfahren zunehmen und insgesamt die Beratungsverfahren längere Zeit in Anspruch nehmen. Das widerspricht der erklärten Absicht des Gesetzgebers an anderer Stelle, die Verfahren im G-BA durch Fristverkürzungen zu beschleunigen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10 e) – §92 Abs. 6 Satz 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung sieht vor, dass Stellungnahmerechte ausgebaut werden, indem die Stellungnahmerechte der einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften konkret auch auf die Heilmittel-Richtlinien des G-BA ausgedehnt werden.

B) Stellungnahme

Ein Stellungnahmerecht der einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften erscheint grundsätzlich sinnvoll, um die eher wirtschaftlichen, interessengeleiteten Stellungnahmen der Berufsverbände um medizinisch-fachliche, evidenz- und leitlinienorientierte Stellungnahmen zu ergänzen.

Gleichwohl steigt damit der Auswertungsaufwand für Stellungnahmeverfahren im G-BA und es kann nicht ausgeschlossen werden, dass Leistungserbringerinteressen durch Positionen der Fachgesellschaften, in denen teils auch Berufsverbände der Leistungserbringenden mitwirken, ein noch höheres Gewicht erhalten können. Fachgesellschaften werden heute schon bei Bedarf in das Stellungnahmeverfahren einbezogen.

Schwierig könnte sich für den Heilmittel-Bereich ggf. auch die Bestimmung der „einschlägigen“ wissenschaftlichen Fachgesellschaften erweisen. Der rechtsformale Aufwand für die Arbeit des G-BA wird sich erhöhen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10f. aa) – § 92 Abs. 6a - Psychotherapie-Richtlinie

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll mit der Neuregelung beauftragt werden, Vorgaben zur Vereinfachung der Durchführung von Kurzzeittherapien, insbesondere im Hinblick auf ein einstufiges Antragsverfahren vorzusehen.

B) Stellungnahme

Die Regelung wird abgelehnt. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat im Zuge der Strukturreform 2016 Veränderungen im Antragsverfahren für eine ambulante Psychotherapie beschlossen, um einerseits Anreize zur Erbringung von Kurzzeittherapien zu setzen und andererseits Langzeittherapien gleichermaßen zu ermöglichen. Hierfür wurde ein zweistufiges Antragsverfahren in der Kurzzeittherapie implementiert und zugleich die Möglichkeit geschaffen bereits zu Beginn eine Langzeittherapie zu beantragen. Dieses Vorgehen stützte sich auch auf Datenanalysen der Krankenkassen, wonach die Hälfte aller Therapien bereits nach 12 Therapieeinheiten enden. Studien zur Wirksamkeit von psychotherapeutischen Behandlungen zeigen, dass die größten Effekte in den ersten Sitzungen erreicht werden.

Der Verzicht auf eine Differenzierung der Kurzzeittherapie führt zu einer Verlängerung von Therapien und zu einer Verknappung des therapeutischen Angebots. Die Vereinfachung und Beschleunigung des Antragsverfahrens könnte durch eine Digitalisierung des Antrags- und Genehmigungsverfahrens sinnvoller erreicht werden.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 10g) – § 92 Abs.7 h - neu

A) Beabsichtigte Neuregelung

Den Berufsorganisationen der Pflegeberufe wird ein Antrags- und Mitberatungsrecht bei den Richtlinien und Beschlüssen über die Qualitätssicherung sowie bei weiteren Richtlinien des G BA, die die Berufsausübung der Pflegeberufe betreffen, eingeräumt. Außerdem wird ein Einvernehmenserfordernis mit den Berufsorganisationen der Pflegeberufe bei Entscheidungen über die Einrichtung einer Arbeitsgruppe und bei der Bestellung von Sachverständigen durch einen Unterausschuss eingeführt. Des Weiteren wird die Vertretung der Berufsorganisationen der Pflegeberufe zur Wahrnehmung der erweiterten Beteiligungsrechte finanziell durch den G-BA unterstützt.

B) Stellungnahme

Durch die Einführung eines Antrags- und Mitberatungsrechts für die Berufsorganisationen der Pflegeberufe sowie des Einvernehmenserfordernisses bei der Arbeitsgruppeneinrichtung und Sachverständigenbestellung kann die Arbeit der Unterausschüsse inhaltlich bereichert werden. Es soll jedoch nicht unerwähnt bleiben, dass die Beratungen dadurch organisatorisch komplexer und zeitaufwändiger werden. Dies kann die Bemühungen des G-BA zur weiteren Verfahrenskürzung – auch unter dem verschärften Fristendruck (s. o. Nr. 5 b) – zusätzlich erschweren.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11a) – § 95 - Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelungen sehen vor, dass auf Bundesebene zwischen GKV-Spitzenverband und Kassenärztlicher Bundesvereinigung bzw. der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung Rahmenvorgaben zur Festlegung der zu erbringenden Sicherheitsleistungen von MVZ zu vereinbaren sind. Die Gesellschafter sind künftig berechtigt, ihre Sicherheitsleistungen der Höhe nach zu begrenzen. Bisher gibt es keine Begrenzungen der Sicherheitsleistungen bei der Gründung kommunaler MVZ in der Rechtsform einer GmbH. Dies erschwert es insbesondere Kommunen MVZ aufzubauen, da sie aus kommunalrechtlichen Gründen keine unbeschränkten Bürgschaftserklärungen abgeben können und deshalb auf kostenpflichtige Bankbürgschaften angewiesen sind.

B) Stellungnahme

Die vorgesehenen Regelungen sind sachgerecht. Die Förderung der MVZ-Gründung durch Kommunen wird ausdrücklich begrüßt. Darüber hinaus bedarf es einer korrespondierenden Regelung in den Zulassungsverordnungen und einer Klarstellung, wie diese Regelung die bestehenden Sicherheitsleistungen beeinflusst. Zur Steigerung der rechtlichen Relevanz sollte anstelle einer Rahmenvorgabe eine Verortung im Bundesmantelvertrag vorgesehen werden. Es bedarf einem klaren rechtlichen Rahmen, der auch das dynamische Wachstum von MVZ berücksichtigt (inkl. nicht-ärztlichem Personal) und den Verwaltungsaufwand geringhält.

C) Änderungsvorschlag

Nach § 95 Absatz 2 Satz 6 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Die Gesellschafter können ihre Sicherheitsleistungen der Höhe nach begrenzen. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren jeweils mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen **in den Bundesmantelverträgen** mit Wirkung zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] bundeseinheitliche Rahmenvorgaben zur Festlegung der Höhe der gemäß Satz 7 begrenzten Sicherheitsleistungen. **Sicherheitsleistungen, die zum… [einsetzen: Datum des Inkrafttretens] bereits abgegeben wurden, bestehen unverändert fort.“**

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 11 b) – § 95 - Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

aa) Die Einhaltung der sich aus der vertragsärztlichen Zulassung ergebenen Versorgungsaufträge sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) bundeseinheitlich zu prüfen. Die Ergebnisse sowie eine Übersicht über die ggf. getroffenen Maßnahmen sind den Landes- und Zulassungsausschüssen sowie der für die jeweilige KV zuständigen Aufsichtsbehörde zu übermitteln. Diese Übermittlungspflichten werden konkretisiert und um das der Prüfung zugrundeliegende Verfahren ergänzt. Zusätzlich wird eine Übermittlung an die KBV vorgesehen.

bb) Darüber hinaus erhält die KBV den Auftrag die Ergebnisse der Prüfung, das der Prüfung zugrundeliegende Verfahren und die ggf. getroffenen Maßnahmen zu evaluieren und hierrüber das BMG bis zum 31. Dezember jeden Jahres zu berichten. Gegenstand der Evaluation ist dabei auch, ob die Prüfungen bundeseinheitlich durchgeführt wurden.

B) Stellungnahme

Die vorgenommene Konkretisierung sowie die Erweiterung der Mitteilungspflichten werden begrüßt. Da die Erfüllung der Versorgungsaufträge für die Bewertung der Versorgungssituation essenziell ist, werden weitergehende Regelungen angeregt. Insbesondere erscheint eine Übermittlung der Evaluationsergebnisse durch die KBV an das BMG nicht ausreichend, um die erforderliche Transparenz herzustellen.

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurde der bestehende Prüfauftrag der KVen zur Einhaltung der Versorgungsaufträge konkretisiert. Gesetzlich geregelt wurde eine bundeseinheitliche Prüfung. Die Prüfaufträge werden regional von den KVen jedoch unterschiedlich umgesetzt. Das führt im Ergebnis je nach Region allerdings zu ähnlichen (unbefriedigenden) Ergebnissen im Hinblick auf den in § 19 Abs. 4 Ärzte-ZV geregelten Auftrag der Zulassungsausschüsse. Seit September 2019 stellt die KBV zur Umsetzung der bundeseinheitlichen Prüfung des Versorgungsauftrages nach § 95 Abs. 3 SGB V methodische Hinweise für ein datengestütztes Auffälligkeitsscreening zur Verfügung, das für die KVen allerdings nicht verbindlich ist und deshalb nicht bundeseinheitlich angewendet wird. Um eine bundesweit einheitliche Prüfung und Bewertung der Einhaltung der Versorgungsaufträge zu gewährleisten, erhalten die Bundesmantelvertragspartner künftig den Auftrag, bundesweit verbindliche Vorgaben zu treffen. Diese müssen Regelungen über die konkreten Prüfkriterien und Methoden enthalten. Dabei können einheitliche Vorgaben zu Arbeitszeitermittlung unter Berücksichtigung der individuellen Arbeitsverträge und von Korrekturfaktoren Berücksichtigung finden. Die Vorgaben der Bedarfsplanungsrichtlinie zur Bewertung von vertraglichen Arbeitszeiten angestellter Ärztinnen und Ärzte in Relation zu in der Bedarfsplanung anrechenbaren Versorgungsaufträgen ist zu überprüfen. Die Vorgaben müssen ebenfalls bundeseinheitliche Regelungen zur Ausgestaltung der Ergebnisberichte an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Zulassungs- und Landesausschüsse sowie der zuständigen Aufsichtsbehörde enthalten. Zur Nachvollziehbarkeit der nach § 95 Abs. 3 Satz 5 SGBV getroffenen Maßnahmen, sind diese in den Berichten transparent darzustellen. Der Empfängerkreis der Ergebnisberichte wird um die Krankenkassen erweitert. Generell sollten Berichte mit nicht personenbezogenen Daten auf den Internetseiten der KVen veröffentlicht

werden, um die Transparenz zu verbessern. Entscheidend ist daneben, dass die Zulassungsausschüsse (ZA) personenbezogene Daten erhalten, die eine Überprüfung im Einzelfall möglich machen. Eine Prüfung durch die ZA sollte künftig von Amts wegen mindestens einmal jährlich erfolgen, um verdeckte Versorgungsdefizite erkennen zu können.

Mit der Übernahme einer Zulassung ist eine entsprechende Versorgungsverpflichtung verbunden. Wenn die angebotene ärztliche Arbeitszeit regelmäßig geringer ist, als es dem Versorgungsauftrag entspricht, weicht das Versorgungsangebot in der Realität von den Angaben in der Bedarfsplanung ab. Eine unzureichende Erfüllung von Versorgungsaufträgen muss Konsequenzen haben. Wenn das erforderliche Angebot von den Ärzten selbst nicht geleistet werden kann, kann dies durch Vertretungen oder Anstellungen erreicht werden. Anderenfalls muss der Versorgungsauftrag auf das realistische Maß der Tätigkeit angepasst werden.

Um ein einheitliches, datengestütztes Prüfverfahren anwenden zu können, werden Routinedaten der KVen benötigt. Allerdings wurde der mit einer Zulassung verbundene Versorgungsauftrag vom Gesetzgeber nicht eindeutig definiert. Vorgegeben sind lediglich 25 Mindestsprechstundenzeiten. Die Sprechzeiten werden jedoch nicht in den Routinedaten erfasst. Die Prüfung sollte daher auf durchschnittlich 38 wöchentliche Arbeitsstunden erfolgen. Bei vielen Vertragsärztinnen und -ärzten in Einzelpraxis kann davon ausgegangen werden, dass die Arbeitszeit darüber liegt.

Die Prüfung der Versorgungsaufträge kann auch heute schon formal zu einer Reduzierung der Zulassungsumfänge führen. Dies geschieht bisher selten und hat i.d.R. nur geringe Effekte auf das reale Versorgungsangebot. Es wird daher vorgeschlagen, die Stringenz der Prüfungen ebenso zu erhöhen, wie die Transparenz der Prüfergebnisse. Anhand der übermittelten Ergebnisse sollen die Zulassungsausschüsse in die Lage versetzt werden ihren Prüfauftrag von Amts wegen auch erfüllen zu können.

C) Änderungsvorschlag
§ 95 Abs. 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) [1]Die Zulassung bewirkt, dass der Vertragsarzt Mitglied der für seinen Kassenarztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung wird und zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Umfang seines aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrages berechtigt und verpflichtet ist. [2]Die Zulassung des medizinischen Versorgungszentrums bewirkt, dass die in dem Versorgungszentrum angestellten Ärzte Mitglieder der für den Vertragsarztsitz des Versorgungszentrums zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung sind und dass das zugelassene medizinische Versorgungszentrum insoweit zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist. [3]Die vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung sind verbindlich. [4]Die Einhaltung der sich aus den Sätzen 1 und 2 ergebenden Versorgungsaufträge sind von der Kassenärztlichen Vereinigung bundeseinheitlich, insbesondere anhand der abgerechneten Fälle und anhand der Gebührenordnungspositionen mit den Angaben für den zur ärztlichen Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand nach § 87 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz, zu prüfen. [5]**Im Bundesmantelvertrag nach § 82 Abs. 1 sind insbesondere Regelungen zu treffen zu bundeseinheitlichen methodischen Grundlagen der Prüfung nach Satz 4 sowie für eine differenzierte Ausgestaltung der Ergebnisberichte, ihrer Übermittlung und Veröffentlichung; hierbei sind auch Regelungen zur Berücksichtigung von Anstellungsverhältnissen und zum**

Umgang mit ruhenden Zulassungen zu treffen. [6]Die Ergebnisse sowie eine Übersicht über die gegebenenfalls getroffenen Maßnahmen sind **den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen,** den Landes- und Zulassungsausschüssen sowie der für die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörde personenbezogen jeweils zum 30. Juni des Jahres zu übermitteln **und nicht personenbezogen auf den Internetseiten der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu veröffentlichen. [7]Die Regelungen nach Satz 6 müssen sicherstellen, dass die Zulassungsausschüsse Ergebnisberichte erhalten, die eine personenbezogene Zuordnung der Auswertungen und Ergebnisse ermöglichen und sie basierend auf den Ergebnissen und getroffenen Maßnahmen nach § 95 Abs. 3 Satz 7 von Amts wegen tätig werden können.**"

In § 95 Abs. 6 Satz 1 werden nach dem Wort „verletzt" ein Semikolon und die folgenden Wörter angefügt:

„dies gilt auch für eine festgestellte Nichterfüllung des Versorgungsauftrages nach einer Prüfung gemäß Abs. 3 Satz 4 bis 8."

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

„[2]Der Zulassungsausschuss prüft eine erforderliche Anpassung der Versorgungsaufträge mindestens einmal jährlich."

Der bisherige Satz 2 wird zu Satz 3, der bisherige Satz 3 wird zu Satz 4, der bisherige Satz 4 wird zu Satz 5, der bisherige Satz 5 wird zu Satz 6 und der bisherige Satz 6 wird zu Satz 7.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 12 – § 101 – Überversorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, zukünftig nicht mehr in der Bedarfsplanungsgruppe der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten einbezogen werden. Anstelle der bisher bestehenden 20%-Quote erfolgt zukünftig eine Beplanung in einer eigenen Bedarfsplanungsgruppe (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie).

B) Stellungnahme

Die getrennte Beplanung von Erwachsenenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –therapeuten beinhaltet zwar einige technische Schwierigkeiten, da viele ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten über beide Qualifikationen verfügen. Insbesondere hinsichtlich der Einführung der Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten ist jedoch mittelfristig eine stärkere Trennung der Versorgungsbereiche zu erwarten, die dann folglich auch unabhängig von der jeweils anderen Fachgruppe bewertet und beplant werden können. Bei der konkreten Umsetzung der anstehenden Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie ist darauf zu achten, dass durch technische Effekte bei der Trennung der bestehenden Arztgruppe der Psychotherapeuten keine zusätzlichen Sitze für Psychologische Psychotherapeut/-innen entstehen. Die zahlreichen zusätzlichen Sitze, die in den letzten Jahren in der Psychotherapie entstanden sind, haben nicht zu einer Verbesserung der Versorgung geführt. Um hier eine Veränderung zu erzielen sind strukturelle Maßnahmen erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 13 – § 105 - Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung wird klargestellt, dass die in den Strukturfonds nach § 105 SGB V eingestellten Mittel grundsätzlich zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung genutzt werden können und somit nicht auf Gebiete begrenzt sind, in denen eine Unterversorgung droht oder festgestellt wurde.

B) Stellungnahme

Die Regelung dient der Klarstellung. Bereits mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz im Jahr 2015 wurde die Begrenzung für den Einsatz von Strukturfondsmittel auf Gebiete, in denen eine Unterversorgung droht oder festgestellt wurde, aufgehoben. Darüber hinaus besteht weiterhin der Bedarf, die Expertise der Landesverbände der Krankenkassen in die Entscheidungen zur Einsetzung der Strukturfondsmittel einfließen zu lassen. Ferner sind die Berichte über die Verwendung der Mittel des Strukturfonds, die die Kassenärztlichen Vereinigungen jährlich zu erstellen haben, stark aggregiert und lassen keine Rückschlüsse auf die konkreten Fördermaßnahmen in einzelnen Regionen zu. Die Transparenz über die Mittelverwendung ist dringend zu erhöhen.

C) Änderungsvorschlag

§ 105 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1a Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„Der Einsatz der Mittel des Strukturfonds erfolgt im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen.“

~~a) Nach Absatz 1a Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:~~

b) In Absatz 1a wird nach dem bisherigen Satz 4 folgender Satz eingefügt:

„Die Verwendung der Mittel setzt nicht voraus, dass der zuständige Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 3 getroffen hat“.

c) In Absatz 1a wird im bisherigen Satz 5 nach dem Wort Strukturfonds ein Komma und die Wörter „der die geförderten Maßnahmen und die jeweilige Förderhöhe einzeln listet“ eingefügt.

d) In Absatz 5 Satz 4 werden die Wörter „Satz 7 bis 10“ durch die Wörter „Satz 9 bis 12“ ersetzt.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14 – § 106b – Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Durch die vorgesehene Neuregelung soll in der Bundesrahmenvorgabe eine Bagatellgrenze von 300 Euro je Betriebsstättennummer, Krankenkasse und Quartal aufgenommen werden, bis zu dieser Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht durchzuführen sind. Diese Vorgabe ist in die regionalen Prüfvereinbarungen zu übernehmen.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die vorgesehene Neuregelung ab. Die Prüfungsformen der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind Gegenstand regionaler Vereinbarungen. Eine bundesweite Vorgabe zu einer Bagatellgrenze ist vor diesem Hintergrund systemfremd, zumal die Form der Prüfung mit der Höhe einer Bagatellgrenze in Wechselwirkung steht. Bereits heute sieht die bundeseinheitliche Rahmenvorgabe in § 3 Abs. 5 eine Regelung vor, die Bagatellgrenzen explizit in regionalen Vereinbarungen erlaubt. Eine einheitliche pauschale und darüber hinaus noch sehr hoch angesetzte Bagatellgrenze ist nicht angemessen und würde das Instrument der Wirtschaftlichkeitsprüfungen erheblich gefährden.

Die regionalen Prüfvereinbarungen sehen in der Regel Bagatellgrenzen vor. Diese sind allerdings deutlich niedriger und liegen auf dem Niveau eines mittleren zweistelligen Betrags. Bei der nun gesetzlich vorgesehenen Höhe von 300 Euro pro Quartal kann, zuzüglich der Folgekosten, insbesondere bei Krankenkassen mit wenigen Versicherten nicht mehr von einer Bagatelle gesprochen werden.

Außerdem wird verkannt, dass allein die Möglichkeit von Prüfanträgen auch eine präventive Wirkung auf das Verordnungsverhalten der Leistungserbringer hat. Die Ergebnisse eines Prüfverfahrens schaffen Rechtssicherheit für Leistungserbringende und Krankenkassen und zeigen eventuelle Verordnungsfehler auf. Dadurch haben sie auch eine Steuerungswirkung, die zeitlich über das Quartal, das unmittelbar geprüft wurde, hinausgeht und personell nicht auf die unmittelbar Verfahrensbeteiligten beschränkt ist.

Zudem sieht der Sozialgesetzgeber bereits derzeit im Verhältnis zwischen den Krankenkassen untereinander, für Erstattungsansprüche in § 110 Satz 2 SGB X eine Bagatellgrenze für 50 Euro vor. Im Verhältnis zwischen Krankenkassen können somit ungerechtfertigte Beträge von mehr als 50 Euro unabhängig von der Höhe der „Bearbeitungskosten“ nicht hingenommen werden. Es wäre daher unangemessen, nunmehr Bereicherungen aufgrund rechtswidriger Verordnungen in deutlich höherem Umfang zu Lasten der Krankenkassen einseitig als tolerierbar zu erklären. Dies wäre ein erheblicher Wertungswiderspruch zu anderen, vergleichbaren Regelungen des Sozialgesetzbuchs.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 15 – § 116b Absätze 5a und 5b (NEU) – Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen Absatz 5a wird der Kreis der Stellungnahmeberechtigten für Beschlüsse zur Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) analog den Änderungen in § 92 SGB V um einschlägige wissenschaftliche Fachgesellschaften erweitert. Neben der Stellungnahme zu neuen Anlagen sollen sich die wissenschaftlichen Fachgesellschaften auch zu Anträgen zwecks Ergänzung des Katalogs der ASV-Indikationen äußern.

Im neuen Absatz 5b wird die Bearbeitungszeit des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für die Konkretisierung einer neuen Erkrankung auf ein Jahr festgelegt. Je Kalenderjahr sollen zudem mindestens drei Erkrankungen beraten und entsprechende Ergänzungen in Form von Anlagen zur ASV-Richtlinie vorgenommen werden.

B) Stellungnahme

Bereits jetzt werden sowohl medizinische Fachgesellschaften als auch Anwenderinnen und Anwender aus der Praxis von den Trägerorganisationen und der Patientenvertretung im Rahmen der Beratungsprozesse zu Rate gezogen. Wenn wissenschaftlichen Fachgesellschaften nun regelhaft die Möglichkeit zur Stellungnahme eingeräumt werden soll, ist dies grundsätzlich zu begrüßen. Abzulehnen ist allerdings die geplante Anpassung, dass wissenschaftliche Fachgesellschaften bereits zu sich in einem Antragsverfahren befindlichen Ergänzungen des ASV-Katalogs Stellung nehmen sollen. Bei besagten Anträgen wird gemäß der Verfahrensordnung des G-BA zuerst die grundlegende Eignung für eine Aufnahme in die ASV bewertet. Die medizinische Ausgestaltung – für welche die Expertise der Fachgesellschaften durchaus begrüßt wird – erfolgt erst mit Erstellung einer Anlage. Zudem sollte sich der Kreis der Stellungnahmeberechtigten im Sinne von zielgerichteten und effizienten Beratungen jeweils eng an dem Erkrankungsbild orientieren, welches sich in Beratung befindet.

Gegenwärtig werden neben der jährlichen Beratung von zwei neuen Erkrankungen zur Ergänzung der ASV-Richtlinie und der zugehörigen Erstellung von Appendizes durch den Unterausschuss ASV im G-BA zudem jährlich die ICD-Kataloge und die Appendizes aller Bestandskonkretisierungen (derzeit 20 in Kraft) aktualisiert. Die verbindliche Vorgabe, zukünftig innerhalb eines Jahres drei Indikationen in die ASV zu überführen, wird mit einem merklichen Anstieg des Beratungs- und Arbeitsaufwandes einhergehen. Daher sollte diese Vorgabe grundsätzlich nur für Indikationen aus dem bisherigen Erkrankungsspektrum nach § 116b (alt) gelten. Während für diese Indikationen bereits Vorarbeiten aus der Vorgängerregelung vorliegen, müssen für Erkrankungen, die per Antrag neu in die ASV aufgenommen worden sind, weitaus umfangreichere Recherchen und Bewertungen vorgenommen werden. Gleichwohl sind die Beratungsprozesse im G-BA mittlerweile etabliert und anhand einer Erprobung wird aktuell aufgeschlüsselt, ob Teile der Appendixaktualisierungen vom G-BA in das Institut des Bewertungsausschusses verlagert werden können. Dies würde weitere Reserven heben, die fortan für die zusätzliche Indikation verwendet werden könnten.

Das Bestreben des Gesetzgebers, die Entwicklung der ASV weiter zu fördern, könnte unterstützt werden, indem die nach § 116b Absatz 8 SGB V bestehende Übergangsregelung angepasst wird. Derzeitig haben Krankenhäuser, die Leistungen nach der Vorgängerregelung „Ambulante Behandlung

im Krankenhaus“ (§ 116b (alt)) erbringen, drei Jahre Zeit, nach Inkrafttreten des entsprechenden Richtlinienbeschlusses des G-BA auf die ASV umzustellen. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass die Leistungserbringenden mit dieser Umstellung möglichst lange warten und so auch die Teambildung in der ASV verzögert wird. Eine Verkürzung der Übergangsfrist könnte schneller Impulse setzen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat nach § 116b Abs. 4 Satz 12 SGB V spätestens jeweils zwei Jahre nach Inkrafttreten eines Richtlinienbeschlusses die Auswirkungen hinsichtlich Qualität, Inanspruchnahme und Wirtschaftlichkeit sowie die Erforderlichkeit von Anpassungen zu prüfen und dem Bundesministerium für Gesundheit zu berichten. Gesetzlich ungeregelt ist bislang die Datengrundlage, auf deren Basis dies geschehen soll. Damit der Gemeinsame Bundesausschuss seiner Prüf- und Berichtspflicht weiter in bisheriger Art und Weise nachkommen kann, bedarf es einer eigenständigen Regelung zur Datenübermittlung über den GKV-Spitzenverband. Mit der Umformulierung und Ergänzung von Absatz 4 Satz 12 erhalten die Krankenkassen datenschutzrechtliche Übermittlungsbefugnisse, die für die Prüfung erforderlichen statistischen Daten über den GKV-Spitzenverband bereitzustellen. Da mit den absehbar verfügbaren Datenkörpern wie auch bislang keine Aussagen zur Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen abgeleitet werden können, schlagen wir zudem vor, den Prüfauftrag insbesondere auf die Verfügbarkeit und die Inanspruchnahme zu fokussieren und den Bericht andererseits wie bisher praktiziert jährlich für sämtliche Indikationen vorzusehen.

C) Änderungsvorschlag

In Absatz 4 wird Satz 12 wie folgt neu gefasst:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat jährlich die Auswirkungen seiner Richtlinienbeschlüsse, die für Erkrankungen nach Absatz 1 Satz 2 getroffen wurden, insbesondere hinsichtlich der Verfügbarkeit und Inanspruchnahme der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sowie die Erforderlichkeit einer Anpassung dieser Beschlüsse zu prüfen; hierzu übermitteln die Krankenkassen nach Maßgabe der vom GKV-Spitzenverband zu bestimmenden inhaltlichen und verfahrensmäßigen Vorgaben die jeweiligen Patientenzahlen an den GKV-Spitzenverband, der diese Daten für den Bericht nach Satz 13 zusammenführt, aufbereitet und dem Gemeinsamen Bundesausschuss zur Verfügung stellt.“

In dem neu geplanten Absatz 5a ist der Verweis auf § 116b Absatz 5 zu streichen.

In dem neu geplanten Absatz 5b wird folgender Satz ergänzt: „Sollte es sich bei einer der in Beratung befindlichen Indikationen um eine per Antrag neu aufgenommene Indikation handeln, sind abweichend von Satz 2 für zwei Erkrankungen Anforderungen nach Absatz 4 festzulegen.“

Zusätzlich dazu sollte die Frist in § 116b Absatz 8 Satz 2 von drei Jahren auf zwei Jahre verringert werden.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 16 – Hochschulambulanzen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der vorgesehenen Änderung soll die Vergütung der Weiterbildungsambulanzen für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zukünftig in § 120 Abs. 2 SGB V und nicht wie bisher in § 117 SGB V geregelt werden.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nr. 18, nach der für die Weiterbildungsambulanzen der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Möglichkeit geschaffen werden soll, ihre Vergütung nach § 120 Abs. 2 SGB V mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zu verhandeln. Es wird auf die Stellungnahme zu Nr. 18 verwiesen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 17 – § 119c – Medizinische Behandlungszentren

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass Medizinische Behandlungszentren zukünftig auch Kooperationsvereinbarungen mit Ärztinnen und Ärzten, die auf Grundlage der in § 31 Abs. 1 S. 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte vorgesehenen Neuregelung ermächtigt werden, abschließen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der in § 31 Abs. 1 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte vorgesehenen Regelung. Als Voraussetzung für die Ermächtigung auf dieser Grundlage ist der Abschluss einer Kooperationsvereinbarung beispielsweise mit einem Medizinischen Behandlungszentrum nach § 119c SGB V vorgesehen.

Vor dem Hintergrund, dass in der bestehenden psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungssituation die Behandlung dieser spezifischen Patientengruppe bereits vorgesehen und möglich ist, wird die Schaffung eines zusätzlichen Ermächtigungstatbestands als nicht sinnvoll angesehen. Eine aus der Regelung entstehende Vorgabe von Kooperationsvereinbarungen wird daher – wie die Schaffung des Ermächtigungstatbestands – abgelehnt.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 18 – § 120 – Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung sieht vor, dass die Weiterbildungsambulanzen der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ihre Vergütung zukünftig auf Landesebene mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen verhandeln sollen. Hierbei wird hervorgehoben, dass ausschließlich Leistungen zur Versorgung von Patientinnen und Patienten vergütet werden können.

B) Stellungnahme

Die Änderung wird abgelehnt. Die Regelung führt zu einer Ungleichbehandlung der noch bestehenden Ausbildungsinstitute und der Weiterbildungsambulanzen. Während die Ausbildungsinstitute verpflichtet werden, Anteile der Vergütung an die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung weiterzugeben, ist dies bei den Weiterbildungsambulanzen zukünftig nicht mehr vorgesehen. Die gesetzlichen Krankenkassen vergüten bereits heute die Leistungen der in Ausbildung oder Weiterbildung befindlichen Personen ohne Abschläge, obwohl keine abgeschlossene Fachkunde oder Weiterbildung vorliegt. Zudem werden durch die Neufassung die bestehenden Transparenzregelungen gemäß § 117 Absatz 3 c für Weiterbildungseinrichtungen ausgehebelt; eine Darstellung der Weiterbildungsangebote und des weitergegebenen Vergütungsanteils entfällt damit.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 19 – § 136 Absatz 3

A) Beabsichtigte Neuregelung

a) Folgeänderung zu Nr. 10j) §92 Abs. 7 h (neu)

b) Die Beteiligungsrechte zu den Qualitätssicherungs-Richtlinien des G-BA werden für die Berufsorganisationen der Pflegeberufe gestrichen und für die Hebammen-Verbände erweitert, soweit die Berufsausübung der Hebammen berührt ist. Dazu gehört das Mitberatungsrecht in den Gremien des G-BA.

B) Stellungnahme

Siehe Stellungnahme zu Nr. 10 a)

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 20 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 20 – § 136 b

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nr. 14 j) nach der den Berufsorganisationen der Pflegeberufe ein Antrags- und Mitberatungsrecht bei den Richtlinien und Beschlüssen über die Qualitätssicherung sowie bei weiteren Aufgabenbereichen des G-BA, die die Berufsausübung der Pflegeberufe betreffen, eingeräumt wird.

B) Stellungnahme

Siehe Stellungnahme zu Nr. 10h).

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 21 – § 137f - Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

A) Beabsichtigte Neuregelung

In § 137f Absatz 1 SGB V soll ergänzt werden, dass der G-BA die Erarbeitung und Aktualisierung von Richtlinien nach §137f Absatz 2 innerhalb von zwei Jahren abschließt.

B) Stellungnahme

Hinsichtlich der Frage, ob die neue Regelung nur für die Erstfassung einer Richtlinie oder auch für die Aktualisierung gilt, ist eine Klarstellung erfolgt. Der G-BA ist seiner Aufgabe der Aktualisierung bestehender DMP in der Vergangenheit immer in angemessenem Zeitraum nachgekommen. Eine Fristsetzung erscheint insofern nicht erforderlich und zielführend.

C) Änderungsvorschlag

Der in § 137f Absatz 1 angefügte Satz wird wie folgt gefasst:

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Erstfassung einer Richtlinie nach Absatz 2 für die Behandlung einer Krankheit **~~und deren Aktualisierungen~~** innerhalb von zwei Jahren nach Einleitung des jeweiligen Beratungsverfahrens zu beschließen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 22 – § 140f Absatz 2

A) Beabsichtigte Neuregelung

25 a) Es handelt sich um eine Klarstellung, dass die Patientenvertretung ein Antragsrecht auch bei Beschlüssen zu den Richtlinien nach § 63 Abs. 3c Satz 3 und §136 c hat.

25 b) Die Patientenvertretung erhält ein Vetorecht, eine Beschlussfassung im Plenum einmalig zu verhindern, damit die G-BA-Gremien sich mit Bedenken oder Einwänden der Patientenvertretung nochmals auseinandersetzen müssen.

B) Stellungnahme

Zu a) Kein Stellungnahmebedarf.

Zu b) Mit dem Vetorecht der Patientenvertretung können Beratungsverfahren im G-BA zum Zeitpunkt der vorgesehenen Beschlussfassung - auch bei mehrheitlicher oder einstimmiger Zustimmung der Trägerorganisationen und der Unparteiischen – einmalig und vorübergehend aufgehalten werden. Bereits heute legt der G-BA großen Wert auf eine umfassende Einbeziehung der Perspektive der Patientenvertretung. Bedenken oder Einwände der Patientenvertretung werden in den die Beschlüsse vorbereitenden Arbeitsgruppen und Unterausschüssen ausführlich diskutiert und – im Fall eines auf Unterausschussebene nicht ausräumbaren Dissenses - auch im Plenum diskutiert und zu Protokoll genommen. Eine erneute und erzwungene Wiederholung der Plenumsabstimmung mit dem Ziel einer nochmaligen Auseinandersetzung mit den Bedenken oder Einwänden der Patientenvertretung würde inhaltlich wenig neue Erkenntnisse für die Beschlussfassung mit sich bringen. Bei Beschlüssen, die eine Umsetzung zu einem bestimmten Datum vorsehen, könnte das Veto sogar zu einer Verkürzung von erforderlichen Vorbereitungszeiten und zu Planungsunsicherheiten für die an der Umsetzung Beteiligten führen, weil für die Beschlussfassung immer zusätzliche Zeit für den Fall einer möglichen Hemmung durch die Patientenvertretung in der Beratungsplanung vorgesehen werden müsste.

Insbesondere in Bereichen mit engen Entscheidungsfristen, wie den Beschlüssen zur Arzneimittel-Nutzenbewertung, führt die Änderung, dass der Beschluss als nicht getroffen gilt, unvermeidlich zu einem nicht antizipierbaren Fristverzug und damit zu einer weiteren Erschwernis der personellen und zeitlichen Planung der nachgelagerten Erstattungsbetragsverhandlungen.

C) Änderungsvorschlag

Zu a) Keiner.

Zu b) Streichung.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23 a) – § 197a Abs. 1 SGB V (NEU)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Regelung wird insbesondere zur Unterstützung von kleineren Krankenkassen sichergestellt, dass zukünftig bei allen Landesverbänden Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen eingerichtet werden. Zwischen den Krankenkassen und ihren Landesverbänden ist im Interesse einer effektiven Fehlverhaltensbekämpfung eine Vereinbarung über die Aufgabenverteilung zu treffen.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung wird begrüßt. Damit werden die Schlussfolgerungen einer neuen kriminologischen Studie zur Effektivität kriminalpräventiver Maßnahmen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen am Beispiel der Fehlverhaltens-bekämpfungsstellen aufgegriffen, deren Durchführung sowohl der GKV-Spitzenverband als auch die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen umfangreich unterstützt haben (vgl. Reinelt-Broll, Kriminalpräventive Maßnahmen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Eine empirische Analyse ihrer Effektivität am Beispiel der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der Gesetzlichen Krankenkassen nach § 197a SGB V, 2021).

Die empirische Studie belegt, dass stärker aufgestellte Fehlverhaltensbekämpfungsstellen eine deutlich höhere Aufklärungs-, Strafverfolgungs- und Vermögensrückführungsquote erzielen. Diese Effektivitätssteigerung ist auf ein höheres Implementationsniveau in deren Organisationsstruktur zurückzuführen.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23 b) – § 197a Abs. 3 b Nr. 6 SGB V (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Erweiterung des Satzes 1 werden die datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen erweitert. Aufgrund des mit der Regelung des § 132l Abs. 7 SGB V eingeführten Informationsaustausches zwischen Krankenkassen und den für die infektionshygienische Überwachung des Infektionsschutzgesetzes zuständigen Gesundheitsämtern sowie aufgrund der mit der COVID 19-Pandemie teilweise verbundenen Abrechnungsverstöße von Testzentren werden nunmehr auch Gesundheitsämter, Heimaufsichten und nach Landesrecht zuständige Gesundheitsbehörden in die organisationsübergreifende Zusammenarbeit bei der Fehlverhaltensbekämpfung einbezogen.

Die Neufassung des Satzes 2 erweitert die Datenübermittlungsbefugnis zukünftig darüber hinaus auf sämtliche in Abs. 3b genannten Stellen.

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung wird ausdrücklich begrüßt. Sie entspricht wörtlich den Positionen und Forderungen des GKV-Spitzenverbandes in seinem aktuellen Bericht über Arbeit und Ergebnisse der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen im Berichtszeitraum 2020-2021. Die Regelung sollte jedoch über die Gesundheitsämter, Heimaufsichten und nach Landesrecht zuständigen Gesundheitsbehörden hinaus weitere Stellen einbeziehen.

Mit der Einführung der Regelung des § 197a Abs. 3b SGB V sollten seinerzeit datenschutzrechtliche Übermittlungsbefugnisse im Zusammenhang mit der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen gesondert klargestellt werden. Dadurch wurde früheren Erkenntnissen aus der Praxis der Fehlverhaltensbekämpfung der gesetzlichen Krankenkassen bereits Rechnung getragen.

Mit fortschreitender organisationsübergreifender Zusammenarbeit sind in der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen aber neue Rechtsunsicherheiten zutage getreten, denen durch eine weitergehende gesetzliche Klarstellung ebenfalls abgeholfen werden muss. Die Unsicherheiten betreffen typische Informationsflüsse zwischen Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu den Stellen, die für die Bekämpfung von Leistungsmissbrauch bei den Trägern der Sozialversicherung nach den SGB II, III, VI, VII und XII zuständig sind:

Leistungsmissbrauch in der gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI)

Gerade im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung treten mit weiter zunehmender Tendenz Fälle der unberechtigten Inanspruchnahme von Leistungen zu Tage, vor allem durch Manipulationen bei Anträgen auf Erwerbsminderungsrenten. Nach umfangreichen Ermittlungen der Strafverfolgungsbehörden konnte bei diesen Sachverhalten nicht nur gewerbsmäßiger Betrug zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung (DRV) nachgewiesen werden, sondern zugleich gewerbsmäßiger Betrug zu Lasten der Pflegekassen, etwa durch Manipulation von Anträgen auf

Pflegegeld sowie in der Folge Verhinderungspflege, vgl. beispielhaft LG Dortmund, Urt. v. 25.10.2019 – 43 KLS 18/18.

Die dabei entstandenen Millionenschäden unterstreichen die Notwendigkeit, dass die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen entsprechende Hinweise und personenbezogene Daten zukünftig auch an Stellen, die für die Bekämpfung von Leistungsmissbrauch bei den Trägern der Sozialversicherung nach den SGB VI zuständig sind, übermitteln müssen, da es für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Stelle erforderlich ist. Die datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen müssen deshalb für die gesetzliche Rentenversicherung explizit klargestellt werden.

Leistungsmissbrauch bei den Trägern der Sozialversicherung nach den SGB II und III

1. Scheinfirmen und Scheinarbeitsverhältnisse

Die Mitgliedkassen des GKV-Spitzenverbandes berichten von wiederkehrenden Hinweisen, wonach gezielt Scheinfirmen und Scheinarbeitsverhältnisse begründet und betrieben werden, um mittels fingierter, tatsächlich nicht bestehender Beschäftigungsverhältnisse in einem möglichst großen Umfang Sozialleistungen unterschiedlicher Art von den einzelnen Sozialleistungsträgern zu erlangen, ohne dass auf solche Leistungen ein Anspruch bestand. Auf diese Weise entstehen nicht nur den Krankenkassen, sondern auch der Bundesagentur für Arbeit und Jobcentern Millionenschäden.

Die in Rede stehenden Fallkonstellationen gehen regelmäßig dahin, in Scheinfirmen Personen als Arbeitnehmer anzustellen, indem mit diesen tatsächlich nicht bestehende Arbeitsverträge mit überhöhten Lohnentgelten geschlossen werden. Bei den Scheinarbeitnehmern handelt es sich zumeist um bereits längere Zeit arbeitssuchende Personen mit geringer Qualifikation. Handelt es sich um Langzeitarbeitslose, werden zusätzlich Eingliederungszuschüsse erschlichen. Darüber hinaus haben es die Täter typischerweise auf die unberechtigte Erlangung von Arbeitslosengeld I, Bürgergeld, Krankengeld und die Rückerstattung von Entgeltfortzahlungen im Krankheitsfall (Leistungen nach dem AAG) abgesehen, vgl. beispielhaft LG Berlin, Urt. v. 20.10.2020 – (512 KLs) 253 Js Js 116/21 (1/22) und LG Chemnitz, Urt. v. 30.06.2021 – 4 KLs 353 Js 19706/07.

Aus der spezifischen Perspektive der Krankenkassen fällt dabei ins Gewicht, dass sich die Scheinarbeitnehmer bereits kurz nach der angeblichen Arbeitsaufnahme arbeitsunfähig melden, mit der Folge, dass daraufhin Anträge auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall (Leistungen nach dem AAG) und schließlich Krankengeld gestellt werden. Tatsächlich waren die Scheinarbeitnehmer nicht erkrankt, oft wurden psychische Erkrankungen vorgeschoben. Als Nachweis für die angebliche Gehaltszahlung werden manipulierte Entgeltabrechnungen und Lohnsteuerbescheide vorgelegt.

2. Verhinderungspflege (§ 39 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGB XI)

Ferner berichten die Mitgliedkassen des GKV-Spitzenverbandes, dass zunehmend Anträge von Versicherten auf Erstattungsleistungen aus der Pflegeversicherung auffallen, die den Charakter eines gewerbs- und bandenmäßigen Betrugs haben, teilweise sogar der organisierten Kriminalität zugeordnet werden müssen. Auch dieser Sozialleistungsmissbrauch betrifft nicht nur Pflegekassen, sondern auch andere Sozialversicherungsträger.

Im Zusammenhang mit der Prüfung von Anträgen auf Erstattung der Kosten einer notwendigen Ersatzpflege (§ 39 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGB XI) falle zunehmend auf, dass bestimmte Personen mehrmals jährlich als Ersatzpflegeperson benannt wurden und dann auch mehrmals Höchstbeträge i. H. von jeweils 2.418,00 Euro ausgezahlt bekommen haben.

Teilweise will die gleiche Ersatzpflegeperson im laufenden Kalenderjahr bei bis zu neun verschiedenen Versicherten tätig gewesen sein. In so einem Fall waren Leistungen in Höhe von über 21.500 Euro auszuzahlen. Da die betreffende Ersatzpflegeperson typischerweise nicht bei der Kasse des Pflegebedürftigen versichert ist, konnte nur im Rahmen der proaktiven Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen nach § 197a Abs. 3a) SGB V festgestellt werden, dass diese Ersatzpflegeperson als Bürgergeldempfangende (SGB II) bei einer anderen Kasse versichert ist. Das privatrechtliche Entgelt für eine Verhinderungspflege wäre folglich als Einkommen nach § 11 SGB II anzurechnen. Ob und in welcher Höhe die Ersatzpflegeperson diese Einnahmen aus der erbrachten Verhinderungspflege aber beim Leistungsträger der SGB II-Bezüge angegeben hat, ist für die Krankenkasse nicht nachprüfbar.

Die wiederkehrenden Fallgestaltungen betreffen gleichermaßen Anträge auf Betreuungsleistungen nach § 45a SGB XI oder Haushaltshilfe nach § 38 SGB V, in denen die Leistungen von Freunden, Nachbarn oder Verwandten übernommen werden, die ihrerseits Leistungen nach dem SGB II oder SGB III beziehen.

Die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der Kassen sollten entsprechende Hinweise und personenbezogene Daten zukünftig auf einer gesicherten Rechtsgrundlage auch an Stellen, die für die Bekämpfung von Leistungsmissbrauch bei den Trägern der Sozialversicherung nach den SGB II und III zuständig sind, übermitteln können, da es für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Stelle erforderlich ist. Auf diese Weise könnten zukünftig hohe Schäden zu Lasten der Sozialversicherungsträger frühzeitig verhindert werden.

C) Änderungsvorschlag

Art. 1 Nr. 23 Buchstabe b), Doppelbuchstabe aa), Dreifachbuchstabe ccc) wird wie folgt gefasst:

„Nach Nummer 6 wird die folgende Nummer 7 angefügt:

7. die Stellen, die für die Bekämpfung von Leistungsmissbrauch bei den Trägern der Sozialversicherung nach den SGB II, III, VI, VII und XII zuständig sind.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23c – § 197a Abs. 3 c SGB V (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung
Mit der Neuregelung wird klargestellt, dass die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen Abrechnungsdaten zukünftig nicht nur bilateral untereinander austauschen, sondern auch zentral an einer Stelle kassenübergreifend zusammenführen dürfen, um datengestützte Verfahren zur Erkennung von Mustern zu entwickeln, die auf Fehlverhalten hindeuten.

B) Stellungnahme
Die beabsichtigte Neuregelung wird ausdrücklich begrüßt. Mit der klarstellenden Erweiterung der gesetzlichen Verarbeitungsgrundlage werden die entsprechenden Schlussfolgerungen aus mehreren Pilotprojekten ausgewählter Mitgliedskassen des GKV-Spitzenverbandes umgesetzt, die im Digitalausschusses im Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) beraten, anschließend im Rahmen des regelmäßigen Erfahrungsaustausches des GKV-Spitzenverbandes gem. § 197a Abs. 3 SGB V im Jahre 2021 vorgestellt und diskutiert und schließlich im Internetauftritt des Digitalausschuss des BAS veröffentlicht wurden (Stand: 10.12.2021).

Gerade den kleineren Kassen fehlt es bislang an einer ausreichenden eigenen Datenbasis, um Fehlverhalten systematisch anhand vorhandener elektronischer Abrechnungsdaten aufdecken bzw. verhindern zu können. Die derzeitige Verfahrensweise der Fehlverhaltens-bekämpfungsstellen ist deshalb noch zu einem Großteil von externen Hinweisen Dritter und der Verfolgung von Einzelfällen geprägt. Zukünftig kann die ggf. KI-gestützte Verarbeitung aus den kassenübergreifend zusammengeführten Abrechnungsdaten Verdachtsmuster analysieren, die auf Basis der eigenen Datenbestände nicht erkennbar sind. Damit wird die Möglichkeit geschaffen, den bestehenden Verarbeitungsansatz grundlegend zu verändern und zu einer neuen Qualität und Quantität der Fehlverhaltensbekämpfung zu führen.

C) Änderungsvorschlag
Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23d – § 197a Abs. 7 SGB V (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung beinhaltet einen Auftrag an den GKV-Spitzenverband, dem BMG ein umsetzungsfähiges Konzept zum Aufbau einer zentralen bundesweiten Datenbank vorzulegen, die den Krankenkassen Hinweise über Sachverhalte oder Auffälligkeiten gibt, die auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen hindeuten (Betrugspräventionsdatenbank). Zur Entwicklung des Konzepts dieser Betrugspräventionsdatenbank hat der GKV-Spitzenverband ein externes Gutachten zu vergeben. Die Neuregelung enthält einen Katalog wesentlicher Inhalte, die das vorzulegende Konzept zu umfassen hat (vgl. Ziffern 1 bis 4).

B) Stellungnahme

Die beabsichtigte Neuregelung wird ausdrücklich begrüßt. Die Schaffung der gesetzlichen Rechtsgrundlage einer GKV-Betrugspräventionsdatenbank ist eine langjährige Forderung des GKV-Spitzenverbandes.

Die Datenschutz-Aufsichtsbehörden vertreten inzwischen zwar mehrheitlich die Auffassung, dass solche Betrugspräventionssysteme („fraud pools“) in der Privatwirtschaft datenschutzrechtlich zulässig sind. Die datenschutzrechtliche Rechtsgrundlage kann in Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. f DS-GVO gesehen werden.

Zum Aufbau und Betrieb einer GKV-Betrugspräventionsdatenbank bestehen demgegenüber aber noch datenschutzrechtliche Hindernisse, da der GKV-Spitzenverband als Körperschaft öffentlichen Rechts schon wegen Art. 6 Abs. 1 S. 2 DS-GVO keine Verarbeitung personenbezogener Daten aufgrund berechtigter Interessen vornehmen darf. Hierzu werden von dem vorgenannten Gutachten entsprechende Hinweise für eine rechtssichere Umsetzung erwartet.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 24 – § 217f SGB V - Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-Spitzenverband soll innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes in einer Richtlinie verbindliche Vorgaben für die einheitliche Erhebung und Veröffentlichung von Kennzahlen zur Leistungstransparenz und zur Servicequalität der einzelnen Krankenkassen festlegen.

Der GKV-Spitzenverband soll verbindliche Vorgaben für die jährliche Übermittlung der Daten von den Krankenkassen an den GKV-Spitzenverband festlegen, für die definierten Kennzahlen zu Leistungsanträgen, Widersprüchen und Klagen den jeweiligen statistischen Mittelwert über sämtliche Krankenkassen sowie die jeweilige Spanne zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Wert der Krankenkassen ermitteln und die Daten der Krankenkassen sowie die ermittelten Informationen jährlich, erstmals für das Berichtsjahr 2025, auf einer digitalen und interaktiven Plattform mit Vergleichsmöglichkeiten für die Versicherten veröffentlichen. Drei Jahre nach erstmaliger Veröffentlichung ist ein externer Evaluationsbericht vorzulegen.

B) Stellungnahme

Vorbemerkungen

Der GKV-Spitzenverband hat nach § 217f Abs. 4 SGB V Entscheidungen zur Organisation des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs der Krankenkassen, insbesondere zu dem Erlass von Rahmenrichtlinien für den Aufbau und die Durchführung eines zielorientierten Benchmarkings der Leistungs- und Qualitätsdaten zu treffen. Vor diesem Hintergrund hat der GKV-Spitzenverband nach Beratungen in seinen Gremien mit dem Empfehlungspapier „Service- und Versorgungsqualität der Kranken- und Pflegekassen; Gemeinsame Empfehlungen zu Grundlagen von Transparenzberichten“ vom 07.12.2022 einheitliche definitorische und methodische Grundlagen für ausgewählte Kennzahlen entwickelt. Den Kranken- und Pflegekassen wurde empfohlen, die Veröffentlichung von Transparenzberichten zur Service- und Versorgungsqualität als Standard aller Kranken- und Pflegekassen vorzusehen und bei der Ausgestaltung der Berichte die Gemeinsamen Empfehlungen vom 07.12.2022 zugrunde zu legen.

Die Gemeinsamen Empfehlungen enthalten definitorische und methodische Grundlagen für über 50 Kennzahlen sowie weitergehende Bewertungen und Empfehlungen für die Darstellung von Aspekten der Servicequalität, Kundenzufriedenheit sowie besonderer Beratungs-, Versorgungs- und Unterstützungsangebote für Versicherte in den Transparenzberichten. Darüber hinaus ist in den Gemeinsamen Empfehlungen bereits deren inhaltliche Weiterentwicklung angelegt. So wird festgestellt, dass „in den Beratungen weitergehende grundsätzlich kennzahlfähige Leistungsbereiche und Ansätze für weitere mögliche Differenzierungen der Darstellungen identifiziert wurden, die unter Berücksichtigung notwendiger Vorlaufzeiten als umsetzbar eingeschätzt werden und damit perspektivisch Gegenstand von weiterentwickelten Gemeinsamen Empfehlungen sein könnten. Vor diesem Hintergrund werden die übergreifenden Beratungen unter Berücksichtigung der Erfahrungen mit der Umsetzung dieser Gemeinsamen Empfehlungen fortgesetzt.“

Die Gemeinsamen Empfehlungen wurden zur Umsetzung im Jahr 2023 (Berichtsjahr 2022) empfohlen; sofern dies Kranken- und Pflegekassen für einzelne Kennzahlen aufgrund fehlender Datenverfügbarkeit nicht möglich ist, sollte die Umsetzung insoweit spätestens für das Berichtsjahr 2023 erfolgen.

Auf diesen Grundlagen stellen Kranken- und Pflegekassen bereits aktuell sehr weitgehend Leistungs- und Servicedaten öffentlich verfügbar bereit bzw. bereiten solche Veröffentlichungen vor. Den Versicherten der Kranken- und Pflegekassen stehen damit für sie relevante Informationen zur Verfügung. Auf Seiten der GKV liegen keinerlei Hinweise darauf vor, dass die Versicherten der Kranken- und Pflegekassen über die in den verfügbaren Transparenzberichten enthaltenen Informationen hinaus weitere Informationsbedarfe haben.

Im Ergebnis folgen die dargestellten Entwicklungen zur Schaffung einheitlicher Grundlagen in Form von gemeinsamen Empfehlungen zur Umsetzung durch die Kranken- und Pflegekassen, die einerseits gewisse Mindeststandards zur Sicherung der Vergleichbarkeit der Kennzahlen setzen, andererseits aber den Kranken- und Pflegekassen den notwendigen Spielraum belassen, ggf. in die jeweilige Kommunikationsstrategie eingebettet auch weitergehende Darstellungen vorzunehmen, der gesetzlich intendierten Rolle und Funktion des GKV-Spitzenverbandes. Als Verband mit Aufgaben im wettbewerbsneutralen Bereich gestaltet er im Rahmen seiner gesetzlichen Aufgaben grundlegende Strukturen der Versorgung und unterstützt die Kranken- und Pflegekassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben. Mit der Rahmengebung für die Aufgabenwahrnehmung durch die Kranken- und Pflegekassen trägt er zur einheitlichen Umsetzung bei, ohne dabei jedoch die kassenindividuelle Ausgestaltung des politisch gewollten Wettbewerbs zu limitieren.

Stellungnahme

Mit dem vorgelegten Gesetzentwurf würde die Rolle und Funktion des GKV-Spitzenverbandes als wettbewerbsneutraler Verband der gesetzlichen Krankenversicherung im Vergleich zum Status quo verändert werden. Mit der vorgesehenen verbindlichen Festlegung von Leistungs- und Qualitätsdaten, die umfassend die Verwaltungs- und Servicequalität der Krankenkassen abbilden sollen, deren Aufbereitung und frei verfügbaren vergleichenden Veröffentlichung im Internet soll der GKV-Spitzenverband erstmals Instrumente entwickeln, mit denen unmittelbar in den Wettbewerb der Krankenkassen eingewirkt werden kann. Dies geht qualitativ über den in der Vorbemerkung dargestellten und in der Kassenpraxis umgesetzten Ansatz zur Herstellung von Transparenz auf Basis einer Rahmenvorgabe durch den GKV-Spitzenverband hinaus, ohne dass ersichtlich ist, dass von Seiten der Versicherten die durch die Krankenkassen bisher hergestellte Transparenz als unzureichend eingeschätzt wird. Vor diesem Hintergrund wird die im Gesetzentwurf vorgesehene Erweiterung der Aufgabenstellung des GKV-Spitzenverbandes im Sinne einer abschließenden Richtlinienkompetenz als nicht erforderlich und mit Blick auf die Veröffentlichungspflicht auf einem Vergleichsportal als inkonsistent zur Aufgaben- und Kompetenzstruktur innerhalb des GKV-Systems eingeschätzt.

Sofern dennoch an den Intentionen des Gesetzentwurfs festgehalten wird, werden die darin vorgesehenen Regelungen wie folgt bewertet:

Kennzahlen zur Leistungstransparenz

Die in § 217f Abs. 4 SGB V (neu) vorgesehenen Kennzahlen zur Leistungstransparenz umfassen mit der Ausweisung der Anzahl von Leistungsanträgen, deren Erledigung in Form von Bewilligung und Ablehnung, von Widersprüchen und Klagen im Grundsatz die Kennzahlbereiche, die auch bereits Gegenstand von Kennzahlen im Rahmen der unter der Vorbemerkung dargestellten Gemeinsamen Empfehlungen der GKV sind. Der insoweit in der Begründung zum Gesetzentwurf enthaltenen Einordnung, dass insbesondere Leistungsbereiche aufgenommen werden sollen, in denen Krankenkassen Entscheidungsmöglichkeiten zu Leistungsanträgen ihrer Versicherten besitzen und dass dies insbesondere in den Leistungsbereichen Hilfsmittel, Rehabilitation und Zahnersatz der Fall ist, ist zuzustimmen. Auch der in dieser „Insbesondere"-Darstellung und der weiteren Darstellung, wonach „eine weitere Differenzierung nach Unterbereichen oder nach einzelnen, für Versicherte besonders relevanten Leistungen durch den GKV-Spitzenverband vorgegeben werden kann", zum Ausdruck kommende Gestaltungsspielraum hinsichtlich eines schrittweisen Aufbaus des Kennzahlsystems und deren Differenzierung ist sachgerecht und bestätigt das Vorgehen bei den Beratungen zu den o. g. Gemeinsamen Empfehlungen. Bei den Weiterentwicklungen wird bezogen auf den jeweils einzelnen Kennzahlbereich abzuwägen sein, welcher Aufwand mit der digitalen Erfassung von Verwaltungsprozessen zur Ermittlung der Kennzahl auf der einen Seite entsteht und welche Aussagekraft bzw. Relevanz die Kennzahl im Hinblick auf den Gesamtkontext auf der anderen Seite hat.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Darstellung auch der durchschnittlichen Bearbeitungsdauer relevanter Anträge (§ 217f Abs. 4 Satz 4 Nr. 2 SGB V n.F.) folgt im Ergebnis der Einschätzung im GKV-internen Beratungsprozess zu den Gemeinsamen Empfehlungen, dass dies als Kenngröße zu betrachten ist, die aus der Perspektive der Versicherten relevant sein kann. Aufgrund der Komplexität der abzubildenden Sachverhalte und der nicht durchgängig vorhandenen Datenverfügbarkeit musste in den Gemeinsamen Empfehlungen jedoch zunächst auf die Angabe von Bearbeitungslaufzeiten als gemeinsam definierter Mindeststandard der ausgewählten Kennzahlen verzichtet werden. Bei der Entwicklung von entsprechenden Kennzahlen sind von daher angemessene Vorlaufzeiten zu berücksichtigen (s. dazu unter Umsetzungsfristen).

Die in § 217f Abs. 4 Satz 4 Nr. 4 SGB V n.F. vorgesehene verpflichtende Darstellung auch von Bearbeitungsdauern für Widersprüche sollte gestrichen und damit der Entscheidungskompetenz des Richtliniengebers überlassen bleiben. Insoweit ist zu berücksichtigen, dass Widerspruchsverfahren besonderen Anforderungen unterliegen, die die Aussagekraft dieser Kennzahl beeinträchtigen können.

Zu den in § 217f Abs. 4 Satz 4 Nr. 3 und 5 SGB V n.F. vorgesehenen Kennzahlen „Anzahl der Widersprüche" und „Anzahl der Klagen" ist die jeweils vorgesehene Darstellung der aus Sicht der Leistungsberechtigten erfolgreichen Widersprüche und Klagen differenziert nach Leistungsbereichen nachvollziehbar. Die weiteren vorgesehenen Darstellungen im Verhältnis zu Anträgen/eingelegten Widersprüchen bzw. eingelegen Widersprüchen/erhobenen Klagen sollten als verpflichtende Angaben gestrichen und damit der Festlegung durch den Richtliniengeber überlassen bleiben, zumal die Aussagekraft insbesondere bei den Klagen aufgrund der oftmals langjährigen Klageverfahren begrenzt ist.

Nach § 217f Abs. 4 Satz 5 und 6 SGB V n.F. ist bei der Festlegung der Vorgaben für die einheitliche Erhebung und Veröffentlichung von Kennzahlen zur Leistungstransparenz und zur Servicequalität für die Leistungsbereiche der Rehabilitation und Teilhabe der einzelnen Krankenkassen die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. einzubeziehen, um die Vorgaben der Richtlinie mit

den für den Teilhabeverfahrensbericht nach § 41 Absatz 1 SGB IX zu erfassenden Angaben und den Verfahren zur Erfassung dieser Angaben abzustimmen. Die damit ausweislich der Gesetzesbegründung verfolgte Zielsetzung, Parallelstrukturen zu vermeiden und Vergleichbarkeiten sicherzustellen, kann im Grundsatz nachvollzogen werden; einer Abstimmung mit der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. – in der die GKV vertreten ist und somit an der Entwicklung der Variablenbeschreibungen beteiligt war – bedarf es insoweit jedoch nicht.

Zum einen ist zu berücksichtigen, dass die Zielsetzungen des Teilhabeverfahrensberichtes einerseits und der Kennzahlentwicklung und Veröffentlichung nach § 217f Abs. 4 SGB V n.F. andererseits unterschiedlich sind. Der Teilhabeverfahrensbericht soll im Wesentlichen Erkenntnisse zu der Frage liefern, ob und wie die mit der Novellierung des SGB IX (gesetzlich) vorgegebenen neuen Koordinierungs- und Verfahrensabläufe in der (Reha-)Praxis Anwendung finden und damit eine Grundlage für einen trägerübergreifenden Austausch über ggf. anzupassende Verfahrensgrundlagen schaffen. Diesem Zweck folgen die dem Teilhabeverfahrensbericht zugrundeliegenden Variablenbeschreibungen und tragen insoweit auch den jeweiligen Spezifika der unterschiedlichen Rehabilitationsträger (§ 6 SGB IX) Rechnung. Transparenz über Leistungs- und Servicekennzahlen einzelner Rehabilitationsträger - und damit auch der Krankenkassen in der Funktion als Rehabilitationsträger - im Sinne eines Benchmarkings verschafft der Teilhabeverfahrensbericht vor diesem Hintergrund zu Recht nicht; Letzteres ist aber die zentrale und damit von der Intention des Teilhabeverfahrensberichtes abweichende Zielsetzung der Richtlinie nach § 217f Abs. 4 SGB V n.F..

Zum anderen ist zu berücksichtigen, dass im Bereich der GKV mit der „Statistik KG 5, Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen“ eine sehr differenzierte amtliche Statistik zum Antrags- und Bewilligungsgeschehen im Bereich der Rehabilitation vorliegt, an die bereits die unter den Vorbemerkungen dargestellten Gemeinsamen Empfehlungen der GKV mit dem Ziel der Aufwandsminimierung in Bezug auf die Datendefinitionen und Berechnungsgrundlagen anknüpfen. Von daher sind die Prozesse in der GKV bereits mit Blick auf die notwendigen Datenlieferungen für die amtlichen Statistiken einerseits und den Teilhabeverfahrensbericht andererseits auf Verknüpfungen mit bestehenden Regelwerken ausgerichtet. Eines zusätzlichen Verfahrensschrittes durch Beteiligung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. bedarf es von daher nicht, zumal die Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 217f Abs. 4 Satz 2 SGB V n.F. der Genehmigung durch das BMG bedarf.

Die vorgesehenen Regelungen des § 217f Abs. 4 Satz 5 und 6 SGB V n.F. sollten deshalb gestrichen werden; sofern Hinweise auf Schnittmengen mit der amtlichen Statistik KG 5 und den Datenlieferungen zum Teilhabeverfahrensbericht für erforderlich gehalten werden, könnten klarstellende Ausführungen in der Gesetzesbegründung erfolgen.

<u>Kennzahlen zur Qualität von Beratungs- und Unterstützungsangeboten</u>

Bei den in § 217f Abs. 4 Satz 4 Nr. 6 SGB V n.F. vorgesehenen Kennzahlen handelt es sich um differenzierte Kennzahlen zum Servicebereich der Krankenkassen. In den Beratungen zu den unter den Vorbemerkungen dargestellten Gemeinsamen Empfehlungen der GKV wurde intensiv über die Kennzahlfähigkeit der Angebote und Strukturen in diesem Bereich insbesondere unter dem Aspekt der Vergleichbarkeit beraten. Im Ergebnis wurde insoweit „lediglich“ die Kennzahlfähigkeit des Bereichs

Patientensicherheit unter dem Aspekt der Unterstützung der Versicherten bei Behandlungs- und Pflegefehlern festgestellt.

Aktuell veröffentlichte Transparenzberichte von Krankenkassen enthalten regelhaft zwar auch Ausführungen insbesondere zur Servicequalität, Kundenzufriedenheit sowie zu besonderen Beratungs-, Versorgungs- und Unterstützungsangeboten für Versicherte. Die Ausgestaltung der Rahmenbedingungen, die bei der Bewertung dieser Aspekte von zentraler Bedeutung sind, liegt jedoch sehr weitgehend im Gestaltungsspielraum der Krankenkassen und ist nicht selten auch Folge bewusst getroffener Unternehmensentscheidungen im Wettbewerb unter Berücksichtigung unterschiedlichster Gesichtspunkte (z. B. Versichertenstruktur, Zielgruppen, regionale/überregionale Verankerung, Leitbild und strategische Ausrichtung), sodass eine Ausweisung als Kennzahl, die als Messgröße für eine vergleichende Bewertung herangezogen werden kann, nicht sachgerecht wäre.

Die Gemeinsamen Empfehlungen berücksichtigen diese Limitierungen, indem sie den Krankenkassen für die Gestaltung ihrer individuellen Transparenzberichte folgende Handlungsempfehlungen in Bezug auf nicht kennzahlfähige Bereiche geben:

- Die **Erreichbarkeit der Krankenkassen** für ihre Versicherten ist aus der Kundenperspektive ein besonders relevanter Aspekt der Servicequalität. Entsprechende Ausführungen sollten deshalb Bestandteil von Transparenzberichten sein.
- Aus der Perspektive der Versicherten können Hinweise zum Verfahren eines **Beschwerdemanagements** der Krankenkasse von Relevanz sein. Entsprechende Ausführungen sollten deshalb Bestandteil von Transparenzberichten sein.
- Aus der Perspektive der Versicherten können Ergebnisse aus Kundenbefragungen und spezifische Erkenntnisse zur **Kundenzufriedenheit** (z. B. zur gemessenen Servicequalität, „Kanalqualität“, Weiterempfehlungswahrscheinlichkeit) von Relevanz sein. Es kommen hier sowohl die Ergebnisse externer Marktforschungsinstitute als auch kasseneigene Befragungsergebnisse in Betracht. Sofern Krankenkassen Angaben zur Kundenzufriedenheit in ihre Transparenzberichte aufnehmen, sollte die erhebende Stelle (intern, extern, ggf. Marktforschungsinstitut) angegeben werden.
- Ob Ausführungen zu besonderen **Beratungs-, Versorgungs- und Unterstützungsangeboten für Versicherte** Gegenstand eines Transparenzberichtes der Krankenkasse sind oder für die Versicherten über andere Informationsquellen und Instrumente verfügbar gemacht werden, ist im Rahmen der jeweiligen Kommunikationsstrategie der Krankenkasse zu entscheiden.

Die Ausführungen in der Begründung zum Gesetzentwurf unterstreichen im Ergebnis die vorgenannten Bewertungen, da sie eindeutig die qualitativen Unterschiede zu den Kennzahlen in § 217f Abs. 4 Satz 4 Nr. 1 bis 5 SGB V n.F. erkennen lassen und damit die fehlende Kennzahlfähigkeit bestätigen. Dies wird insbesondere an folgenden Aussagen in der Begründung deutlich.

- Die Abbildung der zeitlichen Erreichbarkeit der Krankenkassen wird als Merkmal zwar erwähnt, es erfolgt aber keinerlei Hinweis, wie dies in einer vergleichenden Kennzahl mit Aussagewert für die Versicherten dargestellt werden könnte.

- In Bezug auf die Qualität der Beratungs- und Unterstützungsangebote zum Antragsprozess im Leistungsgeschehen wird ausgeführt, dass insoweit „beispielsweise die Anzahl entsprechend qualifizierter Ansprechpartner im Leistungsbereich einer Krankenkasse je 100.000 Versicherte“ sowie „die Angabe relevant sein kann, wie häufig Mitarbeitende im jeweiligen Leistungsbereich geschult werden, um stets aktuelle Kenntnisse über die jeweils geltende Rechtslage zu besitzen“. Diese Ausführungen vernachlässigen Unterschiede bei der Aufbau- und Ablauforganisation der Krankenkassen, den gesetzlich und untergesetzlich festgelegten Antragsprozessen in den jeweiligen Leistungsbereichen sowie bei den Beratungs- und Unterstützungsbedarfen der Versicherten, die den Aussagewert der genannten Parameter beeinflussen und damit der Kennzahlfähigkeit entgegenstehen.
- Zum Beschwerdemanagement wird zutreffend ausgeführt, dass „der Umgang mit Beschwerden immer auch ein wichtiges Qualitätssicherungsinstrument einer Krankenkasse darstellen kann. Transparenz hierüber könnten beispielsweise Informationen zur Prozess- und Strukturqualität, aber auch zu den Ergebnissen von Beschwerden und ihrer Bearbeitung herstellen“. Diese Ausführungen verdeutlichen, dass komplexe Verfahren der Prozess- und Strukturqualität unter Berücksichtigung der jeweiligen „Beschwerdekultur“ einer Krankenkasse zu bewerten wären. Es ist nicht ersichtlich, wie dies in einer Kennzahl, die den Versicherten einen aussagefähigen Vergleich ermöglichen würde, dargestellt werden könnte.

Im Ergebnis sollten die vorgesehenen Regelungen in § 217f Abs. 4 Satz 4 Nr. 6 Buchstaben a) und b) SGB V n.F. gestrichen werden.

Kennzahlen zum Stand der Digitalisierung

Die in § 217f Abs. 4 Satz 4 Nr. 7 SGB V n.F. vorgesehenen Kennzahlen zum Stand der Digitalisierung der Krankenkassen sowie der Nutzung der digitalen Leistungen der Krankenkassen durch die Versicherten in Bezug auf die Ausstattung der Versicherten mit der elektronischen Gesundheitskarte mit einer kontaktlosen Schnittstelle und mit deren persönlicher Identifikationsnummer, die Nutzung der elektronischen Patientenakte nach § 341 SGB V sowie die Bereitstellung der sicheren digitalen Identitäten nach § 291 Absatz 8 SGB V und ihre Nutzung durch die Versicherten wären mit erheblichem Aufwand grundsätzlich darstellbar. Sie werfen jedoch die Frage auf, ob insoweit ein dauerhaftes reales Erkenntnisinteresse von einzelnen Versicherten besteht, das den Aufwand bis hin zur Darstellung in einem Versichertenportal rechtfertigt. So stellt sich aus der Versichertenperspektive z. B. im Hinblick auf die ePA die Frage, welche Erkenntnis sich für einzelne Versicherte aus einem - den unterschiedlichsten Aspekten und Einflüssen unterliegendem – diesbezüglichen Nutzungsverhalten der Gesamtheit der Versicherten einer Krankenkasse ableiten lässt. Nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes dürfte – gestützt auf Aussagen in der Begründung zum Gesetzentwurf - eher ein temporäres, übergreifend strategisches und in erster Linie auch politisches Interesse an entsprechenden Daten bestehen. Dies rechtfertigt jedoch nicht den Einbezug in die vorgesehene Richtlinie, sodass § 217f Abs. 4 Satz 4 Nr. 7 SGB V n.F. gestrichen werden sollte.

Veröffentlichung, Evaluation und Umsetzungsfristen

Abhängig von der Bewertung und ggf. Umsetzung der vorgenannten Aspekte im weiteren Gesetzgebungsverfahren werden die

- Anforderungen an die Auswertung von Mittelwerten, der Spanne zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Wert der Kennzahlen der Krankenkassen sowie die vorgesehene Veröffentlichung der Daten auf einer digitalen und interaktiven Plattform,
- Anforderungen und Zielsetzungen der Verpflichtung zur externen Evaluation und
- jeweiligen Umsetzungsfristen

zu bewerten sein. Sofern im Wesentlichen an den Regelungen des Gesetzentwurfs festgehalten wird, sind die Umsetzungsfristen unrealistisch knapp bemessen. Dies gilt sowohl für die Fertigstellung der Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes als auch für die erstmalige Veröffentlichung der Daten auf der vorgesehenen Plattform für das Berichtsjahr 2025. Die erstmalige Veröffentlichung dürfte auch vor dem Hintergrund, dass für entsprechende Datenerhebungen ein ausreichender zeitlicher Vorlauf für ggf. erforderliche Programmierungen in den Kassensystemen nach Vorlage der Richtlinie eingeplant werden muss, frühestens für das Berichtsjahr 2026 möglich sein.

Berücksichtigung des Sondersystems der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

Nach den Ausführungen in der Begründung zum Gesetzentwurf soll durch eine einheitliche und verbindliche Festlegung von zu veröffentlichenden Kennzahlen und Informationen die Vergleichbarkeit zwischen den Kranken- und Pflegekassen bundesweit gewährleistet und so der Qualitätswettbewerb zwischen den Kranken- und Pflegekassen gestärkt werden. Diesem Wettbewerb unterliegt die SVLFG als Sondersystem nicht; sowohl aus dieser Sonderstellung als auch aus besonderen rechtlichen Regelungen würde sich in Bezug auf die landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK) die Notwendigkeit zusätzlicher Einordnungen und Kommentierungen der Kennzahlen ergeben, sodass die LKK entweder von der Regelung des § 217f Abs. 4 SGB V n.F. ausgenommen oder in der gesetzlichen Richtlinienkompetenz zum Ausdruck gebracht werden sollte, dass die Besonderheiten der LKK zu berücksichtigen sind.

C) Änderungsvorschlag

Wie im Abschnitt Stellungnahme mit detaillierten Bewertungen dargestellt, wird die vorgesehene Erweiterung des aktuellen gesetzlichen Auftrages des GKV-Spitzenverbandes nach § 217f Abs. 4 SGB V hin zu einer Richtlinienkompetenz mit abschließendem Regelungsauftrag vor dem Hintergrund der bereits mit dem Empfehlungspapier „Service- und Versorgungsqualität der Kranken- und Pflegekassen; Gemeinsame Empfehlungen zu Grundlagen von Transparenzberichten“ vom 07.12.2022 umgesetzten Aktivitäten als nicht erforderlich und die Veröffentlichungspflicht auf einem Vergleichsportal als inkonsistent zur Aufgaben- und Kompetenzstruktur innerhalb des GKV-Systems bewertet.

Sofern an der vorgesehenen Erweiterung der Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes dennoch festgehalten wird, sind folgende Änderungen erforderlich:

In Artikel 1 Nr. 24 Buchstabe b) wird Absatz 4 wie folgt geändert:

1. In Satz 4 wird der Klammerzusatz wie folgt gefasst:

   „[einsetzen: Datum ~~sechs~~ **zwölf** Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 7]“

2. In Satz 4, 2. Teilsatz, werden

- Nr. 4 gestrichen,
- Nr. 5 wie folgt gefasst „die Anzahl der Klagen gegen Leistungsentscheidungen ~~im Verhältnis zur Anzahl der insgesamt erhobenen Widersprüche~~ und die Anzahl der Klagen, denen teilweise oder vollumfänglich stattgegeben wurde, im Verhältnis **zu einem jeweils in der Richtlinie festzulegenden Basiswert** ~~zur Anzahl der insgesamt erhobenen Klagen,~~ jeweils differenziert nach den für die in Nummer 1 genannte Differenzierung verwendeten Leistungsbereichen
- Nr. 6 wie folgt gefasst „die ~~Qualität von~~ Beratungs- und Unterstützungsangebote~~n~~ der Krankenkassen~~, insbesondere die Qualität~~
  ~~a) des Prozesses bei der Bearbeitung von Leistungsanträgen,~~
  ~~b) des Beschwerdemanagements und~~
  ~~c) der~~ zur Förderung der Patientensicherheit
- Nr. 7 gestrichen.

3. Die Sätze 5 und 6 werden gestrichen
4. Im (bisher vorgesehenen) Satz 11 wird die Angabe „2025“ durch die Angabe „2026“ ersetzt.
5. Regelungen zur Berücksichtigung des Sondersystems der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 25 – § 226 - Beitragspflichtige Einnahmen während eines Freiwilligendienstes

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung des § 226 SGB V um den neuen Absatz 6 werden die Waisenrente oder entsprechende Hinterbliebenenversorgungsleistungen auch während der Ableistung eines Freiwilligendienstes für Dienstleistende bis zum 25. Lebensjahr beitragsfrei gestellt.

B) Stellungnahme

Gegen die Neuregelung bestehen keine Einwände. Die Regelung vervollständigt vielmehr das Regelungskonzept, wonach die besondere Lebens- und Einkommenssituation von Waisenrentnern es rechtfertigt, sie von der Beitragspflicht aufgrund des Waisenrentenbezugs freizustellen, solange sie minderjährig oder nicht erwerbstätig sind oder sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden. Insofern ist es konsequent, den besonderen beitragsrechtlichen Status auch auf die Zeit der Ableistung eines zur Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 1 SGB V führenden Freiwilligendienstes bis zum 25. Lebensjahr auszudehnen. Die Beitragspflicht des Trägers des Freiwilligendienstes bleibt hiervon unberührt.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1 – § 25 - Versicherung der Familienangehörigen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich bei der Änderung des § 25 SGB XI um eine notwendige Folgeänderung zur Neuregelung in § 10 Absatz 1 SGB V (vgl. Artikel 1 Nummer 1), die sicherstellt, dass die Systemabgrenzung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung auch bei der Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung nachvollzogen wird.

B) Stellungnahme

Die Folgeänderung ist sachgerecht und im Sinne des in § 1 Absatz 2 SGB XI enthaltenen Programmsatzes „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ erforderlich.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2 – § 47 a Abs. 3 Nr. 7 SGB XI (neu)

A) Beabsichtigte Neuregelung
Mit der Ergänzung des § 47a Abs. 3 Satz 1 um eine neue Nummer 7 werden die daten-schutzrechtlichen Übermittlungsbefugnisse im Zusammenhang mit der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen erweitert.

B) Stellungnahme
Es handelt sich um eine Parallelnorm zu der mit Art. 1 Nr. 23 b) eingefügten Vorschrift des

§ 197a Abs. 3b Nr. 6 SGB V. Auf die o.g. Stellungnahme zu Art. 1 Nr. 23 b) wird deshalb Bezug genommen.

C) Änderungsvorschlag
Nach Nummer 7 wird die folgenden Nummern 8 angefügt:

8. die Stellen, die für die Bekämpfung von Leistungsmissbrauch bei den Trägern der Sozialversicherung nach den SGB II, III, VI, VII und XII zuständig sind.

Satz 3 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:

„**Die in Satz 1 genannten Stellen** dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Buch erhoben oder an sie übermittelt wurden, an die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 erforderlich ist. Personenbezogene Daten von Versicherten sind vor einer Übermittlung zu pseudonymisieren, wenn keine Hinweise auf eine Mitwirkung der Versicherten am Fehlverhalten vorliegen; sie sind zu anonymisieren, sobald dies im Rahmen der Verarbeitung für den Zweck nach Satz 3 möglich ist.“

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3 – § 53 - Aufgaben auf Bundesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem in § 53 SGB XI neu angefügten Satz wird normiert, dass der durch den Gesetzentwurf neu geregelte § 217f Absatz 4 SGB V entsprechend für die Pflegekassen und den Bereich der Pflegeversicherung gilt. Dies mit der Maßgabe, dass der GKV-Spitzenverband in der nach § 217f Absatz 4 Satz 1 und 4 SGB V zu erlassenden Richtlinie auch verbindliche Vorgaben für die einheitliche Erhebung und Veröffentlichung von Kennzahlen zur Durchführung und Inanspruchnahme der Pflegeberatung nach § 7a (differenziert nach der Durchführung als persönliche Beratung in der häuslichen Umgebung der anspruchsberechtigten Person oder in der Einrichtung, in der die anspruchsberechtigte Person lebt , in Pflegestützpunkten, Pflegeberatungsstellen oder sonst vor Ort, als Videokonferenz und als telefonische Beratung) und der Pflegekurse nach 45 SGB XI (mindestens differenziert nach Schulungskursen vor Ort, Schulungen in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person und digitalen Pflegekursen) festlegt. Für die Kennzahlen zur Durchführung der Pflegeberatung und der Pflegekurse sollen die Kapazitäten der Pflegekassen mindestens bezogen auf die Anzahl der bei ihnen Versicherten sowie die Anzahl der bei ihnen versicherten pflegebedürftigen Personen maßgeblich sein. Ziel der Richtlinie soll es sein, für die Versicherten sowie für die Öffentlichkeit und die Politik, mehr Transparenz über die Servicequalität der Pflegekassen und über das Leistungsgeschehen durch eine einheitliche Erhebung und Veröffentlichung von entsprechenden Kennzahlen in der sozialen Pflegeversicherung zu schaffen. Die Pflegekassen haben die Daten jährlich zu einem festgelegten Stichtag dem GKV-Spitzenverband zu übermitteln, der auf dieser Grundlage jährlich, erstmals für das Berichtsjahr 2025, auf einer digitalen und interaktiven Plattform, transparente, nutzerfreundliche und barrierefreie Informations- und Vergleichsmöglichkeiten für Versicherte veröffentlicht. Ein externer Evaluationsbericht ist drei Jahre nach erstmaliger Veröffentlichung vorzulegen.

B) Stellungnahme

Hinsichtlich der durch den Gesetzentwurf geregelten entsprechenden Anwendung des § 217f Absatz 4 SGB V (NEU Gesetzentwurf GVSG) wird auf die Ausführungen im Rahmen der Stellungnahme zu § 217f Absatz 4 SGB V (Neu Gesetzentwurf GVSG) und zu den „gemeinsamen Empfehlungen zu Grundlagen von Transparenzberichten“ vom 07.12.2022 verwiesen. Die Kranken- und Pflegekassen stellen bereits aktuell sehr weitgehend Leistungs- und Servicedaten öffentlich verfügbar bereit bzw. bereiten solche Veröffentlichungen vor. Den Versicherten der Kranken- und Pflegekassen stehen damit für sie relevante Informationen zur Verfügung. Auf Seiten der GKV liegen keinerlei Hinweise vor, dass die Versicherten der Kranken- und Pflegekassen über die in den verfügbaren Transparenzberichten enthaltenen Informationen hinaus weitere Informationsbedarfe haben. Im Ergebnis wird die im Gesetzentwurf vorgesehene Erweiterung der Aufgabenstellung des GKV-Spitzenverbandes im Sinne einer abschließenden Richtlinienkompetenz als nicht erforderlich und mit Blick auf die Veröffentlichungspflicht auf einem Vergleichsportal als inkonsistent zur Aufgaben- und Kompetenzstruktur innerhalb des GKV-Systems eingeschätzt.

Hinsichtlich der ergänzenden Erhebung von Kennzahlen zur Pflegeberatung ist zu berücksichtigen, dass bereits mit der regelmäßigen veröffentlichten Evaluation nach § 7a Absatz 9 SGB XI Transparenz über die Pflegeberatungsstrukturen nach § 7a SGB XI geschaffen wird.

C) Änderungsvorschlag

Die vorgesehene Erweiterung des aktuellen gesetzlichen Auftrages des GKV-Spitzenverbandes nach § 53 SGB XI i. V. m. § 217f Abs. 4 SGB V hin zu einer Richtlinienkompetenz mit abschließendem Regelungsauftrag wird vor dem Hintergrund der bereits mit dem Empfehlungspapier „Service- und Versorgungsqualität der Kranken- und Pflegekassen; Gemeinsame Empfehlungen zu Grundlagen von Transparenzberichten“ vom 07.12.2022 umgesetzten Aktivitäten als nicht erforderlich und die Veröffentlichungspflicht auf einem Vergleichsportal als inkonsistent zur Aufgaben- und Kompetenzstruktur innerhalb des GKV-Systems bewertet und deshalb abgelehnt.

Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5 – § 57 - Beitragspflichtige Einnahmen während eines Freiwilligendienstes

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Ergänzung eines neuen Absatzes 6 in § 226 SGB V (vgl. Artikel 1 Nummer 29), die sicherstellt, dass Waisenrenten oder entsprechende Hinterbliebenenversorgungsleistungen für das Mitglied während der Ableistung eines Freiwilligendienstes von der Beitragspflicht zur Pflegeversicherung freigestellt sind.

B) Stellungnahme

Die Folgeänderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 3 (Änderung der Bundeshaushaltsordnung)

§ 112 - Sonderregelungen

A) Beabsichtigte Neuregelung
In §112 Absatz 1 Satz 3 soll der Punkt am Ende durch die Wörter „vorbehaltlich besonderer Regelungen im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung“ ersetzt werden.

B) Stellungnahme
Die Folgeänderung ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag
Keiner.

Artikel 4 (Änderung des Arzneimittelgesetzes)

§ 78 - Preise

A) Beabsichtigte Neuregelung

In Absatz 1 war bisher geregelt, dass das „Bundesministerium für Wirtschaft und Energie“ – jetzt Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (BMWK) - ermächtigt wird, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) durch Rechtsverordnung die Arzneimittelpreise zu regeln („Arzneimittelpreisverordnung“ – AMPreisV). Hierfür ist mit Ausnahme des Festzuschlags für Fertigarzneimittel, der nicht der Förderung der Sicherstellung des Notdienstes dient, auch eine Zustimmung des Bundesrates erforderlich. Diese Rechtsverordnung soll zukünftig alleine durch das BMG erlassen werden können.

B) Stellungnahme

Durch die vorgesehene Neuregelung liegen nun alle Aspekte der Apotheken in der Hand des BMG. Der GKV-Spitzenverband geht davon aus, dass Vorarbeiten des BMWK zur Überarbeitung der Arzneimittelpreisverordnung, wie das wissenschaftliche Gutachten zur Apothekenvergütung „Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung geregelten Preise“ nun vom BMG bei der Verordnungsgebung berücksichtigt werden.

Die Regelung erfolgt bereits im Vorgriff auf den Gesetzentwurf eines Apothekenreform-Gesetzes, in dessen Rahmen Änderungen an den Regularien für Apotheken vorgesehen sind.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 5 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

§ 26 – Zusatzentgelt für Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 im Krankenhaus

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung zur Finanzierung von Zusatzentgelten für Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 im Krankenhaus regelt, soll aufgehoben werden.

B) Stellungnahme

Nach dem Ende der Pandemie ist eine coronabedingte Sonderregelung zur Vergütung von entsprechenden Tests in Krankenhäusern nicht mehr erforderlich. Die Aufhebung dieser Regelung wird ausdrücklich begrüßt, da mit ihr eine Entlastung der Versichertengemeinschaft einhergeht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.

Artikel 6 (Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

§ 31

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es wird vorgesehen, dass Ärzte, die über eine zur Behandlung erforderlichen abgeschlossenen Weiterbildung verfügen, vom Zulassungsausschuss auf Antrag zur ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Personen, die intellektuell beeinträchtigt sind, unter einer bestehenden Suchterkrankung leiden oder aufgrund eines erheblich eingeschränkten Funktionsniveaus sozial benachteiligt sind, zu ermächtigen sind. Als Voraussetzung für die Ermächtigung muss der Nachweis einer entsprechenden Kooperationsvereinbarung mit einem medizinischen Behandlungszentrum nach § 119c SGB V, einer Einrichtung der Suchthilfe, der Krisenhilfe, der sozialpsychiatrischen Dienste oder einer vergleichbaren Einrichtung vorliegen.

B) Stellungnahme

Die psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung von Menschen, die intellektuell beeinträchtigt sind, unter einer bestehenden Suchterkrankung leiden oder aufgrund eines erheblich eingeschränkten Funktionsniveaus sozial benachteiligt sind, ist von dem bereits bestehenden Leistungsangebot umfasst. Eine zusätzliche Ermächtigungsgrundlage ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes daher entbehrlich. Zudem bestehen für die Arztgruppen der Nervenärztinnen und -ärzte sowie für ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten i.d.R. freie Zulassungsmöglichkeiten, so dass keine weiteren Zulassungstatbestände erforderlich sind.

Bei einer Ermächtigungslösung ist der Nachweis einer entsprechenden Kooperationsvereinbarung zwar grundsätzlich sinnvoll. Allerdings müsste die Ermächtigung dann auch in regelmäßigen Abständen überprüft und mit der Versorgungssituation vor Ort abgeglichen werden; eine zeitlich unbegrenzte Ermächtigung erscheint nicht sachgerecht. Zudem ist durch die vorgesehenen Regelungen nicht vorgesehen, dass ausschließlich das konkret adressierte Patientenklientel zu versorgen ist.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

III. Ergänzender Änderungsbedarf

Artikel 1 (Änderung Fünftes Buches Sozialgesetzbuch)

§ 35a SGB V - Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen, Verordnungsermächtigung

A) Neuregelungsbedarf

Nach ersten Erfahrungen mit der anwendungsbegleitenden Datenerhebung als Teil der Nutzenbewertungsverfahren bei neuen Arzneimitteln bestehen Anpassungsbedarfe zur Klarstellung sowie zur Weiterentwicklung der Prozesse um eine möglichst effiziente, standardisierte Umsetzung der Evidenzgenerierung sicherzustellen. Der aufgezeigte Änderungsbedarf zur anwendungsbegleitenden Datenerhebung greift den Vorschlag der hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des G-BA aus ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf zum GVSG vom 30.04.2024 auf:

1. Klarstellung, dass auch im Bereich der Orphan Drugs nach § 35a Absatz 3b Satz 1 Nummer 2 SGB V trotz Wegfall des Orphan-Drug-Status im Nachgang zur Zulassung die Weiterführung einer anwendungsbegleitenden Datenerhebung zur Schließung der fortbestehenden Evidenzlücken vom G-BA gefordert werden kann

2. bis 6. Ermächtigung des G-BA bereits abgestimmte Studienunterlagen zu einer geforderten AbD über das laufende Verfahren hinaus im Rahmen der Festlegungen zur Durchführung von weiteren AbD im selben Indikationsgebiet zu nutzen sowie

über die Stellungnahme des G-BA hinausgehend: Berücksichtigung der Möglichkeit der Verwendung von vom G-BA erstellten oder in Auftrag gegebenen Studienunterlagen

Zu 1.

Während einer laufenden anwendungsbegleitenden Datenerhebung (AbD) von bis zu 7 Jahren kann es zu Änderungen des zulassungsrechtlichen Status der betroffenen Arzneimittel kommen. Für die Fortführung einer AbD ist nicht das Fortbestehen des regulatorischen Status, sondern das Weiterbestehen einer Evidenzlücke ausschlaggebend, deren Beseitigung das Hauptziel der Forderung einer anwendungsbegleitenden Datenerhebung und von Auswertungen ist. Die Weiterführung einer AbD ist somit trotz Wegfall des Orphan-Drug-Status im Nachgang zur Zulassung in der Regel weiterhin erforderlich, da die bestehenden Evidenzlücken nicht behoben sind. Die vorgeschlagene Änderung beschränkt die erforderliche Tatbestandsvoraussetzung für die Forderung nach einer AbD allein auf den zulassungsrechtlichen Status zum Zeitpunkt der Zulassung. Dabei handelt es sich um eine Klarstellung nach dem Sinn und Zweck der gesetzlichen Regelung entsprechend der Gesetzesbegründung zur ursprünglichen Fassung durch das Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung. Somit wäre eine Rücknahme des Orphan-Drug-Status im Nachgang zur Zulassung durch die Europäische Arzneimittelkommission oder aber auch die freiwillige Rückgabe des

Orphan Drug Status allein aufgrund strategischer Erwägungen durch den pharmazeutischen Unternehmer kein Grund, um seitens des G-BA von der Weiterführung einer AbD abzusehen. Der erste Regelungsvorschlag enthält daher eine entsprechende Klarstellung des Wortlautes.

Zu 2. bis 6.

Mit den Änderungsvorschlägen soll dem G-BA die weitergehende Nutzung von zum Zwecke der Durchführung einer AbD erstellten Studienunterlagen im gleichen Indikationsgebiet ermöglicht werden. Dies soll die Datenerhebung in indikationsspezifischen Registern fördern und vereinheitlichen. Die jeweiligen, an der Erstellung der Studienunterlagen beteiligten pharmazeutischen Unternehmer, sollen als Ausgleich eine angemessene Entschädigung erhalten.

Die Berücksichtigung von bereits abgestimmten Studienunterlagen zu einer geforderten AbD in einem weiteren Verfahren im selben Indikationsgebiet macht Synergieeffekte bereits erfolgter sowie während der AbD notwendiger Abstimmungen und Änderungen zwischen pharmazeutischen Unternehmen und Registerbetreibenden nutzbar und ermöglicht insgesamt eine effizientere Umsetzung der Evidenzgenerierung. Weiterhin können Daten zu später zugelassenen und für die folgende Nutzenbewertung relevanten Arzneimitteln auch vom erstmalig im Indikationsgebiet betroffenen pharmazeutischen Unternehmer in seinen Auswertungen einbezogen werden. Die Daten von behandelten Personen unter der Vergleichstherapie werden für alle geforderten anwendungsbegleitenden Studien innerhalb eines Indikationsgebiets nutzbar. Somit wäre die AbD besser an Veränderungen im Versorgungskontext anpassbar.

Über den Änderungsvorschlag der unparteiischen Vorsitzenden des G-BA zum Referentenentwurf des GSVG hinausgehend, wird die Notwendigkeit gesehen, dass in Verfahren zur AbD und Auswertung auch Studienunterlagen zu Grunde gelegt werden können, die vom G-BA erstellt oder bei einer unabhängigen wissenschaftlichen Institution in Auftrag gegeben wurden. Dies ist z.B. für Indikationsgebiete relevant, in denen parallel oder in kurzer zeitlicher Abfolge mehrere Wirkstoffe einer AbD zugeführt werden. In diesen Fällen stehen noch keine abgestimmten Studienunterlagen aus einer zuvor geforderten AbD zur Verfügung, auf die zurückgegriffen werden kann. Gleichwohl sind auch hier die Vereinheitlichung und Effizienzsteigerung der Datenerhebungen aus den o.g. Gründen erstrebenswert. Diese Erweiterung wird daher im hier vorliegenden Vorschlag zur Neuregelung mitberücksichtigt.

B) Änderungsvorschlag

In § 35a SGB V wird nach Nummer 3 folgende Nummer 3a eingefügt:

„3a. § 35a Absatz 3b wird wie folgt geändert:

1. In Satz 1 Nummer 2 wird das Wort „sind“ durch das Wort „wurden“ ersetzt.

2. Nach Satz 4 werden folgende Sätze 5 und 6 eingefügt: „Dabei können auch methodische Vorarbeiten und Studienunterlagen, die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, eine von ihm beauftragte Institution oder andere pharmazeutische Unternehmer erstellt wurden, zugrunde gelegt werden. Hierfür können pharmazeutische Unternehmer gegen eine angemessene Entschädigung verpflichtet werden, die von

ihnen erstellten Studienunterlagen zum Zwecke der Verwendung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in weiteren Verfahren der anwendungsbegleitenden Datenerhebung im gleichen Indikationsgebiet zur Verfügung zu stellen."

3. Der Satz 5 wird Satz 7 und die Wörter „dabei soll er" werden durch die Wörter „Bei der Forderung einer anwendungsbegleitenden Datenerhebung soll der Gemeinsame Bundesausschuss" ersetzt.

4. Die Sätze 6 bis 8 werden die Sätze 8 bis 10.

5. Der Satz 9 wird Satz 11 und nach der Angabe „Satz 4," werden die Wörter „sowie zur Entschädigung nach Satz 6" eingefügt.

6. Die Sätze 10 bis 12 werden die Sätze 12 bis 14.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 85 Abs. 3 Satz 2

A) Neuregelungsbedarf

Um die aufwachsende Finanzierungslücke in der GKV zu schließen, wurde mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz der Spielraum für die Veränderungen der Gesamtvergütungsvolumina im Bereich der zahnärztlichen Leistungen ohne Zahnersatz begrenzt, indem die Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 3 SGB V im Jahr 2023 höchstens um die um 0,75 Prozentpunkte verminderte durchschnittliche Veränderungsrate, im Jahr 2024 höchstens um die um 1,5 Prozentpunkte verminderte durchschnittliche Veränderungsrate angehoben werden durften. Diese Begrenzungsregelungen laufen zum 01.01.2025 aus. Aufgrund der nach wie vor bestehenden angespannten Finanzsituation der GKV ist es erforderlich, die Veränderung der Gesamtvergütungsvolumina für die zahnärztlichen Leistungen ohne Zahnersatz weiterhin zu begrenzen. Eine sinnvolle Begrenzung lässt sich durch eine Wiedereinführung der bis zum 31.12.2011 geltenden Beitragssatzstabilität erreichen. Bis zu diesem Zeitpunkt war der Anstieg der Gesamtvergütungen für die zahnärztlichen Leistungen ohne Zahnersatz auf die Höhe der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V begrenzt (Grundsatz der Beitragssatzstabilität). Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurde diese Begrenzung zum 01.01.2012 aufgehoben. Bei der Vereinbarung der Veränderungen der Gesamtvergütungen war der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71) nur noch zu berücksichtigen. Auf diese Weise sollten für die regionalen Vertragspartner größere Verhandlungsspielräume für die Vereinbarungen der Gesamtvergütungen eröffnet werden. Angesichts der anhaltend schlechten Finanzsituation der GKV sind diese Spielräume nicht mehr vorhanden. Vielmehr ist die (Wieder)einführung einer starren Begrenzung erforderlich, indem bei der Veränderung der Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 3 SGB V die Beitragssatzstabilität zu beachten ist.

B) Änderungsvorschlag

In § 85 Abs. 3 Satz 2 wird das Wort „berücksichtigen“ durch das Wort „beachten“ ersetzt

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§87 - Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte
§ 92 - Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

A) Neuregelungsbedarf

Die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von ambulanter Psychotherapie sind in der Psychotherapie-Richtlinie und der Psychotherapievereinbarung (Anlage 1 BMV-Ä) geregelt. Bei der Beantragung einer ambulanten Psychotherapie wird durch die Krankenkasse geprüft, ob die Voraussetzungen für eine Psychotherapie erfüllt sind.

Eine wesentliche Funktion des Antragsverfahrens und der mit der Genehmigung des Antrages durch die Krankenkassen einhergehenden vorgezogenen Wirtschaftlichkeitsprüfung ist die Schaffung eines sicheren Rahmens für die psychotherapeutische Behandlung. Die Genehmigung des Therapiekontingents ermöglicht eine Behandlungsplanung, die ein strukturiertes Vorgehen der Therapeutin oder des Therapeuten fördert und bei den Patientinnen und Patienten ein Verständnis für die vorgesehene Behandlung schafft.

Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung wurde der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt Regelungen für ein einrichtungsübergreifendes sektorenspezifisches Qualitätssicherungsverfahren zu treffen. Da zunächst keine bundesweite Umsetzung, sondern eine mehrjährige regionale Erprobung des QS-Verfahrens erfolgt und zu erwarten ist, dass das neu einzuführende QS-Verfahren das Gutachterverfahren inhaltlich nicht ersetzen kann, ist kurzfristig eine Überprüfung des Verfahrens vorzusehen.

Das QS-Verfahren prüft zunächst die Qualität der psychotherapeutischen Einrichtung, die Bewertung des jeweiligen Leistungsanspruchs der einzelnen Patientinnen und Patienten erfolgt jedoch nicht. Für Patientinnen und Patienten sowie Therapeutinnen und Therapeuten wird erst durch den Prozess des Antrags- und Genehmigungsverfahrens ein sicherer Behandlungsrahmen geschaffen. Die Einführung eines elektronischen Antrags- und Gutachterverfahrens und einer damit einhergehenden elektronischen Genehmigung durch die Krankenkassen entbürokratisiert und beschleunigt den Prozess erheblich.

B) Änderungsvorschlag

In § 87 Absatz 1 werden nach Satz 12 folgende Sätze eingefügt:

„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regeln im Bundesmantelvertrag für Ärzte bis zum 31.12.2025 das Nähere zu einem elektronischen Antrags- und Gutachterverfahren für genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen. Zur Durchführung des elektronischen Antrags- und Gutachterverfahrens sind die an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, die jeweilige Krankenkasse insbesondere zur Genehmigung der Leistungen sowie die oder der von der Krankenkasse ausgewählte Gutachterin oder Gutachter befugt, die hierfür erforderlichen versichertenbezogenen Angaben nach Maßgabe des Bundesmantelvertrags zu verarbeiten; die Sätze 9 und 12 gelten entsprechend.

In § 92 Absatz 6a SGB V wird Satz 6 wie folgt gefasst:

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

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 87a Absatz 3 – Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

A) Neuregelungsbedarf

Durch die Anhebung und Ausweitung der Zuschläge für fachärztliche Behandlungen nach vorheriger Terminvermittlung mit dem GKV-FinStG steigen diese extrabudgetär abrechenbaren Behandlungen seit dem 1. Januar 2023 deutlich an. Zur Beendigung der hierdurch ausgelösten Doppelfinanzierung ist eine Bereinigungsregelung analog zu der bei der Einführung der extrabudgetären Förderung von Leistungen durch das TSVG zu ergänzen. Mit dem GKV-FinStG wurden die Zuschläge für fachärztliche Behandlungen nach vorheriger Terminvermittlung deutlich angehoben und neben der Vermittlung durch Terminservicestellen auf die Vermittlung durch Hausärzte ausgeweitet. Dadurch kommt es zu einer starken Anreizwirkung, vor einer fachärztlichen Behandlung möglichst eine vorherige Vermittlung einzufordern. Da die fachärztlichen Behandlungen nach einer solchen Terminvermittlung seit dem TSVG zudem extrabudgetär vergütet werden, führen die hierdurch ausgelösten Mengensteigerungen unmittelbar zu einer Doppelfinanzierung, da bislang keine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung hierfür vorgesehen ist. In den bisher vorliegenden Daten zu den ersten drei Quartalen des Jahres 2023 ist eine Verdreifachung der extrabudgetär abgerechneten Leistungsmenge in Behandlungsfällen mit vorheriger Terminvermittlung festzustellen. Somit ergibt sich eine jährliche Doppelfinanzierung von mindestens 230 Mio. Euro, wobei der mit rund 200 Mio. Euro größte Teil auf den Anstieg der durch Hausärzte vermittelten Fälle zurückzuführen ist. Da die Zahl der Behandlungsfälle insgesamt nicht entsprechend ansteigt, ist davon auszugehen, dass hier keine Leistungsausweitung vorliegt, sondern die nochmalige extrabudgetäre Bezahlung von Behandlungen, die bereits mit befreiender Wirkung über die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung finanziert worden sind. Dies kritisiert auch der Bundesrechnungshof in seinem Bericht vom 13.11.2023 (Seite 36).

B) Änderungsvorschlag

An § 87a Abs. 3 SGB V werden folgende Sätze angefügt:

„[21]Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragspartner haben in jedem Quartal des Jahres 2025 den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf in den Vereinbarungen nach Satz 1 basiswirksam um die Veränderung des Punktzahlvolumens der in Satz 5 Nummern 3 und 4 genannten Leistungen gegenüber dem jeweiligen Quartal des Jahres 2022 anzupassen; dabei sind die honorarwirksamen Begrenzungsregelungen des entsprechenden Quartals des Jahres 2022 zu beachten. [22]Der Bewertungsausschuss beschließt das Nähere zur Bereinigung bzw. Rückführung des Behandlungsbedarfs nach Satz 21 bis spätestens zum 31. Januar 2025.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

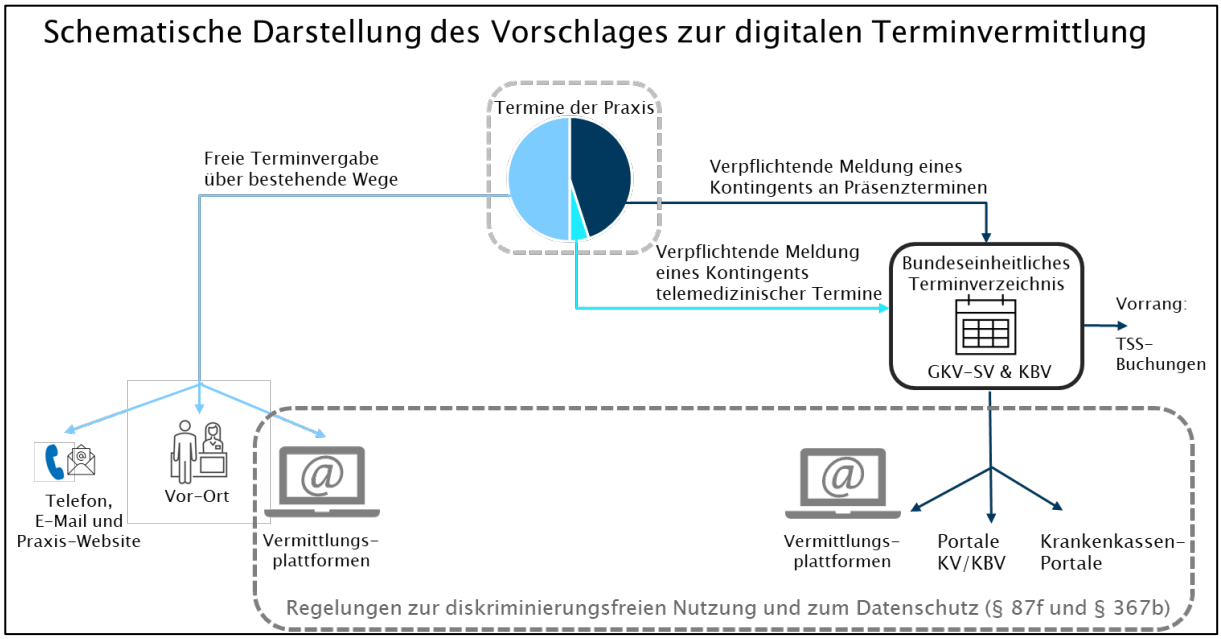
§ 87f NEU

A) Neuregelungsbedarf

Mit der Aufnahme des § 87f werden der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung beauftragt, Vorgaben für Portale zu vereinbaren, die Behandlungstermine für vertragsärztliche Leistungen an GKV-Versicherte vermitteln. Die Festlegungen nach § 87f gelten sowohl für die Vermittlung von Terminen, die aus dem elektronischen System nach § 370a Absatz 1 Satz 6 bezogen werden als auch für die Vermittlung von zusätzlichen Behandlungsterminen, die über die vorgesehene Meldepflicht nach § 87g Absatz 2 hinaus über Vermittlungsportale angeboten werden.

Mit der Aufnahme des Absatz 7 in § 370a werden der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung beauftragt, Vorgaben für die Weiterentwicklung des bestehenden Portals nach § 370a in ein bundeseinheitliches elektronisches Verzeichnis für Behandlungstermine zu vereinbaren. Auf Basis der Vorgaben nach § 87g Absatz 2 melden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte künftig freie Termine in einem von den Partnern des Bundesmantelvertrag festzulegenden Umfang bundeseinheitlich und zentral an das elektronische System nach § 370a Absatz 1 Satz 6. Des Weiteren soll das Verzeichnis Angaben zu ärztlichen Schwerpunkten, Sprechstundenzeiten und den jeweiligen Leistungsangeboten enthalten. Mit den Vorgaben in § 370a Absatz 9 wird der vorrangige Zugriff der Terminservicestellen zur Vermittlung in medizinisch dringenden Fällen auf die im elektronischen Verzeichnis hinterlegten Behandlungstermine sichergestellt. Die Festlegungen in § 370a Absatz 10 verpflichten den GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung zur Schaffung einer offenen Schnittstelle zum elektronischen System, sodass Dritte (z.B. Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Vermittlungsplattformen) Zugriff auf die Behandlungstermine zum Angebot der Terminvermittlung an GKV-Versicherte über ihre jeweiligen Portale erhalten. Für die digitale Vermittlung dieser Termine an GKV-Versicherte müssen die zugangsberechtigten Dritte die Einhaltung der Vorgaben nach § 87f sowie der vorgesehenen technischen Anforderungen nach § 367b nachweisen.

Mit der vorgesehenen Neufassung der Sätze 20 und 21 sowie der Ergänzung um Satz 22 und 23 in § 75 Absatz 1a wird sichergestellt, dass Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ab dem Start des weiterentwickelten elektronischen System nach § 370a Absatz 1 Satz 6 künftig ihre freien Behandlungstermine zum Zwecke der Vermittlung über die Terminservicestelle ausschließlich an das elektronische System melden und die TSS zur Erfüllung ihrer Aufgaben auf diese Termine unter Beachtung der Einhaltung der Vorgaben nach § 87f sowie der vorgesehenen technischen Anforderungen nach § 367b zugreift. Eine Meldung der Termine durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte an verschiedenen Stellen wird so vermieden.



Digitale Terminvermittlungen können den Prozess der Terminvereinbarung beschleunigen und die Transparenz über die Versorgungsstrukturen und -kapazitäten verbessern. Sie stellen für den Versicherten einen komfortablen und schnellen Zugang zu Leistungserbringenden dar. Aber auch Leistungserbringende profitieren von der digitalen Terminvermittlung, da nicht-ärztliches Personal entlastet und Praxisabläufe effizienter werden. Für die Einbettung der digitalen Terminvermittlung in die gesetzliche Krankenversicherung werden Leitplanken benötigt, um flächendeckend einen gleichrangigen und diskriminierungsfreien Zugang zur medizinischen Versorgung für Versicherte zu gewährleisten. Die zwischen GKV-Spitzenverband und Kassenärztlicher Bundesvereinigung zu vereinbarenden Vorgaben nach § 87f richten sich an Vermittlungsportale, die Behandlungstermine an GKV-Versicherte vermitteln. Auf Basis der Vorgaben soll die Vermittlung über Portale so erfolgen, dass ein zeitnaher und diskriminierungsfreier Zugang der Versicherten zu ärztlicher Versorgung und sowie eine Versorgung vor Ort durch wohnortnahe Vermittlung gewährleistet wird.

Neben Leitplanken zur Integration der Terminvermittlungsportale in die gesetzliche Krankenversicherung müssen zudem die Voraussetzungen für eine bundeseinheitliche und flächendeckende digitale Terminvermittlung in der vertragsärztlichen Versorgung geschaffen werden. Hierzu soll künftig eine bundeseinheitliche und zentrale Erfassung eines relevanten Terminkontigentes aller Vertragsärztinnen und Vertragsärzte erfolgen, auf das mit Hilfe einer offenen Schnittstelle Terminvermittlungslösungen verschiedener Anbieter sowie die Terminservicestellen zugreifen können. Die Ausbildung von Monopolstrukturen mit dem Einhergehen von Abhängigkeitsverhältnissen zwischen Plattformbetreibern und Versicherten sowie Leistungserbringenden kann dadurch vermieden werden. Stattdessen wird ein Wettbewerb verschiedenster Anbieter um die beste Terminvermittlungslösung für die Versicherten ermöglicht.

Mit der gesetzlichen Verpflichtung zur Meldung eines relevanten Terminkontigents der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte an das elektronische System nach § 370a Absatz 1 Satz 6, der Schaffung einer offenen Schnittstelle für Dritte und den Vorgaben für den Einsatz von Vermittlungsportalen für die Vermittlung von Terminen an GKV-Versicherte wird die flächendeckende Transformation zur digitalen Terminvermittlung ermöglicht.

B) Änderungsvorschlag

1. Nach § 87e wird folgender § 87f eingefügt:

§ 87f Vorgaben zur Vermittlung von Terminen für vertragsärztliche Leistungen

[1]Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren als Bestandteil des Bundesmantelvertrages bis zum 30. Juni 2026 Vorgaben für den Einsatz von Vermittlungsportalen zur Vermittlung vertragsärztlicher Leistungen, insbesondere zur Sicherstellung eines gleichrangigen und diskriminierungsfreien Zugangs von Versicherten zu ärztlicher Versorgung und der Gewährleistung einer Versorgung vor Ort. [2]Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren in den Vorgaben nach Satz 1 das Nähere zu den Nachweispflichten und -verfahren.

Für Begründung im Gesetzentwurf:

Im Rahmen der zwischen GKV-Spitzenverband und Kassenärztlicher Bundesvereinigung zu schließenden Vereinbarung nach § 87f sollen Vorgaben für digitale Vermittlungsplattformen aufgenommen werden, die einen diskriminierungsfreien Zugang zu Behandlungsterminen für Versicherte unabhängig beispielsweise von Alter, Geschlecht und weiteren Angaben (z. B. Bereitschaft zur Akzeptanz von Selbstzahlerleistungen) ermöglichen. Bei der Vermittlung von vertragsärztlichen Leistungen soll bevorzugt eine Vermittlung an Vertragsärzte in der Nähe des Wohnortes des Versicherten erfolgen. Portale, die Behandlungstermine für vertragsärztliche Leistungen vermitteln, müssen künftig nachweisen, dass die Funktionsweise des Portals, die bei GKV-Versicherten erhobenen Angaben als auch die durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte vorzunehmenden Einstellungen für die Terminvermittlung das oben genannte Ziel gewährleisten und hiervon abweichende Funktionen und Einstellungen im Rahmen des Angebots und der Vermittlung vertragsärztlicher Leistungen nicht möglich sind. Das Nähere zu den konkreten Nachweispflichten und -verfahren sowie die zu akkreditierende Stelle vereinbaren der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Rahmen der Vereinbarung nach § 87f SGB V. Die Festlegungen nach § 87f gelten sowohl für die Vermittlung von Terminen, die von Vermittlungsportalen aus dem elektronischen System nach § 370a Absatz 1 Satz 6 bezogen werden als auch für die Vermittlung von weiteren Behandlungsterminen, die über Vermittlungsportale angeboten werden.

2. Nach § 87f wird folgender § 87g eingefügt:

§ 87g Vereinbarung zur Meldung von Terminen und weiteren Informationen an das elektronische System nach § 370a

(1) [1]Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren als Bestandteil des Bundesmantelvertrages für die vertragsärztliche Versorgung bis zum 30. Juni 2025 Vorgaben für die verpflichtende Meldung von Terminen gemäß Absatz 2 sowie weiterer Daten gemäß Absatz 3 an das elektronische System nach § 370a Absatz 1 Satz 6.

(2) [1]Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer sind ab dem 1. Juli 2026 verpflichtet, zum Zweck der digitalen Terminvermittlung an das elektronische System nach § 370a Absatz 1 Satz 6 freie Termine für die unmittelbare persönliche

Behandlung der Versicherten an das elektronische Verzeichnis nach Absatz 1 zum Zwecke der digitalen Terminvermittlung zu melden. [2]Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legen in der Vereinbarung nach Absatz 1 differenziert nach Fachgruppen den Anteil der zu meldenden Termine, der zwischen 25 Prozent und 75 Prozent der Mindestsprechstundenzeit gemäß § 19a Absatz 1 Satz 2 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte liegen muss, fest. [3]Zusätzlich melden die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer freie Termine für telemedizinische Leistungen gemäß § 370a Absatz 1 Satz 3. [4]Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen die Einhaltung der Vorgaben nach Satz 1 und 3.

(3) [1]Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln an das elektronische System nach §370a Absatz 1 Satz 6 Daten zu Sprechzeiten, Erreichbarkeitszeiten, ärztlichen Schwerpunkten und Weiterbildungen sowie dem Leistungsangebot der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer. [2]Das Nähere hierzu bestimmen die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in der Vereinbarung nach Absatz 1.

Für Begründung im Gesetzentwurf:

Mit der in § 87g vorgesehenen Vereinbarung der Partner des Bundesmantelvertrages sollen die Voraussetzungen für eine bundeseinheitliche und flächendeckende digitale Terminvermittlung in der vertragsärztlichen Versorgung geschaffen werden. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte werden verpflichtet, in Abhängigkeit ihrer Fachgruppe kostenfrei einen bestimmten Anteil an der gesetzlich vorgegebenen Mindestsprechstundenzeit von 25 Stunden pro Woche an das elektronische System nach § 370a Absatz 1 Satz 6 zu melden. In der Vereinbarung nach Absatz 1 können auch Ausnahmen von der Meldepflicht definiert werden (z.B. für Fachärzte mit einem geringen Anteil an persönlichen Arzt-Patienten-Kontakten wie Fachärzte für Laboratoriumsmedizin). Den konkreten Umfang der zu meldenden persönlichen Behandlungstermine vereinbaren der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung innerhalb des im Gesetz zwingend vorzugebenen Rahmens zwischen 25 Prozent und 75 Prozent der Mindestsprechstundenzeit. Zusätzlich zu diesen zu meldenden Präsenzterminen werden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte verpflichtet, Termine für telemedizinische Leistungen wie z.B. Videosprechstunden an das elektronische System nach § 370a Absatz 1 Satz 6 zu melden. Auch hierfür werden der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung beauftragt, den konkreten Umfang in Abhängigkeit der Fachgruppe festzulegen. Darüber hinaus werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, aktuelle Daten zu Sprechzeiten, telefonischen Erreichbarkeitszeiten, Schwerpunkten, Qualifikationen und dem jeweiligen Leistungsangebot der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte an das elektronische System zu melden und in regelmäßigen Abständen zu aktualisieren.

3. In § 75 Absatz 1a werden die Sätze 20 und 21 neu gefasst und die Sätze 22 und 23 ergänzt:

(...) [20]Die Vertragsärzte sind **bis zum 30. Juni 2026** verpflichtet, der Terminservicestelle freie Termine zu melden. [21]**~~Soweit~~** Vertragsärzte **~~Leistungen in Form von Videosprechstunden anbieten,~~** können **~~die Vertragsärzte~~** den Terminservicestellen **bis zum 30. Juni 2026** freie Termine, zu denen Leistungen in Form der Videosprechstunde angeboten werden, freiwillig melden. **[23]Ab dem 1. Juli 2026 gelten für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte die Vorgaben gemäß § 87g Absatz 2. Ab dem 1. Juli 2026**

greift die Terminservicestelle zur Erfüllung ihrer Aufgaben unter Beachtung der Vorgaben gemäß § 367b sowie der Festlegungen nach § 87f auf die Termine gemäß § 370a Absatz 9 zu.

Für Begründung im Gesetzentwurf:

Mit der vorgesehenen Neuregelung wird sichergestellt, dass sowohl die Meldung freier Termine durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte als auch der Zugriff der Terminservicestelle einheitlich über das weiterentwickelte elektronische System nach § 370a Absatz 1 Satz 6 erfolgt. Zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrages zur Vermittlung von Terminen in dringenden Fällen greift die TSS künftig vorrangig auf freie Behandlungstermine im elektronischen System zu. Für die Vermittlung dieser Termine an Versicherte sind die Vorgaben nach § 87f und § 367b zu beachten.

4. § 370 a Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

§ 370a ~~Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigungen bei der~~ Vermittlung von Behandlungsterminen und telemedizinischer Angebote durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung**~~, Verordnungsermächtigung~~**

(1) [1]Bis zur Aufnahme des Betriebes des elektronischen Systems nach Satz 6 betreibt die Kassenärztliche Bundesvereinigung ~~I~~im Rahmen ihrer Aufgaben nach § 75 Absatz 1a Satz 16 ~~betreibt die Kassenärztliche Bundesvereinigung~~ zur Vermittlung von Behandlungsterminen bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 einschließlich von Terminen über telemedizinische Leistungen an Versicherte und zur Unterstützung der Versorgung der Versicherten mit telemedizinischen Leistungen ein elektronisches System. [2]Die Kassenärztliche Bundesvereinigung errichtet das elektronische System nach Satz 1 bis zum 30. Juni 2024 für die Vermittlung von Terminen über telemedizinische Leistungen und bis zum 30. Juni 2025 für Behandlungstermine. [3]Die in Satz 1 genannten telemedizinischen Leistungen umfassen insbesondere Videosprechstunden, telemedizinische Konsilien einschließlich der radiologischen Befundbeurteilung, telemedizinisches Monitoring, Videofallkonferenzen, Zweitmeinungen nach § 27b und telemedizinische Funktionskontrollen. [4]Das elektronische System muss mit den von den Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 75 Absatz 1a Satz 17 bereitgestellten digitalen Angeboten kompatibel sein. **[5]Bis zur Aufnahme des Betriebes des elektronischen Systems nach Satz 6 übermitteln ~~D~~d**ie Kassenärztlichen Vereinigungen **~~übermitteln~~** der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hierzu die nach § 75 Absatz 1a Satz 20 und 21 gemeldeten Termine**. [6]Ab dem 1. Juli 2026 betreibt die Kassenärztliche Bundesvereinigung das elektronische System als Grundlage für die digitale Vermittlung von Behandlungsterminen einschließlich der Termine für telemedizinische Leistungen im Rahmen der Vorgaben gemäß Absatz 7. [7]Hierzu übermitteln die Leistungserbringer nach § 95 Abs 1 Satz 1 Termine gemäß den Vorgaben der Vereinbarung nach § 87g Absatz 2.**

5. In § 370a Absatz 1a wird wie folgt geändert:

a) Der Nr. 1 wird die folgende Nummer 1 vorangestellt:

(1a) Das elektronische System nach Absatz 1 **~~Satz 1~~** hat insbesondere folgende Funktionen:

1. **Ab dem 1. Juli 2026 Zusammenführung der nach § 87g Absatz 2 gemeldeten Termine einschließlich der Termine für Videosprechstunden und weitere telemedizinische Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zum Zweck der Terminvermittlung**

b) Die bisherigen Nummern 1 bis 5 werden zu Nummer 2 bis 6.

c) Nummer 6 wird wie folgt gefasst:

~~5.~~**6.** Bereitstellung einer Schnittstelle für die Integration der Funktionalitäten nach den Nummern 1 bis~~4~~ **5** in informationstechnische Systeme in der vertragsärztlichen Versorgung.

6. An § 370a werden die Absätze 7 bis 13 aufgenommen:

(7) **[1]Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren als Bestandteil des Bundesmantelvertrages für die vertragsärztliche Versorgung bis zum 30. Juni 2025 Vorgaben für den Betrieb des elektronischen Systems nach Absatz 1 Satz 6 als Grundlage für die digitale Terminvermittlung in der vertragsärztlichen Versorgung. [2]In der Vereinbarung nach Satz 1 sind insbesondere Regelungen zur Sicherstellung und regelmäßigen Überprüfung der Verfügbarkeit, Leistungsfähigkeit und Qualität des elektronischen Systems nach Absatz 1 Satz 6 vorzusehen.**

(8) **[1]Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen haben in der Vereinbarung nach Absatz 7 die erforderlichen technischen Festlegungen zu treffen, damit nach § 87g Absatz 2 zu meldende Termine von den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern durch die informationstechnischen Systeme in der vertragsärztlichen Versorgung direkt an das elektronische System nach Absatz 1 Satz 6 übermittelt werden können. [2]Die Festlegungen sind bis zum 31. Dezember 2025 zu veröffentlichen. [3]Die Kassenärztliche Bundesvereinigung zertifiziert bis zum 30. Juni 2026 die informationstechnischen Systeme zur Gewährleistung der Vorgabe zur direkten Terminmeldung nach Satz 1.**

(9) **[1]Die Terminservicestelle erhält zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 75 Absatz 1a Satz 3 bis Satz 7 ab dem 1. Juli 2026 vorrangig Zugriff auf die in das elektronische System nach Absatz 1 gemeldeten Termine zum Zwecke der Terminvermittlung in den Fällen nach § 75 Absatz 1a Satz 3 bis Satz 4 sowie Satz 7. [2]Das Nähere hierzu vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in der Vereinbarung nach Absatz 7.**

(10) **[1]Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ermöglichen den Zugriff von Dritten auf die dem elektronischen System nach § 87g Absatz 2 gemeldeten Termine sowie die Daten nach § 87g Absatz 3 ausschließlich zum Zweck der Terminvermittlung für gesetzlich Versicherte. [2]Das Nähere zur Nutzung durch Dritte bestimmen die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen in der Vereinbarung nach Absatz 7. [3]Hierzu veröffentlichen sie eine Schnittstelle bis zum 31. Dezember 2025.**

(11) **[1]Die Nutzung der in dem elektronischen System nach Absatz 1 Satz 6 bereitgestellten Informationen durch Dritte ist gebührenpflichtig. [2]Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmen in der Vereinbarung nach Absatz 7 die gebührenpflichtigen Tatbestände und sehen dabei feste Sätze oder Rahmensätze vor. [3]Sie treffen darüber hinaus Regelungen über die Gebührenentstehung, die Gebührenerhebung, die Erstattung der Auslagen, den Gebührenschuldner,**

Gebührenbefreiungen, die Fälligkeit, die Stundung, die Niederschlagung, den Erlass, Säumniszuschläge, die Verjährung und die Erstattung. [4]In der Vereinbarung nach Absatz 7 ist eine Gebührenbefreiung der Nutzung der in dem elektronischen System bereitgestellten Informationen durch Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen sowie gemeinnützige juristische Personen des Privatrechts vorzusehen.

(12) [1]Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen führen spätestens zum 30. Juni 2028 eine Evaluation der Umsetzung der Vorgaben nach den Absätzen 1 und 1a, den Absätzen 7 bis 11 sowie der Regelungen nach § 87g, insbesondere zur Anzahl der gemeldeten und vermittelten Termine, durch. [2]Die hierfür notwendigen Datengrundlagen sind den Vertragspartnern nach Absatz 7 zur Verfügung zu stellen.

(13) Die Absätze 2 bis 6 werden mit Wirkung zum 1. Juli 2026 aufgehoben.

Für Begründung im Gesetzentwurf:

Mit den Anpassungen an § 370a soll das bestehende Portal der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Vermittlung von Behandlungsterminen und telemedizinischen Leistungen auf Basis der zwischen GKV-Spitzenverband und Kassenärztlicher Bundesvereinigung zu vereinbarenden Vorgaben ab dem 1. Juli 2026 zu einem bundeseinheitlichen und verbindlichen Terminverzeichnis weiterentwickelt werden.

Nach Absatz 7 vereinbaren die Partner des Bundesmantelvertrages die konkreten Vorgaben für die Weiterentwicklung des elektronischen Systems nach § 370a bis zum 30. Juni 2025. Die Umsetzung der Vorgaben und der Betrieb des elektronischen Systems gemäß den Vorgaben nach § 370a Absatz 7 erfolgt durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung bis zum 1. Juli 2026. In der Vereinbarung nach Absatz 7 sind insbesondere Vorgaben zur Sicherstellung und regelmäßigen Überprüfung der Verfügbarkeit, Leistungsfähigkeit und Qualität des elektronischen Systems nach Absatz 1 Satz 6 vorzusehen, um die Funktionen des elektronischen Systems gemäß Absatz 1a hinsichtlich der Qualität und Attraktivität für die Nutzung durch die Versicherten kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Das elektronische System der Kassenärztlichen Bundesvereinigung führt ab 1. Juli 2026 alle Behandlungstermine inklusive Termine für telemedizinische Leistungen zusammen, die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte auf Basis der Vereinbarung nach § 87g Absatz 1 jeweils festgelegten Umfang melden. Auf Basis der in Absatz 8 vorgesehenen technischen Festlegungen soll eine Schnittstelle definiert werden, die eine einfache und aufwandsarme Übertragung der freien Termine aus den Praxisverwaltungssystemen direkt in das elektronische System nach Absatz 1 Satz 6 ermöglichen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird in diesem Zusammenhang damit beauftragt, PVS-Systeme zu zertifizieren, die die Umsetzung dieser Schnittstelle nachweisen.

Künftig erhalten die Terminservicestellen freie Termine zur Vermittlung in den in § 75 Absatz 1a SGB V genannten Konstellationen ausschließlich aus dem elektronischen System. Zur Sicherstellung des Vermittlungsauftrages in medizinisch dringenden Fällen stellen der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung in der zu schließenden Vereinbarung nach § 370a Absatz 7 einen vorrangigen Zugriff der TSS auf die freien Termine sicher.

Mit den Vorgaben nach Absatz 10 und Absatz 11 wird sichergestellt, dass Dritte (z.B. Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Vermittlungsplattformen) Zugriff auf die Behandlungstermine zum Zwecke der Terminvermittlung an GKV-Versicherte erhalten. Für die weitere Vermittlung dieser Termine an GKV-Versicherte müssen die zugangsberechtigten Dritten die Einhaltung der Vorgaben nach § 87f sowie der vorgesehenen technischen Anforderungen nach § 367b nachweisen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband werden gemäß Absatz 12 mit einer Gesamtevaluation der Umsetzung der Regelungen zur digitalen Terminvermittlung beauftragt. Hierbei ist insbesondere die Umsetzung der Meldepflicht der Termine nach § 87g sowie die Funktionalität und Nutzung des elektronischen Systems nach Absatz 1 Satz 6 einzubeziehen.

Mit der Regelung in Absatz 13 wird klargestellt, dass die bestehenden gesetzlichen Anforderungen an das Portal der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Vermittlung von Terminen für Behandlungen und telemedizinischen Leistungen bis zur Aufnahme des Betriebes des weiterentwickelten elektronischen Systems nach Absatz 1 Satz 6 bis zum 1. Juli 2026 gelten.

§ 367b Vereinbarung über technische Anforderungen an Vermittlungsportale zur Vermittlung von Terminen für vertragsärztliche Leistungen

A) Neuregelungsbedarf:
Mit der Aufnahme des § 367b SGB V erhalten der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung den gesetzlichen Auftrag zur Vereinbarung von technischen Anforderungen an Vermittlungsportale, die Termine für vertragsärztliche Leistungen an GKV-Versicherte vermitteln.

Anbieter von Vermittlungsportalen sind neue Akteure im Gesundheitswesen, die mit sensiblen personenbezogenen Daten umgehen. Studien, wie die des Verbraucherzentrale Bundesverbands zur Online-Buchung von Arztterminen vom Dezember 2023 (vgl. „Online-Buchung von Arztterminen: Verbraucheraufruf zeigt Schwächen auf"; Quelle: www.vzbv.de) zeigen, dass politischer Handlungsbedarf besteht. Neben einer Benachteiligung gesetzlich Versicherter betrifft dies insbesondere Tracking und Profilbildung durch Anbieter. Zum Schutz der sensiblen personenbezogenen Daten und der Vermeidung der Nutzung für Werbe- und Marketingzwecke braucht es daher Anforderungen an die technischen Verfahren, die den Vermittlungsportalen zugrunde liegen. Ziel der nach § 367b vorgesehenen Anforderungen ist insbesondere eine Erhebung und befristete Speicherung nur jener Versichertendaten, die zur Terminvermittlung zwingend benötigt werden.

B) Änderungsvorschlag:
Nach § 367a wird der folgende § 367b eingefügt:

§ 367b Vereinbarung über technische Anforderungen an Vermittlungsportale zur Vermittlung von Termine für vertragsärztliche Leistungen

(1) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren im Benehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, dem Bundesamt für die Sicherheit in der Informationstechnik bis

zum 30. Juni 2026 die Anforderungen an Vermittlungsportale, die Termine für vertragsärztliche Leistungen an Versicherte vermitteln.

(2) [1]In der Vereinbarung sind insbesondere festzulegen die technischen Anforderungen an die einzusetzenden Vermittlungsportale, Vorgaben für die Interoperabilität der einzusetzenden Vermittlungsportale zu informationstechnischen Systemen, die im Gesundheitswesen zur Verarbeitung von personenbezogenen Gesundheitsdaten angewendet werden und zum elektronischen System nach § 370a Absatz 1 Satz 6, die Anforderungen an den Datenschutz und die Informationssicherheit sowie, falls erforderlich, die Verwendung von Diensten und Anwendungen der Telematikinfrastruktur festzulegen. [2]Insbesondere sind in der Vereinbarung auch Regelungen zu treffen, die eine Verwendung der sensiblen personenbezogenen Daten für Werbe- und Marketingzwecke ausschließen.

(3) Kommt die Vereinbarung nach Absatz 1 nicht zustande, so ist auf Antrag eines der Vereinbarungspartner ein Schlichtungsverfahren nach § 370 bei der Schlichtungsstelle nach § 319 einzuleiten.

(4) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren das Nähere zu den Nachweispflichten und -verfahren.

Für Begründung im Gesetzentwurf:

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband werden beauftragt, flankierend zu den Vorgaben nach § 87f Anforderungen an technische Verfahren für Vermittlungsportale zu vereinbaren, die Termine für vertragsärztlichen Leistungen an Versicherte vermitteln. Neben Vorgaben zur Interoperabilität, insbesondere zu dem elektronischen Verzeichnis nach § 370a Absatz 1 Satz 6, der Verwendung von Diensten und Anwendungen der Telematikinfrastruktur sollen im Schwerpunkt verbindlich umzusetzende Standards zum Schutz der Daten der Versicherten sowie zur Sicherstellung der Informationssicherheit vereinbart werden. Ziel der Vereinbarung ist es, dass Vermittlungsportale nur jene Daten erheben und für einen begrenzten Zeitraum speichern dürfen, die zum Zwecke der Terminvermittlung zwingend notwendig sind. Mit der Vereinbarung ist insbesondere eine Verwendung der sensiblen personenbezogenen Daten für Werbe- und Marketingzwecke auszuschließen. Die Regelung nach § 367b umfasst auch Regelungskompetenzen der Vereinbarungspartner hinsichtlich der Nachweispflichten und – verfahren gegenüber den Anbietern von Vermittlungsportalen.

Artikel 1 (Änderung des fünften Buches Sozialgesetzbuch)

§ 123 - Übermittlung und Nutzung von Daten ambulanter Krankenhausleistungen (neu)
§ 115b - Ambulantes Operieren im Krankenhaus
§ 115f - Spezielle sektorengleiche Vergütung, Verordnungsermächtigung

Änderung des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG
§ 21 - Übermittlung und Nutzung von Daten

A) Neuregelungsbedarf

Die vorgeschlagene Änderung zielt auf die Übermittlung und Nutzung von Daten ambulanter Krankenhausleistungen nach den §§ 115b und 115f SGB V ab und sieht hierfür einen neuen § 123 vor. Der Vorschlag beinhaltet zudem zwei konkrete gesetzliche Verwendungszwecke: die Kalkulation von Fallpauschalen für die spezielle sektorengleiche Vergütung gemäß § 115f Absatz 1 SGB V sowie die Kalkulation von leistungsbezogenen Sachkostenpauschalen für die einheitliche Vergütung von AOP-Leistungen gemäß § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V. Ziel ist es, Leistungsdaten ambulanter Fälle in Krankenhäusern nach den §§ 115b und 115f SGB V, von allen nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern über die Datenstelle des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu erheben. Mit dieser Datenerhebung wird das tatsächlich erbrachte ambulante Leistungsgeschehen von Krankenhäusern nach den §§ 115b und 115f SGB V erstmals transparent dargelegt. Nur durch die Erhebung ambulanter Leistungsdaten von Krankenhäusern ist es möglich, vorhandene Versorgungsstrukturen nachzuvollziehen, zu analysieren und anschließend weiterzuentwickeln. Zudem ermöglicht die Datenerhebung, die Qualität der medizinischen Versorgung zu erfassen und diese vor dem Hintergrund knapper Ressourcen zu optimieren. Die Versorgungsstrukturen, insbesondere im ambulanten Versorgungsbereich, sind in den letzten Jahren immer komplexer geworden. Aktuelle Änderungen stellen insbesondere die Erweiterung des AOP-Katalogs und die Weiterentwicklung der Regelungen zum ambulanten Operieren von Krankenhäusern sowie die Einführung einer speziellen sektorengleichen Vergütung für ausgewählte Leistungen des AOP-Katalogs (Hybrid-DRG) dar. Um Versorgungsdefizite in der derzeitigen ambulanten Versorgung nach den §§ 115b und 115f SGB V erkennen und ineffiziente Versorgungsstrukturen abbauen zu können, bedarf es einer Darstellung der tatsächlichen ambulanten Versorgungsleistungen der Krankenhäuser nach den §§ 115b und 115f SGB V. Damit bietet sich die Möglichkeit, auf Basis empirisch erhobener ambulanter Leistungsdaten von Krankenhäusern die ambulanten Versorgungsstrukturen aktiv zu gestalten, die Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten zu verbessern sowie Leistungserbringende zu entlasten. Zudem wird mit dieser Regelung ein erster Baustein dafür umgesetzt, zukünftig neben den Daten über die stationäre Leistungserbringung von Krankenhäusern nach § 21 KHEntgG auch Daten über die ambulante Leistungserbringung von Krankenhäusern zu erheben und damit einen umfassenden Überblick über das gesamte Leistungsgeschehen von Krankenhäusern gesetzlich zu etablieren.

Ein weiteres zentrales Ziel ist es, empirische Kostendaten von ambulanten Krankenhausleistungen nach den §§ 115b und 115f SGB V zu erheben und damit eine Datengrundlage für die Vereinbarung und Weiterentwicklung der Vergütung dieser ambulanten Krankenhausleistungen zu schaffen. Insbesondere die spezielle sektorengleiche Vergütung nach § 115f SGB V schreibt die Kalkulation von Fallpauschalen auf Grundlage empirischer Kostendaten vor. Des Weiteren sollen bei AOP-Leistungen

nach § 115b SGB V anfallende Sachkosten pauschaliert vergütet werden. Für diese Verwendungszwecke liefert § 123 SGB V die notwendige Datengrundlage.

Die in dem Gesetzgebungsvorschlag hinterlegte Zeitschiene sieht vor, dass in einem ersten Schritt die ambulanten Leistungsdaten aller nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser erhoben werden. Damit liegt dann erstmals und ab dann jährlich vollständige Transparenz über das ambulante Leistungsgeschehen der Krankenhäuser in Deutschland vor. Auf dieser neuen Datenbasis ist es dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) dadurch erstmals möglich, diejenigen Krankenhäuser zu bestimmen, die zusätzlich zu den Leistungsdaten auch die Kostendaten ihrer ambulanten Leistungserbringung nach den §§ 115b und 115f SGB V zu übermitteln. Die empirischen ambulanten Kostendaten von Krankenhäusern können demnach immer erst ein Jahr später als die Übermittlung der ambulanten Leistungsdaten aller Krankenhäuser erfolgen. Dies bedeutet, wenn die Krankenhäuser gemäß des neuen § 123 SGB V gesetzlich verpflichtet werden, ihre ambulanten Leistungsdaten nach den §§ 115b und 115 SGB V jährlich zum 31.03., erstmals zum 31.03.2025, an die Datenstelle des InEK zu übermitteln, ist eine Erhebung empirischer ambulanter Kostendaten von Krankenhäusern im Wege einer repräsentativen Stichprobe erstmals erst zum 31.03.2026 umsetzbar. Die Erhebung, Auswertung und Bereitstellung von Daten vertragsärztlicher Leistungserbringer zum Zweck der Anpassung und Weiterentwicklung der Hybrid-Fallpauschalen erfolgt durch das Institut des Bewertungsausschusses im Auftrag des ergänzten Bewertungsausschusses. Dem folgend können dann erstmals mit Wirkung zum 01.01.2027 Hybrid-DRG Fallpauschalen auf Basis empirischer stationärer und ambulanter Kostendaten von Krankenhäusern sowie empirischer Kostendaten von Vertragsärzten kalkuliert und festgelegt werden.

Für die Umsetzung sieht der Gesetzgebungsvorschlag vor, dass der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 5a SGB V spätestens mit Wirkung zum 1. Januar 2026 auf Grundlage der dann vorliegenden fallbezogenen ambulanten und stationären Kostendaten die Fallpauschalen für eine sektorenübergreifende Vergütung beschließt. Mit der Übertragung dieser Aufgabe auf den ergänzten Bewertungsausschuss werden die umfangreichen und erforderlichen Maßnahmen bis hin zur Entscheidungsfindung auf eine etablierte Gremien- und Arbeitsstruktur übertragen. Kommt eine Entscheidung des ergänzten Bewertungsausschusses ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet gemäß § 87 Absatz 5a SGB V der ergänzte Bewertungsausschuss in erweiterter Besetzung. Darüber hinaus wird durch die Ergänzung in § 115f Absatz 4 klargestellt, dass die Regelungen des § 87 Absatz 6 SGB V gleichfalls entsprechend gelten und damit dem Bundesministerium für Gesundheit die Möglichkeit gegeben wird, Entscheidungen des Gremiums herbeizuführen.

Die vereinbarten Leistungen sind auf der Grundlage der vereinbarten sektorengleichen Vergütung durch die Krankenkassen zu vergüten. Das Gesetz spricht in § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 von einer „speziellen“ sektorengleichen Vergütung und hat als spezielle Regelung Anwendungsvorrang gegenüber anderen als der sektorengleichen Vergütung. Eine alternative Abrechnungsmöglichkeit (z. B. einheitlicher Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen nach § 87 Absatz 1) für Leistungserbringer ist daher ausgeschlossen. Zur Klarstellung wird § 115 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 ergänzt.

Mit der ergänzenden Formulierung in § 115f Absatz 3 wird klargestellt, dass die Vertragspartner das Nähere zum Abrechnungsverfahren sowie den erforderlichen Vordrucken zu vereinbaren haben.

B) Änderungsvorschlag

Es wird folgender § 123 SGB V („Übermittlung und Nutzung von Daten ambulanter

Krankenhausleistungen“) neu eingefügt:

(1) Das nach § 108 zugelassene Krankenhaus übermittelt auf elektronischem Wege jährlich jeweils zum 31.03., erstmals zum 31.03.2025, für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr zum Zweck der Vereinbarung und Weiterentwicklung der Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen nach den §§ 115b und 115f die Daten nach Absatz 2 an die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus geführte Datenstelle auf Bundesebene.

(2) [1]Zu übermitteln sind je ambulantem Fall im Krankenhaus nach den §§ 115b und 115f ein Datensatz mit folgenden ambulanten Leistungsdaten:

1. unveränderbarer Teil der Krankenversichertennummer nach § 290 Absatz 1 Satz 2 oder, sofern eine Krankenversichertennummer nicht besteht, das krankenhausinterne Kennzeichen des ambulanten Behandlungsfalls,

2. Institutionskennzeichen des Krankenhauses sowie das Standortkennzeichen nach § 293 Absatz 6 für den behandelnden Standort oder die Betriebsstättennummer,

3. Institutionskennzeichen der Krankenkasse,

4. Geburtsjahr und Geschlecht der Patientin bzw. des Patienten sowie die Postleitzahl und der Wohnort der Patientin bzw. des Patienten, in den Stadtstaaten der Stadtteil, bei Kindern bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres außerdem der Geburtsmonat,

5. Tag des Zugangs, Tage der Behandlung, Überweisungsdiagnosen, behandelnde Fachabteilungen,

6. Behandlungsdiagnosen sowie sonstige Diagnosen und deren Art, Datum und Art der durchgeführten Operationen und Prozeduren nach den jeweils gültigen Fassungen der Schlüssel nach § 301 Absatz 2 Satz 1 und 2, einschließlich der Angabe der jeweiligen Versionen,

7. Verarbeitungskennzeichen,

8. alle Angaben aus der Abrechnung zu der Version, der Art, der Anzahl und der Höhe aller abgerechneten Entgelte einschließlich der Gebührenordnungspositionen, Sachkosten und Pauschalen je Behandlungstag sowie Zuzahlungsbetrag und Rechnungsbetrag,

9. Angabe, ob Leistungen durch eine am Krankenhaus tätige Belegärztin bzw. einen dort tätigen Belegarzt bzw. eine kooperierende Vertragsärztin bzw. einen kooperierenden Vertragsarzt erbracht wurden.

[2]Zu übermitteln sind je Fall im Krankenhaus nach § 115f ein Datensatz nach § 21 Absatz 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes sowie zusätzlich je Fall im Krankenhaus nach § 115f Angaben zu den Einweisungsdiagnosen und den Aufnahmediagnosen.

(3) [1]Die Datenstelle prüft die Daten nach Absatz 2 auf Plausibilität und übermittelt jährlich bis zum 01.07., erstmals bis zum 01.07.2025, die Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 in pseudonymisierter Form, die Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 bis 9, sowie die Daten nach Absatz 2 Satz 2 an die Deutsche Krankenhausgesellschaft, den GKV-Spitzenverband und den Verband der Privaten Krankenversicherung. [2]Nach Abschluss der Plausibilitätsprüfung darf die Herstellung eines Personenbezugs nicht mehr möglich sein.[3]Die Daten nach Satz 1 dürfen ausschließlich für in diesem Gesetz vorgesehene Zwecke verwendet werden. [4]Die Datenstelle veröffentlicht die Daten nach Satz 1 jeweils bis zum 01.09., erstmals bis zum 01.09.2025, in anonymisierter und zusammengefasster Form, gegliedert nach bundes- und landesweiten Ergebnissen, barrierefrei auf der Internetseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus; eine Nutzung der veröffentlichten Daten durch Dritte ist ausschließlich zu nicht-kommerziellen Zwecken zulässig. [5]Näheres zu den Daten nach Absatz 2 ist bis zum 31.12.2024 auf der Grundlage eines Konzepts des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus von der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem GKV-Spitzenverband zu vereinbaren. [6]Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband vereinbaren im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung, dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und dem Bundesamt für die Sicherheit in der Informationstechnik bis zum 31.12.2024 die weiteren Einzelheiten der Datenübermittlung. [7]Kommt eine Vereinbarung nach Satz 5 und oder 6 ganz oder teilweise nicht zustande, erlässt das Bundesministerium für Gesundheit die Vorgaben nach Satz 5 und oder 6 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates. [8]Die notwendigen Aufwendungen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Erfüllung dieser Aufgaben sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz zu finanzieren, der erforderlichenfalls entsprechend zu erhöhen ist.

(4) [1]Für den Fall der Nichterfüllung, der nicht vollständigen oder nicht rechtzeitigen Erfüllung von Datenübermittlungspflichten nach Absatz 1 vereinbaren die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband, im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung, bis zum 31.03.2025 die Höhe und nähere Ausgestaltung der Vergütungsabschläge.

[2]Der Abschlag hat mindestens 20 000 Euro für jeden Standort des Krankenhauses zu betragen, soweit hierdurch für das Krankenhaus keine unbillige Härte entsteht; die Datenstelle regelt das Nähere zu den Voraussetzungen unbilliger Härtefälle. [3]Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht zustande, erlässt das Bundesministerium für Gesundheit die Vorgaben nach Satz 1 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates. [4]Erfüllen Krankenhäuser ihre Datenübermittlungspflichten nach Absatz 1 nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig, erfolgen Vergütungsabschläge entsprechend der Vereinbarung nach Satz 1 oder Rechtsverordnung nach Satz 3. [5]Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus unterrichtet jeweils die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft, den GKV-Spitzenverband und den Verband der Privaten Krankenversicherung, über Verstöße gegen Datenübermittlungspflichten nach Absatz 1.

(5) [1]Zur Unterstützung der Vereinbarung und Weiterentwicklung der Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen nach den §§ 115b und 115f übermitteln die nach Satz 6 festgelegten Krankenhäuser die Kostendaten ihrer ambulanten Fälle nach den §§ 115b und 115f jährlich zum 31.03. für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr, erstmals bis zum 31.03.2026, an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus auf elektronischem Wege. [2]Für die Datenübermittlung nach Satz 1 erstellt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus einen Vorschlag für ein Konzept zur Abfrage und Übermittlung von repräsentativen Kostendaten der ambulanten Fälle in Krankenhäusern nach den §§ 115b und 115f und übermittelt diesen Vorschlag erstmalig bis zum 30.09.2025 an die Deutsche Krankenhausgesellschaft, den GKV-Spitzenverband und den Verband der Privaten Krankenversicherung. [3]Der Konzeptvorschlag nach Satz 2 muss Art und Umfang der zu übermittelnden Daten beschreiben. [4]Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband vereinbaren im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung unter Berücksichtigung des Vorschlags des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach Satz 2 ein Konzept zur Datenerhebung erstmalig bis zum 31.12.2025. [5]Soweit für die Herstellung der repräsentativen Datengrundlage nicht Daten aller nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser erforderlich sind, bestimmt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus die näheren Anforderungen, insbesondere Kalkulationsvorgaben und Mindestfallzahlen für ambulante Krankenhausleistungen für diejenigen Krankenhäuser, die Daten nach Satz 1 zu übermitteln haben, sowie Maßnahmen, die die Abgrenzung zu stationären und weiteren ambulanten Leistungen gewährleisten und die Überprüfung der Richtigkeit der übermittelten Daten ermöglichen. [6]Zur Herstellung einer repräsentativen Datengrundlage legt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus auf der Grundlage der Vereinbarung nach Satz 4 aus der Gruppe der an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäuser diejenigen sowie falls erforderlich weitere Krankenhäuser fest, die Daten nach Satz 1 zu übermitteln haben; diese Krankenhäuser sind zur Übermittlung der für die Kalkulation erforderlichen Daten an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus verpflichtet. [7]Kommt eine Vereinbarung nach Satz 4 ganz oder teilweise nicht zustande, erlässt das Bundesministerium für Gesundheit die Vorgaben nach Satz 4 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates. [8]Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlicht jährlich in geeigneter Weise die Ergebnisse der Datenerhebung nach Satz 1 zu den Kosten ambulanter Krankenhausleistungen nach den §§ 115b und 115f in anonymisierter und zusammengefasster Form barrierefrei auf der Internetseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus; die der Datenauswertung zugrundeliegenden Daten einzelner Krankenhäuser sind vertraulich. [9]Die notwendigen Aufwendungen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Erfüllung dieser Aufgaben sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz zu finanzieren, der erforderlichenfalls entsprechend zu erhöhen ist.

(6) [1]Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband vereinbaren im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum 31.03.2026 Pauschalen, mit denen der Aufwand abgegolten wird, der bei den Krankenhäusern für die Übermittlung der Daten nach Absatz 5 Satz 1 entsteht. [2]Die Pauschalen sollen in Abhängigkeit von Anzahl und Qualität der übermittelten Datensätze gezahlt werden. [3]Die Pauschalen nach Satz 1 sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren, der erforderlichenfalls entsprechend zu erhöhen ist. [4]Die notwendigen Aufwendungen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Erfüllung der Aufgaben nach Absatz 5 sind aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren, der

erforderlichenfalls entsprechend zu erhöhen ist. [5]Für den Fall der Nichterfüllung, der nicht vollständigen oder nicht rechtzeitigen Erfüllung von Datenübermittlungspflichten nach Absatz 5 Satz 1 vereinbaren die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband, im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung, bis zum 31.03.2026 die Höhe und nähere Ausgestaltung der Vergütungsabschläge. [6]Der Abschlag nach Satz 5 ergibt sich aus der Multiplikation der Anzahl der ambulanten Krankenhausfälle nach den §§ 115b und 115f, deren Daten durch das Krankenhaus je Krankenhausstandort nicht übermittelt werden oder zwar übermittelt werden, aber durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nicht verwertbar sind, mit einem fallbezogenen Abschlagswert. [7]Der fallbezogene Abschlagswert beträgt im ersten Jahr der Datenübermittlung, in dem eine Übermittlung nicht, nicht vollständig oder nicht fristgerecht erfolgt, 20 Euro je ambulanten Krankenhausfall nach den §§ 115b und 115f, dessen Daten nicht übermittelt werden oder zwar übermittelt werden, aber durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nicht verwertbar sind. [8]Für jedes weitere Jahr der Datenübermittlung, in dem eine Übermittlung nicht, nicht vollständig oder nicht fristgerecht erfolgt, erhöht sich der fallbezogene Abschlagswert nach Satz 7 um jeweils 10 Euro. [9]Eine Übermittlung gilt als nicht vollständig, wenn die Daten der für den jeweiligen Standort eines Krankenhauses an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelten ambulanten Fälle im Krankenhaus nach den §§ 115b und 115f zu weniger als 95 Prozent verwertbar sind. [10]Kommt eine Vereinbarung nach Satz 5 ganz oder teilweise nicht zustande, erlässt das Bundesministerium für Gesundheit die Vorgaben nach Satz 5 durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates. [11]Erfüllen Krankenhäuser ihre Datenübermittlungspflichten nach Absatz 5 Satz 1 nicht, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig, erfolgen Vergütungsabschläge entsprechend der Vereinbarung nach Satz 5 oder Rechtsverordnung nach Satz 10. [12]Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus unterrichtet jeweils die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft, den GKV-Spitzenverband und den Verband der Privaten Krankenversicherung über Verstöße gegen Datenübermittlungspflichten nach Absatz 5 und die Höhe des jeweiligen Abschlags nach Satz 6.

(7) Die Verwendung der durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nach Absatz 1 und Absatz 5 Satz 1 erhobenen Daten ambulanter Krankenhausleistungen nach den §§ 115b und 115f ist ausschließlich in den jeweils durch oder auf Grund dieses Gesetzes vorgesehenen Fällen nach Maßgabe der jeweiligen Regelungen zulässig.

In § 115b SGB V werden folgende Ergänzungen vorgenommen:

(1) „[1]Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren auf der Grundlage des Gutachtens nach Absatz 1a bis zum 31.01.2022

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen,

2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.

[2]Die Vereinbarung nach Satz 1 tritt mit ihrem Wirksamwerden an die Stelle der am 31.12.2019 geltenden Vereinbarung. [3]In die Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 sind die in dem Gutachten nach

Absatz 1a benannten ambulant durchführbaren Operationen und die stationsersetzenden Eingriffe und stationsersetzenden Behandlungen aufzunehmen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, sowie allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. [4]Die Vergütung nach Satz 1 Nummer 2 ist nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren und erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage, ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen. **[5]Die einheitliche Vergütung nach Satz 1 Nummer 2 hat für die Sachkosten einer Leistung aus dem Katalog nach Satz 1 Nummer 1 in der Regel pauschaliert zu erfolgen. [6]Für die Vereinbarung und Weiterentwicklung der Vergütung von Sachkosten nach Satz 5 hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstmalig bis zum 30.06.2026 einen Vorschlag für ein Konzept zur Auswertung von Daten nach § 123 zu erstellen, der die Verteilung der Sachkosten von ambulanten Fällen in Krankenhäusern in sachgerechter Differenzierung darstellt und leistungsbezogene Sachkostenpauschalen für Leistungen des Katalogs nach Satz 1 Nummer 1 kalkuliert. [7]Die Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbaren unter Berücksichtigung des Vorschlags nach Satz 6 ein Konzept zur Datenauswertung und Kalkulation von leistungsbezogene Sachkostenpauschalen erstmalig bis zum 30.09.2026. [8]Kommt die Vereinbarungen nach Satz 7 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a. [9]Die Leistungen des Katalogs nach Satz 1 Nummer 1, für die Auswertungen von Daten nach § 123 erstellt und leistungsbezogene Sachkostenpauschalen kalkuliert werden, werden jährlich zum 31.03., erstmals zum 31.03.2025, von den Vertragsparteien nach Satz 1 auf Grundlage eines Vorschlags vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für das Folgejahr vereinbart. [10]Kommt eine Vereinbarung nach Satz 9 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a. [11]Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelt jährlich zum 01.11. die Auswertungen der Daten nach § 123, erstmals zum 01.11.2026, an die Vertragsparteien nach Satz 1.** [12]In der Vereinbarung **nach Satz** 1 sind die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Absatz 2 sowie die Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 und den §§ 136 bis 136b zu berücksichtigen. [13]In der Vereinbarung **nach Satz 1** ist vorzusehen, dass die Leistungen nach Satz 1 auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht werden können. [14]Die Vereinbarung **nach Satz 1** ist mindestens alle zwei Jahre, erstmals zum 31.12.2023, durch Vereinbarung an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. [15]Der Vereinbarungsteil nach Satz 1 Nummer 1 bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit."

In § 115f SGB V werden folgende Ergänzungen vorgenommen:

(1) „[1]Die Vertragsparteien nach § 115b Absatz 1 Satz 1 vereinbaren bis zum 31.03.2023

1. eine spezielle sektorengleiche Vergütung, die unabhängig davon erfolgt, ob die vergütete Leistung ambulant oder stationär erbracht wird, und

2. für welche der in dem nach § 115b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 vereinbarten Katalog genannten Leistungen die Vergütung ausschließlich nach Nummer 1 erfolgt.

[2]Die nach Satz 1 Nummer 1 vereinbarte Vergütung ist für jede nach Satz 1 Nummer 2 vereinbarte Leistung individuell als Fallpauschale zu kalkulieren. [3]Unterschiede nach dem Schweregrad der Fälle sind dabei durch die Bildung von Stufen zu berücksichtigen. [4]Bei der erstmaligen Kalkulation sind die für die jeweilige Leistung im stationären und ambulanten Bereich für das zum Zeitpunkt der Kalkulation letzte Abrechnungsjahr gezahlten Vergütungsvolumina sowie die Anzahl der erbrachten Fälle zu berücksichtigen. [5]Berücksichtigt werden können auch die jeweiligen Anteile der ambulanten und stationären Fälle an der Gesamtzahl der Fälle und die Kosten der ausschließlich stationären Behandlung. [6]Spätestens ab dem Jahr 2026 ist die Fallpauschale auf Grundlage **fallbezogener ambulanter Kostendaten der Krankenhäuser nach § 123, fallbezogener stationärer Kostendaten der Krankenhäuser sowie fallbezogener Kostendaten vertragsärztlicher Leistungserbringer zu kalkulieren und jährlich anzupassen. [7]Hierzu trifft der ergänzte Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 5a SGB V spätestens bis zum 30.09.2026 mit Wirkung zum 01.01.2027 erstmalig einen Beschluss. [8]Die aggregierten Daten nach § 123 dürfen für die Zwecke des Satzes 7 verarbeitet werden. [9]Die den Datenauswertungen zugrundeliegenden Daten einzelner Krankenhäuser sind vertraulich. [10]Das Institut des Bewertungsausschusses sowie das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus können insbesondere zum Zweck der für den Beschluss nach Satz 7 erforderlichen Datenauswertungen, der Erstellung eines Kalkulationskonzeptes sowie der Kalkulation von Fallpauschalen beauftragt werden. [11]Das Institut des Bewertungsausschusses kann darüber hinaus für den Zweck der für den Beschluss nach Satz 7 erforderlichen Datenerhebung und –bereitstellung beauftragt werden. [12]Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus kann an Sitzungen des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V sowie von diesen gebildeten Unterausschüssen und Arbeitsgruppen teilnehmen."**

In § 115f Absatz 3 wird der folgende Satz angefügt:

„Das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie über die erforderlichen Vordrucke wird von den Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 vereinbart."

In § 115f Absatz 4 wird der folgende Satz angefügt.

„Für Beschlüsse des ergänzten Bewertungsausschusses nach Absatz 1 Satz 7 gelten die Regelungen des § 87 Absatz 6 entsprechend."

In § 21 KHEntgG werden folgende Ergänzungen vorgenommen:

(1) „Die Datenstelle prüft die Daten nach Absatz 1 auf Plausibilität und übermittelt jeweils bis zum 01.07. die

1. Daten nach Absatz 2 Nummer 1 und Nummer 2 Buchstabe b bis h zur Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie zur Weiterentwicklung des Entgeltsystems nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Investitionsbewertungsrelationen nach § 10 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie zur Weiterentwicklung der Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen nach den §§ 115b und 115f des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch an die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes,"

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(5)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
06.11.2024

vdek
Die Ersatzkassen

Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum

Kabinettsentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

vom 22.5.2024

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeiner Teil 3

2. Kommentierung des Gesetzes 9

- Zu Artikel 1 Nummer 2 § 28 Absatz 3 SGB V (Ärztliche und zahnärztliche Behandlung) 9
- Zu Artikel 1 Nummer 3 § 33 Absatz 5c SGB V NEU (Hilfsmittel) 10
- Zu Artikel 1 Nummer 6 § 87 Absatz 2b SGB V (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte) 12
- Zu Artikel 1 Nummer 7 § 87a SGB V (Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten) 13
- Zu Artikel 1 Nummer 8 § 87b Absatz 1 SGB V [Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung)] 15
- Zu Artikel 1 Nummer 10 § 92 SGB V (Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses) 16
- Zu Artikel 1 Nummer 11 § 95 SGB V (Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung) 17
- Zu Artikel 1 Nummer 17 § 106b Absatz 2 Satz 2 SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen) 19
- Zu Artikel 1 Nummer 15 § 116b Absatz 5a und 5b SGB V NEU (Ambulante spezialfachärztliche Versorgung) 20
- Zu Artikel 1 Nummer 17 § 119c Absatz 2 Satz 2 SGB V (Medizinische Behandlungszentren) 21
- Zu Artikel 1 Nummer 21 § 137f Absatz 1 SGB V (Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten) 22
- Zu Artikel 1 Nummer 25 § 226 Absatz 6 SGB V NEU (Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtig Beschäftigter) 23
- Zu Artikel 6 § 31 Absatz 1 Ärzte-ZV 24

3. Ergänzender Änderungsbedarf 25

- § 9 SGB V (Freiwillige Versicherung) 25
- § 50 SGB V (Krankengeld bei Altersteilrente) 27
- § 87 Absatz 1 und § 92 Absatz 6a Satz 6 SGB V (Einführung eines digitalen Antrags- und Gutachterverfahrens in der Psychotherapie) 28
- § 101 Absatz 4 SGB V (Förderung der systemischen Therapie) 30

1. Allgemeiner Teil

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Finanzwirkung

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

2. Kommentierung des Gesetzes

Zu Artikel 1 Nummer 2
§ 28 Absatz 3 SGB V (Ärztliche und zahnärztliche Behandlung)

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

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

Änderungsvorschlag
Dem § 28 Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:
„Der Einholung des Konsiliarberichts bedarf es nicht, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Überweisung eines Vertragsarztes **oder im Anschluss an eine Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung aufgrund der gleichen Erkrankung** erfolgt."

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

Beabsichtigte Neureglung

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

Bewertung

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

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

Änderungsvorschlag

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

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

Zu Artikel 1 Nummer 6
§ 87 Absatz 2b SGB V (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte)

Beabsichtigte Neureglung

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

Bewertung

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

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

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

Änderungsvorschlag

In Absatz 2b (neu) wird folgender Satz angefügt:
„Der Bewertungsausschuss hat die Höhe der Versorgungspauschale in Abhängigkeit des Behandlungsbedarfes differenziert in Stufen zu beschließen.“

Beabsichtigte Neureglung

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

Bewertung

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

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

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

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

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

Änderungsvorschlag

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

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

Zu Artikel 1 Nummer 8
§ 87b Absatz 1 SGB V [Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung)]

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

Bewertung
Hierbei handelt es sich um eine Folgeänderung der Entbudgetierung.

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

Änderungsvorschlag
Streichung der Regelung.

Sofern der Gesetzgeber der Streichung nicht folgt, wird § 87b Absatz 1 Satz 3 wie folgt gefasst:
„Die Vergütung der Leistungen im Notfall und im Notdienst erfolgt aus einem vor der Trennung für die Versorgungsbereiche gebildeten eigenen Honorarvolumen mit der Maßgabe, dass für diese Leistungen im Verteilungsmaßstab keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars angewandt werden dürfen; Gleiches gilt nach der Trennung in die für die Versorgungsbereiche gebildeten eigenen Honorarvolumen bezogen auf den hausärztlichen Versorgungsbereich unter Beachtung der nach § 87a Absatz 3b Satz 7 beschlossenen Vorgaben für die Vergütung der Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin, die gegenüber Patienten erbracht werden, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie unter Beachtung der nach § 87a Absatz 3c Satz 9 beschlossenen Vorgaben für die Vergütung der Leistungen des Versorgungsbereichs der allgemeinen hausärztlichen Versorgung."

Beabsichtigte Neureglung

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

Bewertung

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

Änderungsvorschlag

f) Streichung der Regelung.

Zu Artikel 1 Nummer 11
§ 95 SGB V (Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung)

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

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

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

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

Änderungsvorschlag
§ 95 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:
„(3) Die Zulassung bewirkt, dass der Vertragsarzt Mitglied der für seinen Kassenarztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung wird und zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Umfang seines aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrages berechtigt und verpflichtet ist. Die Zulassung des medizinischen Versorgungszentrums bewirkt, dass die in dem Versorgungszentrum angestellten Ärzte Mitglieder der für den Vertragsarztsitz des Versorgungszentrums zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung sind und dass das zugelassene medizinische Versorgungszentrum insoweit zur

Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist. Die vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung sind verbindlich. Die Einhaltung der sich aus den Sätzen 1 und 2 ergebenden Versorgungsaufträge ist von den Kassenärztlichen Vereinigungen bundeseinheitlich, insbesondere anhand der abgerechneten Fälle und Gebührenordnungspositionen mit den Angaben für den zur ärztlichen Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand nach § 87 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz, zu prüfen. Im Bundesmantelvertrag nach § 82 Absatz 1 sind insbesondere Regelungen zu treffen zu bundeseinheitlichen methodischen Grundlagen der Prüfung nach Satz 4 sowie für eine differenzierte Ausgestaltung der Ergebnisberichte, ihrer Übermittlung und Veröffentlichung; hierbei sind auch Regelungen zur Berücksichtigung von Anstellungsverhältnissen und zum Umgang mit ruhenden Zulassungen zu treffen. Die Ergebnisse sowie eine Übersicht über die gegebenenfalls getroffenen Maßnahmen sind den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, den Landes- und Zulassungsausschüssen sowie der für die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörde personenbezogen jeweils zum 30. Juni des Jahres zu übermitteln und nicht personenbezogen auf den Internetseiten der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu veröffentlichen. Die Regelungen nach Satz 6 müssen sicherstellen, dass die Zulassungsausschüsse Ergebnisberichte erhalten, die eine personenbezogene Zuordnung der Auswertungen und Ergebnisse ermöglichen und sie basierend auf den Ergebnissen und getroffenen Maßnahmen nach § 95 Absatz 3 Satz 7 von Amts wegen tätig werden können."

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

In § 95 Absatz 6 wird der folgende Satz 2 eingefügt:
„Der Zulassungsausschuss prüft eine erforderliche Anpassung der Versorgungsaufträge mindestens einmal jährlich" eingefügt.

Der bisherige Satz 2 wird zu Satz 3, der bisherige Satz 3 wird zu Satz 4, der bisherige Satz 4 wird zu Satz 5, der bisherige Satz 5 wird zu Satz 6 und der bisherige Satz 6 wird zu Satz 7.

Zu Artikel 1 Nummer 17
§ 106b Absatz 2 Satz 2 SGB V (Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen)

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

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

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

Änderungsvorschlag
Streichung der Regelung.

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

Zu Artikel 1 Nummer 15
§ 116b Absatz 5a und 5b SGB V NEU (Ambulante spezialfachärztliche Versorgung)

Beabsichtigte Neureglung

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

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

Bewertung

Offenbar vor dem Hintergrund, die verfassungsrechtliche Legitimation des G-BA und die Akzeptanz seiner Entscheidungen zu erhöhen, werden die Stellungnahmerechte für die jeweiligen wissenschaftlichen Fachgesellschaften auch für die einschlägige Richtlinie zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung eingeführt. Dies wird an dieser Stelle kritisch gesehen, da sie die Beratungen des G-BA unverhältnismäßig komplexer und zeitaufwendiger machen.
Ob die zusätzliche Einbeziehung der Fachgesellschaften und die Erhöhung von zwei auf drei zu bearbeitenden Indikationen pro Jahr mit einer begrenzten Bearbeitungszeit korrelieren, wird erheblich angezweifelt. Die Regelung hinsichtlich des neuen Absatzes 5b wird daher abgelehnt.

Änderungsvorschlag

Streichung des neuen Absatzes 5b.

Zu Artikel 1 Nummer 17
§ 119c Absatz 2 Satz 2 SGB V (Medizinische Behandlungszentren)

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

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

Änderungsvorschlag
Streichung der Regelung.

Zu Artikel 1 Nummer 21
§ 137f Absatz 1 SGB V (Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten)

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

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

Änderungsvorschlag
Dem § 137f Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:
„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Erstfassung einer Richtlinie nach Absatz 2 für die Behandlung einer Krankheit und deren Aktualisierungen innerhalb von zwei Jahren nach Vorlage des einschlägigen IQWiG-Berichtes zu beschließen."

Zu Artikel 1 Nummer 25
§ 226 Absatz 6 SGB V NEU (Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtig Beschäftigter)

Beabsichtigte Neureglung

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

Bewertung

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

Änderungsvorschlag

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

Zu Artikel 6
§ 31 Absatz 1 Ärzte-ZV

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

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

Änderungsvorschlag
Streichung der Regelung.

3. Ergänzender Änderungsbedarf

§ 9 SGB V (Freiwillige Versicherung)

Sachverhalt

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

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

Änderungsvorschlag

§ 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V sollte wie folgt ergänzt werden:
„(1) Der Versicherung können beitreten
1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens

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

Sachverhalt

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

Änderungsvorschlag

§ 50 Absatz 1 SGB V wird wie folgt angepasst:
„Für Versicherte, die
1. Rente wegen voller Erwerbsminderung oder Vollrente wegen Alters **oder eine Teilrente in Höhe von mindestens 2/3 der Vollrente** aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
2. […] beziehen, endet ein Anspruch auf Krankengeld vom Beginn dieser Leistungen an; nach Beginn dieser Leistungen entsteht ein neuer Krankengeldanspruch nicht.“

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

Sachverhalt

Die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von ambulanter Psychotherapie sind in der Psychotherapie-Richtlinie und der Psychotherapievereinbarung (Anlage 1 BMV-Ä) geregelt. Bei der Beantragung einer ambulanten Psychotherapie wird durch die Krankenkasse geprüft, ob die Voraussetzungen für eine Psychotherapie erfüllt sind.

Eine wesentliche Funktion des Antragsverfahrens und der mit der Genehmigung des Antrages durch die Krankenkassen einhergehenden vorgezogenen Wirtschaftlichkeitsprüfung ist die Schaffung eines sicheren Rahmens für die psychotherapeutische Behandlung. Die Genehmigung des Therapiekontingents ermöglicht eine Behandlungsplanung, die ein strukturiertes Vorgehen der Therapeut:innen fördert und bei den Patient:innen ein Verständnis für die vorgesehene Behandlung schafft.

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

Änderungsvorschlag

§ 87 Absatz 1 SGB V werden folgende Sätze angefügt:
„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regeln im Bundesmantelvertrag für Ärzte bis zum 31.12.2024 das Nähere zu einem elektronischen Antrags- und Gutachterverfahren für genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen. Zur Durchführung des elektronischen Antrags- und Gutachterverfahrens sind die an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, die jeweilige Krankenkasse sowie die oder der von der Krankenkasse ausgewählte Gutachterin oder Gutachter befugt, die hierfür erforderlichen

versichertenbezogenen Angaben nach Maßgabe des Bundesmantelvertrags zu verarbeiten. Die Sätze 9 und 12 gelten entsprechend.“

§ 92 Absatz 6a Satz 6 SGB V ist wie folgt zu fassen:
„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sämtliche Regelungen zum Antrags- und Gutachterverfahren **zu überprüfen**, sobald er ein Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2a eingeführt hat.“

Sachverhalt

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

Änderungsvorschlag

Dem Absatz 4 wird folgender Satz 8 angefügt:
„Der Gemeinsame Bundesausschuss wird beauftragt, ab dem 01.01.2025 in den Richtlinien nach Absatz 1 sicherzustellen, dass im Rahmen von Nachbesetzungsverfahren und bei der Besetzung von durch Anpassung der Verhältniszahlen neu entstehenden Sitzen Leistungserbringer nach Satz 1, die überwiegend oder ausschließlich Systemische Therapie erbringen, so lange vorrangig zu berücksichtigen sind, bis mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 15 Prozent der regional maßgeblichen Verhältniszahl erreicht ist.“

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Askanischer Platz 1
10963 Berlin
Tel.: 030/2 69 31 - 0
Fax: 030/2 69 31 - 2900
Politik@vdek.com

Deutscher Bundestag

Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(6)

gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2

07.11.2024

verbraucherzentrale
Bundesverband

QUALITÄTSWETTBEWERB IM SINNE DER VERSICHERTEN WEITERENTWICKELN

Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbands (vzbv) zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

29. August 2024

Impressum

Bundesverband der Verbraucherzentralen und Verbraucherverbände – Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.

Team Gesundheit und Pflege
Gesundheit@vzbv.de

Rudi-Dutschke-Straße 17
10969 Berlin

Der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. ist im Deutschen Lobbyregister und im europäischen Transparenzregister registriert. Sie erreichen die entsprechenden Einträge hier und hier.

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

INHALT

VERBRAUCHERRELEVANZ **3**

ZUSAMMENFASSUNG **4**

ANMERKUNGEN UND FORDERUNGEN DES VZBV **5**

1. Unabhängige Umsetzung des Kranken- und Pflegekassen-Vergleichsportals 5
2. Ergänzung der Vergleichsinformationen um Nachhaltigkeitsaktivitäten der Kranken- und Pflegekassen 6
3. Veröffentlichung des Vergleichsportals 7

VERBRAUCHERRELEVANZ

Die Wahl der Krankenkasse ist für Verbraucher:innen eine wichtige Entscheidung, die ihre Gesundheitsversorgung und finanzielle Situation beeinflusst.

In Deutschland gibt es derzeit 95 gesetzliche Krankenkassen, die unterschiedliche Leistungen und Services anbieten. Dabei haben die Verbraucher:innen in der Regel nur einmal im Jahr die Möglichkeit ihre Krankenkasse zu wechseln, wenn sie mit ihrer aktuellen nicht zufrieden sind. Die Wechselmöglichkeit besteht zudem auch nach jeder Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes. Ein Kassenwechsel ermöglicht es Verbraucher:innen passende Leistungen zu erhalten, wie zum Beispiel Zuschüsse für bestimmte Therapien oder Präventionskurse, oder günstigere Beiträge zu zahlen. Ein guter Service einer Krankenkasse zeichnet sich für Verbraucher:innen durch gute Erreichbarkeit, kompetente und schnelle Beratung und zügige Bearbeitung von Widersprüchen aus. Diese Parameter finden Verbraucher:innen aber bisher nicht übersichtlich in einem Vergleichsportal.

Vielmehr fokussieren die gängigen Krankenkassenvergleichsportale bisher auf die Beitragssätze, die Nennung von Satzungsleistungen und einige Serviceaspekte. Die Portale der Krankenkassen selbst bieten keine unabhängigen Informationen an und die Bewertung erfolgt nicht nach einheitlichen Kriterien. Jede Krankenkasse definiert, misst und bewertet Servicequalität nach eigenem Ermessen. Demzufolge unterscheiden sich auch die eigenen Transparenzberichte der Krankenkassen erheblich voneinander und sind nicht vergleichbar. Die vielen unterschiedlichen Zertifikate der Krankenkassen machen es für Verbraucher:innen sehr schwer, die Krankenkassen untereinander zu vergleichen. Die Aussagekraft der Zertifikate ist zudem sehr eingeschränkt, weil die Bewertungskriterien der Kassen oft nicht bekannt sind.

Die Versicherten benötigen daher übersichtlich aufbereitete, vertrauenswürdige und verständliche Entscheidungshilfen, mit denen sie erkennen können, welche besondere Leistungen die verschiedenen Kassen anbieten und wie gut die Qualität von Service und Beratung, Genehmigungspraxis und der angebotenen Leistungen ist.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme. Der vzbv unterstützt ausdrücklich das Ziel des Gesetzesentwurfs, die Transparenz der Servicequalität der Krankenkassen und des Leistungsgeschehens in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu erhöhen. Der vzbv begrüßt, dass der Gesetzgeber mit der Neuregelung klare gesetzliche Vorgaben macht, welche Qualitätskennzahlen von gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen bereitgestellt werden sollen. Dank dieser Maßnahme wird erstmalig ein direkter Vergleich aller Einzelkassen anhand einheitlicher Kriterien möglich sein.

Um allerdings ein unabhängiges, umfassendes und benutzerfreundliches Informationsportal zu erhalten, müssen die geplanten Regelungen aus Sicht des vzbv noch an zentralen Stellen geändert beziehungsweise ergänzt werden:

- Die Umsetzung des Portals sollte einem unabhängigen Betreiber übertragen werden. Bleibt es wie im Gesetzentwurf vorgesehen beim GKV-Spitzenverband (GKV-SV) als Betreiber des Portals, muss zumindest mit der Ausgestaltung und Weiterentwicklung ein unabhängiger und erfahrener Dritter beauftragt werden.
- Die Patienten- und Verbraucherorganisationen sollten mit ihren Erfahrungen an der Ausgestaltung des Portals beteiligt werden.
- Es sollte ein Gesamtindex und idealerweise ein individualisierbarer Index in das Portal aufgenommen werde, so dass Verbraucher:innen die Ergebnisse übersichtlich und auf einen Blick bewerten können.
- Für das Portal ist ergänzend ein Nachhaltigkeits-Index zu entwickeln. Dieser ist in der vorgesehenen Evaluation angemessen zu berücksichtigen und bei Bedarf fortzuentwickeln. Um Rechtssicherheit zu schaffen, ist das Wirtschaftlichkeitsgebot in § 12 SGB V um das Kriterium der Nachhaltigkeit zu erweitern.
- Die erstmalige Veröffentlichung des Portals sollte verbindlich spätestens bis Ende des Jahres 2025 erfolgen müssen.

ANMERKUNGEN UND FORDERUNGEN DES VZBV

1. UNABHÄNGIGE UMSETZUNG DES KRANKEN- UND PFLEGEKASSEN-VERGLEICHSPORTALS

Der neue § 217f Abs. 4 SGB V regelt, dass der GKV-SV in einer Richtlinie verbindliche Vorgaben für die einheitliche Erhebung und Veröffentlichung von Kennzahlen zum Leistungsgesehen und zur Servicequalität der einzelnen Kranken- und Pflegekassen (gemäß § 53 Satz 2 SGB XI) festlegen soll. Die Regelung sieht vor, dass die Informationen in einem Online-Vergleichsportal abgebildet werden und der GKV-SV das Portal betreiben soll. Zudem legt sie fest, dass die Richtlinie innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes zu erlassen ist und sie einer Genehmigung durch das Bundesgesundheitsministerium (BMG) bedarf.

Der vzbv begrüßt die Zielsetzung dieser Regelungen ausdrücklich.

Die Verbraucher:innen müssen aber darauf vertrauen können, dass die Informationen im Vergleichsportal unabhängig und neutral sind. Deshalb hält es der vzbv für einen Konstruktionsfehler, dass der GKV-SV das Portal ausgestalten und betreiben soll und dieser selbst Vorgaben für die Erhebung und Veröffentlichung von Kennzahlen in einer Richtlinie festlegen darf.

Der Spitzenverband vertritt nicht als neutraler Akteur die Interessen der Versicherten, sondern vertritt in erster Linie die Interessen seiner Mitglieder, also der einzelnen Kranken- und Pflegekassen. Zwischen diesen muss er vermitteln. Zielkonflikte sind daher vorprogrammiert; eine komplette Transparenz aller für die Versicherten relevanter Informationen daher nicht zu erwarten.

Ein Vergleichsportal kann dazu beitragen, den aktuell zwischen den Krankenkassen bestehenden Preiswettbewerb zu einem Qualitätswettbewerb zu erweitern. Auch aus diesem Grund hält der vzbv es für zielführend, die Umsetzung des Online-Portals einem unabhängigen Betreiber, vorzugsweise einem wissenschaftlichen Institut, zu übertragen. Diese Entscheidung hat der Gesetzgeber kürzlich auch beim Aufbau des Bundes-Klinik-Atlas getroffen. Aus Gründen der Unabhängigkeit und Nutzerfreundlichkeit wurde damit nicht die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) beauftragt, sondern das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Es wäre daher folgerichtig, auch den Aufbau des Vergleichsportals in unabhängige wissenschaftliche Hände zu legen. Kritisch ist darüber hinaus auch, dass die Regelung vorsieht, dass der GKV-SV selbst das Portal um weitere Kennzahlen ergänzen und selbst den Evaluator auswählen kann. Aus Sicht des vzbv werden weder die einzelnen Kassen noch ihr Spitzenverband ein Interesse haben, weitere verbraucherrelevante und damit gegebenenfalls kritische Informationen einzubinden. Auch hier würde ein unabhängiges Institut dazu beitragen, dass das Portal im Sinne der Nutzer:innen stetig weiterentwickelt und um die Informationen ergänzt wird, die Verbraucher:innen tatsächlich wichtig sind und die sie nachfragen. Eine Evaluation soll unter anderem zur Weiterentwicklung des Portals beitragen. Auch hier ist es zielführend, dass dies unabhängig ausgewählt wird.

Abschließend ist es aus Sicht des vzbv wichtig, dass das Portal eine gut zu erfassende vergleichende Darstellung oder zusammenfassende Gesamtbewertung über alle Kriterien hinweg bietet. Dies würde den Versicherten eine niedrigschwellige und verständliche Orientierung geben und wäre daher besonders wichtig. Das Gesetz sieht hier nur eine Kann-Regelung vor. Damit dies zwingend umgesetzt wird, sollte stattdessen eine verpflichtende Regelung formuliert werden. Der Genehmigungsvorbehalt für die Richtlinie durch das BMG alleine wird aus Sicht des vzbv nicht ausreichen, um die nutzerfreundliche Ausgestaltung des Portals zu erreichen.

Die Verbraucher:innen werden die Hauptnutzer:innen des Portals sein. Daher hält der vzbv es für unerlässlich, dass ihre Bedürfnisse und Erfahrungen bei der Ausgestaltung des Portals verbindlich zu berücksichtigen.

> Um ein benutzerfreundliches, barrierefreies und aussagekräftiges Portal entwickeln zu können, muss ein unabhängiger Betreiber des Portals, wie z.B. das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) oder das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) damit beauftragt werden.
>
> Sollte der GKV-SV Betreiber werden, muss er mindestens gesetzlich verpflichtet werden, mit der Ausgestaltung und Weiterentwicklung des Portals einen unabhängigen und erfahrenen Dritten zu beauftragen. In die Ausgestaltung des Portals sollten die Erfahrungen der Patienten- und Verbraucherorganisationen einfließen.
>
> Das Portal sollte neben einzelnen Kennzahlen eine Bewertungshilfe in Form eines zusammenfassenden Gesamtindex und idealerweise einen individuell nach eigenen Bedürfnissen zu konfigurierenden Index enthalten.

2. ERGÄNZUNG DER VERGLEICHSINFORMATIONEN UM NACHHALTIGKEITSAKTIVITÄTEN DER KRANKEN- UND PFLEGEKASSEN

Unsere ressourcenintensive Lebensweise hat vielfältige Auswirkungen auf unser Klima und auf den Zustand von Luft, Boden und Wasser. Die gesundheitlichen Folgen sind bereits vielfältig spürbar und werden sich weiter verstärken. Die Investitionen der Kommunen alleine in Hitzeschutzpläne und -maßnahmen werden absehbar hoch und teuer und auch das Gesundheitswesen wird in hohem Maße mehrbelastet werden. Dabei zählt das Gesundheitswesen gleichzeitig zu den großen Emittenten klimaschädlicher Treibhausgase. So gehen in Deutschland rund sechs Prozent der klimaschädlichen Emissionen auf das Konto des deutschen Gesundheitswesens.[1]

Die Kranken- und Pflegekassen können ihre Versicherten einerseits über eine ressourcenschonende Inanspruchnahme von Leistungen und die Möglichkeiten zur Minderung von Über- und Fehlversorgung beraten. Zudem verfügen sie über große Hebel zur Ausgestaltung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Sie können über das Beschaffungs-, Vergabe- und Vertragswesen Produkte wie Arzneimittel, Hilfsmittel und Medizinprodukte über die gesamte Wertschöpfungskette einschließlich Wiederverwendung und Entsorgung nachhaltig mitgestalten. Auch durch nachhaltiges Handeln in der eigenen Organisation können sie den ökologischen Fußabdruck des Gesundheitswesens verkleinern.

[1] Potsdam-Institut für Klimafolgenforschung (2023). Sachbericht zum Projekt Evidenzbasis Treibhausgasemissionen des deutschen Gesundheitswesens. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/GermanHealthCFP_Sachbericht.pdf

Für die Verbraucher:innen ist nachhaltiges Handeln von großer Bedeutung.[2] Das haben viele Krankenkassen erkannt und begonnen, nachhaltiges bzw. ressourcenschonendes Handeln in ihre Unternehmensstrategie zu integrieren. Allerdings ist es für die Verbraucher:innen bisher undurchsichtig, welche Krankenkasse in welcher Intensität nachhaltig handelt oder sich – etwa alleine durch Kompensation – lediglich ein grünes Image verschafft („Greenwashing“). Weil ein solches Image einen Zugewinn an Mitgliedern verspricht, dürfte hier zügig ein “wilder“ Siegelmarkt und ein Wettbewerb um zertifizierte „Klimaneutralität“ der Krankenkassen entstehen. Um Greenwashing zu vermeiden und vielmehr nachhaltiges Handeln wirksam zu befördern und den Versicherten eine nachhaltige Inanspruchnahme der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung zu ermöglichen, sollte die Vorlaufzeit bis zur erstmaligen Veröffentlichung der Vergleichsplattform dazu genutzt werden, eine objektive, unabhängige und verlässliche Bewertung der Nachhaltigkeitsbemühungen der Krankenkassen zu entwickeln. Diese muss auch für die Versicherten leicht nachvollziehbar sein.

> Der vzbv fordert, das Kranken- und Pflegekassen-Portal um einen Nachhaltigkeits-Index zu ergänzen. Er ist durch eine geeignete Stelle zu entwickeln. Das BMG sollte zu diesem Zweck einen entsprechenden Auftrag vergeben. Die Auswirkungen des Nachhaltigkeits-Index sind in der vorgesehenen Evaluation angemessen zu berücksichtigen und bei Bedarf fortzuentwickeln. Ergänzend sollte der Gesetzgeber das Wirtschaftlichkeitsgebot in § 12 SGB V um das Kriterium der Nachhaltigkeit erweitern.

3. VERÖFFENTLICHUNG DES VERGLEICHSPORTALS

In Anbetracht der Bedeutung des Portals für die Versicherten und Patient:innen fordert der vzbv die Zeitschiene zur Erstellung der Richtlinie und Veröffentlichung des Portals enger zu fassen. Der Gesetzentwurf legt hier nur das erste Berichtsjahr sowie eine Frist für die Erstellung der Richtlinie von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes fest.

Kritisch anzumerken ist ferner, dass der Evaluationsbericht über die Richtlinie und das Portal erst drei Jahre nach Veröffentlichung vorgelegt werden soll. Hier hält der vzbv eine Frist von zwei Jahren für angemessen.

Problematisch ist außerdem, dass der Spitzenverband das Vergleichsportal auf seiner eigenen Homepage veröffentlichen soll, denn das macht eine nutzerfreundliche, niedrigschwellige Darstellung nicht wahrscheinlich.

> Der vzbv sieht das Nationale Gesundheitsportal als geeigneten Ort für die Veröffentlichung. Der vzbv fordert ergänzend, den Zeitpunkt für die erstmalige Veröffentlichung des Portals für Ende des Jahres 2025 verbindlich festzulegen. Der Evaluationsbericht über die Richtlinie und das Portal sollte zwei Jahre nach Veröffentlichung vorgelegt werden.

[2] Verbraucherzentrale Bundesverband (2022). Verbraucherbereitschaft zu klimaschonendem Konsum und Einstellungen zu wahren Preisen. https://www.vzbv.de/nachhaltiger-konsum

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(7)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
07.11.2024

BKK Dachverband e.V.
Mauerstraße 85
10117 Berlin

TEL (030) 2700403-200
FAX (030) 2700400-191
politik@bkk-dv.de
www.bkk-dachverband.de

STELLUNGNAHME
BKK DACHVERBAND E.V.

vom 22.10.2024

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG), Drs. 20/11853

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Inhaltsverzeichnis

I. VORBEMERKUNG ____ 4

II. DETAILKOMMENTIERUNG ____ 6

Zugang für privat versicherte Rentner zur GKV beschränken (§ 10 Abs. 1 SGB V) ____ 6
Verzicht auf den Konsiliarbericht, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Überweisung eines Vertragsarztes erfolgt (§ 28 Abs. 3 SGB V) ____ 6
Hilfsmittelversorgung entbürokratisieren (§ 33 Abs. 5c neu SGB V) ____ 6
Jährliche Versorgungspauschale für Chroniker (§ 87 Abs. 2b Sätze 7 ff. neu SGB V) 7
Einführung einer hausärztlichen Vorhaltepauschale (§ 87 Abs. 2q neu SGB V) ____ 8
Zuschläge Kinder- und Jugendmedizin (§ 87a Abs. 3 SGB V) ____ 9
Entbudgetierung Hausärzte (§ 87a Abs. 3c neu SGB V) ____ 9
Erleichterung der Zulassungsvoraussetzungen für MVZ (§ 95 Abs. 2 SGB V) ____ 10
Überprüfung der Einhaltung der Versorgungsaufträge durch die KVen (§ 95 Abs. 3 SGB V) ____ 11
Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (§ 101 Abs. 4, 4a neu SGB V) ____ 14
Strukturfonds zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung (§ 105 Absatz 1a Satz 5 neu SGB V) ____ 15
Bagatellgrenze Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlich verordneter Leistungen (§ 106b Abs. 2 Satz 2 SGB V) ____ 15
Kooperationsvereinbarungen für MZEB zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung (§ 119c SGB V und § 31 Abs. 1 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte) ____ 18
Vergütung Weiterbildungsambulanzen für die Weiterbildung von Psychotherapeutinnen und -therapeuten (§ 120 Abs. 2 SGB V) ____ 19
Erweiterung von datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (§197a Abs. 3 b Nr. 6 SGB V) ____ 20

Kassenübergreifende Zusammenführung von Abrechnungsdaten (§197a Abs. 3 c SGB V (neu)) 20
Exklusives Vetorecht der Patientenvertretung im G-BA (§ 140 Absatz 2 SGB V) 21
Qualitätstransparenz (§ 217f Abs. 4 neu SGB V) 21
Beitragsfreiheit Waisenrente bei Freiwilligendienst (§ 226 Abs. 6 neu SGB V) 24
Maßnahmen zur Qualitätstransparenz auch für die Pflegeberatung und die Pflegekurse (§ 53 SGB XI) 25
Zuständigkeit für Verordnungsänderungen bei der Arzneimittelpreisverordnung (§ 78 Arzneimittelgesetz) 26

III. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF 27

Klarstellung des Sicherstellungsauftrags der KVen (§ 73 SGB V) 27
Primärversorgungszentren 28
Gesundheitsregionen 29
Information der Mitglieder über eine Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes (§ 175 Abs. 4 Satz 7 SGB V) 37
Prüfung der Wirtschaftlichkeit durch die Landesverbände der Krankenkassen (§ 132a Abs. 1 Nr. 7 SGB V) 39
Zugriff der Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen auf das Beschäftigtenverzeichnis in der Pflege (§ 293 Abs. 8 SGB V) 39
Antrags- und Gutachterverfahren ambulante Psychotherapie Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte (§87 SGB V) 41
Terminserviceplattformen 42

I. VORBEMERKUNG

Die angekündigten Versorgungsgesetze haben große Erwartungen geweckt: hinsichtlich eines besseren Zugangs zur ambulanten Versorgung, einer verbesserten Orientierung im komplexen Gesundheitswesen, der Vernetzung unterschiedlicher Angebote vor Ort, der Stärkung nichtärztlicher Gesundheitsberufe sowie einer besseren interprofessionellen Zusammenarbeit und der Überwindung der Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie zwischen Gesundheit und Pflege.

Dieser Gesetzentwurf erfüllt jedoch keine dieser Erwartungen. Es fehlen grundlegende innovative Ansätze zur Verbesserung der Versorgung sowie eine angemessene Vernetzung mit kommunalen Angeboten. Die anfänglichen Referentenentwürfe enthielten noch Vorschläge zur strukturellen Veränderung in der Versorgung, von denen einige kritisch zu betrachten waren, wie etwa die flächendeckende Einführung von Gesundheitskiosken. Im Einzelfall und bei spürbarer Beteiligung der Kommune kann ein Gesundheitskiosk Sinn machen. Allerdings sollte man sehr genau hinsehen, ob er wirklich einen Mehrwert bietet. Sinnvolle Strukturveränderungen, wie Primärversorgungszentren oder Gesundheitsregionen, sind im aktuellen Entwurf nicht mehr enthalten. Richtig ist, dass Regelungen, die nicht zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehören, nicht weiterverfolgt wurden. Allerdings bietet das verbliebene Gesetz keine Lösungen für die drängenden Probleme im Gesundheitswesen einer alternden Gesellschaft.

Neben einigen kleineren Verbesserungen, wie der jährlichen Versorgungspauschale für chronisch Erkrankte sowie Verbesserungen beim Zugang zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung, bleibt die Politik stark klientelorientiert. So sollen Hausärztinnen und Hausärzte von Budgetierungen befreit werden, und eine Mindestgrenze für Bagatellfälle in Wirtschaftlichkeitsprüfungen soll gesetzlich festgeschrieben werden. Keine dieser Maßnahmen verspricht eine Verbesserung der Versorgung, insbesondere nicht in unterversorgten Regionen. Um den Arztberuf attraktiver zu gestalten, bedarf es vielmehr besserer Arbeitsbedingungen und einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Zudem sollten mehr Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeit erhalten, im Angestelltenverhältnis zu arbeiten.

Es bedarf darüber hinaus einer verstärkten interdisziplinären Zusammenarbeit sowie einer Substitution ärztlicher Leistungen und eines besseren Zugangs zur ambulanten Versorgung. Versicherte müssen sich darauf verlassen können, diskriminierungsfrei und entsprechend der Dringlichkeit ihres Anliegens schnell und zuverlässig Termine zu erhalten.

Private Terminvermittler verfolgen andere Interessen. Deshalb plädieren die Betriebskrankenkassen für Regelungen, die vom GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung definiert werden, um einen diskriminierungsfreien Zugang zu Terminen sicherzustellen. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie andere Leistungserbringer müssen verpflichtet werden, ein bestimmtes Kontingent an Terminen zu melden, welche dann von den Krankenkassen oder den Kassenärztlichen Vereinigungen nach Dringlichkeitskriterien an die Versicherten vermittelt werden.

Die Entbudgetierung und die hausärztliche Vorhaltepauschale könnten im schlimmsten Fall zu einer Reduzierung des Angebots und zu selektiver Patientenwahl, also der Bevorzugung besonders lukrativer Fälle, führen. Die Mindestbagatellgrenze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen benachteiligt kleinere Krankenkassen und wird die GKV erheblich belasten. Wirtschaftlichkeitsprüfungen haben eine wichtige Steuerungsfunktion und tragen zu einer wirtschaftlichen Versorgung mit ärztlich verordneten Leistungen bei, indem sie sicherstellen, dass nur verordnungsfähige Arzneimittel verschrieben werden.

Das ungezielte Ausschütten von GKV-Geldern verhindert dringend notwendige Strukturreformen. Zudem halten wir die Kostenschätzungen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für die Entbudgetierung und die Wirtschaftlichkeitsprüfungen für zu niedrig. Diese Regelungen werden die GKV teuer zu stehen kommen. Angesichts der Tatsache, dass bereits ohne das GVSG und das KHVVG – von weiteren geplanten Gesetzen ganz zu schweigen – im kommenden Jahr der Beitragssatz zur GKV erheblich steigen wird, sind diese Maßnahmen nicht verantwortbar. Zusätzliche Gelder sollten ausschließlich in echte Strukturreformen fließen, die zu einer nachhaltigen Verbesserung der Versorgung beitragen.

Positiv bewertet der BKK-Dachverband die Regelung zur Verbesserung der Transparenz über Service- und Leistungsqualität der Krankenkassen, die nun gesetzlich verankert wird. Wünschenswert wäre, dass auch die Ergebnisse von Kundenbefragungen in die Bewertung einfließen.
.

II. DETAILKOMMENTIERUNG

Zugang für privat versicherte Rentner zur GKV beschränken (§ 10 Abs. 1 SGB V)

Für privat krankenversicherte Ehegatten/Lebenspartner im Rentenbezug, die temporär ihren Rentenbezug absenken (Teilrente), soll es nicht mehr möglich sein, sich in der Familienversicherung zu versichern, um dadurch Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu erhalten. Für die Soziale Pflegeversicherung (SPV) ist im SGB XI eine analoge Regelung vorgesehen.

Der BKK Dachverband begrüßt, dass die bestehende Gesetzeslücke für einen Zugang zur GKV und zur SPV für PKV-Rentnerinnen und Rentner (gezielte Wahl einer Teilrente für nur kurze Zeit) geschlossen wird.

Verzicht auf den Konsiliarbericht, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Überweisung eines Vertragsarztes erfolgt (§ 28 Abs. 3 SGB V)

Künftig ist die Einholung eines Konsiliarberichts entbehrlich, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Überweisung eines Vertragsarztes oder einer Vertragsärztin erfolgt und daher eine somatische Abklärung bereits stattgefunden hat. Zudem wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) aufgegeben, das Antragsverfahren für die Beantragung von Kurzzeittherapie von einem bisher zweistufigen auf ein einstufiges Verfahren umzustellen.

Beide Vorhaben zur Vereinfachung und Entbürokratisierung werden von den BKK begrüßt.

Hilfsmittelversorgung entbürokratisieren (§ 33 Abs. 5c neu SGB V)

Um die Bewilligung zu beschleunigen, soll das Prüfprogramm der Kassen für solche Hilfsmittel eingeschränkt werden, die von Versicherten beantragt werden, die regelmäßig in

einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) oder in einem Medizinischen Behandlungszentrum für Erwachsene mit Behinderungen (MZEB) behandelt werden, sofern der behandelnde Arzt die Versorgung empfiehlt.

Die gesetzliche Regelung ist entbehrlich. Die sozialmedizinische Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD) dient auch der Sicherheit der Versicherten, insbesondere, wenn elektrische und elektronische Produkte ein gewisses Schadenspotential bergen und Produkte nicht auf ihre Sicherheit und Geeignetheit in der Anwendung geprüft werden können, da sie nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind oder gar keine Aussagen zu Wirkung und Wirkweisen getroffen werden können.

Sollte eine gesetzliche Regelung dennoch notwendig sein, empfehlen wir folgende Ergänzung zu § 33 Abs. 5c neu:

ÄNDERUNSVORSCHLAG

> *„Die Erforderlichkeit des beantragten und im Verzeichnis nach § 139 aufgenommenen Hilfsmittels wird vermutet, wenn sich der Antragsteller in regelmäßiger sozialpädiatrischer Behandlung in einem Sozialpädiatrischen Zentrum im Sinne des § 119 oder in einem medizinischen Behandlungszentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, das nach § 119c Absatz 1 ermächtigt wurde, befindet und die beantragte Hilfsmittelversorgung von dem dort tätigen behandelnden Arzt im Rahmen der Behandlung konkret schriftlich empfohlen worden ist."*

Jährliche Versorgungspauschale für Chroniker (§ 87 Abs. 2b Sätze 7 ff. neu SGB V)

Für erwachsene Versicherte mit lang andauernden, lebensverändernden Erkrankungen, die einer kontinuierlichen Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel bedürfen, soll eine einmal jährlich abrechnungsfähige Versorgungspauschale eingeführt werden, die die Quartalspauschale ersetzt. Die Regelungen dazu sind so auszugestalten, dass sie in der GKV weder zu Mehr- noch zu Minderausgaben führt, die Versorgungspauschale also finanzneutral ist.

Die Einführung einer jährlichen Versorgungspauschale wird grundsätzlich begrüßt.

Die Einführung der Pauschale im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) erfordert umfangreiche Vorarbeiten und greift tief in die Kalkulationssystematik des EBM ein. Das zu entwickelnde Konzept sollte wohl durchdacht und bestenfalls vorher simuliert werden. Bürokratische Aufwände durch Prüfung und Rückforderungen bei Mehrfachabrechnungen sind einzubeziehen.

Es ist bedauerlich, dass die ausführliche Evaluation, die im Referentenentwurf noch vorgesehen war, gestrichen wurde. Sie sollte wieder ins Gesetz aufgenommen werden. Um aussagekräftige Ergebnisse für eine Evaluation zu erhalten, sollte mit der Einführung der Versorgungspauschale eine Teilleistungsdokumentationspflicht (Anzahl der Arzt-Patienten-Kontakte, relevante diagnostische und therapeutische Leistungen) einhergehen. Da die Gefahr gesehen wird, dass Jahrespauschalen zu einer Patientenselektion hin zu wenig aufwendigen Chronikern kommen könnte, sollte die Evaluation dies zusätzlich prüfen.

Einführung einer hausärztlichen Vorhaltepauschale (§ 87 Abs. 2q neu SGB V)

Es soll eine Pauschale zur Vergütung zur Vorhaltung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen eingeführt werden, die die derzeitige, voraussetzungslose Vorhaltepauschale im EBM ersetzen soll. Der Bewertungsausschuss soll Kriterien für die Abrechenbarkeit der Vorhaltepauschale wie bspw. die Durchführung von Haus- und Pflegeheimbesuchen oder bedarfsgerechte Öffnungszeiten festlegen. Die Regelungen dazu sind so auszugestalten, dass sie in der GKV weder zu Mehr- noch zu Minderausgaben führt, die Vorhaltepauschale also finanzneutral ist. Für Kinder und Jugendärzte gelten die Regelungen nicht.

Grundsätzlich ist eine gesonderte Finanzierung zur Vorhaltung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen durch eine Vorhaltepauschale überflüssig. Die Strukturen, die dadurch finanziert werden sollen, gehören zum hausärztlichen Versorgungsauftrag, sind bereits jetzt vorzuhalten und auskömmlich finanziert. Durch die finanzneutrale Ausgestaltung könnte diese Regelung im Idealfall dazu führen, dass eine gestufte Vergütung, je nach Erfüllung der vorliegenden Kriterien, sofern diese nicht schon gesondert über den EBM gefördert werden, erfolgen würde.

Zuschläge Kinder- und Jugendmedizin (§ 87a Abs. 3 SGB V)

Die Regelung zur Nachvergütung von Leistungen der Kinder und Jugendmedizin, die durch die bereits bezahlte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nicht ausreichend finanziert werden können, wird analog der Regelungen zur Entbudgetierung der Hausärzte gefasst. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen vereinbaren Zuschläge zur Förderung der Kinder- und Jugendmedizin jeweils im zweiten Quartal für den Zeitraum der vier vorangegangenen Quartale, wenn der Leistungsbedarf das zur Verfügung stehende Honorar aus der auf die Arztgruppe der Kinder- und Jugendärzte entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (Kinderarzt-MGV) bezogen auf insgesamt vier aufeinander folgende Quartale unterschreitet. Sofern es innerhalb dieses Zeitraums zu einer Unterschreitung der Kinderarzt-MGV kommt, ist diese bei einer in den folgenden Quartalen zu leistenden Ausgleichszahlung zu verrechnen.

Eine Angleichung der Regelungen zur Nachvergütung wird grundsätzlich begrüßt. Die unbudgetierte Vergütung wird jedoch kritisch gesehen (vgl. Entbudgetierung der Hausärzte).

Entbudgetierung Hausärzte (§ 87a Abs. 3c neu SGB V)

Die Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung sollen von mengenbegrenzenden oder honorarmindernden Maßnahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und der Honorarverteilung ausgenommen werden. Dies soll vergleichbar zum Leistungsbereich der Kinder- und Jugendmedizin geregelt werden. Krankenkassen werden zur Übernahme der Vergütung dieser Leistungen in voller Höhe nach den Preisen der Euro-Gebührenordnung verpflichtet.

Laut Honorarbericht der KBV lag die Auszahlungsquote von Hausärzten im Jahr 2022 bei 98,7%. Damit waren Hausärzte unterdurchschnittlich von Budgetierung betroffen. Gleichzeitig zeigte sich in der Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamtes ein Anstieg des Reinertrages von Allgemeinmedizinern im Jahr 2021 gegenüber 2019 um 17 Prozent auf 220.000 Euro

Die im Referentenentwurf enthaltene geschätzte Mehrbelastung durch die Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung (niedriger dreistelliger Millionenbetrag) beruht auf einer veralteten Schätzung, die eine Leistungsausweitung nicht einberechnet. Aufgrund

der Erfahrung mit der Entbudgetierung der Kinder- und Jugendmedizin, bei der eine Leistungsausweitung bundesweit von ca. 7,5% beobachtet wurde, muss jedoch von einer deutlichen Leistungsausweitung und damit einer deutlichen Mehrbelastung der GKV von rund 1 Mrd. Euro jährlich ausgegangen werden.

Zudem zeigt das Beispiel der Entbudgetierung der Kinder- und Jugendärzte, dass das Ziel einer Versorgungsverbesserung durch leichteren Zugang nicht erreicht wurde, da es lediglich zu einem Anstieg der Fallkosten nicht aber zu einem Anstieg der Anzahl der behandelten Kinder kam.

Die geplante Maßnahme stellt eine Förderung nach dem Gießkannenprinzip dar und keine zielgerichtete Förderung unterversorgter Regionen. Zur Förderung flächendeckender Versorgungsstrukturen und ausreichender Niederlassung von Hausärzten insbesondere in versorgungsschwachen Region bedarf es zielgerichteter Maßnahmen.

Die Entbudgetierung wird damit sowohl mit Blick auf verfehlte Versorgungsverbesserung wie v.a. auf die unzumutbare Zusatzbelastung der Beitragszahler mit dem Risiko von Beitragserhöhungen abgelehnt.

Sofern an der Entbudgetierung dennoch festgehalten wird, sollten die vom GKV-Spitzenverband in seiner Stellungnahme eingebrachten fachlichen Korrekturvorschläge an den vorgesehenen Regelungen unbedingt umgesetzt werden.

Erleichterung der Zulassungsvoraussetzungen für MVZ (§ 95 Abs. 2 SGB V)

Derzeit ist ein MVZ in der Rechtsform einer GmbH nur zulassungsfähig, wenn die Gesellschafter der GmbH für etwaige Forderungen der Kassenärztlichen Vereinigungen oder der Krankenkassen Sicherheit leisten. Dies kann dadurch erfolgen, dass die Gesellschafter selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen abgeben oder die in § 232 BGB vorgesehenen Sicherheitsleistungen erbringen.

Künftig soll für die Zulassung eines MVZ in der Rechtsform der GmbH als Sicherheitsleistung auch die Abgabe einer Höchstbetragsbürgschaft durch den Gesellschafter zulässig sein. Die konkrete Höhe der zu übernehmenden Bürgschaft kann damit an die Umstände des Einzelfalls beziehungsweise am jeweiligen Sicherungsbedürfnis der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen ausgerichtet werden. Hierbei können etwa die Anzahl der Arztstellen, die vorliegenden Facharztausrichtungen

und die durchschnittlichen Regressbeträge der vertretenen Fachgruppen, der Honorarumsatz des MVZ sowie der Umsatz an verordneten Arznei- und Heilmitteln berücksichtigt werden. Die Regelung gilt auch für die Sicherheitsleistungen der Gesellschafter nichtkommunaler MVZ in der Rechtsform einer GmbH.

Überprüfung der Einhaltung der Versorgungsaufträge durch die KVen (§ 95 Abs. 3 SGB V)

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erhält den Auftrag, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen erhaltenen Informationen zur Einhaltung der Versorgungsaufträge der Vertragsärztinnen und -ärzte zu evaluieren und hierüber dem Bundesministerium für Gesundheit einmal jährlich zu berichten. Zum Zweck der Evaluation wird der Inhalt der von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu übermittelnden Informationen gesetzlich konkretisiert und erweitert. Die Evaluation soll neben den Ergebnissen auch das der Überprüfung zugrundeliegende Verfahren zur Ermittlung der Arbeitszeiten und der entsprechenden Referenzwerte sowie die Voraussetzungen zur Einleitung von Einzelfallprüfungen umfassen. Gegenstand der Evaluation ist außerdem die Einhaltung der Bundeseinheitlichkeit der Prüfung. Hierdurch wird erkennbar, inwieweit und mit welchen Auswirkungen von den Kassenärztlichen Vereinigungen von den methodischen Hinweisen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Überprüfung der Versorgungsaufträge abgewichen wird.

Die vorgenommene Konkretisierung sowie die Erweiterung der Mitteilungspflichten werden begrüßt. Da die Erfüllung der Versorgungsaufträge für die Bewertung der Versorgungssituation essenziell ist, werden weitergehende Regelungen angeregt. Insbesondere erscheint eine Übermittlung der Evaluationsergebnisse durch die KBV an das BMG nicht ausreichend, um die erforderliche Transparenz herzustellen.

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurde der bestehende Prüfauftrag der KVen zur Einhaltung der Versorgungsaufträge konkretisiert. Gesetzlich geregelt wurde eine bundeseinheitliche Prüfung. Die Prüfaufträge werden regional von den KVen jedoch unterschiedlich umgesetzt. Das führt im Ergebnis je nach Region allerdings zu ähnlichen (unbefriedigenden) Ergebnissen im Hinblick auf den in § 19 Abs. 4 Ärzte-ZV geregelten Auftrag der Zulassungsausschüsse. Seit September 2019 stellt die KBV zur Umsetzung der bundeseinheitlichen Prüfung des Versorgungsauftrages nach § 95 Abs. 3 SGB V methodische Hinweise für ein datengestütztes Auffälligkeitsscreening zur Verfügung,

das für die KVen allerdings nicht verbindlich ist und deshalb nicht bundeseinheitlich angewendet wird. Um eine bundesweit einheitliche Prüfung und Bewertung der Einhaltung der Versorgungsaufträge zu gewährleisten, sollten die Bundesmantelvertragspartner künftig den Auftrag erhalten, bundesweit verbindliche Vorgaben zu treffen. Diese müssen Regelungen über die konkreten Prüfkriterien und Methoden enthalten. Dabei können einheitliche Vorgaben zu Arbeitszeitermittlung unter Berücksichtigung der individuellen Arbeitsverträge und von Korrekturfaktoren Berücksichtigung finden. Die Vorgaben der Bedarfsplanungsrichtlinie zur Bewertung von vertraglichen Arbeitszeiten angestellter Ärztinnen und Ärzte in Relation zu in der Bedarfsplanung anrechenbaren Versorgungsaufträgen ist zu überprüfen.

Die Vorgaben müssen ebenfalls bundeseinheitliche Regelungen zur Ausgestaltung der Ergebnisberichte an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Zulassungs- und Landesausschüsse sowie der zuständigen Aufsichtsbehörde enthalten. Zur Nachvollziehbarkeit der nach § 95 Abs. 3 Satz 5 SGBV getroffenen Maßnahmen, sind diese in den Berichten transparent darzustellen. Der Empfängerkreis der Ergebnisberichte wird um die Krankenkassen erweitert. Generell sollten Berichte mit nicht personenbezogenen Daten auf den Internetseiten der KVen veröffentlicht werden, um die Transparenz zu verbessern. Entscheidend ist daneben, dass die Zulassungsausschüsse (ZA) personenbezogene Daten erhalten, die eine Überprüfung im Einzelfall möglich machen. Eine Prüfung durch die ZA sollte künftig von Amts wegen mindestens einmal jährlich erfolgen, um verdeckte Versorgungsdefizite erkennen zu können.

Mit der Übernahme einer Zulassung ist eine entsprechende Versorgungsverpflichtung verbunden. Wenn die angebotene ärztliche Arbeitszeit regelmäßig geringer ist, als es dem Versorgungsauftrag entspricht, weicht das Versorgungsangebot in der Realität von den Angaben in der Bedarfsplanung ab. Eine unzureichende Erfüllung von Versorgungsaufträgen muss Konsequenzen haben. Wenn das erforderliche Angebot von den Ärzten selbst nicht geleistet werden kann, kann dies durch Vertretungen oder Anstellungen erreicht werden. Anderenfalls muss der Versorgungsauftrag auf das realistische Maß der Tätigkeit angepasst werden.

Um ein einheitliches, datengestütztes Prüfverfahren anwenden zu können, werden Routinedaten der KVen benötigt. Allerdings wurde der mit einer Zulassung verbundene Versorgungsauftrag vom Gesetzgeber nicht eindeutig definiert. Vorgegeben sind lediglich 25 Mindestsprechstundenzeiten. Die Sprechzeiten werden jedoch nicht in den Routinedaten erfasst. Die Prüfung sollte daher auf durchschnittlich 38 wöchentliche Arbeitsstunden erfolgen. Bei vielen Vertragsärztinnen und -ärzten in Einzelpraxis kann davon ausgegangen werden, dass die Arbeitszeit darüber liegt.

Die Prüfung der Versorgungsaufträge kann auch heute schon formal zu einer Reduzierung der Zulassungsumfänge führen. Dies geschieht bisher selten und hat i.d.R. nur geringe Effekte auf das reale Versorgungsangebot. Es wird daher vorgeschlagen, die Stringenz der Prüfungen ebenso zu erhöhen, wie die Transparenz der Prüfergebnisse. Anhand der übermittelten Ergebnisse sollen die Zulassungsausschüsse in die Lage versetzt werden ihren Prüfauftrag von Amts wegen auch erfüllen zu können.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

§ 95 Abs. 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) [1]Die Zulassung bewirkt, dass der Vertragsarzt Mitglied der für seinen Kassenarztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung wird und zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Umfang seines aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrages berechtigt und verpflichtet ist. [2]Die Zulassung des medizinischen Versorgungszentrums bewirkt, dass die in dem Versorgungszentrum angestellten Ärzte Mitglieder der für den Vertragsarztsitz des Versorgungszentrums zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung sind und dass das zugelassene medizinische Versorgungszentrum insoweit zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist. [3]Die vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung sind verbindlich. [4]Die Einhaltung der sich aus den Sätzen 1 und 2 ergebenden Versorgungsaufträge sind von der Kassenärztlichen Vereinigung bundeseinheitlich, insbesondere anhand der abgerechneten Fälle und anhand der Gebührenordnungspositionen mit den Angaben für den zur ärztlichen Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand nach § 87 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz, zu prüfen. [5]Im Bundesmantelvertrag nach § 82 Abs. 1 sind insbesondere Regelungen zu treffen zu bundeseinheitlichen methodischen Grundlagen der Prüfung nach Satz 4 sowie für eine differenzierte Ausgestaltung der Ergebnisberichte, ihrer Übermittlung und Veröffentlichung; hierbei sind auch Regelungen zur Berücksichtigung von Anstellungsverhältnissen und zum Umgang mit ruhenden Zulassungen zu treffen. [6]Die Ergebnisse sowie eine Übersicht über die gegebenenfalls getroffenen Maßnahmen sind den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, den Landes- und Zulassungsausschüssen sowie der für die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörde personenbezogen jeweils zum 30. Juni des Jahres zu übermitteln und nicht personenbezogen auf den Internetseiten der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu veröffentlichen. [7]Die Regelungen nach Satz 6 müssen sicherstellen, dass die Zulassungsausschüsse Ergebnis-

berichte erhalten, die eine personenbezogene Zuordnung der Auswertungen und Ergebnisse ermöglichen und sie basierend auf den Ergebnissen und getroffenen Maßnahmen nach § 95 Abs. 3 Satz 7 von Amts wegen tätig werden können."

In § 95 Abs. 6 Satz 1 werden nach dem Wort „verletzt" ein Semikolon und die folgenden Wörter angefügt:

„dies gilt auch für eine festgestellte Nichterfüllung des Versorgungsauftrages nach einer Prüfung gemäß Abs. 3 Satz 4 bis 8."

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

„²Der Zulassungsausschuss prüft eine erforderliche Anpassung der Versorgungsaufträge mindestens einmal jährlich."

Der bisherige Satz 2 wird zu Satz 3, der bisherige Satz 3 wird zu Satz 4, der bisherige Satz 4 wird zu Satz 5, der bisherige Satz 5 wird zu Satz 6 und der bisherige Satz 6 wird zu Satz 7.

Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (§ 101 Abs. 4, 4a neu SGB V)

Die Kinder- und Jugendpsychotherapeuten werden bei der Bedarfsplanung aus der Gruppe der Psychotherapeuten gestrichen. Fortan sollen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten eine eigene Gruppe bilden, für die auch eine eigene Bedarfsplanung gilt. Stichtag für die Festsetzung des bedarfsgerechten Versorgungsgrads ist der 31.12.2023.

Aufgrund der neu gebildeten Arztgruppe von Kinder- und Jugendpsychotherapeuten wird der bisher festgelegte Mindestversorgungsanteil für Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, obsolet. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat weiterhin sicherzustellen, dass ein bestimmter Versorgungsanteil der regional maßgeblichen Verhältniszahl den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten vorbehalten ist. Entsprechend der seit dem 1. Januar 2016 geltenden Regelung kann der Gemeinsame Bundesausschuss die durch den Gesetzgeber für die Zeit bis zum 31. Dezember 2015 geltende Höhe von 25 Prozent aus Versorgungsgründen bedarfsgerecht anpassen.

Eine getrennte Planung von Kinder- und Jugendpsychotherapeuten wird im Grundsatz begrüßt. Wichtig sind begleitende Regelungen für die Herauslösung der Kinder- und Jugendpsychotherapeuten aus der Gruppe der Psychotherapeuten, um einen unkontrollierten Aufwuchs von Niederlassungsmöglichkeiten für Psychotherapeuten in gut bis überversorgten Planungsregionen (insbesondere Ballungszentren) zu verhindern. Die Trennung sollte vorzugsweise zu Niederlassungsmöglichkeiten in strukturschwachen Räumen führen.

Strukturfonds zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung (§ 105 Absatz 1a Satz 5 neu SGB V)

Es wird klargestellt, dass keine Feststellung des Landesausschusses zur drohenden oder eingetretenen Unterversorgung nötig ist, um Mittel des Strukturfonds einzusetzen.

Der BKK Dachverband sieht kritisch, dass es keine Mitsprache der GKV über die Mittelverwendung gibt. Eine Förderung, die unabhängig von Unterversorgung ist, konterkariert Bestrebungen, die Versorgung gerade in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen zu stärken.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

§ 105 wird wie folgt geändert:

Nach Absatz 1a Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

> *„Der Einsatz der Mittel des Strukturfonds erfolgt im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen."*

Bagatellgrenze Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlich verordneter Leistungen (§ 106b Abs. 2 Satz 2 SGB V)

Bis zu einem Betrag von 300 Euro je Betriebsstättennummer, Krankenkasse und Quartal sollen künftig keine Wirtschaftlichkeitsprüfungen für ärztlich veranlasste Leistungen, wie beispielsweise Arzneimittel und Heilmittel mehr durchgeführt werden.

Die Regelung wird in dieser Form strikt abgelehnt. Sie benachteiligt kleinere Kassen und wird die GKV teuer zu stehen kommen. Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist eine generelle Anhebung der Prüfgrenzen abzulehnen und die Ausgestaltung ist weiterhin den Landesregionen zu überlassen.

Wirtschaftlichkeitsprüfungen wirken steuernd auf das Verordnungsverhalten der Leistungserbringer und leisten dadurch einen wertvollen Beitrag für eine wirtschaftliche Versorgung mit ärztlich verordneten Leistungen. In den letzten Jahren gab es erhebliche Erleichterungen bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung, die Ärztinnen und Ärzte bereits jetzt entlasten. Seit dem Jahr 2019 findet eine Differenzschadensberechnung statt. Ärztinnen und Ärzte müssen nicht mehr die gesamten Kosten erstatten, sondern nur noch die Differenz zwischen unwirtschaftlicher und wirtschaftlicher verordneter Leistung.

Ebenso gilt – neben der gesetzlichen Vorgabe von „Beratung vor Regress" – in einigen Regionen der Grundsatz „Steuerung vor Prüfung": Ärztinnen und Ärzte werden durch gezielte Maßnahmen zu einer wirtschaftlichen Verordnungsweise angeleitet. Sind die Steuerungsmaßnahmen nicht wirkungsvoll und es kommt zu einer unwirtschaftlichen Verordnungsweise, wird erst im Anschluss eine Wirtschaftlichkeitsprüfung eingeleitet.

Die bundesweit einheitliche Bagatellgrenze ist laut Gesetzgeber ein wichtiger Beitrag zur Entbürokratisierung. Dabei wird jedoch verkannt, dass Prüfanträge ihre Wirkungen nicht nur in dem beantragten Quartal entfalten. Sie haben einen wesentlichen präventiven Effekt (sowohl für betroffene Ärztinnen und Ärzten, als auch für die Ärzteschaft in Gänze) hin zu einer wirtschaftlichen Verordnungsweise und das rechtzeitige Erkennen von eventuellen Verordnungsfehlern. Mit einer deutlichen Anhebung der Bagatellgrenze entfallen erhebliche Steuerungsmöglichkeiten. Hinzu kommt, dass es kleineren Krankenkassen vielfach nicht möglich ist, die hohe Bagatellgrenze von 300 Euro im Quartal zu erreichen. Sie wären gänzlich von einer Prüfmöglichkeit von nicht wirtschaftlichen Verordnungen ausgeschlossen. Dies führt zu einer Benachteiligung kleinerer Betriebskrankenkassen und verhindert den gesetzlich vorgeschriebenen Auftrag der Erfüllung der Wirtschaftlichkeit nach § 12 SGB V. Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. An diese Maßgabe sind die Leistungserbringenden, Krankenkassen und Versicherten gebunden.

Daher sind von der geplanten Regelung zwingend unzulässige Verordnungen, die grundsätzlich von der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossen sind, auszunehmen. Hierzu gehören z. B. gesetzliche Verordnungsausschlüsse, als auch Verordnungsausschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschuss, z. B. in der Arzneimittel- oder Heilmittel-Richtlinie.

Gleiches gilt für unzulässige off-label Verordnungen; sind die Arzneimittel nicht ausnahmsweise verordnungsfähig, darf der Arzt die Leistung nicht verordnen. In diesen Fällen darf die Bagatellgrenze keine Anwendung finden.

Der Gesetzgeber geht davon aus, dass 70 Prozent der bislang durchgeführten Prüfverfahren entfallen werden. Die Kostenschätzung von 3 Mio. Euro Mehrausgaben scheint deutlich unterschätzt. Der BKK Dachverband hat alleine aus einer einzigen KV-Region eine Abschätzung in dieser Größenordnung erhalten. In den Schätzungen sind auch nicht die negativen Effekte der wegfallenden wirtschaftlichen Steuerung enthalten.

Sollte der Gesetzgeber an einer bundeseinheitlichen Bagatellgrenze festhalten, schlägt der BKK Dachverband eine Alternative vor, die dem Ziel der Reduktion von Prüfanträgen ebenfalls Rechnung trägt und auch kleinen Krankenkassen weiterhin Prüfanträge ermöglicht:

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

In § 106b Absatz 2 Satz 2 werden nach dem Wort „durchgeführt" die Wörter

> *„und dass bis zu einem Betrag von 150 Euro je Betriebsstättennummer, Krankenkasse und Quartal, Einzelfallprüfungen nicht beantragt"*

eingefügt.

Nach dem Wort „sollen" die Wörter

> *„; ausgenommen von dieser Geringfügigkeitsgrenze sind unzulässige und damit von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossene Verordnungen."*

Nach Satz 2 wird eingefügt:

> *„Einzelfallprüfanträge werden auf eine Höchstanzahl begrenzt, die je Krankenkasse gemäß der Zahl der jeweiligen Versicherten nach der Statistik KM6 gilt; dazu vereinbaren die Vertragspartner in den regionalen Prüfvereinbarungen nach § 106 Abs.1 SGB V eine versichertenzahlbezogene Prüfantragshöchstquote."*

Die Sätze 3 bis 6 werden zu den Sätzen 4 bis 7.

Kooperationsvereinbarungen für MZEB zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung (§ 119c SGB V und § 31 Abs. 1 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte)

Zur Verbesserung des Zugangs zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung für Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer geistigen Behinderung intellektuell beeinträchtigt sind, unter einer bestehenden Suchterkrankung leiden oder aufgrund eines erheblich eingeschränkten Funktionsniveaus sozial benachteiligt sind und um deren besonderen Versorgungsbedürfnissen besser gerecht zu werden, werden die gesetzlichen Vorgaben für medizinische Behandlungszentren zur Zusammenarbeit mit Leistungserbringern und weiteren Einrichtungen spezifiziert. Sie sollen künftig auch Kooperationsvereinbarungen mit geeigneten Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die nach § 31 Absatz 1 Satz 3 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (neu) ermächtigt werden, abschließen. Geeignet sind diejenigen Leistungserbringer, die durch den Zulassungsausschuss zur Versorgung von Personen mit intellektueller Beeinträchtigung ermächtigt werden und für die Patientinnen und Patienten jeweils räumlich erreichbar sind.

Die psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung von Menschen, die intellektuell beeinträchtigt sind, unter einer bestehenden Suchterkrankung leiden oder aufgrund eines erheblich eingeschränkten Funktionsniveaus sozial benachteiligt sind, ist von dem bereits bestehenden Leistungsangebot umfasst. Eine zusätzliche Ermächtigungsgrundlage ist daher entbehrlich. Zudem bestehen für die Arztgruppen der Nervenärztinnen und -ärzte sowie für ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten i.d.R. freie Zulassungsmöglichkeiten, so dass keine weiteren Zulassungstatbestände erforderlich sind.

Bei einer Ermächtigungslösung ist der Nachweis einer entsprechenden Kooperationsvereinbarung zwar grundsätzlich sinnvoll. Allerdings müsste die Ermächtigung dann auch in regelmäßigen Abständen überprüft und mit der Versorgungssituation vor Ort abgeglichen werden; eine zeitlich unbegrenzte Ermächtigung erscheint nicht sachgerecht. Zudem ist durch die vorgesehenen Regelungen nicht vorgesehen, dass ausschließlich das konkret adressierte Patientenklientel zu versorgen ist.

Vergütung Weiterbildungsambulanzen für die Weiterbildung von Psychotherapeutinnen und -therapeuten (§ 120 Abs. 2 SGB V)

Weiterbildungsambulanzen für die Weiterbildung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder Ärztinnen und Ärzten in psychotherapeutischen Fachgebieten sollen ihre Vergütung unmittelbar von den Krankenkassen erhalten und werden insoweit mit den bereits benannten Hochschulambulanzen, psychiatrischen Institutsambulanzen, sozialpädiatrischen Zentren und den medizinischen Behandlungszentren gleichgestellt. Somit erhalten die Weiterbildungsambulanzen die Möglichkeit, ihre Vergütungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zu vereinbaren. Die Vergütung hat die Leistungsfähigkeit der Weiterbildungsambulanzen bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu gewährleisten.

Als Maßstab für die Festlegung der Vergütung der Weiterbildungsambulanzen wird die Abstimmung mit der Vergütung für vergleichbare Leistungen vorgegeben. Es dürfen nur Leistungen vergütet werden, für die eine Ermächtigung des Zulassungsausschusses vorliegt und die gegenüber Versicherten erbracht werden. Diese klaren Abgrenzungen sind erforderlich, da in den Weiterbildungsambulanzen die Leistungen durch Weiterbildungsteilnehmende erbracht werden, die im Rahmen ihrer Weiterbildung neben der Behandlung von Patientinnen und Patienten durch die jeweiligen Weiterbildungsordnungen der Länder weitere Lerninhalte auferlegt bekommen haben, die nicht in die Zuständigkeit des Bundes fallen.

Unverständlich ist die Vorgabe, dass die Weiterbildungsambulanzen direkt von den Krankenkassen zu vergüten sind. Um Bürokratie und Verwaltungsaufwände zu vermeiden, sollten die Weiterbildungsambulanzen in die Abrechnung über die Kassenärztlichen Vereinigungen einbezogen werden. Leistungen, die zu vergüten sind, stammen ohne Ausnahme auf Basis der Ermächtigungen der Zulassungsausschüsse aus der Richtlinienpsychotherapie und können über EBM abgerechnet werden.

Erweiterung von datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnisse der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (§197a Abs. 3 b Nr. 6 SGB V)

Die Datenübermittlungsbefugnisse sollen nunmehr um Gesundheitsämter, Heimaufsicht und nach Landesrecht zuständigen Gesundheitsbehörden erweitert werden.

Diese Erweiterung wird von den Betriebskrankenkassen grundsätzlich begrüßt. Gleichwohl greift die geplante Neuregelung zu kurz, da sie andere relevante Organisation und Körperschaften nicht umfasst. Den Fehlverhaltensstellen liegen häufig Hinweise vor, nach denen die Täter nicht nur Körperschaften nach dem SGB V / XI schädigen, sondern gleichzeitig auch Kostenträger nach den SGB II, II, VI, VII und XII. Um diesen Sozialleistungsmissbrauch wirkungsvoll entgegentreten zu können, ist ein rechtssicherer Datenaustausch zwischen den Stellen nach § 197a SGB V, bzw. § 47a SGB XI und Stellen, die für die Bekämpfung von Leistungsmissbrauch bei den Trägern der o.g. Sozialgesetzbücher zuständig sind, notwendig.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG:

Nach Nummer 6 wird die folgende Nummer 7 angefügt:

> *„7. die Stellen, die für die Bekämpfung von Leistungsmissbrauch bei den Trägern der Sozialversicherung nach den SGB II, III, VI, VII und XII zuständig sind.*"

Kassenübergreifende Zusammenführung von Abrechnungsdaten (§197a Abs. 3 c SGB V (neu))

Die geplante Neuregelung sieht vor, dass Einrichtungen nach Absatz 1 Datenbestände mit denen anderer Kassen und der weiteren anderen in Absatz 1 genannten Organisationen zum Zweck der Entwicklung von datenbasierten Verfahren zur Erkennung von Fehlverhalten zusammenführen dürfen.

Insbesondere kleineren Krankenkassen fehlt es häufig an einer ausreichend großen Datenbasis, um Fehlverhalten anhand der vorliegenden Abrechnungsdaten selbst aufdecken zu können. Ihre Stellen nach § 197a SGB V sind somit noch stark von den externen Hinweisen abhängig. Mit der geplanten Neuregelung werden insbesondere Betriebskrankenkassen in die Lage versetzt, anhand einer verbesserten Datenlage IT-basierte Verfahren zu entwickeln und selbst mehr Hinweise auf Fehlverhalten zu generieren.

Die Neuregelung wird somit ausdrücklich begrüßt.

Exklusives Vetorecht der Patientenvertretung im G-BA (§ 140 Absatz 2 SGB V)

Ein exklusives „Vetorecht" der Patientenvertretung ist in der Systematik des G-BA systemfremd. Die Folge ist, dass die Erstellung von Richtlinien mehr Zeit in Anspruch nehmen wird. Dies konterkariert Regelungen dieses Gesetzes, die eine Beschleunigung der Verfahren zum Ziel haben. Insofern regen wir eine Evaluation der „Vetoregelung" in Bezug auf diesen Zielkonflikt an.

Qualitätstransparenz (§ 217f Abs. 4 neu SGB V)

Um die Transparenz über die Bewilligung von Leistungen durch Krankenkassen sowie über deren Servicequalität für Versicherte zu verbessern und damit weitere Kriterien zur Vergleichbarkeit der Krankenkassen zu schaffen, soll der GKV-SV binnen 6 Monaten nach Inkrafttreten des GVSG Richtlinien zur Organisation des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs der Krankenkassen erlassen. Das Bundesministerium für Gesundheit muss diese genehmigen.

Es soll mindestens Auskunft geben über die Anzahl von Leistungsanträgen sowie wie viele davon bewilligt und abgelehnt werden, die durchschnittliche Bearbeitungsdauer von Anträgen, die Anzahl der Widersprüche und erfolgreichen Widersprüchen (aus Sicht der Leistungsberechtigten), die durchschnittliche Bearbeitungsdauer von Widersprüchen, und die Anzahl der Klagen und erfolgreichen Klagen; alles differenziert nach Leistungsbereichen, und jeweils als Quote im Verhältnis zu den Anträgen, Widersprüchen und Klagen insgesamt.

Weiterhin soll Transparenz über die Qualität von Beratungs- und Unterstützungsangeboten der Krankenkassen, insbesondere zu Antragsprozess, Beschwerdemanagement, Förderung Patientensicherheit sowie über den Stand der Digitalisierung, insbesondere zur Ausstattung mit elektronischen Gesundheitskarten (eGK) mit kontaktloser Schnittstelle und persönlicher PIN, der Bereitstellung und Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) sowie der Bereitstellung und Nutzung digitaler Identitäten geschaffen werden.

Dazu sollen die Krankenkassen ihre Daten jährlich an den GKV-SV übermitteln. Dieser ermittelt aus den Kennzahlen den jeweiligen Mittelwert und die Spanne zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Wert. Die Daten zu den Kennzahlen sollen jährlich, erstmals für das Berichtsjahr 2025, auf einer digitalen, interaktiven Plattform durch den GKV-SV veröffentlicht werden.

Grundsätzlich begrüßen die Betriebskrankenkassen mehr Transparenz über das Leistungsgebaren und die Servicequalität der Krankenkassen. Eine Veröffentlichung von Qualitätskennzahlen in einer Form, die es den Versicherten erleichtert, die Kennzahlen der Kassen miteinander zu vergleichen, wird ebenso unterstützt wie die geforderte Ermittlung eines GKV-weiten Mittelwerts, da beides zu einer Erhöhung der Transparenz beiträgt. Aus Sicht des BKK Dachverbandes fehlt die Einbeziehung der Sicht der Versicherten, z.B. durch Befragungen.

Insgesamt ist der Zeitrahmen sehr eng gesteckt. Darüber hinaus ist zu beachten, dass Bearbeitungsdauern nicht mit der Dauer bis zur Leistungsentscheidung gleichgesetzt werden können, da Letzteres von vielen Faktoren abhängt (z.B. Vollständigkeit und Qualität der Anträge, Kooperationsbereitschaft von Ärzten bei Rückfragen, bei Vorlage beim Medizinischen Dienst Dauer des jeweiligen Rücklaufs usw.).

Zum Kriterium Stand der Digitalisierung ist anzumerken, dass sich mit der Umsetzung der Digitalgesetze in einigen Jahren diese Kennzahlen erübrigen sollten. Für Versicherte könnte es aber interessant sein zu erfahren, welche digitalen Angebote die Krankenkassen vorhalten, ob es bspw. eine digitale Facharztvermittlung und -Terminbuchung gibt, welche digitalen Präventions- und andere Angebote es gibt, ob die Kasse ein digitales DMP anbietet, welche digitalen Kommunikationswege es gibt und vieles mehr. Die Betriebskrankenkassen regen an, mittelfristig auch solche Kriterien beim Stand der Digitalisierung aufzunehmen.

Auch sind die Betriebskrankenkassen der Ansicht, dass es keine, durch den GKV-SV zu betreibende gesonderte Plattform braucht, wenn die Daten in einer leicht vergleichbaren Form vorliegen. Als problematisch angesehen wird dabei die Rolle des GKV-SV, der – wenn er ein Vergleichsportal entwickelte – unmittelbar in den Kassenwettbewerb eingriffe.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG I

Die Bearbeitungsdauer sollte definiert werden als die reine Bearbeitungszeit, das sind meist nur wenige Minuten, die das Anliegen tatsächlich bearbeitet wird, zuzüglich der Liegezeit Inhouse. Damit umfasst die Bearbeitungszeit den Zeitraum ab dem Zeitpunkt, zu dem ein Dokument digital zur Bearbeitung zur Verfügung steht, nachdem es gescannt wurde, bis zu dem Zeitpunkt, an dem das Dokument fertiggestellt zum Postversand gegeben wird. Zeiten des In- und Outputmanagements (Postlaufzeiten) werden nicht abgebildet. Aus allen Anträgen zu einer Leistungsart wird eine durchschnittliche Bearbeitungsdauer errechnet, die in Tagen mit einer Nachkommastelle dargestellt wird.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG II

Um besser abzubilden, wie Kassen aus Sicht der Versicherten mit Beschwerden umgehen, wenn etwas mal nicht so läuft wie erwartet, sollten ergänzend Kennzahlen zum Beschwerdemanagement erhoben werden:

Kennzahl 1: Auflistung aller analogen und digitalen Kommunikationskanäle, über die von den Kunden eine Beschwerde artikuliert werden kann. Allgemeine Kontaktkanäle, wie ein Chatkanal oder das Kontaktformular auf der Website sind nicht anzugeben, wenn die Kunden darüber nicht explizit die Möglichkeit haben, darüber ihre Beschwerde zu senden, damit diese unabhängig von der klassischen Kundenkommunikation eine gesonderte Bearbeitung erfährt. D.h. ein Kontaktformular ist nur dann bei der Auflistung zu berücksichtigen, wenn es die Möglichkeit gibt, den Kontakt als Beschwerde gesondert kenntlich zu machen.

Kennzahl 2: Durchschnittliche Bearbeitungsdauer ab Eingang einer Beschwerde, bis der Kunde eine erste Reaktion/Rückmeldung zu seinem Anliegen erhält. Automatische Eingangsbestätigungen zählen dabei nicht als Rückmeldung.

Diese beiden Kennzahlen können den Versicherten eine Aussage darüber geben, ob eine Verärgerung einfach und niedrigschwellig geäußert werden kann und ob solch eine Unmutsäußerung zeitnah bearbeitet wird.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG III

Für eine Vergleichbarkeit der Qualität der Krankenkassen ist es essentiell, auch die Versicherten zu Wort kommen zu lassen. Dazu sollten Kundenbefragungen durchgeführt werden, aus den Ergebnissen sollte eine weitere Kennzahl gebildet werden:

Vorschlag für eine Kennzahl zur tatsächlichen Kundenerfahrung:

Bereits heute bilden viele Kassen die Ergebnisse eigener und externer Kundenbefragungen in ihren Transparenzberichten ab. Aus Sicht des BKK-Systems ist die tatsächliche Kundenerfahrung ein wichtiger Gradmesser für die Qualität der Kassen.

Bei der Veröffentlichung von Kundenerfahrungen sollte in jedem Fall darauf geachtet werden, dass die Kundenzufriedenheit einheitlich erhoben und dargestellt wird (gleiche Frage, gleiche Bewertungsskala, gleiche Ergebnisdarstellung und repräsentative Stichprobe, die die Gesamtheit des Kundenstamms abbildet). Folgende Parameter könnten dabei angesetzt werden:

Fragestellung „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Kasse insgesamt?"

Antwortskala als 5er-Skala (vollkommen zufrieden/sehr zufrieden/zufrieden/weniger zufrieden/unzufrieden)

Ergebnisdarstellung der Top-2 (vollkommen zufrieden und sehr zufrieden) in %.

Mind. 100 Teilnehmer je Kasse in unterschiedlichen Altersstufen

Beitragsfreiheit Waisenrente bei Freiwilligendienst (§ 226 Abs. 6 neu SGB V)

Die Waisenrente oder entsprechende Hinterbliebenenversorgungsleistungen werden für Versicherte bis zum 25. Lebensjahr auch während der Ableistung eines Freiwilligendienstes beitragsfrei gestellt.

Im SGB XI ist eine analoge Regelung für die SPV vorgesehen.

Der BKK Dachverband begrüßt die Stärkung der Freiwilligendienste, indem Waisenrenten oder entsprechende Hinterbliebenenversorgungsleistungen auch während der Ableistung

eines Freiwilligendienstes innerhalb der Altersgrenzen nach § 10 Absatz 2 Nummer 3 SGB V in der GKV/SPV beitragsfrei gestellt werden.

Maßnahmen zur Qualitätstransparenz auch für die Pflegeberatung und die Pflegekurse (§ 53 SGB XI)

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll in Verbindung mit der zu erlassenden Richtlinie zur Qualitätstransparenz auch verbindliche Vorgaben für die einheitliche Erhebung und Veröffentlichung von Kennzahlen zur Durchführung und Inanspruchnahme der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI, der Pflegekurse nach § 45 SGB XI und der digitalen Pflegekurse erlassen.

Aus Sicht der Betriebskrankenkassen ist eine Übertragung der Transparenzkriterien auf die SPV nicht ohne weiteres möglich. Die Soziale Pflegeversicherung kennt in ihrer rechtlichen Konstruktion keinen Kassenwettbewerb. Insofern ist es systemisch auch nicht zulässig, einen solchen künstlich und auf der Grundlage der GKV-Konstruktion zu simulieren. Auch inhaltlich eignen sich die leistungsrechtlichen Anknüpfungspunkte (Pflegeberatung nach § 7a SGB XI/Pflegekurse nach § 45 SGB XI) hierfür nicht.

Am Beispiel: Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ist in ihrem Umfang insbesondere vom jeweiligen Pflegebedarf der pflegebedürftigen Person und deren Lebenssituation abhängig. Dies beeinflusst maßgeblich den Umfang bzw. Verlauf der Pflegeberatung, die zudem als Prozess angelegt ist. Daher dürften sich plausible bzw. vergleichbare und für Verbraucherinnen und Verbraucher nachvollziehbare Kriterien hier kaum herausarbeiten lassen. Zudem sieht das Gesetz vor, dass es den Pflegekassen gemäß § 7b SGB XI möglich ist, Beratungsgutscheine für externe unabhängige Beratungsdienstleister auszustellen, welche die Pflegeberatung zu Lasten der Pflegekassen erbringen. Auch dies dürfte die Vergleichbarkeit erschweren. Zudem ist zu konstatieren, dass die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI explizit auch von Pflegestützpunkten nach § 7c SGB XI erbracht wird. Hier stehen auch die zuständigen Träger der Sozialhilfe bzw. die nach Landesrecht bestimmten Stellen der Altenhilfe organisatorisch in der Verantwortung. Auch die jeweilige Zuständigkeit einzelner Pflegekassen für einen Pflegestützpunkt erfolgt nicht auf der Grundlage wettbewerblicher Kriterien, was in diesem Kontext auch kontraproduktiv wäre. Die nun neu getroffene Regelung ist deshalb nicht sinnstiftend.

Diese grundsätzliche Kritik betrifft die Pflegekurse nach § 45 SGB XI gleichermaßen. Zumal hier Angebote gemeinsam mit anderen Pflegekassen angeboten und durchgeführt werden bzw. der Anspruch für pflegende Angehörige regelhaft gewährt wird, wenn der Pflegekurs einer anderen Kasse in Anspruch genommen wird. Ein künstlich initiierter Wettbewerb würde hier das Nutzerverhalten unnötig konterkarieren bzw. ad absurdum führen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Die vorgeschlagenen Änderungen in § 53 SGB XI werden ersatzlos gestrichen. Stattdessen werden entsprechend der Empfehlung des GKV-SV Kennzahlen zu Pflegeerstanträgen, zu Widersprüchen und Klagen in der Pflegeversicherung als weitere Leistungsart in die Reihe der Kennzahlen nach § 217f Abs. 4 SGB V aufgenommen.

Zuständigkeit für Verordnungsänderungen bei der Arzneimittelpreisverordnung (§ 78 Arzneimittelgesetz)

Das Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz und das BMG haben sich über den Übergang der federführenden Zuständigkeit geeinigt. Mit der Änderung wird diese Einigung nachvollzogen und die Zuständigkeit für etwaige Verordnungsänderungen für die Arzneimittelpreisverordnung vom BMWK auf das BMG übertragen. Zuvor war eine Zustimmung des Bundesrates erforderlich, die nun entfällt. Durch die vorgesehene Neuregelung liegt die Apothekenvergütung ausschließlich beim BMG. Der BKK Dachverband geht davon aus, dass das vom BMWK beauftragte Gutachten zur „Ermittlung der Erforderlichkeit und des Ausmaßes von Änderungen der in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelten Preise" nun vom BMG berücksichtigt wird.

III. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF

Klarstellung des Sicherstellungsauftrags der KVen (§ 73 SGB V)

Der Umfang des Sicherstellungsauftrags wird von den KVen auf regionaler Ebene oft strittig definiert und führt zu erheblichen Versorgungsproblemen. Bspw. erbringen bestimmte Facharztgruppen der Qualitätssicherung unterliegende Leistungen, die einer Abrechnungsgenehmigung bedürfen, nicht und liquidieren diese Leistungen von GKV-Versicherten dann privat. Diese wenden sich dann mit Anträgen auf Kostenübernahme an ihre Krankasse.

Dieser Änderungsvorschlag wurde aus der Stellungnahme des Bundesrates zum GVSG (Bundesrats-Drucksache 234/24) übernommen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

In Artikel 1 ist nach Nummer 4 folgende Nummer 4a einzufügen:

‚4a. In § 73 Absatz 2 Satz 1 wird nach Nummer 1 folgende Nummer 1a eingefügt:

„1a. Durchführung der nach § 135 Absatz 2 genehmigten ärztlichen Leistungen,“ ‘

Begründung:

Die vertragsärztliche Versorgung nach § 73 Absatz 2 Satz 1 SGB V umfasst im Hinblick auf den an die Inhalte des Leistungsrechts anknüpfenden Katalog dieser Vorschrift alle von den Versicherten als Sachleistung beanspruchbaren vertragsärztlichen Versorgungsleistungen.

Vor diesem Hintergrund müssen hierunter auch ärztliche Leistungen fallen, für die eine besondere Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB V besteht und für die eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Sinne von § 135 Absatz 2 SGB V erteilt wurde. Eine diesbezügliche gesetzliche Klarstellung fehlt bislang jedoch.

Gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten haben einen Anspruch auf diese Leistungen und dürfen bei Vorliegen einer Genehmigung und einer entsprechenden Spezialisierung nur in begründeten Fällen abgewiesen werden, beispielsweise bei

Auslastung der Praxis oder bei nachhaltiger Störung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt beziehungsweise Ärztin und Patientin beziehungsweise Patient.

Mit Blick auf den Anfang des Jahres 2023 erfolgten Aufruf des Deutschen Berufsverbandes der Hals-Nasen-Ohrenärzte, aufgrund von Vergütungsfragen vorerst keine Termine mehr für bestimmte Operationen (beispielsweise Adenotomien („Polypenentfernung") mit Paukenröhrchen sowie die Tonsillotomien („Mandelteilentfernung")) zu vergeben, bestehen auf Seiten der Kassenärztlichen Vereinigungen – wie eine zu dieser Thematik durchgeführte Länderabfrage zeigt – rechtliche Zweifel dahingehend, ob aus der Erteilung einer Genehmigung zum ambulanten Operieren automatisch abgeleitet werden kann, dass der Genehmigungsempfänger stets verpflichtet ist, (auch) ambulante Operationen anzubieten.

Eine entsprechende gesetzliche Klarstellung dient vor diesem Hintergrund der Gewährleistung des Behandlungsanspruchs gesetzlich versicherter Patientinnen und Patienten. Zugleich wird den Kassenärztlichen Vereinigungen die Durchsetzung des Sicherstellungsauftrags gegenüber den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten in materieller Hinsicht durch die Klarstellung in Bezug auf den Umfang des Sicherstellungsauftrags erleichtert, denn der in § 75 Absatz 1 SGB V normierte Sicherstellungsauftrag bezieht sich explizit auf die vertragsärztliche Versorgung nach § 73 Absatz 2 SGB V.

Eine Änderung des § 73 Absatz 2 Satz 1 SGB V ist darüber hinaus auch geeignet, der derzeit stattfinden Entwicklung entgegenzuwirken, dass insbesondere investorengetragene Medizinische Versorgungszentren (iMVZ) ihre Versorgungskapazitäten nicht nur tendenziell in lukrative Ballungsgebiete verlegen, sondern auch vermehrt einen stärkeren Fokus auf gut skalierbare und umsatz-steigernde Leistungen legen, wodurch zu befürchten ist, dass nicht mehr das gesamte Behandlungsspektrum abgebildet wird. Sofern eine Genehmigung zur Durchführung ambulanter Operationen erteilt wurde und entsprechende Spezialisierungen stattfanden, können die Kassenärztlichen Vereinigungen (i)MVZ auf rechtlich sicherer Grundlage dazu anhalten, diese Eingriffe auch tatsächlich durchzuführen.

Primärversorgungszentren

Lokale Primärversorgungszentren sind ein wichtiger Baustein, um den Herausforderungen durch drohenden Ärzte- und Fachkräftemangel zu begegnen. Die Gründungsvoraus-

setzungen sollten niedrigschwellig ausgestaltet werden und eine Ansiedelung grundsätzlich auf nicht besetzten Vertragsarztsitzen für Allgemeinmedizin erfolgen. PVZ könnten auch an die im Zuge der Krankenhausreform entstehenden Level I*i*-Häuser andocken. In ein PVZ werden nichtärztliche und koordinierende Leistungen integriert. Als Anschubfinanzierung ist eine Förderung aus Mitteln des Strukturfonds ambulant und des Krankenhausstrukturfonds denkbar. Auch Mittel der kommunalen Förderung für Daseinsvorsorge können herangezogen werden.

In den PVZ arbeiten Angehörige unterschiedlicher Gesundheitsberufe unter einem Dach und bieten Patientinnen und Patienten eine gute und schnelle Betreuung. Unverzichtbar für den Aufbau der neuen Versorgungsstrukturen ist dabei die akademische Qualifizierung von Pflegefachkräften, wie z. B. Community Health Nurses oder Physician Assistants, die in Zukunft auch heilkundliche Aufgaben ausüben sollen.

Für eine gute Versorgung aus einer Hand ist die Vernetzung mit lokal agierenden Akteuren wichtig. Entsprechend sollen niedergelassene Fachärzte und Pflegestützpunkte, aber auch bspw. der Öffentliche Gesundheitsdienst, die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen, ambulante Krebsberatungsstellen und weitere Angebote für Gesundheit und Pflege eingebunden werden.

Wichtige Kooperationspartner vor Ort sind auch die Krankenkassen. Ihnen und ihren Verbänden soll die Möglichkeit eröffnet werden, selbst PVZ zu gründen.

Gesundheitsregionen

Gesundheitsregionen als Ansätze zu einer bevölkerungsbezogenen Versorgung können Mehrwerte in der Versorgung generieren: mehr Effizienz und Qualität in der medizinischen Versorgung, die Entwicklung passgenauer Lösungen unter Berücksichtigung örtlicher Besonderheiten und die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung im Hinblick auf die gesundheitliche Chancengleichheit. Gesundheitsregionen können ein regionaler – und bei Bedarf ein überregionaler – Lösungsansatz zur Bewältigung der Defizite sein. Nach über zwei Dekaden Integrierter Versorgung in Deutschland haben Krankenkassen umfassende Expertise, welche innovativen regionalen Versorgungsansätze vielversprechend sind und welche nicht. Darum sollte beachtet werden, dass eine Gesundheitsregion kein weiteres „Add on" ist, sondern alle relevanten Stakeholder an einen Tisch kommen und gemeinsam Versorgungsziele auf der Basis der tatsächlichen, regionalen Bedürfnisse entwickeln. Um Handlungsoptionen abzuleiten sowie strategische Entscheidungen für die Region treffen zu können, muss der Status quo bestimmt werden.

Es braucht die kollektive Entwicklung eines Zielbilds, das die Vermeidung von Krankheit und die Versorgung insbesondere chronisch Kranker im Handeln aller verankert. Dabei ist immer der Patient als „Dirigent" seiner Versorgung einzubeziehen, um die Compliance zu fördern

Bürokratische Hürden für alle Beteiligten werden abgebaut, der Zugang zu Gesundheitsleistungen vereinfacht und insbesondere virtuelle Versorgung nutzbar gemacht.

Der Erfolg bezüglich Qualität bzw. Versorgungsergebnisse anhand der definierten Ziele wird bewertet, es gibt stets Transparenz bezüglich der Zielerreichung und Versorgungsqualität.

Finanziert werden die Gesundheitsregionen u.a. aus: der (bereinigten) GKV-Regelversorgung, dem Abbau unnötiger Bürokratie, kommunalen Finanzmitteln, ggf. Investmentkapital, ggf. durch Auflagen eines Regionalfonds, ggf. Bundesmittel. Zusätzliche Vergütungen honorieren lediglich die Vernetzungsaktivitäten. Die Leistungen bleiben mit Blick auf das finanzielle Ausgleichssystem der Krankenkassen, den Morbi-RSA, versorgungsneutral.

So können Gesundheitsregionen der Startschuss für einen neuen Versorgungswettbewerb sein, der den Vertragswettbewerb in der Region ablöst. Durch konsequente Bereitschaft und strukturellen Wandel hin zur einer Kultur der Vernetzung und Zusammenarbeit, werden Synergieeffekte erzielt und kommen spürbare Mehrwerte bei der Bevölkerung an.

Für Gesundheitsregionen wird zukünftig eine neue Rechtsgrundlage geschaffen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

„§ 140b

Gesundheitsregionen

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können gemeinsam und einheitlich mit einem oder mehreren Kreisen und/oder einer oder mehreren kreisfreien Städten auf deren Antrag einen Vertrag mit dem Ziel der Behebung regionaler Defizite der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Versorgung, der Über-

windung von Schnittstellen oder der Verbesserung des Zugangs zur regionalen Versorgung (Gesundheitsregion) schließen. Sofern die Kreise oder kreisfreien Städte die weiteren Voraussetzungen nach Absatz 5 erfüllen und zur hälftigen Übernahme der Kosten nach Absatz 4 Satz 3 bereit sind, sind die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zur Aufnahme von Vertragsverhandlungen über die Bildung einer Gesundheitsregion verpflichtet.

(2) Antragsberechtigt sind auch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen als Bevollmächtigte nach § 212 Abs. 5 SGB V. Der Antrag gilt für alle Kassenartenverbände gemeinsam und einheitlich, sofern ihn mindestens vier der in Satz 1 genannten Antragsberechtigten stellen. Den landwirtschaftlichen Krankenkassen steht eine Beteiligung mit gleichen Rechten und Pflichten frei. Das Vertragsziel muss dem in Abs. 1 genannten Ziel entsprechen. Sofern die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die weiteren Voraussetzungen nach Absatz 5 erfüllen und zur hälftigen Übernahme der Kosten nach Absatz 4 Satz 3 bereit sind, sind die die Kreise oder kreisfreien Städte zur Aufnahme von Vertragsverhandlungen über die Bildung einer Gesundheitsregion verpflichtet.

(3) Aufgaben einer Gesundheitsregion sollen insbesondere sein:

1. Ermittlung des tatsächlichen Versorgungsbedarfs sowie des Status Quo der Versorgung und dessen Defizite in der Gesundheitsregion und daraus abgeleitet die Formulierung der konkreten Versorgungsziele, der Maßnahmen und Identifikation der dafür notwendigen Akteure und ggf. Formulierung qualitativer Anforderungen an diese.

2. Bildung von Netzwerken und Kooperationen der regionalen medizinischen Versorger und relevanten Stakeholder, des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie mit anderen, vor Ort relevanten Akteuren.

3. Sicherstellung einer vernetzten, interprofessionellen und koordinierten Gesundheitsförderung und Versorgung über Sektorengrenzen hinweg mit dem Ziel Versorgungspfade ohne Versorgungsbrüche zu etablieren, entsprechend der für die Ziel- und Aufgabenformulierung nach Absatz 4 Satz zu definierenden regionalen Bedarfe unter Berücksichtigung der Chancen digital gestützter Versorgung sowie der gewachsenen Strukturen,

4. Austausch und Wissenstransfer mit Aus-, Fort- sowie Weiterbildung auch in der Digitalisierung, die Implementierung neuer Berufsbilder sowie Entwicklung von gezielten Maßnahmen gegen den ärztlichen sowie nicht-ärztlichen Fachkräftemangel,

5. Ausbau von und Nutzung einer digitalen Infrastruktur sowie Dienstleistungen zur Erhöhung von Mobilitätsangeboten, um den Zugang zu kurativer und präventiver Versorgung zu erleichtern,

6. Feststellung der (Teil-)Zielerreichung sowie Transparenz über die Mittelverwendung und die Versorgungsqualität in zu veröffentlichenden Gesundheitsberichten und darauf aufbauend Weiterentwicklung der genannten Ziele und Maßnahmen.

Die Einzelheiten sind in den Verträgen nach Absatz 1 bzw. Absatz 2 zu regeln.

(4) Die Organisation einer Gesundheitsregion kann von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartnern einzeln oder gemeinsam durchgeführt werden. Die Vertragspartner können die Aufgabe nach Satz 1 auch an beteiligte Leistungserbringer der Gesundheitsregion oder deren Gemeinschaften oder Verbünde übertragen oder sich darauf verständigen, dass diese Aufgabe durch Dritte erbracht wird. Die Investitions- und Betriebs- bzw. Verwaltungskosten der Organisation der Gesundheitsregion tragen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen einerseits und die beteiligten Kreise und kreisfreien Städte andererseits zu gleichen Teilen. Die Vertragspartner können sich auf die Etablierung eines Regionalfonds verständigen und festlegen, ob und in welchem Umfang sich auch andere Akteure finanziell beteiligen können, ohne die Vertragspartner von ihrem jeweils hälftigen Anteil der (Rest-)Finanzierung zu entbinden.

(5) Voraussetzung für die Aufnahme von Vertragsverhandlungen nach Absatz 1 Satz 2 oder nach Absatz 2 Satz 3 ist, dass die sich aus Absatz 1 Satz 1 oder aus Absatz 2 Satz 1 ergebenden Antragsteller jeweils den sich aus diesen Sätzen ebenfalls ergebenden Antragnehmern unter Nennung der teilnehmenden medizinischen Leistungserbringer und relevanten Stakeholder oder deren Verbände und ggf. weiterer Akteure qualifizierte Angaben zu den Zielen und Aufgaben der Gesundheitsregion anhand des festgestellten Versorgungsbedarfs und -defizits machen und bereit sind, sich an den Kosten nach Absatz 4 Satz 3 zu beteiligen. Die Verhandlungen sind zeitnah aufzunehmen und zügig abzuschließen. Eine enge Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst ist zu gewährleisten. Kommt es nicht zu Verhandlungen, so entscheidet die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes, ob der Antrag die Anforderungen des Satzes 1 erfüllt und Verhandlungen aufzunehmen sind."

Begründung:

Zu Absatz 1

Zur Stärkung einer regional vernetzten, kooperativen Gesundheitsversorgung wird eine Regelung zur Bildung von Gesundheitsregionen verankert. Dabei werden unter Beachtung der Verantwortlichkeiten zur Daseinsvorsorge und Gesundheitsversorgung, der gewachsenen Strukturen und der regionalen Bedarfe Möglichkeiten zur Weiterentwicklung der Verfahrens- und Organisationsformen für Kommunen bzw. Verbünde von Kommunen und Krankenkassenverbände (Vertragspartner der Gesundheitsregion) sowie teilnehmende medizinische und nicht-medizinische Leistungserbringer im Rahmen ihrer jeweiligen gesetzlichen Aufgabenstellung erweitert und verbindlicher ausgestaltet. Ziele könnten sein, regionale Defizite der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Versorgung zu beheben, Schnittstellen zu überwinden, Public Health zu stärken oder den Zugang zur regionalen Gesundheitsversorgung zu verbessern. Um diese Ziele zu erreichen, erhalten die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die Möglichkeit, mit einem oder mehreren Kreisen einen Vertrag über die Bildung einer Gesundheitsregion zu schließen. Dies kann in Grenzregionen auch landesverbandsübergreifend erfolgen.

Die Kommunen sind für die Versorgung der Bevölkerung mit lebenswichtigen Gütern und Dienstleistungen verantwortlich. Dazu zählt auch, den Zugang zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung mit zu gewährleisten und zu verbessern. Vor diesem Hintergrund erhalten die Kreise oder kreisfreien Städte einzeln oder gemeinsam ein Initiativrecht zur Errichtung einer Gesundheitsregion. Die Verantwortung der Krankenkassen zur bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten wird abgebildet, indem auch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen als Bevollmächtigte nach § 212 Abs. 5 SGB V ein Initiativrecht zur Errichtung einer Gesundheitsregion erhalten. Der Antrag gilt für alle Kassenartenverbände gemeinsam und einheitlich, sofern ihn mindestens vier Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen stellen. Den landwirtschaftlichen Krankenkassen steht eine Beteiligung mit gleichen Rechten und Pflichten frei. Absatz 2 bildet also das Antragsrecht und die damit einhergehenden Verpflichtungen ab.

Absatz 3 konkretisiert die Aufgaben der Gesundheitsregion. Angesichts der nicht immer trennscharf zu unterscheidenden Verantwortungsverteilung für den Zugang zur und die Sicherstellung der Versorgung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Kommunen ist ein wesentlicher Inhalt eines Vertrages die Ermittlung des Versor-

gungsbedarfs der Bürgerinnen und Bürger sowie der Versicherten in der Gesundheitsregion, des Status Quo der Versorgung und dessen Defizite und daraus abgeleitet die Formulierung der konkreten Versorgungsziele, der hierfür notwendigen Maßnahmen sowie Akteuren. An diese können zur Erreichung des formulierten Ziels Qualitätsanforderungen gestellt werden. Dazu wird auch gehören zu klären, welche Daten und Informationen routinemäßig vorliegen bzw. welche fehlen. Relevant ist ferner die Bildung von Netzwerken der regionalen Versorger und Hilfesysteme (gesetzliche Krankenkassen, Leistungserbringer, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenhäuser, Medizinische Versorgungszentren) und der kommunalen Stellen, insbesondere des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Insbesondere können dabei auch die Träger der örtlichen öffentlichen Jugend- und Sozialhilfe einbezogen werden. Doch auch regional wichtige, andere Akteure wie z.B. Unternehmen oder deren Werks- und Betriebsärzte sowie Rettungsdienste, Sozialverbände, Selbsthilfe, Vereine Pflege- und Reha-Einrichtungen, Advanced Practice Nurses oder Pflegefachkräfte sollen einbezogen werden können, um den tatsächlichen Versorgungsbedarf und die notwendigen Maßnahmen zu ermitteln und für letzteres eine breite Akzeptanz und Transparenz zu fördern. Der Aufbau einer Gesundheitsregion soll entsprechend der definierten Ziele eine vernetzte, interprofessionelle und koordinierte Gesundheitsförderung und Versorgung über Sektorengrenzen hinweg ermöglichen. Die Etablierung digitaler Kommunikationsmöglichkeiten (Plattform), digitaler Prozesse und die datenschutzkonforme Nutzung von Routinedaten kann bei allen Versorgungsansätzen eine relevante Rolle spielen. Die gewachsenen Strukturen sind zu berücksichtigen und, wenn möglich, alle in der Region in der Gesundheitsversorgung Tätigen mit einbeziehen. Dies soll auch zur Entwicklung integrierter kommunaler Handlungsstrategien für Prävention und Gesundheitsförderung beitragen. Denkbar sind darüber hinaus die Förderung des Austauschs und Wissenstransfers mit Aus-, Fort- sowie Weiterbildung, die Implementierung neuer Berufsbilder sowie Entwicklung von gezielten Maßnahmen gegen den ärztlichen sowie nicht-ärztlichen Fachkräftemangel. Notwendig können auch der Ausbau von digitaler Infrastruktur sowie Regelungen zur Verbesserung von Mobilität z.B. über die Etablierung oder den Ausbau digitaler Infrastruktur sein, um etwa in unterversorgten Regionen Patientinnen und Patienten zu den Versorgern zu bringen (z. B. Shuttle-Service), oder auch Regelungen zum Ausbau des Versorgungsangebots vor Ort, z.B. durch eine Erhöhung des telemedizinischen Angebots oder die Ausweitung von zertifizierten Präventionsangeboten etwa durch Kooperationen oder das Bereitstellen von Räumlichkeiten. Zur Schaffung von Akzeptanz für die Maßnahmen und um die Weiterentwicklung der Gesundheitsregion zu ermöglich, ist die (Teil-)Zielerreichung und die Mittelverwendung in Gesundheitsberichten transparent zu machen.

In den Verträgen können auch Regelungen zur Vergütung getroffen werden. Insoweit erfolgt die Vergütung auf Grundlage der bestehenden Vergütungsregelungen. Soweit Abweichendes vereinbart wird, soll dies entsprechend der Modellvorhaben gemäß § 63 Absatz 3 SGB V oder der Verträge über eine besondere Versorgung nach § 140a Absatz 2 SGB V geregelt werden. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt entsprechend. Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen können nicht Gegenstand der Verträge sein. Es muss klargestellt werden, dass lediglich Vernetzungsaktivitäten zusätzliche Vergütungen generieren.

Zu Absatz 4

Wenn die Kommunen und Krankenkassen die Bildung einer Gesundheitsregion vereinbart haben, muss deren konkrete Umsetzung, etwa der Abschluss von Verträgen mit teilnehmenden Leistungserbringern oder die Begleitung eventuell vereinbarter besonderer Vergütungsvereinbarungen, organisiert werden. Die Vertragspartner einer Gesundheitsregion sind frei, wie sie die Organisation einer Gesundheitsregion (Management), umsetzen. Das Management kann je nach Vereinbarung aus dem entsprechenden Gesundheitsregionenvertrag von den beteiligten Krankenkassen, den Kommunen (ÖGD) oder von kommunalen Gesundheitskonferenzen übernommen oder an Organisationen des GKV-Systems (z.B. KV als Dienstleister oder Praxisnetze, die von den KVen anerkannt sind, Sozialverbänden, Pflegeverbänden) übertragen werden. Externen (privaten) Managementgesellschaften kann – wie bereits jetzt in § 140a SGB V – ebenfalls das Management der Region übertragen werden. Managementgesellschaften sind aber nicht regelhaft als neue Akteure vorzusehen.

Mit der Gestaltungsverantwortung für eine Gesundheitsregion sollte auch die Finanzierungsverantwortung einhergehen. Daher tragen Kommunen und Krankenkassenverbände die Investitions- und Betriebskosten des Managements einer Gesundheitsregion je zur Hälfte. Bei der hälftigen Kostenaufteilung kann auch die Zurverfügungstellung von zum Beispiel geeigneten Räumen oder Personal berücksichtigt werden. Die Bereitschaft der Kommunen zur finanziellen Beteiligung ist eine Voraussetzung zur Aufnahme von Vertragsverhandlungen über die Bildung einer Gesundheitsregion. Die Vertragspartner können sich auch auf die Etablierung eines Regionalfonds verständigen und festlegen, ob und in welchem Umfang sich andere Akteure wie z.B. Soziale Einrichtungen, Arbeitgeber oder auch Investoren finanziell beteiligen können. Dies kann zu einer reduzierten Finanzverantwortung der Vertragspartner führen. Die finanzielle Beteiligung an den Investitions- und Betriebskosten zur Organi-

sation der Gesundheitsregion verbleibt dennoch zu gleichen Teilen bei den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen einerseits und den beteiligten Kreisen und kreisfreien Städten andererseits.

Zu Absatz 5

Neben den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sind auch die Kommune bzw. die Kommunen als Initiatoren einer Gesundheitsregion in die Lage zu versetzen, regionale Versorgungsbedarfe, im Abgleich mit dem Status Quo die Defizite oder Verbesserungspotentiale zu identifizieren und auf dieser Grundlage unter Nennung der teilnehmenden Leistungserbringer oder weiterer relevanter Akteure qualifizierte Angaben zu den Zielen und Aufgaben und ggf. Qualitätsanforderungen der Gesundheitsregion machen zu können. Dabei muss erkennbar sein, wie die Gesundheitsregion organisiert werden soll. Zur Erfüllung dieser Voraussetzungen könnte ein enger Austausch mit den relevanten Akteuren vor Ort vorgesehen werden. Dies könnten zum Beispiel die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die Praxisnetze, die von den KVen anerkannt sind, Krankenhäuser, Sozial- oder Pflegeverbände oder die Krankenkassen aber auch relevante Arbeitgeber und Vertreter der Bürgerinnen und Bürger sein. Auch die Erfahrungen des GKV-Bündnisses für Gesundheit oder der kommunalen Gesundheitskonferenzen könnten hierbei einbezogen werden. Darüber hinaus können die Kommunen auf bestehende Daten aus Veröffentlichungen etwa der KVen oder der Krankenkassen und auf die Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder zurückgreifen.

Auf der Grundlage von qualifizierten Angaben zu den Zielen und Aufgaben inkl. der Identifikation der dafür notwendigen Akteure der Gesundheitsregion können die Kreise oder kreisfreien Städte von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die Aufnahme von Vertragsverhandlungen über die Bildung einer Gesundheitsregion verlangen, soweit der Antrag auf Aufnahme von Verhandlungen die Vorgaben der weiteren Absätze erfüllt und die Kreise und kreisfreien Städte eine enge Kooperation mit den öffentlichen Gesundheitsdienst (beispielsweise bei subsidiären niederschwelligen Gesundheitsangeboten, z.B. für Wohnungslose oder Geflüchtete, oder bei der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten) sicherstellen. Im gleichen Sinne können bei Einhaltung der formulierten Voraussetzungen der Ziel-, Aufgaben- und Akteursbenennung die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen die Aufnahme von Vertragsverhandlungen über die Bildung einer Gesundheitsregion verlangen.

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sind nicht zum Abschluss von Verträgen verpflichtet, müssen aber – falls der Antrag der Kommune oder der Kommunen qualifiziert ist – entsprechend qualifiziert zurückweisen. Gleiches gilt im umgekehrten Falle für den Kreis bzw. die Kreise sowie die kreisfreien Städte, wenn die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen einen qualifizierten Antrag vorlegen. Die jeweilige für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes kann im Falle der Ablehnung von Verhandlungen angerufen werden und entscheidet, ob Verhandlungen durchzuführen sind. Verhandlungen sind grundsätzlich zeitnah aufzunehmen und zügig abzuschließen.

Information der Mitglieder über eine Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes (§ 175 Abs. 4 Satz 7 SGB V)

Erhebt eine Krankenkasse erstmals einen Zusatzbeitrag oder erhöht sie ihren Zusatzbeitragssatz, hat sie das Mitglied in einem gesonderten Schreiben auf das damit verbundene Kündigungsrecht, auf die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V sowie auf die Übersicht des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu den Zusatzbeitragssätzen der Krankenkassen hinzuweisen.

Nach der Einführung des Zusatzbeitragssatzes in der GKV mit einem durchschnittlichen Niveau von 0,9 % zum 1. Januar 2009 folgte eine lange Phase stabiler Beitragssätze. 14 Jahre später konnte zum Abschluss des Geschäftsjahres 2022 ein kostendeckender Zusatzbeitragssatz von 1,2 % konstatiert werden. Nur zwei weitere Jahre später wird sich der ausgabendeckende Zusatzbeitragssatz in 2024 auf mehr als 1,9 % belaufen und die Perspektive verheißt weitere Steigerungen. Diese Entwicklung hat mit Blick auf die Informationspflichten gravierende Folgen für die gesetzlichen Krankenkassen.

Das erzwungene Abschmelzen von Rücklagen der Krankenkassen bei zugleich rasant steigenden Leistungsausgaben führte zu einem flächendeckenden Anstieg der Zusatzbeitragssätze bereits im ersten Halbjahr 2023. Der Gesetzgeber reagierte mit einer befristeten Aussetzung der Hinweispflicht (§ 175 Absatz 4a SGB V), um den Krankenkassen die Kosten in Höhe von 50 bis 100 Millionen Euro zu ersparen, die für die schriftliche Information sämtlicher betroffener Mitglieder angefallen und aus Beitragsgeldern zu finanzieren gewesen wären.

Aufgrund des weiterhin hohen Finanzdrucks mussten bereits in diesem Jahr erste Krankenkassen ihren individuellen Beitragssatz teils (erneut) deutlich erhöhen – einige davon

nach dem 1. Januar im laufenden Geschäftsjahr 2024 bereits zum zweiten Mal. Angesichts der anhaltenden Ausgabendynamik sowie zusätzlicher Belastungen aufgrund aktueller Gesetzgebungsverfahren sagt selbst der Gesundheitsminister ab 2025 weitere Anhebungswellen voraus – und zwar erneut flächendeckend für die gesamte GKV. Die Situation gebietet es, abermals die mit der Hinweispflicht verbundenen Kosten in den Blick zu nehmen und Lösungen für eine Entlastung der Krankenkassen jedenfalls in dieser Hinsicht zu finden.

Die Betriebskrankenkassen plädieren für die Abschaffung der Anforderung, ihre Mitglieder individuell über Beitragssatzerhöhungen zu informieren. Da die Krankenkassen bisher nur zu einem geringen Anteil elektronisch mit ihren Mitgliedern kommunizieren können bzw. dürfen, muss in der weit überwiegenden Zahl auf Briefpost zurückgegriffen werden. Neben der daraus resultierenden Entlastung bei den Verwaltungsausgaben erscheint es weder nachvollziehbar noch zeitgemäß, einerseits auf eine zunehmende Digitalisierung und Nachhaltigkeit zu drängen, andererseits aber eine individuelle Informationsübermittlung und somit den Einsatz und Transport von Papier aufrechtzuerhalten. Bis sich die elektronische Kommunikation umfassend durchgesetzt hat, ist es als ausreichend anzusehen, wenn die Mitglieder von ihrer Krankenkasse auf andere geeignete Weise, bspw. über die Homepage, auf eine Beitragssatzerhöhung hingewiesen werden. Diese Form der Ausgestaltung würde auch anderen Lebensbereichen entsprechen. Eine Benachteiligung der Betroffenen ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen damit nicht verbunden, denn die Informationen wären leicht zugänglich, transparent und ununterbrochen verfügbar. Die beobachtbare weitreichende mediale Begleitung von Anhebungen der Zusatzbeitragssätze inklusive der damit verbundenen Angebote zu Beitragssatzvergleichen hat zudem einen mindestens ebenbürtigen Anteil an der Erzeugung von Preistransparenz für die GKV-Mitglieder wie das Versenden von Briefen, die von den Adressaten in sehr vielen Fällen ungelesen entsorgt werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLÄGE

1. § 175 Absatz 4 Satz 7 wird wie folgt gefasst

   „Die Krankenkasse hat spätestens einen Monat vor dem in Satz 6 genannten Zeitpunkt ihre Mitglieder auf das Kündigungsrecht nach Satz 6 hinzuweisen."

2. 175 Absatz 4a wird gestrichen.

Prüfung der Wirtschaftlichkeit durch die Landesverbände der Krankenkassen (§ 132a Abs. 1 Nr. 7 SGB V)

Um die Wirtschaftlichkeit im Rahmen der „Blanko-Verordnung" durch Pflegefachpersonen zu sichern, muss den vertragsschließenden Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Kassen gesetzlich ermöglicht werden, Daten zum Verordnungsverhalten auf Landesebene zusammenzuführen und in diesem Sinn auszuwerten. Dieser Auffassung waren auch die Rahmenempfehlungspartner die in der Bundesrahmenempfehlung nach § 132a Abs. 1 SGB V in § 2a Abs. 2 (Fußnote) bekräftigten: „Die Partner der Rahmenempfehlungen beabsichtigen (...) die Überführung der Prüfungsbefugnis auf die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in ihrer Funktion als Vertragspartner nach § 132a Abs. 4 Satz 1 SGB V."

In diesem Zusammenhang greifen die vorhandenen Instrumente der Fehlverhaltensbekämpfung (§ 197a SGB V) nicht, da auf Einzelkassenebene eben nicht verifizierbar ist, ob es sich um eine unverhältnismäßige Mengenausweitung oder in Bezug auf die Gesamt-GKV, um einen statistischen Ausreißer handelt. Dies hätte auch für die Leistungserbringer den Vorteil, im Sinne eines bürokratiearmen Procederes, von einem Kostenträger präzise und substantiiert angesprochen werden zu können.

Zugriff der Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen auf das Beschäftigtenverzeichnis in der Pflege (§ 293 Abs. 8 SGB V)

Mit den verhältnismäßig neuen Regelungen aus dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (IPReG) und dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) sind die Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen neben der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nun auch direkter Vertragspartner der Leistungserbringer in der häuslichen Krankenpflege (§ 132a Abs. 4 Satz 1) und der außerklinischen Intensivpflege (§ 132l Abs. 5 Satz 1 SGB V). Entsprechend § 293 Abs. 8 Satz 10 SGB V wird das Beschäftigtenverzeichnis jedoch nur an die Kranken- und Pflegekassen übermittelt.

Dies würde praktisch bedeuten, dass die Leistungserbringer und die Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen sämtliche Qualifikationsnachweise (z.B. im Rahmen der Zulassung, für eine Pflegedienstleitung bzw. deren Mitarbeiter) umständlich via „Papierko-

pie" übermitteln müssten, während im Anschluss die Einzelkassen mit den Leistungserbringern vollständig (digitalisiert) auf Basis der Beschäftigtennummer abrechnen könnten.

Dieser Prozess kann unkompliziert verschlankt werden – so braucht es analog zum Verfahren bei den Kassen auch seitens der Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben im „Vertragsgeschäft" einen Zugang zum Beschäftigtenverzeichnis. So können die vertragsschließenden Landesverbände z.B. die im Rahmen der Zulassung übermittelten Beschäftigtennummern unkompliziert in Bezug auf die Qualifikation gegenprüfen und insbesondere der Leistungserbringer hat keine Aufwände bzgl. eines separaten Qualifikationsnachweises. Dies vermeidet unnötige Bürokratie auf Seiten der Leistungserbringer und Landesverbände.

Ergänzend wurden in der Vergangenheit (§ 37 Abs. 8 SGB V, § 132a Abs. 1 Nr. 7 SGB V) und werden auch zukünftig (§ 37 Abs. 2 PflBG ab 01.01.2025; angekündigtes Pflegekompetenzgesetz, APN-Gesetzgebung) Pflegenden größere Handlungsautonomien eingeräumt und folglich (auch auf Ebene der Beschäftigten/Unternehmen) entsprechende Mechanismen zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit etabliert. Um dies gezielt und unbürokratisch umzusetzen, müssen die Landesverbände der Krankenkassen Daten, z.B. zum Verordnungsverhalten von Pflegenden mit erweiterter Kompetenz, auf Landesebene zusammenführen und auswerten können. In diesem Zusammenhang greifen die Instrumente der Fehlverhaltensbekämpfung (§ 197a SGB V) nicht, da auf Einzelkassenebene (aufgrund begrenzter Stichprobe) nicht verifizierbar ist, ob es sich um eine unverhältnismäßige Mengenausweitung oder in Bezug auf die Gesamt-GKV um einen statistischen Ausreißer handelt. Dies ist auch unter den Rahmenempfehlungspartnern nach § 132a SGB V Konsens (siehe Bundesrahmenempfehlung nach § 132a SGB V; Fußnote 6, S. 9). Datenschutzrechtlich wäre dieses Vorgehen nun auch unbedenklich, da nicht wie in § 293 Abs. 8 Satz 4 avisiert, ein vollständiger Datensatz an den GKV-SV (bzw. die Kassen) geliefert wird, sondern ausschließlich ein pseudonymisierter Datensatz.

Antrags- und Gutachterverfahren ambulante Psychotherapie Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte (§87 SGB V)

Die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von ambulanter Psychotherapie sind in der Psychotherapie-Richtlinie und der Psychotherapievereinbarung (Anlage 1 BMV-Ä) geregelt. Bei der Beantragung einer ambulanten Psychotherapie wird durch die Krankenkasse geprüft, ob die Voraussetzungen für eine Psychotherapie erfüllt sind.

Eine wesentliche Funktion des Antragsverfahrens und der mit der Genehmigung des Antrages durch die Krankenkassen einhergehenden vorgezogenen Wirtschaftlichkeitsprüfung ist die Schaffung eines sicheren Rahmens für die psychotherapeutische Behandlung.

Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung wurde der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt Regelungen für ein einrichtungsübergreifendes sektorenspezifisches Qualitätssicherungsverfahren zu treffen. Da zunächst keine bundesweite Umsetzung, sondern eine mehrjährige regionale Erprobung des QS-Verfahrens erfolgt kann das Antrags- und Gutachterverfahren derzeit inhaltlich nicht ersetzt werden.

Das QS-Verfahren prüft zunächst die Qualität der psychotherapeutischen Einrichtung, die Bewertung des jeweiligen Leistungsanspruchs der einzelnen Patientinnen und Patienten erfolgt jedoch nicht. Für Patientinnen und Patienten sowie Therapeutinnen und Therapeuten wird erst durch den Prozess des Antrags- und Genehmigungsverfahrens ein sicherer Behandlungsrahmen geschaffen. Die Einführung eines elektronischen Antrags- und Gutachterverfahrens und einer damit einhergehenden elektronischen Genehmigung durch die Krankenkassen wird diesen Prozess erheblich entbürokratisieren und beschleunigen können.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

In § 87 Absatz 1 werden nach Satz 12 folgende Sätze eingefügt:

> *„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regeln im Bundesmantelvertrag für Ärzte bis zum 31.12.2025 das Nähere zu einem elektronischen Antrags- und Gutachterverfahren für genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen. Zur Durchführung des elektronischen Antrags- und Gutachterverfahrens sind die an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, die jeweilige Krankenkasse insbesondere zur Genehmigung der Leistungen sowie die oder der von der Krankenkasse ausgewählte*

Gutachterin oder Gutachter befugt, die hierfür erforderlichen versichertenbezogenen Angaben nach Maßgabe des Bundesmantelvertrags zu verarbeiten; die Sätze 9 und 12 gelten entsprechend.

Terminserviceplattformen

Digitale Terminvermittlungen können den Prozess der Terminvereinbarung beschleunigen und die Transparenz über die Versorgungsstrukturen und -kapazitäten verbessern. Sie stellen für Versicherte einen komfortablen und schnellen Zugang zu Leistungserbringenden dar. Auch Leistungserbringende profitieren von der digitalen Terminvermittlung, da nicht-ärztliches Personal entlastet und Praxisabläufe effizienter werden. Für die Einbettung der digitalen Terminvermittlung in die gesetzliche Krankenversicherung werden Leitplanken benötigt, um flächendeckend einen gleichrangigen und diskriminierungsfreien Zugang zur medizinischen Versorgung für Versicherte zu gewährleisten.

Im Gesetzentwurf zur Schaffung einer Digitalagentur für Gesundheit (Gesundheits-Digitalagentur-Gesetz – GDAG; Drs. 20/13249) ist eine Regelung zu Terminbuchungsplattformen enthalten (§ 370c SGB V (neu)). Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) vereinbaren demgemäß Anforderungen, die von den Leistungserbringenden beim Einsatz digitaler Terminbuchungsplattformen in der gesetzlichen Krankenversicherung berücksichtigt werden müssen. Dabei sind die technischen Anforderungen ebenso umfasst wie die Anforderungen an den Datenschutz und die Informationssicherheit nach dem Stand der Technik, die Anforderungen an die Interoperabilität im Sinne der Umsetzung offener und standardisierter Schnittstellen sowie Festlegungen, die garantieren, dass alle Versicherten einen diskriminierungsfreien Zugang zu Terminen erhalten. Außerdem soll ein Verfahren zur Prüfung der Einhaltung der Anforderungen installiert werden.

Die Betriebskrankenkassen begrüßen diese Regelung, die sich aktuell im GDAG befindet, die allerdings enormes Potential für die Verbesserung der Versorgung im ambulanten Bereich enthält und darum auch im GVSG zu diskutieren ist. Besonders relevant ist hier der diskriminierungsfreie Zugang für Versicherte zu Terminen. Entsprechend muss sichergestellt sein, dass für die Vermittlung von Terminen für gesetzlich Krankenversicherte ausschließlich Terminbuchungsplattformen genutzt werden dürfen, die nachgewiesen haben, dass die festzulegenden Anforderungen erfüllt werden.

Zudem sollte ein vorrangiger Zugriff der Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Vermittlung in medizinisch dringenden Fällen auf die online zur Verfügung stehenden Behandlungstermine sichergestellt werden.

Die gesetzlichen Änderungen in § 370a (DigiG, bereits in Kraft) zur Integration von Terminschnittstellen in den PVS/KIS sowie die o.g. Regelung in §370c SGB V (GDAG-Gesetzentwurf) schaffen wichtige Grundlagen für die Zukunft der Online-Terminbuchung. Grundsätzlich sollten nach Ansicht der Betriebskrankenkassen alle Leistungserbringenden freie Termine mindestens anteilig und automatisiert über ihre Primärsysteme für eine Online-Terminvermittlung verfügbar machen müssen. Die zu meldenden freien Termine sind in ein bundeseinheitliches elektronisches Verzeichnis für Behandlungstermine zu übermitteln, das als Weiterentwicklung des bestehenden Portals nach § 370a entstehen kann.

Jede Krankenkasse, die KVen, die KBV und private Terminvermittlungsplattformen sollten die Möglichkeit haben, Versicherten Termine aus diesem bundeseinheitlichen elektronischen Verzeichnis über frei wählbare Kanäle zu vermitteln. Bereits heute bieten Krankenkassen Arztsuchen an; künftig sollten sie somit die Möglichkeit haben, für ihre Versicherten die Arztsuche mit einer einfachen Terminbuchung verknüpfen zu können, ohne dass die Versicherten Sorge haben müssen, was mit ihren Daten geschieht.

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(8)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
07.11.2024

Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Anhörung des Gesundheitsausschusses

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

Bundestags-Drucksache 20/11853

Stand: 18.10.2024

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

AOK-Bundesverband
Die Gesundheitskasse.

Der AOK-Bundesverband ist registrierter Interessenvertreter i. S. d. Lobbyregistergesetzes

Inhalt

I. Vorbemerkung **4**

II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Gesetzentwurfes **10**

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch **10**

Nr. 1 § 10 Familienversicherung 10

Nr. 2 § 28 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung 11

Nr. 3 § 33 Hilfsmittel 12

Nr. 4 § 34 Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel 13

Nr. 6 § 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte 14

Nr. 7 § 87a Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten 19

Nr. 8 § 87b Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung) 25

Nr. 9 § 91 Gemeinsamer Bundesausschuss 26

Nr. 10 § 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses 27

Nr. 11 § 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung 29

Nr. 12 § 101 Überversorgung 32

Nr. 13 § 105 Förderung der vertragsärztlichen Versorgung 33

Nr. 14 § 106b Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen 34

Nr. 15 § 116b Ambulante spezialfachärztliche Versorgung 35

Nr. 16 § 117 Hochschulambulanzen 36

Nr. 17 § 119c Medizinische Behandlungszentren 37

Nr. 18 § 120 Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen 38

Nr. 19 § 136 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung 39

Nr. 20 § 136b Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus 40

Nr. 21 § 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten 41

Nr. 22 § 140f Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten 43

Nr. 23 § 197a Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen 44

Nr. 24 § 217f Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie Artikel 2 Nr. 3 § 53 SGB XI als Folgeänderung 47

Nr. 25 § 226 Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtig Beschäftigter 51
Nr. 1 § 25 Familienversicherung 52
Nr. 2 § 47a Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen 53
Nr. 3 § 53 Aufgaben auf Bundesebene 54
Nr. 4 § 57 Beitragspflichtige Einnahmen 55
Artikel 5 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes 56
§ 26 Zusatzentgelt für Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 im Krankenhaus 56
Artikel 6 Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte 57
§ 31 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte 57
III. Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes 58
Regelungsvorschlag zur Weiterentwicklung der rechtlichen Rahmenbedingungen der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V 58
Regelungsvorschlag für „Primärversorgungszentren" als wesentlicher Baustein für eine patientenzentrierte Versorgung 70
Regelungsvorschlag für eine „Regionale sektorenunabhängige Versorgung" (RegioSV) zur Gestaltung von Gesundheitsregionen 78
Scharfschaltung der Bedarfsplanung für die zahnärztliche Versorgung 88
Beauftragung eines Gutachtens für die Berücksichtigung soziodemographischer Merkmale im Risikostrukturausgleich 89
§ 266 SGB V Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich), Verordnungsermächtigung 90
§ 267 SGB V Datenverarbeitung für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs 91
§ 7 RSAV Verarbeitung von Daten für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs 92
Verpflichtung zur Vereinbarung mengensteuernder Elemente in den Vergütungsvereinbarungen von humanmedizinischen Hochschulambulanzen 93
Bereitstellung von Stammdaten der ärztlichen Leistungserbringer zur Information der Versicherten - § 305 Abs. 3 SGB V Auskünfte an Versicherte 94

I. Vorbemerkung

GVSG – (K)ein Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune

Der Gesetzentwurf für ein Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune – Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) – spricht im Gesetzestitel eine maßgebliche Problemstellung unseres Gesundheitssystems an. Eine der vordringlichen Herausforderungen, die zwingend angepackt und gelöst werden müssen, ist die Verbesserung der Versorgung von Menschen in ländlichen und strukturschwachen Regionen, wobei insbesondere die Bedürfnisse vulnerabler Gruppen aufgegriffen werden sollten. Dieses Ziel hat der nunmehr vorliegende Gesetzentwurf jedoch vollständig aus den Augen verloren. Es finden sich im Entwurf keine nennenswerten strukturellen Versorgungsansätze mehr, die eine Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune bewirken können. Der Gesetzentwurf ist versorgungsinhaltlich entkernt worden und verdient seinen Titel nicht mehr.

Positiv hervorzuheben sind die vorgesehenen Regelungen zur Transparenz und Servicequalität der Krankenkassen. Hier werden die von den AOKs bereits auf freiwilliger Basis vorgelegten Transparenzberichte weitgehend aufgegriffen. Die AOK begrüßt deshalb das Vorhaben, eine zentrale Vergleichsplattform einzurichten.

Reform der hausärztlichen Vergütung – strukturkonservativ, ohne Perspektive für eine bessere Patientenversorgung und teuer

Die Vorgaben zur Steigerung der hausärztlichen Vergütung können nur als fragwürdig und unausgegoren bezeichnet werden. Sie führen nicht zu einer Verbesserung der Versorgung, sondern verschärfen die ohnehin kritische Finanzsituation der GKV weiter. Fragwürdig sind sie auch deshalb, weil alle Maßnahmen ausschließlich aus der Arztperspektive formuliert wurden, ohne andere Perspektiven zu berücksichtigen. Dies gilt auch für den geplanten Wegfall von Instrumenten zur Wahrung der Wirtschaftlichkeit. Auf diese Weise fließen große finanzielle Mittel einfach weiter in bestehende und reformbedürftige Strukturen, ohne deren Weiterentwicklung zu fördern.

Entbudgetierung

Die vorgesehene Entbudgetierung hat keinen Effekt auf die Verbesserung der Versorgung, sondern honoriert nur bestehende hausärztliche Leistungen besser. Es ist mit GKV-weiten Mehrausgaben von 300 Mio. Euro zu rechnen, die zusätzlich von den Beitragszahlenden finanziert werden müssen.

Darin sind die daraus folgenden Anreize zur Mengenausweitung noch nicht einmal berücksichtigt, so dass mit noch höheren Mehrausgaben zu rechnen ist. Die Erfahrung bei den Kinder- und Jugendmedizinerinnen und -medizinern hat gezeigt, dass erhebliche Ausgabensteigerungen durch eine Mengenausweitung drohen.

Darüber hinaus werden keine relevanten Anreize für hausärztliche Tätigkeiten in unterversorgten Gebieten, insbesondere in ländlichen Regionen, gesetzt. Stattdessen profitieren gut versorgte Ballungsräume wie Hamburg und Berlin. Diese werden dadurch noch attraktiver, wodurch es sogar zu einer weiteren Verschlechterung der Versorgung in ländlichen Regionen kommen kann.

Für eine Verbesserung der Versorgung, die bei den Menschen ankommt, sind substanzielle Versorgungsreformen anzugehen. So muss ein verbindlicher hausärztlicher Versorgungsauftrag definiert und eingefordert werden. Dieser ist dann Grundlage für die Entscheidung über ein allgemeines Primärversorgungssystem, für die daraus abzuleitenden Anforderungen an die Versorgungsstrukturen und die passenden Vergütungselemente.

Versorgungs- und Vorhaltepauschalen

Zur Entlastung der Hausarztpraxen von „nicht notwendigen Arzt-Patienten-Kontakten" soll eine quartalsübergreifende Versorgungspauschale eingeführt werden. Ein solches Vergütungsinstrument ist eigentlich vor allem für Primärarztsysteme mit Gatekeeping-Elementen und Patienteneinschreibung geeignet. Sollte damit ein Einstieg – quasi „durch die Hintertür" - in ein Primärversorgungssystem mit Gatekeeping intendiert sein, ist dies aus Sicht der AOK-Gemeinschaft nicht der richtige Weg. Für ein Primärversorgungssystem braucht es verlässliche Strukturen und ein für die Patientinnen und Patienten erkennbares umfassendes Angebot, dem die Vergütung dann folgen muss. Sofern nicht gleichzeitig ein verlässliches Versorgungsangebot der Hausärzte bestimmt wird (Konkretisierung des hausärztlichen Versorgungsauftrags), das auch für die Patientinnen und Patienten wahrnehmbar ist und dazu beiträgt, dass diese angemessen versorgt werden, wird eine Versorgungspauschale in Bezug auf die Zugänglichkeit der Versorgung insbesondere für chronisch Kranke eher zu Verwerfungen und Mehrkosten führen, die bestehende Probleme aber nicht löst.

Ziel der Neuregelungen soll die Entlastung der Hausarztpraxen von „nicht notwendigen Arzt-Patienten-Kontakten" sein. Unklar bleibt jedoch, welche Kontakte unnötig sind und welche nicht. Bei Versicherten mit chronischen Erkrankungen ist eine regelmäßige Wiedervorstellung in der Hausarztpraxis weiterhin angezeigt, weil sie einer dauerhaften medizinischen Behandlung und Kontrolle bedürfen. Es ist unklar, wie eine nun vorgesehene Eingrenzung auf Patientinnen und Patienten ohne intensiven Betreuungsaufwand erreicht werden kann.

Mit der vorgesehenen Versorgungspauschale werden aber starke Anreize geschaffen, gerade diese Patientinnen und Patienten weniger zu sehen und zu behandeln. Auch gibt es erhebliche Zweifel an der Praxistauglichkeit einer Versorgungspauschale, da eine große Anzahl der betreffenden Patientinnen und Patienten in der Regel mehr als einen Hausarzt aufsucht. Ohne ein klar an diese Versicherten gerichtetes Versorgungsangebot wird es kaum gelingen, dieses Inanspruchnahmeverhalten zu verändern.

Insbesondere in Kombination mit der vorgesehenen Entbudgetierung können die durch die Pauschalen induzierten Leistungsreduktionen jederzeit durch Leistungsausweitungen im Rahmen einer individuellen praxisbezogenen Optimierung kompensiert werden. Im Klartext: Chronisch Kranke müssen Platz machen für eher beliebige Praxisangebote. Die breit gesteckten Zulassungsregelungen räumen den Praxen hier einen großen Spielraum der Leistungsgestaltung ein, der nicht notwendigerweise mit dem tatsächlichen regionalen Versorgungsbedarf im Einklang steht. Daher ist davon auszugehen, dass diese Regelung die Versorgung noch komplexer macht, ohne dass dies zu einem besseren Versorgungsangebot führt.

Das Fehlen eines definierten hausärztlichen Versorgungsauftrages zeigt sich auch in der zusätzlich vorgesehenen Vorhaltepauschale. Aufgaben, die Kern der hausärztlichen Tätigkeit sind, werden hier als Sonderleistungen betrachtet, die zusätzlich durch den EBM vergütet werden sollen.

Positiv ist zu werten, dass der Normgeber sowohl bei der Versorgungs- als auch bei der Vorhaltepauschale nun vorgegeben hat, die Regelungen so auszugestalten, dass es weder zur Mehr- noch zu Minderausgaben für die GKV kommt.

Zudem droht durch die Einführung der gegenüber dem Referentenentwurf veränderten Versorgungspauschale auch weiterhin eine Verschlechterung der Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleichs (RSA) zu Lasten von Krankenkassen mit einem hohen Anteil chronisch kranker Versicherter. Der Gesetzentwurf ignoriert weiterhin vollständig diese Problematik. Und dies nun vor dem Hintergrund der Entscheidungen des Bewertungsausschusses, der den Auftrag zur Ausgestaltung der Versorgungspauschale erhalten soll. Mit der Regelung wird die RSA-Diskussion in den Bewertungsausschuss verlagert. Der Normgeber nimmt daher in einer höchst angespannten Finanzsituation der GKV in Kauf, dass einzelne Kassen zusätzlichen unkalkulierbaren Risiken ausgesetzt werden.

Die Reduzierung von hausärztlichen Kontakten von chronisch erkrankten Versicherten reduziert zwangsläufig die für den RSA essenziellen Aufgreifkriterien für morbiditätsbezogene Zuweisungen (HMGs), für die in der Regel das Vorliegen von Diagnosen in mindestens zwei Quartalen die Voraussetzung ist (M2Q-Prüfung). Und dies für eine Versichertengruppe, die für einen zielkonformen RSA von herausragender Bedeutung ist. Die Verwerfungen gehen zulasten von solchen Krankenkassen mit einem überdurchschnittlichen Anteil an chronisch erkrankten Versicherten in der hausärztlichen Versorgung und zugunsten von Krankenkassen mit überdurchschnittlich gesunder Klientel, was der Zielsetzung des RSA grundsätzlich zuwiderläuft.

Sollte daher in Zukunft tatsächlich auf den Quartalsbezug verzichtet werden, bedarf es **zwingend begleitend** einer Regelung zur Ergänzung des RSA-Datensatzes, um das RSA-Klassifikationsmodell an die veränderten Datengrundlagen für die Erfassung der Morbidität anpassen zu können. Nur so können unerwünschte Verwerfungen im Finanzausgleich der Kassen vermieden werden. Im Zuge dieser notwendigen Datenergänzung sollte auch die Übermittlung der zusätzlichen Informationen für die Untersuchung versichertenbezogener Risikomerkmale für vulnerable Gruppen

im Risikostrukturausgleich geregelt werden, wie sie entsprechend der Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) vom 12. und 13. Juni 2024 als zusätzlicher Änderungsbedarf in Kapitel III formuliert ist.

Unklarer Stellenwert der HZV

Unbestimmt bleibt, welchen Stellenwert der Gesetzgeber dem Sonderkonstrukt der verpflichtenden Vertragsgestaltung nach § 73b SGB V noch beimisst. Die Neuregelungen zur Vergütung der hausärztlichen Regelversorgung führen zu Doppelfinanzierungen. Sie stellen die Wirtschaftlichkeit und die Tragfähigkeit der Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) weiter in Frage. Daher ist es vom Grundsatz her erforderlich, die gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Hausarztzentrierten Versorgung anzupassen. Vor diesem Hintergrund fordert die AOK eine umfassende Anpassung des § 73b SGB V und präsentiert einen überarbeiteten Regelungsvorschlag unter Abschnitt III. Dabei ist ein zentrales Element - im Vergleich zum Status quo - die Abkehr vom Kontrahierungszwang. HzV-Verträge sollten als Selektivregelung freiwillig und auf Augenhöhe geschlossen werden.

Kritisch ist auch, dass im Rahmen des Gesetzentwurfs der Abbau von Instrumenten zur Wahrung der Wirtschaftlichkeit unter dem Label der „Entbürokratisierung" in der Versorgung weiter fortgesetzt wird. Dies erscheint auch insoweit widersprüchlich, weil gleichzeitig der Kampf gegen Fehlverhalten, z. B. in Form von Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen, gefördert werden soll. Gerade durch Wirtschaftlichkeitsprüfungen kann solches Fehlverhalten aufgedeckt werden. Folglich sollte auf den Abbau dieser Maßnahmen verzichtet werden. Damit würde ein Beitrag zur finanziellen Stabilisierung der GKV-Finanzen geleistet werden.

Reform der psychotherapeutischen Versorgung

Mit den neu hinzugekommenen Gesetzesänderungen in Bezug auf die psychotherapeutische Versorgung werden zwar wesentliche Probleme adressiert, jedoch die falschen Lösungsansätze gewählt. So wird beispielsweise nicht der Zugang zur Psychotherapie insgesamt strukturell verbessert, sondern für eine ausgewählte Patientengruppe ein neuer Ermächtigungstatbestand geschaffen, der die Versorgungslandschaft weiter zerfasert.

Zukunftsfähige Versorgungsangebote auf den Weg bringen

Anstatt die bestehenden Probleme nur über zusätzliche finanzielle Mittel anzugehen, sollte entsprechend der Ursachen strukturell nachgebessert werden. Es ist bedauerlich, dass der Weiterentwicklung der hausärztlichen Versorgungsstrukturen keinerlei Bedeutung beigemessen wird. Die zunächst vorgesehenen Primärversorgungszentren wären durchaus geeignet, die Leistungsfähigkeit der hausärztlichen Versorgung zu steigern, sowohl durch die Etablierung von interprofessioneller Zusammenarbeit als auch durch bessere zeitliche Erreichbarkeit in größeren Einheiten.

Darüber hinaus können in diesen Zentren auch die Präferenzen jüngerer Medizinerinnen und Mediziner besser abgebildet werden. Die bisher vorgesehene Ausgestaltung der Primärversorgungszentren war allerdings zu restriktiv formuliert. Die AOK hat auf Basis des originären Vorschlages einen eigenen Vorschlag erarbeitet und dieser Stellungnahme in Abschnitt III angefügt.

AOK fordert Generalklausel für innovative Versorgungsstrukturen – Vorschlag für eine Rechtsgrundlage für eine „Regionale sektorenunabhängige Versorgung"

Die Koalition hatte sich für diese Legislaturperiode vorgenommen, die Versorgungsangebote wohnortnah, sektorenübergreifend und multiprofessionell weiterzuentwickeln. Insbesondere nach der „Entkernung" um die versorgungsinhaltlichen Elemente, wie Gesundheitskioske oder Gesundheitsregionen, kann der Gesetzentwurf sein versorgungspolitisches Ansinnen jedoch nicht erreichen. Es besteht deutlicher Nachbesserungsbedarf.

Dieser besteht aus Sicht der AOK darin, insgesamt eine universellere, flexiblere und stärker an den regionalen Bedarfen und realen Gegebenheiten ausgerichtete Handlungsmöglichkeit für die Akteure vor Ort zu schaffen. Bundesweite, zum Teil überregulierte "Blaupausen", die im SGB V als neue Versorgungsformen verankert werden, stehen oft unverbunden nebeneinander, helfen regional nicht weiter und lassen sich in der Folge oft nicht umsetzen.

Hier setzt der Vorschlag der AOK-Gemeinschaft für eine Rechtsgrundlage zur Ermöglichung einer versorgungsvertraglich basierten regional ausgerichteten sektorenunabhängigen Versorgungsgestaltung an. Der Regelungsvorschlag ist in Bezug auf den Vertragsgegenstand und die Zielsetzung bewusst offen formuliert und adressiert neben den Krankenkassen sowie Pflegekassen auch die Kommunen. Anstelle von „einheitlich und gemeinsam" soll ein „Club der Willigen" mit der Umsetzung von innovativen Ansätzen starten können. Für alle anderen Kassen ist ein offener Zugang in Form eines Beitrittsrechts vorgesehen. Darüber hinaus soll bei Erreichen eines bestimmten Anteils von Versicherten (70 Prozent) das Versorgungsangebot auf alle Kassen erstreckt werden können und so Teil der Regelversorgung werden. Bisherigen Umsetzungshemmnisse, wie z. B. Zulassungs- oder Bedarfsplanungsregelungen, sind mitbedacht.

Zusammen mit dem geplanten Pflegekompetenzgesetz würde eine solche Rechtsgrundlage gewissermaßen eine Generalklausel bilden, um vielfältige strukturelle Versorgungsinnovationen flexibel vor Ort umsetzen zu können. Dies können beispielsweise ambulante Versorgungskonzepte mit interprofessionellen Teams und der Übernahme pflegerischer und heilkundlicher Aufgaben, regionale Versorgungsverbünde, ambulant-stationäre Versorgungsangebote oder auch Beratungsangebote gemeinsam mit Kommunen sein. Es ließen sich somit alle gestrichenen Versorgungsansätze auch über diese Rechtsgrundlage praxisnah realisieren und somit die Idee der Gesundheitsregionen mit Leben füllen.

Der Vorschlag der AOK-Gemeinschaft für eine solche neue Rechtsgrundlage „Regionale sektorenunabhängige Versorgung (RegioSV)" ist im Abschnitt III „Zusätzlicher Änderungsbedarf" ausgeführt.

Darüber hinaus adressiert die AOK-Gemeinschaft im Abschnitt III weiteren Änderungsbedarf, und zwar in Bezug auf die Themen:

- Beauftragung eines Gutachtens für die Berücksichtigung soziodemographischer Merkmale im Risikostrukturausgleich

  Ursprünglich sollten mit diesem Gesetzgebungsvorhaben - gerade mit Blick auf vulnerable Gruppen - Zugangsbarrieren zu Versorgungsangeboten abgebaut und die Ausgestaltung der Leistungsangebote verbessert werden. Auch wenn dieses Ziel offenbar aus den Augen verloren wurde, sollten zumindest die Rahmenbedingungen der GKV-Finanzierung überprüft werden, um die Anreize für Versorgungsangebote für diese Versicherten zu stärken. Denn ihr erhöhter Versorgungsbedarf bleibt im derzeit gültigen Zuweisungsverfahren unberücksichtigt. Dies gilt insbesondere für Versicherte, die pflegebedürftig, von Zuzahlungen befreit oder Bezieher von Bürgergeld sind. Daher soll der Wissenschaftliche Beirat des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) im § 266 SGB V mit einer Untersuchung beauftragt werden, inwieweit das Zuweisungsverfahren durch Berücksichtigung versichertenbezogener Risikomerkmale für vulnerable Gruppen verbessert werden kann. Für die Umsetzung dieser Untersuchung ist es notwendig, die Übermittlung der notwendigen versichertenbezogenen Daten an das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) im § 267 SGB V zu regeln

sowie

- Regelungsvorschlag zur Weiterentwicklung der rechtlichen Rahmenbedingungen der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V
- Regelungsvorschlag für „Primärversorgungszentren“
- Scharfschaltung der Bedarfsplanung für die zahnärztliche Versorgung
- § 197b SGB V - Aufgabenerledigung durch Dritte
- Verpflichtung zur Vereinbarung mengensteuernder Elemente in den Vergütungsvereinbarungen von humanmedizinischen Hochschulambulanzen
- Bereitstellung von Stammdaten der ärztlichen Leistungserbringer zur Information der Versicherten
- Rechtsbereinigung in § 7a Absatz 7 SGB XI – Pflegeberatung

Im Folgenden wird zu den einzelnen Regelungen des Gesetzentwurfs Stellung genommen.

II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Gesetzentwurfes

Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1 § 10 Familienversicherung

A Beabsichtigte Neuregelung

Rentnerinnen und Rentner, die nur durch die Wahl einer Teilrente mit ihrem Gesamteinkommen unterhalb der Einkommensgrenze für die Familienversicherung liegen, können nicht familienversichert werden, wenn sie zuvor nicht gesetzlich versichert waren. Die Familienversicherung ist somit für privat versicherte Rentnerinnen und Rentner ausgeschlossen, wenn sie nur durch die Wahl der Teilrente die Voraussetzungen für die Familienversicherung erfüllen würden.

B Stellungnahme

Mit dieser Regelung wird eine Gesetzeslücke geschlossen, die es bisher ermöglichte, dass sich privat versicherte Rentnerinnen und Rentner durch ein temporäres Absenken ihrer Rente den Zugang über den/die Ehepartner/in in die GKV verschafften.
Die vorgenommene Systemabgrenzung zwischen GKV und privater Krankenversicherung zum Schutz der Solidargemeinschaft wird ausdrücklich begrüßt.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 2 § 28 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Neuregelung soll der bisher verpflichtende Konsiliarbericht bei einer ambulanten Psychotherapie entfallen, wenn die psychotherapeutische Behandlung aufgrund einer Überweisung eines Vertragsarztes erfolgt.

B Stellungnahme

Durch die Vorgabe, dass ein Konsiliarbericht bei Überweisung nicht benötigt wird, wird unnötig in die Arbeit der Selbstverwaltung eingegriffen. Der G-BA regelt in der Psychotherapie-Richtlinie die Bedingungen zum Konsiliarverfahren.
Grundsätzlich wird auch durch die AOK-Gemeinschaft Anpassungsbedarf beim Konsiliarverfahren gesehen, aber nicht in diesem Umfang, denn das Konsiliarverfahren ist bisher der einzig verpflichtende interdisziplinäre Austausch in der ambulanten Psychotherapie.
Der Wegfall des Konsiliarverfahrens ist denkbar beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung. Sollte während des stationären Aufenthaltes eine somatische Untersuchung erfolgt sein und dies im Entlassbrief hinterlegt sein, dann kann dies als Ersatz für das Konsiliarverfahren gesehen werden.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.
Ersatzweise könnte der G-BA damit beauftragt werden, die Regelungen zum Konsiliarbericht zu evaluieren und ggf. zu überarbeiten.

Nr. 3 § 33 Hilfsmittel

A Beabsichtigte Neuregelung

Zur Beschleunigung von Bewilligungsverfahren im Hilfsmittelbereich bei von in SPZs betreuten Kindern oder in MZEBs betreuten Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung soll das sogenannte „Prüfprogramm der Krankenkassen" eingeschränkt werden, sofern der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin des SPZ oder des MZEB die beantragte Versorgung empfiehlt. Die Krankenkassen haben in diesen Fällen von der medizinischen Erforderlichkeit der beantragten Versorgung auszugehen.

B Stellungnahme

Dass die Hilfsmittelversorgung von behinderten Kindern oder Personen mit besonders komplexen Hilfsmittelbedarf so schnell wie möglich erfolgen sollte, ist zu begrüßen. Dabei sollten Anwendersicherheit und Qualität der Versorgung aber nicht vernachlässigt werden. Dazu ist im Sinne der Prozessökonomie die Digitalisierung des Verordnungs- bzw. Versorgungsablaufs zu bedenken.

Nicht näher definierte „Empfehlungen" von SPZs oder MZEBs lassen sich in einem digitalen Versorgungsprozess nicht abbilden. Grundlegend hierfür muss die ärztliche Verordnung bleiben, auf deren Basis Leistungserbringende und Krankenkassen agieren. Es muss klar sein, wer die Verantwortung für die Verordnung übernimmt.

Bei der Prüfung insbesondere von komplexen Hilfsmittelversorgungen auf Erforderlichkeit, Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit durch den Medizinischen Dienst wird auch geprüft, ob das Hilfsmittel vom Hersteller für den Anwendungsbereich zugelassen und im konkreten Fall geeignet ist. Auf diese Prüfroutinen sollte im Sinne der Patientensicherheit nicht verzichtet werden, insbesondere nicht bei der Empfehlung von Produkten, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Ersatzweise könnten die Bearbeitungsfristen für die Kinderversorgungen noch stringenter gefasst werden.

Nr. 4 § 34 Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

A Beabsichtigte Neuregelung

Streichung des Wortes „Heil-“aus der Überschrift.

B Stellungnahme

Redaktionelle Änderung der Überschrift.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 6 § 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A Beabsichtigte Neuregelung

a) Der Bewertungsausschuss Ärzte wird verpflichtet, sechs Monate nach Verkündung des Gesetzes eine einmal abrechnungsfähige Versorgungspauschale zu beschließen. Diese soll bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und eine chronische Erkrankung verbunden mit einer kontinuierlichen Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel aufweisen, zur Anwendung kommen. Sie soll vier aufeinander folgende Kalendervierteljahre, mindestens aber zwei Kalendervierteljahre, umfassen. Sie ist ausschließlich durch eine Arztpraxis abrechnungsfähig, unabhängig von der weiteren Anzahl der ärztlichen Kontakte der Versicherten. Diese soll die chronische Erkrankung behandeln. Der Bewertungsausschuss wird verpflichtet, die Regelungen so auszugestalten, dass die Einführung weder zu Mehr- noch zu Minderausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung führt.

b) Im Rahmen von Folgeänderungen wird die Regelungskompetenz des Bewertungsausschusses Ärzte zur Prüfung und Kürzung beim Arztwechsel im Zusammenhang mit der Einführung der hausärztlichen Versorgungspauschale sowie zur Vorhaltepauschale erweitert.

c) Mit einer Frist von drei Monaten nach Verkündung des Gesetzes soll der Bewertungsausschuss Ärzte eine Vergütung zur Vorhaltung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen festlegen. Diese Festlegung ist verbunden mit Voraussetzungen zur Abrechnungsfähigkeit. Es wird die Möglichkeit der Abbildung in Stufen vorgesehen. Als Voraussetzungen sollen insbesondere eine bedarfsgerechte Versorgung mit Haus- und Pflegeheimbesuchen, bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten, die vorrangige Versorgung der Versicherten mit Leistungen aus dem hausärztlichen Fachgebiet, eine Mindestanzahl von Patientinnen und Patienten sowie die Nutzung der Telematikinfrastruktur herangezogen werden. Die hausärztliche Versorgungspauschale soll berücksichtigt werden. Der Bewertungsausschuss wird wie bei der Versorgungspauschale verpflichtet, die Regelungen so auszugestalten, dass weder zu Mehr- noch zu Minderausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung führen.

d) Es wird die Möglichkeit geschaffen, dass die Sitzungen der Bewertungsausschüsse in hybrider oder digitaler Form stattfinden können.

B Stellungnahme

a) Die Versorgungspauschale wird in dieser Form weiterhin abgelehnt. Das eigentliche Ziel, eine Reduzierung der hausärztlichen Arzt-Patienten-Kontakte und damit eine Verbesserung der hausärztlichen Versorgungssituation wird mit diesem Instrument kaum erreicht und kann im Zusammenspiel mit der hausärztlichen Entbudgetierung mit erheblich steigenden Kosten für die GKV verbunden sein, wenn es in der Folge

zu weiteren Leistungsmengenausweitungen kommt. Die Regelung ist weitestgehend inhaltlich entkernt, wenig sachgerecht, zu kleinteilig und nicht zu Ende gedacht. Unberücksichtigt bleiben darüber hinaus die Wechselwirkungen mit der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V und weiteren hausärztlichen Versorgungsangeboten, wie z. B. strukturierten Behandlungsprogrammen – DMP.

Der jetzige Normtext sieht eine jährlich abzurechnende hausärztliche Versorgungspauschale für Versicherte mit einer chronischen Erkrankung und einer kontinuierlichen Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel vor. Mit einer solchen Pauschale werden weiterhin starke Anreize geschaffen, diese Patientinnen und Patienten weniger in den Praxen zu sehen und zu behandeln. Es erscheint fraglich, ob eine Reduzierung der Arzt-Patienten-Kontakte bei diesen Patientinnen und Patienten angezeigt ist, weil gerade diese Patientengruppe einer dauerhaften medizinischen Behandlung und Kontrolle bedarf. Gleichzeitig ist anzuerkennen, dass mit dem Vorschlag anders als bisher der Fokus auf Patientinnen und Patienten ohne intensiven Betreuungsaufwand gelegt wird. Wie diese jedoch von anderen chronisch Kranken [wie z. B. Teilnehmenden am DMP, die i. d. R. einer intensiven Betreuung bedürfen] abzugrenzen sind und die Pauschale damit in der Praxis umgesetzt werden soll, bleibt unklar. Aufgrund der divergierenden Interessen im Bewertungsausschuss scheinen kaum sachgerechte Lösungen erreichbar.

Richtigerweise ist klargestellt worden, dass die Versorgungspauschale für jeden Patienten nur einmal abrechnungsfähig ist. So wird eine Mehrfachabrechnung wirksam verhindert, die eine finanzneutrale Lösung nahezu unmöglich gemacht hätte. In der Praxis wird die Pauschale aber weiterhin zu erheblichen Mehraufwänden in der Abrechnungsprüfung und Verwaltung führen, um die einmalige Abrechnung sicherzustellen.

Positiv zu erwähnen ist, dass eine Verpflichtung des Bewertungsausschusses zur finanzneutralen Umsetzung vorgesehen ist. Das ist aus Sicht des AOK-Bundesverbandes unabdingbar, damit die GKV durch die Einführung nicht zusätzlich belastet wird. Einschränkend ist zu sagen, dass etwaige Leistungsausweitungen mit dieser Regelung nicht verhindert werden. Die Pauschale selbst kann also finanzneutral umgesetzt werden, durch eine Mengenausweitung der hausärztlichen Leistungen insgesamt können aber weiter Mehrausgaben entstehen. Dies gilt insbesondere im Zusammenspiel mit der angedachten Entbudgetierung der hausärztlichen Leistungen.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass mögliche freiwerdende hausärztliche Ressourcen aller Voraussicht nach genutzt werden, um weitere Leistungen zu erbringen und sich auf besonders lukrative Leistungen zu konzentrieren. So steigen die Kosten weiter, ohne dass sich nachhaltig eine Versorgungsverbesserung einstellt. Es ist nicht sichergestellt, dass ggf. freiwerdende Arztzeit wirklich zu einer besseren Abdeckung des hausärztlichen Versorgungsbedarfes führen.

Für den Fall, dass die Einführung einer Versorgungspauschale trotz alledem erfolgen sollte, gingen diese mit deutlichen Verwerfungen der Zuweisungen im Risikostrukturausgleich (RSA) einher, die im vorliegenden Gesetzentwurf gänzlich ignoriert werden. Für das Jahr 2022 hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung festgestellt, dass die bestehende Chronikerpauschale (Gebührenordnungsposition 03220) für 32 Mio. Versicherte mindestens einmal zur Abrechnung kam. Selbst wenn die Neuregelung nur einen Bruchteil dieser Patientinnen und Patienten erfassen würde, ist von einem hohen einstelligen Millionenbereich von Betroffenen auszugehen.

Die Reduzierung von hausärztlichen Kontakten von chronisch erkrankten Versicherten erweist sich zwangsläufig als problematisch im Kontext der für den RSA essenziellen Aufgreifkriterien für morbiditätsbezogene Zuweisungen (HMGs), für die in der Regel das Vorliegen von Diagnosen in mindestens zwei Quartalen die Voraussetzung ist (M2Q-Prüfung).

Die Regelung zielt auf eine Versichertengruppe, die für einen zielkonformen RSA von herausragender Bedeutung ist – Eingriffe mit negativen Effekten auf die Datengrundlagen führen somit unweigerlich zu Fehlzuweisungen für die betroffene Versichertengruppe. Die resultierenden Verwerfungen gehen zulasten von solchen Krankenkassen mit einem überdurchschnittlichen Anteil an chronisch erkrankten Versicherten in der hausärztlichen Versorgung und zugunsten von Krankenkassen mit überdurchschnittlich gesunder Klientel, was der Zielsetzung des RSA grundsätzlich zuwiderläuft und Anreize zur Förderung fachärztlicher Versorgung setzt.

Die Zuweisungseffekte beschränken sich zudem nicht nur auf die „lang andauernden, lebensverändernden Erkrankungen" mit Dauermedikation. Vielmehr werden bei Rückgang der hausärztlichen Kontakte für diese Versicherten auch alle (chronischen) Begleiterkrankungen nicht mehr im RSA berücksichtigt, sofern sie nicht ebenfalls über Dauermedikation behandelt werden – was in der Praxis häufig vorkommt. Daher bedarf es zunächst einer Ergänzung im § 267 Abs. 1 SGB V und § 7 Abs. 1 RSAV zur Kennzeichnung von Diagnosen aus hausärztlichen Behandlungsfällen mit abgerechneter Jahrespauschale, um zumindest langfristig die resultierenden Verwerfungen im RSA-Klassifikationsmodell angemessener korrigieren zu können. Das RSA-Klassifikationsmodell kann die zu erwartenden Verwerfungen grundsätzlich aber erst mit mehrjährigem zeitlichem Verzug nachvollziehen, wenn Echtdaten aus dem ersten Jahr der Einführung der Versorgungspauschale in die Konzeption eingehen sollen. Ohne eine antizipative Anpassung des RSA-Klassifikationsmodells, die bereits in der ersten Jahreshälfte 2025 vom BAS zur Anhörung gestellt werden müsste, laufen Krankenkassen mit einem hohen Anteil chronisch kranker Versicherten für mehrere Jahre in erhebliche Zuweisungsrisiken.

b) Die Erweiterung ist grundsätzlich zu begrüßen, sollte an der Regelung zur Jahrespauschale festgehalten werden. Die Einführung der hausärztlichen Jahrespauschale wird aber abgelehnt, so dass diese Regelung hinfällig ist.

c) Die Vorhaltepauschale soll der Bereitstellung notwendiger Strukturen für die Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung dienen. Dieses Ziel oder auch eine etwaige Verbesserung der hausärztlichen Versorgung wird hierdurch nicht erreicht. Vielmehr ist eine Vorhaltepauschale der leistungsorientierten EBM-Systematik grundsätzlich fremd und wird Praxen mit einer breiten und umfassenden Versorgung nicht gerecht.

Aufgrund des Leistungsgeschehens bedürfen große Versorgerpraxen keiner solchen Vorhaltefinanzierung, weil sie durch die große Anzahl der versorgten Patientinnen und Patienten und der damit verbundenen Abrechnung von EBM-Leistungen auskömmlich finanziert sind. Profitieren würden im Zweifel Praxen, die knapp die noch festzulegenden Voraussetzungen erfüllen. Diese Anreizdynamik wird verschärft durch den Umstand, dass etwaige Zuschläge insbesondere für diese Praxen zur Anwendung kommen.

Besonders kritisch zu erwähnen ist, dass Leistungen honoriert werden sollen, die Kern einer jeden Hausarztpraxis sind, wie Hausbesuche oder bedarfsgerechte Öffnungszeiten. Diese stellen Grundfeste der hausärztlichen Versorgung dar. Richtigerweise wären diese durch alle Praxen vorzuhalten und zu erbringen, wie es jeweils medizinisch notwendig und angezeigt ist. Dass nun elementare Leistungen der hausärztlichen Versorgung zusätzlich vergütet werden sollen, konterkariert den hausärztlichen Versorgungsauftrag, der mit einer Niederlassung wahrzunehmen ist.

Schon die Begrifflichkeit zeigt, dass es eigentlich kein geeignetes Instrument für die hausärztliche Versorgung ist. Die Begrifflichkeit stammt vorrangig aus der stationären Versorgung, die sich kaum auf die ambulante Versorgung übertragen lässt. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die in einer Region mit einer geringen Anzahl von hausärztlichen Praxen niedergelassen sind, haben überproportionale Fallzahlen und ein hohes Leistungsgeschehen, so dass eine Vorhaltefinanzierung überhaupt nicht angezeigt ist. Anders verhält es sich im stationären Bereich, wenn dort im Rahmen der Versorgung vor Ort bestimmte Leistungen vorgehalten werden, die kaum oder wenig in Anspruch genommen werden. Diese Problematik besteht im ambulanten Bereich in der Form schlicht nicht.

Es ist darauf hinzuweisen, dass wie in der Regelung zur Versorgungspauschale Zweifel an der Möglichkeit der Operationalisierung bestehen bzw. es zu erheblichen Aufwänden in der Praxis kommt. So lassen sich tatsächliche Praxisöffnungszeiten kaum durch Krankenkassen prüfen. Auch die Prüfung der Patientenzahlen ist durch die einzelne Krankenkasse in der Form nicht möglich. Das gilt umso so mehr für bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten oder eine bedarfsorientierte Erbringung von Haus- und Pflegeheimbesuchen, die in der Gesetzesbegründung genannt sind.

Dass die Wirksamkeit des Instruments zur Erfüllung des politischen Ziels in Frage steht, ist allein dadurch erkennbar, dass die zuvor angedachte Evaluation ersatzlos gestrichen wurde.

Positiv zu erwähnen ist die angedachte Klarstellung, dass es weder zu Mehr- noch zu Minderausgaben der GKV kommen soll. Dadurch, dass es sich um Kernelemente der hausärztlichen Versorgung handelt, erscheinen zusätzliche Vergütung in keiner Form angemessen. So ist die Regelung sachgerecht und folgerichtig.

d) Die Regelung ist sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Streichung der Regelungen a) bis c).

Im Falle der Einführung einer jährlichen Versorgungspauschale:

§ 267 Absatz 1 Nr. 5 SGB V wird wie folgt geändert:
5. die Diagnosen nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sowie die Angaben nach § 295 Absatz 1 Satz 4, bei der Abrechnung von Leistungen im Rahmen von Verträgen nach den §§ 73b und 140a einschließlich der Vertragsnummer nach § 293a Absatz 1 Satz 4, **bei der Abrechnung von Leistungen nach § 87 Absatz 2b Satz 5 und 6 einschließlich einer entsprechenden Kennzeichnung,**

§ 7 Absatz 1 Nr. 6 RSAV wird wie folgt geändert:

6. die Diagnosen nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die Angaben nach § 295 Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, bei der Abrechnung von Leistungen im Rahmen von Verträgen nach den §§ 73b und 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Vertragsnummer nach § 293a Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, **bei der Abrechnung von Leistungen nach § 87 Absatz 2b Satz 5 und 6 einschließlich einer entsprechenden Kennzeichnung.**

Nr. 7 § 87a Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

A Beabsichtigte Neuregelung

a) Es sind Rechtsbereinigungen und redaktionelle Folgeänderungen vorgesehen.

b) Die Regelung sieht vor, dass bei Kinder- und Jugendmedizinerinnen und -medizinern im zweiten Quartal eines Kalenderjahres Zuschläge zur Förderung der Kinder- und Jugendmedizin vereinbart werden müssen, wenn die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung für diese Facharztgruppe in den vier vorherigen Quartalen nicht ausgeschöpft worden ist. Damit soll von der bisherigen quartalsweisen Überprüfung und Vereinbarung abgewichen werden. Diese Zuschläge haben in der Höhe dem Umfang der Unterschreitung zu entsprechen. Ausgleichszahlungen bei Überschreitung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind mit diesen Zuschlägen zu verrechnen. Der Bewertungsausschuss hat innerhalb von drei Monaten nach Verkündung Vorgaben zur Datenübermittlung zu treffen, mit denen die erstmalige Festsetzung und Fortschreibung der auf den Versorgungsbereich der Kinder- und Jugendmedizin entfallenden Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, der Zuschläge und Ausgleichszahlungen von den Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen nachgewiesen wird.

c) Die nach sachlich-rechnerischer Prüfung anerkannten Leistungen des Kapitels drei des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und der hausärztlichen Hausbesuche sollen drei Quartale nach Verkündung des Gesetzes mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung in voller Höhe vergütet werden. Die damit verbundene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) soll nicht mehr mit befreiender Wirkung gezahlt werden.

Für die erstmalige quartalsweise Festsetzung für den auf den hausärztlichen Leistungsbereich entfallenden Anteil an der MGV ist der prozentuale Anteil des Honorarvolumens, der im Kalenderjahr 2023 gemäß Verteilungsmaßstab für den Leistungsbedarf der hausärztlich tätigen Medizinerinnen und Mediziner einschließlich sämtlicher auf diesen entfallender leistungsbezogener und nicht leistungsbezogener Zuschläge und einschließlich zusätzlicher Honorarauszahlungen ausgeschüttet worden ist, am Honorarvolumen aller Arztgruppen einschließlich aller Zuschläge und weiterer Zahlungen zu ermitteln. Der prozentuale Anteil wird in einem zweiten Schritt für das jeweilige Kalenderquartal auf die vereinbarte und bereinigte MGV mittels Multiplikation angewendet. Zusätzlich ist eine Berücksichtigung des veränderten bzw. fortgeschriebenen Behandlungsbedarfes, Ein- und Ausdeckelungen im jeweiligen Quartal und Differenzbereinigungen von Hausarztverträgen vorgesehen.

Sind im Jahr 2023 bereits leistungsbezogene und nicht leistungsbezogene Zuschläge und zusätzliche Honorarauszahlungen im Honorarvolumen enthalten, so sind diese durch die Gesamtvertragspartner in der Hausarzt-MGV zu berücksichtigen. Der Bewertungsausschuss Ärzte wird verpflichtet, innerhalb von drei Monaten

nach Verkündung Vorgaben für das Verfahren zur erstmaligen und fortlaufenden Festsetzung des hausärztlichen Leistungsanteils an der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu treffen. Diese Vorgaben sind prospektiv bis zum 1. Januar eines Kalenderjahres für das jeweilige Kalenderjahr zu bestimmen. Abweichend hiervon werden Verfahrenskonkretisierungen für die Kalenderjahre 2025 und 2026 vorgenommen, sodass eine ganzjährige Festsetzung für das jeweilige Kalenderjahr sichergestellt ist. Die Vorgaben haben insbesondere die vereinbarten Anpassungen des Punktwertes und des Behandlungsbedarfes sowie Bereinigungen zu berücksichtigen.

Es sind Ausgleichszahlungen in der Höhe der Differenz vorgesehen, wenn der hausärztliche Leistungsbedarf die hausärztliche MGV übersteigt. In diesem Fall sind Ausgleichszahlungen durch die Krankenkassen entsprechend ihres leistungsmengenbezogenen Anteils zu leisten, bis die volle Vergütung des hausärztlichen Leistungsbedarfs nach regionaler Euro-Gebührenordnung erreicht ist. Diese Ausgleichszahlungen sind mit Unterschreitungen des tatsächlich erbrachten hausärztlichen Leistungsumfanges gegenüber der vereinbarten MGV in den vorherigen Quartalen zu verrechnen. Für die Ausgleichszahlungen legt der Bewertungsausschuss mit einer Frist von drei Quartalen nach Verkündung ein Verfahren zur Ermittlung des kassenindividuellen Anteils fest.

Im Falle der Nicht-Ausschöpfung der hausärztlichen MGV durch die erbrachten Leistungen im Zeitraum von vier aufeinander folgenden Quartalen haben die regionalen Gesamtvertragspartner im zweiten Quartal eines Jahres Zuschläge zur Förderung der hausärztlichen Versorgung zu vereinbaren. Die Höhe der Zuschläge soll in Summe der nicht ausgeschöpften hausärztlichen MGV entsprechen. Grundlage hierfür sind die vier vorherigen Quartale.

Der Bewertungsausschuss hat innerhalb von drei Monaten nach Verkündung Vorgaben zur Datenübermittlung zu treffen, mit denen die erstmalige Festsetzung und Fortschreibung der auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfallenden Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die Unterschreitung der hausärztlichen MGV, die Entwicklung des hausärztlichen Leistungsbedarfes, die Zuschläge und Ausgleichszahlungen von den Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen nachgewiesen wird. Der Bewertungsausschuss ist verpflichtet, die Auswirkungen der Gesetzesnovelle im hausärztlichen Versorgungsbereich zu analysieren und dem BMG bis zum letzten Tag des 10. auf die Verkündung folgenden Quartals zu berichten.

B Stellungnahme

a) Die Anpassungen sind sachgerecht.

b) Die vorgeschlagenen Regelungen werden begrüßt und stellen eine größere Sachgerechtigkeit sicher. So ist die Berücksichtigung von vier Quartalen und die Verrechnung von Ausgleichszahlungen mit Zuschlägen folgerichtig, weil das Leistungsgeschehen saisonal über das Jahr stark schwankt. Die bisherige gesetzliche Bestimmung hat dies unzureichend berücksichtigt. Auch die Vorgabe zur Transparenz ist richtig, damit Krankenkassen die Berechnungsweisen ausreichend nachvollziehen und überprüfen können.

Einschränkend ist in dem Zusammenhang zu erwähnen, dass im vorherigen Referentenentwurf die Gesamtvertragspartner zur Verhandlung von Zuschlägen aufgefordert waren, wenn die auf den Bereich der Kinder- und Jugendmedizin entfallende MGV nicht ausgeschöpft wird. Nun sieht die Regelung eine Vereinbarung von Zuschlägen wie bisher vor. Auf diesen Prozess können die Krankenkassen keinen Einfluss nehmen. Damit ein sachgerechter Interessensausgleich stattfinden kann, sind Verhandlungen richtiger, um konkret über Zuschläge Versorgungsverbesserungen zu erreichen, statt nicht genutzte Mittel schlicht auszuschütten.

Insgesamt bleibt aber festzustellen, dass die derzeitige Ausgestaltung der Entbudgetierung einseitig zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (sog. MGV+-Lösung) ausgestaltet ist und zu erheblichen Mehrbelastungen der GKV führt, ohne dass hierdurch eine verbesserte Versorgung erreicht wird. Mit der Regelung werden lediglich bereits bestehende Leistungen besser vergütet.

c) Die vorgeschlagene Regelung wird abgelehnt, weil die mit der Gesetzesänderung anvisierten versorgungspolitischen Ziele nicht erreicht werden und Mehrbelastungen für die GKV in einem mittleren dreistelligen Millionenbetrag drohen. Die durch die Bundesregierung genannte Zahl von einem niedrigen dreistelligen Millionenbetrag erscheint anhand eigener Berechnungen als zu gering angesetzt. Der AOK-Bundesverband geht anhand eigener Berechnungen von mindestens 300 Mio. EUR jährlich aus. Dabei handelt es sich um reine Mitnahmeeffekte, ohne dass es an der Versorgung etwas ändert. Unberücksichtigt sind Kostenrisiken durch weitere Mengensteigerungen, die erhebliche Finanzwirkung entfalten können.

Generelle Einordnung

Der Gesetzgeber hat mit der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung insgesamt ein wirksames und sachgerechtes Instrument geschaffen, um einer Leistungsmengenausweitung über das durch die Morbidität der Versicherten begründbare Maß hinaus entgegen zu wirken. Bei einem Wegfall der Regelung bleibt unklar, wie der Grundsatz der Beitragssatzstabilität dauerhaft eingehalten werden kann. Zuletzt hatte der Bundesrechnungshof in seinem Bericht vom 13. November 2023 den Nutzen einer generellen Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen deutlich angezweifelt und eine solche Maßnahme vor dem Hintergrund des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der finanziellen Auswirkungen auf die GKV abgelehnt.

Bei der angedachten Regelung sei zunächst erwähnt, dass diese nicht der Logik einer Entbudgetierung im eigentlichen Sinne folgt, sondern Zuschläge bei Nicht-Ausschöpfung von Budgets sowie Ausgleichszahlungen bei Überschreitung der Budgets vorsieht. Diese Vorgehensweise führt dazu, dass gleichzeitig Anreize zu Mehr- und Minderleistungen bestehen. Einerseits werden bei Überschreitung der Budgets die Leistungen weiter in voller Höhe vergütet. Andererseits besteht bei Unterschreitung der Budgets der Anreiz, noch weniger Leistungen zu erbringen, da die Budgets so oder so ausgezahlt werden. Im letzteren Fall werden diese Leistungen mit mehr als 100 % finanziert und somit ohne Sachgrund besser vergütet als im Einheitlichen Bewertungsmaßstab vorgesehen. Diese Ausgestaltung belastet einseitig die Kostenträger und kann sogar zu Lasten der Versorgung gehen. Sachgerechter wäre es, alle Leistungen ausschließlich in voller Höhe zu vergüten, um zumindest den letztgenannten Aspekt zu entschärfen.

Versorgungspolitisch wird durch die Gesetzesanpassung nur eine höhere Vergütung der bereits heute durch niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte erbrachten Leistungen erreicht, ohne an der Versorgungsstruktur etwas zu verändern. Dass niedergelassene Ärztinnen und Ärzte mit begrenzten zeitlichen Ressourcen allein durch den finanziellen Anreiz mehr Leistungen erbringen, erscheint fragwürdig und wenig sachgerecht, da die Versorgungsstrukturen unverändert erhalten bleiben und keine Verbesserung im Hinblick auf eine medizinisch umfassende, flächendeckende und hochwertige Versorgung erreicht wird. Vielmehr zeigen Umfragen und Studien, dass Ärztinnen und Ärzte heute ein anderes Bild der eigenen Berufstätigkeit haben, wenn es etwa um die Frage der wöchentlichen Arbeitszeit und weiterer Faktoren wie die Vereinbarkeit von Familie und Beruf geht. Wirtschaftlich besteht bei allgemeinmedizinisch tätigen Praxen keine Not: Nach der letzten Kostenstrukturstatistik im medizinischen Bereich des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2021 lag der Reinertrag bei 220.000 EUR je Praxisinhaber. Er ist damit gegenüber der letzten Erhebung für das Jahr 2019 um 17 % angestiegen.

In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass die Auszahlungsquoten zwischen den Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen variieren, jedoch seit Jahren in Richtung 100 % streben, diese schon erreichen oder gar über 100 % liegen. In der Folge wird hierdurch in Teilen wenig erreicht bzw. es profitieren Regionen wie die Stadtstaaten Berlin und Hamburg, die schon heute überproportional gut versorgt werden. Diese Regionen können damit im Vergleich zu anderen Standorten noch attraktiver werden. Bestehende Ungleichgewichte können sogar verstärkt werden. Zielgerechter wäre es, die Versorgungsstrukturen zu verändern und hierfür regionale Lösungsmöglichkeiten zu schaffen.

Inhaltliche Ausgestaltung der Regelung

Mit dem jetzigen Entwurf sind an vielen Stellen Verbesserungen erreicht worden, die begrüßt werden. Sie stellen eine höhere Sachgerechtigkeit sicher, wenn der Weg der Entbudgetierung gegangen werden soll. So ist etwa das Heranziehen des Jahres 2023 sachgerecht, um nicht intendierte Steuerungseffekte zu verhindern. Auch die

Verrechnung von Ausgleichszahlungen und Zuschlägen für einen Zeitraum von einem Jahr ist vor dem Hintergrund des saisonal schwankenden Leistungsgeschehen sachgerecht.

Positiv zu erwähnen sind darüber hinaus konkretisierende Ergänzungen zu leistungs- und nicht leistungsbezogenen Zuschlägen und weiteren Honorarzahlungen sowie Transparenzvorgaben durch den Bewertungsausschuss Ärzte. So ist einerseits ein Interessensausgleich zwischen Krankenkassen und Ärztinnen und Ärzten und andererseits eine Zielgenauigkeit sichergestellt.

Auch der Evaluationsauftrag an den Bewertungsausschuss Ärzte und die Berichtspflicht an das BMG ist folgerichtig. Die Erfahrung mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hat gezeigt, dass die politischen Ziele oft nicht erreicht werden, obwohl Eingriffe in die Vergütung mit deutlichen Mehrbelastungen der GKV verbunden sind.

An dieser Stelle ist einzuschränken, dass an einer Stelle der Gesetzesentwurf gegenüber dem bisherigen Vorschlag zurückfällt. So war im bisherigen Entwurf eine Verhandlung von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen vorgesehen, wenn die MGV nicht ausgeschöpft wird. Nun sollen diese vereinbart werden. In der bisherigen Praxis bei Kindern- und Jugendmedizinerinnen und -medizinern war so keinerlei Zielgenauigkeit und/oder konkrete Förderung von Leistungen möglich. Nur bei einer Verhandlung kann ein konkreter Interessensausgleich stattfinden. Der Wortlaut ist daher auf die vorherige Fassung zurückführen.

Kritisch zu erwähnen ist darüber hinaus, dass der Entwurf dem Risiko der Leistungsausweitung unzureichend Rechnung trägt. Damit das Finanzrisiko, das allein aufgrund der Größenordnung des hausärztlichen Leistungsgeschehens erheblich ist, beherrschbar bleibt, sind aus Sicht des AOK-Bundesverbandes entsprechende Vorkehrungen unumgänglich. Es wird daher vorgeschlagen, die Leistungsausweitung auf drei Prozent zu begrenzen.

In Summe wird die Regelung in der jetzigen Form in seiner Gesamtheit abgelehnt.

C Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung in c)

Hilfsweise werden folgende Änderungen vorgeschlagen:

Änderungsbedarf in Regelung b)
In Satz 3 wird das Wort „vereinbaren“ durch „verhandeln“ ersetzt.

Es werden folgende Sätze 12 bis 14 (neu) ergänzt:
Übersteigt das Volumen der Ausgleichszahlungen drei Prozent der festgesetzten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die in Satz 1 genannten Leistungen , so sind die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin abweichend von Satz 1 so lange vermindert zu vergüten, bis die Gesamtsumme aus Ausgleichszahlungen und der festgesetzten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die in Satz 1 genannten Leistungen 103 Prozent der festgesetzten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die in Satz 1 genannten Leistungen entspricht. Dies ist bei der Verrechnung nach Satz 3 zu berücksichtigen. Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des 3. auf die Verkündung folgenden Kalenderquartals] Vorgaben zur Umsetzung der nach Satz 12 erforderlichen Berechnungen.

Änderungsbedarf in Regelung c):
In Satz 3 wird das Wort „vereinbaren“ durch „verhandeln“ ersetzt.

Es werden folgende Sätze 11 bis 13 (neu) hinzugefügt:
Übersteigt das Volumen der Ausgleichszahlungen drei Prozent der festgesetzten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die in Satz 1 genannten Leistungen, so sind die hausärztlichen Leistungen abweichend von Satz 1 in diesem Zeitraum so lange vermindert zu vergüten, bis die Gesamtsumme aus Ausgleichszahlungen und der festgesetzten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die in Satz 1 genannten Leistungen 103 Prozent der festgesetzten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die in Satz 1 genannten Leistungen entspricht. Dies ist bei der Verrechnung nach Satz 10 zu berücksichtigen. Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des 3. auf die Verkündung folgenden Kalenderquartals] Vorgaben zur Umsetzung der nach Satz 11 erforderlichen Berechnungen.

Nr. 8 § 87b Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung)

A Beabsichtigte Neuregelung

Leistungen des Kapitels 3 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und der hausärztlichen Hausbesuche (Leistungen aus Abschnitt 1.4 EBM) dürfen keinerlei Regelung zur Begrenzung oder Minderung des Honorars unterliegen.

B Stellungnahme

Vor dem Hintergrund der Ablehnung der angedachten Regelung in § 87a wird diese gleichfalls als nicht notwendig erachtet.

C Änderungsvorschlag

Streichung.
Hilfsweise wird auf die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes und dem damit verbundenen, notwendigen Änderungsbedarf verwiesen, wenn an der Regelung festgehalten wird.

Nr. 9 § 91 Gemeinsamer Bundesausschuss

A Beabsichtigte Neuregelung

Abs. 4: Der Gemeinsame Bundesausschuss erweitert seine Geschäftsordnung um Voraussetzungen der Durchführung von hybriden und digitalen Sitzungen.

Abs. 11: In dem Bericht, den der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages über Fristüberschreitungen der Beratungsverfahren zur Methodenbewertung, Qualitätssicherung und zur Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse vorzulegen hat, wird die früher obligate Darlegung über ergriffene Maßnahmen und die Gründe der Fristüberschreitung fakultativ. Für die Beratungsverfahren des G-BA wird Frist für die Berichtspflicht seit förmlicher Einleitung des Beratungsverfahrens von drei auf zwei Jahre verkürzt.

B Stellungnahme

Die Regelung zu Absatz 4 ist sachgerecht.

In Absatz 11 ist die Eröffnung der Möglichkeit, nicht in allen Fällen über Gründe der Fristüberschreitung und ergriffene Maßnahmen berichten zu müssen, sinnvoll. Die Erweiterung der Berichtspflicht auf Beratungsverfahren, die nach mehr als zwei Jahren nicht abgeschlossen sind, ist durch die Ausweitung der Berichtet mit bürokratischem und personellem Mehraufwand verbunden.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 10 § 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

A Beabsichtigte Neuregelung

Abs. 1b: Die Berufsverbände der Hebammen erhalten für Richtlinien zur ärztlichen Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft ein Mitberatungsrecht. Abs. 1b).

Abs. 3a: Bei der Beratung von Richtlinien zur Arzneimittelverordnung sowie zu Therapiehinweisen wird die Möglichkeit des G-BA eingeführt, sich durch die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft beraten zu lassen.

Abs. 4: Bei Richtlinien zur Früherkennung von Krebserkrankungen wird der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V. ein Stellungnahmerecht eingeräumt.

Abs. 6a: Die ambulante Kurzzeittherapie soll wieder in ein einstufiges Verfahren umgewandelt werden.

Abs. 7h: Die Berufsorganisationen der Pflegeberufe erhalten ein Antrags- und Mitberatungsrecht bei Richtlinien zur Qualitätssicherung, zur Qualitätssicherung und Krankenhausplanung, zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und zu Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Aufgaben auf Angehörige der Pflegeberufe, sofern diese die Berufsausübung der Pflegeberufe berühren.

Das Stellungnahmerecht einschlägiger wissenschaftlicher Fachgesellschaften wird neben den Richtlinien zur (§135, §137c, §137e) auf weitere Richtlinien nach §92 Abs. 1 Satz 2 erweitert.

B Stellungnahme

Ein Mitberatungsrecht der Berufsverbände der Hebammen sowie das Antrags- und Mitberatungsrecht der Pflegeberufe bei Richtlinien, die ihre Berufsausübung betreffen, ist sinnvoll.
Die Erweiterung des Stellungnahmerechts einschlägiger wissenschaftlicher Fachgesellschaften, der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft deutscher Tumorzentren hat das Potenzial, die Akzeptanz von Beschlüssen und Richtlinien des G-BA zu unterstützen. Die Möglichkeit des G-BAs, sich durch die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft beraten zu lassen, ist sinnvoll.
Andererseits läuft diese umfangreiche Erweiterung der Beteiligungen den Zielen des Gesetzgebers entgegen, die Beratungen des G-BA zu beschleunigen, da eine Verbreiterung der Beratungen und Ausweitung der Stellungnahmerechte den Aufwand zur Beschlussfassung erhöht. Der Gesetzgeber muss dann berücksichtigen, dass durch diese Regelungen in einigen Fällen fristgerechte Beschlussfassungen nicht mehr erreicht werden können.
Abs. 6a: Die Zweiteilung der Kurzzeittherapie soll aus bürokratischen Gründen aufgehoben werden. Die Kurzeittherapie wurde 2017 in zwei Schritte aufgeteilt. Datenauswertungen zeigen, dass durch die Aufteilung viele Therapien zum Ende der KZT 1

beendet und damit Kapazitäten frei wurden. Mit der geplanten Abschaffung der Zweiteilung ist davon auszugehen, dass viele Therapien wieder länger werden.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Abs. 6a: Streichung der vorgesehenen Regelung. Um das Ziel der Bürokratieverringerung dennoch zu erreichen, wäre ein rein digitales Antragsverfahren einzuführen.

Nr. 11 § 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Zu Absatz 2: Für die Zulassung eines MVZ in der Rechtsform einer GmbH wird die Möglichkeit geschaffen, die gesetzlich vorgesehenen Sicherheitsleistungen der Höhe nach zu begrenzen. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der GKV-Spitzenverband vereinbaren hierzu bundeseinheitliche Rahmenvorgaben.

Zu Absatz 3: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird verpflichtet, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen erhaltenen Informationen zur Überprüfung des gesetzlichen Sicherstellungsauftrags jährlich zu evaluieren und dem BMG zu berichten. Der Inhalt der von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu übermittelnden Informationen wird gesetzlich konkretisiert und erweitert und umfasst neben den Ergebnissen auch das der Überprüfung zugrundeliegende Verfahren zur Ermittlung der Arbeitszeiten und der Referenzwerte sowie die Voraussetzungen zur Einleitung von Einzelfallprüfungen.

B Stellungnahme

Zu Absatz 2: Laut Gesetzesbegründung intendiert diese Regelung primär eine erleichterte MVZ-Gründung durch Kommunen, da diese keine unbeschränkten Bürgschaftserklärungen abgeben dürfen. Kommunen, die eine aktive Rolle in der Versorgung einnehmen möchten, sollten nicht durch formale Vorgaben davon abgehalten werden, weswegen diese Regelung zu begrüßen ist. Allerdings sollte sie entsprechend auf Kommunen beschränkt werden.

Weiter bedarf es einer korrespondierenden Regelung in den Zulassungsverordnungen und einer Klarstellung, wie diese Regelung die bestehenden Sicherheitsleistungen beeinflusst. Zur Steigerung der rechtlichen Relevanz sollte anstelle einer Rahmenvorgabe eine Verortung im Bundesmantelvertrag vorgesehen werden. Es bedarf einem klaren rechtlichen Rahmen, der auch das dynamische Wachstum von MVZ berücksichtigt (inkl. nichtärztlichem Personal) und den Verwaltungsaufwand geringhält.

Zu Absatz 3: Die Evaluation der Verfahren zur Ermittlung der Arbeitszeit und Referenzwerte sowie Voraussetzung zur Einleitung von Einzelfallprüfungen wird als sinnvoll erachtet. Die in der Gesetzesbegründung beschriebene Kann-Regelung zur Übersendung des Berichtes an den GKV-Spitzenverband sollte als Muss-Regelung mit aufgenommen werden. Auf Landesebene muss der Empfängerkreis der Ergebnisberichte der Überprüfung der Versorgungsaufträge um die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen erweitert werden.
Des Weiteren soll mit Einvernehmen des GKV-Spitzenverbands die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine Richtlinie zu konkreten Prüfkriterien sowie bundeseinheitliche Regelungen zur inhaltlichen adressatengerechten Ausgestaltung der Ergebnisberichte erarbeiten. Die dadurch gewonnene Transparenz könnte zu einer ersten Verbesserung der Überprüfung führen.

C Änderungsvorschlag

Der nach § 95 Absatz 2 Satz 6 neu eingefügte Satz wird wie folgt ergänzt:
„Die Gesellschafter ***kommunaler medizinischer Versorgungszentren*** können ihre Sicherheitsleistungen der Höhe nach begrenzen. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren jeweils mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen ***in den Bundesmantelverträgen*** mit Wirkung zum … [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] bundeseinheitliche Rahmenvorgaben zur Festlegung der Höhe der gemäß Satz 7 begrenzten Sicherheitsleistungen. ***Sicherheitsleistungen, die zum… [einsetzen: Datum des Inkrafttretens] bereits abgegeben wurden, bestehen unverändert fort.***“

§ 95 Absatz 3 Satz 4 und 5 werden im Zusammenhang mit einer Anpassung des § 75 Absatz 7 wie folgt ergänzt:

§ 95 Absatz 3 Satz 4 und Satz 5 SGB V
In § 95 Absatz 3 Satz 4 werden nach dem Wort „bundeseinheitlich“ die Wörter „nach Maßgabe der Richtlinie nach § 75 Abs. 7 Satz 1 Nr. 7“ und in Satz 5 nach dem Wort „sind“ die Wörter „den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen,“ eingefügt.

„Die Einhaltung der sich aus den Sätzen 1 und 2 ergebenden Versorgungsaufträge sind von der Kassenärztlichen Vereinigung bundeseinheitlich ***nach Maßgabe der Richtlinie nach § 75 Abs. 7 Satz 1 Nr. 7***, insbesondere anhand der abgerechneten Fälle und anhand der Gebührenordnungspositionen mit den Angaben für den zur ärztlichen Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand nach § 87 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz, zu prüfen. Die Ergebnisse der Prüfung, das der Prüfung zugrundeliegende Verfahren sowie eine Übersicht über die gegebenenfalls getroffenen Maßnahmen sind ***den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen,*** den Landes- und Zulassungsausschüssen, der für die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörde sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung jeweils zum 30. Juni des Jahres zu übermitteln. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat die Ergebnisse der Prüfung, das der Prüfung zugrundeliegende Verfahren und die gegebenenfalls getroffenen Maßnahmen zu evaluieren und hierüber dem Bundesministerium für Gesundheit zum 31. Dezember eines jeden Kalenderjahres, erstmals zum 31. Dezember … [einsetzen: Kalenderjahr der Verkündung], zu berichten. Gegenstand der Evaluation ist auch, ob die Prüfung bundeseinheitlich durchgeführt wird.“

§ 75 Absatz 7 Satz 1 SGB V
In § 75 Absatz 7 Satz 1 wird in Nummer 6 der Punkt nach dem Wort „erfolgt“ durch das Wort „und“ ersetzt und eine neue Nummer 7 angefügt:

„6. Richtlinien für ein bundesweit einheitliches, standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren aufzustellen, auf dessen Grundlage die Vermittlung in Akutfällen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 erfolgt~~.~~ ***und***

7. bis zum [einsetzen: sechs Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 16 Absatz 1] im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen Richtlinien für ein bundeseinheitliches Prüfverfahren nach § 95 Abs. 3 Satz 4 und für die Ergebnisse und Übersichten der Maßnahmen nach § 95 Abs. 3 Satz 5 aufzustellen."

In § 75 Absatz 7 wird nach dem Satz 5 ein Satz 6 und ein Satz 7 ergänzt:
„6. Die Richtlinie nach Satz 1 Nummer 7 hat bundeseinheitliche Regelungen zur Ausgestaltung der Ergebnisberichte an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen, die Zulassungs- und Landesausschüsse sowie die zuständige Aufsichtsbehörde zu treffen.
7. Die Richtlinie nach Satz 1 Nummer 7 muss sicherstellen, dass die Zulassungsausschüsse basierend auf den Ergebnissen und getroffenen Maßnahmen nach § 95 Abs. 3 Satz 5 von Amts wegen tätig werden können."

Nr. 12 § 101 Überversorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Bislang werden psychotherapeutisch tätige Ärzt/-innen und Psychotherapeut/-innen, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, als Teil der Bedarfsplanungsgruppe der Psychotherapeuten geplant. Ein Mindestversorgungsanteil wurde über eine Quote abgebildet. Diese Quotenregelung entfällt nun. Stattdessen werden diese in einer eigenen Arztgruppe abgebildet. Demzufolge hat der Gemeinsame Bundesausschuss entsprechende Änderungen zu beschließen.

B Stellungnahme

Es ist grundsätzlich zu begrüßen, die Kinder- und Jugendpsychotherapeut/-innen gesondert zu beplanen. Damit erhalten der Gemeinsame Bundesausschuss, aber vor allem auch die regionalen Planer mehr Spielraum und können die besonderen Bedarfe der Kinder- und Jugendlichen besser berücksichtigen. Die Quoten haben sich nur bedingt bewährt.

Bei der konkreten Umsetzung der anstehenden Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie ist darauf zu achten, dass nicht im Umkehrschluss zahlreiche zusätzliche Sitze für Psychologische Psychotherapeut/-innen entstehen. Hier fand bereits in den letzten Jahren ein sukzessiver Aufwuchs statt, der im Ergebnis zu keiner Versorgungsverbesserung geführt hat. Insofern wären in dieser bedarfsplanungsrechtlichen Arztgruppe strukturelle Maßnahmen angezeigt.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 13 § 105 Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber stellt klar, dass die Verwendung von Mitteln des Strukturfonds zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung nicht von der Feststellung einer (drohenden) Unterversorgung oder eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfes abhängt.

B Stellungnahme

Die Klarstellung kann grundsätzlich nachvollzogen werden. Darüber hinaus besteht weiterhin der Bedarf, die Expertise der Landesverbände der Krankenkassen in die Entscheidungen zur Einsetzung der Strukturfondsmittel einfließen zu lassen. Daneben sind die Berichte über die Verwendung der Mittel des Strukturfonds, die die KVen jährlich zu erstellen haben, stark aggregiert, sodass weder eine ausreichende Transparenz über den Einsatz von Sozialversicherungsgelder hergestellt, noch eine Doppelförderung ausgeschlossen werden kann. Entsprechende Änderungen sind notwendig.

C Änderungsvorschlag

§ 105 wird wie folgt geändert:

a) *Nach Absatz 1a Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:*
„Der Einsatz der Mittel erfolgt im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen."

~~a) Nach Absatz 1a Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:~~
b) *In Absatz 1a wird nach dem bisherigen Satz 4 folgender Satz eingefügt:*
„Die Verwendung der Mittel setzt nicht voraus, dass der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 3 getroffen hat".

c) *In Absatz 1a wird im bisherigen Satz 5 nach dem Wort Strukturfonds* ***ein Komma*** *und die Wörter* ***„der die geförderten Maßnahmen und die jeweilige Förderhöhe einzeln listet"*** *eingefügt.*

d) In Absatz 5 Satz 4 werden die Wörter **„Satz 7 bis 10"** durch die Wörter **„Satz 9 bis 12"** ersetzt.

Nr. 14 § 106b Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber beabsichtigt die Einführung einer pauschalen Bagatellgrenze für ärztlich verordnete Leistungen. Hierzu soll in § 106b Absatz 2 Satz 2 SGB V eine Geringfügigkeitsgrenze in Höhe von 300 Euro aufgenommen werden, bis zu deren Erreichung Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht beantragt werden können. Der Gesetzgeber erhofft sich mit dieser Maßnahme eine Verringerung der durchgeführten Prüfverfahren um 70 % und eine Entbürokratisierung durch die Vereinheitlichung der bestehenden Prüfverfahren.

B Stellungnahme

Die Einführung einer gesetzlich vorgegebenen pauschalen und insbesondere sehr hohen Geringfügigkeitsgrenze von 300 Euro bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen ist nicht sachgerecht und daher entschieden abzulehnen. Die Vereinbarung von Bagatellgrenzen ist heute bereits in den regionalen Verhandlungen zwischen Landesverbänden der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen möglich. Eine generell gesetzlich vorgegebene Schwelle würde, unabhängig von den Kosten eines Verwaltungsverfahrens, auch zu einer Bezahlung unzulässiger ärztlich verordneter Leistungen führen, welche nicht mit den aufsichtsrechtlichen Vorgaben gesetzlicher Krankenkassen vereinbar wäre. Zudem könnten in der Summe sehr viele Prüfanträge mit einem insgesamt hohen Rückforderungsvolumen nicht mehr gestellt werden und einzelne Krankenkassen aufgrund von Grenzen somit komplett vom Prüfgeschehen ausgeschlossen werden.
Auch der Verlust der präventiven Wirkung auf das ärztliche Verordnungsverhalten mit ggf. Folgewirkungen auf weitere Quartale und Jahre durch nicht mehr durchführbare Prüfungen kann so zu einer schnellen Vervielfachung der zunächst scheinbar kleinen Regresssummen führen.
Letztendlich führt eine hohe Geringfügigkeitsgrenze so zu einem Verlust der Verantwortlichkeit der Krankenkassen (gesetzliche Pflicht) bei der Verwendung von Versichertengeldern.
Auch ohne pauschale Bagatellgrenzenregelung ist für das Jahr 2024 zudem eine nicht unerhebliche Absenkung der Prüfverfahren zu erwarten, da durch eine gesetzliche Neuregelung mit dem TSVG eine erhebliche Verkürzung der Frist, mit derer Krankenkassen rückwirkend Prüfanträge stellen können, eingeführt wurde.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Nr. 15 § 116b Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

1. Mit dem neuen Absatz 5a sollen die einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften das Stellungnahmerecht zu Entscheidungen erhalten, die die Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V betreffen, um deren Expertise vor dem Beschluss einer Richtlinie oder der Änderung einbeziehen zu können.

2. Mit dem neuen Absatz 5b werden dem G-BA maximale Verhandlungsdauern aufgegeben. Konkret wird zur Erarbeitung von Anforderungen für eine ambulante spezialfachärztliche Versorgung einer Erkrankung jeweils ein Jahr maximal vorgegeben. Innerhalb eines Jahres maximal sollen zudem für mindestens drei weitere Erkrankungen die Anforderungen für eine ambulante spezialfachärztliche Versorgung erarbeitet werden.

B Stellungnahme

zu. 1.
Grundsätzlich ist die Stellungnahme von einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften zu Entscheidungen des G-BA zu befürworten.
Diese Regelung ist in ihrer Absicht insofern nachvollziehbar, aber sie ist insbesondere in Zusammenhang mit der neuen Regelung in Abs. 5b nicht zu empfehlen, weil sie den Beratungsprozess noch komplexer und umfangreicher macht und damit die Beratungsdauer verlängert.

zu 2.
Diese Regelung wäre vor dem Hintergrund der sehr langen Beratungsverläufe in ihrer Absicht zwar verständlich, aber die Umsetzbarkeit wäre nur mit einem erheblich höheren Personalaufwand leistbar und würde sich entsprechend auf die Bürokratiekosten auswirken.

C Änderungsvorschlag

zu 1. Kein Änderungsbedarf.
zu 2. Streichung der vorgesehenen Regelung.

Nr. 16 § 117 Hochschulambulanzen

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird eine Legaldefiniton der Weiterbildungsambulanzen angestrebt. Zusätzlich finden Rechtsangleichungen im Zusammenhang mit der Änderung in § 120 statt.

B Stellungnahme

Eine Legaldefinition der Weiterbildungsambulanzen erscheint sachgerecht. Allerdings werden die Änderungen in § 120 abgelehnt, so dass keine weiteren Änderungen notwendig sind.

C Änderungsvorschlag

Streichung der Änderung in b).

Nr. 17 § 119c Medizinische Behandlungszentren

A Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Regelung soll ermöglicht werden, dass Kooperationsverträge im Rahmen der neu zu regelnden Ermächtigungstatbestände nach §31 Absatz 1 Zulassungsverordnung geschlossen werden.

B Stellungnahme

Einer besseren Vernetzung verschiedener Versorgungsangebote ist grundsätzlich zu begrüßen. In Absatz 2 wird eine solche generelle Zusammenarbeit bereits beschrieben. Die Notwendigkeit einer gesetzlichen Ergänzung eines einzigen Ermächtigungstatbestands wird nicht gesehen.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Nr. 18 § 120 Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

A Beabsichtigte Neuregelung

Es wird eine Gleichstellung der Weiterbildungsambulanzen mit weiteren ambulanten Einrichtungsformen am Krankenhaus, wie Hochschulambulanzen, angestrebt. Die Regelung sieht vor, dass die Vergütung der Weiterbildungsambulanzen unmittelbar durch die Krankenkassen erfolgt und diese die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu gewährleisten hat. Diese Verpflichtung wird beschränkt auf Leistungen, für die eine Ermächtigung vorliegt und die gegenüber Versicherten erbracht werden. Die Höhe der Vergütung soll sich an der Vergütung vergleichbarer Leistungen orientieren.

B Stellungnahme

Die Änderung wird abgelehnt. Die bisherigen Regelungen sehen eine Vergütung der Leistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vor und werden damit in voller Höhe vergütet. Dass nun die Finanzierungspflicht der Krankenkassen auf weitere Kosten der Weiterbildungsambulanzen ausgedehnt werden soll, ist nicht sachgerecht.
Vielmehr findet damit eine Finanzierung der Weiterbildung durch die Krankenkassen statt, die eigentlich eine staatliche Aufgabe darstellt. Es drohen Mehrkosten für die GKV von bis zu 90 Millionen EUR jährlich auf Basis eigener Berechnungen und es unterhöhlt das Prinzip, dass die GKV ausschließlich für Kosten erbrachter Leistungen zur Krankenbehandlung aufkommt.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Nr. 19 § 136 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung

A Beabsichtigte Neuregelung

Streichung des allgemeinen Beratungsrechtes für Pflegeberufe als Folgeänderung zur neuen Regelung in § 92 SGB V zur Einführung des Antrags- und Mitberatungsrecht der Pflegeberufe.
Darüber hinaus werden Änderungen in § 92 SGB V folgend die Beteiligungsrechte für Hebammen bei entsprechenden Richtlinien eingeräumt, soweit die Berufsausübung der Hebammen berührt ist.

B Stellungnahme

Die Folgeänderungen sind sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 20 § 136b Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus

A Beabsichtigte Neuregelung

Streichung des allgemeinen Beratungsrechtes für Pflegeberufe als Folgeänderung zur neuen Regelung in § 92 SGB V zur Einführung des Antrags- und Mitberatungsrecht der Pflegeberufe.

B Stellungnahme

Die Folgeänderungen sind sachgerecht.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 21 § 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Erstfassung einer Richtlinie für ein DMP und deren Aktualisierungen innerhalb von zwei Jahren nach Einleitung des jeweiligen Beratungsverfahrens zu beschließen.

B Stellungnahme

Die Fristvorgabe von zwei Jahren zur Beschleunigung der Beschlussfassung zu einer DMP-Richtlinie durch den G-BA ist kritisch zu bewerten und ein unnötiger Eingriff in die Autonomie der Selbstverwaltung. Die im Vergleich zum früheren Entwurf aufgenommene Konkretisierung, dass die Frist bei Einleitung des jeweiligen Beratungsverfahrens beginnt, gibt zwar Rechtssicherheit zum Fristablauf, berücksichtigt aber nicht ausreichend den Beratungsbedarf und mögliche Verzögerungen durch äußere Umstände.

Die Richtlinienerstellung für DMP ist verbunden mit Unwägbarkeiten sowie Risiken und bedarf einer gründlichen Vorbereitung und Prüfung. Die Beschleunigung des Verfahrens ist u. a. abhängig von der Verfügbarkeit der insbesondere personellen Ressourcen im G-BA, den eingebundenen Protagonisten und beauftragten Instituten und einer ausreichenden Informations- und Entscheidungsgrundlage. Bereits die routinemäßige Aktualisierung der angebotenen DMP bindet alle Kräfte. Eine Umsetzung der Regelung wäre nur mit einem erheblich höheren Personalaufwand leistbar und würde sich entsprechend auf die Bürokratiekosten auswirken.

Das Verfahren unterliegt zudem verschiedenen Rahmenbedingungen und Prozessen, die nicht ohne Weiteres geändert werden können. Die Leitlinien-Recherche und -Bewertung des IQWiG kann - z. B. bei parallel eingeleiteten Beratungsverfahren - nur eingeschränkt arbeitsteilig erfolgen und zeitlich verkürzt werden. Auch der Rhythmus der Überarbeitung der für die Versorgungsverbesserung bedeutenden Nationalen Versorgungsleitlinien/S3-Leitlinien ist aus dem wissenschaftlichen Diskurs determiniert und muss bei der Entscheidung des G-BA über eine Erarbeitung der Richtlinien berücksichtigt werden. Die Arbeit in den AGs des G-BA mit Unterstützung von externen Experten sowie die Entscheidungsprozesse in den Gremien unterliegen wichtigen Abstimmungsverfahren. Eine Fristsetzung ab dem Zeitpunkt der Einleitung des jeweiligen Beratungsverfahrens würde den Zeitraum der Leitlinienrecherche miteinschließen und ggf. unangemessen verkürzen, da zur Auftragserteilung an das IQWiG die Beratungen bereits aufgenommen werden. Auch bei Feststellung einer in Kürze anstehenden Aktualisierung der S3-Leitlinien könnte der G-BA diese aufgrund der hier vorgesehenen Fristsetzung nicht abwarten. Eine starre Fristvorgabe erhöht somit unangemessen den Druck auf die Mitglieder des G-BA sowie deutlich die Kosten und behindert im Konfliktfall konsensuale Lösungen. Da die Erarbeitung der Beschlüsse in der Regel zwei Jahre nicht überschreiten darf, müsste die Frist zumindest auf den Zeitpunkt aufsetzen, ab dem die Recherche und wissenschaftliche Bewertung der relevanten Leitlinien dem G-BA vorliegen.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Wird dem Vorschlag nicht gefolgt, sollte der vorgesehene Satz zur Klarstellung wie folgt geändert werden:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Erstfassung einer Richtlinie nach Absatz 2 für die Behandlung einer Krankheit und deren Aktualisierungen innerhalb von zwei Jahren nach Vorliegen der Ergebnisse der Recherche und der Bewertung der wissenschaftlichen Grundlagen für die Anforderungen nach Absatz 2 Satz 2 zu beschließen."

Nr. 22 § 140f Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten

A Beabsichtigte Neuregelung

Das Antragsrecht der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss wird auf Richtlinien zu Modellvorhaben zur Delegation ärztlicher Aufgaben an Pflegeberufe und auf Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung erweitert.
Die Patientenvertretung erhält im Plenum des G-BA die Möglichkeit, Beschlüsse aufzuhalten, wenn die Patientenvertretung ein einheitliches Votum hierzu abgibt. Der G-BA kann die Beschlüsse dann erst in einer darauffolgenden Sitzung auch gegen das Votum der Patientenvertretung treffen.

B Stellungnahme

Einer Antragspflicht der Patientenvertretung für die weiteren Regelungskompetenzen des G-BA steht nichts entgegen.
Mit der Möglichkeit eines temporären Einspruchsrechts gegenüber Beschlüssen des G-BA soll wie in der Regierungskoalition vereinbart die Stellung der Patientenvertretung gestärkt werden. Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass diese Maßnahmen dem Ziel, die Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss zu beschleunigen, auch zuwiderlaufen kann.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 23 § 197a Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber beabsichtigt die bereits bestehenden Datenübermittlungsbefugnisse auf weitere Organisationen bzw. Körperschaften zu erweitern. Die vorgesehene Ergänzung um eine neue Nummer 6 soll künftig den Kreis der Berechtigten um Gesundheitsämter, Heimaufsicht und nach Landesrecht zuständigen Gesundheitsbehörden erweitern.

B Stellungnahme

Die hier vorgesehene Ergänzung und damit die Ausweitung der Datenübermittlungsbefugnis auf Gesundheitsämter, Heimaufsicht und nach Landesrecht zuständigen Gesundheitsbehörden wird ausdrücklich befürwortet. Dies gilt auch hinsichtlich der im aktuellen Gesetzentwurf vorgesehenen analogen Anwendung in § 47a Abs. 3 S. 1 SGB XI.

Gleichwohl erachten wir es für erforderlich, die Datenübermittlungsbefugnisse noch in Bezug auf weitere Organisationen bzw. Körperschaften zu erweitern. Insbesondere gilt dies für einen zukünftig rechtssicheren Datenaustausch der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen mit Stellen, die für die Bekämpfung von Sozialleistungsmissbrauch, insb. bei den Trägern der Sozialversicherung nach den SGB II (Bereich Bürgergeld, Grundsicherung für Arbeitssuchende), SGB III (Arbeitsförderung), SGB VI (Gesetzliche Rentenversicherung) sowie SGB VII (Gesetzliche Unfallversicherung) zuständig sind.

Die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der Kassen sollten personenbezogene Daten zukünftig auch an Stellen, die für die Bekämpfung von Leistungsmissbrauch bei den Trägern der Sozialversicherung nach den SGB II, SGB III, SGB VI sowie SGB VII zuständig sind, übermitteln können, soweit dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Stelle erforderlich ist.

Ferner sehen wir den Bedarf, die Datenübermittlungsbefugnisse auf Landesfinanzbehörden und die Behörden des Zollfahndungsdienstes auszuweiten. Den Landesfinanzbehörden ist es aus datenschutzrechtlichen Gründen leider nicht gestattet, Erkenntnisse von dolosen Handlungen bei Leistungsanbietern im Gesundheitswesen an andere Krankenkassen weiterzuleiten. Die gesetzlichen Krankenkassen haben diese Befugnis nach § 197a Abs. 3 a und b SGB V und sind berechtigt und verpflichtet, diese Daten untereinander und mit Dritten auszutauschen.

Eine explizite Rechtsänderung in den für die jeweiligen Stellen/Organisationen maßgeblichen Gesetzen wäre wohl nicht zwingend notwendig, würde aber sicher zur Klarheit und Rechtssicherheit beitragen.

Weiteren Handlungs- und Ergänzungsbedarf sehen wir in einer Erweiterung der Berichtspflichten der Krankenkassen gem. § 197a Abs. 5 SGB V. Die Verpflichtung im Abstand von zwei Jahren über die Arbeit und Ergebnisse der Stellen zu berichten, hierbei die Anzahl der Leistungserbringenden und Versicherten, bei denen es im Berichtszeitraum Hinweise auf Pflichtverletzungen oder Leistungsmissbrauch gegeben hat, die Anzahl der nachgewiesenen Fälle, die Art und Schwere des Pflichtverstoßes und die dagegen getroffenen Maßnahmen sowie der verhinderte und der entstandene Schaden zu nennen, sollte hinsichtlich der Kennzahlen explizit auf Ebene der Bundesländer erfolgen.

Wir halten dies für erforderlich, um auf diese Weise den Handlungsbedarf hinsichtlich der erforderlichen Zusammenarbeit mit den Strafverfolgungsbehörden, die dem Landesrecht unterliegen, deutlich machen zu können. Die Berichterstattung auf Ebene der Bundesländer könnte dazu beitragen, den nötigen Handlungsbedarf identifizieren und messen zu können, um daraus konkrete Maßnahmen hinsichtlich der erforderlichen Aufstellung von Ressourcen bei der Polizei, den Staatsanwaltschaften und Gerichten abzuleiten.

C Änderungsvorschlag

§ 197a wird wie folgt geändert:
a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
aa) In Satz 1 werden die Wörter „, wenn angezeigt ihre Landesverbände," durch die Wörter „ihre Landesverbände" ersetzt.

bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz 3 angefügt:
„Krankenkassen und ihre Landesverbände haben eine Vereinbarung über die Aufgabenverteilung bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu treffen."

b) Absatz 3b wird wie folgt geändert:
aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:
aaa) In Nummer 4 wird das Wort „und" durch ein Komma ersetzt.
bbb) In Nummer 5 wird der Punkt am Satzende durch das Wort „und" ersetzt.
ccc) Nach Nummer 5 wird folgende Nummer 6 angefügt:
„6. die Gesundheitsämter, Heimaufsichten und nach Landesrecht zuständigen Gesundheitsbehörden."

7. die Stellen, die für die Bekämpfung von Leistungsmissbrauch bei den Trägern der Sozialversicherung nach den SGB II, III, VI, VII und XII zuständig sind,

8. die mit der Steuerfahndung beauftragten Dienststellen der Landesfinanzbehörden und die Behörden des Zollfahndungsdienstes nach § 208 AO.

bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Stellen nach Absatz 3b dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhoben oder an sie übermittelt wurden, an die Einrichtungen nach Absatz 1 übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch die Einrichtungen nach Absatz 1 erforderlich ist."

c) Nach Absatz 3b wird folgender Absatz 3c eingefügt:
„(3c) Einrichtungen nach Absatz 1 dürfen Datenbestände mit denen anderer Kassen und der weiteren anderen in Absatz 1 genannten Organisationen zum Zweck der Entwicklung von datenbasierten Verfahren zur Erkennung von Fehlverhalten zusammenführen. Der Versichertenbezug ist zuvor zu entfernen. Einrichtungen nach Absatz 1 dürfen nur ihre eigenen Datenbestände mit den Verfahren nach Satz 1 zur Erkennung von Verdachtsfällen auswerten."

d) Absatz 5 wird um folgenden Satz 4 ergänzt:
„Die Kennzahlen gem. Satz 3 sind für das jeweilige Organisationsgebiet der Krankenkassen sowie auf Ebene der Bundesländer darzustellen."

e) Nach Absatz 6 wird folgender Absatz 7 eingefügt:
„(7) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit auf der Grundlage eines von ihm zu beauftragenden Gutachtens bis zum <Datum> ein Konzept zum Aufbau und Betrieb einer zentralen Datenbank vor, die den Krankenkassen Informationen über Sachverhalte oder Auffälligkeiten zur Verfügung stellt, welche auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen hindeuten (Betrugspräventionsdatenbank). Das Konzept zum Aufbau und Betrieb einer Betrugspräventionsdatenbank hat insbesondere zu beinhalten:
1. eine Empfehlung zur Zuweisung der Trägerschaft der Datenbank an eine bestimmte Stelle,
2. Empfehlungen, welche Informationen zu welchem Zweck in der Datenbank erfasst werden sollen einschließlich der Anforderungen an die Qualität der einzutragenden Hinweise,
3. Vorschläge, wie die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen einen aktiven Zugriff auf die Datenbank erhalten können, um neben einem lesenden Zugriff auch Daten einpflegen zu können sowie
4. eine Darstellung etwaiger datenschutzrechtlicher Hindernisse bei dem Aufbau und dem Betrieb einer solchen Datenbank sowie möglicher Lösungsoptionen."

Nr. 24 § 217f Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie Artikel 2 Nr. 3 § 53 SGB XI als Folgeänderung

A Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-Spitzenverband soll in einer Richtlinie innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes verbindliche Vorgaben für die einheitliche Erhebung und Veröffentlichung von Kennzahlen zur Leistungstransparenz und zur Servicequalität der einzelnen Kranken- und Pflegekassen festlegen. Die Erhebung der Daten soll folgende Faktoren und Themen inkludieren:

Anträge auf Leistungen, Widersprüche und Klagen

1. Die Anzahl von Anträgen, differenziert nach Leistungsbereichen und nach den Merkmalen „Genehmigung" bzw. „Bewilligung" oder „Ablehnung" sowie im Verhältnis zur Anzahl der insgesamt gestellten Anträge,
2. Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer für Anträge, mindestens differenziert nach den nach Nummer 1 festgelegten Leistungsbereichen, wobei für die Pflegekassen bei der Bearbeitungsdauer von Anträgen, die eine Begutachtung zur Einstufung in einen Pflegegrad nach sich ziehen, zwischen Fällen mit einer 25-Arbeitstage-Frist (nach § 18c Absatz 1 Satz 1) und Fällen, in denen eine verkürzte Begutachtungsfrist (nach § 18a Absatz 5 und 6) zu unterscheiden ist,
3. Die Anzahl der Widersprüche sowie der aus Sicht der Leistungsberechtigten erfolgreichen Widersprüche, differenziert nach Leistungsbereichen sowie im Verhältnis zur Anzahl der insgesamt gestellten Anträge und eingelegten Widersprüche,
4. Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer für Widersprüche, mindestens differenziert nach den nach Nummer 3 festgelegten Leistungsbereichen,
5. Die Anzahl der Klagen sowie der aus Sicht der Leistungsberechtigten erfolgreichen Klagen, differenziert nach Leistungsbereichen sowie im Verhältnis zur Anzahl der insgesamt eingelegten Widersprüche und erhobenen Klagen.
6. Qualität von Beratungs- und Unterstützungsangeboten der Kranken- und Pflegekassen

   Insbesondere
   a. zum Antragsprozess im Leistungsgeschehen,
   b. zum Beschwerdemanagement sowie
   c. zur Förderung der Patientensicherheit,
   d. bei der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zur Unterscheidung des Beratungsortes in vier Kategorien: in der häuslichen Umgebung bzw. der Einrichtung, in der die pflegebedürftige Person wohnt, in Pflegestützpunkten oder Pflegeberatungsstellen oder sonst vor Ort, als Videokonferenz oder aber als telefonische Beratung,
   e. bei den Pflegekursen nach § 45 SGB XI ist zu differenzieren nach Gruppenkursen vor Ort, Schulungen in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person oder digitalen Pflegekursen.

7. Stand der Digitalisierung der Krankenkassen

Insbesondere zur

a. Ausstattung der Versicherten mit der elektronischen Gesundheitskarte mit einer kontaktlosen Schnittstelle und deren persönlicher Identifikationsnummer,
b. Bereitstellung und Nutzung der elektronischen Patientenakte,
c. Bereitstellung und Nutzung der sicheren digitalen Identitäten.

Die Kennzahlen sollen erstmals für das Berichtsjahr 2025 auf einer digitalen und interaktiven Plattform veröffentlicht werden.

B Stellungnahme

Die AOK steht für Transparenz. Als erste große Kassenart hat die AOK bereits 2020 mit einer Transparenzoffensive gegenüber Versicherten auf freiwilliger Basis einen Standard für Veröffentlichungen im Leistungsgeschehen gesetzt. Die AOK wird daher das Vorhaben der Politik selbstverständlich konstruktiv begleiten.

Die Regelungen werden im Einzelnen wie folgt bewertet:

<u>Kennzahlen zur Leistungsqualität (Anträge auf Leistungen, Widersprüche und Klagen)</u>
Die Transparenz der vorgesehenen Kennzahlen zur „Leistungsqualität“ (Anträge, Genehmigungen, Bearbeitungszeiten, Widersprüche, Klagen) wird grundsätzlich unterstützt, auch wenn zu Widersprüchen und Klagen zusätzliche Kennzahlen u. a. zur Differenzierung nach Leistungsarten erhoben werden müssen.

Als sachgerecht angesehen und unterstützt wird sowohl die Anzahl der Anträge insgesamt als auch deren Bescheidung (Bewilligung oder Ablehnung) im Verhältnis zu den gestellten Anträgen zu erfassen und die jeweiligen Verhältniszahlen auszuweisen.
Dies gilt auch für die Relation der Zahl der erhobenen Widersprüche im Verhältnis zur Zahl der insgesamt gestellten Leistungsanträge. Damit wird das Leistungsgeschehen nachvollziehbar abgebildet und eine gute Orientierung für die Versicherten dargestellt.

Dagegen wird die durchschnittliche Bearbeitungsdauer für Widersprüche – Nr. 4 – nicht als geeignete Orientierung für Versicherte erachtet. Es sind unterschiedliche Aktivitäten und sehr individuelle Prozesse zur Klärung und Entscheidung eines Widerspruchs erforderlich (u. a. ärztliche Gutachten, medizinische Befunde). Eine schnelle Entscheidung trägt häufig nicht zu einer sachgerechten Entscheidung geschweige denn zur benötigten Leistung bei. In diesem Fall kann eine kurze Bearbeitungsdauer ein völlig falsches Bild vermitteln. Für die Widersprüche im Bereich der Pflegeversicherung besteht ebenfalls eine besondere Herausforderung in der Kom-

plexität im Zusammenhang mit Widersprüchen gegen die Einstufung in einen bestimmten Pflegegrad. Auch hier gilt, dass Angaben zur durchschnittlichen Bearbeitungsdauer keine geeignete Orientierung für Versicherte darstellen.

Kennzahlen zur Servicequalität

Kritisch sind die Kennzahlen zur Servicequalität zu betrachten. Es stellt sich die Frage, wie die Qualität von Beratungs- und Unterstützungsangeboten zum Antragsprozess im Leistungsgeschehen sinnvoll gemessen werden kann. Ob die Anzahl entsprechend qualifizierter Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner oder die Häufigkeit der Schulung von Mitarbeitenden hierzu geeignet sind, erscheint ebenso fraglich wie das Festlegen geeigneter Parameter, die den Versicherten verlässliche Aussagen zur Qualität des Beschwerdemanagements vermitteln. Hierauf sollte verzichtet werden.

Bei den Kennzahlen zur Förderung der Patientensicherheit ist zumindest zu beachten, dass die Unterstützung der Kranken- und Pflegekassen bei vermuteten Behandlungs- oder Pflegefehlern gem. § 66 SGB V immer fallindividuell und in enger Abstimmung mit dem jeweiligen Versicherten erfolgt, was einen Vergleich erschwert. Daher scheinen nur orientierende Kennzahlen sinnvoll, wie sie bereits in den freiwilligen Transparenzberichten dargestellt sind.

Kennzahlen zum Stand der Digitalisierung

Im Gesetzentwurf sind neben der Angabe des Ausstattungsgrades, z. B. im Hinblick auf die ePA, auch Informationen zur tatsächlichen Nutzung, zur Bewertung durch Versicherte oder Nutzungsabbrüche in verschiedenen Nutzungsstadien (Onboarding, Verlauf der Nutzung) sowie zur Nutzungsintensität oder den Supportprozessen laut Gesetzgeber von Interesse. Es stellt sich jedoch die Frage, welchen Erkenntnisgewinn Versicherte tatsächlich daraus ziehen können. Im Rahmen der Erarbeitung der AOK-Transparenzberichte erfolgten Gespräche mit der Verbraucherzentrale Bundesverband und Patientenorganisationen hinsichtlich der Bedürfnisse von Versicherten an eine Transparenz im Leistungsgeschehen der Krankenkassen. Dabei wurde überwiegend der Bedarf gesehen, abzubilden, welche Leistungen die Krankenkassen erbringen und wie lange in der Regel Anträge brauchen, um bearbeitet zu werden. Versicherte sind in erster Linie an einer möglichst zeitnahen und qualitativ hochwertigen Versorgung interessiert.

Einrichtung einer digitalen Plattform

Die AOK-Gemeinschaft hat am 30.09.2023 zum vierten Mal ihre umfangreichen Transparenzberichte zum Leistungsgeschehen nach einheitlichen Standards veröffentlicht. Die AOK wird daher das Vorhaben der Politik zur Einrichtung einer digitalen Plattform konstruktiv begleiten. Dabei ist sicherzustellen, dass die vorgesehenen Daten verfügbar und valide erhebbar sowie vergleichbar sind und auch den Versicherten einen Mehrwert bieten.

Finanzieller und bürokratischer Aufwand
Die Gesetzesbegründung geht von einem geringfügigen, nicht quantifizierbaren Aufwand für die Datenerhebung bei den Kranken- und Pflegekassen aus. Da der Aufwand von der Ausgestaltung der Erhebung der Daten und der technischen Schnittstellen abhängt, könnte sich der Aufwand doch als wesentlich höher herausstellen. Grundsätzlich ist der zusätzliche bürokratische Aufwand, der durch das gesetzliche Vorhaben entsteht, zu berücksichtigen.

Evaluation
Der Gesetzentwurf sieht eine Pflicht vor, die Richtlinie sowie ihre Umsetzung extern evaluieren zu lassen, damit sind zusätzliche Kosten und Aufwände verbunden.
Die jährlich vorgesehene Überprüfung der verbindlichen Vorgaben durch den GKV-SV gemeinsam mit seinen Mitgliedern wird ausdrücklich begrüßt und als ausreichend für eine Qualitätssicherung erachtet.

C Änderungsvorschlag

Es sollen insbesondere folgende Regelungen gestrichen werden:

- § 217 f Abs. 4 Satz 4 Nr. 4 SGB V Kennzahl zur Dauer von Widerspruchsverfahren
- § 217f Abs. 4 Satz 4 Nr. 6 Buchstaben a) und b) SGB V Kennzahlen zur Servicequalität (Antragsprozess und Beschwerdemanagement)
- § 217f Abs. 4 Satz 4 Nr. 7 SGB V Kennzahlen zum Stand der Digitalisierung
- § 217f Abs. 4 Satz 12 SGB V Evaluation der Umsetzung der Richtlinie

Nr. 25 § 226 Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtig Beschäftigter

A Beabsichtigte Neuregelung

Es werden Waisenrenten und Hinterbliebenenversorgungen in der Krankenversicherung beitragsfrei gestellt, wenn neben diesen Leistungen ein Freiwilligendienst abgeleistet wird. Nach dem bisherigen Recht sind die genannten Versorgungen nach Beginn des Freiwilligendienstes beitragsrechtlich zu berücksichtigen, während sie für sich allein betrachtet bis zum Erreichen der Altersgrenze nach § 10 Absatz 2 SGB V beitragsfrei sind.

B Stellungnahme

Mit Beginn eines Freiwilligendienstes tritt nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V Versicherungspflicht ein, diese verdrängt die bestehende Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b SGB V, die die Voraussetzung für die Beitragsfreiheit der Waisenrente bzw. entsprechender Hinterbliebenenversorgung nach § 237 Satz 2 und 3 SGB V ist. Durch die Ergänzung der gesetzlichen Regelung können sich Waisen zukünftig durch die Aufnahme eines Freiwilligendienstes für die Gesellschaft engagieren und werden dadurch nicht schlechter gestellt. Diese Anpassung der gesetzlichen Regelung führt zwar zu einer geringen Mindereinnahme durch die ausfallenden Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung, sie ist aber nachvollziehbar und dient vorrangig der Förderung der Freiwilligendienste.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 2 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Nr. 1 § 25 Familienversicherung

A Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nr. 1 (Nachziehen in der sozialen Pflegeversicherung). Auch hier können künftig Rentnerinnen und Rentner nicht in der Familienversicherung versichert werden, wenn sie zuvor nicht gesetzlich versichert waren und nur aufgrund der Wahl einer Teilrente mit ihrem Gesamteinkommen unterhalb der Einkommensgrenze für die Familienversicherung liegen.

B Stellungnahme

Durch die notwendige Folgeänderung zu Artikel 1 Nr. 1 wird sichergestellt, dass die Neuregelung in der Familienversicherung zur Systemabgrenzung zwischen GKV und privater KK auch für die Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung gilt.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Nr. 2 § 47a Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber beabsichtigt die bereits bestehenden Datenübermittlungsbefugnisse auf weitere Organisationen bzw. Körperschaften zu erweitern. Die vorgesehene Ergänzung soll künftig den Kreis der Berechtigten um Gesundheitsämter, Heimaufsicht und nach Landesrecht zuständigen Gesundheitsbehörden erweitern. Es handelt sich um eine Parallelnorm zu § 197a SGB V.

B Stellungnahme

Siehe Ausführungen unter Nr. 23.

C Änderungsvorschlag

Siehe Ausführungen unter Nr. 23.

Nr. 3 § 53 Aufgaben auf Bundesebene

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Bewertung zur Transparenz der Leistungen der Pflegeversicherung wurde in die Stellungnahme zur Transparenz im Leistungsgeschehen der gesetzlichen Krankenversicherung integriert. Die Stellungnahme zu dieser Vorschrift befindet sich unter Artikel 1 Nr. 24 § 217f Absatz 4 SGB V Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.

B Stellungnahme

Siehe Ausführungen unter Nr. 24.

C Änderungsvorschlag

Siehe Ausführungen unter Nr. 24.

Nr. 4 § 57 Beitragspflichtige Einnahmen

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Anpassung werden Waisenrenten und Hinterbliebenenversorgungen auch in der sozialen Pflegeversicherung beitragsfrei gestellt, wenn neben diesen Leistungen ein Freiwilligendienst abgeleistet wird. Nach dem bisherigen Recht sind die genannten Versorgungen nach Beginn des Freiwilligendienstes beitragsrechtlich zu berücksichtigen, während sie für sich allein betrachtet bis zum Erreichen der Altersgrenze nach § 10 Absatz 2 SGB V beitragsfrei sind.

B Stellungnahme

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nr. 29 (§ 226 SGB V), somit sind Waisenrenten und Hinterbliebenenversorgungen auch in der sozialen Pflegeversicherung beitragsfrei, wenn neben dem Bezug der Versorgungen ein Freiwilligendienst abgeleistet wird. Diese Anpassung der gesetzlichen Regelung führt zwar zu einer geringen Mindereinnahme durch die ausfallenden Beiträge in der sozialen Pflegeversicherung, sie ist aber nachvollziehbar und dient vorrangig der Förderung der Freiwilligendienste.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 5 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

§ 26 Zusatzentgelt für Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 im Krankenhaus

A Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Streichung des § 26 Krankenhausfinanzierungsgesetz werden das Zusatzentgelt für die Vergütung der Kosten durchgeführter Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 bei stationärer Krankenhausbehandlung aufgehoben. Für Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 werden zukünftig entstehende Kosten im Rahmen der regulären Entgelte berücksichtigt.

B Stellungnahme

Nach dem Ende der SARS-CoV-2-Pandemie ist diese Sonderregelung nicht mehr erforderlich. Zukünftig erfolgt eine Vergütung systemimmanent über das DRG-System. Die Streichung ist sachgerecht und zu begrüßen.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

Artikel 6 Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

§ 31 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung schafft für eine definierte Patientengruppe weitere Ermächtigungstatbestände, um dadurch zusätzliche Versorgungsaufträge zur Verbesserung der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung für Patientinnen und Patienten zu ermöglichen, die aufgrund ihrer persönlichen und sozialen Lebensumstände einen besonders erschwerten Zugang zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung haben.

B Stellungnahme

Der Gesetzgeber hat richtigerweise erkannt, dass vulnerable Patientinnen und Patienten einen erschwerten Zugang zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung haben. Statt durch strukturelle Maßnahmen den Zugang insgesamt zu verbessern, wird das System durch einen weiteren Ermächtigungstatbestand komplizierter. Zwar kann durch die vorgeschriebene Kooperationsvereinbarung, z. B. mit der Krisenhilfe, tatsächlich der Zugang verbessert werden, jedoch gilt auch hier, dass eine bessere (auch SGB-übergreifende) Vernetzung insgesamt notwendig wäre. Gleichzeitig fördert die Regelung den Aufbau von Doppelstrukturen, gerade für Personen mit erheblichen Einschränkungen des psychosozialen Funktionsniveaus wurde die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur koordinierten Versorgung für schwer psychisch Erkrankte (KSVPsych-Richtlinie) beschlossen, die insbesondere die Netzwerk- und Kooperationsarbeit fördert.
Erschwerend kommt hinzu, dass die vorgesehene Patientengruppe nicht eindeutig definiert und die Einhaltung der Begrenzung der Versorgung auf diese Patientengruppe nicht überprüfbar ist. Insofern besteht ein hohes Risiko für eine Mengenausweitung im Bereich der Psychotherapie. Eine vollständige Berücksichtigung in der Bedarfsplanung ist notwendig.
Des Weiteren ist bzgl. der Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der ambulanten Psychotherapie auf die Regelungen der Psychotherapie-Richtlinie zu verweisen.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

III. Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes

Regelungsvorschlag zur Weiterentwicklung der rechtlichen Rahmenbedingungen der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V

Sachstand

Mit den gesetzlichen Vorgaben zur hausarztzentrierten Versorgung soll für die Krankenkassen die Möglichkeit bestehen, die Versorgung regional, qualitätsorientiert und effizient zu gestalten. Im SGB V ist seit 2007 verankert, dass die Krankenkassen ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) anzubieten haben.

Mittlerweile bestehen in nahezu allen Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), außer in Mecklenburg-Vorpommern, HzV-Verträge. Jedoch unterscheiden sich die Verträge in der Ausgestaltung teilweise sehr deutlich.
Neben sogenannten Vollversorgungsverträgen, bei dem der Leistungsbedarf des HzV-Vertrages im Budget (budgetierte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung) der entsprechenden KV bereinigt wird, bestehen sogenannte Add-on-Verträge, bei denen Leistungen zusätzlich zur bestehenden Regelversorgung vereinbart wurden.

Die letzten Jahre der Umsetzung der Verträge der hausarztzentrierten Versorgung zeigen, dass die HzV dort besonders gut funktioniert, wo die Vertragspartner die Verträge gemeinsam partnerschaftlich weiterentwickeln und umsetzen. Es zeigt sich aber auch, dass die aktuellen gesetzlichen Vorgaben zur hausarztzentrierten Versorgung die ärztliche Vertragsseite bevorzugt und die Einflussnahme der Krankenkassen, die regionalen Versorgungsbedürfnisse der Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen, eingeschränkt haben.

Durch die aktuelle Diskussion zur Weiterentwicklung und Stärkung der primärärztlichen Versorgungsstrukturen mit dem GVSG, der Krankenhausreform mit den sogenannten „sektorenübergreifenden Versorgern“ (vormals Level 1i), vorläufigen Eckpunkten des geplanten Pflegekompetenzgesetzes und der damit angestrebten Stärkung der Pflege sowie den AOK-Forderungen zur Innovationsfunktion regionaler Vertragsgestaltung (vgl. Regelungsvorschlag § 123 (neu) SGB V) ist es aus Sicht der AOKs erforderlich, die gesetzlichen Rahmenbedingungen zur hausarztzentrierten Versorgung den regionalen Versorgungsbedürfnissen anzupassen.

Änderungsvorschlag

Aktueller Gesetzestext	Vorschlag neuer Gesetzestext	Erläuterungen
§ 73b SGB V Hausarztzentrierte Versorgung		
Wenn Text über beide Spalten, dann bleibt Gesetzestext erhalten.		*Erläuterungen zur Formatierung*
~~*Wenn der Text in dieser Spalte durchgestrichen ist, ist er im aktuellen Gesetzestext enthalten, aber nicht im neuen Vorschlag enthalten.*~~ *Unveränderte Textpassagen haben keine besondere Formatierung.*	*Wenn der Text in dieser Spalte unterstrichen ist, ist die Formulierung neu hinzugekommen.* *Unveränderte Textpassagen gegenüber aktuellem Gesetzestext haben keine besondere Formatierung.*	
(1) Die Krankenkassen ~~haben~~ ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) an~~zu~~bieten.	Die Krankenkassen **können** ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) anbieten.	Aufgrund der Weiterentwicklungen der primärärztlichen Regelversorgung ist der Kontrahierungszwang eines Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung abzuschaffen und in eine freiwillige Möglichkeit zu ändern.
(2) Dabei ist sicherzustellen, dass die hausarztzentrierte Versorgung insbesondere folgenden Anforderungen genügt, die über die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie in den Bundesmantelverträgen geregelten Anforderungen an die hausärztliche Versorgung nach § 73 hinausgehen: 1. Teilnahme der Hausärzte an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie unter Leitung entsprechend geschulter Moderatoren, 2. Behandlung nach für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien,		

Aktueller Gesetzestext	Vorschlag neuer Gesetzestext	Erläuterungen
3. Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95d durch Teilnahme an Fortbildungen, die sich auf hausarzttypische Behandlungsprobleme konzentrieren, wie patientenzentrierte Gesprächsführung, psychosomatische Grundversorgung, Palliativmedizin, allgemeine Schmerztherapie, Geriatrie,		
4. Einführung eines einrichtungsinternen, auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnittenen, indikatorengestützten und wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagements.		
	5. Verpflichtung zur Kooperation mit HzV-Praxen, Fachärzten und weiteren Einrichtungen.	Weitergehende verpflichtende Anforderungen an die hausarztzentrierte Versorgung sind hier gesetzlich aufzunehmen. Beispielsweise sollen Kooperationen mit HzV-Praxen geschlossen werden, z. B. für Vertretungsregelungen bei Urlaub und Krankheit.
	6. Verpflichtung zur Vermittlung von Terminen bei Fachärzten	
	7. Verpflichtung zum Angebot telemedizinischer und/oder Videosprechstunden	
	8. Verpflichtung zur Durchführung von Hausbesuchen.	
(3) $_1$Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig. $_2$Die Teilnehmer verpflichten sich schriftlich oder elektronisch gegenüber ihrer Krankenkasse, nur einen von ihnen aus dem Kreis der Hausärzte nach Absatz 4 gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen sowie ambulante fachärztliche Behandlung mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte nur auf dessen Überweisung; die direkte Inanspruchnahme eines Kinder- und Jugendarztes bleibt unberührt. $_3$Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von		

Aktueller Gesetzestext	Vorschlag neuer Gesetzestext	Erläuterungen
zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. [4]Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. [5]Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht schriftlich oder elektronisch mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. [6]Wird das Widerrufsrecht nicht ausgeübt, ist der Versicherte an seine Teilnahmeerklärung und an die Wahl seines Hausarztes mindestens ein Jahr gebunden; er darf den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln. [7]Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur Bindung an den gewählten Hausarzt, zu weiteren Ausnahmen von dem Überweisungsgebot und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten, regeln die Krankenkassen in den Teilnahmeerklärungen. [8]Die Satzung der Krankenkasse hat Regelungen zur Abgabe der Teilnahmeerklärung zu enthalten; die Regelungen sind auf der Grundlage der Richtlinie nach § 217f Absatz 4a zu treffen.		
(4) [1]Zur ~~flächendeckenden~~ Sicherstellung des Angebots nach Absatz 1 ~~haben~~ Krankenkassen allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen ~~spätestens bis zum 30. Juni 2009~~ Verträge mit ~~Gemeinschaften~~ zu schließen~~, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten.~~ [2]~~Kön-~~	[1]Zur Sicherstellung des Angebots nach Absatz 1 können Krankenkassen allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen Verträge mit mindestens einem der folgenden Vertragspartner schließen:	Die bisherige Mandatierung hat in der Regel keine flächendeckende Versorgung bei Vollversorgungsverträgen geschaffen. Aufgrund der Freiwilligkeit des Vertrages soll auch ein regionales Angebot möglich sein. Bei freiwilligen Verträgen ist auf die Einleitung von Schiedsverfahren zu verzichten.

Aktueller Gesetzestext	Vorschlag neuer Gesetzestext	Erläuterungen
~~nen sich die Vertragsparteien nicht einigen, kann die Gemeinschaft die Einleitung eines Schiedsverfahrens nach Absatz 4a beantragen. 3 Ist ein Vertrag nach Satz 1 zustande gekommen oder soll ein Vertrag zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen geschlossen werden, können Verträge auch abgeschlossen werden mit~~		
1. vertragsärztlichen Leistungserbringern, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen, 2. Gemeinschaften dieser Leistungserbringer, 3. Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen, anbieten,		
4. Kassenärztlichen Vereinigungen ~~soweit Gemeinschaften nach Nummer 2 sie hierzu ermächtigt haben.~~	4. Kassenärztlichen Vereinigungen 5. Berufs- und Interessenverbänden der Leistungserbringer nach Nummer 1 zur Unterstützung von Mitgliedern, die an der besonderen hausärztlichen Versorgung teilnehmen.	Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen als eigenständige Vertragspartner einer HzV möglich sein, ohne dass sie zwingend von den Gemeinschaften dazu ermächtigt werden. Die Erweiterung um Berufs- und Interessensverbänden vergrößert die Möglichkeiten der Vertragspartner und ist analog der Regelungen in § 140a aufgenommen.

Aktueller Gesetzestext	Vorschlag neuer Gesetzestext	Erläuterungen
	2Die Teilnahme von Vertragsärzten in Satz 1 ist freiwillig.	Satz 2 stellt klar, dass die Vertragsärzte nach § 73 nicht verpflichtend am Vertrag zur HzV teilnehmen müssen.
4~~Finden die Krankenkassen in dem Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung keinen Vertragspartner, der die Voraussetzungen nach Satz 1 erfüllt, haben sie zur flächendeckenden Sicherstellung des Angebots nach Absatz 1 Verträge mit einem oder mehreren der in Satz 3 genannten Vertragspartner zu schließen.~~ 5~~In den Fällen der Sätze 3 und 4 besteht kein Anspruch auf Vertragsabschluss; die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots ist unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien auszuschreiben.~~		Aufgrund der Freiwilligkeit des Vertragsabschlusses sind Satz 4 und 5 zu streichen.
6Soweit die hausärztliche Versorgung der Versicherten durch Verträge nach diesem Absatz durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 eingeschränkt.	3Soweit die hausärztliche Versorgung der Versicherten durch Verträge nach diesem Absatz durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 eingeschränkt.	Anpassung der Satznummerierung
	4Dies gilt nicht für Verträge nach Satz 1 Nr. 4.	Klarstellung, dass der Sicherstellungsauftrag durch die KV nach § 75 Abs. 1 nicht eingeschränkt ist, wenn die KV auch Vertragspartner der HzV ist.
7Satz 6 gilt nicht für die Organisation der vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten.	8Satz 6 gilt nicht für die Organisation der vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten.	Änderung der Satznummerierung
~~(4a)~~ 1~~Beantragt eine Gemeinschaft gemäß Absatz 4 Satz 2 die Einleitung eines Schiedsverfahrens, haben sich die Parteien auf eine unabhängige Schiedsperson zu~~		Aufgrund der Freiwilligkeit des Vertragsab-

Aktueller Gesetzestext	Vorschlag neuer Gesetzestext	Erläuterungen
~~verständigen, die den Inhalt des Vertrages nach Absatz 4 Satz 1 festlegt. 2Einigen sich die Parteien nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. 3Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. 4Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung. 5Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts richten sich gegen eine der beiden Vertragsparteien, nicht gegen die Schiedsperson.~~		schlusses sind die Regelungen zu einem verpflichtenden Schiedsverfahren in Absatz 4a zu streichen.
(5) 1In den Verträgen nach Absatz 4 sind das Nähere über den Inhalt und die Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung, insbesondere die Ausgestaltung der Anforderungen nach Absatz 2, sowie die Vergütung zu regeln; in Verträgen, ~~die nach dem 31. März 2014 zustande kommen~~, sind zudem Wirtschaftlichkeitskriterien und Maßnahmen bei Nichteinhaltung der vereinbarten Wirtschaftlichkeitskriterien sowie Regelungen zur Qualitätssicherung zu vereinbaren.	1In den Verträgen nach Absatz 4 sind das Nähere über den Inhalt und die Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung, insbesondere die Ausgestaltung der Anforderungen nach Absatz 2, sowie die Vergütung zu regeln; <u>bei der zu vereinbarenden Vergütung ist die Beitragssatzstabilität (§71) zu beachten;</u> in Verträgen sind zudem Wirtschaftlichkeitskriterien und Maßnahmen bei Nichteinhaltung der vereinbarten Wirtschaftlichkeitskriterien sowie Regelungen zur Qualitätssicherung zu vereinbaren.	Nicht zuletzt aufgrund der eingeführten Regelungen zum Wahltarif haben alle AOKs Wirtschaftlichkeitsberechnungen zu möglichen Einsparungen und Effizienzgewinnen vorgenommen. Die Betrachtung erfolgte jeweils nach geltenden wissenschaftlichen Standards. Aufgrund der mehrfachen Nachweise der fehlenden Wirtschaftlichkeit verschiedener HzV-Verträge der AOKs sind die Vorgaben zur Beitragssatzstabilität wieder zu berücksichtigen. Der fehlende Nachweis der Wirtschaftlichkeit gilt vor allem für Vollversorgungsverträge, die durch Schiedsspruch festgelegt wurden, da die Strategie einer deutschlandweit einheitlichen Vertragsstruktur der HÄVG nicht

Aktueller Gesetzestext	Vorschlag neuer Gesetzestext	Erläuterungen
		die regionalen Besonderheiten der AOKs berücksichtigt. Mit Ausnahmen konnten HzV-Versicherte nicht im gewünschten Ausmaß von den Zielen wie effizienter Einsatz der zur Verfügung stehenden Versorgungsmittel, stärkere Hausarztbindung, Steuerung von Facharztkontakten, rationale Arzneimitteltherapie, Einsatz des Basislabors des Hausarztes, Vermeidung von Doppeluntersuchungen sowie unnötige Krankenhauseinweisungen und Förderung des Leitsatzes „ambulant vor stationär" profitieren.
[2]Eine Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung bei der Ausgestaltung und Umsetzung der Anforderungen nach Absatz 2 ist möglich. [3]Die Verträge können auch Abweichendes von den im Dritten Kapitel benannten Leistungen beinhalten, soweit sie die in § 11 Absatz 6 genannten Leistungen, Leistungen nach den §§ 20i, 25, 26, 37a und 37b sowie ärztliche Leistungen einschließlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden betreffen, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. [4]Die Einzelverträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen regeln. [5]§ 106d Absatz 3 gilt hinsichtlich der arzt- und versichertenbezogenen Prüfung der Abrechnungen auf Rechtmäßigkeit entsprechend.		

Aktueller Gesetzestext	Vorschlag neuer Gesetzestext	Erläuterungen
	6Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, Abrechnungspositionen in der KV-Abrechnung, die dem Versorgungsauftrag des jeweiligen Vertrages nach Abs. 4 entsprechen, nicht über die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung abzurechnen.	Hinsichtlich fehlerhafter HzV-Arztabrechnungen besteht die Möglichkeit, eine Regelwerksprüfung durch die jeweilige KV zu initiieren, die die fehlerhaften Abrechnungen direkt abweist, ohne sie zu vergüten.
	7Die Vertragspartner haben für die Erfüllung der Aufgaben nach Satz 6 die notwendigen Daten wie Arzt- und Versichertenteilnahmedaten sowie EBM-Positionen des Versorgungs-auftrages des Vertrages nach Abs. 4 an die Kassenärztlichen Vereinigungen für die Regelwerksprüfung zu liefern. 8Näheres dazu regeln die Vertragspartner in ihrem Vertrag.	Vorzusehen ist eine verpflichtende Unterstützung seitens der KVen zur Einführung von Regelwerksprüfungen der KV-Abrechnungen durch HzV-Hausärzte bei Vollversorgungsverträgen. Dabei sind Abrechnungen von HzV-Hausärzten für EBM-Leistungen für Versicherte, die in der HzV eingeschrieben sind, in der KV-Quartalsabrechnung zurückzuweisen, wenn diese Leistungen im Ziffernkranz der HzV-Verträge enthalten sind.
	9Die Kosten für die Durchführung der Regelwerksprüfung sind im Rahmen des Verursacherprinzips von dem hausärztlichen Vertragspartner zu tragen.	

Aktueller Gesetzestext	Vorschlag neuer Gesetzestext	Erläuterungen
~~6~~Zugelassene strukturierte Behandlungsprogramme nach §§ 137f und 137g sind, soweit sie die hausärztliche Versorgung betreffen, Bestandteil der Verträge nach Absatz 4. ~~7~~Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen können nicht Gegenstand der Verträge sein.	10Zugelassene strukturierte Behandlungsprogramme nach §§ 137f und 137g sind, soweit sie die hausärztliche Versorgung betreffen, Bestandteil der Verträge nach Absatz 4. 11Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen können nicht Gegenstand der Verträge sein.	Anpassung der Satznummerierung
~~(5a) 1Kündigt die Krankenkasse einen Vertrag nach Absatz 4 und kommt bis zum Ablauf dieses Vertrages kein neuer Vertrag zustande, gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages vorläufig bis zum Zustandekommen eines neuen Vertrages weiter. 2Dies gilt nicht bei einer außerordentlichen Kündigung nach § 71 Absatz 6 Satz 3.~~		Mit der im TSVG (2019) zu § 73b Abs. 5a SGB V aufgenommenen Regelung gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages vorläufig bis zum Zustandekommen eines neuen Vertrages weiter. Dies gilt allerdings nur, wenn eine Krankenkasse einen HzV-Vertrag kündigt. Wenn der hausärztliche Vertragspartner also keinen Bedarf zur Verhandlung neuer bzw. angepasster Vertragsinhalte sieht, da sich aus seiner Sicht der Status quo verschlechtert oder er andere Interessen verfolgt, gelten die bisherigen Vertragsinhalte mit seinen Leistungen und Vorgaben selbst bei Kündigung des Vertrages durch die Krankenkasse auf unbestimmte Zeit weiter.

Aktueller Gesetzestext	Vorschlag neuer Gesetzestext	Erläuterungen
		Aufgrund der vorgesehenen Freiwilligkeit ist die Fortgeltungsregelung in Absatz 5a zu streichen.
(6) Die Krankenkassen haben ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über Inhalt und Ziele der hausarztzentrierten Versorgung sowie über die jeweils wohnortnah teilnehmenden Hausärzte zu informieren.		
(7) [1]Die Vertragspartner der Gesamtverträge haben den Behandlungsbedarf nach § 87a Absatz 3 Satz 2 zu bereinigen. [2]Die Bereinigung erfolgt rechtzeitig zu dem Kalendervierteljahr, für welches die Gesamtvergütung bereinigt werden soll, entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der für dieses Kalendervierteljahr eingeschriebenen Versicherten sowie dem vertraglich vereinbarten Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach § 87a Absatz 5 Satz 7. [3]Dabei können die Bereinigungsbeträge unter Beachtung der Maßgaben nach Satz 2 auch pauschaliert ermittelt werden. [4]Kommt eine rechtzeitige Einigung über die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nicht zustande, können auch die Vertragspartner der Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung das Schiedsamt nach § 89 anrufen. [5]Die für die Bereinigungsverfahren erforderlichen arzt- und versichertenbezogenen Daten übermitteln die Krankenkassen den zuständigen Gesamtvertragspartnern bis spätestens drei Wochen vor dem Kalendervierteljahr, für welches die Gesamtvergütung für die in diesem Kalendervierteljahr eingeschriebenen Versicherten bereinigt werden soll. [6]Die Krankenkasse kann, falls eine rechtzeitige Bereinigung nicht festgesetzt worden ist, den Behandlungsbedarf unter Beachtung der Maßgaben nach Satz 2 vorläufig bereinigen. [7]Sie kann auch die Anerkennung und Umsetzung des geltenden Bereinigungsverfahrens für die Bereinigung der Gesamtvergütung für an der hausarztzentrierten Versorgung		

Aktueller Gesetzestext	Vorschlag neuer Gesetzestext	Erläuterungen
teilnehmende Versicherte mit Wohnort im Bezirk anderer Kassenärztlichen Vereinigungen von diesen Kassenärztlichen Vereinigungen verlangen. [8]Für die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach Satz 7 sowie für den Fall der Rückführung von Bereinigungsbeträgen bei Beendigung der Teilnahme eines Versicherten sind die Verfahren gemäß § 87a Absatz 5 Satz 9 anzuwenden. [9]Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die zur Bereinigung erforderlichen Vorgaben im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben umzusetzen.		
(8) Die Vertragsparteien nach Absatz 4 können vereinbaren, dass Aufwendungen für Leistungen, die über die hausärztliche Versorgung nach § 73 hinausgehen und insoweit nicht unter die Bereinigungspflicht nach Absatz 7 fallen, aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die aus den Maßnahmen von Verträgen nach Absatz 4 erzielt werden, finanziert werden.		
(9) Die Einhaltung der nach Absatz 5 Satz 1 vereinbarten Wirtschaftlichkeitskriterien muss spätestens vier Jahre nach dem Wirksamwerden der zugrunde liegenden Verträge nachweisbar sein; § 88 Absatz 2 des Vierten Buches gilt entsprechend.		

Regelungsvorschlag für „Primärversorgungszentren" als wesentlicher Baustein für eine patientenzentrierte Versorgung

Sachstand

Die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in den Regionen gestaltet sich zunehmend schwierig. Der ärztliche Nachwuchs fehlt oder ist nicht bereit, sich in ländlichen, strukturschwachen Regionen niederzulassen. Zudem stellt die junge Generation der Ärztinnen und Ärzte andere Ansprüche an die Niederlassung. Eine Zulassung in einer Einzelpraxis passt häufig nicht mehr zu den Ansprüchen der jungen Ärztinnen und Ärzte, die Familie und Beruf miteinander verbinden wollen und daher eher eine Anstellung oder eine Arbeit in einem Praxisteam anstreben. Außerdem sollte gerade aufgrund des Mangels an Hausärztinnen und Hausärzten eine Konzentration auf die medizinische Kernkompetenz möglich sein und daher verstärkt interprofessionell versorgt werden. Es bedarf neuer Formen der Zusammenarbeit.
Die Niederlassungsmöglichkeiten müssen für die nachfolgende Generation der Ärztinnen und Ärzte attraktiv gestaltet sein, um den Herausforderungen gewachsen zu sein.

Änderungsbedarf und Begründung

Die AOK hat daher einen eigenen Regelungsvorschlag für Primärversorgungszentren entwickelt, um die ambulanten Herausforderungen in den Regionen zu lösen und die sektoren- und professionsübergreifende Transformation voranzutreiben. Hierzu ist es notwendig, dass Primärversorgungszentren flächendeckend und damit niedrigschwellig umgesetzt werden können und ausreichend regionaler Spielraum für die bedarfsgenaue Ausgestaltung besteht. Durch die Schaffung einer Grundlage für interprofessionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe werden attraktive Perspektiven für Fachpersonal geschaffen, wodurch auch bereits länger bestehende Sicherstellungsprobleme gelöst werden können. Für die Patient/-innen muss es eine spürbar verbesserte Erreichbarkeit und geringere Fragmentierung der Versorgung geben.
Die wesentlichen Inhalte und Charakteristika des AOK-Vorschlags lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- **Versorgungsauftrag**: In einem Primärversorgungszentrum soll eine umfassende hausärztliche Versorgung, unter Einbindung medizinisch pflegerischer Leistungen, als interprofessionelle Teamleistung erbracht werden. Das Zentrum stellt die niedrigschwellige Primärversorgung sicher und koordiniert die für eine patientenorientierte, gesamtheitliche und kontinuierliche Versorgung erforderlichen Maßnahmen. Je nach regionalem Bedarf können auch grundversorgende Fachärztinnen und Fachärzte oder weitere Gesundheitsprofessionen sowie soziale Beratungsangebote und Nachsorge- und Beobachtungsmöglichkeiten das Versorgungsangebot ergänzen.
- **Bedarfsfeststellung und Planung:** Der Bedarf für ein Primärversorgungszentrum wird vom Landesausschuss festgestellt und im Bedarfsplan festgeschrieben. Laut bestehenden gesetzlichen Regelungen kann der erweiterte Landesausschuss nach § 90a SGB V eine Stellungnahme zum Bedarfsplan abgeben,

wodurch weitere Expertise einfließt. Der Bedarf kann dabei auch aus Versorgungsproblemen resultieren, die nicht alleine auf den ärztlichen Versorgungsgrad zurückzuführen sind. In einer korrespondierenden Änderung ist festzulegen, dass die Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) Vorgaben zur Bedarfsfeststellung, Regionsabgrenzung, inhaltlichen Ausrichtung und Anrechnung von Primärversorgungszentren vorstehen muss.

- **Gründung:** Primärversorgungszentren können von Leistungserbringenden oder Gemeinschaften von Leistungserbringenden nach Kapitel 4 SGB V sowie nach §§ 71 f. SGB XI, Kassenärztlichen Vereinigungen sowie Kommunen errichtet werden. Eine Beschränkung auf (drohend) unterversorgte Planungsbereiche erfolgt nicht. Der § 73a neu kann auch die Grundlage zur Gründung von „Sekorenübergreifenden Versorgern" (Level 1i-Einrichtungen) sein. Da es in der ambulanten Versorgung keine interprofessionelle Betriebsform gibt, muss korrespondierend die Einführung einer solchen in das SGB V erfolgen.
- **Anforderungen:** Das interprofessionelle Team muss mindestens aus einem vollen hausärztlichen Versorgungsauftrag und einer Pflegefachperson bestehen. Die Zusammenarbeit mit weiteren Professionen oder Fachrichtungen ist nachzuweisen. Um dem Versorgungsauftrag gerecht zu werden, sind neben den personellen und sonstigen Anforderungen, die in einer G-BA-Richtlinie festzulegen sind, eine niedrigschwellige Erreichbarkeit, eine sozialraumbezogene Versorgung und die Teilnahme an der ärztlichen Weiterbildung nachzuweisen. Die Erfüllung der Anforderungen wird vom Zulassungsausschuss geprüft.
- **G-BA-Richtlinie:** In einer Richtlinie sind grundsätzliche Vorgaben zur Qualifikation der im Primärversorgungszentrum tätigen Personen, der interprofessionellen Zusammenarbeit, zur sächlichen Mindestausstattung, zu den Öffnungszeiten, der Erreichbarkeit und zum niedrigschwelligen Zugang, der Digitalisierung der Versorgungsprozesse und zur Sicherung der Versorgungsqualität festzulegen. Die konkrete Umsetzung und Ausgestaltung haben nach regionalem Bedarf zu erfolgen.
- **Vergütung:** Die Vergütung wird durch den Bewertungsausschuss festgelegt. Die Vergütungssystematik kann dabei ganz oder in Teilen von den Regelungen für die vertragsärztlichen Leistungen abweichen, um die Eigenart und Zielsetzung von Primärversorgungszentren berücksichtigen zu können. Die Vertragspartner der Gesamtvergütung haben den Behandlungsbedarf nach § 87a Absatz 3 Satz 2 SGB V entsprechend zu bereinigen. Damit wäre beispielsweise eine Pauschale für die interprofessionelle Teamarbeit oder Globalbudgets möglich.

Änderungsvorschlag

Gesetzestext	Erläuterungen
§ 73a **Primärversorgungszentrum**	
(1) In Primärversorgungszentren wird Versicherten eine umfassende hausärztliche Versorgung unter Einbindung medizinisch-pflegerischer Leistungen als interprofessionelle Teamleistung zur Verfügung gestellt. Ein Primärversorgungszentrum stellt in der Region die niedrigschwellige Primärversorgung sicher und koordiniert die für eine patientenorientierte, gesamtheitliche und kontinuierliche Versorgung erforderlichen Maßnahmen. Bei regionalem Bedarf sollen grundversorgende Fachärztinnen und -ärzte, weitere Gesundheitsprofessionen, soziale Beratungsangebote und Nachsorge- und Beobachtungsmöglichkeiten das Versorgungsangebot des Primärversorgungszentrums ergänzen.	Die Primärversorgung in Deutschland ist nicht mehr sichergestellt. Nahezu 5.000 Hausarztsitze und zahlreiche Sitze grundversorgender Fachärzte sind unbesetzt. Gleichzeitig besteht in Deutschland, trotz positiver Beispiele aus dem Ausland, die Arztzentrierung fort. Akademisierte Pflegefachpersonen sind aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen in der Ausübung beschränkt. Nach § 73a Abs. 1 kann in Primärversorgungszentren (PVZ) die hausärztliche Versorgung nach § 73 Abs. 1 Satz 2 in interprofessioneller Teamarbeit erbracht werden. Dabei nehmen Pflegefachpersonen (z. B. Advanced Practice Nurse (APN) oder Community Health Nurse (CHN)) eine wesentliche Rolle ein. Auch besonders qualifizierte Medizinische Fachangestellte (z. B. NäPa) oder Physician Assistants (PA) sollen entsprechend ihrer Kompetenzen eingesetzt werden. PVZ sind an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten ausgerichtet. Sie sollen insbesondere den niedrigschwelligen Zugang und eine gute Erreichbarkeit sicherstellen sowie die Koordination der Versorgung übernehmen. Eine Verknüpfung mit der hausarztzentrierten Versorgung ist möglich. Ein PVZ kann je nach regionalem Bedarf um grundversorgende Fachärzte erweitert werden. Außerdem können

	Gesetzestext	Erläuterungen
		beispielsweise auch Nachsorge- und Beobachtungsmöglichkeiten (keine ärztliche 24/7 Präsenz, sondern Praxiszeiten und Rufbereitschaft) angeboten werden. Für einen größtmöglichen Spielraum wird eine bewusst offene Formulierung gewählt, die u. a. die Umsetzung von Level 1i-Häusern als PVZ ermöglicht.
(2)	Nach Feststellung des Bedarfs durch den Landesausschuss kann ein Primärversorgungszentrum von Leistungserbringenden oder Gemeinschaften von Leistungserbringenden nach Kapitel 4 sowie nach §§ 71f. SGB XI, Kassenärztlichen Vereinigungen sowie Kommunen errichtet werden. Es erfolgt eine Berücksichtigung im Bedarfsplan nach § 99.	Im Gegensatz zum Entwurf des GVSG soll die Gründung eines Primärversorgungszentrums nicht auf (drohend) unterversorgte Regionen beschränkt werden und nicht nur aus der Vertragsärzteschaft heraus erfolgen können. Stattdessen werden die breiten Gründungsberechtigten entsprechend des § 123neu SGB V aufgenommen. Die Bedarfsfeststellung inklusive inhaltlicher Ausrichtung des PVZ soll im Landesausschuss auf Grundlage der Festlegungen in der Bedarfsplanungs-Richtlinie vorgenommen werden. Gemäß bestehenden gesetzlichen Regelungen kann der erweiterte Landesausschuss eine Stellungnahme dazu abgeben.
(3)	Primärversorgungszentren müssen insbesondere folgende Anforderungen erfüllen 1. Interprofessionelles Team bestehend aus mindestens einem vollen hausärztlichen Versorgungsauftrag und einer entsprechend der Richtlinie nach Absatz 5 qualifizierten Pflegefachperson, 2. Gewährleistung von Kooperationen mit an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten oder Einrichtungen und weiteren Leistungserbringenden, sofern	Um einen flächendeckenden Aufbau von Primärversorgungszentren zu erreichen, werden niedrige, patientenzentrierte Anforderungen festgelegt. 1. In MVZ müssen i. d. R. mindestens zwei Ärztinnen und Ärzte mit je hälftigem Versorgungsauftrag tätig werden. Daran angelehnt sollen in PVZ mindestens 2 Personen tätig werden: eine Hausärztin oder ein Hausarzt sowie eine Pflegefachperson. Der Umfang des hausärztlichen Versorgungauftrags soll wie im MVZ einem vollen entsprechen. 2. Bereits § 73 Abs. 1 Satz 1 sieht die Koordination der Versorgung als Teil

Gesetzestext	Erläuterungen
deren Leistungen nicht vom Primärversorgungszentrum selbst erbracht werden, 3. niedrigschwellige Erreichbarkeit und Zugang, 4. sozialraumbezogene Versorgung, 5. Sicherstellung einer Weiterbildungsbefugnis nach den Weiterbildungsordnungen, 6. Einhaltung der personellen und sonstigen in der Vereinbarung nach Absatz 5 geregelten Anforderungen.	der hausärztlichen Versorgung vor. Da dies oft nicht gelingt, soll die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren über Kooperationsvereinbarungen institutionalisiert werden. 3. Ein PVZ muss bereit sein, erweiterte Öffnungszeiten (z. B. regelhaft auch außerhalb klassischer sprechstundenfreier Zeiten wie Mittwochnachmittag oder am Samstag) anzubieten, eine gute (auch telefonische bzw. telemedizinische) Erreichbarkeit und einen niedrigschwelligen, barrierefreien Zugang zu forcieren. Die konkrete Umsetzung hat sich an der personellen Größe des PVZ zu orientieren. Damit soll u. a. die Fehlinanspruchnahme der Notfallversorgung reduziert werden. 4. Unter einer sozialraumbezogenen Versorgung ist zu verstehen, dass die ortsspezifische Bevölkerung die Ausstattung und Ausrichtung der PVZ bestimmt. Es sollte auch Verantwortung für die Bevölkerung übernommen werden, die nicht in der Praxis aufschlägt. Hierbei ist dem PVZ freigestellt, ob dies in Zusammenarbeit mit Gesundheitskiosken oder Kommunen oder durch die Beschäftigung einer CHN in der Praxis erfolgt. Bei einer sozialraumbezogenen Versorgung können auch in Zusammenarbeit mit den marktrelevanten Krankenkassen darüberhinausgehende, selektivvertragliche Lösungen gefunden werden. 5. Die PVZ sollen sich zum einen an der ärztlichen Weiterbildung beteiligen, um einen Beitrag zur Sicherstellung der Grundversorgung in der Zukunft zu leisten und die langfristige Etablierung der PVZ in der Region zu sichern. Zum anderen sollen durch

Gesetzestext	Erläuterungen
	die Weiterbildung in einem interprofessionellen Team die Hürden zwischen den Professionen abgebaut werden, indem ein Verständnis für die Gegebenheiten in anderen Fachbereichen und für die Expertise anderer Professionen geschaffen wird und spezifische kommunikative Kompetenzen aufgebaut werden. 6. Die Vorgaben der G-BA-Richtlinie sind ebenso zu erfüllen. Dies betrifft insbesondere die Beteiligung von weiteren, grundversorgenden Fachärztinnen und -ärzten entsprechend der Bedarfsfeststellung.
(4) Der Zulassungsausschuss hat auf Antrag des Leistungserbringenden oder der Gemeinschaften von Leistungserbringenden nach Kapitel 4 SGB V oder nach §§ 71f. SGB XI, der Kassenärztlichen Vereinigung oder der Kommune bei Erfüllung der Anforderungen nach Absatz 3 das Primärversorgungszentrum zur vertragsärztlichen Versorgung zuzulassen.	Der Entwurf des GVSG sieht die Kompetenzerweiterung der Länder im Zulassungsausschuss vor. Unter der Annahme, dass die Länder perspektivisch aktiv auf die Entscheidungen im Zulassungsausschuss Einfluss nehmen können, wird diesem Gremium die Entscheidung über die PVZ übertragen. PVZ erhalten wie MVZ einen eigenen Zulassungsstatus.
(5) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum XX eine Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 16, die Vorgaben zu den Voraussetzungen einer umfassenden hausärztlichen Versorgung in Primärversorgungszentren beinhaltet. Dabei ist das Nähere vorzugeben zur 1. Qualifikation der im Primärversorgungszentrum tätigen Personen, 2. interprofessionellen Zusammenarbeit, insbesondere zur Einbeziehung der Pflegefachperson und weiterer Gesundheitsprofessionen bei der Ersteinschätzung, Behandlung und Unterstützung von Patienten,	An den G-BA soll der Auftrag erteilt werden, u. a. bestimmte Leitplanken zur Qualifikation, interprofessionellen Zusammenarbeit und zu den Öffnungszeiten eines PVZ sowie zur Bereitstellung von hybriden bis digitalen Patientenpfaden festzulegen. Die Festlegungen durch den G-BA sollen sich möglichst auf das Nötigste beschränken, um den Vertragspartnern auf regionaler Ebene einen möglichst großen Gestaltungsspielraum zu erhalten.

Gesetzestext	Erläuterungen
3. sächlichen Mindestausstattung, 4. Öffnungszeit, der Erreichbarkeit und zum niedrigschwelligen Zugang, 5. Digitalisierung der Versorgungsprozesse und zur 6. Sicherung der Versorgungsqualität.	
(6) Der Bewertungsausschuss legt für die umfassende Primärversorgung nach Absatz 1 innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Richtlinien nach Absatz 5 die Vergütung fest. Die Vergütungssystematik kann dabei ganz oder in Teilen von den Regelungen für die vertragsärztlichen Leistungen abweichen, um die Eigenart und Zielsetzung von Primärversorgungszentren berücksichtigen zu können. Die Vertragspartner der Gesamtvergütung haben den Behandlungsbedarf nach § 87a Absatz 3 Satz 2 entsprechend zu bereinigen. Der Bewertungsausschuss hat hierzu Empfehlungen abzugeben. Der Bewertungsausschuss hat die Entwicklung des Bereinigungsvolumens und der Vergütungsbestandteile sowie die Anzahl und Größe der Primärversorgungszentren erstmalig zwei Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie nach Absatz 5 zu überprüfen.	Bei der Ausgestaltung der Vergütung sollen die Vertragspartner auf regionaler Ebene ebenfalls Gestaltungsspielraum erhalten, um die regionalen Besonderheiten des PVZ in dem Vergütungsmodell abbilden zu können. Das Vergütungsmodell kann so gestaltet werden, dass eine vollständige oder teilweise Bereinigung des Behandlungsbedarfs erforderlich wird. Vorstellbar ist eine weitgehende Pauschalierung der Vergütung in Form einer Teampauschale oder ein Globalbudget.

Korrespondierende Änderungen

- **Bedarfsplanungs-Richtlinie**

  In der Bedarfsplanungs-Richtlinie sollen grundlegende Vorgaben zur Festlegung des regionalen Bedarfes, zur inhaltlichen Ausrichtung entsprechend des Bedarfes und zur Anrechnung der Primärversorgungszentren in der Bedarfsplanung

über den Versorgungsauftrag der dort tätigen Ärztinnen und Ärzten hinaus festgelegt werden. Der Bedarf kann auch aus Versorgungsproblemen resultieren, die nicht alleine auf den ärztlichen Versorgungsgrad zurückzuführen sind (z. B. Fehlentwicklungen bei der Inanspruchnahme oder unzureichende Kooperation zwischen Leistungserbringern). Hierzu bedarf es einer Änderung des § 101 Abs. 1 SGB V:

In § 101 Abs. 1 Satz 1 wird eine neue Nummer 2c eingefügt:

„2c. Vorgaben zur Bedarfsfeststellung, Regionsabgrenzung, inhaltlichen Ausrichtung und Anrechnung von Primärversorgungszentren nach § 73a"

- **G-BA-Richtlinie**

  Aufnahme der G-BA Richtlinie:

  In § 92 Abs. 1 Satz 2 wird eine neue Nummer 16 eingefügt:

  „16. Primärversorgungszentren"

Regelungsvorschlag für eine „Regionale sektorenunabhängige Versorgung" (RegioSV) zur Gestaltung von Gesundheitsregionen

Sachstand

Unser Gesundheitswesen steht vor großen Herausforderungen. Die starren, zum Teil zentralistischen und nicht mehr zeitgemäßen sektoralen Rahmenbedingen hemmen dringend notwendige Transformationsprozesse. Die traditionellen Strukturen bieten in ihrer sektoralen Ausrichtung oftmals keine Lösung für die Aufnahme von Innovationen und für sektorenübergreifende Weiterentwicklungen zur Bewältigung regionaler Versorgungsprobleme. Anpassungen der gesundheitspolitischen Rahmenvorgaben führen oftmals zur unkoordinierten und isolierten Einführung neuer Einzelideen ins Gesundheitssystem und erhöhen dessen Komplexität, ohne dass gleichzeitig Anpassungen an bestehenden Vorgaben vorgenommen werden.
Gleichzeitig werden vorhandene finanzielle und personelle Ressourcen in unserem Gesundheitssystem nicht immer wirksam und wirtschaftlich eingesetzt. Sie fließen zu häufig in reformbedürftige Strukturen, deren Ergebnisse den erheblichen Mitteleinsatz nicht rechtfertigen. Trotz aller Reformbemühungen scheitert die regionale Entwicklung von tragfähigen Versorgungslösungen noch immer an starren sektoralen Regelungen. So hat auch die Einrichtung des Innovationsfonds, der mit einer finanziellen Förderung neuer Versorgungsformen die Sektorengrenzen überwinden und Schnittstellen zwischen den Sektoren optimieren sollte, keine nachhaltige Abhilfe geschaffen. Die Innovationsfondsprojekte finden häufig keinen Anschluss an die bestehenden Strukturen der Regelversorgung. Zudem steigt der Bedarf nach neuen Formen der Zusammenarbeit. Zunehmend komplexere Versorgungsbedarfe und -bedürfnisse erfordern neue und umfassende Versorgungsangebote, die eine verstärkte Kooperation und Kommunikation aller an der Versorgung Beteiligten notwendig machen. Notwendig sind daher Lösungen, die den regionalen Akteuren Handlungsfreiraum geben, um anhand regionaler Bedarfe und Gegebenheiten die Versorgung der Patientinnen und Patienten weiterentwickeln zu können. Bundesweite „Blaupausen"' für neue Versorgungsformen helfen regional oft nicht weiter und können in der Folge vielfach nicht umgesetzt werden.

Änderungsbedarf und Begründung

Die AOK schlägt vor diesem Hintergrund eine neue Rechtsgrundlage für eine Regionale sektorenunabhängige Versorgung (RegioSV) vor. Um die Limitationen der derzeitigen kollektiv- und selektivvertraglichen Regelungen überwinden zu können, soll ein weiterer Typus von Verträgen zur Etablierung und Ausgestaltung von Gesundheitsregionen eingeführt werden. Die neuen Möglichkeiten sollen vor allem dort ansetzen, wo bisherige Regelungen de facto keine Lösungen bieten. Ziel ist es, die Zweiteilung zwischen starrer Regelversorgung und selektiven Ergänzungen aufzulösen, damit regionale Versorgungsinitiativen leichter als dauerhaftes Versorgungsangebot implementiert werden können.
Die Kranken- und Pflegekassen sollen mit Leistungserbringenden eine neue Form von Verträgen zur Etablierung/Ausgestaltung von Gesundheitsregionen schließen

können. Anstatt gesetzlich vorgegebener Versorgungsstrukturen mit geringem Gestaltungsspielraum soll vielmehr eine Gestaltungsfreiheit für alle Beteiligten entstehen. Zum Abschluss dieser Verträge sollen vergleichbare Freiräume eröffnet werden wie in der Besonderen Versorgung (nach § 140a SGB V). Damit können alle wesentlichen Akteure auf der regionalen Ebene eingebunden werden – darunter auch Einrichtungen der Langzeitpflege (nach SGB XI) und Kommunen. Kernelemente des vorgeschlagenen neuen Versorgungsvertragstypus sind:

- Allgemein formulierter Versorgungsgegenstand ohne Einschränkung durch Rahmenverträge auf Bundesebene,
- weiter Kreis möglicher Vertragspartner, inklusive der Kommunen und der Einrichtungen der Langzeitpflege,
- Möglichkeit zum Abweichen von bestimmten Regelungen der sektoralen Versorgung,
- inhaltliche Anschlussfähigkeit an vorhandene Versorgungsstrukturen und neue Versorgungselemente, wie beispielsweise Primärversorgungszentren, sektorenübergreifende Versorger, Gesundheitskioske oder Lotsenfunktionen usw.,
- offener Zugang für alle Krankenkassen (Beitrittsrecht),
- Möglichkeit zur Überführung in die Regelversorgung durch Option auf „Allgemeinverbindlichkeit" des Versorgungsvertrags (Erstreckungsbefugnis auf alle Kassen ab einer Versichertenabdeckung von 70 %),
- Beseitigung von Hürden bei der KV-Zulassung und Bedarfsplanung,
- Bereinigungsgebot zur Verhinderung einer Doppelfinanzierung,
- keine Verpflichtung der Versicherten zur Einschreibung.

Der skizzierte neue Rechtsrahmen würde es einzelnen innovativen Akteuren ermöglichen, mit entsprechenden Vertragsabschlüssen voranzugehen. Kollektive Blockademöglichkeiten oder Vetorechte werden so vermieden. Andererseits würde es für die Krankenkassen aber auch bedeuten, dass die Modelle bei Erreichen eines bestimmten Anteils von Versicherten von allen Kassen mitgetragen werden müssen. Für die Leistungserbringenden bedeutet dies, dass diese Versorgungsangebote, insbesondere in der ambulanten Versorgung, nicht mehr an Hürden der vertragsärztlichen Zulassung und der Bedarfsplanung scheitern. Um dies zu erreichen, müssen die Verträge von den Vorgaben des 4. Kapitels des SGB V, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes, des siebten Kapitels und der §§ 84-90 Elftes Buch abweichen dürfen. Mit diesem erweiterten Handlungsfreiraum wären die regionalen Akteure in der Lage, die Versorgung vor Ort sektorenunabhängig auf die spezifischen Problemlagen auszurichten und dauerhaft zu gewährleisten.

Änderungsvorschlag

	Vorschlag Gesetzestext	Erläuterungen
	§ 123 SGB V Regionale sektorenunabhängige Versorgung	Nicht belegter Paragraf im vierten Abschnitt (Beziehung zu Krankenhäusern und Vertragsärzten) des vierten Kapitels des SGB V (Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringenden).
(1)	[1]Die regionale sektorenunabhängige Versorgung umfasst regionale, verschiedene Leistungsbereiche, übergreifende oder interdisziplinär fachübergreifende Versorgungsangebote sowie besondere Versorgungsaufträge. [2]Sie ist insbesondere auf die regionale Sicherstellung einer wirtschaftlichen und qualitätsorientierten medizinischen und pflegerischen Versorgung ausgerichtet und kann besondere präventive und koordinative Angebote beinhalten.	Beschreibung des Vertragsgegenstands und der Zielsetzung. Der Vertragsgegenstand ist bewusst weit und relativ offengehalten, um den regionalen Akteuren ausreichend Handlungsspielraum zu geben, die Versorgung auf der Basis der regionalen Bedarfe und Gegebenheiten weiterentwickeln zu können. Gedacht wird hier insbesondere an Primärversorgungszentren, Versorgungsangebote unter Einbindung von Gemeindeschwestern bzw. Community Health Nurses oder ambulant-stationäre Einrichtungen. Eine Teilnahmeerklärung der Versicherten ist nicht erforderlich, da die Inanspruchnahme nicht mit einer Selbstbeschränkung oder einer Bindung an bestimmte Leistungserbringende verbunden ist, wie etwa bei der HzV. Vielmehr werden vor allem strukturelle Versorgungsangebote adressiert, deren Inanspruchnahme ohnehin freiwillig ist und für die weder vorab noch situativ eine Teilnahmeerklärung benötigt wird. Durch den Verzicht lassen sich unnötige bürokratische Vorgänge bei allen Beteiligten vermeiden.
(2)	[1]Die Krankenkassen, Pflegekassen oder ihre Landesverbände können Verträge über die regionale sektorenunabhängige Versorgung mit	Satz 1: Beschreibung der Vertragspartner für die RegioSV. Neben den Krankenkassen sind auch die Pfle-

Vorschlag Gesetzestext	Erläuterungen
Leistungserbringenden oder Gemeinschaften von Leistungserbringenden nach diesem Kapitel sowie nach §§ 71f. Elftes Buch und Kommunen abschließen. [2]Die Verträge können auch Regelungen enthalten, die die regionale sektorenunabhängige Versorgung auf bestimmte Regionen beschränken. [3]Krankenkassen, Pflegekassen oder ihre Landesverbände können mit Zustimmung der beteiligten Vertragspartner auf Leistungserbringendenseite einem Vertrag auch nachträglich beitreten.	gekassen und die Kommunen ausdrücklich aufgeführt, um die Sektorengrenzen aufzubrechen und komplementäre Angebote etablieren zu können. Die Gestaltungsfreiheit soll nicht durch Rahmenverträge auf Bundesebene beschränkt werden. Zudem kommen alle zugelassenen Leistungserbringenden des 4. Kapitels SGB V und aus dem Bereich des SGB XI als Vertragspartner in Frage. Auch hier soll eine große Flexibilität ermöglicht werden ohne den Kreis auf nicht zugelassene Leistungserbringenden auszuweiten. Satz 2: Regionale Beschränkungsmöglichkeiten in Analogie zu § 140a SGB V. Satz 3: Die vorgeschlagene Ausgestaltung der RegioSV zielt auf die Geltung für alle GKV-Versicherten (analog Regelversorgung) ab und sieht deshalb einen möglichst offenen Zutritt weiterer Kassen vor. Nicht vorgesehen ist, dass die Vertragspartner auf Kassenseite einem nachträglichen Beitritt weiterer Kassen zustimmen müssen. Die Vertragspartner auf Leistungserbringendenseite müssen hingegen aus rechtlichen Gründen einer Erweiterung zustimmen, da ansonsten ihr Entscheidungsrecht, mit wem sie kontrahieren möchten, unzulässig eingeschränkt wäre. Die Formulierung wurde so in Analogie zu § 295a Abs. 1 S. 1 gewählt und soll verhindern, dass bspw. einzelne Ärztinnen und Ärzte den Beitritt einer weiteren Kasse per Veto verhindern können.

Vorschlag Gesetzestext	Erläuterungen
[4]Sofern sie mindestens 70 vom Hundert der gesetzlich Versicherten eines KV-Bezirks vertreten, können die Vertragspartner auf Kassenseite mit Zustimmung der beteiligten Leistungserbringenden einen Beschluss herbeiführen, der die Geltung des Vertrages für alle gesetzlich Versicherten in dem KV-Bezirk herstellt; § 211a Satz 2 gilt entsprechend. [5]Es besteht kein Anspruch der Leistungserbringenden auf Vertragsabschluss.	Satz 4: Einführung eines neuen Konstrukts („Allgemeinverbindlichkeit"), welches zwischen Wettbewerb und Kollektivversorgung angesiedelt ist. Wenn mindestens 70 % der gesetzlich Versicherten von dem Vertrag erfasst werden, können die beteiligten Krankenkassen vorbehaltlich der Zustimmung der Leistungserbringenden beschließen, dass der Vertrag für alle gesetzlich Versicherten in einem KV-Bezirk gilt. Dies beschleunigt die Etablierung von neuen Versorgungsformen, da die Einstimmigkeit durch einen 70 %igen Mehrheitsbeschluss ersetzt wird und damit das Prinzip „der Langsamste bestimmt das Tempo" aufgehoben wird. Auf eine ähnliche Regelung für kollektive Entscheidungen auf Landesebene (§ 211a SGB V) wird verwiesen. Der Vorschlag begegnet der Kritik, dass wettbewerbliche Verträge „diskriminierend" seien, da sie nicht allen Versicherten zugutekämen.

	Vorschlag Gesetzestext	Erläuterungen
(3)	[1]In den Verträgen nach Absatz 2 sind das Nähere über den Inhalt und die Durchführung der Versorgung sowie die Vergütung zu regeln. [2]Die Verträge können auch Leistungen nach dem vierten Kapitel Elftes Buch umfassen. [3]Die Verträge können auch Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes, des siebten Kapitels und der §§ 84-90 Elftes Buch sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen und von den im Dritten Kapitel Fünftes Buch und Vierten Kapitel Elftes Buch benannten Leistungen beinhalten sowie ärztliche Leistungen einschließlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden betreffen. [4]Satz 3 gilt insoweit, als über die Eignung der Vertragsinhalte als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 oder im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c Absatz 1 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.	Absatz 3 regelt die Abweichungsbefugnisse zu den kollektivvertraglichen Regelungen. Dabei wird weitgehend auf die bereits in den §§ 73b Abs. 5 und 140a Abs. 2 SGB V formulierten entsprechenden Regelungen zurückgegriffen. Ziel ist auch hier, den regionalen Akteuren ausreichend Handlungsspielraum für regional angepasste Lösungen zu geben.

Vorschlag Gesetzestext	Erläuterungen
[5]In den Verträgen sind Wirtschaftlichkeitskriterien und Maßnahmen bei Nichteinhaltung der vereinbarten Wirtschaftlichkeitskriterien sowie Regelungen zur Qualitätssicherung zu vereinbaren.	Satz 5: Zur Betonung des Wirtschaftlichkeitsgebots sollen die Verträge analog zu § 73b Abs. 5 Satz 1 zweiter Halbsatz SGB V Wirtschaftlichkeitskriterien und Maßnahmen bei Nichteinhaltung enthalten. Regelungen zur Qualitätssicherung sind ebenfalls zu vereinbaren.
[6]Für die Qualitätsanforderungen zur Durchführung der Verträge gelten die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie die in den Bundesmantelverträgen für die Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung beschlossenen Anforderungen als Mindestvoraussetzungen entsprechend.	Satz 6: Geltende Qualitätsanforderungen dürfen auch in der RegioSV nicht unterschritten werden. Die Formulierung entspricht gleichlautend der Regelung in § 140 a Abs. 2 S. 5 SGB V. Damit wird verhindert, die neuen Versorgungsformen der Kritik einer schlechteren Versorgung auszusetzen.
[7]Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen können nicht Gegenstand der Verträge sein.	Satz 7: Die Regelung zum Vergütungsverbot „für Diagnosen“ wurde in Analogie zu den §§ 73b Abs. 5 Satz 7 und 140a Abs. 2 Satz 10 SGB V ebenfalls aufgenommen.
[8]Soweit die Versorgung der Versicherten nach diesen Verträgen durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Absatz 1 eingeschränkt.	Satz 8: Durch diese Regelung wird klargestellt, dass die Versorgung substitutiv und somit der Sicherstellungauftrag der KV eingeschränkt sein kann. Die Klarstellung verhindert eine Doppelfinanzierung und ist Voraussetzung für einen Bereinigungsanspruch. Analoge Regelung in den §§ 73b Abs. 4 Satz 6 u. 7 und 140a Abs. 1 Satz 5 u. 6 SGB V.
[9]Satz 8 gilt nicht für die Organisation der vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten.	

	Vorschlag Gesetzestext	Erläuterungen
(4)	Die Partner eines Vertrages nach Absatz 2 können sich auf der Grundlage ihres jeweiligen Zulassungsstatus für die Durchführung der regionalen sektorenunabhängigen Versorgung im Rahmen der berufsrechtlichen Grenzen darauf verständigen, dass Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs-, Ermächtigungs- oder Berechtigungsstatus der bzw. des jeweiligen Leistungserbringenden nicht gedeckt ist.	Mit dieser Regelung sollen die sektoralen Grenzen der Berufsausübung durchlässig werden. Entsprechend ihres Zulassungsstatus und im Rahmen der berufsrechtlichen Grenzen können Leistungserbringende auch in anderen teilnehmenden Sektoren tätig werden, wenn dies im Versorgungsvertrag vereinbart wurde. Beispiel wäre die Erbringung einer ambulanten genehmigungspflichtigen Leistung durch einen Krankenhausarzt.
(5)	[1]Die beteiligten Ärztinnen, Ärzte und Einrichtungen wirken im Rahmen der Teilnahme an der regionalen sektorenunabhängigen Versorgung an der ambulanten Versorgung mit und gelten für die Dauer der Vertragslaufzeit als ermächtigt zur ambulanten Behandlung, sofern sie noch nicht über eine Zulassung oder Ermächtigung verfügen. [2]Vertreten die beteiligten Krankenkassen mehr als 50 vom Hundert der Versicherten des KV-Bezirks, in dem die Versorgung nach Absatz 1 erfolgt, werden die zur Teilnahme an der regionalen sektorenunabhängigen Versorgung als ermächtigt geltenden Leistungserbringenden entsprechend ihrem tatsächlichen Tätigkeitsumfang auf den Versorgungsgrad angerechnet. [3]Es gelten die Planungsbereiche und Umrechnungsfaktoren der Bedarfsplanungsrichtlinie nach § 101 Abs. 1 SGB V.	Ein Problem der ambulanten Versorgung ist die zunehmende Fragmentierung. Es existiert eine Vielzahl von Parallelstrukturen, die beispielsweise nicht in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden. Im Sinne der konzeptionellen Überlegungen zur sektorenunabhängigen Versorgung sollen daher die zusätzlichen Leistungserbringenden nach § 123 in der ambulanten Bedarfsplanung angerechnet werden, sofern die beteiligten Krankenkassen mindestens 50 % der Versicherten eines Planungsbereichs vertreten. Damit Verträge umgesetzt werden können, auch wenn Planungsbereiche gesperrt sind (Versorgungsgrad > 110 %), werden die Leistungserbringenden per Gesetz ermächtigt. Die Anrechnung erfolgt nach dem Tätigkeitsumfang und der Fachgruppen- und Planungsbereichszuordnung der Bedarfsplanungsrichtlinie. Durch das Nachbesetzungsverfahren sollen die Überkapazitäten sukzessive abgebaut werden, indem die Ärztinnen und Ärzte und

	Vorschlag Gesetzestext	Erläuterungen
	[4]Die zur Teilnahme an der regionalen sektorenunabhängigen Versorgung als ermächtigt geltenden Ärztinnen, Ärzte und Einrichtungen sind bei einer Nachbesetzung im jeweiligen Planungsbereich nach § 103 Abs. 4 bevorzugt zu berücksichtigen.-	Einrichtungen bevorzugt berücksichtigt werden.
(6)	[1]Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach § 87a Absatz 5 Satz 7 in den Vereinbarungen nach § 87a Absatz 3 je am Vertrag nach Absatz 2 teilnehmenden Leistungserbringenden arztgruppenbezogen pauschaliert um die Leistungen zu bereinigen, die Bestandteil der regionalen sektorenunabhängigen Versorgung sind, soweit für deren Vergütung von den Vereinbarungen gemäß § 87a Absatz 3 Satz 1 abweichende Regelungen nach Absatz 3 Satz 1 getroffen sind.	Es ist eine pragmatische Bereinigung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vorgesehen, damit es nicht zu einer Doppelfinanzierung kommt. Die Bereinigung erfolgt pauschal pro Leistungserbringenden.
	[2]In den Vereinbarungen zur Bereinigung ist auch über notwendige Korrekturverfahren zu entscheiden.	
	[3]Der Bewertungsausschuss hat in seinen Vorgaben gemäß § 87a Absatz 5 Satz 7 zur Bereinigung und zur Ermittlung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des Behandlungsbedarfs auch Vorgaben zu der pauschalen Ermittlung des voraussichtlichen Bereinigungsvolumens nach § 123 zu machen.	Satz 3: Das in § 123 SGB V neu vorgesehene einfache pauschale Bereinigungsverfahren ist in den gesetzlichen Regelungen und Bereinigungsbeschlüssen des BA bisher nicht abgebildet und bedarf daher einer gesonderten gesetzlichen Regelung.
(7)	[1]Die Abrechnung der Leistungen gegenüber den Kranken- und Pflegekassen ist in den Vereinbarungen nach Abs. 2 zu vereinbaren.	Klarstellung, dass die Abrechnung Vertragsgegenstand ist und die bestehenden Abrechnungsverfahren („DTA“) entsprechend gelten. Auch

	Vorschlag Gesetzestext	Erläuterungen
	[2]§§ 113 Abs. 4 sowie 294 bis 303 Fünftes Buch und 105 Elftes Buch gelten entsprechend.	die Regelungen zu Wirtschaftlichkeit und zur Qualität für bereits bestehende ambulante/stationäre Regelungen (z.B. Hochschulambulanzen) gelten entsprechend.

Folgeänderung im SGB XI: § 92b SGB XI

	Vorschlag Gesetzestext	Erläuterungen
(1)	Die Pflegekassen können mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen und den weiteren Vertragspartnern nach § 140a Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Verträge zur integrierten Versorgung oder zur regionalen sektorenunabhängigen Versorgung nach § 123 des Fünften Buches schließen oder derartigen Verträgen mit Zustimmung der Vertragspartner bzw. bei Verträgen nach § 123 Abs. 2 mit Zustimmung der beteiligten Vertragspartner auf Leistungserbringendenseite beitreten**.**	Diese Folgeänderung stellt unter Bezugnahme auf Abs. 2 sicher, dass auch die Pflegekassen mit den zugelassenen Pflegeeinrichtungen und weiteren Vertragspartnern Verträge nach § 123 SGB V neu schließen können.

Scharfschaltung der Bedarfsplanung für die zahnärztliche Versorgung

Sachstand

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) wurde für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung auf die Steuerung durch zwingende Zulassungsbeschränkungen verzichtet. Seit einigen Jahren zeichnet sich jedoch ein stärker werdendes Stadt-Land-Gefälle in der zahnärztlichen Versorgung ab. Im Ergebnis weisen eine Vielzahl von ländlichen und strukturschwachen Gebieten Verhältniszahlen unterhalb der Soll-Zahl auf.

Änderungsbedarf und Begründung

Um dieser Entwicklung entgegenzusteuern, wird der Bedarf einer Regulierung der Zulassungen gesehen. Durch die Sperrung gut versorgter Planungsbereiche besteht das Potenzial zur Umverteilung hin zu Planungsbereichen mit Versorgungsproblemen. Zur Umsetzung ist eine Reihe von Anpassungen im SGB V notwendig. Korrespondierend dazu ist die Zulassungsverordnung Zahnärzte anzupassen.

Änderungsvorschlag

1. § 98 Absatz 3 wird aufgehoben.
2. § 100 Absatz 4 wird aufgehoben.
3. § 101 Absatz 6 wird aufgehoben.
4. In § 103 Absatz 8 werden die Wörter „Die Absätze 1 bis“ durch die Wörter „Der Absatz“ und das Wort „gelten“ durch das Wort „gilt“ ersetzt.
5. In § 104 wird Absatz 3 aufgehoben.

Beauftragung eines Gutachtens für die Berücksichtigung soziodemographischer Merkmale im Risikostrukturausgleich

Die Sicherstellung einer guten Gesundheitsversorgung für vulnerable Personengruppen ist ein zentrales sozialpolitisches Feld. Ursprünglich sollten mit diesem Gesetzgebungsvorhaben - gerade mit Blick auf vulnerable Gruppen - Zugangsbarrieren zu Versorgungsangeboten abgebaut und die Ausgestaltung der Leistungsangebote verbessert werden. Auch wenn dieses Ziel offenbar aus den Augen verloren wurde, sollten zumindest die Rahmenbedingungen der GKV-Finanzierung überprüft werden, um die Anreize für Versorgungsangebote für diese Versicherten zu stärken. Denn der bestehende RSA für Krankenkassen setzt keine Anreize, Versorgungsangebote für diese Versicherten vorzuhalten und zu verbessern, da deren erhöhter Versorgungsbedarf im Zuweisungsverfahren trotz fortgeschrittenem Morbiditätsbezug unberücksichtigt bleibt.

Ein von der AOK-Gemeinschaft beauftragtes Gutachten des Forschungsinstituts für Medizinmanagement (EsFoMed) und des Lehrstuhls für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen aus dem Jahr 2022 hat gezeigt, dass die RSA-Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds bei weitem nicht die Ausgaben der entsprechenden Krankenkassen für Pflegebedürftige, Arbeitslose, Erwerbsminderungsrentner und zuzahlungsbefreite Versicherte decken. Hieraus resultieren Anreize, diese besonders schutzbedürftigen, leicht identifizierbaren Personen durch Risikoselektion zu benachteiligen.

Der Wissenschaftliche Beirat des Bundesamtes für Soziale Sicherung hat in seinem Gutachten zu den Wirkungen der regionalen Merkmale im Risikostrukturausgleich aus dem Jahr 2024 ebenfalls eine Empfehlung zur Untersuchung von versichertenbezogenen Informationen ausgesprochen, welche bei Berücksichtigung auf Individualebene sowohl die versichertenindividuelle Vorhersagegüte des Klassifikationsmodells als auch die Zuweisungsgenauigkeit auf regionaler Ebene steigern können.

Daher soll der Wissenschaftliche Beirat des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) im § 266 SGB V mit einer Untersuchung beauftragt werden, inwieweit das Zuweisungsverfahren durch Berücksichtigung versichertenbezogener Risikomerkmale für vulnerable Gruppen verbessert werden kann. Denn die entsprechenden Merkmale können eine höhere Leistungsinanspruchnahme erklären, die gerade nicht durch Diagnosen und Arzneimittelverordnungen greifbar wird.

Für die Umsetzung dieser Untersuchung ist es notwendig, die Übermittlung der notwendigen versichertenbezogenen Daten an das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) im § 267 SGB V zu regeln. Um die notwendigen Vorbereitungen für eine Übermittlung zu gewährleisten, ist eine erste Datenlieferung der Krankenkassen an das BAS im geregelten Verfahren zu August 2025 (ein Jahr nach Inkrafttreten) vorgesehen. Damit könnte der Wissenschaftliche Beirat die Untersuchung im Juni 2026 (zwei Jahre nach Inkrafttreten) abschließen.

§ 266 SGB V Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich), Verordnungsermächtigung

Sachstand

Bei pflegebedürftigen Versicherten nach dem SGB XI, Versicherten, die einkommensbedingt unter die „Härtefallregelung" des § 62 SGB V fallen sowie bei Versicherten, die Bürgergeld beziehen, zeigt sich systematisch, dass die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds die Ausgaben der Krankenkassen nicht decken. Hieraus resultieren Anreize, diese besonders schutzbedürftigen, leicht identifizierbaren Menschen durch Risikoselektion zu benachteiligen. Im Wettbewerb entsteht zusätzlich ein Problem, weil diese vulnerablen Versichertengruppen ungleich zwischen den Krankenkassen verteilt sind und somit unfaire Ausgangsbedingungen für die Krankenkassen bestehen.

Änderungsbedarf und Begründung

Daher wird der Wissenschaftliche Beirat des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) im Rahmen eines Sondergutachtens beauftragt, auf Basis aller GKV-Daten in einem transparenten und unabhängigen Verfahren bis zum 30. Juni 2026 (zwei Jahre nach Inkrafttreten) zu untersuchen, inwieweit die Zielgenauigkeit des Zuweisungsverfahrens durch Berücksichtigung entsprechender versichertenbezogener Risikomerkmale verbessert werden kann. Denn entsprechende Merkmale können in einem RSA mit direkter Morbiditätsorientierung die Ursachen und Zusammenhänge für eine höhere Leistungsinanspruchnahme erklären, die gerade nicht durch Diagnosen und Arzneimittelverordnungen greifbar werden.

Gesetzesvorschlag:

§ 266 Absatz 10 SGB V wird um einen Satz ergänzt:
„Bis zum 30. Juni [Jahr des Inkrafttretens + 2] sind gesondert die Deckung von Versicherten mit soziodemographischen Merkmalen sowie die Wirkung der Aufnahme dieser Merkmale als zusätzliche Risikomerkmale in den Risikostrukturausgleich zu untersuchen, und zwar konkret bezogen auf

1. Versicherte, für die das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit gemäß § 14 des elften Buches Sozialgesetzbuch festgestellt wurde,
2. Versicherte, die gemäß § 62 von den Zuzahlungen befreit sind oder Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze geleistet haben,
3. Versicherte, die Bürgergeld nach dem Zweiten Buch beziehen."

§ 267 SGB V Datenverarbeitung für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

Sachstand

Geregelt ist eine abschließende Auflistung der Daten, die für den RSA und dessen Weiterentwicklung gemeldet werden.

Änderungsbedarf und Begründung

Für die Untersuchung der Wirkung der Aufnahme soziodemographischer Merkmale in den RSA für pflegebedürftige Versicherte nach dem SGB XI, Versicherte, die einkommensbedingt unter die „Härtefallregelung" des § 62 SGB V fallen, sowie Versicherte, die Bürgergeld beziehen, ist die Übermittlung entsprechender Daten an das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) erforderlich.

Die Datenübermittlung für pflegebedürftige Versicherte nach dem SGB XI soll Informationen zum Bezug von Pflegeleistungen in einer stationären Einrichtung nach §§ 41 bis 43 mitumfassen, um die Möglichkeiten einer Berücksichtigung im Klassifikationsmodells zu erweitern.

Gesetzesvorschlag:

§ 267 SGB V wird wie folgt geändert:

1. Es wird ein Absatz 2a ergänzt:

„(2a) Für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs übermitteln die Krankenkassen erstmals bis zum 15. August [Jahr des Inkrafttretens + 1] für das Berichtsjahr [Jahr des Inkrafttretens] und danach bis zum 15. August des jeweiligen Folgejahres je Versicherten

1. die Versichertentage mit dem Bezug von Pflegeleistungen nach dem elften Buch Sozialgesetzbuch, die Versichertentage mit Bezug von Pflegeleistungen in einer stationären Einrichtung nach §§ 41 bis 43 des elften Buches Sozialgesetzbuch und den Grad der Pflegebedürftigkeit nach § 15 des elften Buches Sozialgesetzbuch,
2. die Angabe über die erfolgte Leistung von Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze nach § 62 und
3. die Versichertentage mit dem Bezug von Bürgergeld nach dem zweiten Buch Sozialgesetzbuch

an das Bundesamt für Soziale Sicherung."

2. In den Absätzen 3 und 4 wird die Angabe „Absatz 2" ersetzt durch „den Absätzen 2 und 2a"

§ 7 RSAV Verarbeitung von Daten für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs

Sachstand

Siehe § 267 SGB V

Änderungsbedarf und Begründung

Siehe § 267 SGB V

Gesetzesvorschlag:

§ 7 RSAV wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 Satz 3 Nummer 1 werden die Wörter „und Absatz 2“ ersetzt durch „und Absätze 2 und 2a“

2. Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt ergänzt:
   „17. die Anzahl der Versichertentage mit Bezug von Pflegeleistungen nach dem elften Buch Sozialgesetzbuch,
   18. die Anzahl von Versichertentagen mit Bezug von Pflegeleistungen in einer stationären Einrichtung nach §§ 41 bis 43 des elften Buches Sozialgesetzbuch,
   19. der Grad der Pflegebedürftigkeit nach § 15 des elften Buches Sozialgesetzbuch,
   20. die Angabe über die erfolgte Leistung von Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze nach § 62 SGB V,
   21. die Anzahl der Versichertentage mit Bezug von Bürgergeld nach dem zweiten Buch Sozialgesetzbuch.“

3. In Absatz 4 Satz 2 Nummern 1 und 3 werden die Wörter „und 8 bis 11“ ersetzt durch „,8 bis 11 und 17 bis 21“

Verpflichtung zur Vereinbarung mengensteuernder Elemente in den Vergütungsvereinbarungen von humanmedizinischen Hochschulambulanzen

Sachstand

Vergütungsvereinbarungen von humanmedizinischen Hochschulambulanzen werden auf Grundlage von § 120 SGB V geschlossen.

Änderungsbedarf und Begründung

In der Normsetzung findet sich nur die Bestimmung, dass die Vergütungsvereinbarungen die Leistungsfähigkeit bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten müssen. Weitergehende Bestimmungen sind nicht enthalten.

Gleichzeitig steigen seit Jahren die Ausgaben aufgrund von Fallzahlsteigerungen stark an. Oft sind Regelungen zur Fallzahlbegrenzung oder einer verminderten Vergütung ab einer bestimmten Fallzahlgrenze jedoch nicht mehr vereinbarungsfähig. Die betriebswirtschaftlichen Kosten je Fall nehmen etwa aufgrund der Fixkostendegression ab.

Es ist daher eine Verpflichtung aufzunehmen, dass das Berücksichtigung findet.

Änderungsvorschlag

In § 120 Abs. 2 SGB V werden folgende Sätze 8 und 9 (neu) hinzugefügt:
In den Vergütungsvereinbarungen der humanmedizinischen Hochschulambulanzen nach Satz 2 sind mengensteuernde Elemente zu vereinbaren. Dies sind insbesondere allgemeine Grenzen der Vergütung oder Vergütungsabschläge.

Bereitstellung von Stammdaten der ärztlichen Leistungserbringer zur Information der Versicherten - § 305 Abs. 3 SGB V Auskünfte an Versicherte

Sachstand

Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten über in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassene Ärztinnen und Ärzte zu informieren. Aus diesem Grund haben die Kassen Online-Arztsuchportale eingerichtet (z. B. https://www.aok.de/arztsuche , https://arztfinder.bkk-dachverband.de/, https://www.tk-aerztefuehrer.de/). Die Daten für diese Arztsuchportale werden von Dienstleistern bezogen, da den Kassen aktuelle Daten im benötigten Umfang (z. B. inkl. aktueller Öffnungszeiten, Qualifikationen, Offene Sprechstunde etc.) nicht zur Verfügung stehen. Auch im Nationalen Gesundheitsportal ist eine Suche nach Ärztinnen und Ärzten möglich. Die Daten für diese Suche bezieht das Nationale Gesundheitsportal von den Kassenärztlichen Vereinigungen.

Änderungsbedarf und Begründung

Der Änderungsvorschlag zielt darauf ab, die Datenbereitstellung der Kassenärztlichen Vereinigungen an das Nationale Gesundheitsportal auf die Krankenkassen auszuweiten. Die Informationsangebote wären damit weiterhin kassenindividuell auf die Versicherten ausgerichtet, würden aber auf einem einheitlichen Datenstand aufsetzen können. Konkret geht es um die Ergänzung des § 305 Absatz 3 um die Sätze „Zur Erfüllung dieser Aufgabe haben die Kassenärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen die Daten nach § 395 Abs. 2 Satz 3 in monatlichen oder kürzeren Abständen unentgeltlich zu übermitteln. Die Krankenkassen dürfen diese Daten ausschließlich zur Erfüllung ihrer Aufgabe nach Satz 1 verarbeiten."
Mit der geltenden Regelung in §395 SGB V zur Übermittlung arztbezogener Daten an das Nationale Gesundheitsportal wurde festgelegt, welche Daten für eine adäquate Information der Öffentlichkeit relevant sind. Da Krankenkassen verpflichtet sind, Versicherte gem. § 305 Abs. 3 SGB V umfassend über in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassene Leistungserbringer zu informieren, sollten diese Daten auch den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden. Die gem. § 293 SGB V von den Kassenärztlichen Vereinigungen angelegten Daten werden den Kassen zum Zwecke der Abrechnungsüberprüfung sowie der Fallführung zur Verfügung gestellt. Die Verpflichtung der Kassen zur Information ihrer Versicherten gem. § 305 SGB V geht inhaltlich weit über die Vorgaben des § 293 SGB V hinaus, weshalb die aufgrund dieser Rechtsgrundlage erhobenen und übermittelten Daten nicht geeignet sind, diese Pflicht zu erfüllen.

Änderungsvorschlag

Nach Satz 1 § 305 Abs. 3 SGB V werden neu Satz 2 und Satz 3 ergänzt: ***„Zur Erfüllung dieser Aufgabe haben die Kassenärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen die Daten nach § 395 Abs. 2 Satz 3 in monatlichen oder kürzeren Abständen unentgeltlich zu übermitteln. Die Krankenkassen dürfen diese Daten ausschließlich zur Erfüllung ihrer Aufgabe nach Satz 1 verarbeiten."***

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(8.1)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
07.11.2024

Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Anhörung des Gesundheitsausschusses am 13. November 2024 zum GVSG

zu den Anträgen der CDU/CSU-Bundestagsfraktion

„Versorgung von Menschen in psychischen Krisen und mit psychischen Erkrankungen stärken“ Bundestagsdrucksache 20/8860

und

„Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum stärken“ Bundestagsdrucksache 20/11955

Stand 06.11.2024

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Str. 31
10178 Berlin
Tel: 030 34646-2299
info@bv.aok.de

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

AOK-Bundesverband
Die Gesundheitskasse.

Der AOK-Bundesverband ist registrierter Interessenvertreter i. S. d. Lobbyregistergesetzes

I. Antrag „Versorgung von Menschen in psychischen Krisen und mit psychischen Erkrankungen stärken“ Bundestagsdrucksache 20/8860

Mit diesem Antrag will die CDU/CSU-Bundestagsfraktion u. a. erreichen, dass in ländlichen Regionen mehr psychotherapeutische und psychiatrische Therapieplätze bereitgestellt werden, die Förderung der psychologischen Krisen- und Notfallversorgung durch eine bessere personelle Ausstattung und flächendeckende Erreichbarkeit erhöht und, um die Qualität der stationären Versorgung zu sichern und um eine Überlastung zu verhindern, eine dynamische Personalplanung in psychiatrischen Einrichtungen eingeführt wird. Darüber hinaus fordert sie auch eine Verbesserung der Präventions- und Schulunterstützungsangebote für Kinder und Jugendliche sowie eine stärkere Integration von psychosozialen Kompetenzen im Medizinstudium.

Hierzu nimmt der AOK-Bundesverband wie folgt Stellung:

In den letzten Jahren sind stets mehr Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Deutschland ausgebildet worden, als in der vertragsärztlichen Versorgung aufgenommen werden konnten. Auch unter Berücksichtigung der Altersstruktur ist bei dieser Fachgruppe kein Fachkräftemangel erkennbar.

Trotz kontinuierlichen Anstiegs psychotherapeutischer Versorgungskapazitäten, auch im ländlichen Raum, scheint es bisher zu keiner wirkungsvollen Verbesserung des gezielten und zeitnahen Zugangs zur Psychotherapie zu kommen. Dies gilt insbesondere für vulnerable Bevölkerungsgruppen mit schweren psychischen Störungen. Insofern ist eine Lösung, die sich auf eine reine Ausweitung der Anzahl zugelassener Psychotherapeutinnen und -therapeuten konzentriert wenig zielführend und ineffizient. Stattdessen müssen neue Niederlassungsmöglichkeiten zielführender ausgestaltet und die bereits zur Verfügung stehenden Kapazitäten besser genutzt und Fehlversorgung reduziert werden.

Vor diesem Hintergrund ist der Vorschlag zur separaten Beplanung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten zu begrüßen. Damit kann den besonderen Bedarfen dieser Bevölkerungsgruppe besser Rechnung getragen werden. Bei der konkreten Umsetzung ist darauf zu achten, dass durch technische Effekte bei der Trennung der bestehenden Arztgruppe keine zusätzlichen Sitze für psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten entstehen.

Weiterhin unterstützenswert ist die Förderung der KSVPsych-Richtlinien sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche. Die Richtlinien zielen insbesondere auf eine Verbesserung der Patientenkoordination, der regionalen Netzwerkarbeit sowie der Überleitung aus dem stationären und in den ambulanten Bereich ab. Der Vorschlag zur Verknüpfung von Versorgungsaufträgen mit bestimmten Kriterien wie die

Behandlung psychisch schwer erkrankter Patientinnen und Patienten ist ebenfalls zielgerichtet und wird befürwortet. Eine finanzielle Förderung der Praxisstrukturen bzw. Netzverbünde über die bestehenden Regelungen hinaus wird abgelehnt ebenso wie die Einbindung der sozialpsychiatrischen Versorgung für Kinder und Jugendliche gemäß § 85 Abs. 2 Satz 4 und § 43a SGB V. Die vonseiten des G-BA zu beauftragenden Evaluationsvorhaben stehen jedoch für beide Richtlinien noch aus. Bisher liegt lediglich eine Zwischenauswertung zur Bestandsaufnahme genehmigter Netzverbünde einschließlich möglicher Hürden im Rahmen der Netzgründung für die KSVPsych-RL (Erwachsene) vor.

Seelische Gesundheit ist ein gesamtgesellschaftliches Thema und damit eine SGB-übergreifende Aufgabe. Entsprechend sind ineinandergreifende Konzepte gerade auf kommunaler Ebene auf den Weg zu bringen. Daher werden die aufgeführten Bestrebungen zum Aus- und Aufbau der psychischen Krisen- und Notfallversorgung sowie von Beratungs- und Unterstützungsangeboten insbesondere für Kinder und Jugendliche begrüßt. Eine besondere Rolle können dabei der Öffentliche Gesundheitsdienst sowie die dort verorteten Sozialpsychiatrischen Dienste einnehmen. Trotz gelungener beispielhafter Ansätze werden sie in der Breite ihrem Potenzial als Träger der Gesundheitsförderung im kommunalen Kontext nicht gerecht. Zu berücksichtigen ist dabei, dass bei einem stärkeren Zusammenspiel SGB-übergreifender Akteure die Finanzierungsverantwortlichkeiten klar zu definieren sind.

Aus Sicht der AOK-Gemeinschaft ist ein besonderer Schwerpunkt auf die Versorgung von Kindern- und Jugendlichen zu richten. So können bspw. an Schulen s. g. „Mental Health Teams“ etabliert werden. Die Teams setzen sich aus fachärztlichen und psychotherapeutischen Leistungserbringenden sowie aus Sozialarbeiterinnen und -arbeiter oder speziell weitergebildeten Schulpsychologinnen und -psychologen zusammen und werden entsprechend der patientenindividuellen Versorgungsbedarfe dynamisch eingebunden.

Die Forderungen bezüglich mehr lokaler Gestaltungsmöglichkeiten bei der Planung in Bezug auf Personal und Angebote ist grundlegend zu befürworten. Flexiblere Planungsmöglichkeiten ermöglichen es den verschiedenen Einrichtungen, sich an die lokalen Herausforderungen anzupassen und somit eine qualitative Steigerung der psychologischen und psychiatrischen Versorgung zu gewährleisten. Auch die Forderung nach mehr Prävention und besserer Sensibilisierung ist begrüßenswert. An dieser Stelle sei angemerkt, dass der Aufbau der medizinischen Behandlungszentren weiter voranschreitet. Diese sind nahezu flächendeckend in der Versorgung angekommen. Es fehlt heute eher an geeigneten Trägern, die entsprechende Anträge auf Ermächtigung stellen.

Hinsichtlich der Regelungen zur Finanzierung der ambulanten und stationären Weiterbildung ist darauf hinzuweisen, dass die Krankenkassen bereits heute die von Psy-

chotherapeutinnen und -therapeuten in Aus- oder Weiterbildung erbrachten Leistungen analog der EBM-Vergütung für niedergelassene psychotherapeutisch Tätige erstatten. Eine darüberhinausgehende Finanzierung der Weiterbildung ist keine Aufgabe der GKV, insbesondere da es anders als bei der Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V keiner weiteren Anreize zur Sicherstellung der Versorgung bedarf. Im Gegenteil, die Anzahl ausgebildeter Psychotherapeutinnen und –therapeuten steigt stetig. Wurden 2015 noch 2.280 Psychotherapeutinnen und –therapeuten ausgebildet, liegt die Anzahl im Jahr 2020 bei 3.259. Der GKV-SV geht 2019 davon aus, dass jährlich ca. 1.500 psychotherapeutisch Tätige mehr ausgebildet werden, als im System der vertragsärztlichen Versorgung aufgenommen werden können. Eine höhere Vergütung von Leistungen mit einem geringeren Qualitätsnachweis wird explizit abgelehnt.

Der Antrag adressiert die richtigen Themen und ist grundsätzlich zu begrüßen. Hinsichtlich des Auf- und Ausbaus kommunaler Versorgungsangebote ist auf eine klare Definition der Zuständigkeiten und Finanzierung zu achten. Die psychologische und psychiatrische Versorgung sollte für jene, die sie dringend benötigen, zielgerichtet und zeitnah zur Verfügung stehen. Aus Sicht der AOK könnten hierbei zentrale Steuerungselemente wie die Terminservicestellen einen entscheidenden Beitrag leisten. Um einen bedarfsgerechten Zugang insbesondere für Hilfesuchende mit schweren psychischen Beeinträchtigungen oder dringenden Behandlungsbedarfen zu erleichtern, sind beispielsweise die Terminservicestellen (TSS) auszubauen und zu stärken, indem Psychotherapeutinnen und –therapeuten verpflichtet werden, freie Kapazitäten sowohl für Erst-/Abklärungsgespräche und Akutbehandlungen als auch für Richtlinienpsychotherapie an die TSS zu übermitteln. Dies dient insbesondere zur besseren Erreichbarkeit psychotherapeutischer Ressourcen.

II. Antrag „Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum stärken" Bundestagsdrucksache 20/11955

Mit diesem Antrag verfolgt die CDU/CSU-Bundestagsfraktion u. a. folgende Ziele, die schnellere Berücksichtigung von Kostensteigerungen und der Inflation bei der Finanzierung ambulanter Leistungen gesetzlich festzulegen und die beabsichtigte Entbudgetierung zügig umzusetzen und dabei einen besonderen Fokus auf den ländlichen Raum zu richten.

Hierzu nimmt der AOK-Bundesverband wie folgt Stellung:

Die Einnahmen aus der vertragsärztlichen Versorgung haben sich kontinuierlich positiv entwickelt. Sie stiegen seit dem Jahr 2010 von rd. 33 Mrd. Euro auf mehr als 47 Mrd. Euro an. Dies entspricht einer Einnahmesteigerung von 14 Mrd. Euro bzw. von 42 % in knapp einem Jahrzehnt. Auch hat, laut Zi-Praxis-Panel, auf der Einnahmen-

seite die Bedeutung der GKV-Einnahmen für die wirtschaftliche Lage der Vertragsärztinnen und –ärzte über den Zeitraum von 2018 bis 2021 weiter zugenommen und tragen mittlerweile zu rd. 80 % der Gesamteinnahmen bei. Für den Zeitraum von 2018 bis 2021 kann laut Zi-Praxis-Panel auch darauf hingewiesen werden, dass die Einnahmen aus kassenärztlicher Tätigkeit über den Beobachtungszeitraum deutlich anstiegen (insgesamt +17,7 % bzw. 5,6 % jährlich), während die Zuwachsrate bei den Privateinnahmen mit 8,7 % zwischen 2018 und 2021 bzw. 2,8 % jährlich deutlich unter dem Durchschnitt lagen. Eine Entbudgetierung der Vertragsärzte wird zu keinem positiven Effekt auf die Verbesserung der Patientenversorgung führen. Sie führt stattdessen nur zu einer Übervergütung in ärztlich überversorgten städtischen Regionen.

Für eine Verbesserung der Patientenversorgung, die bei den Menschen, vor allem in ländlichen und sozial schwachen Regionen spürbar ankommt, ist es sinnvoller, substanzielle Versorgungsreformen anzugehen. So kann beispielsweise ein verbindlicher hausärztlicher Versorgungsauftrag die Versorgung auch in solchen Regionen verbessern. Hierzu hat die AOK-Gemeinschaft ihr Konzept der „Gesundheitsregionen: Sektorenunabhängige Versorgung gestalten“ vorgelegt.

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(9)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
07.11.2024

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege

Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) (BT-Drs. 20/11853)

A. Einleitung und Zusammenfassung

Die BAGFW dankt für die Einladung zur Stellungnahme und nimmt gern die Gelegenheit wahr, ihre Positionen zu dem oben genannten Gesetzentwurf in das Gesetzgebungsverfahren einzubringen.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen viele der mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung vorgesehenen Regelungen zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung insbesondere von Menschen in vulnerablen Lebenssituationen, zur Versorgung von Menschen mit Behinderungen und zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung (→ **Teil B**. **Zum Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 22. Mai 2024**).

Zusammenfassend kommentiert die BAGFW die Regelungen wie folgt:

Stärkung der hausärztlichen Versorgung durch EBM-Reform

Das Bestreben, die Versorgung von chronisch kranken Menschen mittels Setzung neuer Leitplanken zur Vergütung der hausärztlichen Versorgung zu stärken, wird begrüßt: Durch die Ersetzung der bisherigen Chronikerpauschale durch eine jährliche Versorgungspauschale werden überflüssige Praxis-Patient:innenkontakte vermieden. Allerdings ist bei der konkreten Ausgestaltung der Pauschale sicherzustellen, dass keine Fehlanreize in der Betreuung von chronisch kranken Menschen mit hohem Versorgungsaufwand entstehen. Die Einführung einer Vorhaltepauschale für Haus- und Heimbesuche, bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten mit besonderem Fokus auf Abend- und Samstagssprechstunden sowie Stärkung des e-Medikationsplans setzen die richtigen Anreize für eine Verbesserung der Versorgung chronisch kranker und insbesondere multimorbider geriatrischer Patient:innen. Für die konkrete Ausgestaltung dieser jährlichen Pauschale weist die BAGFW darauf hin, dass auch Haus- und Heimbesuche in der Kurzzeitpflege darin abgebildet sein müssen.

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen

a) Hilfsmittelversorgung: Die Genehmigungsfiktion in der Hilfsmittelversorgung von Menschen mit Behinderungen, die in MZEB und SPZ betreut werden, wird deren Versorgung durch Vereinfachung und Beschleunigung deutlich verbessern. Eine bessere Hilfsmittelversorgung ist jedoch ebenso für Menschen mit Behinderungen in der ärztlichen Regelversorgung erforderlich. Daher sollten auch Ärzt:innen außerhalb von MZEB und SPZ ihren langjährig betreuten Patient:innen eine solche Bescheinigung ausstellen können.
b) **Barrierefreie Arztpraxen**: Insgesamt gibt es noch zu wenige barrierefreie Arztpraxen in Deutschland. Der Strukturfonds nach § 105 sollte somit auch für Maßnahmen zur Förderung der Barrierefreiheit von Arztpraxen genutzt werden können.

c) **Folgende Maßnahmen aus dem Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen sollten mit dem GVSG umgesetzt werden**:
1. Kooperationsverträge nach § 119b SGB V auch für die Eingliederungshilfe ermöglichen, 2. Terminvereinbarung barrierefrei ermöglichen, 3. Informationspflichten der K(Z)Ven im Internet über Sprechstundenzeiten und Zugangsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderung statuieren, 4. Verpflichtende Meldung zur Barrierefreiheit von Vertrags(zahn)ärztinnenpraxen (s. auch b), 5. Prüfung des EBM und BEMA in Bezug auf Erfordernisse der Versorgung von Menschen mit Behinderung

Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung

Die Einführung einer **gesonderten Bedarfsplanung für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen**, deren Bedarf seit der Pandemie nochmals deutlich angestiegen ist, ist ein wichtiger Schritt, um die Niederlassungsmöglichkeiten bedarfsgerechter und zielgenauer zu steuern und der Unterversorgung entgegenzuwirken. Gleichzeitig muss auch die Erreichbarkeit und Zugänglichkeit von psychotherapeutischen Angeboten durch Vernetzung mit Schulen, Tageseinrichtungen für Kinder und Angebote der Jugendhilfe gestärkt werden. Als Beitrag zur Entbürokratisierung ausdrücklich positiv bewertet wird auch der Verzicht auf Konsiliarberichte, wenn die psychotherapeutische Versorgung auf der Basis einer vertragsärztlichen Überweisung erfolgt. Dies sollte gleichermaßen für eine Entlassung aus einem psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhaus gelten. Auch das vereinfachte Antragsverfahren bei Kurzzeittherapien wird den Zugang zur Versorgung verbessern. Die begrüßenswerte Ermächtigung von Psychotherapeut:innen und Ärzt:innen zur Versorgung von Menschen mit geistigen Behinderungen, Suchterkrankungen und psychosozialen Einschränkungen in Kooperation mit Einrichtungen der Suchthilfe, Krisenhilfe und Sozialpsychiatrie sollte auf Einrichtungen der Wohnungsnotfallhilfe und Strafvollzugsanstalten erweitert werden.

Stärkung der Mitberatungsrechte der Pflege im G-BA

Die BAGFW bewertet den Ansatz des Gesetzentwurfs, die Stimme der Pflege im G-BA durch eine Erweiterung der Beteiligungsrechte bei den die Pflege betreffenden Richtlinien zu stärken, als überfällig und richtungsweisend. Neben den Verbänden der Pflegeberufe müssen allerdings auch die Leistungserbringenden Sitz und Stimme bekommen. Die tragenden Säulen des G-BA sind mit GKV-SV, DKG und K(Z)BV die Leistungsträger und Leistungserbringenden. Deren Äquivalent in der

Pflege sind somit die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen. Die BAGFW fordert für diese die gleichen Rechte wie für die Verbände der Pflegeberufe.

Ergänzenden Handlungsbedarf sieht die BAGFW insbesondere zu folgenden Punkten:

Aufhebung des Präqualifizierungserfordernisses für die Hilfsmittelversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen

Pflegefachkräfte verfügen qua Ausbildung über die Kompetenz und Qualifikation zur Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfsmitteln. Das Erfordernis der Präqualifizierung als überflüssiges bürokratisches Hemmnis und überdies finanzielle Belastung aufgrund der erforderlichen Zertifizierung nach § 126 Absatz 1a SGB V ist aufzuheben.

Einführung eines Anspruchs auf Sprachmittlung im Gesundheitswesen

Die BAGFW fordert den Gesetzgeber auf, den gesetzlichen Anspruch auf Sprachmittlung im Gesundheitswesen, auch mittels digitaler Lösung, wie im Koalitionsvertrag vereinbart, mit diesem Gesetz im SGB V zu regeln.

Gesundheitskioske, Primärversorgungszentren und Gesundheitsregionen im Gesetzentwurf verankern

Die BAGFW setzt sich zugleich sehr dafür ein, dass die in den ersten Arbeitsentwürfen des BMG für ein Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz enthaltenen innovativen Ansätze zur Weiterentwicklung der Primärversorgung wieder aufgegriffen werden. Gesundheitskioske, Primärversorgungszentren und Gesundheitsregionen sind wichtige erste Schritte, um ein wirkliches Primärversorgungssystem aufzubauen, interprofessionelle Zusammenarbeit zu stärken, den Zugang zu gesundheitlicher Versorgung zu verbessern und regionaler Unter-, Fehl- und Überversorgung gegenzusteuern. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege begrüßen ausdrücklich, dass der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz vom 5. Juli 2024 die Initiative ergriffen hat und die bereits im Referent:innenentwurf des Gesetzes gestrichenen Regelungen wieder aufgegriffen hat. Die Verbände unterstützen die in der Stellungnahme des Bundesrates vorgeschlagenen Regelungen, die über die in den Arbeitsentwürfen des BMG vorgeschlagenen Regelungen hinausgehen, sehr. Auch weitere Regelungsvorschläge aus der Stellungnahme des Bundesrates, zum Beispiel zur Sicherstellung nicht-ärztlicher Leistungen in Sozialpädiatrischen Zentren, unterstützt die BAGFW. Ausführungen hierzu finden Sie in → **Teil C. Stellungnahme des Bundesrates vom 5. Juli 2024**.

B. Zum Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 22. Mai 2024

Zu Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 10 Absatz 1: Kein Zugang von Privatversicherten in GKV bei temporärer Wahl von Teilaltersrente

Die Regelung schließt eine Gesetzeslücke, die in den letzten Jahren verstärkt von privat Versicherten genutzt wurde, deren Rentenanspruch oberhalb der Gesamteinkommensgrenze der Familienversicherung liegt und die gezielt vorübergehend die Option der Teilaltersrente gewählt haben, um über die beitragsfreie Familienversicherung über Ehepartner:innen wieder Zugang zur GKV zu haben. Die BAGFW begrüßt, dass diese die Solidargemeinschaft schädigende Gesetzeslücke geschlossen wird.

§ 28 Absatz 3: Verzicht auf Konsiliarbericht in der psychotherapeutischen Versorgung

Die vorgesehene Regelung, nach der die Einholung eines ärztlichen Konsiliarberichts entfällt, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf vertragsärztliche Überweisung erfolgt und daher eine somatische Abklärung bereits stattgefunden hat, begrüßt die BAGFW sehr, weil sie die Aufnahme einer Kurzzeittherapie vereinfacht und beschleunigt. Die BAGFW schlägt vor, die Regelung derart zu erweitern, dass auch dann kein Konsiliarbericht erforderlich ist, wenn eine ambulante Psychotherapie direkt nach Entlassung aus einem psychiatrisch-psychosomatischen Krankenhaus aufgenommen wird.

Änderungsbedarf:

§ 28 Absatz 3 wird wie folgt ergänzt:
„Der Einholung des Konsiliarberichts bedarf es nicht, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Überweisung eines Vertragsarztes erfolgt **oder direkt nach Entlassung aus einem psychiatrisch-psychosomatischen Krankenhaus aufgenommen wird.“**

§ 33 Absatz 5c (neu): Genehmigungsfiktion bei Hilfsmitteln für Menschen mit Behinderungen, die in einem MZEB oder SPZ behandelt werden

Viele Menschen mit Behinderungen sind auf den dauerhaften Gebrauch vielfältiger Hilfsmittel angewiesen. Die BAGFW begrüßt ausdrücklich, dass für Patient:innen, die in MZEB oder SPZ behandelt werden, künftig die Vermutensregelung der Erforderlichkeit einer entsprechenden Hilfsmittelverordnung gelten soll. Viele Menschen mit Behinderungen, die ebenfalls dauerhaft auf bestimmte Hilfsmittel angewiesen sind, werden jedoch nicht in MZEB oder SPZ versorgt, entweder weil sie einer Spezialversorgung nicht bedürfen oder weil diese Einrichtungen nicht flächendeckend zur Verfügung stehen. Bundesweit gibt es nur 65 MZEB für erwachsene Menschen mit Behinderungen. Da auch Erwachsene mit Behinderungen, die (haus)ärztlich versorgt werden, einen Anspruch auf schnelle Entscheidungen ihrer Krankenkasse bzgl. der benötigten Hilfsmittel haben, muss aus Sicht der BAGFW auch diese Zielgruppe Zugang zu einer vereinfachten und beschleunigten Hilfsmittelversorgung erhalten. Die Regelung sollte daher auf alle chronisch kranken und Patient:innen mit Behinderungen ausgedehnt werden, sofern die behandelnden Ärzt:innen das Erfordernis eines

dauerhaften Gebrauchs des jeweiligen Hilfsmittels bei ihren langjährig betreuten Patient:innen bescheinigen.

§ 65a: Bonus für HzV-Versicherte

Die BAGFW begrüßt den Wegfall des Bonus für HzV-Versicherte; dafür hatte sie sich bereits in ihrer Stellungnahme zum Referentenentwurf vom 12.4.2024 eingesetzt.

§ 87 Absatz 2b: Einführung einer Versorgungspauschale für chronisch kranke Menschen, die keinen intensiven Betreuungsbedarf haben

Die Intention der Versorgungspauschale, nicht notwendige Praxis-Patient:innenkontakte zu reduzieren, wird ausdrücklich geteilt und der Regelungsvorschlag als Beitrag zur Entlastung der Arztpraxen grundsätzlich begrüßt. Sicherzustellen ist bei der Ausgestaltung der neuen Versorgungspauschale, dass keine finanziellen Anreize gesetzt werden, chronisch kranke Patient:innen mit voraussichtlich wenigen Praxiskontakten gegenüber behandlungsintensiveren chronisch erkrankten Patient:innen zu bevorzugen

§ 87 Absatz 2q (neu): Einführung einer Vorhaltepauschale in der hausärztlichen Versorgung

Die Einführung einer Vorhaltepauschale wird von der BAGFW nachdrücklich begrüßt. Positiv zu bewerten ist insbesondere, dass die Gewährung der Pauschale an die Voraussetzung der Durchführung von Haus- und Pflegeheimbesuchen, bedarfsgerechter Praxisöffnungszeiten einschließlich Abendsprechstunden, kontinuierlicher Anpassung des eMedikationsplans und originärer hausärztlicher Versorgung gebunden sein und in Abhängigkeit von der Erfüllung der Voraussetzungen gestaffelt werden soll. Alternativ zu Abendsprechstunden sollten, wie noch im Gesetzentwurf vorgesehen, auch Samstagssprechstunden in der Vorhaltepauschale besonders berücksichtigt werden, denn das Angebot von Samstagssprechstunden kann einen wesentlichen Beitrag zur Verringerung des Aufsuchens der Notfallambulanzen in den Kliniken leisten.

§ 87a Absatz 3c (neu): Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung

Die BAGFW begrüßt die Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung, gibt allerdings zu bedenken, dass bis auf die Stadtstaaten Hamburg und Berlin nach der Euro-Gebührenordnung faktisch ohnehin schon alle erbrachten hausärztlichen Leistungen honoriert wurden, sodass die Budgetgrenzen schon länger kein systemisches Problem mehr darstellten. Die BAGFW unterstützt zudem den Vorschlag in der Stellungnahme des Bundesrates, sicherzustellen, dass die vorgesehenen Regelungen keine negativen Auswirkungen auf die Sicherstellungszuschläge in unterversorgten Regionen und auf die Erbringung der Leistungen der psychosomatischen Versorgung, der Schmerztherapie, der Allergologie und der Sonographie haben darf.

§ 92 Absatz 6a: Vereinfachtes Antragsverfahren Kurzzeittherapie

Die vorgesehene Umstellung des Verfahrens für die Beantragung einer Kurzzeittherapie von einem bisher zweistufigen auf ein einstufiges Verfahren begrüßen die Verbände der BAGFW uneingeschränkt.

§ 92 Absatz 7h (neu): Mitberatungsrechte der Berufsorganisationen der Pflegeberufe

Die Erweiterung der Beteiligungsrechte der Berufsorganisationen der Pflegeberufe auf ein Antrags- und Mitberatungsrecht bei den Richtlinien zur Qualitätssicherung, SAPV, nach § 63 Absatz 3c sowie bei den veranlassten Leistungen nach Absatz 1 Nummer 6 (HKP, AKI, Heil- und Hilfsmittel, Verbandmittel, Soziotherapie) wird nachdrücklich begrüßt. Der Gesetzentwurf greift indes zu kurz, wenn er nur den Berufsverbänden der Pflegeberufe erweiterte Beteiligungsrechte einräumt. Tragende Säulen des G-BA sind grundsätzlich die Leistungserbringer: GKV-SV, DKG und die Vertretung der Vertrags(zahn)ärzt:innenschaft. Das Äquivalent auf Seiten der Pflege sind die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene. Der Gesetzentwurf ist entsprechend zu ergänzen.

Die BAGFW setzt sich zudem ebenso wie der Bundesrat in seiner Stellungnahme dafür ein, ein Stimmrecht für die Profession Pflege im G-BA zu prüfen. Das Stimmrecht muss zwingend auch die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen umfassen.

Änderungsbedarf:

In § 92 Absatz 7h (neu) Satz 3 sind nach den Wörtern „einen oder zwei Vertreter“ die Wörter „sowie einen oder zwei Vertreter:innen der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene“ einzufügen.

§ 95 Absatz 3: Valide Informationen zur vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgungssituation

Die vorgesehene Regelung, mit der das Bundesministerium für Gesundheit künftig valide Informationen hinsichtlich der Überprüfung der Versorgungsaufträge von Vertragsärzt:innen und Vertragspsychotherapeut:innen erhält, auf deren Grundlage die Versorgungssituation differenziert beurteilt werden kann, ist sehr zu begrüßen. Die durch die Kassenärztlichen Vereinigungen übermittelten Daten zur Erfüllung von Versorgungsaufträge sind zusätzlich auch kleinräumig aufzubereiten und der Gesundheitsberichterstattung auf kommunaler und Landesebene zur Verfügung zu stellen. Zusätzlich ist eine unabhängige Evaluation der psychotherapeutischen Versorgungssituation in Auftrag zu geben.

§ 101 Absatz 4a (neu): Separate Bedarfsplanung für Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie

Die BAGFW bewertet die Einführung einer gesonderten Bedarfsplanung für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen, deren Bedarf seit der Pandemie nochmals deutlich angestiegen ist, als wichtigen Schritt, um die Niederlassungsmöglichkeiten bedarfsgerechter und zielgenauer zu steuern und der bestehenden Unterversorgung entgegenzuwirken. Darüber hinaus fordert die BAGFW, auch die Bedarfsplanung für die psychotherapeutische Versorgung von Erwachsenen zu reformieren, um die langen Wartezeiten, insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Gebieten, zu reduzieren.

§ 105: Fördermaßnahmen des Strukturfonds bei drohender Unterversorgung

Probleme der Unterversorgung werden in Deutschland in naher Zukunft noch deutlich zunehmen. Es ist positiv zu bewerten, dass Fördermaßnahmen auch schon präventiv und nicht erst bei unmittelbar drohender Unterversorgung greifen können. In die Liste der förderwürdigen Maßnahmen ist dringend die Barrierefreiheit von Arztpraxen aufzunehmen. Dies ist auch in der Maßnahmenübersicht des BMG für einen Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen vorgesehen.

Änderungsbedarf:

In § 105 Absatz 1a Satz 3 soll folgende Nummer 9 ergänzt werden:
„9. Förderung der Barrierefreiheit von Arztpraxen“.

§ 140f Absatz 2 Satz 7: Einmaliges Vetorecht der Patient:innenvertretung im G-BA

Die BAGFW gibt das angedachte „Vetorecht“ der Patient:innenvertretung im G-BA kritisch zu bedenken, da es sich dabei um ein primär destruktives Instrument handelt, das eine letztendliche Beschlussfassung ohnehin nur zeitlich verzögern könnte, die bestehenden Kräfteverhältnissen im G-BA jedoch langfristig nicht verändern würde. Stattdessen sollten insgesamt konstruktive, strukturelle Mitgestaltungsmöglichkeiten der Patient:innenvertretung im G-BA verankert und gefördert werden, u.a. auch durch eine stärkere finanzielle Unterstützung der hierfür notwendigen Strukturen.[1]

§ 226: Beitragsfreiheit von Waisenrenten während eines Freiwilligendienstes

Die geplante Regelung stellt sicher, dass Waisenrenten oder entsprechende Hinterbliebenenversorgungsleistungen für Versicherte während der Ableistung eines Freiwilligendienstes wie BFD oder JFD beitragsfrei bleibt. Eine korrespondierende Regelung wird in § 57 SGB XI verankert. Die BAGFW begrüßt die Regelung, da sie Anreize zur Übernahme eines Freiwilligendienstes leistet. In diesem Zusammenhang verweist die BAGFW darauf, dass es bei den Haushaltsberatungen für den Etat 2025 zu keinen weiteren Einschnitten und Kürzungen bei den Freiwilligendiensten kommen darf. Nicht zuletzt bilden die Freiwilligendienste ein großes Reservoir dafür, dass sich junge Menschen aufgrund positiver Erfahrung für die Ergreifung eines sozialen Berufs entscheiden.

Zu Artikel 6: Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

§ 31 Absatz 1: Ermächtigung von Psychotherapeut:innen und Ärzt:innen zur Versorgung von Personen mit psychosozialen Funktionseinschränkungen

Die geplante Ermächtigung von Psychotherapeut:innen und Ärzt:innen zur Versorgung von Personen mit geistigen Behinderungen, Suchterkrankungen oder psychosozialen Funktionseinschränkungen in Kooperation mit Einrichtungen der Suchthilfe, der Krisenhilfe oder der sozialpsychiatrischen Dienste oder vergleichbaren Einrichtung begrüßen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege sehr. Die BAGFW betont,

[1] Detaillierte Forderungen der Patient:innenvertretung zum GVSG hier: https://www.der-paritaetische.de/alle-meldungen/massgebliche-patientenorganisationen-fordern-die-staerkung-der-patientenbeteiligung/

dass auch Kooperationen von Psychotherapeut:innen und Ärzt:innen mit Einrichtungen der Wohnungsnotfallhilfe und mit Strafvollzugsanstalten hier anerkannt werden müssen. Zudem sollte die geplante Ermächtigung auch für Kooperationen mit Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe gelten.
Die BAGFW weist zudem darauf hin, dass eine ambulante Psychotherapie bei Klient:innen mit psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Alkohol, Drogen und Medikamente) derzeit nicht weitergeführt werden darf, wenn nicht bis zur zehnten Behandlungsstunde Suchtmittelfreiheit erreicht wurde. Diese in der Psychotherapie-Richtlinie festgehaltene Regelung hält die BAGFW für nicht zielführend. Der G-BA ist zu beauftragen, die Regelung, die im Jahr 2022 bereits gelockert wurde, erneut zu überprüfen und anzupassen, so dass auch Menschen mit Suchterkrankungen eine Psychotherapie in Anspruch nehmen können.

Änderungsbedarf:

In Satz 1 ist der Begriff „Personen“ durch „**Erwachsene, Kinder und Jugendliche**“ zu ersetzen.

Satz 2 ist wie folgt zu ergänzen: „Voraussetzung für die Ermächtigung nach Satz 3 ist der Nachweis einer entsprechenden Kooperationsvereinbarung mit einem medizinischen Behandlungszentrum nach § 119c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, einer Einrichtung der Suchthilfe, der Krisenhilfe oder der sozialpsychiatrischen Dienste, mit **einer Einrichtung der Wohnungsnotfallhilfe, mit einer Strafvollzugsanstalt oder mit einer Einrichtung der Kinder- und Jugendhilfe** oder einer vergleichbaren Einrichtung. Der G-BA wird beauftragt, § 27 Absatz 2 Satz 1 a und b der Psychotherapie-Richtlinie erneut zu überprüfen und anzupassen, sodass auch Menschen mit Suchterkrankungen eine Psychotherapie in Anspruch nehmen können.“

C. Zur Stellungnahme des Bundesrates vom 5. Juli 2024, BR Drs. 234/24

Zu Nummer 2:
§ 43a: Sicherung nichtärztlicher sozialpädiatrischer Leistungen in den Sozialpädiatrischen Zentren

Nach § 43a SGB V haben versicherte Kinder Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, insbesondere auf psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen, wenn sie erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen. Ein Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen im Rahmen der Krankenbehandlung besteht hingegen nicht. Diesbezügliche Kosten wurden bislang von den Trägern der Kinder- und Jugendhilfe bzw. Eingliederungshilfe getragen, die sich aktuell nach einem Urteil des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg zunehmend aus der Finanzierung zurückziehen. Die GKV sieht sich mit Verweis auf den Gesetzestext nicht in der Leistungspflicht. Die nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen sind jedoch unverzichtbarerer Bestandteil der Krankenbehandlung chronisch kranker und behinderter Kinder und sollten durch die GKV finanziert werden. Die BAGFW unterstützt den Vorschlag des Bundesrates, die Regelungen im SGB V dahingehend zu ändern.

Die BAGFW unterstützt zudem das vom BMG in der Maßnahmenübersicht zum Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen im Juli 2024 benannte Vorhaben, eine gesetzliche Regelung zu schaffen, die Versicherten bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres die Möglichkeit zur Weiterversorgung in einem SPZ ermöglicht, sofern dies notwendig und die Weiterbehandlung in einem MZEB nicht möglich ist.

Änderungsbedarf:

§ 43a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden die Wörter „und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen“ gestrichen.

b) Absatz 2 wird aufgehoben.

Zu Nummer 3:
§ 65g Gesundheitskioske

Gesundheitskioske bieten niedrigschwellige Beratungs- und Unterstützungsleistungen insbesondere für Menschen mit höheren Versorgungsbedarfen und komplexen gesundheitlichen und sozialen Problemlagen. Die BAGFW begrüßt diesen Ansatz, wie er in Modellprojekten z.B. in Hamburg Billstedt-Horn, Unna, Urleben, Essen oder Aachen bereits besteht, ganz ausdrücklich, und unterstützt die Initiative des Bundesrates, Gesundheitskioske, Primärversorgungszentren und Gesundheitsregionen mit dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz zu regeln. Eine enge Zusammenarbeit der Gesundheitskioske mit Gesundheitseinrichtungen und weiteren Leistungser-

bringern im Stadtteil und die Anbindung des Gesundheitskiosks an Gesundheitsregionen u/o Gesundheits- und Pflegekonferenzen ist aus Sicht der BAGFW ausschlaggebend für das Gelingen des Konzepts.

Die BAGFW unterstützt die in der Stellungnahme des Bundesrates gelisteten Aufgaben der Gesundheitskioske und schlägt vor, diese im Gesetz zu übernehmen und folgende Ergänzungen vorzunehmen:

- Vermittlung in pflegerische Angebote und Leistungen, da der Pflege eine zentrale Aufgabe bei der Prävention, Gesundheitsförderung, Edukation und Stärkung der Gesundheitskompetenzen zukommt.
- Begleitung bei Arztbesuchen, wenn erforderlich
- Unterstützung beim Umgang mit der elektronischen Patient:innenakte sowie bei der Nutzung des E-Rezeptes und der dazu gehörigen App
- Unterstützung beim Stellen von Anträgen, z.B. auf Rehabilitationsleistungen oder Hilfsmittel
- Übernahme einfacher medizinische Routineaufgaben, die durch Pflegefachpersonen weisungsungebunden sowie selbstständig und eigenverantwortlich durchgeführt werden können

Die BAGFW teilt die in der Stellungnahme des Bundesrats geäußerte Erwartung, dass Gesundheitskioske nicht flächendeckend, sondern in sozioökonomisch benachteiligten Stadtteilen oder Regionen errichtet werden sollen.

Die BAGFW weist zudem darauf hin, dass eine enge Kooperation mit dem ÖGD eine wichtige Voraussetzung für die Gründung von Gesundheitskiosken sein muss. Durch den Kiosk dürfen weder Doppelstrukturen geschaffen noch bestehende Beratungsangebote gefährdet werden. Daher begrüßt die BAGFW auch die vom Bundesrat vorgesehene Regelung, dass Gesundheitskioske an bestehende Beratungsstrukturen oder Gesundheitseinrichtungen angebunden werden sollen. Nach Möglichkeit sollten Gesundheitskioske unter einem Dach mit oder zumindest in räumlicher Nähe zu Primärversorgungszentren (PVZ) entstehen.

Aus Sicht der BAGFW kommen für die Leitung eines Gesundheitskiosks neben Pflegefachpersonen auch andere Berufsgruppen in Frage, wie Angehörige therapeutischer Berufe oder Sozialarbeiter:innen. Perspektivisch sollten Gesundheitskioske durch APN geleitet werden, deren Qualifikation in Deutschland aber derzeit noch nicht zur Verfügung steht. Die BAGFW hofft, dass ein entsprechender Gesetzentwurf, wie vom BMG und BMFSFJ geplant, noch in dieser Legislatur auf den Weg gebracht wird.

Die BAGFW schließt sich dem Vorschlag des Bundesrates an, dass sich neben den Krankenkassen grundsätzlich auch weitere Leistungsträger, wie z.B. die Renten- oder Unfallkassen, an Gesundheitskiosken beteiligen können sollen. Ausdrücklich unterstützt die BAGFW den Vorschlag in der Stellungnahme des Bundesrates, dass die Angebote des Gesundheitskiosks grundsätzlich allen Personen unabhängig von ihrem Versichertenstatus zur Verfügung stehen sollten. Wichtig ist in

diesem Zusammenhang auch, dass Gesundheitskioske die enge Zusammenarbeit mit Migrationsberatungsstellen und Clearingstellen für Gesundheit suchen.

Zu Nummer 6:
§ 73a: Primärversorgungszentren

Die BAGFW begrüßt das Vorhaben, die hausärztliche Primärversorgung zu stärken, ausdrücklich und hat sich in ihrer Stellungnahme zum Referent:innenentwurf bereits für eine Wiederaufnahme des bereits in den Arbeitsentwürfen des BMG beschriebenen Konzepts der Primärversorgungszentren (PVZ) eingesetzt.

Zukunftsweisende Modelle der Primärversorgung müssen multiprofessionell ausgerichtet sein und neben gesundheitlicher Versorgung auch Prävention, Gesundheitsförderung, soziale Beratung und sozialräumliche Angebote vorhalten. Die für die PVZ vorgesehenen koordinierten, kooperativen und versorgungssteuernden Versorgungselemente können aus Sicht der BAGFW insbesondere für ältere und mehrfacherkrankte Patient:innen eine entscheidende Verbesserung der Versorgung bewirken.

Die BAGFW unterstützt daher den Vorstoß des Bundesrats und befürwortet die vorgeschlagenen Ergänzungen und Modifikationen, durch die das Konzept insgesamt an inhaltlicher Fülle gewinnt:

- In PVZ arbeiten grundsätzlich interprofessionelle Teams, bestehend aus mindestens einem vollen hausärztlichen Versorgungsauftrag und einer entsprechend qualifizierten Pflegefachperson oder VeraH/NäPa/Physician Assistant.
- In PVZ soll je nach Bedarf neben hausärztlicher auch pädiatrische, gynäkologische, psychotherapeutische oder weitere medizinische Grundversorgung angeboten werden können.
- Neben einer ärztlichen Leitung soll auch eine kooperative fachliche Leitung durch andere Gesundheitsfachberufe möglich sein.
- Zentrale Aufgabe des PVZ ist das Case-Management, z.B. im Wege der ärztlichen Delegation, bei Hausbesuchen, aber auch durch eigenständige Untersuchungen und Behandlungen von nicht-ärztlichen Gesundheitsfachberufen.
- Kooperationen mit Fachärzt:innen und mit nicht-ärztlichen Leistungserbringenden, wie z.B. mit Pflegeeinrichtungen oder auch therapeutischen Praxen, sind vorgesehen.
- Gründungsberechtigt sollen nicht nur zugelassene Ärzt:innen, Berufsausübungsgemeinschaften oder medizinische Versorgungszentren sein, sondern auch anerkannten Praxisnetze, gemeinnützige Träger, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder Kommunen in offenen hausärztlichen Planungsgebieten.

Ein aus Sicht der BAGFW weiterer wichtiger Schritt zum Aufbau multiprofessioneller Primärversorgungsstrukturen wäre es darüber hinaus, Primärversorgungszentren und Gesundheitskioske unter einem Dach und in gemeinsamer Trägerform zu errichten, mit einer kooperativen ärztlichen und pflegerischen Leitung und einem gemeinsamen Dokumentationssystem.

Zu Nummer 7:
§ 75a: Weiterbildungsförderung auf Kinder- und Jugendärzt:innen erweitern

Die BAGFW unterstützt den Vorstoß des Bundesrats, die Weiterbildungsförderung für Allgemeinmediziner:innen auf Kinder- und Jugendärzt:innen zu erweitern, um die pädiatrische Versorgung bis zur Reform der Bedarfsplanung ausreichend sicherstellen zu können.

Zu Nummer 20:
§ 103 Zusätzliche Neuniederlassungen in strukturschwachen Teilgebieten

Die BAGFW unterstützt den Vorschlag des Bundesrates, dass der Landesausschuss sich bei den Kriterien für die Bestimmung ländlicher und strukturschwacher Teilgebiete an raumplanerischen und infrastrukturellen Faktoren sowie an der regionalen Sozial- und Morbiditätsstruktur orientieren soll, um in Gebieten mit angeordneten Zulassungsbeschränkungen bedarfsorientiert zusätzliche Niederlassungen zu ermöglichen. Wichtige sozio-ökonomische Kriterien sind Haushaltseinkommen, Arbeitslosenquote, Pflegebedarfe oder Bildungsabschlüsse. Wichtig für die Ausweisung unterversorgter Teilgebiete in zulassungsbeschränkten Gebieten ist auch die Betrachtung der Infrastruktur. So erfordert z.B. mangelhafter Anschluss an den ÖPNV ggf. den Einsatz von Patient:innenbussen.

Zu Nummer 28:
§ 140b Gesundheitsregionen

Ziele einer Gesundheitsregion sind die Verbesserung von Prävention und Gesundheitsförderung sowie des Zugangs zu gesundheitlicher Versorgung. Gesundheitsregionen können ein Schritt hin zu einer regionalen, partizipativen und demokratischen Planung und Weiterentwicklung von Primärversorgungsstrukturen sein. Wir unterstützen daher den Vorstoß des Bundesrates, diesen innovativen Ansatz im Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz wieder aufzunehmen.

Die BAGFW unterstützt die Empfehlung des Bundesrates, dass eine wichtige Aufgabe der Gesundheitsregionen neben der Bildung von Netzwerken der regionalen Versorger und des öffentlichen Gesundheitsdienstes auch deren Steuerung basierend auf einer vorausschauenden Bestands- und Bedarfsanalyse im Sinne einer regionalen Gesundheitsplanung sein soll.

Die Verbände der BAGFW befürworten auch das Anliegen des Bundesrates, neben Krankenkassen und Kommunen auch andere nicht-ärztliche Gemeinschaften von Leistungserbringenden einer Region sowie die KVen als Vertragspartner:innen zur Gründung einer Gesundheitsregion zuzulassen. Die KVen miteinzubeziehen ist wichtig, wenn neben Prävention und Gesundheitsförderung auch Gesundheitsversorgung gestaltet und weiterentwickelt werden soll. Da Prävention und Gesundheitsförderung auch Aufgabe der Pflege sind, sollten auch die Pflegekassen beteiligt werden können.
Wir unterstützen den Vorschlag, dass die Belange von Menschen mit Behinderungen in Gesundheitsregionen besonders berücksichtigt werden sollten. Schwerpunkt der Gesundheitsregionen muss die Bekämpfung von gesundheitlicher Unterversorgung hochvulnerabler Gruppen sein, wie z.B. wohnungsloser, geflüchteter oder nicht-versi-

cherter Menschen. Bei der Identifikation der Bedarfe und der Schaffung entsprechender Unterstützungsstrukturen, wie z.B. kostenfreier Behandlungsangebote oder Clearingstellen als Anlaufstellen für Nichtversicherte, kommt dem ÖGD eine entscheidende Rolle zu.

Die in der Stellungnahme des Bundesrats vorgesehenen Aufgaben für eine Gesundheitsregion sieht die BAGFW als sinnvoll an. Die Koordinierungs- und Steuerungsstrukturen von Gesundheitsregionen sollten partizipativ ausgestaltet sein. Neben den Leistungserbringern sind auch Migrant:innenorganisationen, Behindertenverbände und ggf. weitere Selbstvertretungsorganisationen einzubeziehen. Erfolgreiche, in der Praxis bereits bewährte Gesundheitsregionen und Gesundheitskonferenzen sollen Bestandsschutz erhalten bzw. auf Basis der gesetzlichen Grundlage unterstützt und weiterentwickelt werden.

D. Zusätzlicher Ergänzungsbedarf

1. § 11a: Anspruch auf Sprachmittlung im Gesundheitswesen

Die BAGFW fordert den Gesetzgeber auf, den gesetzlichen Anspruch auf Sprachmittlung im Gesundheitswesen, auch mit Hilfe digitaler Lösungen, wie im Koalitionsvertrag vereinbart, im SGB V zu regeln. Der Anspruch muss uneingeschränkt für alle Leistungsarten gelten. Alle Fachkräfte, die in der ambulanten oder stationären Gesundheitsversorgung tätig sind, müssen Zugriff auf Sprachmittlung haben, nicht nur Ärzt:innen. Darüber hinaus müssen auch Menschen, die Anspruch auf gesundheitliche Leistungen nach dem AsylbLG haben, einen gesicherten Anspruch auf Sprachmittlung erhalten; hier ist Sprachmittlung aktuell nur eine „Kann"-Leistung, die gesondert beantragt und bewilligt werden muss – diese Regelung ist nicht ausreichend. Digitale Lösungen sind an vielen Stellen adäquat und hilfreich und werden von der BAGFW ausdrücklich begrüßt. In manchen Kontexten ist jedoch eine Sprachmittlung in Präsenz erforderlich. Dies muss im Einzelfall durch die behandelnde oder beratende Fachkraft in Absprache mit der:dem Patient:in entschieden werden. Das Vorhaben einer gesetzlichen Regelung ist auch in der Maßnahmenübersicht des BMG für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen angeführt.
BAGFW und BKMO weisen in einem gemeinsamen Forderungspapier vom Dezember 2023 auf einige wichtige Punkte hin, die bei der Umsetzung des Vorhabens berücksichtigt werden sollten[2].

Änderungsbedarfe:

Eingefügt wird ein neuer § 11a im SGB V:

Versicherte haben Anspruch auf eine Sprachmittlung, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen geboten ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt die in Betracht kommenden Leistungen der Krankenkasse, die Einzelheiten zu Voraussetzungen sowie Art und Umfang der Sprachmittlung in einer Richtlinie nach § 92.
Eingefügt wird in § 4 AsylbLG ein neuer Absatz 2a:
§ 11a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt für die Versorgung mit den Leistungen nach den Absätzen 1 bis 2 entsprechend.

2. § 126 Absatz 1a SGB V: Streichung des Präqualifizierungserfordernisses von Pflegeeinrichtungen für die Hilfsmittelversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen

Stationäre Einrichtungen müssen sich alle fünf Jahre durch eine akkreditierte Präqualifizierungsstelle für die Versorgung mit Inkontinenzmaterialien zertifizieren lassen. Das ist überflüssig, denn die Pflegefachkräfte sind qua Ausbildung für die Versorgung mit Inkontinenzmaterialien qualifiziert. Eine Zertifizierung stellt eine unnötige bürokratische Hürde und zudem eine finanzielle Belastung dar.

[2] siehe hier: https://www.bagfw.de/veroeffentlichungen/stellungnahmen/positionen/detail/forderungspapier-von-bagfw-und-bkmo

Änderungsbedarf:

Streichung des Präqualifizierungserfordernisses in § 126 Absatz 1a SGB V

3. § 360 Abs. 9: E-Rezept: auf Dauer angelegter Rezept-Ausdruck auf einmaligen Wunsch der Patient:innen

Rezepte werden nach § 360 Abs. 9 Satz 1 SGB V seit Anfang des Jahres 2024 auf Wunsch von Versicherten in der Regel elektronisch und nur auf Nachfrage als Ausdruck zur Verfügung gestellt. Für bestimmte Personengruppen, etwa Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, kann es allerdings aus verschiedenen Gründen bereits eine Hürde sein, bei jedem Praxisbesuch daran zu denken, den Ausdruck anzufordern. Gerade für diese Personengruppen aber könnten Ausdrucke einfacher zu handhaben sein als das E-Rezept. Daher schlagen wir vor, durch eine gesetzliche Ergänzung im § 360 Abs. 9 SGB V sicherzustellen, dass der Wunsch der Versicherten, ob sie einen Ausdruck grundsätzlich immer und bei jedem Praxisbesuch wünschen, vor Ort durch die jeweilige Arztpraxis einmalig erhoben wird. Ergänzend sollten Versicherte die Möglichkeit erhalten, eine entsprechende Willensbekundung, die sich an alle Verordnungen Ausstellenden richtet, an ihre Krankenkasse zu übermitteln. Diese Information müssten behandelnde Arztpraxen und weitere Verordnungen Ausstellende jeweils abrufen und ihr Folge leisten können. Es sollte zudem geregelt werden, dass die Willensbekundungen in den erforderlichen Fällen auch über die rechtlichen Vertreter:innen erfolgen können.

Änderungsbedarfe:

§ 360 Abs. 9 SGB V sollte wie folgt geändert werden:

(9) Versicherte können gegenüber den in Absatz 2 Satz 1 genannten Leistungserbringern sowie den in Absatz 4 Satz 1 genannten Psychotherapeuten wählen, ob ihnen die für den Zugriff auf ihre ärztliche oder psychotherapeutische Verordnung nach den Absätzen 2 und 4 bis 7 erforderlichen Zugangsdaten barrierefrei entweder durch einen Ausdruck in Papierform ~~oder~~**,** elektronisch **oder in beiden Formen** bereitgestellt werden sollen. **Versicherte haben dabei die Möglichkeit, ihre Wahlentscheidung durch eine einmalige Bekundung für eine unbegrenzte Geltungsdauer zu fällen. Die Geltung verliert ihre Gültigkeit bei Widerruf oder einer neuen, anderslautenden Entscheidung.**

4. Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen in vulnerablen Lebenssituationen

Um die psychotherapeutische Versorgung von Menschen in vulnerablen Lebenssituationen zu verbessern, sind weitere Maßnahmen erforderlich, die über die im Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 22. Mai 2024 vorgesehenen Regelungen hinausgehen:

- Der Zugang zu ambulanten Komplexleistungen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ist sicherzustellen und die Kapazitäten hierfür sind bedarfsgerecht, passgenau und stärker koordiniert auszubauen. Organisatorische Anforderungen an die Netzverbünde sind zu reduzieren, nicht notwen-

dige Mehrfachuntersuchungen zu vermeiden und die Versorgung durch Vertragsärzt:innen und psychologische Psychotherapeut:innen mit mindestens hälftigem Versorgungsauftrag ist zu ermöglichen. Hierfür gilt es, die KSVPsych-Richtlinie gemäß § 92 Absatz 6b SGB V zu überarbeiten.

- Die BAGFW betont zudem die Notwendigkeit, Leistungsinhalte aus anderen Richtlinien so anzupassen, dass sie eine bessere Versorgung von Versicherten mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf ermöglichen (wie z.B bei der Soziotherapie).
- Aus Sicht der BAGFW sind zudem aufsuchende psychotherapeutische Angebote, zum Beispiel in Schulen, Kitas, Diensten und Einrichtungen der Eingliederungshilfe und der Wohnungsnotfallhilfe, in Pflegeheimen und Einrichtungen der Jugendhilfe zu ermöglichen, da das Aufsuchen einer Praxis für viele Personen mit erheblichen Hürden verbunden ist.

Zudem weist die BGAFW darauf hin, dass auch psychosoziale Basisdienste in ihrer psychotherapeutischen Kompetenz zu stärken sind. Zur Entwicklung einer entsprechenden Grundhaltung sollten psychotherapeutische Basiselemente verpflichtender Bestandteil der Aus- und Weiterbildungscurricula von Gesundheitsberufen, Sozialpädagog:innen und Heilerziehungspfleger:innen etc. werden.

5. Umsetzung von Maßnahmen aus dem Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen

Die Verbände der BAGFW setzen sich dafür ein, ausgewählte Regelungen, die das BMG in einer Maßnahmenübersicht zum Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen im Juli 2024 aufgelistet hat und die den Zugang zu gesundheitlicher Versorgung für Menschen mit Behinderungen entscheidend verbessern sollen, mit dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz umzusetzen; insbesondere:

Terminvereinbarung barrierefrei ermöglichen (Nr. I.2)
Die BAGFW unterstützt das Vorhaben des BMG, gesetzlich zu regeln, dass Vertragsarztpraxen und -zahnarztpraxen künftig sicherzustellen haben, dass neben einer telefonischen Terminvereinbarung auch andere Buchungsmöglichkeiten (digital oder E-Mail) bestehen und somit Barrieren bei der Terminvergabe abgebaut werden. Gleichzeitig ist sicherzustellen, dass die telefonische Terminvereinbarung im Zuge der Etablierung digitaler Kommunikationskanäle erhalten bleibt, da bestimmte Personengruppen keinen Zugang zu digitalen Alternativen haben.

Informationspflichten der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (Nr. I.3)
Das Vorhaben, eine gesetzliche Regelung zu schaffen, die auch KZVen verpflichtet, im Internet in geeigneter Weise bundesweit einheitlich über die Sprechstundenzeiten der Vertragszahnärzt:innen und über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zu zahnärztlichen Praxen zu informieren, begrüßt die BAGFW ebenfalls ausdrücklich.

Verpflichtende Meldung zur Barrierefreiheit von Vertragsärzt:innen und Vertragszahnärzt:innen (Nr. I.5)
Die BAGFW befürwortet das Vorhaben, Vertragsärzt:innen und Vertragszahnärzt:innen zu verpflichten, Angaben zur Barrierefreiheit der Praxis gemäß der Richtlinie nach § 75 Absatz 7 Satz 1 Nummer 3a SGB V in den Daten des Zahnarzt- und Arztregisters zu melden, mit dem Ziel, dass diese Angaben nach Zusammenführung im Bundesarztregister und im Bundeszahnarztregister barrierefrei und bundesweit einheitlich auf den Webseiten der KBV und der KZBV veröffentlicht werden.

Anpassung von EBM und BEMA (Nr. I.13)
Die BAGFW begrüßt den Vorschlag, dass die die Bewertungsausschüsse verpflichtet werden, den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und den Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen (BEMA) zu überprüfen und anzupassen, um den besonderen Erfordernissen von Menschen mit Behinderungen Rechnung zu tragen.

Kooperationsverträge nach § 119b SGB V auch für Einrichtungen der Eingliederungshilfe (Nr. I.15)
Die BAGFW begrüßt, dass das BMG prüfen möchte, ob die in § 119b SGB V geregelte Möglichkeit, Kooperationsverträge zwischen Pflegeheimen und Vertragszahnärzt:innen zu schließen, die sich in der Langzeitpflege sehr bewährt hat, auch auf Einrichtungen der Eingliederungshilfe ausgeweitet werden kann. Die Ausweitung sollte nicht nur in Bezug auf Vertragszahnärzt:innen, sondern auch für Vertragsärzt:innen geprüft werden.

Barrierefreiheit in der Rehabilitation (Nr. I.20)
Die BAGFW unterstützt das Vorhaben des BMG, den Rahmenempfehlungspartnern den Auftrag zu erteilen, das Thema Barrierefreiheit in der Rehabilitation (der GKV) zu adressieren.

6. Weiterentwicklung der Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter, Väter und pflegende Angehörige durch Einführung einer vor- und nachstationären Beratungs- und Betreuungsleistung

Seit mehreren Jahren setzt sich die BAG der Freien Wohlfahrtspflege (wie auch das Müttergenesungswerk) für die sozialrechtliche Verankerung eines Anspruchs auf vor- und nachstationäre Beratungs- und Nachsorgeleistungen für den Kreis der Mütter, Väter und pflegenden Angehörigen ein. Dazu liegen detaillierte Formulierungsvorschläge zu den §§ 23, 40 sowie zu einem Paragraphen, der Rahmenverträge zwischen den Trägern der Beratungsstellen und der GKV regelt, vor.

Sachlicher Hintergrund ist einerseits der hohe Informations- und Beratungsbedarf der Zielgruppen, der bedingt ist durch die Komplexität der Belastungen resultierend aus der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und unbezahlter Care-Arbeit, mit dem Ziel, der Einmündung in ein passgenaues Angebot. Andererseits stellt sich, wie auch bei anderen Leistungsangeboten, die Herausforderung, den Erfolg der Vorsorge- bzw. Rehabilitationsleistung in der Lebenswelt der Betroffenen nachhaltig zu verankern. Ergänzend fordern wir, die Aufrechterhaltung der beraterischen Infrastruktur für die genannten Zielgruppen in die Liste der Themen für die Verträge nach § 20f SGB V (Landesrahmenverträge zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie) aufzunehmen. In den letzten Jahren hat das Problem dadurch an Brisanz zugenommen,

dass die Zahl der Beratungsstellen im Rahmen der Freien Wohlfahrtspflege (und damit des MGW) deutlich gesunken ist; gleichzeitig hat sich die Wartezeit zwischen (positiver) Antragsbescheidung und dem Beginn der Maßnahme auf ein Jahr und darüber hinaus verlängert.

Vor diesem Hintergrund erneuert die BAGFW ihr Anliegen. Sie steht auch für eine Erörterung anderer Wege, um die skizzierten Probleme zu lösen, gerne zur Verfügung.

Berlin, 06.11.2024

Bundesarbeitsgemeinschaft
der Freien Wohlfahrtspflege e. V.

Evelin Schneyer
Geschäftsführerin

Kontakt:
Dr. Elisabeth Fix (elisabeth.fix@caritas.de)
Dr. Maike Grube (maike.grube@diakonie.de)
Christian Hener (c.hener@drk.de)
Sebastian Gottschall (sebastian.gottschall@awo.org)
Luca Torzilli (gesundheit@pariataet.org)

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(10)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
07.11.2024

STELLUNGNAHME

zum Gesetzentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz - GVSG)

13. November 2024

Bundesverband Managed Care e.V.
Vorstand: Prof. Dr. Lutz Hager, PD Dr. Ursula Hahn, Franz Knieps,
Dr. Bernadette Klapper, Bettina Lutz, Dr. Carola Reimann, Dr. Benedikt Simon
Friedrichstr. 136 · 10117 Berlin · +49 30 28 09 44 80
bmcev@bmcev.de · www.bmcev.de

BMC Managed Care

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

GRUNDSÄTZLICH

Der Gesetzentwurf des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) zielt ausweislich seines Titels darauf ab, die Gesundheitsversorgung in den Kommunen zu stärken und die Rolle der kommunalen Akteure in der Versorgung zu verbessern. Dieses Ziel wird vom Bundesverband Managed Care (BMC) unterstützt, jedoch gibt es wesentliche Kritikpunkte, die auch im Gesetzentwurf bestehen bleiben. Es fällt besonders auf, dass der Gesetzentwurf weiterhin eine klare strategische Vision vermissen lässt und in vielen Bereichen unkonkret bleibt. Während innovative Ansätze wie Gesundheitsregionen, Case- und Caremanagement oder Primärversorgungszentren zur Diskussion standen, wurden diese Konzepte auch im Gesetzentwurf nicht ergänzt. Dies führt nach wie vor zu einem Gesetz, das nur aus einzelnen, isolierten Maßnahmen besteht, ohne ein klares Zielbild für die zukünftige Gesundheitsversorgung zu verfolgen. Eine strukturelle Weiterentwicklung ist kaum erkennbar und die Umsetzung regionaler Versorgungskonzepte bleibt durch fehlende verbindliche Strukturen unzureichend.

Der BMC hatte bereits in seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf gefordert, den regionalen Akteuren mehr Flexibilität zu geben, um innovative und passgenaue Versorgungsmodelle vor Ort entwickeln zu können. Diese Forderungen sind weitgehend unberücksichtigt geblieben. Es fehlt weiterhin ein umfassendes Konzept, das regionale Gestaltungsspielräume zulässt und die Integration multiprofessioneller Teams fördert, die sektorenübergreifend arbeiten können. Ein weiterer zentraler Kritikpunkt des BMC ist, dass der Entwurf keinen deutlichen Bezug zur Krankenhausreform (KHVVG) herstellt und beide Gesetzesentwürfe nicht aufeinander abgestimmt sind. Diese Reform könnte durch sektorenübergreifende Versorgungsmodelle und den Einbezug von Level 1i Krankenhäuser die Gesundheitsversorgung effizienter ausgestalten.

Der BMC plädiert dringend dafür, dass die diskutierten Konzepte zu Primärversorgungszentren (§ 73a SGB V) und Gesundheitsregionen (§ 140b SGB V) wieder in den Gesetzentwurf aufgenommen werden und unterstützt die entsprechenden durch den Bundesrat am 19.06.2024 eingebrachten Empfehlungen zur Ergänzung des Gesetzes. Diese Ansätze sind entscheidend, um die strukturelle Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung vor Ort voranzutreiben und den Anforderungen einer sich wandelnden Versorgungslandschaft gerecht zu werden. Es sollte ein dezentraler Ansatz verfolgt werden, der auf die Innovationskraft, die Praxiserfahrungen und den Kooperationswillen der Akteure vor Ort setzt. Entsprechende Freiheitsgrade vorausgesetzt, können Regionen Orte der Transformation sein, an denen eine gemeinsam von den Versorgungspartnern verantwortete und am regionalen Bedarf ausgerichtete Versorgung praktisch umgesetzt und erfahrbar wird. So verstanden, ist Regionalisierung der Schlüssel, um die Ziele des GVSG doch noch erreichen zu können.

IM EINZELNEN

I. Zu Artikel 1 Nr. 6 a – c

§ 87 (2b), (2d) & (2n) SGB V (Versorgungs- und Vorhaltepauschalen)

Für die hausärztliche Versorgung werden quartalsübergreifende Versorgungspauschalen für chronisch erkrankte Versicherte sowie Vorhaltepauschalen eingeführt, die an bestimmte Qualitätsvoraussetzungen geknüpft sind.

- Der BMC unterstützt den Ansatz, Einzelleistungen zusammenzufassen und ihre Vergütung zu pauschalieren. Dies reduziert nicht nur die Gefahr von Fehlanreizen und bürokratischen Abrechnungsaufwand, es ist auch Voraussetzung für den Aufbau größerer, fachübergreifender Versorgungseinheiten.

- Die Kooperation mit weiteren Leistungserbringenden in Versorgungsnetzen sowie die multiprofessionelle Zusammenarbeit, wie sie z. B. in Primärversorgungszentren erfolgen kann, sollte als weitere Voraussetzung für die Abrechnung der Vorhaltepauschale ergänzt werden. Die Regelung sollte zudem als Auftakt für weitere Pauschalierungen gesehen werden, z. B. in Form von Komplexpauschalen bei Kontakten mit mehreren Ärzt:innen.

II. Zu Artikel 1 Nr. 9 l

§ 92 Abs. 7h SGB V (Antrags- und Mitberatungsrecht der Berufsorganisationen der Pflegeberufe)

Die Berufsorganisationen der Pflegeberufe sollen ein Antrags- und Mitberatungsrecht bei Richtlinien und Beschlüssen des G-BA zur Qualitätssicherung sowie sie betreffende Aufgabenbereiche erhalten.

- Die Leistungen der Pflegefachberufe sind für eine funktionierende Gesundheitsversorgung unerlässlich. Im Zuge der Weiterentwicklung und Akademisierung wird ihre Bedeutung künftig weiter zunehmen. Ihre Beteiligung an Beratungen und Entscheidungen des G-BA ist daher ein überfälliger Schritt, den der BMC nachdrücklich begrüßt.

III. Zu Artikel 1 Nr. 11

§ 95 Abs. 2 S. 6 SGB V (Begrenzung der Sicherheitsleistungen für MVZ)

Für die Zulassung eines MVZ in der Rechtsform der GmbH wird die Möglichkeit geschaffen, die gesetzlich vorgeschriebenen Sicherheitsleistungen der Höhe nach zu begrenzen, um insbesondere Kommunen die MVZ-Gründung zu erleichtern.

- MVZ bieten aus Sicht vieler Ärztinnen und Ärzte attraktive Arbeitsbedingungen (u.a. Anstellungsverhältnis, mögliche Teilzeitbeschäftigung). Damit werden auch diejenigen, die eine selbständig betriebene Einzelpraxis nicht wünschen, für die Versorgung gewonnen und tragen in zunehmendem Maße zur Sicherstellung der Versorgung bei. Die Erleichterung der Gründung von MVZ als Betriebsform ist daher – unabhängig von der Trägerschaft – sinnvoll.

IV. Artikel 1 Nr, 24 b

§ 217 f Abs. 4 SGB V (Leistungs- und Servicequalität von Kranken- und Pflegekassen)

Zur Verbesserung der Transparenz für GKV-Versicherte sollen Krankenkassen künftig Kennzahlen zu ihrer Service- und Leistungsqualität erheben, die standardisiert auf einer digitalen Plattform zu veröffentlichen sind.

- Der BMC setzt sich für einen fairen Kassenwettbewerb ein, der durch verständlich aufbereitete und zugängliche Qualitätsinformationen gefördert wird. Die Neuregelung wird daher unterstützt.

- Ebenso wichtig ist aus Sicht des BMC eine stärkere Qualitätstransparenz auf Seiten der Leistungserbringenden. Mit dem Krankenhaustransparenzgesetz wurde bereits mehr Übersichtlichkeit über die Qualität stationärer Leistungen angestrebt. Das GVSG sollte die Entwicklung von Indikatoren für patientenrelevante Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität, die auf verfügbaren Daten aufbauen, nun auch im ambulanten Bereich anschieben.

ZUSÄTZLICHER HANDLUNGSBEDARF

In seiner jetzigen Form ist das GVSG nicht in der Lage sein Ziel einer Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune zu erreichen. Abgesehen von der geplanten Regelung zur Vereinfachung von MVZ-Gründungen bezieht es sich nicht einmal mehr auf diese Ebene. Der BMC plädiert dringend dafür, mit dem GVSG Gestaltungsspielräume für eine dezentral umsetzbare regionale digital-ambulant-stationär vernetzte Gesundheitsversorgung zu schaffen. Konkret müssen dafür folgende Punkte ins Gesetz aufgenommen werden:

- **Versorgungsziele benennen:** Die Ziele regionaler Versorgung und der damit verbundene Auftrag an regionale Versorgungsakteure müssen benannt werden:
    - Eine populationsbasierte Gesunderhaltung und Krankheitsvermeidung durch Integration aller unterstützenden und gesundheitsorientierten Leistungen des SGB V sowie der Pflege, der Rehabilitation und weiterer relevanter Leistungsbereiche
    - Die Verringerung zukünftiger Morbiditätslast und eine später einsetzende und geringere Pflegebedürftigkeit im Alter durch zielgruppenspezifische Präventionsangebote
    - Ein flächendeckender Zugang und die Koordination von Versorgungsleistungen inkl. des Managements chronischer und komplexer Erkrankungen, z. B. durch die Einbeziehung von DMPs in regionale Versorgungskonzepte
    - Patientenzentrierung und -aktivierung sowie Koordination der „Patient Journey“ durch die verschiedenen an der medizinischen und pflegerischen Versorgung Beteiligten insbesondere mit Hilfe neuer Organisationsformen, Versorgungsstrukturen und -prozessen und digitaler Möglichkeiten auch unter Einbeziehung neuer Outcome orientierter Vergütungsformen

- **Einführung von Primärversorgungszentren:** Als ein neues Betriebsmodell für die multiprofessionelle, kooperative und koordinierende Grundversorgung sollten Kommunen trägeroffene Primärversorgungszentren initiieren können, und zwar nicht nur in unterversorgten Regionen. Diese sollten mindestens hausärztliche Versorgung sowie die mit dem KHVVG geplanten Leistungen in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen einbeziehen und in ein regionales Versorgungsnetz eingebunden werden. Dies stellt ein zukunftsweisender Schritt zur Stärkung der regionalen Gesundheitsversorgung dar und gewährleistet eine regionale, sektorenübergreifende Versorgung.
    - Notwendig ist die Einbindung von nicht-ärztlichen Fachkräften wie Community Health Nurses und Pflegefachkräften, die eine wichtige Entlastung für Ärzte darstellen und die Versorgung in ländlichen Regionen sichern können.
    - Wesentliches Element einer regional und sektorenübergreifend vernetzten Versorgung ist zudem eine Steuerung der Patienten bzw. eine Koordinierung der erforderlichen Gesundheitsleistungen durch ein Care und Case Management (Patientenlotsen). Dies kann unmittelbar in Primärversorgungszentren angesiedelt werden, sollte durch regionale Versorgungspartner aber auch in anderen vor Ort existierenden Strukturen implementiert werden können. Die in früheren Arbeitsentwürfen des GVSG zu findende zusätzliche

Vergütung dieser Leistungen aus dem EBM ist dafür sachgerecht.

- Die Möglichkeit der Einbindung des jeweiligen Kreises oder der jeweiligen kreisfreien Stadt, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und Präventions- und Beratungsangeboten bieten darüber hinaus die Möglichkeit, sinnvoll vernetze Angebote vorzuhalten.

- Für die Gründung sollte kein zwingender Hausarztsitz notwendig sein, da dies gerade in strukturschwachen Regionen die Gründung von Primärversorgungszentren erschweren kann. Vorzugswürdig wäre als Mindestanforderung die Kooperation mit einem hausärztlichen Leistungserbringer. Zudem wäre der Ausbau von telemedizinischen Angeboten, wie etwa Konsiliare oder Videosprechstunden zu befürworten.

- **Einführung von Gesundheitsregionen:** Durch die Einführung von Gesundheitsregionen sollen regionale Netzwerke gebildet werden, die die sektorenübergreifende Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung verbessern und lokale Bedarfe berücksichtigen. Die regionale Vernetzung und die sektorenübergreifende Zusammenarbeit sind der Schlüssel für eine bessere Gesundheitsversorgung.

  - Die Initiative für regionale Versorgung sollte von allen Versorgungsakteuren (nicht nur Kreisen und kreisfreien Städten) ausgehen können. Innovative Ideen sind vor allem aus der Versorgungspraxis z. B. von Ärztenetzen, Kliniken, der Pflege oder Kranken- und Pflegekassen zu erwarten. Sie sorgen für Vielfalt und ermöglichen Regionen, voneinander zu lernen. Grundlage muss ein am Bedarf orientiertes bevölkerungsbezogenes Versorgungskonzept sein, zu dessen Umsetzung ein regionaler Versorgungsvertrag zwischen Versorgungspartnern (Kommunen ebenso wie Leistungserbringenden) und Kranken- und Pflegekassen verhandelt wird. Dabei sollten die teilnehmenden Kassen ein Quorum von mindestens 70 Prozent der Versicherten in der Region erreichen, dies sollte jedoch kein Mindestkriterium darstellen. Bereits vor Erreichen diese Quote sollten Verträge zu Gesundheitsregionen geschlossen werden können, um diese Versorgungsform in die Versorgungspraxis zu bekommen. Alle übrigen Kassen lassen den Vertrag ab einem Quorum von 70 Prozent der Versicherten gegen sich gelten und können jederzeit nachträglich beitreten. Der Vertrag muss für die Versicherten die vollständige Freiheit der Wahl der Behandler umfassen.

  - In Regionalverträgen sollte auch eine alternative Vergütung vereinbart werden können. Die in früheren GVSG-Entwürfen geplante Auslagerung auf ergänzende Verträge nach § 140a Absatz 2 SGB V oder Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3 SGB V würde eine Einschreibepflicht der Versicherten für die regionale Versorgung erfordern, die nicht sinnvoll ist. Sie sollte allein auf besondere Versorgungsangebote beschränkt bleiben, in denen sich der Versicherte zu einer besonderen Mitwirkung verpflichtet. Eine Verknüpfung von Regionalverträgen mit §§ 63c oder 140a SGB V würde die regionale Versorgung zudem auf die begrenzten Möglichkeiten der Modellvorhaben bzw. der Besonderen Versorgung reduzieren und damit innovative regionale Ideen ausbremsen.

  - Um innovative Versorgungsmodelle, bürokratiearme und anwendungsnahe Lösungen umsetzen zu können, brauchen regionale Versorgungspartner konkrete Freiheitsgrade z. B. zum Austausch von Versorgungsdaten oder für die interprofessionelle Zusammenarbeit, mit denen sie im Rahmen der Regionalverträge von bundesweiten Regelungen abweichen können. Diese müssen im GVSG benannt werden, um Rechtssicherheit für die Vertragspartner zu schaffen. Qualitätsvorgaben für regionale Versorgung sollten bundesweit definiert werden, womit der G-BA beauftragt werden kann.

- **Anreize für die regionale Versorgung:** Um einen Anreiz für den Start von regionaler Versorgung zu bieten, sollte ein Teil des im KHVVG geplanten Transformationsfonds für Krankenhäuser oder des Innovationsfonds für deren Ingangsetzung zur Verfügung stehen. Beide Fonds verfolgen das Ziel, Struktur- und Prozessverbesserungen in der Versorgung zu fördern, was in regionalen Versorgungsnetzen umgesetzt werden kann. Daher ist eine Verwendung ihrer Mittel für diesen Zweck sachgerecht. Darüber hinaus sollten die Vertragspartner frei darin sein, untereinander Regelungen zur Kostenaufteilung in den Regionalverträgen zu vereinbaren.

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(11)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
08.11.2024

dgppn
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.

Stellungnahme
30.04.2024

Referentenentwurf des BMG für ein Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

Die DGPPN bedankt sich für die Möglichkeit zur Stellungnahme zum Referentenentwurf des GVSG. Der Entwurf adressiert die Gesundheitsversorgung in der Kommune. Allerdings stellen wir mit Sorge fest, dass im vorliegenden Entwurf keinerlei Regelungen enthalten sind, die die dringend notwendige Reform der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung durch das Krankenhaus betreffen. Im Folgenden finden Sie unsere Einschätzungen zu einigen konkreten Punkten aus dem Gesetzestext.

1. Reform der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung durch das Krankenhaus

Insbesondere die in der achten Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung empfohlene Flexibilisierung der Behandlung durch psychiatrische Krankenhäuser wird von unserer Fachgesellschaft, den Klinikverbänden und breiten Teilen der gemeinsamen Selbstverwaltung als zentral für eine Versorgungsverbesserung eingeschätzt und ausdrücklich unterstützt.

Die DGPPN misst dabei der Einführung von Globalbudgets, der Stärkung der Psychiatrischen Institutsambulanzen durch eine bundesweit auskömmliche Finanzierung, einer Flexibilisierung der Vergütung nach dem “Bayerischen Modell” und einer flächendeckenden regionalen Versorgungsverpflichtung als Versorgungsprinzip den höchsten Stellenwert bei.

Eine entsprechende Anpassung der gesetzlichen Regelungen erscheint uns dringend geboten! Wir plädieren dafür, diese Regelungen im GSVG zu treffen, weil ansonsten die Gefahr besteht, dass diese Reform der psychiatrischen Krankenhausversorgung in dieser Legislaturperiode nicht mehr realisierbar sein wird.

2. Stellungnahmerechte der einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften auf weitere Arbeitsbereiche des G-BA

Die DGPPN begrüßt die Ausweitung des Stellungnahmerechts der einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften auf weitere Arbeitsbereiche des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) über die Bereiche der Methodenbewertung und der strukturierten Behandlungsprogramme hinaus. Insbesondere werden den Fachgesellschaften Stellungnahmerechte zu den Entscheidungen des G-BA zur Psychotherapie-Richtlinie, zur Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatri-

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

schen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf sowie zur Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID eingeräumt. Die abgegebenen Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Damit kann die Expertise der jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in die Entscheidungsfindung des G-BA einfließen, was aus unserer Sicht sehr zu begrüßen ist.

3. Separate Bedarfsplanung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten-Sitzen

Aus unserer Sicht ist davon auszugehen, dass durch eine separate Bedarfsplanung zusätzliche ambulante Niederlassungsmöglichkeiten entstehen, was angesichts des Bedarfs unabdingbar erscheint.

Gleichzeitig vermissen wir aber im Referentenentwurf entsprechende Verbesserungen in ländlichen und strukturschwachen Gebieten und die Verbesserung des Zugangs zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung für erwachsene Patientinnen und Patienten mit schweren und komplexen Erkrankungen. Beides wurde im Koalitionsvertrag angekündigt. Aus Sicht der DGPPN muss jegliche gesetzliche Neuerung dafür Sorge tragen, dass insbesondere die Gruppe der schwer und komplex erkrankten Patientinnen und Patienten in ausreichendem Maße berücksichtigt wird. Wir sprechen uns daher für ein gestuftes und koordiniertes Versorgungsmodell aus, in dem alle Patientinnen und Patient genau die Hilfe erhalten, die sie zum aktuellen Zeitpunkt benötigen.

4. Verfahrensvereinfachung im Rahmen der Prüfung von Hilfsmittelanträgen für Versicherte in medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB)

Der Gesetzentwurf sieht eine Verfahrensvereinfachung im Rahmen der Prüfung von Hilfsmittelanträgen vor, die von Versicherten gestellt werden, die sich in regelmäßiger Behandlung in einem sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) oder medizinischen Behandlungszentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) befinden und deren beantragte Versorgung von dort empfohlen worden ist.

Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung benötigen neben spezialisierter somatischer Versorgung häufig auch spezialisierte psychiatrische und psychotherapeutische Unterstützung. Darauf sind die Versorgungsstrukturen vielerorts nicht ausreichend eingestellt. Die DGPPN fordert seit langem, die MZEB ausdrücklich in die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Zielgruppe einzubeziehen. Die im Referentenentwurf festgeschriebene Verfahrensvereinfachung ist vor diesem Hintergrund zu begrüßen.

Zukünftig muss weiter darauf hingewirkt werden, die bedarfsgerechte psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in den MZEB durch fachgerechte Leistungsvereinbarungen und aufwandsgerechte Vergütungsvereinbarungen zu ermöglichen, und zwar unter Berücksichtigung des besonderen Aufwands für die notwendige aufsuchende Arbeitsweise sowie Kommunikation und Kooperation mit anderen Akteuren der Versorgung.

5. Entscheidungen des Zulassungsausschusses

Die Pläne des Bundesgesundheitsministeriums, künftig Entscheidungen des Zulassungsausschusses für Ärzte unter den Vorbehalt des Einvernehmens mit der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde zu stellen, sehen wir kritisch.

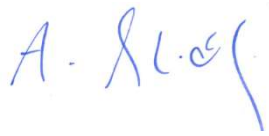
Im Referentenentwurf heißt es dazu:

Dem § 96 Absatz 2a werden die folgenden Sätze angefügt: „Die in Satz 1 genannten Entscheidungen des Zulassungsausschusses für Ärzte sind im Einvernehmen mit der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde zu treffen. Das Einvernehmen gilt als erteilt, wenn die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde bei der Beschlussfassung keine entgegenstehende Erklärung abgibt."

Der Zulassungsausschuss ist ein originäres Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung und repräsentiert im Kern den Sicherstellungsauftrag, der der Ärzteschaft und den Krankenkassen im Zuge des staatlichen Subsidiaritätsprinzips vor langer Zeit vom Staat übertragen wurde.

Sowohl der Sicherstellungsauftrag als auch die mit ihm einhergehende Entscheidungshoheit der Selbstverwaltung in den Gremien sind gesellschaftliche Errungenschaften, die unbedingt schützenswert sind. Hinzu kommt, dass Entscheidungen seitens der Landesbehörden auch finanziell zulasten Dritter - in diesem Fall der Krankenkassen und der Ärzteschaft - getroffen werden könnten. Wir fordern daher, dass der o. g. Absatz aus dem Gesetzentwurf entfernt wird.

Mit den besten Grüßen



Prof. Dr. Andreas Meyer-Lindenberg
Präsident der DGPPN

Korrespondenzadresse
Prof. Dr. med. Andreas Meyer-Lindenberg
DGPPN-Präsident
Reinhardtstr. 29
10117 Berlin
Telefon: 030 240 4772 0
E-Mail: praesident@dgppn.de

SHV SPITZENVERBAND DER HEILMITTELVERBÄNDE E.V.

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(12)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
08.11.2024

Stellungnahme des Spitzenverbandes der Heilmittelverbände e.V.

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) Bundestags-Drucksache 20/11853

07.11.2024

Der Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V. (SHV) vertritt als Dachverband die berufspolitischen Interessen der sechs mitgliederstärksten maßgeblichen Spitzenorganisationen gemäß § 125 SGB V auf Bundesebene und ist für die Belange der Heilmittelversorgung Ansprechpartner der Politik, der Ministerien, der Selbstverwaltungsorgane, der Gesundheitsorganisationen im Gesundheitswesen sowie der Medien. Insgesamt vertritt der SHV mehr als 75.000 Mitglieder.

Kontakt:

Spitzenverband der Heilmittelverbände e.V.

Deutzer Freiheit 72-74

50679 Köln

Tel.: 0221 – 98102728

E-Mail: info@shv-heilmittelverbaende.de

www.shv-heilmittelverbaende.de

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Um sicherzustellen, dass der Text leicht lesbar ist, wird in der Regel nur eine Form der Personenbezeichnung verwendet. Dadurch sind alle anderen Formen ebenfalls eingeschlossen.

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

1.) **Nr. 10e): § 92 Reform des G-BA**
Der SHV als Dachverband der sechs mitgliederstärksten maßgeblichen Spitzenorganisationen gemäß § 125 SGB V auf Bundesebene fordert einen Sitz im Gemeinsamen Bundesausschuss als stimmberechtigtes Mitglied in der für die Heilmittelerbringer relevanten Aufgabenbereiche. Mindestens sollte der SHV ein Antrags- und Mitberatungsrecht bei den Richtlinien und Beschlüssen erhalten, welche die Heilmittelerbringer betreffen.

Änderungsvorschlag:
§ 92 Abs. 6 SGB V Satz 2 wird wie folgt geändert:
„Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinien zur Verordnung von Heilmitteln nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 sowie bei Richtlinien und Beschlüssen, die die Berufsausübung der Heilmittelerbringer berühren, erhält die Dachorganisation der in § 125 Absatz 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer ein Antrags- und Mitberatungsrecht. Die Dachorganisation benennt zur Wahrnehmung des nach Satz 2 bestehenden Antrags- und Mitberatungsrechts einvernehmlich einen oder zwei Vertreter. Absatz 7e Satz 3 bis 7 gilt entsprechend. Die Vertretung der Dachorganisation erhält Reisekosten in entsprechender Anwendung des Bundesreisekostengesetzws, Ersatz des Verdienstausfalls in entsprechender Anwendung des § 41 Absatz 2 des Vierten Buches sowie einen Pauschalbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünfzigstels der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches für jeden Kalendertag einer Sitzung. Der Anspruch richtet sich gegen den Gemeinsamen Bundesausschuss.“

Begründung:

Die Fachexpertise der Heilmittelerbringer in den Entscheidungen des G-BA muss angemessen berücksichtigt werden. Der SHV begrüßt grundsätzlich, dass die Rechte von Pflege, wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Hebammen gestärkt werden sollen. Nicht nachvollziehbar ist dagegen, dass den Heilmittelerbringern keine Erweiterung ihrer Beteiligungsrechte gewährt wird. Heilmittel sind ein unabdingbarer Bestandteil der präventiven, kurativen, rehabilitativen und palliativen

Gesundheitsversorgung, und ihre Bedeutung wird in einer alternden Gesellschaft weiter zunehmen. Es ist unverständlich, dass Ärzte und Krankenkassen immer noch allein über die Versorgung mit Heilmitteln entscheiden können. Dies trägt weder zur Sicherstellung einer angemessenen Versorgung bei, noch entspricht es einem interprofessionellen Steuerungsansatz im deutschen Gesundheitswesen. Der SHV betrachtet es daher als unerlässlich, dass die Kompetenz und Erfahrung der Heilmittelprofessionen verstärkt in den G-BA eingebracht werden und der SHV einen Sitz im G-BA mit Stimmrecht bei den Richtlinien und Entscheidungen erhält, die die Heilmittelerbringer betreffen, mindestens aber ein Antrags- und Mitberatungsrecht analog der Berufsorganisationen der Pflegeberufe. Dies inkludiert eine finanzielle Unterstützung wie Reisekosten, Verdienstausfall oder Aufwandsentschädigung.

2.) Nr. 14: Einführung einer Geringfügigkeitsgrenze in § 106b Absatz 2 Satz 2 SGB V

Änderungsvorschlag zu Nr. 14

In § 106 b Absatz 2 Satz 2 werden nach Wort „durchgeführt“ die Wörter „und dass bis zu einem Betrag von 300 Euro je Betriebsstättennummer, Krankenkasse und Quartal diese nicht beantragt“ und nach den Worten „werden sollen“ die Wörter **„sowie dass diese nicht gegen die Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Nr. 6 SGB V verstoßen dürfen“ eingefügt.**

Grundsätzlich begrüßt der SHV die Einführung einer „Bagatellgrenze“, deren konkrete Höhe allerdings in keinem Fall die Versorgung der Patienten gefährden darf. Durch die Prüfvereinbarungen darf der Leistungsumfang der Heilmittelrichtlinie in § 92 Absatz 1 Nr. 6 in Verbindung mit § 92 Absatz 6 SGB V nicht eingeschränkt werden, zum Beispiel durch Vorgaben zur Art, Menge und Umfang in den Heilmittelvereinbarungen nach § 84 SGB V auf Landesebene.

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Ausschussdrucksache
20(14)234(13)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
08.11.2024

ALM – Akkreditierte Labore in der Medizin e.V., Invalidenstraße 113, 10115 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Platz der Republik 1
11011 Berlin

E-Mail: anhoerungen-gesundheitsausschuss@bundestag.de

Berlin, den 8. November 2024

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG) – Stand 17.06.2024

(Bearbeitungsstand vom 07.11.2024, 16.45 Uhr)

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Namen der Mitglieder des Verbandes der Akkreditierten Labore in der Medizin (ALM e.V.) übermittle ich Ihnen heute eine Stellungnahme zu dem uns vorliegenden Gesetzentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG).

Bitte sprechen Sie uns im Falle von Rückfragen gerne direkt an.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Michael Müller
1. Vorsitzender
ALM – Akkreditierte Labore in der Medizin e.V.

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG)

(Bearbeitungsstand vom 07.11.2024, 16.45 Uhr)

Einleitung:

Das Anliegen des Bundesministeriums für Gesundheit, die ärztliche Versorgung der Patientinnen und Patienten in den Kommunen stärken zu wollen, ist aus Sicht des ALM e.V. zu begrüßen. Im vorliegenden Gesetzentwurf sind u.a. folgende Maßnahmen vorgesehen: Um auch zukünftig die hausärztliche Versorgung flächendeckend zu gewährleisten, ist die Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung vorgesehen. Zudem werden weitere Reformen in der hausärztlichen Vergütung, die die hausärztlichen Praxen entlasten sollen, vorgenommen. Die Gründung kommunaler medizinischer Versorgungszentren (MVZ) soll erleichtert werden, um die Kommunen besser in die Lage zu versetzen, eine starke lokale Versorgungsinfrastruktur aufzubauen. Zudem ist ein Bürokratieabbau für Ärztinnen und Ärzte im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen vorgesehen.

Der ALM e.V. spricht sich für eine vollständige Aufhebung der Budgetierung für alle Facharztgruppen aus und begrüßt eine trägerübergreifende, patientenzentrierte und qualitätsorientierte Weiterentwicklung der Regulierung von MVZ. Einen Bürokatieabbau hinsichtlich der Wirtschaftlichkeitsprüfungen für Teilnehmer der vertragsärztlichen Versorgung befürwortet der ALM e.V.

Nachfolgend finden Sie die Stellungnahme des ALM e.V. zu konkreten Regelungen des Gesetzentwurfs:

Artikel 1

7. § 87a/ 8. § 87b: **Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung**

Stellungnahme:

Der ALM e.V. begrüßt grundsätzlich die Entbudgetierung der hausärztlichen sowie kinder- und jugendmedizinischen Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Jedoch gilt es, die Budgetierung für alle Facharztgruppen vollständig aufzuheben, einschließlich der diagnostischen Fächer. Dabei unterstützt der ALM e.V. ausdrücklich die Forderung des Spitzenverbandes der Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands (SpiFa) zur vollständigen Aufhebung der Budgetierung für alle Facharztgruppen. Was für Hausärztinnen und Hausärzte umgesetzt werden soll und für Kinder- und Jugendärzte bereits Realität ist, sollte als eine Selbstverständlichkeit für die gesamte Fachärzteschaft gelten. Haus- und fachärztliche Versorgung greifen ineinander und können nicht voneinander losgelöst betrachtet werden, zumal insbesondere die fachärztliche Labordiagnostik ohne Zweifel zur medizinischen Grundversorgung der Bevölkerung gehört und daher ohnehin stets mitbetrachtet werden sollte. Wichtig ist daher eine Stärkung er ambulanten Versorgung in allen Leistungsbereichen;

vollständig erbrachte Leistungen müssen auch vom Leistungsbereich unabhängig vollständig vergütet werden. Die Kostensteigerungen sind auch in den ambulanten fachärztlichen Laboren enorm. In den letzten drei Jahren sind die Ausgaben für Löhne und Gehälter, die Energiekosten und damit einhergehend auch die Aufwände für die Probenlogistik sowie die Preise der IVD-Hersteller erheblich gestiegen. Hinzu kommen stetig steigende gesetzliche Anforderungen an die IT-Sicherheit und hier insbesondere aus gesetzlichen Anforderungen, wie z.B. aus dem BSI-Gesetz und der KRITIS-Verordnung. Aus Sicht des ALM e.V. ist es notwendig, die Kostenerstattungen und Vergütungen im EBM regelmäßig zu überprüfen und die Honorare für alle Arztgruppen entsprechend anzupassen. Dazu gehören auch die fachärztlichen diagnostischen Leistungen. Die akkreditierten Labore stehen für eine patientenzentrierte und qualitätsorientierte Versorgung der Bevölkerung mit fachärztlicher Labordiagnostik. Diese wird wohnortnah und flächendeckend sichergestellt. Die akkreditierten, fachärztlichen Labore gewährleisten damit einen niedrigschwelligen Zugang zur Diagnostik und die Verfügbarkeit von Diagnostik mit Blick auf die zunehmende Ambulantisierung der Medizin.

11. a) Änderung des § 95 Absatz 2 Satz 6: Erleichterung der Zulassungsvoraussetzungen für MVZ in der Rechtsform der GmbH insbesondere für Kommunen durch Begrenzung der Höhe der Sicherheitsleistungen durch die Gesellschafter

Stellungnahme:

Die Änderung zielt auf eine Erleichterung der Zulassungsvoraussetzungen für Medizinische Versorgungszentren (MVZ) in der Rechtsform der GmbH insbesondere für Kommunen ab. Die Regelung gilt auch für die Sicherheitsleistungen der Gesellschafter nichtkommunaler MVZ in der Rechtsform einer GmbH. Eine Vereinheitlichung von Rahmenbedingungen für eine Erleichterung der Zulassungsvoraussetzungen für MVZ, die trägerübergreifend gilt, wird vom ALM e.V. begrüßt.

Insgesamt gilt für die akkreditierten Labore, dass Regulierungen des ambulanten Versorgungssektors versorgungsformunabhängig und trägerübergreifend zu erfolgen haben. In der laufenden gesundheitspolitischen Debatte wurde mehrfach gefordert, Beschränkungen für MVZ mit nicht-ärztlichen, privaten Kapitalgebern einzuführen (z.B. räumlich auf den Einzugsbereich des Gründungskrankenhauses bezogen oder fachlich auf die dort vertretenen Disziplinen bezogen). Solche Beschränkungen sind aber kontraproduktiv für die medizinische Versorgung der Bevölkerung.

Spätestens mit der Ermöglichung der Anstellung von Ärzten durch (andere) Vertragsärzte sowie der Schaffung der Möglichkeit einer gleichzeitigen Tätigkeit als Vertragsarzt sowie als angestellter Arzt in einem Krankenhaus im Rahmen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes 2006 hat der Gesetzgeber die Möglichkeit untermauert, als Arzt den freien Beruf auch in Anstellung ausüben zu dürfen. Bereits vor 2006 wurde gesellschaftlich nie in Frage gestellt, dass Spitzenmedizin an Universitätskliniken oder Spezialkliniken von dort angestellten Ärzten ausgeübt wird und dies nicht den reinen Marktprinzipien folgt oder reinen ökonomischen Zwängen unterliegt, sondern durchaus gemeinwohlorientiert ist. Die Ausübung des freien ärztlichen Berufes ist zudem rechtlich geschützt, unabhängig davon, in welcher Einrichtung der Arzt seine Tätigkeit ausübt. Das gilt auch für die ärztliche Berufsausübung in einem MVZ. Auch in dieser Versorgungsform, die aktuell wegen der Möglichkeit der Inhaberschaft durch nicht-ärztliche Kapitalgeber in der gesundheits- und berufspolitischen Diskussion ist, sorgen

beispielsweise die (Muster-) Berufsordnung (MBO) für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte und die Zugehörigkeit der ärztlichen Leitung eines MVZ sowie aller angestellten Ärztinnen und Ärzte mit einer Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit zur KV maßgeblich dafür, dass die Stellung der Ärztinnen und Ärzte gegenüber nicht-medizinisch-fachlichen Weisungen fremder Dritter oder Einflüssen aufgrund eines rein ökonomischen Interesses besonders gestärkt und rechtlich klar geregelt ist. Eine weitere Stärkung der Position der ärztlichen Leitung kann beinhalten, dass die Leitung durch mehrere Ärztinnen bzw. Ärzte wahrgenommen werden darf, sie eine ausreichende Kontroll- und Aufsichtsbefugnis und wirtschaftliche Entscheidungskompetenz erhält, zeitlich auskömmlich im MVZ beschäftigt ist und ausreichende Kenntnisse und Erfahrungen in der ärztlichen Versorgung nachweisen muss. Weitere Ergänzungen wie beispielsweise der teils geforderte erweiterte Kündigungsschutz sind aus arbeitsrechtlicher Sicht nicht erforderlich und führen eher zu Fehlanreizen in Beschäftigungsverhältnissen. Generell obliegt der ärztlichen Selbstverwaltung auch die eigenverantwortliche Überwachung der Einhaltung der eigenen Berufsordnung und die Sanktionierung von Fehlverhalten. Der Gesetzgeber hat sich auf die Gestaltung der hierfür geltenden Rahmenbedingungen zu beschränken. Es kann daher auf weitergehende gesetzliche Regelungen im SGB V zur freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit verzichtet werden. Eine mögliche Stärkung der ärztlichen Leitung in MVZ kann durch Aufnahme der genannten Aspekte in den § 95 Abs. 1 SGB V bei Bedarf erfolgen.

So kann folgende Ergänzung des § 95 Abs. 1 SGB V nach Satz 3 erfolgen: *„Zur Sicherstellung der Weisungsfreiheit ist die ärztliche Leitung mit einer ausreichenden Kontroll- und Aufsichtsbefugnis und wirtschaftlicher Entscheidungskompetenz auszustatten, sie ist zeitlich auskömmlich im MVZ zu beschäftigen und hat ausreichende Kenntnisse und Erfahrungen in der ärztlichen Versorgung nachzuweisen. Die ärztliche Leitung kann von mehreren natürlichen Personen gleichzeitig wahrgenommen werden.“*

Insgesamt plädiert der ALM e.V. für die nachfolgende Konkretisierung der Regulierung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Sie sollte trägerübergreifend für alle an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung Beteiligten (Einzelpraxen, BAG, MVZ und alle weiteren zugelassenen Versorgungsformen) zu gelten hat:

1. **Förderung der Transparenz:** Insgesamt unstrittig ist es, die Transparenz der Inhaber- und Trägerschaft von Leistungserbringerstrukturen weiter zu verbessern und die den Zulassungsausschüssen bekannten Informationen, sofern dem keine Regelungen entgegenstehen, zu veröffentlichen. Hierfür ist eine entsprechende Regulierung sinnvoll, die in der Zulassungsverordnung gefasst werden kann.

   Es gibt bereits gesetzliche Regelungen zur Prüfung der Einhaltung des Versorgungsumfanges sowie der Abrechnung, die für alle vertragsärztlich zugelassenen Einzel- und Gemeinschaftspraxen oder MVZ gelten, z.B. Prüfung der Einhaltung der dem Arzt/MVZ übertragenen Versorgungaufträge (§ 95 Abs. 3 Satz 4 SGB V) durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Übermittlung der Ergebnisse und einer Übersicht über die gegebenenfalls getroffenen Maßnahmen nach § 95 Abs. 3 Satz 5 SGB V an die Landes- und Zulassungsausschüsse sowie die für die Kassenärztlichen Vereinigungen zuständigen Aufsichtsbehörde jeweils zum 30. Juni des Jahres. Weiterhin zu beachten sind die Regularien zu

Wirtschaftlichkeitsprüfungen, insbesondere nach § 106a SGB V, § 106b SGB V sowie § 106d SGB V. In den veröffentlichen Honorar- und Qualitätsberichten sind keine Auffälligkeiten zu finden, insbesondere nicht in Bezug zur vertragsärztlichen Tätigkeit von MVZ. Auch ist nicht bekannt, ob die jeweiligen Aufsichtsbehörden in den ihnen gem. § 95 übermittelten Daten Auffälligkeiten feststellen können. KVen und Krankenkassen sind daher zur Abgabe einer Erläuterung hinsichtlich der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben zur Versorgungsauftragsumfangs- und -inhaltsprüfung sowie zur Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung einschließlich daraus abgeleiteter Maßnahmen und deren Wirksamkeitskontrollen aufzufordern. Zur Verbesserung künftiger Berichte ist die Herstellung einer vollständigen Transparenz über die Inhaber- und Trägerschaft aller ambulanten ärztlich geleiteten Versorgungseinrichtungen herzustellen (Einzelpraxis, BAG oder MVZ). Das dient insbesondere der Förderung des „Patient Empowerment“.

Da die Durchführung der Vorschrift nach § 95 Absatz 3 Satz 4 nicht flächendeckend wahrnehmbar eingehalten wird, schlagen wir die Ergänzung des letzten Satzes um die nachfolgenden Wörter vor: *„und veröffentlichen die Zusammenfassung jährlich im jeweiligen Qualitätsbericht.“*

2. **Träger- und einrichtungsunabhängige Qualitätssicherung:** Die fachärztliche Labordiagnostik ist bereits heute durch das Medizinprodukterecht und die sich hieraus ableitende Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen und die in der vertragsärztlichen Versorgung geltenden Regelungen im Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä, hier § 25) sowie aus der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 SGB V zur Erbringung von speziellen Untersuchungen der Laboratoriumsmedizin (Anlage 3 zum BMV-Ä) bereits umfassend geregelt. Die Honorarzahlungen sind gemäß § 25 Abs. 7 BMV-Ä vom Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an der externen Qualitätssicherung abhängig. In diesem Zusammenhang sind auch die Regelungen zur Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 135b SGB V) zu sehen. Die KVen sind zur Prüfung der Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen im Einzelfall durch Stichproben verpflichtet (§ 135b Abs. 2 Satz 1). Die Grundlage dafür schafft die Richtlinie des G-BA zu Auswahl, Umfang und Verfahren bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall. Ausbau und Anwendung von Richtlinien zur Verbesserung der Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung sind daher sachgerecht und im Sinne eine bestmöglichen Patientensicherheit erforderlich. Sie sollten daher trägerübergreifend Teil einer patienten- und qualitätsorientierten Regulierung sein. Die Qualität der Versorgung wird dadurch transparenter, kann dann besser erfasst und evidenzbasiert bewertet werden. Insofern sollte der Gesetzgeber dem Gemeinsamen Bundesausschuss einen Auftrag zur Entwicklung einer Qualitätssicherungs-Richtlinie für die ambulante vertragsärztliche Versorgung erteilen. Dies ist auch im Zusammenhang mit der immer stärker ambulant möglichen Behandlung sinnvoll.

3. **Gründungsbeschränkungen für MVZ aufheben:** Die seit 2012 eingeführten Beschränkungen für die Gründung von MVZ (§ 95 Abs. 1a SGB V) haben dazu geführt, dass aufgrund der dadurch künstlich erhöhten Investitionshürden für die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung vor allem große Kapitalgeberstrukturen bevorzugt wurden. Das bewirkte eine Verzerrung des Wettbewerbs, insbesondere auch zugunsten größerer Krankenhausketten. Diese aus der Sicht der Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung weder notwendigen noch zielführenden und ebenso nicht sachgerechten Hürden gilt es wirksam abzubauen. Die verfügbaren

Finanzmittel sollten stattdessen primär zum Wohle der Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung eingesetzt werden. Dies würde auch vor allem kleineren, eher regional verankerten Strukturen eine bessere Teilnahme an der Patientenversorgung ermöglichen. Daher ist der Rechtsrahmen zur Gründungsberechtigung von MVZ auf den Stand von 2004 zurückzuführen.

So kann folgende Änderung des § 95 Abs. 1a SGB V Satz 1 erfolgen: *„Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten sowie allen weiteren zugelassenen Leistungserbringern i.S.d. SGB V, von anerkannten Praxisnetzen nach § 87b Absatz 2 Satz 3, von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden."*

4. **Prüfauftrag an Selbstverwaltung zu den Auswirkungen von § 95 Abs. 1b SGB V:** Aus wettbewerbstheoretischer Sicht sowie im Sinne des Patientenschutzes sind Konzentrationen sowohl auf der Nachfrage- als auch auf der Angebotsseite problematisch und grundsätzlich Gegenstand des Wettbewerbs- bzw. des Kartellrechts. Empirisch lassen sich aber wohl keine Anhaltspunkte in der ambulanten ärztlichen Versorgung finden, die für eine Anbieterkonzentration oder gar eine Monopolisierung des Angebots zu Gunsten von MVZ sprechen. Dies hat das Gutachten der Professoren Ladurner, Walter und Jochimsen im Jahre 2020 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit untermauert. Im Sinne einer patientenorientierten Regulierung ist es daher, dass die Selbstverwaltung mittels Datenerhebung die Auswirkungen der Regelung in § 95 Abs. 1b SGB V auf die zahnmedizinische Versorgung mit besonderem Augenmerk auf die Qualität der Patientenversorgung prüft. Hierzu sollte ein Prüfauftrag an die Selbstverwaltung erfolgen.

   Demnach ist § 95 Abs. 1b SGB V nach Satz 6 zu ergänzen: *„Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen werden mit einer Evaluierung der Auswirkungen der Maßnahmen auf die Qualität der Patientenversorgung bis zum 31. Dezember eines jeden Jahres und der Übermittlung der Ergebnisse an die jeweilige Aufsichtsbehörde im Anschluss beauftragt."*

Bisher ist weder seitens des Bundesministeriums für Gesundheit noch seitens des Bundestags eine weitergehende Regulierung für MVZ vorgesehen, weshalb sich keine entsprechenden Vorschläge im Referentenentwurf wiederfinden. Daher bringt der ALM e.V. zur Ergänzung von § 95 Abs. 1 SGB V nach Satz 3 sowie mit den vier oben ausgeführten Empfehlungen für eine weiterführende trägerübergreifenden Regulierung aller Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung einen Vorschlag zur Weiterentwicklung des Ordnungsrahmens ein, der sich an einer patientenzentrierten und qualitiätsorientierten bestmöglichen Versorgung orientiert.

11. b) bb) Ergänzung des § 95 Absatz 3 Satz 5: Überprüfung der Einhaltung des Umfangs der jeweiligen Versorgungsaufträge der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen

<u>Stellungnahme:</u>

Die vorgesehene Überprüfung bzw. Schärfung der Einhaltung des Umfangs der jeweiligen Versorgungsaufträge der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen

und Vertragspsychotherapeuten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen wird begrüßt, da es die Einhaltung bestehender Regelungen fördert, statt neue Regulierungen einzuführen.

14. § 106b Absatz 2 Satz 2: Einführung einer Bagatellgrenze für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen

Stellungnahme:

Für Ärztinnen und Ärzte soll Bürokratie im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen abgebaut werden. Eine solche „Bagatellgrenze" wird im Sinne des Bürokratieabbaus vom ALM e.V. unterstützt. Hierbei sollte eine Prüfung erfolgen, ob diese Grenze weiter angehoben werden kann.

Weiterführende Anmerkungen:

Mit Blick auf die in Punkt 14 des Gesetzentwurfs vorgesehene „Bagatellgrenze" für Wirtschaftlichkeitsprüfungen mit dem Ziel einer Entlastung sowie Entbürokratisierung der Versorgung bitten wir um eine Entlastung der vertragsärztlich tätigen akkreditierten Labore durch die Möglichkeit für KVen auf Verzicht der Vorlage von Laborüberweisungsscheinen bei Nutzung eines Order-Entry-Systems durch ein Labor.

Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch: § 82 Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„(5) Die Gesamtverträge nach Absatz 1 haben vorzusehen, dass bei festgestellter oder drohender Unterversorgung im hausärztlichen Bereich Versicherte Leistungen der In-vitro-Labordiagnostik auch direkt bei den diese Leistung auf Überweisung tätigen Fachgruppen direkt in Anspruch nehmen können."

Stellungnahme*:*

Die Aufhebung des Arztvorbehaltes zur Durchführung von Schnelltests zum Nachweis von Erregern meldepflichtiger Infektionserkrankungen oder zur Durchführung von Laboruntersuchungen in der Präventionsdiagnostik stellt eine inakzeptable Benachteiligung der Fachgruppen in der vertragsärztlichen Versorgung, die nur auf Überweisung tätig werden dürfen, dar. Sie führt nicht zu einer nachhaltigen Verbesserung der Versorgung, da insbesondere die diagnostische Qualität und damit Effizienz der dort eingesetzten labordiagnostischen IVD-Produkte nicht ausreichend sind. Beides kann durch die vorgeschlagene Aufnahme von Absatz 5 in § 82 SGB V aufgehoben werden, wodurch die Partner der Gesamtverträge dazu verpflichtet sind, bei festgestellter bzw. drohender Unterversorgung die direkte Inanspruchnahme der Labore durch Patientinnen und Patienten zu ermöglichen. Damit erhalten die Versicherten auch einen direkten Zugang zu der in der vertragsärztlichen Versorgung bereits etablierten qualitätsgesicherten In-vitro-Labordiagnostik. Der Anspruch der Versicherten auf eine Versorgung auf dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens und dem Stand der Technik ist damit gewährleistet. Die Aufhebung des Arztvorbehaltes im Infektionsschutzgesetz erübrigt sich damit.

Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch: § 87 b, Satz 1 wird wie folgt ergänzt:

"…; veranlasste und von fachärztlich tätigen Ärzten erbrachte In-vitro-diagnostische Leistungen werden als versorgungsbereichsübergreifende Leistungen entsprechend des Anteils an der Veranlassung aus dem hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich vergütet.

Stellungnahme*:*

Aufgrund der zentralen Bedeutung der In-vitro-labordiagnostischen Medizin in den Fachgebieten der Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie (inklusive Virologie und Infektionsepidemiologie), Humangenetik, Transfusionsmedizin und Pathologie, die meist nach Überweisung von Haus- und Fachärzten von Fachärztinnen und Fachärzten erbracht und abgerechnet werden, ist hier eine Anpassung an die heutige Versorgungsrealität dahingehend sachgerecht, dass diese Leistungen im Sinne einer notwendigen Grundversorgung der Bevölkerung als versorgungsbereichsübergreifend verstanden werden und daher von beiden Versorgungsbereichen entsprechend des Anteils an der Veranlassung mitfinanziert wird. Hier bedarf es einer entsprechenden Klarstellung im Gesetzestext.

Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch: §§ 334 Absatz 1 Nr. 6 i.V.m. § 360 SGB:

§ 334 Anwendungen der Telematikinfrastruktur

(1) Die Anwendungen der Telematikinfrastruktur dienen der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit, der Qualität und der Transparenz der Versorgung. Anwendungen sind:

1. *die elektronische Patientenakte nach § 341,*
2. *Hinweise der Versicherten auf das Vorhandensein und den Aufbewahrungsort von Erklärungen zur Organ- und Gewebespende,*
3. *Hinweise der Versicherten auf das Vorhandensein und den Aufbewahrungsort von Vorsorgevollmachten oder Patientenverfügungen nach § 1827 des Bürgerlichen Gesetzbuchs,*
4. *der Medikationsplan nach § 31a einschließlich Daten zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit (elektronischer Medikationsplan),*
5. *medizinische Daten, soweit sie für die Notfallversorgung erforderlich sind (elektronische Notfalldaten),*
6. *elektronische Verordnungen,*
7. *die elektronische Patientenkurzakte nach § 358 und*
8. *die elektronische Rechnung nach § 359a.*

§ 360 Elektronische Übermittlung und Verarbeitung vertragsärztlicher elektronischer Verordnungen

(1) Sobald die hierfür erforderlichen Dienste und Komponenten flächendeckend zur Verfügung stehen, ist für die elektronische Übermittlung und Verarbeitung vertragsärztlicher elektronischer Verordnungen von apothekenpflichtigen Arzneimitteln, einschließlich Betäubungsmitteln, sowie von sonstigen in der vertragsärztlichen Versorgung verordnungsfähigen Leistungen die Telematikinfrastruktur zu nutzen."

Stellungnahme*:*

Hier ist eine Ergänzung dergestalt notwendig, dass für die digitale Auftrags- und Befundkommunikation bei (labor-)diagnostischen Leistungen auch zugelassene Softwareprodukte eingesetzt werden dürfen, bei denen dann die digitale Übermittlung der Verordnung (hier der Überweisungsschein Labor) entfallen kann.

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(14)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
08.11.2024

Stellungnahme der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) unterstützen das vom Gesetzgeber verfolgte übergeordnete Ziel, die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung vor Ort zu stärken und die individuelle Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten zu erhöhen.

Zur Erreichung dieses Zieles sehen KZBV und BZÄK jedoch die Notwendigkeit, einige im Regierungsentwurf vorgesehenen Regelungen, soweit diese die vertragszahnärztlichen Interessen berühren, anzupassen und nehmen den Gesetzesentwurf zum Anlass, um folgende drei Punkte zu adressieren, die eine längst überfällige und unbedingte Regelung durch den Gesetzgeber erfordern:

- Herausnahme der PAR-Leistungen aus der Regelungswirkung des § 85 Abs. 3a SGB V für das Jahr 2024,
- Beseitigung des gesetzlichen Darlehensverbots,
- Regulierung von investorengetragenen medizinischen Versorgungszentren (iMVZ) durch räumlich-fachliche Begrenzung sowie durch Änderungen im Zahnheilkundegesetz.

A. GVSG-RegE ergänzende Regelungsbedarfe

I. Herausnahme der PAR-Leistungen aus der Regelungswirkung des § 85 Abs. 3a SGB V für das Jahr 2024

Mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) wurde durch § 85 Abs. 3a SGB V für die Jahre 2023 und 2024 eine Budgetierung der zahnärztlichen Gesamtvergütungen dahingehend geregelt, dass diese nur in dem in § 85 Abs. 3a Satz 1 und 2 besagten Umfang angehoben werden dürfen. Über § 85 Abs. 3a Satz 3 SGB V wurden hiervon bestimmte Präventionsleistungen und Leistungen zur Behandlung vulnerabler Patientengruppen ausgenommen, einschließlich der auf Grundlage der zahnärztlichen Behandlungs-Richtlinie des G-BA erbringbaren Pa-

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

rodontitis-Leistungen für vulnerable Patientengruppen. Nicht ausgenommen wurden hingegen die für alle anderen Patienten erbringbaren Leistungen der neuartigen, präventionsorientierten Parodontitis-Therapie, die erst zum 1. Juli 2021 auf Grundlage der PAR-Richtlinie des G-BA neu in den GKV-Leistungskatalog aufgenommen wurden.

Die Wiedereinführung der Budgetierung durch das GKV-FinStG hat schwerwiegende Auswirkungen auf diese neue, präventionsorientierte Parodontitistherapie. Bei Inkrafttreten des mengenbegrenzenden § 85 Abs. 3a SGB V befand sich die neue Therapie gerade erst in der bis 2025 dauernden Einführungsphase. Diese gesetzliche Regelung entzieht der neuen Parodontitistherapie die finanzielle Grundlage mit dramatischen Auswirkungen auf die Patientenversorgung.

Parodontitis ist eine komplexe Entzündungserkrankung des Menschen. Jeder zweite Erwachsene leidet an dieser Volkskrankheit. Unbehandelt ist sie die häufigste Ursache für vermeidbaren Zahnverlust. Parodontitis steht in direkter Wechselwirkung mit Diabetes mellitus und nimmt zudem Einfluss auf weitere schwere Allgemeinerkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und rheumatische Erkrankungen und kann ein erhöhtes Risiko für Schwangere sowie bei demenziellen Erkrankungen darstellen. Insofern handelt es sich bei der neuen Parodontitisversorgung um eine zentrale Präventionsleistung für die Mund- und Allgemeingesundheit.

Die Behandlung der Parodontitis (PAR-Behandlung) in der GKV entsprach über Jahrzehnte nicht mehr dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse. Zudem stand die Anzahl der Behandlungen aufgrund komplexer Zugangsvoraussetzungen in einem deutlichen Missverhältnis zur Zahl der Krankheitsfälle.

Die neue PAR-Behandlung besteht aus einer Behandlungs- sowie einer Nachsorgephase und erstreckt sich insgesamt über einen Zeitraum von bis zu 3 Jahren. Dabei entfallen rund 36 Prozent der PAR-Leistungen auf das erste Behandlungsjahr. In den Folgejahren entfallen während der Nachsorgephase die übrigen 64 Prozent der PAR-Leistungen auf die Leistungen der unterstützenden Parodontitistherapie (UPT). Die neue PAR-Behandlung wird in jedem Einzelfall von den Krankenkassen genehmigt.

Sowohl die BMG-Evaluation als auch der gemeinsame Evaluationsbericht der KZBV und der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DG PARO) zeigen, dass die Neubehandlungsfälle im 1. Halbjahr 2023 bundesweit signifikant und in hohem Maße zurückgegangen sind, bei einer weiterhin unverändert hohen Krankheitslast. Dieser Trend aus dem 1. Halbjahr 2023 hat sich im 2. Halbjahr weiter verstärkt. Die Neubehandlungen sind in der 2. Jahreshälfte 2023 auf nur noch rund 80.000 Neubehandlungen pro Monat zurückgefallen. Im 4. Quartal 2023 lag der Rückgang gegenüber dem Vorjahresquartal bei über 40 Prozent. Im Vergleich zum Vorjahresmonat sind die Neubehandlungsfälle im Dezember 2023 um 54 Prozent

sogar noch weiter eingebrochen und lagen damit auf einem Tiefstand von rund 77.000 Neubehandlungen. Die Regelungen des GKV-FinStG führen dazu, dass die Mittel nicht ausreichen und prioritär für die Weiterbehandlung der in den Vorjahren begonnenen Fälle aufgewendet werden müssen.

Trotz rückläufiger neuer Behandlungsfälle ist es im Jahr 2023 durch die Überlagerung der Folgeleistungen der Altfälle aus den Jahren 2021 und 2022 und der bereits begonnenen neuen Behandlungsfälle zu steigenden Gesamtleistungsmengen gekommen. Jedoch ist dies kein Ausweis für eine verbesserte PAR-Versorgung, sondern verdeckt vielmehr die durch das GKV-FinStG tatsächlich bewirkte Verschlechterung unterhalb des Niveaus der alten PAR-Behandlungsstrecke.

Die negativen Konsequenzen der Budgetierung auf den Umfang der Parodontitisversorgung sind langfristig für das GKV-System mit erheblich höheren Kosten verbunden. Die Gesamtheit der indirekten Krankheitskosten (z. B. Produktivitätsverlust durch Abwesenheit vom Arbeitsplatz; Zahnlosigkeit; unbehandelte Karies bei Patienten mit Parodontitis, hauptsächlich Wurzelkaries) wird in einer Studie für Deutschland mit rund 34,79 Mrd. Euro angegeben (Botelho et al., 2022). Die konsequente Therapie von Parodontitis würde diese Kosten zumindest reduzieren und neben den individuellen und strukturellen gesundheitlichen Vorteilen zu einer gesamtwirtschaftlichen Entlastung führen. Allein im zahnärztlichen Bereich summieren sich diese Folgekosten auf rund 200 Mio. Euro jährlich. Darüber hinaus ist von deutlich positiven Auswirkungen der PAR-Behandlung auf die Allgemeingesundheit der Versicherten und dadurch induzierte Einsparungen im ärztlichen Sektor auszugehen – insbesondere im Zusammenhang mit Diabeteserkrankungen.

Mit dem geplanten „Gesundes Herz Gesetz“ möchte das Bundesgesundheitsministerium die hohe Zahl der Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Deutschland erheblich senken. Dies unterstreicht die Relevanz der Prävention nicht nur im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, sondern für das Gesundheitssystem im Allgemeinen. Bei den geplanten Maßnahmen fehlt jedoch ein wesentlicher Aspekt: die Berücksichtigung der neuen, präventionsorientierten Parodontitistherapie. Parodontitis ist eine komplexe Entzündungserkrankung des Menschen, an der jeder zweite Erwachsene leidet. Sie steht in direkter Wechselwirkung mit Diabetes mellitus und nimmt zudem Einfluss auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Gerade vor diesem Hintergrund ist es widersprüchlich, dass der neuen, präventionsorientierten Parodontitistherapie mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) die erforderlichen Mittel entzogen wurden.

Die in § 85 Abs. 3a Satz 1 und 2 SGB V enthaltenen Budgetierungsregelungen führen zu einer Kappung der notwendigen Finanzmittel und damit zu einer unsachgemäßen Reduzierung der neuen PAR-Versorgungsstrecke bzw. einer Rationierung des Leistungsangebots. Wie dargelegt, hat sich für das Jahr 2023 insoweit erwiesen, dass die Zahl der Neubehandlungsfälle für die 3-jährige präventionsori-

entierte PAR-Behandlungsstrecke bundesweit signifikant und in hohem Maße zurückgegangen ist, bei einer weiterhin unverändert hohen Krankheitslast. Es ist zu befürchten, dass bei unveränderter Rechtslage der durch die Regelung des § 85 Abs. 3a SGB V ausgelöste langfristige strukturelle Schaden für die PAR-Versorgung sowie dadurch bedingt auch im allgemeinmedizinischen Bereich zukünftig noch deutlicher spürbar sein wird.

KZBV und BZÄK fordern daher die Einfügung eines neuen Satzes 4 in § 85 Abs. 3a SGB V, wonach für das Jahr 2024 die gemäß der PAR-Richtlinie des G-BA zu erbringenden Parodontitis-Leistungen aus der budgetierenden Regelungswirkung des § 85 Abs. 3a (Satz 2) SGB V ausgenommen werden, um den Gesamtvertragspartnern auf der Landesebene für das Jahr 2024 die Verhandlungsspielräume zu geben, die eine angemessene Berücksichtigung des Parodontitis-Behandlungsbedarfs ermöglichen.

Regelungsvorschlag:

In § 85 Abs. 3a SGB V wird nach Satz 3 folgender Satz 4 eingefügt (unterstrichen):

" [1]Die Gesamtvergütungen nach Absatz 3 dürfen im Jahr 2023 gegenüber dem Vorjahr höchstens um die um 0,75 Prozentpunkte verminderte durchschnittliche Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 angehoben werden. [2]Im Jahr 2024 dürfen die Gesamtvergütungen für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz gegenüber dem Vorjahr höchstens um die um 1,5 Prozentpunkte verminderte durchschnittliche Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 angehoben werden. [3]Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für Leistungen nach den §§ 22, 22a, 26 Absatz 1 Satz 5, § 87 Absatz 2i und 2j sowie Leistungen zur Behandlung von Parodontitis für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches zugeordnet sind oder in der Eingliederungshilfe nach § 99 des Neunten Buches leistungsberechtigt sind. [4]Im Jahr 2024 gilt Satz 2 zudem nicht für Leistungen zur Behandlung von Parodontitis gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie). [5]Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert bis zum 30. September 2023 die Auswirkungen der Begrenzung der Anhebungen der Gesamtvergütungen nach Satz 1 auf den Umfang der Versorgung der Versicherten mit Leistungen zur Behandlung von Parodontitis."

II. Beseitigung des gesetzlichen Darlehensverbots

Mit dem 8. Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze wurde mit Wirkung zum 01.01.2023 durch eine Ausweitung von § 78 Abs. 6 SGB V das in § 220 Abs. 1 Satz 2 SGB V für Krankenkassen geltende Verbot der Darlehensaufnahme auf die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) und Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) erstreckt.

Für die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen (KZBV und KBV) wurde das Verbot der Darlehensaufnahme bereits im Jahr 2017 durch das GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz mit der Begründung eingeführt, *„dass Fremdmittel (Bankkredite) zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nicht eingesetzt werden dürfen“.* Dies sei sachliche Konsequenz aus der beitragszentrierten Finanzordnung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen.

Bei der Erstreckung des Verbots der Darlehensaufnahme auf KZVen und KVen hat sich der Gesetzgeber von denselben Überlegungen leiten lassen, dabei jedoch verkannt, dass sich die Situation von KZVen und KVen maßgeblich von der der Bundesvereinigungen unterscheidet. Denn während die Aufgabenerfüllung der Bundesvereinigungen rein beitragsfinanziert erfolgt, werden bei KVen und KZVen lediglich die Verwaltungskosten aus Mitgliedsbeiträgen finanziert, wohingegen die Vergütung (zahn)ärztlicher Leistungen im Wesentlichen durch die Verteilung der von den Krankenkassen gezahlten Gesamtvergütungen (bzw. Abschlägen auf selbige) erfolgt.

Kommt es bei diesen Zahlungsflüssen von den Krankenkassen an KVen und KZVen zu Verzögerungen, so entspricht es der üblichen und bundesweit praktizierten Praxis, eine etwaig entstehende Finanzierungslücke durch die Aufnahme kurzfristiger, sog. Kassenverstärkungskredite – d.h. Krediten mit kurzer Laufzeit, die üblicherweise noch im laufenden Geschäftsjahr beglichen werden – zu überbrücken, um so eine rechtzeitige Honorarzahlung gewährleisten zu können. Hierdurch werden die (zahn)ärztlichen Praxen zur Aufrechterhaltung des Betriebs befähigt und damit nicht zuletzt auch zur Versorgung der Versicherten.

Zwar ist das System der gesetzlichen Krankenkassen weitestgehend gegen vollständige Zahlungsausfälle (bspw. im Falle der Insolvenz einzelner Krankenkassen) geschützt, nicht jedoch gegen die hieraus oder aus anderen Ursachen resultierenden Verzögerungen, die mitunter noch nicht einmal in der unmittelbaren Einflusssphäre der Krankenkassen liegen müssen. So können etwa IT-Angriffe auf Krankenkassen und deren Finanzdienstleister Zahlungsflüsse stören (so etwa geschehen im Falle der BIG direkt und deren IT-Dienstleister Bitmarck, welcher am 26.04.2023 Opfer einer Cyperattacke wurde, wodurch sich auch Zahlungen der BIG direkt verzögerten).

Unter Hinweis auf § 134 BGB i.V.m. dem Verbot zur Darlehensaufnahme verweigern Banken zusehends die Gewährung solcher Zwischenfinanzierungen. Perspektivisch steigt damit die Gefahr, dass es zu empfindlichen Störungen bei den (zahn)ärztlichen Honorarzahlungen kommt, die in Zeiten rasant steigender Kosten neben den Praxisinhabern auch deren Angestellte und verbundenen Berufe mitunter empfindlich treffen und schlimmstenfalls zur Zahlungsunfähigkeit der Betroffenen und mittelbar auch zu einer Beeinträchtigung der Versorgung führen können.

Forderung von KZBV und BZÄK:

Vor diesem Hintergrund fordern KZBV und BZÄK eine Aufhebung des Verbots der Darlehensaufnahme für KVen und KZVen und dementsprechend die Streichung der Formulierung „sowie § 220 Abs. 1 Satz 2“ in § 78 Abs. 6 SGB V.

Soweit an dem generellen Darlehensverbot festgehalten werden soll, muss gesetzlich zwingend ein Ersatzmechanismus geschaffen werden, der eine kontinuierliche und vor allem rechtzeitige Honorarauszahlung gewährleistet, bspw. durch eine kurzfristige Zwischenfinanzierung aus Landesmitteln oder hilfsweise zumindest durch die Ermöglichung der Aufnahme von Kassenverstärkungskrediten.

III. Regulierung von iMVZ

1. Räumlich-fachliche Begrenzung

Fremdinvestoren (z.B. Private-Equity-Gesellschaften) dringen immer weiter in die vertragszahnärztliche Versorgung vor. Eine aktuelle Analyse der KZBV bestätigt die anhaltend hohe Dynamik. Die Ausbreitung von iMVZ konnte durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), das im SGB V einen Sonderweg für die vertragszahnärztliche Versorgung vorgibt, nicht nennenswert eingedämmt werden. Mit einseitigem Fokus auf schnelle Gewinnmaximierung stellen iMVZ eine erhebliche Gefahr für Patientenversorgung dar, welche sich insbesondere wie folgt äußert.

iMVZ siedeln sich vornehmlich in Großstädten und Ballungsräumen mit überdurchschnittlichen Einkommen an, die häufig bereits einen hohen zahnärztlichen Versorgungsgrad aufweisen. Zur Versorgung in strukturschwachen, zumeist ländlichen Gebieten leisten iMVZ keinen nennenswerten Beitrag.

Die aktuellen Daten zeigen auf, dass die Fremdinvestoren mit der Gründung von iMVZ über ein gründungsberechtigtes Krankenhaus keinen Beitrag zur Stärkung der regionalen zahnmedizinischen Versorgung oder der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit leisten. Kein einziger Krankenhausträger (0 Prozent), der von Fremdinvestoren zur MVZ-Gründung genutzt wird, verfügt über eine Abteilung mit zahnärztlichem Bezug. Zugleich besteht nur ein einziges (0,2 Prozent) der aktuell 468 iMVZ tatsächlich im Planungsbereich des jeweiligen Krankenhausträgers. Demgegenüber siedeln sich zahnärztliche MVZ von Trägerkrankenhäusern ohne Investor zu 95,2 Prozent im Planungsbereich des zugehörigen Krankenhauses an. Gleichzeitig weisen Trägerkrankenhäuser zahnärztlicher MVZ ohne Investor zu 94,4 Prozent einen zahnärztlichen Bezug auf. Demgemäß verfehlen iMVZ – jedenfalls soweit es die zahnärztliche Versorgung betrifft – auch das mit der Gründungsbefugnis für Krankenhäuser verbundene gesetzgeberische Ziel einer engen fachlichen und räumlichen Verzahnung von Krankenhaus und MVZ (BT-Drs. 16/2474, S. 29).

Die iMVZ zeigen gegenüber den bewährten Praxisformen eine Tendenz zu Über- und Fehlversorgungen, was durch die Analyse von Abrechnungsdaten belegt werden kann. An der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen und Menschen mit Behinderung im Rahmen der aufsuchenden Versorgung und von Kindern und Jugendlichen mit präventiven Leistungen der Individualprophylaxe nehmen iMVZ kaum teil. Durch größere Kettenbildungen steigt die Gefahr von regionalen Versorgungslücken im Fall von Insolvenzen mit erheblichen Folgen für Patientinnen und Patienten.

Zudem ist die zahnmedizinische Versorgung, die fast ausschließlich ambulant erbracht wird, gänzlich anders gelagert als die Versorgung im ärztlichen Bereich.

Forderung von KZBV und BZÄK:

Zwecks Lösung der damit verbundenen Versorgungsgefahren fordern KZBV und BZÄK:

die Verankerung einer räumlichen und fachlichen iMVZ-Gründungsbeschränkung für Krankenhäuser im SGB V.

In räumlicher Hinsicht muss das von einem Krankenhaus gegründete MVZ in demselben Planungsbereich wie das Krankenhaus liegen.

Zudem sollten zahnärztliche MVZ nur von Krankenhäusern mit einer zahnmedizinischen Fachabteilung bzw. einem zahnmedizinischen Versorgungsauftrag gegründet werden. Zwingend notwendig ist es, den mit dem TSVG beschrittenen Sonderweg für den vertragszahnärztlichen Bereich weiterzugehen und eine räumliche und eine fachliche Beschränkung gesetzlich zu verankern.

2. Berufsrechtliche Regelungen aus dem Zahnheilkundegesetz einführen

Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder hat in ihren Beschlüssen auch auf berufsrechtliche Lösungen aus dem Zahnheilkundegesetz hingewiesen, dazu zählt u.a., dass Mehrheit und Geschäftsführung einer solchen Gesellschaft in zahnärztlichen Händen liegen müssen („50+1Regel“).

Forderung von BZÄK und KZBV:

Juristische Personen, die diese patientenschützenden, vom Gesetzgeber festzulegenden Voraussetzungen nicht erfüllen, sollen keinen Zugang zur Ausübung der Zahnheilkunde erhalten.

3. Schaffung von Transparenz hinsichtlich der Eigentümerstrukturen

Die hinter iMVZ stehenden verschachtelten Eigentümer und Beteiligungsstrukturen sind häufig sehr intransparent und können durch die bestehenden Register nicht ausreichend nachvollzogen werden. Daher sollten flankierend zu der unter 1. und 2. geforderten räumlich-fachlichen Begrenzung der Gründungsbefugnis und der vorgeschlagenen Änderungen im Zahnheilkundegesetz die nachfolgenden Transparenzmaßnahmen geregelt werden. KZBV und BZÄK weisen insoweit jedoch ausdrücklich darauf hin, dass die Schaffung von Transparenz allein keine Regulierungswirkung erzielt, sondern lediglich als ergänzende Begleitmaßnahme sinnvoll wäre.

Forderung von KZBV und BZÄK:

Zur Herstellung einer größtmöglichen Transparenz fordern KZBV und BZÄK:

- die Schaffung einer Rechtsgrundlage für die Einrichtung von MVZ-Registern auf Bundes- und Landesebene in Anlehnung an die bereits existierenden Zahnarztregister. Diese sollen die Transparenz über die Inhaber- und Beteiligungsstrukturen, insbesondere von iMVZ schaffen und die Prüfung von deren Eignung zur Teilnahme an der Versorgung durch den Zulassungsausschuss ermöglichen. Die Eintragung in das Register sollte verpflichtende Zulassungsvoraussetzung für MVZ sein;

- die zahnärztlichen MVZ gesetzlich zu verpflichten, in geeigneter Weise auf ihrem Praxisschild und auf ihrer Homepage Angaben über ihren Träger und die gesellschaftsrechtlichen Inhaberstrukturen zu machen.

B. Regelungen des GVSG-RegE

Zu den im GVSG-RegE vorgesehenen Regelungsinhalten nehmen KZBV und BZÄK, sofern zahnärztliche Interessen betroffen sind, wie folgt Stellung:

I. Prüfrecht des Bundesrechnungshofs (BRH) gegenüber den K(Z)Ven, der K(Z)BV und dem G-BA (Art. 1 Nr. 26 GVSG-RegE / § 274 Abs. 4 Satz 2 SGB V sowie Art. 3 GVSG-RegE / § 112 Abs. 1 Satz 3 BHO-E)

KZBV und BZÄK lehnen die mit § 274 Abs. 4 Satz 2 SGB V-E vorgesehene Ausweitung der Prüfrechte des BRH auch gegenüber den K(Z)Ven, deren Bundesvereinigungen und dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) sowie die in dem Zusammenhang stehende Änderung des § 112 Abs. 1 Satz 2 Bundeshaushaltsordnung (BHO) entschieden ab.

Die Prüfzuständigkeit des BRH setzt gemäß Art. 114 Abs. 2 GG die Verfügung über Bundesmittel voraus. K(Z)BV, K(Z)Ven und G-BA erhalten jedoch, anders als die Krankenkassen, keine Bundeszuschüsse. Insoweit ist bereits die zur Ausweitung der Prüfkompetenzen des Bundesrechnungshofs herangezogene Begründung gänzlich verfehlt. Dies wird auch durch zwei von KZBV, KBV sowie G-BA in Auftrag gegebene dezidierte Rechtsgutachten von Prof. Hermann Butzer sowie von Prof. Winfried Kluth belegt.

Die ggf. auch aus Bundeszuschüssen an die Krankenkassen gespeisten vertrags(zahn)ärztlichen Gesamtvergütungen dienen nicht der Finanzierung der K(Z)Ven und der K(Z)BV, sondern einzig der Vergütung vertrags(zahn)ärztlicher Leistungen. Indem die Krankenkassen die ihnen auch aus den Bundesmitteln nach § 221 Abs. 1 SGB V zugeflossenen Finanzmittel einsetzen, um die vertrags(zahn)ärztliche Gesamtvergütung zu leisten, endet die bis zu diesem Zeitpunkt bestehende Zweckbindung dieser Finanzmittel.

Die Finanzierung der K(Z)Ven erfolgt demgemäß durch rechtlich davon zu trennende Mitgliedsbeiträge aus dem Privatvermögen der Vertrags(zahn)ärzte und nicht aus Bundesmitteln. Die Finanzierung der KBV und KZBV erfolgt wiederum durch Mitgliedsbeiträge der KVen bzw. KZVen. Die damit verbundene veränderte rechtliche Zuordnung hat zur Folge, dass spätestens mit der Nutzung der Gelder zum Zweck der Gesamtvergütung eine Prüfungsbefugnis unter Berufung auf den teilweisen Ursprung der Gelder im Bundeshaushalt nicht mehr stichhaltig begründbar ist.

Dass die K(Z)Ven, K(Z)BV und der G-BA nicht durch Bundesmittel finanziert werden, spiegelt sich auch in den Regelungen der BHO wider, die in ihrem § 112 Abs. 1 Satz 1 die Geltung der BHO und damit eine Prüfzuständigkeit des BRH (s. etwa § 111 BHO) zwar für die Krankenkassen anordnet, wenn diese Bundeszuschüsse erhalten, gemäß ihrem § 112 Abs. 1 Satz 3 aber die Geltung der BHO für die sonstigen Körperschaften auf dem Gebiet der Sozialversicherung (mithin auch KZVen, KVen, KZBV und KBV) gerade ausdrücklich und bislang folgerichtig ausschließt.

Insoweit ist neben den o.g. Rechtsgutachten gerade auch der geltende § 112 BHO eindrücklicher Beleg dafür, dass die zur Rechtfertigung von Prüfrechten des BRH in der Begründung des Regierungsentwurfs aufgestellte Behauptung, K(Z)BV, K(Z)Ven und G-BA seien „mittelbar Empfänger von Bundesmitteln aus dem Gesundheitsfonds“, in der Sache unzutreffend und rechtlich unhaltbar ist.

Abseits der rechtlichen Fragwürdigkeit wäre eine Ausweitung der Prüfzuständigkeit des BRH zudem auch in der Sache nicht zweckmäßig. Bereits heute unterliegen KBV, KZBV und G-BA einer regelmäßigen und engmaschigen aufsichtsrechtlichen Kontrolle durch das BMG und stimmen sich gerade auch in wesentlichen Finanzfragen eng mit diesem ab, um potentiellen Rechtsverstößen vorzubeugen.

Das Aufsichtsinstrumentarium des BMG wurde durch die Regelungen des GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes bezüglich der Bundeskörperschaften und dem G-BA nochmals erheblich ausgeweitet und verschärft. Zusätzlich besteht eine Vielzahl gesondert geregelter Vorlage-, Genehmigungs- und Zustimmungserfordernisse, die den Aufsichtsbehörden einzelfallbezogen zusätzliche Prüfmöglichkeiten und -pflichten eröffnen, wie etwa ein Genehmigungserfordernis hinsichtlich der Vorstandsdienstverträge. Mit einer Erweiterung der Zuständigkeit des BRH würden zusätzliche Prüfmöglichkeiten neben die der originär zuständigen Aufsichtsbehörden einschließlich der Prüfungen der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung nach § 274 SGB V treten. Dabei wäre zu erwarten, dass es durch die Parallelzuständigkeit von Aufsichtsbehörden und BRH zu unterschiedlichen Prüfergebnissen bei identischer Sachlage und entsprechenden Rechtsunklarheiten kommt.

Der Aufbau von Doppelstrukturen würde zwangsläufig zum Aufbau von unnötiger und alle Beteiligten belastende Bürokratie führen, welche dem gesetzgeberischen und politischen Ziel, Bürokratien abzubauen, entgegenstehen.

Auch sind die mit der Schaffung solcher unnötigen Doppelstrukturen zwangsläufig einhergehenden Kosten nicht zu rechtfertigen. Auch wenn die Gesetzesbegründung klarstellt, dass diese durch eine Prüfzuständigkeit des BRH entstehenden Kosten nicht den Geprüften auferlegt werden, entstehen sie gleichwohl und müssen demgemäß aus dem Bundeshaushalt und mithin vom Steuerzahler getragen werden. Legt man die erheblichen, sich pro Prüfjahr bis in den sechsstelligen Bereich bewegenden Kosten für die aufsichtsrechtlichen Prüfungen nach § 274 Abs. 1 SGB V als Maßstab zugrunde und geht naheliegender Weise davon aus, dass auch beim BRH Kosten in entsprechender Höhe anfallen, handelt es sich hierbei um sehr umfangreiche Kosten, für die angesichts der bereits sehr engmaschigen Prüfung von K(Z)BV und K(Z)Ven im Rahmen der aufsichtsrechtlichen Turnusprüfungen nach § 274 SGB V keine Rechtfertigung ersichtlich ist – erst recht nicht, wenn sich der BRH hierbei außerhalb seiner originären, auf Bundesmittel bezogenen Prüfzuständigkeit bewegt, welche es (siehe oben) bei K(Z)BV, K(Z)Ven und G-BA nicht gibt.

Letztlich ist auch die Annahme in der Gesetzesbegründung verfehlt, wonach eine Prüfung durch den Bundesrechnungshof für die prüfunterworfenen Körperschaften keine finanziellen Auswirkungen hätte. Zwar mag dies insoweit stimmen, als keine unmittelbaren Prüfkosten anfallen. Die bisherige Erfahrung hat jedoch gezeigt, dass Prüfungen der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung vonseiten der prüfunterworfenen Körperschaft aufwendig begleitet werden müssen und dementsprechend mit einem hohen personellen Ressourceneinsatz einhergehen, wodurch letztlich Arbeitskraft gebunden wird, die ansonsten zur originären Aufgabenerfüllung eingesetzt würde. Insoweit entstehen den prüfunterworfenen Körperschaften mittelbar durchaus erhebliche Kosten.

Forderung von KZBV und BZÄK:

Aus diesen Gründen fordern KZBV und BZÄK, auf die Einführung von BRH-Prüfrechten gegenüber den K(Z)Ven, den K(Z)BVen und dem G-BA zu verzichten und die geplanten Regelungen in § 274 Abs. 4 Satz 3 SGB V-E sowie in § 112 Abs. 1 Satz 3 BHO ersatzlos zu streichen.

II. Regelung zur Ermöglichung digitaler Sitzungen des Bewertungsausschusses (Art. 1 Nr. 6 lit. d GVSG-RegE / § 87 Abs. 3e SGB V-E)

KZBV und BZÄK bewerten die mit der ergänzenden Regelung in § 87 Abs. 3e SGB V-E vorgesehene Klarstellung, wonach die Geschäftsordnung des Bewertungsausschusses für Ärzte die Durchführung von Sitzungen als hybride oder digitale Sitzung vorsehen kann, in denen auch Beschlüsse gefasst werden können, als positiv, gibt jedoch zu bedenken, dass die Geltung des § 87 Abs. 3e SGB V inkl. der mit dem Gesetzesentwurf vorgesehenen Ergänzung aufgrund der gesetzlichen Anordnung in § 87 Abs. 3g SGB V im vertragszahnärztlichen Bereich ausgeschlossen ist.

Forderung von KZBV und BZÄK:

Da keine Gründe für die unterschiedliche Behandlung des Bewertungsausschusses für Ärzte und des Bewertungsausschusses für Zahnärzte ersichtlich sind, halten KZBV und BZÄK eine Ausweitung der beabsichtigten Regelung auch auf den vertragszahnärztlichen Bereich für geboten und regt an, die beabsichtigte Regelung in § 87 Abs. 3 SGB V zu verorten.

III. Regelungen zur betragsmäßigen Beschränkung der Sicherheitsleistungen (Art. 1 Nr. 11 GVSG-RegE / § 95 Abs. 2 Sätze 7 und 8 SGB V-E)

KZBV und BZÄK stehen den in § 95 Abs. 2 Sätze 7 und 8 SGB V-E vorgesehenen Regelungen zur betragsmäßigen Beschränkung der Sicherheitsleistungen kritisch bis ablehnend gegenüber.

Die mit § 95 Abs. 2 Satz 7 SGB V-E den Gesellschaftern eines nichtkommunalen bzw. kommunalen MVZ in der Rechtsform einer GmbH eingeräumte Möglichkeit, u.a. die selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung betragsmäßig zu beschränken, lehnen KZBV und BZÄK ab.

Der Gesetzgeber berücksichtigt nicht das seinerseits mit der Einführung der Regelung zur Abgabe einer selbstschuldnerischen Bürgschaftserklärung in § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V verfolgte Ziel. Dieses besteht ausweislich der seinerzeitigen Begründung zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz vom 22.12.2006 (s. BT-Drs. 16/2474, Seite 21) zum einen darin, die in der Rechtsform einer GmbH betriebenen MVZ den als Personengesellschaft organisierten MVZ, deren Gesellschafter

persönlich haften, sowie den persönlich haftenden in Einzelpraxis oder Berufsausübungsgemeinschaften tätigen Vertragsärzten gleichzustellen. Zum anderen dient die Regelung – wie auch in § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V ausdrücklich geregelt - der Absicherung sämtlicher Forderungen von K(Z)Ven und Krankenkassen gegen das MVZ und damit dem Schutz der Gemeinschaft der anderen in der K(Z)V durch Pflichtmitgliedschaft organisierten vertrags(zahn)ärztlichen Leistungserbringer. Die selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung muss daher betragsmäßig unbegrenzt, unbefristet und unkündbar sein (s. a. Pawlita in jurisPK 4. Aufl., § 95 Rdn. 260 f.; BSG Urteil vom 22. 10. 2014 – B 6 KA 36/13 R, Rn. 27).

Eine betragsmäßige Begrenzung der selbstschuldnerischen Bürgschaftserklärung würde die seinerzeitige Zielsetzung, deren Erfüllung nach wie vor Bestand hat, ins Gegenteil verkehren, die MVZ im Vergleich zu den persönlich und unbeschränkt haftenden Vertragszahnärzten privilegieren und die Position von K(Z)Ven bzw. Krankenkassen bei der Geltendmachung und Durchsetzung ihrer Forderungen gegenüber dem MVZ in der Rechtsform einer GmbH schwächen.

Berücksichtigt man die vom Gesetzgeber zur Begründung der Beschränkungsmöglichkeit angeführte Argumentation, die ausschließlich die Berichterstattung aus der Kommunalpraxis berücksichtigt und zur Begründung der Implementierung der neuen Regelung die bestehenden faktischen Schwierigkeiten bei der Gründung von kommunalen MVZ in der Rechtsform der GmbH in Bezug nimmt (keine betragsmäßig unbeschränkte Bürgschaftserklärungen aus kommunalrechtlichen Gründen), ist kein Grund dafür ersichtlich, weshalb der Gesetzgeber die primär für die kommunalen MVZ in der Rechtsform der GmbH konzipierte Regelung auch auf die nichtkommunalen MVZ erstreckt. Gründe für eine Gleichstellung der kommunalen und nichtkommunalen MVZ sowie die Gleichstellung der selbstschuldnerischen Bürgschaftserklärung mit der Sicherheitsleistung nach § 232 BGB sind nicht ersichtlich.

Nicht nachvollziehbar ist ferner, warum der Gesetzgeber die Ausübung des Rechts zur Begrenzung der Sicherheitsleistungen schon vor Inkrafttreten der nach § 95 Abs. 6 Satz 8 SGB V-E zwischen den Bundesmantelvertragspartnern (KBV bzw. KZBV und GKV-SV) zu vereinbarenden Rahmenvorgaben zur Festlegung der Höhe der gem. Satz 7 begrenzten Sicherheitsleistungen ermöglicht.

Die Sicherheitsleistung ist eine Zulassungsvoraussetzung, die bundesweit gleichen Anforderungen genügen muss. Wie in der Begründung zum GVSG-RegE vom Gesetzgeber selbst ins Feld geführt, müssen zur Vermeidung von ungleichen Zulassungsvoraussetzungen bundesweit einheitliche Vorgaben geschaffen werden. Dieses vom Gesetzgeber verfolgte Ziel würde jedoch nicht erreicht und sogar konterkariert, wenn die Ausübung des Rechts zur Begrenzung der Sicherheitsleistung bereits vor Vereinbarung von Rahmenvorgaben ermöglicht werden würde.

Die vorgesehene zeitliche Abfolge könnte zur Entstehung von doppelten bzw. zusätzlichen Verwaltungsaufwänden führen, wenn die durch den Gesellschafter der Höhe nach begrenzte Bürgschaft unter den bundeseinheitlichen Vorgaben liegen sollte und nachträglich wieder nach oben korrigiert werden müsste. Für die Zulassungsausschüsse würde bis zum Inkrafttreten der Vorgaben ein Aufwand entstehen, der in der Verifizierung der Orientierungswerte für die Sicherheitsleistungen nach § 232 BGB begründet liegen könnte, sofern solche überhaupt existieren. Damit würde ein nicht näher bezifferbarer Bürokratieaufwand entstehen.

Forderung von KZBV und BZÄK:

KZBV und BZÄK fordern den Gesetzgeber daher auf, vorgesehene Regelung in § 95 Abs. 2 Satz 7 und 8 SGB V-E ersatzlos zu streichen oder hilfsweise zumindest

- die vorgesehene Regelung in § 95 Abs. 2 Satz 7 und 8 SGB V-E auf die kommunale MVZ in der Rechtsform einer GmbH zu beschränken, und
- die Ausübung des Rechts zur Beschränkung der selbstschuldnerischen Bürgschaftserklärung durch die Kommune erst nach Inkrafttreten der zwischen der KZBV bzw. KBV und dem GKV-SV zu vereinbarenden Rahmenvorgaben zu ermöglichen.

IV. Einführung einer Bagatellgrenze nicht nur im Rahmen der WP für ärztlich verordnete Leistungen (Art. 1 Nr. 14 GVSG-RegE / § 106b Abs. 2 Satz 2 SGB V-E), sondern auch für Prüfungen nach § 106d und § 106a SGB V

KZBV und BZÄK bewerten die in § 106b Abs. 2 Satz 2 SGB V-E vorgesehene Einführung einer Bagatellgrenze und die damit verfolgte Zielsetzung, die Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung für ärztlich verordnete Leistungen zu entbürokratisieren, als positiv, und regen im Interesse der angestrebten einheitlichen und möglichst aufwandsarmen Umsetzung an die Bagatellgrenze direkt im Gesetz zu verorten.

Gleichzeitig geben KZBV und BZÄK zu bedenken, dass die mit der Regelung in § 106b Abs. 2 Satz 2 SGB V-E verfolgte Entbürokratisierung regelhaft und vornehmlich nur im vertragsärztlichen Sektor ankommen wird. Die im vertragszahnärztlichen Sektor überwiegend durchzuführenden Verfahren nach § 106a und § 106d SGB V bleiben unberücksichtigt und die mit diesen Verfahren verbundenen bürokratischen Lasten bestehen.

Ergänzende Forderung: Einführung einer Bagatellgrenze im Rahmen der Abrechnungsprüfung nach § 106d SGB V

KZBV und BZÄK halten es daher für geboten, auch im Rahmen der Abrechnungsprüfung nach § 106d SGB V eine Bagatellgrenze vorzusehen. Die seitens des Gesetzgebers hinsichtlich der Einführung einer Bagatellgrenze im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung zugrunde gelegten Überlegungen zur Reduzierung von

Prüfverfahren, zur Kostenersparnis und insgesamt zur Entbürokratisierung sind auf den Bereich der Abrechnungsprüfung gleichfalls übertragbar. Ferner sollte eine solche Bagatellgrenze auch entsprechend für die Wirtschaftlichkeitsprüfung einzelner Behandlungsfälle nach § 106a SGB V gelten.

V. Weiterentwicklung der Fehlverhaltensbekämpfung im Gesundheitswesen aufseiten der Krankenkassen (Art. 1 Nr. 23 GVSG-RegE / div. Ergänzungen in § 197a SGB V-E)

KZBV und BZÄK bewerten die intendierten Ergänzungen in § 197a SGB V, soweit es die Einfügung der Absätze 3c und 7 betrifft, als hochproblematisch.

Die in Absatz 3c angelegte KI-gestützte Auswertung kassenübergreifender Datenbestände zwecks (Fehlverhaltens-)Mustererkennung dürfte im Ergebnis nichts Anderes als eine Art Rasterfahndung darstellen, an welche die Rechtsprechung nicht grundlos erhebliche verfassungsrechtliche Anforderungen gestellt hat, die vorliegend kaum erfüllt sein dürften.

Ohne die grundsätzliche Notwendigkeit einer Bekämpfung wirtschaftlichen Fehlverhaltens im Gesundheitswesen in Abrede stellen zu wollen, darf diese Zielsetzung nicht dazu führen, dass diejenigen, die das System der GKV durch ihren fortwährenden und mitunter hohen persönlichen Einsatz am Laufen halten, als gesamte Personengruppe bzw. als Berufsstand unter Generalverdacht gestellt und ihre verfassungsrechtlich garantierten Persönlichkeitsrechte einschließlich des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung ohne konkreten Anlass massiv ausgehöhlt werden.

Ein solcher Generalverdacht ist auch deshalb verfehlt, weil die bisherige Berichterstattung im Bereich der Fehlverhaltensbekämpfung – insb. soweit es die zahnärztliche Versorgung betrifft – keinen Anlass hierzu gibt. Im Gegenteil hat sich seit Einrichtung der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen nach § 81a SGB V vielmehr fortlaufend die Vermutung bestätigt, dass zahnärztliches Fehlverhalten auf wenige Einzelfälle beschränkt ist.

Die im Entwurf des GVSG angedachten Maßnahmen, die letztlich auf eine leistungserbringerbezogene Rasterfahndung hinauszulaufen drohen, sind daher aus Sicht von KZBV und BZÄK gänzlich unverhältnismäßig und hinsichtlich ihrer verfassungsrechtlichen Zulässigkeit in höchstem Maße zweifelhaft.

Vergleichbare Bedenken bestehen auch hinsichtlich der nach § 197a Abs. 7 SGB V-RegE vom GKV-SV zu konzeptionierenden Betrugspräventionsdatenbank, in die offenbar schon auf Grundlage bloßer Auffälligkeiten oder allgemeiner Verdachtsmuster "präventiv" Leistungserbringer eingetragen werden sollen, ohne dass ihnen ein konkretes Fehlverhalten bereits nachgewiesen werden konnte. Zudem ist – losgelöst von der Zulässigkeit – völlig unklar, wie dies einer "Betrugsprävention" als einer Verhinderung von Straftaten, ehe sie – mutmaßlich – begangen

werden, dienen soll. Aufgrund der Nähe zur o.g. Rasterfahndung sowie der erheblichen Gefahr einer Stigmatisierung der lediglich "präventiv" eingetragenen Leistungserbringer ist auch eine solche Betrugspräventionsdatenbank wegen des damit verbundenen schwerwiegenden Eingriffs in das allgemeine Persönlichkeits(grund)recht strikt abzulehnen.

VI. Zu den G-BA-bezogenen Regelungen

1. Änderung von § 91 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V (Art. 1 Nr. 9 lit. a) GVSG-RegE)

Die Schaffung einer ausdrücklichen Rechtsgrundlage, auf deren Grundlage der G-BA im Rahmen seiner Geschäftsordnung Regelungen zu den Voraussetzungen für die Durchführung seiner Sitzungen im Hybrid- oder Digitalformat treffen kann, wird als zweckmäßig begrüßt. Auch nach Ende der COVID-Epidemie hat sich die Möglichkeit der Durchführung von Hybrid- oder Digitalsitzungen als zweckmäßig erwiesen.

2. Änderung von § 91 Abs. 11 Satz 1 SGB V (Art. 1 Nr. 9 lit. b) aa) GVSG-RegE)

Die Reduktion des bisherigen Aufwands für den G-BA, die von ihm zur Straffung der Verfahren vorgenommenen Maßnahmen sowie die besonderen Schwierigkeiten einer Bewertung, die zu einer Überschreitung der gesetzlichen Fristen und zu Verfahrensverzögerungen über zwei Jahre hinausgeführt haben können, im Rahmen seiner Berichtspflicht an den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages darzulegen, wird begrüßt.

3. Änderung von § 91 Abs. 11 Satz 2 SGB V (Art. 1 Nr. 9 lit. b) bb) GVSG-RegE)

Die Verschärfung der Darstellungspflicht von Entscheidungen und Richtlinien, die anstatt wie bisher länger als drei Jahre, nun länger als zwei Jahre beraten werden, wird nicht für nötig befunden. Ausweislich des aktuellen Fristenberichts des G-BA für das Jahr 2022 haben von 670 Verfahren lediglich 13 die Dreijahresfrist überschritten. Der G-BA hat, wie auch im Bericht ausgewiesen, in jedem einzelnen Fall geprüft, wie die Verfahren beschleunigt, resp. zum Abschluss gebracht werden können. Durch die bereits verfahrensrechtlich verankerten Grundlagen verfügt der G-BA über ein zweckmäßiges Instrumentarium, welches es insbesondere den zuständigen Unparteiischen Mitgliedern ermöglicht, verfahrenslenkende und –beschleunigende Maßnahmen zu ergreifen.

4. Änderung von § 92 Abs. 4 SGB V (Art. 1 Nr. 10 lit. c) GVSG-RegE)

Die Regelung, den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften für die Richtlinien des G-BA über Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Qualitätssicherung der Früherkennungsuntersuchungen sowie zur Durchführung organisierter Krebsfrüherkennungsprogramme ein Stellungnahmerecht einzuräumen, wird begrüßt. Es wird jedoch darauf verwiesen, dass den einschlägigen

wissenschaftlichen Fachgesellschaften für die zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungs-Richtlinie seit langem ein Stellungnahmerecht durch den G-BA zuerkannt wurde. Die Regelung hat zumindest diesbezüglich rein deklaratorischen Charakter.

5. Änderung von § 92 Abs. 6 Satz 2 SGB V (Art. 1 Nr. 10 lit. e) GVSG-RegE)

Die Regelung, den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften für die Richtlinien des G-BA über die Verordnung von Heilmitteln ein Stellungnahmerecht einzuräumen, wird begrüßt

6. Änderung von § 140f Abs. 2 SGB V (Art 1 Nr. 22 lit. b) GVSG-RegE)

Die Sinnhaftigkeit der vorgesehenen einmaligen Möglichkeit für die Patientenvertretung, mittels Veto eine Beschlussfassung im Plenum des G-BA zu verhindern, wird vor dem Hintergrund des Zieles der Verfahrensbeschleunigung sowie der verfahrensrechtlichen Gleichbehandlung hinterfragt. Über die aktive Einbindung der Patientenvertretung mit Teilnahme-, Rede- und Antragsrecht in allen Gremien des G-BA wird eine Berücksichtigung der Positionen der Patientenvertretung gewährleistet. Über die Regelungen der Geschäftsordnung des G-BA ist die Wahrung der Rechte der Patientenvertretung bereits heute umfassend gesichert. So ist z.B. vor jeder Abstimmung die Position der Patientenvertretung den Trägerorganisationen zur Kenntnis zu geben und es wird aktiv seitens des Unparteiischen Vorsitzenden das Votum der Patientenvertretung abgefragt. Der Patientenvertretung stehen bereits heute weitgehende verfahrensrechtliche Möglichkeiten zur Verfügung, Abstimmungen im Plenum herbeizuführen (auf Antrag bei Delegationsbeschlüssen gem. 1. Kap. § 4 Abs. 2 Satz 4 VerfO, Einleitung von Stellungnahmeverfahren gem. 1. Kap. § 10 Abs. 1 VerfO, direkte Abstimmungen im Plenum gem. 1. Kap. § 5 Abs. 4 Satz 3 VerfO).

Ein explizites Vetorecht der Patientenvertretung steht dazu im Wertungswiderspruch zur in der Geschäftsordnung des G-BA verankerten Möglichkeit der Hemmung einer Beschlussfassung, wenn alle anwesenden Unparteiischen und alle Vertreterinnen und Vertreter mindestens einer Trägerorganisation gegen ihn stimmen (§ 15 Abs. 1 Satz 2 GO). Trägerorganisationen ist es nur gemeinsam mit den Unparteiischen möglich, eine Beschlussfassung zu hemmen. Ein einseitiges Vetorecht der Patientenvertretung würde über diese Möglichkeit weit hinausgehen.

05.11.2024

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(15)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
11.11.2024

KBV KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG



ENTWURF EINES GESETZES ZUR STÄRKUNG DER GESUNDHEITSVERSORGUNG IN DER KOMMUNE – GESUNDHEITSVERSORGUNGSSTÄRKUNGS-GESETZ (GVSG)

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM GESETZENTWURF DER BUNDESREGIERUNG VOM 17. JUNI 2024, BT-DRS. 20/11853

8. NOVEMBER 2024

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

INHALT

ZUR KOMMENTIERUNG 4

ZUSAMMENFASSUNG 4

KOMMENTIERUNG ARTIKEL 1 4

NR. 2, VERZICHT AUF KONSILIARBERICHT BEI VERTRAGSÄRZTLICHER ÜBERWEISUNG 4

NR. 3 § 33 ABS. 5C SGB V (NEU) – VERORDNUNG VON HILFSMITTELN DURCH ZENTREN 5

NR. 6 A) § 87 ABS. 2B SGB V – VERSORGUNGSPAUSCHALE 5

NR. 6 C), § 87 ABS. 2Q (NEU) - VORHALTEPAUSCHALE 6

NR. 7 B) CC), § 87A ABS. 3B SATZ 3 SGB V – ZUSCHLÄGE KINDER- UND JUGENDMEDIZIN 8

NR. 7 C), § 87A ABS. 3C (NEU) UND NR. 8, § 87B ABS. 1 SATZ 3 SGB V – ENTBUDGETIERUNG HAUSÄRZTE 9

NR. 9, 10, 15, 19, 21, 22 (§ 91/§ 92/§ 116B/§ 136/§ 137F/ § 140F SGB V) – G-BA 11

NR. 10, § 92 ABS. 6A SGB V – EINSTUFIGES ANTRAGSVERFAHREN FÜR KURZZEITTHERAPIE IN DER PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG 12

NR. 10, § 92 ABS. 1B SGB V – G-BA MITBERATUNGSRECHT HEBAMMEN 12

NR. 11 A), § 95 ABS. 2 SATZ 7 UND 8 SGB V (NEU) – BEGRENZUNG SICHERHEITSLEISTUNGEN MVZ 13

NR. 11 B), ÜBERPRÜFUNG VERSORGUNGSAUFTRAG: BERICHTSPFLICHT KBV 14

NR. 12, § 101 SGB V – BEDARFSPLANUNG KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN 14

NR. 14, § 106B SGB V – BAGATELLGRENZE WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG 15

WEITERGEHENDER VORSCHLAG ZU NR. 14, § 106D SGB V – ABRECHNUNGSPRÜFUNG 16

NR. 16, 18, § 117, §120 ABS. 2 (WEITERBILDUNGSAMBULANZEN) 17

NR. 26, § 274 ABS. 4 SATZ 2 (NEU) – PRÜFPFLICHT BUNDESRECHNUNGSHOF 18

RECHTSGRUNDLAGE FÜR GESPRÄCHSAUFZEICHNUNGEN BEI DER 116117 20

ZUR KOMMENTIERUNG

Zu den einzelnen Regelungsinhalten wird im Folgenden kommentiert. Sofern keine Anmerkungen getätigt werden, wird die Regelung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) begrüßt oder sie sieht die Interessen der Vertragsärzte und -psychotherapeuten durch die Regelung nicht betroffen beziehungsweise steht dem Regelungsvorschlag neutral gegenüber.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist nur eine Form der Personenbezeichnung verwendet. Hiermit sind auch alle anderen Formen gemeint.

ZUSAMMENFASSUNG

Die KBV begrüßt die im Regierungsentwurf des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) angelegte Entbudgetierung der hausärztlichen Vergütung grundsätzlich und hält die schnellstmögliche Einführung für unabdingbar. Die weiteren Änderungen erweisen sich jedoch bei genauer Betrachtung als sehr komplex. Nach Einschätzung der KBV bergen diese die Gefahr erheblicher Honorarumverteilungen mit riskanten und kaum kalkulierbaren Auswirkungen auf die Versorgung. Um das zu vermeiden, müssten diese deutlich angepasst und mit aller gebotenen Sorgfalt entwickelt und kalkuliert werden. In keinem Fall gibt es einen Grund, dass diese die Entbudgetierung verzögern oder gar aufhalten sollten.

KOMMENTIERUNG ARTIKEL 1

NR. 2, VERZICHT AUF KONSILIARBERICHT BEI VERTRAGSÄRZTLICHER ÜBERWEISUNG

Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß § 28 Abs. 3 SGB V haben Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten bei Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung den Konsiliarbericht einer Vertragsärztin oder eines Vertragsarztes zur Abklärung somatischer Erkrankungen einzuholen. Dieser Konsiliarbericht soll zukünftig entfallen, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Überweisung einer Vertragsärztin oder eines Vertragsarztes erfolgt.

Bewertung

Die beabsichtigte Neuregelung wird begrüßt. In dem Falle einer psychotherapeutischen Behandlung nach vertragsärztlicher Überweisung ist die Verpflichtung zum Einholen des Konsiliarberichts als redundant anzusehen. Der Verzicht auf den Konsiliarbericht in dieser Fallkonstellation führt damit zum Abbau unnötiger bürokratischer Aufwände in der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung.

NR. 3 § 33 ABS. 5C SGB V (NEU) – VERORDNUNG VON HILFSMITTELN DURCH ZENTREN

Beabsichtigte Neuregelung

Für Hilfsmittelversorgungen, die von Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) oder von medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MeBZ) empfohlen wurden, ist von der medizinischen Erforderlichkeit auszugehen. Die Einbeziehung des Medizinischen Dienstes soll nicht mehr erfolgen. Damit sollen Bewilligungsverfahren im Hilfsmittelbereich beschleunigt werden.

Bewertung

Die Absicht einer Beschleunigung von Bewilligungsverfahren im Hilfsmittelbereich wird begrüßt. Allerdings sind die Kapazitäten dieser Einrichtungen sehr begrenzt, so dass viele Patienten mit vergleichbaren komplexen Behinderungen gar nicht oder nur nach langen Wartezeiten Zugang erhalten. Oftmals fehlen entsprechende Angebote in vielen Regionen, insbesondere in strukturschwachen und ländlichen Bereichen, gänzlich. Die Hilfsmittelversorgung dieser Versicherten wird daher häufig von den vertragsärztlich tätigen Kinder- und Jugendärzten, beispielsweise Neuropädiatern, Neurologen oder Hausärzten übernommen. Die vertragsärztliche Versorgung dieser Patienten unterliegt allerdings denselben Hürden.

Um die Hilfsmittelversorgung für alle Versicherte mit komplexen Behinderungen zu verbessern, sollte die Regelung nicht auf bestimmte Versorgungssettings eingegrenzt werden und auf Verordnungen von Vertragsärzten erweitert werden. Um gleichzeitig die Risiken für nachgelagerte Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu reduzieren, sollte klargestellt werden, dass entsprechende Verordnungen keiner Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

- Ergänzung in § 33 Abs. 5c (neu) SGB V, dass auch bei Hilfsmittelverordnungen durch Kinder- und Jugendärzte, Neurologen und Hausärzte für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen von der medizinischen Erforderlichkeit ausgegangen werden kann.
- Ergänzung in § 106b Abs. 4 SGB V, dass Verordnungen nach § 33 Abs. 5c (neu) SGB V durch Kinder- und Jugendärzte, Neurologen und Hausärzte nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen.

NR. 6 A) § 87 ABS. 2B SGB V – VERSORGUNGSPAUSCHALE

Beabsichtigte Neuregelung

In Abs. 2b wird der Bewertungsausschuss beauftragt, eine jährlich abrechnungsfähige Versorgungspauschale einzuführen. Die Regelungen über die Versorgungspauschale haben vorzusehen, dass sie je Versicherten unabhängig von der Anzahl und Art der Kontakte des Versicherten mit der jeweiligen Arztpraxis innerhalb eines bestimmten Zeitraums nur einmal durch eine einzige, die jeweilige Erkrankung behandelnde Arztpraxis abzurechnen ist. Der Zeitraum hat mindestens zwei Kalenderquartale zu umfassen.

Bewertung

Es wird begrüßt, dass im Vergleich zum Referentenentwurf die Versorgungspauschale auf Versicherte mit lediglich einer chronischen Erkrankung beschränkt wird. Die Einführung einer Versorgungspauschale für chronisch erkrankte Patienten ist grundsätzlich denkbar, um die derzeitige Systematik im Einheitlichen

Bewertungsmaßstab (EBM) abzulösen. Jedoch führt eine mindestens halbjährliche Abrechenbarkeit zu Schwierigkeiten, die gelöst werden müssen:

Einmalige Berechnung durch eine Arztpraxis

Durch den Umstand, dass die Versorgungspauschale nur einmal mindestens halbjährlich durch eine Arztpraxis je Versicherten abgerechnet werden kann, jedoch für die jeweils andere Arztpraxis eine vorherige Abrechnung nicht erkennbar ist, entstehen Risiken für die Arztpraxen, da nicht vorhersehbar ist, ob die Pauschale abgerechnet werden kann.

Ein wesentlicher Grund für die Mehrfachinanspruchnahme von Hausärzten ist, dass Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich die sie behandelnden Ärzte frei wählen können. Die freie Arztwahl in Deutschland gemäß § 76 SGB V steht im Widerspruch zur einmaligen Berechnungsfähigkeit der Versorgungspauschale.

Mehrfachinanspruchnahmen können durch die Ärzte nicht ausgeschlossen werden. Bei der parallelen Behandlung durch einen Hausarzt und beispielsweise einer Diabetologischen Schwerpunktpraxis, HIV-Schwerpunktpraxis, Schwerpunktpraxis für Substitutionsbehandlung, Praxis mit Schwerpunkt Schmerztherapie oder Praxis mit Schwerpunkt Psychotherapie liegt eine Mehrfachinanspruchnahme im Interesse der Versorgung.

Keine Absenkung der hausärztlichen Vergütung durch die Hintertür

Aufgrund der Einführung einer Versorgungspauschale darf die Vergütung für die Behandlung eines chronisch erkrankten Patienten nicht sinken. Die Versorgungspauschale reduziert nicht den medizinisch erforderlichen Behandlungsbedarf pro Patienten. Daher muss der Gesetzgeber klarstellen, dass die Bewertung der Versorgungspauschale nicht geringer sein darf als die Summe der bisherigen Gebührenordnungspositionen, die der Versorgungspauschale zugrunde liegen.

NR. 6 C), § 87 ABS. 2Q (NEU) - VORHALTEPAUSCHALE

Beabsichtigte Neuregelung

Durch den Bewertungsausschuss soll eine Vorhaltepauschale festgelegt werden, die an das Vorliegen gewisser Kriterien und ggf. gestuft festgelegt werden kann. Die bisherige Vergütung der Gebührenordnungsposition 03040 soll dafür entfallen. Kriterien für die Vorhaltepauschale sollen u. a. eine bedarfsgerechte Versorgung mit Haus- und Pflegeheimbesuchen, bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten, die vorrangige Versorgung der Versicherten mit Leistungen aus dem hausärztlichen Fachgebiet, eine festzulegende Mindestanzahl an zu versorgenden Versicherten sowie die regelmäßige Nutzung von Anwendungen nach § 334 SGB V (Telematik-Infrastruktur) umfassen.

Bewertung

Die Vorhaltepauschale darf von den Krankenkassen nicht zur Reduzierung der Vergütung der Hausärzte genutzt werden. Es dürfen nur solche Kriterien für die Vorhaltepauschale aufgenommen werden, die bereits Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind. Völlig neue Kriterien, wie z. B. die Samstagssprechstunde, müssen auch mit neuem Geld finanziert werden.

Die Voraussetzungen der Abrechenbarkeit der Vorhaltepauschale sind so festzulegen, dass durch die Einführung keine Finanzmittel frei werden. Durch die Einführung der Vorhaltepauschale darf es zu keinem Rückgang des hausärztlichen Leistungsbedarfs kommen. Die zugesagten zusätzlichen Finanzmittel aufgrund der Entbudgetierung müssen bei den Hausärzten ankommen.

Nicht jede Praxis muss alle Kriterien erfüllen. Welche und wie viele Kriterien (auch als Stufenmodell) durch die Praxen erfüllt werden müssen, ist vom Bewertungsausschuss bedarfsgerecht festzulegen. Strukturelle Benachteiligungen von z. B. Einzelpraxen oder städtischen Praxen müssen dabei ausgeschlossen werden.

Keine Benachteiligung von Schwerpunktpraxen

Durch die Einführung der Vorhaltepauschale dürfen die Schwerpunktpraxen im hausärztlichen Bereich nicht benachteiligt werden. Für Diabetologische Schwerpunktpraxen, HIV-Schwerpunktpraxen, Schwerpunktpraxis für Substitutionsbehandlung, Praxen mit Schwerpunkt Schmerztherapie oder Praxen mit Schwerpunkt Psychotherapie und weitere Schwerpunktpraxen müssen passgenaue Lösungen gefunden werden, damit diese Praxen keine Einnahmen verlieren. Sie sind für die adäquate Versorgung der Patienten mit diesen Krankheitsbildern unentbehrlich.

Berücksichtigung von Leistungen in der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV)

Für das Erfüllen der Kriterien muss sichergestellt werden, dass Untersuchungen und Behandlungen bei HzV-Versicherten im Rahmen dieser Verträge berücksichtigt werden. Es ist eine gesetzliche Regelung aufzunehmen, dass der Bewertungsausschuss zu beschließen hat, wie und durch wen der Nachweis gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) über die in der HzV erbrachten Leistungen zu erfolgen hat.

Bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten

Ein Kriterium für die Vorhaltepauschale sollen bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten sein, die regelmäßige monatliche Abendsprechstunden und ein ergänzendes Angebot an Samstagssprechstunden umfasst.

Aus Sicht der KBV sind allgemeingültige Vorgaben, die Hausärzte zur Durchführung von Sprechstunden in den Abendstunden oder an Samstagen indirekt verpflichten, um die Voraussetzungen der Vorhaltepauschale erfüllen zu können, für eine Verbesserung der hausärztlichen Versorgung nicht zielführend. Nicht in allen Regionen erfordert die Altersstruktur der überwiegenden Patienten eine Ausweitung der Sprechstunden bzw. ein Angebot zu anderen Zeiten und an Samstagen. In sprechstundenfreien Zeiten ermöglichen KV-Notdienstpraxen/Bereitschaftspraxen eine wohnortnahe, ambulante ärztliche Versorgung. Zudem greifen diese Vorgaben in die Freiberuflichkeit ein und schränken im Umkehrschluss das Angebot von Sprechstunden an Wochentagen ein.

Derzeit bieten bereits ca. ein Drittel (31 Prozent) der Hausarztpraxen in jedem Quartal Samstagssprechstunden an. Der Bewertungsausschuss hatte bereits zum 1. April 2020 den Zeitraum für die Berechnung der entsprechenden EBM-Leistung auch auf den Samstagnachmittag ausgeweitet (von 07:00 Uhr bis 19:00 Uhr) und hiermit auch hinsichtlich der Vergütung Voraussetzungen geschaffen, bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten an Samstagen im haus- und fachärztlichen Bereich anzubieten, so sie erforderlich sind. Angesichts des eklatanten Personalmangels ist überdies mehr als fraglich, mit welchem Personal solche zusätzlichen Sprechstunden zu Unzeiten geleistet werden sollten.

Bedarfsgerechte Versorgung mit Haus- und Pflegeheimbesuchen

Ein weiteres Kriterium für die Vorhaltepauschale soll die bedarfsorientierte Durchführung von Haus- und Pflegeheimbesuchen, die bei Versicherten über 75 Jahre regelmäßig aufsuchende Behandlungen umfassen sollen, sein.

Dreiviertel der Hausarztpraxen führen pro Quartal mindestens 10 Besuche von Patienten in der Häuslichkeit oder in Alten-/Pflegeheimen durch. Zusätzlich werden die Patienten durch qualifiziertes Praxispersonal (unter anderem nichtärztliche Praxisassistenten) aufgesucht und der Hausarzt unter Nutzung von telemedizinischen Anwendungen eingebunden. Vorgaben zu einer Mindestanzahl an durchzuführenden Besuchen pro Quartal, die sich auf den Arzt beziehen, schränken insbesondere in ländlichen Regionen mit langen Fahrtstrecken die Praxisorganisation ein und könnten – um die Voraussetzungen der Vorhaltepauschale erfüllen zu können – eine Einschränkung von Sprechzeiten nach sich ziehen.

Vorrangige Versorgung mit Leistungen aus dem hausärztlichen Fachgebiet

Der Bewertungsausschuss soll in seinen Kriterien berücksichtigen, dass die Hausarztpraxen primär Leistungen durchführen, die zum Kern des hausärztlichen Fachgebietes gehören (z. B. Versorgung von geriatrischen Patienten, palliativmedizinische Versorgung).

Ziel der aktuell gültigen Zusatzpauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages gemäß § 73 Abs. 1 SGB V nach der Gebührenordnungsposition 03040 des EBM ist die Stärkung der originär hausärztlichen Betreuung. Daher wird die Gebührenordnungsposition 03040 nicht für alle Patienten einer Hausarztpraxis gezahlt, sondern nur für diejenigen Patienten, bei denen Leistungen durchgeführt werden, die grundsätzlich zum hausärztlichen Versorgungsauftrag zählen. Dementsprechend ist sie neben einer Reihe von Leistungen, die entweder selbst zu einer Deckung der Kosten beitragen oder über den § 73 Abs. 1 SGB V formulierten Auftrag hinausgehen, ausgeschlossen.

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht mit der Definition von Leistungen durch den Bewertungsausschuss, die Hausarztpraxen primär durchführen sollten, eine aus Sicht der KBV zwar in der Zielstellung gleiche aber in der Umsetzung entgegengesetzte Systematik vor. Hausarztpraxen würden die Vorhaltepauschale nicht erhalten, sofern sie die zum Kern des hausärztlichen Fachgebietes gehörigen Leistungen zwar durchführen, aber nicht in ausreichendem Maß erfüllen können. Hierdurch entstehen den betreffenden Praxen, obwohl sie dem hausärztlichen Versorgungsauftrag nachkommen, wirtschaftliche Nachteile. Hingegen erhalten Hausarztpraxen, die die Kriterien bezogen auf alle Patienten erfüllen, aber aus anderen Gründen auch fachärztliche Leistungen durchführen, die Vorhaltepauschale entgegen ihrer Zielstellung.

Pflege/Nutzung der elektronischen Patientenakte

Zu den Kriterien für eine Vorhaltepauschale soll zukünftig auch zählen, dass beim überwiegenden Anteil der zu versorgenden Patienten eine regelhafte Pflege der elektronischen Patientenakte (ePA) stattfindet. Diesbezüglich ist der Anteil an Patienten von Bedeutung, die der ePA-Anlage nicht widersprochen und dem behandelnden Arzt die Zugriffsberechtigung nicht entzogen haben.

Nach § 335 Abs. 3 SGB V dürfen Versicherte weder bevorzugt noch benachteiligt werden, weil sie der Anlage einer ePA widersprochen oder einen Zugriff auf die ePA oder weiteren Anwendungen der Telematikinfrastruktur verweigert haben. Die Krankenkassen haben gemäß § 343 Abs. 1a Satz 3 Nr. 2 SGB V ihre Versicherten sogar ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass gewährleistet ist, dass der Versicherte weder bevorzugt noch benachteiligt wird, wenn er seine Widerspruchs-, Einwilligungs-, Lösch- und Beschränkungsrechte bezüglich der ePA ausübt (ausgenommen des Verzichts auf einen ePA-Nutzen). Die ePA-Nutzung als Kriterium für die Vorhaltepauschale könnte einen Einfluss darauf haben, dass Hausärzte ihre Patienten dazu anhalten, ihnen Zugriffsberechtigungen zu gewähren, und somit in die Patientensouveränität eingreifen.

Zwar besteht grundsätzlich die Möglichkeit, dass Patienten eine ePA-Anlage mit hausärztlichen Zugriffsberechtigungen akzeptieren, ihren Hausärzten jedoch bestimmte Zugriffsberechtigungen auf z. B. sensible Daten entziehen. Gerade Patienten mit sensiblen Daten gemäß § 343 Abs. 1a Satz 3 Nr. 13 SGB V (Daten, deren Bekanntwerden Anlass zu Diskriminierung oder Stigmatisierung des Versicherten geben kann, insbesondere zu sexuell übertragbaren Infektionen, psychischen Erkrankungen und Schwangerschaftsabbrüchen) könnten sich dazu entscheiden, die ePA entweder überhaupt nicht zu nutzen oder die Zugriffsberechtigungen gegenüber ihren Hausärzten grundsätzlich stark einschränken, wenn es ihnen zu aufwändig ist, jeweils nur bestimmte ePA-Widersprüche auszusprechen.

Es erscheint als nicht nachvollziehbar, dass vor dem Hintergrund der bestehenden Befüllungspflichten des § 347 SGB V erneut Vergütungsfolgen – und damit im Ergebnis eine Sanktionierung – mit der Nutzung der Telematik-Infrastruktur verbunden wäre.

NR. 7 B) CC), § 87A ABS. 3B SATZ 3 SGB V – ZUSCHLÄGE KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

Beabsichtigte Neuregelung

Sofern die auf die Kinder- und Jugendmedizin entfallende MGV die Vergütung der gemäß § 87b Abs. 1 Satz 3 zweiter Halbsatz SGB V definierten Leistungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung

ohne Honorarbegrenzung oder -minderung übersteigt, sollen laut Gesetzesentwurf erst dann Zuschläge durch die Gesamtvertragspartner verhandelt werden, wenn bezogen auf den gesamten Zeitraum von vier aufeinanderfolgenden Kalendervierteljahren der Leistungsbedarf die auf die Kinder- und Jugendmedizin entfallende MGV nicht ausschöpft. Diese Regelung findet sich analog beim vorgesehenen Verfahren der Hausärzte in § 87a Abs. 3c SGB V.

Bewertung

Die Regelung stellt eine Verschlechterung zum Status Quo dar. Dies folgt einerseits daraus, dass künftig Verhandlungen zu führen sind, anstelle des Abschlusses einer Vereinbarung. Andererseits kann der Bezug dieser Verhandlungen bzw. Vereinbarungen auf das Kalenderjahr zu Mittelabflüssen bei den Kinder- und Jugendärzten führen.

Eine Verhandlung statt einer Vereinbarung der Zuschläge zur Förderung der Kinder- und Jugendmedizin, wenn der angeforderte Leistungsbedarf geringer ist als die Kinderarzt-MGV, kann nicht sicherstellen, dass auch künftig Finanzmittel in der bisherigen Höhe für die Vergütung der Leistungen der Kinder- und Jugendärzte zur Verfügung stehen.

Der Bezug der Verhandlung bzw. Vereinbarung auf vier Kalenderquartale führt zu zwei Effekten:

Zum einen erfolgt aller Voraussicht nach eine Honorarminderung für die Kinder- und Jugendmediziner. Zum anderen können die Zuschläge erst am Ende dieses Zeitraums bestimmt werden. Die KV muss die Mittel aus der Kinderarzt-MGV, die den angeforderten Leistungsbedarf übersteigen, bis zur abgeschlossenen Verhandlung bzw. Vereinbarung einbehalten und kann diese nicht an die Kinder- und Jugendmediziner auszahlen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

› Ein Mittelabfluss kann verhindert werden, wenn die seinerzeitige Regelung im Zusammenhang mit der Entbudgetierung der Kinderärzte beibehalten wird. Ersatzweise ist im Gesetzesentwurf das Wort „verhandeln“ durch das Wort „vereinbaren“ zu ändern, während der Kalenderjahresbezug beibehalten werden kann.

NR. 7 C), § 87A ABS. 3C (NEU) UND NR. 8, § 87B ABS. 1 SATZ 3 SGB V – ENTBUDGETIERUNG HAUSÄRZTE

Beabsichtigte Neuregelung

Die nach sachlich/rechnerischer Prüfung anerkannten, abgerechneten Leistungen der hausärztlichen Versorgung werden ab dem ersten Tag des 3. auf die Verkündung folgenden Kalendervierteljahres von den Krankenkassen nach den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vollständig vergütet. Für die erstmalige Festsetzung der Hausarzt-MGV wird der prozentuale Anteil des Honorarvolumens, das für den hausärztlichen Leistungsbedarf (im jeweiligen Vorjahresquartal des Festsetzungszeitraums) ausgezahlt worden ist, am Honorarvolumen aller Arztgruppen innerhalb der MGV bestimmt und mit dem für das jeweilige Quartal vereinbarten und bereinigten Behandlungsbedarf multipliziert. Anschließend erfolgt eine Fortentwicklung mit den MGV-Veränderungsraten im vertragsärztlichen Bereich vom Basiszeitraum bis zum aktuellen Quartal. Soweit die insgesamt vereinbarte Veränderung des Behandlungsbedarfs nach Abs. 4 Satz 1 Nummern 1 bis 5 für das jeweilige Quartal gegenüber dem Vorjahresquartal von dem Behandlungsbedarf für die in § 87b Abs. 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen der hausärztlichen Versorgung abweicht, ist der nach Satz 4 zu bestimmende Anteil des Honorarvolumens anzupassen. Dies gilt für die gesetzlich vorgesehenen Bereinigungen des Behandlungsbedarfs entsprechend. Der Bewertungsausschuss beschließt innerhalb von drei Monaten die Vorgaben für ein Verfahren zur Festsetzung der Hausarzt-MGV.

Diese wird jährlich für das Folgejahr angepasst. Dabei werden insbesondere die Anpassungen des Punktwertes und des Behandlungsbedarfs, der auf die Leistungen der hausärztlichen Versorgung entfällt, sowie darauf entfallende Bereinigungen berücksichtigt.

Sofern das Honorarvolumen für die Leistungen der hausärztlichen Versorgung im jeweiligen Vorjahresquartal der erstmaligen Festsetzung Zuschläge enthält, haben die Gesamtvertragspartner diese Zuschläge in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vereinbaren.

Die Gesamtvertragspartner verhandeln über Zuschläge zur Förderung der hausärztlichen Versorgung, soweit bezogen auf den gesamten Zeitraum von vier aufeinanderfolgenden Kalendervierteljahren der hausärztliche Leistungsbedarf die Hausarzt-MGV nicht ausschöpft.

Wenn die Hausarzt-MGV einschließlich der Zuschläge kleiner als der hausärztliche Leistungsbedarf ist, leisten die Krankenkassen entsprechend ihres leistungsmengenbezogenen Anteils Ausgleichszahlungen, um die vollständige Vergütung des hausärztlichen Leistungsbedarfs zu gewährleisten.

Der Bewertungsausschuss analysiert die Auswirkungen der Regelungen insbesondere auf die hausärztliche Versorgung der Versicherten, die Honorare sowie die Ausgaben der Krankenkassen und berichtet dem BMG bis 2,5 Jahre nach dem Inkrafttreten des Gesetzes über die Ergebnisse.

Bewertung

Grundsätzlich wird die Regelung der Entbudgetierung der Hausärzte begrüßt.

Der Gesetzentwurf enthält eine wesentliche Modifikation gegenüber dem Verfahren der Entbudgetierung der Kinderärzte. Dabei soll – vereinfacht dargestellt – der Anteil des hausärztlichen MGV-Honorars am MGV-Honorar aller Ärzte als Schlüssel für die Aufteilung der MGV verwendet werden. Bei der seinerzeitigen Entbudgetierung der Kinderärzte wurde hingegen direkt auf die Höhe des kinderärztlichen MGV-Honorars Bezug genommen.

Der vorliegenden Regelungsentwurf führt bei seiner Umsetzung nach unserer Erwartung zu einigen Verwerfungen. Beispielhaft sei genannt, dass die gesetzlich vorgegebenen Rückstellungen (Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V) mit aufgeteilt werden. Diese Finanzmittel werden der Hausarzt-MGV zugeführt und müssen daher aus anderen Bereichen und ggf. von anderen Arztgruppen bereitgestellt werden, damit die KV ihren gesetzlichen Aufgaben nachkommen kann. Dies entspricht nicht der in der Gesetzesbegründung dargestellten Intention, dass andere Arztgruppen nicht betroffen sein sollen, und kann im Extremfall die Trennung der Vergütung in einen hausärztlichen und fachärztlichen Teil überschreiben, sodass Fachärzte für Hausärzte zahlen müssten.

Die genannten Verwerfungen können verhindert werden, wenn auf das jeweils ausgezahlte Honorar der betroffenen Leistungen im Vorjahresquartal Bezug genommen und dieses mit den MGV-Veränderungsraten im vertragsärztlichen Bereich vom Basiszeitraum bis zum aktuellen Quartal fortentwickelt wird. Diese Fortentwicklung mit den MGV-Veränderungsraten war so im seinerzeitigen Verfahren der Entbudgetierung der Kinderärzte nicht vorgesehen. Sie stellt aus Sicht der KBV eine sachgerechte Weiterentwicklung dieses Verfahrens dar.

Für die Nachschusspflicht zur Hausarzt-MGV durch die Krankenkassen ist nach dem Regierungsentwurf eine Bedingung vorgesehen, die auch die Finanzmittel zur Förderung durch Zuschläge (nach § 87a Abs. 3c Satz 7 SGB V) mit einbezieht. Ziel dieser Förderzuschläge ist es, den Hausärzten die bisher zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung ausgeschütteten Fördergelder auch in Zukunft bereitzustellen. Daher können diese Finanzmittel nicht bei der Bestimmung der Nachzahlungen gegengerechnet werden und sind aus der Bedingung herauszunehmen. Die Einbeziehung der Förderzuschläge entspricht nicht der Vorgehensweise bei der Entbudgetierung der Kinderärzte.

Neben dem drohenden Mittelabfluss aus der Hausarzt-MGV muss auch hier – wie bei der beabsichtigten Neuregelung in § 87a Abs. 3 Satz 3 SGB V – die KV die Mittel aus der Hausarzt-MGV, die den angeforderten Leistungsbedarf übersteigen, über einen Zeitraum von vier Kalendervierteljahren bis zur abgeschlossenen Verhandlung einbehalten und kann diese nicht an die Hausärzte auszahlen. Eine Verhandlung statt einer Vereinbarung der Zuschläge zur Förderung der Hausärzte, wenn der angeforderte Leistungsbedarf geringer

ist als die Hausarzt-MGV, kann nicht sicherstellen, dass die Finanzmittel den Hausärzten zur Verfügung gestellt werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

- Für die erstmalige Bestimmung der Hausarzt-MGV wird auf das jeweils ausgezahlte Honorar der betroffenen Leistungen im Vorjahresquartal Bezug genommen und dieses mit den MGV-Veränderungsraten im vertragsärztlichen Bereich vom Basiszeitraum bis zum aktuellen Quartal fortentwickelt.
- Der potenzielle Mittelabfluss aus der Hausarzt-MGV kann verhindert werden, wenn die Regelungen zur Ausgestaltung der Ausgleichszahlungen (wenn der hausärztliche Leistungsbedarf die Hausarzt-MGV überschreitet) und der Zuschläge (wenn der hausärztliche Leistungsbedarf die Hausarzt-MGV unterschreitet) analog den Regelungen im Zusammenhang mit der seinerzeitigen Entbudgetierung der Kinderärzte ausgestaltet werden.

NR. 9, 10, 15, 19, 21, 22 (§ 91/§ 92/§ 116B/§ 136/§ 137F/ § 140F SGB V) – G-BA

Beabsichtigte Neuregelung

Der G-BA wird mit teilweise schwer erfüllbaren und gegenläufigen Auflagen bedacht, nämlich einerseits die Beratungsdauer auf zwei Jahre zu verkürzen (§ 91 Abs. 11 SGB V, § 137f Abs. 1 SGB V), bei § 116b SGB V ASV die Beratungsdauer von einem Jahr einzuhalten bei einem erweiterten Beratungsumfang von drei Erkrankungen jährlich, und andererseits gleichzeitig substanziell erweiterte Beteiligungsrechte beachten zu müssen.

Bewertung

§ 137f wird dahingehend verschärft, dass die Erarbeitung von Richtlinien für Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten nach Abs. 2 jeweils innerhalb von zwei Jahren abzuschließen ist. Umfassender als bisher sollen unter anderem einschlägige wissenschaftliche Fachgesellschaften in die Stellungnahmeverfahren einbezogen werden (§ 92 Abs. 1c, Abs. 4, 5, 6, 6a, 6b, 6c, 7b, 7c, 7g und § 116b neuer Abs. 5a), was allerdings heute schon im Beratungsablauf erfolgt. Pflegeverbände sollen Mitberatungsrechte erhalten, sofern deren Belange berührt sind (u. a. § 92 Abs. 7h SGB V), Patientenvertreter sollen einen Beschluss einmalig hemmen können (§ 140f Abs. 2 SGB V), wofür allerdings Einstimmigkeit der Patientenbank Voraussetzung ist, Hebammen sind zu beteiligen sofern deren Themen berührt sind (§ 136 Abs. 3 SGB V). In summa verlängern diese Maßnahmen die Verfahrensdauer bei gleichzeitiger Festlegung bzw. Verschärfung der Frist. Für keinen der beteiligten Akteure besteht eine Umsetzungsverantwortung der Beschlüsse. So werden beispielsweise „Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten“ gemäß § 137f SGB V regelmäßig aktualisiert, ohne dass überhaupt Verträge zu diesen abgeschlossen worden sind.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

- Um die Umsetzung aller vom G-BA vorgelegten strukturierten Behandlungsprogramme gem. § 137f SGB V in der Versorgung zu gewährleisten, wird um eine entsprechende gesetzliche Regelung gebeten.

NR. 10, § 92 ABS. 6A SGB V – EINSTUFIGES ANTRAGSVERFAHREN FÜR KURZZEITTHERAPIE IN DER PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG

Beabsichtigte Neuregelung

Die Psychotherapie-Richtlinie des G-BA sieht derzeit vor, dass psychotherapeutische Kurzzeittherapien in einem zweistufigen Verfahren für jeweils bis zu 12 Sitzungen bei der Krankenkasse beantragt werden müssen. Der Gesetzesentwurf verpflichtet den G-BA dazu, die Durchführung von Kurzzeittherapien in der Psychotherapie-Richtlinie zu vereinfachen und dabei ein einstufiges Antragsverfahren vorzusehen.

Bewertung

Die beabsichtigte Neuregelung wird begrüßt, da sie zum Bürokratieabbau in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung beiträgt. Das dabei adressierte psychotherapeutische Antrags- und Gutachterverfahren mit der damit einhergehenden vorgezogenen Wirtschaftlichkeitsprüfung ist ein wichtiges Instrument, um einen sicheren Behandlungsrahmen für die psychotherapeutische Behandlung zu schaffen. Derzeit ist in § 92 Abs. 6a SGB V allerdings die Aufhebung des Antrags- und Gutachterverfahrens durch den G-BA vorgesehen, sobald er ein Verfahren zur Qualitätssicherung für die ambulanten Psychotherapie eingeführt hat. Durch die Umwandlung dieser Vorgabe in einen Prüfauftrag bestünde für den G-BA die Möglichkeit, über eine Fortführung des Antrags- und Gutachterverfahrens zu entscheiden. Durch gleichzeitige Änderungen des § 87 Absatz 1 SGB V könnten die Partner der Bundesmantelverträge dazu aufgefordert werden, die Voraussetzungen für ein elektronisches Antrags- und Genehmigungsverfahren zu schaffen. Die Digitalisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens birgt zusätzlich ein erhebliches Potential für Entbürokratisierung, da die Kommunikation zwischen Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten, Krankenkassen und Gutachtern beschleunigt und vereinfacht wird.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

- Ergänzende Änderung des § 92 Abs. 6a Satz 6 SGB V in einen Prüfauftrag an den G-BA über die Aufhebung oder Fortführung des Antrags- und Gutachterverfahrens
- Auftrag zur Digitalisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens in § 87 Abs. 1 SGB V

NR. 10, § 92 ABS. 1B SGB V – G-BA MITBERATUNGSRECHT HEBAMMEN

Beabsichtigte Neuregelung

Den Hebammenverbänden gem. § 134a SGB V wird ein Recht auf Mitberatung in den Gremien des G-BA zu den Mutterschafts-Richtlinien eingeräumt.

Bewertung

Die Beteiligung der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen der Hebammen gebildeten Verbände gem. § 134a SGB V wird damit begründet, dass die Mutterschafts-Richtlinien Vorgaben zur Abgrenzung der Aufgaben von Hebammen und Ärzten enthielten. Die Richtlinien enthalten dazu keine Vorgaben mehr. Vielmehr stellt bereits die Präambel klar: „Die Hebammenhilfe nach § 24d SGB V ist nicht Gegenstand dieser Richtlinie (siehe G-BA Beschluss vom 16.02.2023, in Kraft seit 13.05.2023). Damit normiert diese Richtlinie ausschließlich ärztliche Leistungen. Eine direkte Betroffenheit insbesondere der wirtschaftlichen Interessen von Hebammen ist nicht gegeben. Allenfalls kann eine indirekte medizinisch-

inhaltliche Betroffenheit in Verbindung mit Verträgen nach § 134a SGB V (die der G-BA nicht regelt) gesehen werden. Damit ließe sich lediglich ein Mitberatungsrecht der wissenschaftlichen Gesellschaft der Hebammen begründen. Die Anzahl der mitberatenden Vertreterinnen der Hebammen ist zu begrenzen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

› Begrenzung des Mitberatungsrechts auf eine Vertreterin der Gesellschaft für Hebammenwissenschaft

NR. 11 A), § 95 ABS. 2 SATZ 7 UND 8 SGB V (NEU) – BEGRENZUNG SICHERHEITSLEISTUNGEN MVZ

Beabsichtigte Neuregelung

Nach dem Gesetzentwurf soll durch die neuen Sätze 7 und 8 die Höhe der Bürgschaft für MVZ, die in Rechtsform der GmbH verfasst sind, künftig nach Maßgabe, der von der KBV und dem GKV-SV zu beschließenden Rahmenvorgaben begrenzt werden.

Bewertung

Derzeit ist die von den Gesellschaftern eines in der Rechtsform der GmbH verfassten MVZ nach § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V zur Absicherung der Forderungen der KV und der Krankenkassen abzugebende selbstschuldnerische Bürgschaft der Höhe nach unbegrenzt. Sie ist damit werthaltiger als die alternativ zulässigen anderweitigen Sicherheiten nach § 232 BGB, die in der Praxis jenseits von kommunalen MVZ allerdings kaum vorkommen.

Mit der im Regierungsentwurf enthaltenen Norm wird die Vereinbarung aus dem Koalitionsvertrag umgesetzt, Kommunen die MVZ-Gründung zu erleichtern. Aus dem Regierungsentwurf ergibt sich deshalb auch deutlich, dass die vorgesehene Begrenzung der abzugebenden Bürgschaft kommunale MVZ-Gründungen fördern soll. Aus Sicht der KBV sollte die Begrenzungsregelung daher nur für die überschaubare Anzahl von MVZ in kommunaler Trägerschaft gelten und nicht für sämtliche MVZ, die in der der Rechtsform einer GmbH betrieben werden. Die seit 2004 im Gesetz befindliche Bürgschaftsregelung hat sich in der Praxis bewährt. Die im Regierungsentwurf angesprochene Übersicherung der KV und der gesetzlichen Krankenkassen bei selbstschuldnerischen Bürgschaften in unbegrenzter Höhe besteht nicht. Sollte es bei einem MVZ zu einer Rückforderung des gesamten Honorars der letzten vier Jahre – oder etwa bei vorsätzlicher fehlerhafter Abrechnung – eines noch längeren Zeitraums kommen, stehen sehr hohe Summen im Raum, die unabhängig von der in der im Entwurf vorgesehenen Rahmenvereinbarung vereinbarten Beträgen vollständig abgesichert sein müssen. Zudem käme es sonst zu einer umfassenden und nicht zu rechtfertigenden Ungleichbehandlung der Vertragsärzte. Diese haften für Rückforderungsansprüche persönlich in unbegrenzter Höhe.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

› Beschränkung des Regelungsgehaltes auf kommunal getragene MVZ in der Rechtsform der GmbH.

NR. 11 B), ÜBERPRÜFUNG VERSORGUNGSAUFTRAG: BERICHTSPFLICHT KBV

Beabsichtigte Neuregelung

Die KVen werden zur Übermittlung der Überprüfungsergebnisse zur Einhaltung des vertragsärztlichen Versorgungsauftrags an die KBV verpflichtet. Diese soll in einem jährlichen Bericht dem BMG über die Umsetzung berichten.

Bewertung

Schon heue überprüfen die KVen die Einhaltung des Versorgungsauftrags durch Vertragsärzte. In Berichten an die Landesministerien, aber auch andere Beteiligte, wie die Zulassungsausschüsse, werden Auffälligkeiten mitgeteilt und in der Folge, sofern erforderlich, Gegenmaßnahmen ergriffen. Bislang sind keinerlei Hinweise sowohl von den berichtenden KVen als auch von den Berichtsempfängern auf Landesebene bekannt geworden, die die vorliegende Gesetzesregelung erforderlich machen würden. Im Gegenteil werden anlasslos weitere bürokratische Berichtspflichten etabliert deren Aufwände in keinem sinnvollen Verhältnis mit den damit verbundenen Aufwänden stehen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

› Streichung Art. 1, Nr. 11b

NR. 12, § 101 SGB V – BEDARFSPLANUNG KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN

Beabsichtigte Neuregelung

Analog der Primärversorgung von Kindern und Erwachsenen soll für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eine separate Verhältniszahl im Rahmen der Bedarfsplanung festgelegt und nur Kinder und Jugendliche der Wohnbevölkerung des Zulassungsbezirks herangezogen werden.

Bewertung

In der regionalen Altersverteilung der Bevölkerung sind nicht unerhebliche Disparitäten zwischen einzelnen Zulassungsbezirken zu verzeichnen. Aus diesem Grund werden für die Ermittlung der Verhältniszahl der Kinderärzte oder auch der Kinder- und Jugendlichenpsychiater nur Einwohner der entsprechenden Altersgruppen herangezogen. Für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gilt dies bislang nicht und soll durch den Gesetzesentwurf behoben werden, indem der G-BA entsprechende Richtlinienvorgaben beschließt. Im Interesse einer die Versorgungssituation angemessener abbildenden Planung ist die Gesetzesinitiative zu begrüßen. Der vorgesehene Zeitrahmen von einem Jahr ist allerdings in Anbetracht der Anhörungs-, Genehmigung- und Veröffentlichungsvorgaben unangemessen kurz.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

› Verlängerung der Frist für die Ermittlung der neuen Verhältniszahlen auf 18 Monate.

NR. 14, § 106B SGB V – BAGATELLGRENZE WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG

Beabsichtigte Neuregelung

In die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106b wird eine Bagatellgrenze aufgenommen. Diese soll je Betriebsstättennummer, Krankenkasse und Quartal bei 300 Euro liegen.

Bewertung

Durch die vorgeschlagene Ergänzung wird erstmalig eine Bagatellgrenze in die Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß § 106b verbindlich implementiert. Dies begrüßen wir ausdrücklich.

Wirtschaftlichkeitsprüfungen sollen nach dem Entwurf bis zu einem Betrag von 300 Euro u. a. je Betriebsstättennummer nicht durchgeführt werden. Der Bezug auf die Betriebsstättennummer berücksichtigt jedoch nicht die regionalen Unterschiede in der Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Diese beziehen sich zwar teilweise auf die Betriebsstättennummern; in verschiedenen Regionen sind jedoch die Lebenslangen Arztnummern Anknüpfungspunkt der Prüfung. Bezugsgröße für die Bagatellgrenze sollte daher jeder einzelne Arzt anstelle der Betriebsstättennummer sein, auch um einer Schlechterstellung von Berufsausübungsgemeinschaften zu vermeiden. Dies ermöglicht eine einheitliche und gleichmäßige Berücksichtigung der Bagatellgrenze.

Unberücksichtigt blieb jedoch im Regierungsentwurf unsere bereits mehrfach vorgetragene Forderung nach einer Streichung des § 106b Abs. 1a SGB V bei der Verordnung von saisonalen Influenzaimpfstoffen. Eine exakte Kalkulation der benötigten Menge an saisonalen Influenzaimpfstoffen ist nach den aktuell gültigen Regelungen (9 Monate im Voraus, zunehmende Impfungen durch Apothekerinnen und Apotheker) nicht möglich. Deshalb hatte der Gesetzgeber auch während der Corona-Pandemie für den Zeitraum der Impfsaisons von 2020/2021 bis 2022/2023 – als Grippeimpfungen u. a. zur Vermeidung einer Überlastung der Gesundheitssysteme stark empfohlen wurden – den Schwellenwert, bis zu dem ein über die tatsächlich verabreichten Impfungen hinausgehendes Verordnungsvolumen wirtschaftlich ist, von zehn auf dreißig Prozent angehoben. Es sollte – da niemand eine exakte Kalkulation abgeben konnte – auf keinen Fall zu der Situation kommen, dass nicht genügend Impfstoff zur Verfügung steht.

Darüber hinaus sollte gesetzlich ein Regressverzicht bei alternativem Bezugsweg von Impfstoffen verankert werden. Insbesondere aufgrund von Lieferengpässen standen in der jüngeren Vergangenheit keine i. d. R. kostengünstigen Bündelpackungen zur Verfügung. Vor diesem Hintergrund mussten Vertragsärztinnen und -ärzte die Einzeldosisspritzen verordnen. Da üblicherweise über den Sprechstundenbedarf (SSB) nur Bündelpackungen verordnet werden, haben Vertragsärzte die Einzeldosisspritzen patientenbezogen zu Lasten der jeweiligen Krankenkasse und nicht als SSB verordnet. Diese Ärzte sind nunmehr mit Regressforderungen in enormer Höhe konfrontiert.

Auch steht eine Regressandrohung für die Verordnung von Impfstoffen im Widerspruch zum § 132e Abs. 4 SGB V, wonach in den regionalen Impfverträgen eine Erhöhung der Quote der von der STIKO empfohlenen Impfungen angestrebt werden soll. Die KBV fordert daher zukünftig auf Regresse bei mengenbezogenen Überschreitungen von saisonalen Influenzaimpfstoffen sowie bei der Verordnung von Einzeldosen aufgrund von Lieferengpässen zu verzichten.

Eine weitere Forderung der KBV betrifft die Einführung des Prinzips „Beratung vor Regress“ bei erstmaliger Auffälligkeit auch bei Einzelfallprüfungen. Gemäß § 106b Abs. 2 SGB V gilt „Beratung vor Regress“ bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen von Amts wegen bereits seit geraumer Zeit. Die durch das Gesetz explizit ausgeschlossene Anwendbarkeit auf Einzelfallprüfungen ist inhaltlich nicht nachvollziehbar. Einzelfallprüfungen stellen mittlerweile den Löwenanteil der Wirtschaftlichkeitsprüfungen dar, woran auch die Einführung einer Bagatellgrenze nichts ändern wird. Angesichts der äußerst komplexen Vorgaben wirtschaftlicher Verordnungsweisen halten wir es auch bei Einzelfallprüfungen für angemessen, Vertragsärzte vor einem Regress zu beraten. Die Neuregelung wäre auch vor dem Hintergrund, dass die

Sorge vor einem vorzeitigen Regress bei jungen Medizinern nach wie vor ein großes Hemmnis vor einer Niederlassung darstellt, sachgerecht und zielführend.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

- In § 106b Abs. 2 Satz 2 wird die Formulierung „je Betriebsstättennummer“ durch die Wörter „je Arzt“ ersetzt.
- Streichung des § 106b Abs. 1a SGB V.
- In § 132e Abs. 1 SGB V wird folgender Satz 4 eingefügt (die nachfolgenden Sätze verschieben sich entsprechend):

  „In den Verträgen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen sind auch Regelungen zur Vorbestellung saisonaler Impfstoffe (Influenza-Impfstoff) aufzunehmen, wonach die Vorbestellung bis Ende März des laufenden Jahres für die kommende Impfsaison erfolgen muss und in der Menge der den in der Vorsaison jeweils von der Ärztin/ dem Arzt verabreichten Impfstoffdosen mit einem von den Vertragspartnern zu bestimmenden prozentualen Aufschlag entspricht.“
- An § 132e Abs. 5 SGB V wird der folgende Abs. 6 angefügt:

  „Werden Impfstoffe aufgrund von Lieferengpässen anstelle nicht verfügbarer größerer Einheiten als Einzeldosen verordnet, so ist die Verordnung nicht unwirtschaftlich.”
- In § 106b Abs. 2 Satz 3 Halbsatz 1 SGB V werden die Wörter „bei statistischen Prüfungen der Ärztinnen und Ärzte“ gestrichen.
- § 106b Abs. 2 Satz 3 Halbsatz 2 wird gestrichen.

WEITERGEHENDER VORSCHLAG ZU NR. 14, § 106D SGB V – ABRECHNUNGSPRÜFUNG

Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzentwurf sieht keine Aufnahme einer Bagatellgrenze für die Prüfungen nach § 106d SGB V vor.

Bewertung

Im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung verordneter Leistungen sieht das GVSG mit der Ergänzung in § 106b Abs. 2 Satz 2 SGB V vor, dass die zwischen dem GKV-Spitzenverband und der KBV zu vereinbarenden Rahmenvorgaben zukünftig verpflichtend auch die Vorgabe zur Aufnahme einer Geringfügigkeitsgrenze in Höhe von 300 Euro in den Prüfvereinbarungen enthalten müssen. Durch diese Maßnahme wird aufgrund des Entfallens von rund 70 Prozent der bislang durchgeführten Prüfungen ein wichtiger Beitrag zur Entbürokratisierung geleistet.

Gerade vor diesem Hintergrund ist ein paralleles Vorgehen im Rahmen der Abrechnungsprüfung (§ 106d SGB V) von großer Bedeutung. Die derzeit in den Abrechnungsprüfungs-Richtlinien vorgesehene, ursprünglich vereinbarte Bagatellgrenze von 30 Euro (je Betriebsstättennummer, je Quartal, je Krankenkasse und je Datenlieferung) für Prüfungen der Krankenkassen stellt keine ausreichende Begrenzung mehr dar. Die KBV sieht insoweit hohes Entbürokratisierungspotenzial durch eine Begrenzung der Flut von Kassenanträgen. Darüber hinaus würde eine vom Gesetzgeber festgelegte Bagatellgrenze Rechtsklarheit in diesem Bereich schaffen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG KBV

› Aufnahme einer (gegenüber den Abrechnungsprüfungs-Richtlinien) wesentlich erhöhte Bagatellgrenze für Prüfungen nach § 106d Abs. 3 und Abs. 4 SGB V (unter Beachtung der Definition der Abrechnungsprüfungs-Richtlinien) in das SGB V.

NR. 16, 18, § 117, §120 ABS. 2 (WEITERBILDUNGSAMBULANZEN)

Beabsichtigte Neuregelung

Ehemalige psychotherapeutische Ausbildungsinstitute sollen als Weiterbildungsinstitute die Weiterbildung approbierter Psychotherapeuten anbieten können.

Bewertung

Mit der Reform des Psychotherapeutenausbildungsgesetz schließt sich nach der universitären Ausbildung ein stationärer und ein ambulanter Weiterbildungsabschnitt an. Der ambulante Abschnitt kann sowohl in vertragspsychotherapeutischen Praxen als auch in ehemaligen, jetzt als Weiterbildungsinstitute benannten Einrichtungen, absolviert werden.

Unabhängig vom Ort der Weiterbildung darf diese nicht zu Lasten der weiterbildenden Praxen oder aber der Weiterzubildenden gehen. Weiterzubildende sind approbierte Psychotherapeuten, die im unmittelbaren Patientenkontakt Leistungen für gesetzlich Krankenversicherte erbringen. Die Leistung wird in enger Abstimmung mit den Weiterbildungsbefugten erbracht, so dass die Aufwände für die Behandlung höher sind als die Erbringung der Leistung durch Psychotherapeuten nach Abschluss der Weiterbildung. Dies schlägt sich sowohl in einem geringeren Stundenumfang der Leistungserbringung während der Weiterbildung nieder als auch in Zeitaufwänden der Weiterbilder. Diese können nicht in dem gleichen zeitlichen Umfang ihrerseits der unmittelbaren Patientenversorgung zur Verfügung stehen. Gleichzeitig haben Weiterzubildende berufsrechtliche Auflagen zu erfüllen (z. B. Supervision), die als Voraussetzung für die Tätigkeit am Patienten unmittelbar dieser Leistung zuzuordnen sind.

Die Gesetzesregelung greift deshalb an wichtigen Stellen zu kurz:

› Die Weiterbildung in vertragspsychotherapeutischen Praxen wird in der Gesetzesregelung nicht berücksichtigt, ist aber dringend regelungsbedürftig. Die schon aus Kapazitätsgrenzen der Institute, aber auch aus Gründen der Praxisnähe erforderliche Weiterbildung in vertragspsychotherapeutischen Praxen kann nur mit einer entsprechenden Finanzierungsregelung ermöglicht werden.
› Untrennbar mit der Leistungserbringung durch Psychotherapeuten in Weiterbildung verbunden sind die Supervision und Selbsterfahrung, beide sind Voraussetzung für die Tätigkeit an Patienten. Insofern sind die Aufwände hierfür mit zu berücksichtigen.

Gleiches gilt auch für die fachärztliche Weiterbildung. Die in Zeiten des drohenden Ärztemangels immer wichtiger werdende fachärztliche Weiterbildung stößt mit der Regelung in § 75a SGB V an ihre Grenzen. Zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen fachärztlichen Weiterbildung ist eine Regelung zur Finanzierung aller Weiterzubildenden notwendig.

Vorgeschlagen wird eine Regelung zur Finanzierung aller Weiterzubildenden, unabhängig vom Ort der Weiterbildung. Die KBV hat einen Vorschlag zur Finanzierung der fachärztlichen und psychotherapeutischen Weiterbildung entwickelt der, sofern die Institute über EBM abrechnen, auch für diese nutzbar wäre. Sofern an einer gesonderten Finanzierungsregelung für Weiterbildungsinstitute festgehalten wird, ist zeitgleich eine Regelung für Weiterzubildende in vertragspsychotherapeutischen Praxen auf den Weg zu bringen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

- Regelung der KBV zur Finanzierung der Weiterbildung in psychotherapeutischen Praxen.
- Streichung der Nummer 5 in § 75a Absatz 4 SGB V und Neuformulierung des § 75a SGB V Absatz 9:
  „Die Förderung der Weiterbildung in der fachärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung erfolgt abweichend zu Absatz 1 durch in den einheitlichen Bewertungsmaßstab aufzunehmende Zuschläge gemäß § 87 Absatz 2q. Darüber hinaus können die Vertragspartner nach Absatz 4 für die fachärztliche und psychotherapeutische Versorgung Fördermaßnahmen entsprechend Absatz 7 Nummer 3 vereinbaren."
- Aufnahme § 87 Absatz 2q SGB V:
  „Mit Wirkung zum 1. Juli 2025 sind zur Förderung der Weiterbildung in der fachärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen Zuschläge aufzunehmen. Die Zuschläge sind von zugelassenen Ärzten des fachärztlichen Versorgungsbereichs und Psychotherapeuten berechnungsfähig, die einen oder mehrere Weiterzubildende beschäftigen. Die Sätze 1 und 2 gelten auch für Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die gemäß § 73 Absatz 1a Satz 1 Nummer 3 hausärztlich tätig sind. Die Zuschläge sollen zu einer Förderung führen, die dem Förderbetrag nach § 75a Absatz 4 Nummer 1 entspricht. Der Förderbetrag nach § 75a Absatz 4 Nummer 1 stellt gleichzeitig den Höchstwert für die Zuschläge dar. Die Zuschläge und der Höchstwert sind laufend anzupassen, um der Höhe des Förderbetrages nach § 75a Absatz 4 Nummer 1 zu entsprechen.

  In Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 Satz 1 getroffen hat, sollen zusätzliche Zuschläge vorgesehen werden."
- Aufnahme § 87a Absatz 3 Nummer 9 SGB V:
  „Zuschläge nach § 87 Absatz 2q."
- Änderung des § 32 Absatz 3 Ärzte-ZV:
  „Die Beschäftigung eines Assistenten darf nicht der Vergrößerung der Kassenpraxis oder der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs dienen. In den Fällen der Beschäftigung eines Assistenten im Rahmen der Weiterbildung nach §§ 75a und 87 Absatz 2q des Fünften Buches Sozialgesetzbuch liegt eine Vergrößerung des Praxisumfangs bei einem Zuwachs der praxisindividuellen Fallzahlen von mehr als 25 Prozent vor, bei Psychotherapeuten liegt der Grenzwert bei einem Zuwachs von mehr als 50 Prozent. Die Kassenärztliche Vereinigung kann im Verteilungsmaßstab nach § 87b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festlegen, in welchem Umfang abweichend von Satz 1 und 2 und § 87b Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eine Vergrößerung der Kassenpraxis zulässig ist; bei der Festlegung ist insbesondere der von der Praxis zu zahlende Anhebungsbetrag nach § 75a Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu berücksichtigen."

NR. 26, § 274 ABS. 4 SATZ 2 (NEU) – PRÜFPFLICHT BUNDESRECHNUNGSHOF

Beabsichtigte Neuregelung

Der Bundesrechnungshof erhält eine Prüfpflicht bezüglich der Haushalts- und Wirtschaftsführung der KVen und deren Bundesvereinigungen, der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund sowie des G-BAs.

Bewertung

Für eine Prüfung der Haushalts- und Wirtschaftsführung der KBV und der KVen besteht kein rechtlicher Anlass, da diese Körperschaften gerade keine mittelbaren Empfänger von Mitteln des Bundes sind. Soweit der Bund finanzielle Mittel in den Gesundheitsfonds eingezahlt hat, wurde die Zweckbindung dieser Mittel erfüllt, bevor diese die KVen und die KBV erreicht haben, so dass diese Mittel insoweit entwidmet wurden.

Die Prüfungsbefugnis des Bundesrechnungshofs bezieht sich auf die Wirtschaftlichkeit und Ordnungsmäßigkeit der Haushalts- und Wirtschaftsführung des Bundes. Ein Anlass zur Prüfung durch den Bundesrechnungshof besteht daher dort, wo die Erfüllung von Aufgaben durch Mittel des Bundes erfolgt und somit Haushaltsrisiken für den Bund entstehen können. Dies ist der Fall, wenn und soweit Zuschüsse oder Garantieversprechen durch den Bund gewährt werden. Die KBV und die KVen gehören jedoch nicht zur bundesunmittelbaren Verwaltung; sie nehmen ihnen gesetzlich übertragene Aufgaben in eigener Verantwortung war und finanzieren diese aus Mitgliedsbeiträgen, bei denen es sich um keinerlei Mittel des Bundes handelt. Neben ihren Haushaltsmitteln verteilen die KVen die Gesamtvergütung an die Vertragsärzte; auch hierbei handelt es sich um keine Mittel des Bundes.

Der Zweck der finanziellen Mittel, die der Bund in den Gesundheitsfonds zahlt, besteht nach § 221 Abs. 1 in der pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen.

Bei der Gesamtvergütung, welche die KVen an die Vertragsärzte verteilen, handelt es sich um keine Mittel des Bundes. Auch wenn die Krankenkassen, von denen die Gesamtvergütung an die KVen gezahlt werden, Mittel aus dem Gesundheitsfonds erhalten, die teilweise vom Bund in den Gesundheitsfonds gezahlt werden, hat sich die Zweckbindung dieser Zahlungen erfüllt, bevor die KVen diese Mittel erhalten. Die Zweckbindung besteht in der Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen, und nicht in der Honorierung der Vertragsärzte durch die KVen. Dieser Zweck ist erfüllt, indem die Krankenkassen die Gesamtvergütung zur Verteilung an die Ärzte gezahlt haben, und endet zu diesem Zeitpunkt. Die Krankenkassen entrichten die Gesamtvergütung an die KVen nach § 87a Abs. 3 SGB V mit befreiender Wirkung. Vom Zeitpunkt des Eingangs der Gesamtvergütung bei den KVen, haben die vom Bund in den Gesundheitsfonds eingezahlten Mittel ihre ursprüngliche Zweckbindung verloren, da sie von da an ausschließlich den Honorarverteilungsmaßstäben der KVen unterliegen. Somit handelt es sich um keine Mittel des Bundes mehr, der Anlass zu einer Prüfung durch den Bundesrechnungshof geben würde.

Auch bei den Haushaltsmitteln der KVen handelt es sich nicht um finanzielle Mittel des Bundes. Die KVen finanzieren ihren Haushalten aus Beiträgen ihrer Mitglieder, den sogenannten Verwaltungskosten. Diese beträgt in der Regel einen bestimmten Vomhundertsatz aus dem vom jeweiligen Vertragsarzt in einem Quartal bezogenen Honorar. Die Verwaltungskosten sind jedoch kein Bestandteil des an den Vertragsarzt gezahlten Honorars; die Höhe des Honorars bildet nach den Satzungen der KVen lediglich die Bemessungsgrundlage für die Ermittlung der Höhe der Verwaltungskosten. Somit zahlen die Vertragsärzte die Mitgliedsbeiträge aus ihrem Privatvermögen an die KVen. Dass in der Praxis die Verwaltungskosten teilweise von der KVen direkt von der Auszahlung des Honorars abgezogen wird, hat rein verwaltungsökonomische Gründe, da die KVen auf diese Weise keinen gesonderten Forderungseinzug betreiben müssen. Es handelt sich hierbei jedoch lediglich um eine Aufrechnung zweier gegenseitigen Forderungen; dass es sich bei den Verwaltungskosen um eine eigenständige Forderung, und nicht um einen Teil des Honorars handelt, zeigt sich auch darin, dass verschiedene Satzungen von KVen alternativ vom Einbehalt vom Honorar eine Festsetzung der Verwaltungskosten durch einen gesonderten Bescheid vorsehen. Schließlich ist anzumerken, dass selbst dann, wenn die Verwaltungskosten ein Bestandteil des Honorars wären, es sich auch dann nicht um Mittel des Bundes handeln würde, da diese mit der Entrichtung an die KVen mit befreiender Wirkung entwidmet wurden und ihre Zweckbestimmung verloren haben.

Bei der KBV werden ausschließlich eigene Haushaltsmittel verwendet. Diese werden primär nach § 81 Abs. 1 Satz 5 SGB V i. V. m. § 78 Abs. 5 Satz 1 SGB V von den KVen aus deren Haushaltsmittel aufgebracht, bei denen es sich ihrerseits um keine Mittel des Bundes handelt. Soweit der Haushalt der KBV aus anderen

Einnahmen gespeist wird, handelt es sich hierbei um Erträge oder Einnahmen aus Auftragsleistungen, die ebenfalls nicht vom Bund finanziert werden.

Weder bei der KBV noch bei den KVen werden daher Finanzflüsse abgewickelt, die aus Mitteln des Bundes stammen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

› Die Regelung in § 274 Abs. 4 Satz 2 SGB V ist daher zu streichen.

RECHTSGRUNDLAGE FÜR GESPRÄCHSAUFZEICHNUNGEN BEI DER 116117

Unbenommen der sich durch den Gesetzesentwurf ergebenden Kommentierungen regt die KBV an, die Aufzeichnung von Gesprächen im Rahmen der Nutzung der 116117 umfassend gesetzlich zu regeln. Bislang sind Sprachaufzeichnungen im Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Reform der Notfallversorgung lediglich in § 75 Abs. 1d SGB V für die Akutleitstelle vorgesehen.

Pro Jahr kontaktierten ca. 12 Millionen Versicherte telefonisch den Patientenservice 116117 der KBV. Zur Qualitätssicherung des Angebots, aber auch aus Gründen der Klärung des Sachverhalts eines Anrufs im Einzelfall, ist eine Gesprächsaufzeichnung, wie bei der 112, essenziell. Der Bundesbeauftragte für Datenschutz hat, obgleich die Notwendigkeit von Gesprächsaufzeichnungen anerkannt wird, festgestellt, dass eine gesetzliche Grundlage für diese nicht besteht und dringend geschaffen werden sollte. Die KBV regt deshalb an, eine umfassende Grundlage im SGB V zu verankern. Da die Akutleitstelle unter der gleichen bundesweit einheitlichen Rufnummer erreichbar sein soll, ist eine Unterscheidung zwischen der Tätigkeit nach § 75 Abs. 1a und den folgenden Absätzen praktisch kaum möglich. Zu Beginn der Sprachaufzeichnung steht der Anlass des Anrufs noch nicht fest, so dass auch die Rechtsgrundlage für Sprachaufzeichnungen der Akutleitstelle ins Leere läuft. Um dies zu vermeiden, sollte für die Tätigkeit der Terminservicestellen insgesamt eine Rechtsgrundlage geschaffen werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

› § 75 Abs. 1d SGB V in der Fassung des Gesetzentwurfs zur Reform der Notfallversorgung:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind befugt, personenbezogene Daten der Anrufenden einschließlich Sprachaufzeichnungen zur Erfüllung ihrer in den Absätzen 1a~~, 1b und~~ bis 1e genannten Aufgaben zu verarbeiten~~. Sie sind befugt, personenbezogene Daten der Anrufenden einschließlich Sprachaufzeichnungen zur Erfüllung ihrer in Absatz 1c genannten Aufgaben zu verarbeiten~~ und für die Dauer von zehn Jahren zu speichern.“

ABSCHAFFUNG DER PRÄQUALIFIZIERUNGSPFLICHT BEI ABGABE VOM HILFSMITTELN IN DER ARZTPRAXIS

Bereits im Eckpunktepapier zum Bürokratieabbau im Gesundheitswesen vom 30. September 2023 ist die Abschaffung der Präqualifizierungspflicht für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte enthalten. Die Pflicht zur Zertifizierung ist aktuell noch für Ärztinnen und Ärzte notwendig, wenn die Abgabe von Hilfsmittel direkt in der Arztpraxis erforderlich ist (z. B. Hörgeräte durch HNO-Ärzte oder Kontaktlinsen durch Augenärzte).

Allerdings wird die im Rahmen des Präqualifizierungsverfahrens vorgesehenen Prüfung von bestimmten Anforderungen, beispielsweise an die räumliche, sachliche oder personelle Ausstattung, bereits durch andere Vorschriften sichergestellt. In diesen Fällen führen die Präqualifizierungsverfahren zu nicht notwendigen Doppelprüfungen, die durch die Bindung von zeitlichen und personellen Ressourcen auf Seiten der Arztpraxen unnötige Bürokratie verursachen. Mit einer Abschaffung der Präqualifizierung für diese Bereiche kann daher nicht notwendige Bürokratie abgebaut werden, ohne dass dies zu Lasten der Qualität der Hilfsmittelversorgung geht.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

› In § 128 Abs. 4a SGB V wird Satz 2 („§ 126 Absatz 1 Satz 2 und 3 sowie Absatz 1a gilt entsprechend auch für die Vertragsärzte“) gestrichen.

Ihre Ansprechpartner:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-1036
politik@kbv.de, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 187.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 73 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweises zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.

KBV KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(15.1)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
13.11.2024



ENTWURF EINES GESETZES ZUR STÄRKUNG DER GESUNDHEITSVERSORGUNG IN DER KOMMUNE – GESUNDHEITSVERSORGUNGS-STÄRKUNGSGESETZ (GVSG)

STELLUNGNAHME DER KBV ZU DEN ÄNDERUNGSANTRÄGEN DER FRAKTIONEN DER SPD UND BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN VOM 12. NOVEMBER 2024 (AUSSCHUSSDRUCKSACHE: 20(14)235.1)

13. NOVEMBER 2024

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

INHALT

ZUR KOMMENTIERUNG 3

KOMMENTIERUNG 3

ÄA 2: ZU ARTIKEL 1, NR. 1A -NEU- (§§ 20I SGB V), NR. 1C -NEU- (§§ 23 SGB V) UND ARTIKEL 8 (§§ 3, 4 ARZNEIMITTEL-NUTZENBEWERTUNGSVERORDNUNG), ERSTATTUNGSFÄHIGKEIT VON PRÄEXPOSITIONSPROPHYLAXE (PREP) 3

ÄA 3: ZU ARTIKEL 1, NR. 1D -NEU- (§ 24A SGB V), NOTFALLKONTRAZEPTIVA FÜR OPFER SEXUELLER GEWALT 4

ÄA 6: ZU ARTIKEL 1 NR. 4G -NEU- (§ 64B SGB V), VERSTETIGUNG MODELLVORHABEN NACH § 64B 4

ÄA 8: ZU ARTIKEL 1 NR. 5 -NEU- (§ 81 SGB V) UND NR. 11 -NEU- (§ 95 SGB V), GESETZLICHE KLARSTELLUNG ZU IM VERTRAGSÄRZTLICHEN NOTDIENST TÄTIGEN ÄRZTEN 4

ÄA 10: ZU ARTIKEL 1 NR. 7 (§ 87A SGB V), MGV-BEREINIGUNG 5

ÄA 12: ZU ARTIKEL 1 NR. 16A -NEU- (§ 119B SGB V) 5

ÄA 13: ZU ARTIKEL 1, NR. 21A -NEU- (§ 140C SGB V), SPRACHMITTLUNG 6

ÄA 14: ZU ARTIKEL 1, NR. 28A -NEU- (§ 361 SGB V) UND ARTIKEL 17 -NEU- (§ 192 VVG), VERARBEITUNG/BEANTRAGUNG KRANKENVERSICHERTENNUMMER DURCH PRIVATE KRANKENVERSICHERUNGSUNTERNEHMEN) 6

ZUR KOMMENTIERUNG

Zu den einzelnen Regelungsinhalten wird im Folgenden kommentiert. Sofern keine Anmerkungen getätigt werden, wird die Regelung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) begrüßt oder sie sieht die Interessen der Vertragsärzte und -psychotherapeuten durch die Regelung nicht betroffen beziehungsweise steht dem Regelungsvorschlag neutral gegenüber.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist nur eine Form der Personenbezeichnung verwendet. Hiermit sind auch alle anderen Formen gemeint.

KOMMENTIERUNG

ÄA 2: ZU ARTIKEL 1, NR. 1A -NEU- (§§ 20I SGB V), NR. 1C -NEU- (§§ 23 SGB V) UND ARTIKEL 8 (§§ 3, 4 ARZNEIMITTEL-NUTZENBEWERTUNGSVERORDNUNG), ERSTATTUNGSFÄHIGKEIT VON PRÄEXPOSITIONSPROPHYLAXE (PREP)

Beabsichtige Neuregelung

Mit dem vorliegenden Änderungsantrag werden die bisherigen Vorgaben hinsichtlich weiterer Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe (Satzungsleistung der Krankenkasse, Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)) aus § 20i SGB V entfernt und in einen neuen Absatz 1a in § 23 SGB V überführt. Außerdem wird festgelegt, dass der Anspruch nach § 23 Abs. 1 Nr. 3 („Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden) auch andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe im Sinne von § 2 Nr. 10 des Infektionsschutzgesetzes umfasst. Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang dieser Leistungen bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Richtlinien nach § 92 SGB V auf der Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) innerhalb von sechs Monaten nach der Verkündung des Gesetzes. Abweichungen von den Empfehlungen der STIKO sind besonders zu begründen. Zu Änderungen der Empfehlungen der STIKO hat der G-BA innerhalb von zwei Monaten nach ihrer Veröffentlichung eine Entscheidung zu treffen. Kommt eine Entscheidung nicht fristgerecht zustande, dürfen insoweit die von der STIKO empfohlenen anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe erbracht werden, bis die Richtlinie vorliegt. Weiterhin wird geregelt, dass die hier eingesetzten Medikamente den Regelungen der frühen Nutzenbewertung unterliegen (diese werden entsprechend angepasst).

Bewertung

Die Regelung ist zu begrüßen. Der Anspruch der Versicherten auf Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe zu Lasten der GKV wird durch die vorgesehenen gesetzlichen Regelungen dem Anspruch auf Schutzimpfungen gleichgestellt. Wie bereits bei den Schutzimpfungen sollen nunmehr auch Empfehlungen der STIKO zu Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe durch den G-BA in eine entsprechende Richtlinie übernommen und damit Leistung der GKV werden. Eine Rechtsverordnung ist nicht mehr erforderlich. Dies schließt eine Regelungslücke, auf die die KBV im Zusammenhang mit Nirsevimab zur spezifischen Prophylaxe bei RSV hingewiesen hatte.

ÄA 3: ZU ARTIKEL 1, NR. 1D -NEU- (§ 24A SGB V), NOTFALLKONTRAZEPTIVA FÜR OPFER SEXUELLER GEWALT

Beabsichtigte Neuregelung

Versicherte haben bis zum vollendeten 22. Lebensjahr Anspruch auf nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva. Der vorliegende Änderungsantrag sieht die Aufhebung der Altersbeschränkung für die Leistung von Notfallkontrazeptiva vor, wenn ein Verdacht auf eine Straftat gegen die sexuelle Selbstbestimmung im Sinne der §§ 174 ff. des Strafgesetzbuchs besteht.

Bewertung

Die KBV begrüßt die Regelung.

ÄA 6: ZU ARTIKEL 1 NR. 4G -NEU- (§ 64B SGB V), VERSTETIGUNG MODELLVORHABEN NACH § 64B

Beabsichtigte Neuregelung

Der Änderungsantrag 6 sieht eine Entfristung der Modellvorhaben (die bisher auf maximal 15 Jahre befristet werden konnten) vor, die im Kern einen Beitrag zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems leisten sollen.

Bewertung

Die KBV hat keine Einwände.

ÄA 8: ZU ARTIKEL 1 NR. 5 -NEU- (§ 81 SGB V) UND NR. 11 -NEU- (§ 95 SGB V), GESETZLICHE KLARSTELLUNG ZU IM VERTRAGSÄRZTLICHEN NOTDIENST TÄTIGEN ÄRZTEN

Beabsichtigte Neuregelung

Im vorliegenden Änderungsantrag wird eine klarstellende Ermächtigung zur Satzungskompetenz der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) für Sicherstellungspauschalen und eine Klarstellung eingefügt, wonach der Ärztliche Bereitschaftsdienst (ÄBD) für Vertragsärzte immer Annex der vertragsärztlichen Tätigkeit ist.

Bewertung

Die vorgeschlagenen Regelungen entsprechen der Vereinbarung, die mit dem BMG, dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV) getroffen wurden. Entsprechende Regelungen sind erforderlich, weil hiermit zumindest ein rechtlicher Anker geschaffen wird, anhand dessen künftig eine Argumentation gegenüber und gemeinsam mit der DRV ermöglicht wird.

Dennoch bleibt es dabei, dass die von der CDU/CSU vorgeschlagene und von der KBV ursprünglich immer wieder geforderte Anpassung von § 23c SGB IV vorteilhafter und pragmatischer ist.

ÄA 10: ZU ARTIKEL 1 NR. 7 (§ 87A SGB V), MGV-BEREINIGUNG

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem vorliegenden Änderungsantrag soll eine dynamische Bereinigungsvorschrift für die extrabudgetär zu vergütenden Facharztfälle bei Vermittlung durch die Terminservicestelle (TSS) und durch Hausärzte aufgenommen werden. Die Bereinigung ist als Netto-Bereinigung vorgeschlagen.

Bewertung

Die Änderung konterkariert die gesetzliche Intention der Einführung des Hausarztvermittlungsfalls und der Förderungen von TSS-Vermittlungsfällen. Die Regelungen wurden eingeführt, um zusätzliche Termine in medizinisch erforderlichen Fällen bei Fachärzten zu schaffen und durch das GKV-FinStG noch einmal mit dem Ziel, die Anreize zu verstärken, angepasst. Zitat aus der Begründung der Änderungsanträge zum GKV-FinStG: *„Bisher konnten Fachärzte die Leistungen, die sie im Rahmen einer Behandlung auf Grund einer Vermittlung durch einen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer erbracht haben, lediglich extrabudgetär abrechnen. Um die Anreize für schnellere Termine zu erhöhen, wird durch die Ergänzung vorgesehen, dass zusätzlich Zuschläge abgerechnet werden können, wenn die Behandlung innerhalb einer bestimmten Frist beginnt.“*

Die Abrechnungsdaten zeigen, dass von 2022 auf 2023 ein Anstieg um 2 Mio. Hausarztvermittlungsfälle auf insgesamt 2,4 Mio. Vermittlungsfälle (+425%) und bei den TSS-Fällen (ohne Akutfall) ein Anstieg um 356 Tsd. Fälle auf rund 1 Mio. TSS-Fälle (+64%) erreicht werden konnte.
Zeitgleich stieg die Anzahl fachärztlicher Fälle insgesamt um +1,1% (+3,5 Mio. Fälle) und die Anzahl psychotherapeutischer Fälle um +5,2% (+665 Tsd. Fälle).
Im Jahr 2024 hat sich dies noch einmal deutlich verstärkt und es kam zu einem starken Anstieg der erhofften Termine in die Facharztpraxen.

Trotz dieses erfreulichen Zuwachses ist der Anteil der TSS- und Hausarztvermittlungsfälle an allen 194 Mio. Überweisungsfällen des Jahres 2023 mit 2% gering und damit ist auch die Relevanz für die Gesamt-EGV überschaubar. Anders als im ÄA dargestellt, ist die EGV im Jahr 2023 gegenüber 2022 im Übrigen nicht gewachsen, sondern v. a. aufgrund der Abschaffung der Neupatientenregelung um 9% zurück gegangen. Die Verbesserungen der Regelungen des GKV-FinStG im Bereich des Hausarztvermittlungsfalls und der TSS-Vermittlungsfälle sollten gerade eine Kompensation des Wegfalls der Neupatientenregelung bewirken. Die Fachärzte sollen jetzt dafür bestraft werden und nachträglich die MGV gekürzt bekommen. Dabei ist längst nicht klar, dass im relevanten Zeitraum weniger Patienten in der MGV behandelt worden sind. Daher muss zumindest die gesetzliche geforderte Evaluation zu der Regelung abgewartet werden, bis über einen gesetzlichen Anpassungsbedarf diskutiert werden kann. Anderenfalls werden der Hausarztvermittlungsfall sowie der TSS-Vermittlungsfall bei den Ärzten keine Akzeptanz finden und in der Versorgung zukünftig keine Rolle mehr spielen.

Auf eine besondere Benachteiligung ist abschließend hinzuweisen: Versorgerpraxen, die am Rande ihrer Kapazität arbeiten und die Versorgung in einer Region sicherstellen, haben keine Möglichkeit weitere Termine für die TSS-Vermittlung oder Hausarztvermittlung bereitzustellen. Sie werden aber durch die geplante Bereinigung der MGV mit einer niedrigeren Auszahlungsquote bestraft.

ÄA 12: ZU ARTIKEL 1 NR. 16A -NEU- (§ 119B SGB V)

Beabsichtigte Neuregelung

In § 119b SGB V wird die aufsuchende Tätigkeit in Pflegeeinrichtungen auf Einrichtungen der Eingliederungshilfe für die vertragszahnärztliche Versorgung erweitert. Die KBV hatte sich auch aufgrund

von Hinweisen aus den KVen dafür eingesetzt, dass auch die vertragsärztliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe in § 119b SGB V berücksichtigt wird.

Bewertung

Es ist für die KBV nicht nachvollziehbar, warum die Anpassung auf die zahnärztliche Versorgung angesichts der geringen Zahl von Patienten beschränkt ist. Allerdings ist es ein erster Schritt in die richtige Richtung und ein Anknüpfungspunkt für die vertragsärztliche Versorgung.

ÄA 13: ZU ARTIKEL 1, NR. 21A -NEU- (§ 140C SGB V), SPRACHMITTLUNG

Beabsichtigte Neuregelung

Krankenkassen sollen zukünftig Leistungen der Sprachmittlung bereitstellen, die telefonisch oder videotelefonisch erbracht werden können. Dabei kann lt. § 140c SGB V-N in den zu schließenden Verträgen für die Videotelefonie die Verwendung von Verfahren vorgesehen werden, die die nach § 365 Absatz 1 SGB V festgelegten Anforderungen erfüllen.

Bewertung

Im Laufe der Legislaturperiode wurden zu der Thematik verschiedene, groß angelegte Anhörungen/Besprechungen durchgeführt. Deutlich wurde, dass die Sprachmittlung als bisherige Aufgabe der kommunalen Daseinsvorsorge nur mit vergleichsweise großem Aufwand (Rekrutierung medizinisch und kulturell sachverständiger Übersetzer, Datenschutz etc.) und Abgrenzungsproblemen in die GKV integriert werden kann und im Grunde eine versicherungsfremde Leistung darstellt. Insofern hat sich die KBV, wie auch die GKV, kritisch positioniert und zunächst die weitergehende Erprobung (z.B. Modellprojekte größeren Stils) gefordert.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

› Die KBV fordert eine ersatzlose Streichung.

ÄA 14: ZU ARTIKEL 1, NR. 28A -NEU- (§ 361 SGB V) UND ARTIKEL 17 -NEU- (§ 192 VVG), VERARBEITUNG/BEANTRAGUNG KRANKENVERSICHERTENNUMMER DURCH PRIVATE KRANKENVERSICHERUNGSUNTERNEHMEN)

Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Regelungen soll die Mehrfachvergabe von Krankenversichertennummern verhindert bzw. die ggf. erforderliche Korrektur von Fehlern erleichtert werden. Weiterhin soll mit einer Frist von sieben Monaten nach Inkrafttreten an alle PKV-Versicherten eine Krankenversichertennummer vergeben worden sein.

Die Regelungen dienen der vereinfachten Nutzung der Anwendungen der TI und von digitalen Identitäten sowie von Registern. Vertragsärzte profitieren auch von den Regeln für PKV-Versicherte aufgrund der Einheitlichkeit der Verfahren z.B. bei zukünftiger Nutzung der ePA und anderer Anwendungen der TI.

Bewertung

Die KBV begrüßt die Regelung.

Ihre Ansprechpartner:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-1036
politik@kbv.de, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 187.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 73 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweises zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(16)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
11.11.204

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

Stellungnahme

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

eines

Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune

(Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

FAIR

Diskutieren, entscheiden, handeln.

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Allgemeine Bewertung

Mit dem vorliegenden Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung er Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsverbesserungsgesetz – GVSG) verfolgt die Bundesregierung das Ziel, die Kommunen dahingehend zu stärken, eine dem Bedarf der Bevölkerung entsprechende lokale Gesundheitsversorgung aufzubauen. Darüber hinaus sieht der Entwurf vor, die hausärztliche Versorgung zu fördern und durch Anpassungen verschiedener Rahmenbedingungen die Repräsentation verschiedener Personen- und Berufsgruppen in den Gremien der Selbstverwaltung zu stärken.

Die Krankenhäuser unterstützen diese Ziele im Sinne einer ganzheitlichen und flächendeckenden Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Zugleich bedauern die Krankenhäuser, dass im Gesetzentwurf zuvor diskutierte und in inoffiziellen Entwürfen verbreitete Reformansätze nicht mehr enthalten sind. Dies betrifft insbesondere Regelungen zum Aufbau von Gesundheitskiosken, Primärversorgungszentren und Gesundheitsregionen. Diese Maßnahmen müssen zweifelsohne in ihrer Wirkung inhaltlich differenziert und genau betrachtet werden, um Doppelstrukturen zu vermeiden und vorhandenes Personal sinnvoll zu bündeln. Zugleich stellt sich mit dem Wegfall dieser Versorgungsoptionen weiterhin die Frage nach einer konsequenten sektorenübergreifenden Versorgung und dem niedrigschwelligen Zugang für alle Bevölkerungsgruppen. Mit dem Entwurf eines Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) sieht die Bundesregierung vor, dass bisher grundversorgende Krankenhäuser als sog. Level-Ii-Einrichtungen künftig eine Schnittstellenfunktion zwischen ambulanter und stationärer Versorgung übernehmen sollen. Diese Funktion werden Level-Ii-Kliniken in der aktuellen Ausgestaltung jedoch vor allem in ländlichen Regionen ausfüllen können. Gesundheitskioske können geeignete Institutionen sein, gerade in urbanen Regionen die sektorenunabhängige Versorgung mit einem adäquaten Leistungsangebot zu stärken und dadurch insbesondere die Gesundheitsversorgung sozial Schwacher zu verbessern. Mit den Gesundheitskiosken stünde den Kommunen ggf. ein Instrument zur Verfügung, die Gesundheitsversorgung vor Ort speziell in urbanen Bereichen ganzheitlich zu strukturieren.

Wegfall des Zusatzentgeltes für Corona-Testungen bei voll- oder teilstationärer Krankenhausbehandlung nicht nachvollziehbar

Von unmittelbarer Bedeutung für die Krankenhäuser ist hingegen die im Gesetzentwurf aufgenommene Streichung des Zusatzentgeltes von Testungen auf das Corona-Virus SARS-CoV-2 bei Patientinnen und Patienten, die zur voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung aufgenommen werden. Seit Ausbruch der Pandemie liegt es im Interesse sowohl der Patientinnen und Patienten als auch der Krankenhäuser, infizierte Personen unter den Beschäftigten und den Behandelten zu identifizieren. Damit können die weitere Ausbreitung verhindert sowie morbide Patientinnen und Patienten wirksam geschützt werden. Hierfür nehmen die Krankenhäuser erhebliche Aufwände in Kauf und haben ihre Prozesse vor bzw. bei der Krankenhausaufnahme angepasst. Die im vorliegenden Entwurf vorgesehene Streichung des Zusatzentgeltes ist vor diesem Hintergrund absolut unverständlich. Damit sollen künftig zwingend notwendige Leistungen zum Schutz von Patientinnen

und Patienten sowie Beschäftigten der Krankenhäuser in Form von Probenentnahmen und -analysen gänzlich ohne Refinanzierung bleiben.

Sinnvolle Anpassungen der G-BA-Regelungen

Der Gesetzentwurf umfasst darüber hinaus mehrere Anpassungen, die Rahmenbedingungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) betreffen. Besonders hervorzuheben sind dabei die Ergänzungen von Stellungnahmerechten der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften bei einer Vielfalt von Regelungen des G-BA. Damit soll künftig wichtige Fachexpertise berücksichtigt werden, die im bisherigen Verfahren fehlte. So war es beispielweise unverständlich, warum Fachgesellschaften bereits seit langem ein Stellungnahmerecht zu den Richtlinien des G-BA zu Disease-Management-Programmen besaßen, nicht jedoch zu den Richtlinien zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV). Dem soll nun Abhilfe geschaffen werden. Die Krankenhäuser unterstützen dies ausdrücklich.

Außerdem soll dem G-BA nun ermöglicht werden, in seiner Geschäftsordnung Regelungen zur Durchführung von hybriden und digitalen Sitzungen aufzunehmen. Diese Klarstellung ist ebenfalls wichtig und begrüßenswert, um den nicht zuletzt durch die Corona-Pandemie in dieser Hinsicht erfolgten Weiterentwicklungen der Sitzungsorganisation eine formale Grundlage und damit letztlich die zweifelsfreie Legitimation zu verschaffen. Nicht zuletzt kann damit auch eine effiziente Arbeitsweise des G-BA gewährleistet werden.

Weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf

Beschäftigung und Refinanzierung der Personalkosten von approbierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gewährleisten

Mit dem „Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung“ vom 15.11.2019 wurde die Ausbildung zur Psychotherapeutin bzw. zum Psychotherapeuten grundlegend neu geregelt. Die bisherige Qualifizierung in Form einer postgradualen Ausbildung wird durch ein Studium abgelöst, das mit der Approbation als Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeuten abschließt. Weitere, für die eigenverantwortliche Berufsausübung notwendige Kompetenzen werden anschließend in Form einer Weiterbildung zur/zum Fachpsychotherapeutin/-psychotherapeuten im Rahmen einer hauptberuflichen Tätigkeit erworben. Diese Psychotherapeuteninnen und -therapeuten in Weiterbildung werden somit tarifvertraglich als approbierte Fachkräfte einzuordnen sein, sodass im Vergleich zur bisherigen Ausbildung mit deutlich höheren Personalkosten zu rechnen ist.

Die DKG und die Bundespsychotherapeutenkammer hatten bereits in ihren Stellungnahmen zum Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPflEG) nachdrücklich darauf hingewiesen, dass eine zeitnahe finanzielle Absicherung der Weiterbildung in den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen erforderlich ist, um die Beschäftigung von approbierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den Krankenhäusern zu ermöglichen. Wie zu erwarten, berichten die Krankenhäuser nunmehr über eine deutlich zunehmende Anzahl von Anfragen von Studierenden und Bewerbungen von Absolventinnen und Absolventen. Auf Grund der großen Unsicherheit der Refinanzierungen der Personalkosten sehen sich die Krankenhäuser jedoch nicht in der Lage, Zusagen zu machen oder Arbeitsverträge in ausreichender Zahl abzuschließen.

Auch wenn Kostensteigerungen in den Budgetverhandlungen von Krankenhäusern und Krankenkassen grundsätzlich berücksichtigt werden können, sind diese in den Verhandlungen ohne explizite Vorgaben der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) kaum durchzusetzen. Vor allem aber ist die Berücksichtigung von Kostenentwicklungen durch den Veränderungswert begrenzt, so dass diese Möglichkeit bereits durch die aktuellen Preisentwicklungen vollständig ausgeschöpft wird. Da somit die Refinanzierung der höheren Personalkosten nicht gewährleistet ist, entsteht für die Krankenhäuser ein deutlicher Fehlanreiz, die Beschäftigung der approbierten Studienabsolventinnen und -absolventen zu vermeiden.

Aus diesem Grund schlagen die Krankenhäuser vor, die Refinanzierung der Personalkosten durch eine Anpassung der BPflV gesetzlich abzusichern. Analog zu der Regelung für die bisherigen „Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Ausbildung“ in § 3 Absatz 3 Satz 4 BPflV ist lediglich eine neue Nr. 8 für die approbierten Studienabsolventen-innen und -absolventen bzw. „Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Weiterbildung“ einzufügen und auch dieser Tatbestand im anschließenden Satz 5 zu ergänzen.



Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

Wegelystraße 3
10623 Berlin

Tel. (030) 3 98 01-0
Fax (030) 3 98 01-3000
E-Mail dkgmail@dkgev.de

FAIR

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT DKG

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(17)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
11.11.2024

DGIV
Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V.

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V. (DGIV)

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

Die Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V. (DGIV) nimmt zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) wie folgt Stellung:

Die Intention hinter dem GVSG ist aus Sicht der DGIV grundsätzlich positiv zu bewerten. Jedoch wurde der Referentenentwurf im Vergleich zum Kabinettsentwurf stark abgeschwächt, weshalb Kritik unvermeidlich ist. Viele zentrale Aspekte, die ursprünglich als innovative Versorgungskonzepte vorgesehen waren und im Koalitionsvertrag als Prioritäten galten, sind entfallen. Besonders bedauerlich ist das Streichen zukunftsweisender Ansätze wie der Gesundheitsregionen, primären Versorgungszentren und Gesundheitskioske. Dennoch ist der anfängliche Mut der Gesetzgeber zu betonen, diese Konzepte zunächst in den Referentenentwurf aufzunehmen.

Die ursprüngliche Idee einer intersektoralen Versorgung, die in früheren Entwürfen des GVSG enthalten war, wäre wegweisend gewesen. Sie hätte das Gesundheitssystem nicht nur langfristig kostengünstiger, sondern insbesondere angesichts des zunehmenden Ressourcenmangels effizienter gemacht. Nun lässt sich der Begriff „sektorenübergreifend“ nur noch ein einziges Mal im gesamten Entwurf finden. Die Streichung dieser Elemente stellt einen Rückschritt dar und wird von der DGIV als verpasste Chance angesehen. Wir fordern den Gesetzgeber auf, die gestrichenen Punkte zu überdenken und diese wieder in den Entwurf aufzunehmen.

Gesundheitsregionen gestrichen - Verpasste Chance für regionale Versorgungslösungen

Im Referentenentwurf wurden Probleme im deutschen Gesundheitssystem adressiert, welche gelöst werden müssen. Diese Lösungsansätze lassen sich im aktuellen Entwurf bedauernswerterweise vermissen. Es wurde eine maßgebliche Veränderung adressiert, auf die viele Akteure im Gesundheitswesen warten, unabhängig vom Versorgungssektor. Besonders strukturschwache Regionen, die bereits unter einer unzureichenden Versorgung leiden, benötigen dringend konkrete Maßnahmen. Die im ursprünglichen Entwurf genannten Lösungsvorschläge waren vielversprechend, doch die Bürgerinnen und Bürger brauchen *jetzt* Veränderungen und nicht erst im nächsten Gesetzgebungszyklus. Besonders enttäuschend ist das Streichen der Gesundheitsregionen nach § 140b SGB V (neu), da die selektivvertragliche Grundlage unzureichend ist.

Mit einer Einführung des § 140b SGB V (neu) wäre die einmalige Chance gegeben, eine regionale, intersektorale Versorgung zu etablieren, die eine umfassende und flächendeckende Gesundheitsversorgung gewährleisten könnte. Die Gesundheitsregionen stellen ein „Ermöglichungsmodell“ für regionale Lösungen dar, das die intersektorale und interdisziplinäre Zusammenarbeit der zahlreichen ambulant ärztlichen, therapeutischen, pharmazeutischen und pflegerischen sowie stationären Leistungsbereiche in einer Region ermöglicht und vereinfacht. Diese Lösungen können sich sowohl auf kleine Transformationen, beispielsweise der Umwandlung einer klinischen Abteilung in eine ambulante Einrichtung, oder auch auf größere Lösungen wie die Koordination von Pflege- und Gesundheitsangeboten beziehen.

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Die Gesundheitsregionen bieten ebenfalls die Chance, dass Krankenkassen und Landesverbände besser zusammenarbeiten können. So könnte ein fach- und disziplinübergreifendes Versorgungsangebot etabliert werden, das bevölkerungsbezogen und flächendeckend auch in unterversorgten ländlichen Gebieten verfügbar ist. Hierfür sollten aus Sicht der DGIV jedoch grundlegende Voraussetzungen erfüllt werden. Es ist eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung notwendig, um die einheitlichen Standards und durchgehende Versorgungsqualität zu sichern. Weiter sollten die Krankenkassen die Möglichkeit haben, dem Modell zu Beginn oder zu einem späteren Zeitpunkt einseitig beizutreten, um die Einführung zu erleichtern und zu flexibilisieren. Zudem sollte die Versorgungsgestaltung die Pflege unter Berücksichtigung von § 92b SGB XI ausdrücklich miteinbeziehen, um pflegerische Bedarfe gezielt abzudecken. Auch sollte die Vergütung über ein Globalbudget erfolgen, was einerseits die Leistungserbringung und Vertragserfüllung vereinfacht und andererseits somit das Wirtschaftlichkeitsbot über die ganze Region hinweg berücksichtigt. Die Partner in den Regionen müssen Freiheiten in der Leistungserbringung erhalten, während sie an die Gesamtwirtschaftlichkeit gebunden sind, ansonsten können innovative und zukunftsträchtige Versorgungslösungen nicht umgesetzt werden. Eine zu starke Fokussierung auf die Wirtschaftlichkeit von Einzelleistungen würde dieser Entwicklung im Weg stehen.

Einseitiger Finanzfokus

Zudem zeigt sich im Entwurf zum GVSG, wie auch im Entwurf zum KHVVG, eine einseitige Fixxierung auf die kurzfristige Finanzierung. So wurde beispielsweise das Konzept der Gesundheitskioske aus Kostengründen gestrichen. Ein Gesundheitskiosk kann unter bestimmten Bedingungen, insbesondere hinsichtlich der Gesundheitsregionen, eine adäquate und effiziente Versorgungslösung sein. Der enge Kostenblick verhindert den Blick auf die präventiven und gesundheitsfördernden Potentiale des Entwurfs. Die im Gesetz enthaltenen Themenregionen hätten hilfreich sein können, um neue Konzepte rund um Grundversorger mit niedrigen Bettenzahlen oder alternative Versorgungsmodelle zu etablieren. Es lassen sich interessante kooperative Szenarien denken, die besonders ländliche Regionen schneller transformieren könnten.

Entbudgetierung – Patientensteuerung bleibt unberücksichtigt

Die Änderung des § 87 Absatz 3c SGB V, die die Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung vorsieht, wird von der DGIV grundsätzlich begrüßt. Diese Maßnahme orientiert sich an der erfolgreichen hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg und stärkt den ambulanten Sektor. Allerdings lassen sich hiermit die Potenziale der integrierten Versorgung nicht erschließen, da die Entbudgetierung die Arztzentriertheit des Gesundheitssystems stärkt. Durch eine reine Entbudgetierung wird eine multiprofessionelle Zusammenarbeit nicht gefördert. Wir benötigen vielmehr ein Zusammenspiel der diversen Leistungserbringer und Disziplinen und somit eine stärkere Verteilung der Versorgungsverantwortung auf alle Gesundheitsberufe. Des Weiteren wird die Patientensteuerung nicht adressiert. Entbudgetierung um ihrer selbst willen ist keine zielführende Maßnahme, auch wenn der ambulante Sektor damit akut unterstützt wird. Eine Entbudgetierung ohne klare Steuerungsmechanismen greift zu kurz und sollte an Modelle wie das „Hausärztliche Primärversorgungszentrum – Patientenversorgung interprofessionell“ (HÄPPI) gekoppelt werden.

Versorgungspauschalen für chronisch Kranke – Entlastung und Unsicherheiten

Die Einführung quartalsübergreifender Versorgungspauschalen für chronisch Kranke nach § 87 Absatz 2b SGB V wird von der DGIV begrüßt. Dies stellt insbesondere für chronisch kranke Patientinnen und Patienten eine Entlastung dar, da unnötige Arztbesuche vermieden werden, und gibt den Hausärztinnen

und Hausärzten eine Handlungsfreiheit, die Versorgung effizienter zu gestalten. Ob sich die quartalsübergreifenden Versorgungspauschalen jedoch bewähren, wird stark von deren Ausgestaltung abhängen.

Die Formulierung „chronisch kranke Patienten, die keinen intensiven Betreuungsaufwand aufweisen" ist unpräzise und zudem ein unklarer Rechtsbegriff. Bei der Ausarbeitung muss dafür Sorge getragen werden, keine Fehlanreize zu setzen und die Versorgung und folglich die Gesundheit der chronisch kranken Patienten nicht zu gefährden.

Bewilligungsverfahren im Hilfsmittelbereich

Die geplante Beschleunigung der Bewilligungsverfahren im Hilfsmittelbereich in § 33 Absatz 3c SGB V (neu) wird von der DGIV ebenfalls begrüßt. Der Gesetzgeber erkennt die Bedeutung einer schnellen Versorgung mit Hilfsmitteln zur Sicherung der Teilhabe und Lebensqualität an. Allerdings beschränkt sich diese Maßnahme auf wenige Patientengruppen. Es fehlen klare Regelungen zur Bedarfserhebung und zum Bedarfsnachweis für alle Versicherten, um langwierige Prüfprozesse zu vermeiden. Insbesondere bei individuell verlaufenden Erkrankungen wie Muskelerkrankungen – etwa amyotropher Lateralsklerose oder spinaler Muskelatrophie – sind lange Prüfzeiten üblich, was die Teilhabe und Lebensqualität erheblich beeinträchtigen kann. Hier bedarf es klarer Regelungen, um eine zeitnahe Versorgung zu gewährleisten.

MVZ-Gründungen - Trägervielfalt als Schlüssel zur Entlastung der Kommunen

Mit den Änderungen an § 95 SGB V möchte der Gesetzgeber die Zulassungsvoraussetzungen für medizinische Versorgungszentren (MVZ) in der Rechtsform der GmbH insbesondere für Kommunen erleichtern. Die Festlegung von Sicherheitsleitungen, die die Kommunen von der Unsicherheit der schwer absehbaren Folgekosten einer MVZ-Gründung entlasten, wird von der DGIV positiv bewertet. Dennoch kann die Wirksamkeit dieser Maßnahme angezweifelt werden. Es gab in der Vergangenheit mit der Krankenhausreform 2015 und dem Terminservice- und Versorgungsgesetz 2019 bereits Versuche, Kommunen die Gründung vom MVZs zu erleichtern, ohne damit nennenswerte Erfolge erzielt zu haben. Aus Sicht der DGIV ist das darauf zurückzuführen, dass Kommunen, die die notwendigen finanziellen Ressourcen und das nötige Fachwissen bereitstellen können, diese Maßnahmen nicht benötigen. Kommunen, die diese Maßnahmen benötigen, fehlen jedoch entweder die notwendigen finanziellen Ressourcen oder das nötige Fachwissen. Die DGIV möchte an dieser Stelle den Gedanken anregen, weiter zu denken: Wir wünschen uns im Bereich der MVZs mehr Trägervielfalt, und inklusives Denken kann hier zu innovativen Trägerkonstrukten führen. Es gibt diverse Organisationen, wie z.B. Ärztenetze oder denkbare lokale Initiativen von Kosten- oder Krankenhausträgern, die in Frage kommen. Bei diesen Organisationen wäre die notwendige Systemkenntnis bereits vorhanden. Der Aufwand für Kommunen ist auch deshalb so hoch, da sie neben allen anderen Aufgaben auch genau dieses Fachpersonal akquirieren müssen. Hier geraten die Kommunen oft finanziell und organisatorisch an ihre Grenzen. Eine größere Trägervielfalt entlastet die Kommunen und würde auch den Bedenken des Bundeskartellamts Genüge tun.

Stärkung der Pflegeberufe im G-BA

Die Aufwertung der Pflegeberufe im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) durch § 92 Absatz 7h SGB V (neu) wird von der DGIV als notwendiger Schritt begrüßt. Allerdings wird der Pflege nur ein Mitberatungs- und Antragsrecht eingeräumt wird. Die Pflege benötigt Entscheidungskompetenz auf Augenhöhe. Wenn die Pflege im G-BA umfänglich Mitberaten soll, dann ist eine institutionelle Verankerung notwendig, um, bei den aufwendigen Beratungsunterlagen und Prozessen des G-BA, Arbeitsfähigkeit zu schaffen. Eine Vollvertretung der Pflege mit eigener Agenda ist essenziell, damit sie nicht zum Instrument anderer Interessengruppen wird. Hier hat der Bund bereits Mittel bereitgestellt, sodass eine

Büroorganisation aufgebaut werden kann. Das nächste Ziel muss eine länderübergreifende Bundespflegekammer sein, damit die Pflege legitimiert und mit den notwendigen Ressourcen die gesamte Berufsgruppe vertreten kann. Des Weiteren ist der Teil, den die Pflege im G-BA mitbestimmen soll, begrenzt auf das SGB V. Somit wird nur ein kleiner Teil der Pflege repräsentiert, obwohl die Pflege nach SGB V und SGB XI untrennbar miteinander verwoben ist. Solange stationäre Langzeitpflege, soziale Pflegeversicherung und GKV in der Versorgung getrennt gedacht werden, kann kein Versorgungskontinuum hergestellt werden. Die Stärkung der Pflegeberufe im G-BA ist ein erster Schritt in die richtige Richtung, doch es müssen Strukturen geschaffen werden, die alle Gesundheitsberufe im Rahmen der Selbstverwaltung sprech- und arbeitsfähig machen. Das Schlaglicht, dass das GVSG hier auf die Hebammen wirft, ist positiv zu bewerten. Dennoch gibt es auch andere Gesundheitsberufe, die erneut keine Beachtung finden. Grundsätzlich bräuchten wir eine Verkammerung aller Gesundheitsberufe, um eine ausgeglichene Repräsentation aller Akteure in der Selbstverwaltung zu ermöglichen. Die Sinnhaftigkeit dieser Maßnahmen hängt allerdings davon ab, ob diesen Berufsgruppen dedizierte Leistungsbereiche zugewiesen werden. Diese Aufgabe ist organisatorisch sehr anspruchsvoll, aber umsetzbar. Ein erster Schritt in diese Richtung waren die im Koalitionsvertrag festgelegten Leistungsbereiche für Physiotherapeuten, welche im Kabinettsentwurf nicht mehr enthalten sind.

Zusammenfassend ist die aktuelle Fassung des GVSG aus Sicht der DGIV enttäuschend, da der aktuelle Entwurf im Vergleich zum ursprünglichen Kabinettsentwurf deutlich abgeschwächt wurde. Wir fordern daher die Berücksichtigung und Möglichkeit zur Umsetzung von innovativen Versorgungskonzepten wie Gesundheitsregionen über den neu zu schaffenden § 140b SGB V, die Umsetzung von primär Versorgungszentren und die Umsetzung von Gesundheitskiosken zur niederschwelligen Begleitung von Personen. Die Erleichterung für Kommunen, MVZs zu gründen, wird zwar positiv aufgenommen, aber als wenig wirksam eingeschätzt. Die DGIV wünscht sich hier mehr Trägervielfalt und die Einbindung weiterer Organisationen. Auch die Aufwertung der Pflege im G-BA wird begrüßt, jedoch als unzureichend angesehen, da die Pflege keine Entscheidungskompetenz auf Augenhöhe erhält. Die DGIV fordert langfristig eine umfassendere Repräsentation aller Gesundheitsberufe. Positiv bewertet die DGIV die geplante Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung, allerdings muss im Zuge der Entbudgetierung auch die Patientensteuerung geregelt werden. Die Einführung von hausärztlichen Versorgungspauschalen wird als sinnvolle Maßnahme angesehen. Der erleichterte Zugang zu Hilfsmitteln ist ein erster Schritt in die richtige Richtung, um die Bearbeitungszeiten zu verringern, muss aber weitergedacht werden, um eine zeitnahe Versorgung aller Versicherten zu gewährleisten.

DGIV Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V.
Deutsche Gesellschaft für
Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V.
Wartburgstraße 11
10823 Berlin
Tel.: 030 / 44727080
Fax: 030 / 44729746
E-Mail: dr.kloepfer@dgiv.org
Web: www.dgiv.org
Registernummer im Lobbyregister des deutschen Bundestags: R000768

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(18)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
11.11.2024

Deutsche Stiftung Patientenschutz
für Schwerstkranke, Pflegebedürftige und Sterbende

Patientenschutz Info-Dienst

Ausgabe 1/2024, 30. April 2024

Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsgesetz - GVSG)

Inhalt

1. Vorbemerkungen ... 2
2. Änderungsvorschläge zum Referentenentwurf Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ... 3
2.1. § 87 SGB V – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte ... 3
2.1.1. Referentenentwurf ... 3
2.1.2. Stellungnahme ... 3
2.1.2.1. Endbudgetierung der hausärztlichen Honorare ... 3
2.1.2.2. Jährliche Versorgungspauschale ... 4
2.1.2.3. Vorhaltepauschalen zur Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags ... 4
2.2. § 92 SGB V – Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ... 5
2.2.1. Referentenentwurf ... 5
2.2.2. Stellungnahme ... 6
2.3. § 217f SGB V – Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie Änderungsvorschlag zum Referentenentwurf Artikel 2 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch § 53 ... 7
2.3.1. Referentenentwurf ... 7
2.3.2. Stellungnahme ... 7

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Impressum
Patientenschutz Info-Dienst wird verlegt von der Deutschen Stiftung Patientenschutz
Redaktion: Christine Eberle, Hanna Giesen, Berit Leinwand, Annette Simon,
Elke Simon, Dr. Stephan Terhorst, Vorstand: Eugen Brysch (V. i. S. d. P.)
Informationsbüro Berlin: Telefon 030 28444840, Telefax 030 28444841
info@stiftung-patientenschutz.de, www.stiftung-patientenschutz.de
Die Deutsche Stiftung Patientenschutz ist eine Stiftung bürgerlichen Rechts. Sie ist vom Finanzamt Dortmund-Ost mit Steuerbescheid vom 27.12.2023, 31759413835, als gemeinnützige und mildtätige Körperschaft anerkannt.

1. Vorbemerkungen

Mit dem Entwurf des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) beabsichtigt die Bundesregierung, die ambulante Gesundheitsversorgung der Patientinnen und Patienten[1], der Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen in Deutschland zu verbessern. Dieses Ansinnen begrüßt die Deutsche Stiftung Patientenschutz. Schließlich hat jeder das Recht auf den Zugang zu einer effizienten medizinischen und pflegerischen Versorgung. Daher muss sich die Reform daran messen lassen, ob sie an den Bedarfen der Patienten, Pflegebedürftigen und deren Angehörigen ausgerichtet ist. Allerdings mangelt es hieran im vorliegenden Referentenentwurf. Zudem bleibt er lückenhaft. In Gänze fehlen immer noch die im Koalitionsvertrag versprochene Stärkung der Rechtsstellung von Patienten bei Behandlungsfehlern und die Einführung eines Härtefallfonds.

Reform der hausärztlichen Vergütung – kleine Praxen im ländlichen Raum in den Blick nehmen

Um die niedergelassenen Allgemeinmediziner zu stärken und dem Hausärztemangel entgegenzuwirken, setzt das Bundesgesundheitsministerium auf Attraktivitätssteigerung durch verbesserte Verdienstmöglichkeiten. Denn eine allgemeinärztliche Tätigkeit „wird angesichts des Verantwortungsumfangs in der hausärztlichen Versorgung im Vergleich mit der Tätigkeit anderer Facharztgruppen als vergleichsweise gering bewertet“[2]. Damit wird auch der Mangel an Hausärzten in Deutschland begründet. Um diese finanzielle Ungleichheit aufzulösen, sollen die Deckelung hausärztlicher Honorare künftig aufgehoben und Versorgungs- sowie Vorhaltepauschalen eingeführt werden. Diesen Schritt erachtet die Deutsche Stiftung Patientenschutz als notwendig, gerade hinsichtlich einer flächendeckenden Versorgung. Zuallererst müssen hier die strukturarmen Regionen in den Blick genommen werden. Denn während Ballungszentren überversorgt sind, bluten dünnbesiedelte Gebiete aus. Neben den notwendigen Vergütungsreformen wird es aber auch darauf ankommen, die Bedarfe der kranken Menschen ausreichend zu berücksichtigen und Versorgungsangebote sowie Versorgungsqualität auszubauen und zu stärken. Erst wenn dies geschieht, kann das Gesetzesvorhaben im Sinne der Patienten erfolgreich sein.

Mitspracherechte für Pflegebedürftige und Pflegekräfte stärken

Seit Langem wird darüber diskutiert, wie die Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gestärkt werden kann. Nun soll es neben dem Mitberatungsrecht eine begrenzte Blockademöglichkeit der Patientenvertreter geben. Doch das ist der falsche Ansatz. Ein temporäres Vetorecht stärkt die Position der Patientenvertreter kaum. Denn eine spätere Beschlussfassung gegen die Meinung der Patientenvertreter ist weiter möglich. Zu echter Mit-

[1] Hinweis: Sofern bei Personenbezeichnungen nur die männliche Form gewählt wurde, beziehen sich die Angaben jeweils auf Angehörige aller Geschlechter.
[2] Referentenentwurf GVSG S. 2

gestaltung braucht es ein vollwertiges Stimmrecht. Zudem muss die Patientenbeteiligungsverordnung so überarbeitet werden, dass der Kreis der Patientenvertreter tatsächlich auch für weitere Organisationen geöffnet wird.

Mehr Transparenz von Kranken- und Pflegekassen

Bisher sind Kranken- und Pflegekassen kaum miteinander vergleichbar. Daher ist es begrüßenswert, dass der vorliegende Entwurf hier auf die Schaffung von mehr Transparenz zielt. Entscheidend wird aus Sicht der Deutschen Stiftung Patientenschutz jedoch sein, ob und inwieweit die Versicherten wirklich bei der Erstellung eines solchen Verzeichnisses beteiligt werden. Nur die unmittelbar Betroffenen können die angebotene Hilfe der Kranken- oder Pflegekassen etwa bei Anträgen bewerten. Das gilt auch für das Beschwerdemanagement und das Beratungsangebot. Der Gemeinsame Bundesausschuss muss in seiner Richtlinie daher zwingend festlegen, dass die Versicherten umfassend einbezogen werden. Ansonsten hat das Verzeichnis keinen Nutzen.

2. Änderungsvorschläge zum Referentenentwurf Artikel 1 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

2.1. § 87 SGB V – Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

2.1.1. Referentenentwurf

Das Bundesgesundheitsministerium beabsichtigt, die Budgetierung der ärztlichen Honorare für Hausärzte aufzuheben. Damit wird eine versprochene Maßnahme aus dem Koalitionsvertrag umgesetzt. Zudem sollen finanzielle Anreize über jährliche Versorgungs- und Vorhaltepauschalen zur Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gesetzt werden. Diese Maßnahmen zielen darauf ab, die Nachbesetzungsprobleme in und bei Hausarztpraxen zu lösen und die flächendeckende Hausarztversorgung sicherzustellen.

2.1.2. Stellungnahme

2.1.2.1. Endbudgetierung der hausärztlichen Honorare

Hausarztpraxen sind vor allem für ältere und chronisch kranke Menschen die erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Beschwerden. Das ist die Folge eines oft über Jahre gewachsenen Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient. Vor diesem Hintergrund begrüßt die Deutsche Stiftung Patientenschutz die Aufwertung der hausärztlichen Tätigkeiten und die Aufhebung der finanziellen Deckelung. Ob diese Maßnahmen zu mehr Versorgungsqualität, geringerer Praxisauslastung und damit freien Behandlungsplätzen führen werden, ist jedoch fraglich. Denn nicht die Qualität wird bezahlt, sondern die Leistung abgerechnet.

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert, dass die Qualität der Praxen extern kontrolliert wird. Daher ist eine Systemumstellung auf der Grundlage verbindlicher Qualitätsmerkmale unabdingbar. Diese müssen über die bereits bestehenden Regeln der Kassenärztlichen Vereinigungen hinausgehen. Es geht vielmehr darum, den Medizinischen Dienst damit zu beauftragen, neben Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern auch Praxen auf Qualität zu überprüfen. Dabei sind Versorgungsergebnisse und Patientenberichte sowie deren Erfahrungen bzw. Zufriedenheit offenzulegen. Ähnlich dem Klinikatlas braucht es einen Praxisatlas. Flankierend dazu muss ein verlässliches Bewertungsportal die Zufriedenheit der Patienten erfassen. So können sich Patienten umfassend über die Qualität einer Praxis informieren.

Der zu erwartende Abrechnungsdschungel mit Versorgungs- und Vorhaltepauschalen dürfte die Praxen viel Zeit kosten, so dass sich die Zahl der zu behandelnden Patienten kaum erhöhen wird. Schließlich gibt es schon heute Möglichkeiten, Folgerezepte bei Dauermedikation ohne Anwesenheit der Betroffenen auszustellen.

Auch sorgt die Endbudgetierung kurzfristig nicht für die schon heute – vor allem in strukturarmen Regionen – dringend benötigten zusätzlichen Ärzte. Denn eine bessere Vergütung führt kurzfristig nicht zu mehr Universitätsabschlüssen in der Medizin. Daher dürften die Maßnahmen erst in den kommenden Jahren Wirkung zeigen. Zu berücksichtigen ist zudem, dass für Ärzte nicht nur finanzielle Anreize ausschlaggebend sind, um sich auf dem Land niederzulassen. Ein wesentlicher Faktor ist hier die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

2.1.2.2. Jährliche Versorgungspauschale

Mit der jährlichen Versorgungspauschale sollen unnötige Arzt-Patienten-Kontakte vermieden und mehr Behandlungskapazitäten geschaffen werden. Vor allem Patienten, die einen Bedarf an kontinuierlichen Arzneimitteln haben, profitieren davon. Sie müssen künftig nicht mehr quartalsweise einbestellt werden. Eine jährliche Registrierung ist dann ausreichend. Im Zusammenspiel mit dem in diesem Jahr eingeführten elektronischen Rezept und dessen Verschreibungsmöglichkeiten erscheint dies eine sinnvolle Maßnahme. Doch gerade für hochbetagte und chronisch kranke Menschen ist der Arztbesuch in vielerlei Hinsicht wichtig. Schließlich leidet diese Patientengruppe an unterschiedlichsten Symptomen. Dass sie öfter im Jahr den ärztlichen Rat bei verschiedenen Medizinern einholen, liegt somit auf der Hand. Das könnte mit dem vorliegenden Referentenentwurf eingeschränkt werden. Denn die Versorgungspauschale soll nur von einem Hausarzt abgerechnet werden können. Patienten könnten dann abgewiesen werden, für die der Arzt aufgrund von Mehrfachbesuchen keine Vergütung erhält. So läuft der Bundesgesundheitsminister Gefahr, diese Patientengruppe zu benachteiligen.

2.1.2.3. Vorhaltepauschalen zur Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags

Der Hausärzte-Rückgang ist offenkundig. Erschwerend hinzukommt, dass immer weniger Ärzte bereit sind, Kranke zu Hause aufzusuchen. Dabei ist der Weg in die Praxis für die oft

mehrfach erkrankten und immobilen Menschen immer mit Strapazen verbunden. Dem soll nun Rechnung getragen werden, indem Allgemeinmediziner angehalten werden, über an einen Leistungskatalog geknüpfte Vorhaltepauschalen, mehr Haus- und Pflegeheimbesuche zu absolvieren. Diese Maßnahme ist grundsätzlich begrüßenswert. Entscheidend ist jedoch, dass Mediziner dafür auch über ausreichend zeitliche Kapazitäten verfügen. Ob sich durch die jährliche Vergütung die Zahl der Haus- und Pflegeheimbesuche wesentlich erhöhen wird, darf bezweifelt werden. Möglicher Mehraufwand, der über die Pauschale hinaus nicht abgegolten wird, stellt hier zumindest keine wirkliche Attraktivitätssteigerung dar.

Die Verknüpfung weiterer Vergütungen an einen Leistungskatalog stellt insbesondere niedergelassene Ärzte auf dem Land vor Herausforderungen. Denn verschiedenste Gründe sorgen dafür, dass der geplante Kriterienkatalog nicht vollständig erfüllt werden kann. Auch wenn abgestufte Formen geplant sind, erfahren diese Praxen keine spürbare Mehrvergütung. Das führt wiederum nicht zu der erhofften finanziellen Besserstellung der jetzt schon wirtschaftlich angeschlagenen Situation einiger ländlich gelegener Arztpraxen. Die Folge wären Praxisschließungen. Laut einer aktuellen Umfrage des Verbands der Kassenärzte[3] fürchten sich genau davor 50 Prozent der Menschen in Deutschland. Für sie ist die wohnortnahe Praxisversorgung von großer Bedeutung.

Die geplanten Maßnahmen können die Probleme in der hausärztlichen Versorgung nicht lösen. Auch gilt es, die Versorgungsleistungen in den Hausarztpraxen zu messen. Denn Patienten ist vielmehr damit geholfen, wenn die Qualität gesteigert und vor allem in den ländlichen Regionen ausgebaut wird. Dazu zählt unter anderem eine bessere Erreichbarkeit der Mediziner und die Überprüfung ihrer Präsenzzeiten.

2.2. § 92 SGB V – Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

2.2.1. Referentenentwurf

Der Gesetzentwurf intendiert, die Patientenvertretung im G-BA zu stärken.

Im Geltungsbereich des SGB V verfügen die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen über ein Beteiligungsrecht. Dieses ist in §140f SGB V im Wesentlichen als Mitberatungsrecht ausgestaltet. Die Vertreter dürfen mit beraten und bei der Beschlussfassung anwesend sein. Für bestimmte Beschlüsse besteht zusätzlich ein Antragsrecht. Die Patientenvertreter im G-BA haben kein Stimmrecht.

Die Patientenvertreter sollen nun das Recht erhalten, eine Beschlussfassung im Beschlussgremium des G-BA einmalig zu verhindern, wodurch eine erneute Auseinandersetzung mit den bestehenden Bedenken oder Einwänden der Patientenvertretung in den Gremien des G-BA erfolgen soll. Die benannten Personen müssen ihr ablehnendes Votum einheitlich abgeben. Ein erneut ablehnendes Votum der Patientenvertretung soll jedoch nur bei einer maßgeblichen Änderung zu einer erneuten Hemmung führen können.

[3] https://www.kbv.de/html/2024_69005.php, abgerufen am 23.04.24

2.2.2. Stellungnahme

Die vorgeschlagene Regelung verbessert zwar die Rechtsstellung der Patientenvertreter, in dem ihnen ein temporäres „Verhinderungsrecht“ zugestanden wird. Das reicht aber nicht aus: Es gilt nur bei Einigkeit unter den Patientenvertretern und nur temporär[4], es kann also nach erneuter Beratung überstimmt werden und ist demnach kein „echtes Vetorecht“.

Folglich bedarf es einer echten Stärkung der Rechtstellung der Patientenvertreter. Der G-BA konkretisiert die Leistungsansprüche von etwa 73 Mio. gesetzlich krankenversicherten Menschen in Deutschland[5]. Trotzdem entscheiden die Patientenvertreter bei der Ausgestaltung der Ansprüche und der Qualitätsvorgaben kaum mit. Doch nur durch eine effektive Mitbestimmung der Patientenvertreter finden die Sorgen und Nöte der Patienten eine ausreichende Berücksichtigung in der konkreten Ausgestaltung der Beratungsthemen des G-BA. Darüber hinaus sind die Regelungen zur Anerkennung als maßgebliche Organisation weiterhin restriktiv und unklar. So können nach dem Wortlaut der Patientenbeteiligungsverordnung[6] de facto nur Vereine anerkannt werden. Schon diese Einschränkung ist nicht sachgerecht. Auch andere gemeinnützige Organisationen wie Stiftungen, die gemäß ihrer Aufgabenstellung der Interessenvertretung der Versicherten dienen, können als Patientenvertreter im G-BA einen wichtigen Beitrag zum Patientenschutz leisten.

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert daher:

Die Beteiligung der Patienten muss perspektivisch zu einem vollständigen Stimmrecht werden. Nur so kann gewährleistet werden, dass die Belange der Patienten ausgewogen vertreten sind. Auch ist das temporäre Vetorecht ein hemmendes Instrument, kein konstruktives Element. Laut Koalitionsvertrag sollte aber der Entscheidungsprozess im G-BA beschleunigt werden. Zielführender wäre daher das Stimmrecht. Hierzu gehört auch, dass die Beteiligung der Patienten personell durch eine Aufstockung der Stabstelle Patientenbeteiligung gestärkt wird. Korrespondierend muss die Patientenbeteiligungsverordnung so überarbeitet werden, dass der Kreis der „maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene“ tatsächlich auch für weitere Organisationen geöffnet wird. Dass hier eine dringende Überarbeitung notwendig ist, verdeutlicht die Tatsache, dass der Kreis der ursprünglichen Mitglieder bis heute nicht erweitert wurde.

Die Patientenvertreter benötigen ein Vorschlagsrecht für die unparteiischen Mitglieder des G-BA. Dies wäre ein wirksames Instrument, um den Einfluss auf die Entscheidungen im G-BA zu stärken – auch wenn die Unparteiischen selbstverständlich weiterhin frei in ihrem Mandat sind.

---

[4] Referentenentwurf GVSG S. 55

[5] https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp, abgerufen am 23.04.2024

[6] https://www.gesetze-im-internet.de/patbeteiligungsv/BJNR275300003.html, abgerufen am 29.04.2024

2.3. § 217f SGB V – Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie Änderungsvorschlag zum Referentenentwurf Artikel 2 – Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch § 53

2.3.1. Referentenentwurf

Der vorliegende Referentenentwurf plant ein Leistungs- und Servicequalitätstransparenzverzeichnis für Kranken- und Pflegekassen. „Hierzu sieht der Gesetzentwurf eine einheitliche und verbindliche Festlegung von zu veröffentlichenden Kennzahlen und Informationen im Rahmen einer Richtlinie durch den GKV-Spitzenverband für die Kranken- und Pflegekassen vor.“[7] Dadurch soll Transparenz für die Versicherten entstehen.

2.3.2. Stellungnahme

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz begrüßt die Einführung eines solchen Verzeichnisses. Bisher sind die gemachten Erfahrungen der Versicherten mit ihren Kranken- und Pflegekassen nicht ausreichend transparent. Seitens des GKV-Spitzenverbands gibt es zwar seit Dezember 2022 einen Katalog von Kennzahlen, dieser ist aber für die Kassen nicht verbindlich. Nun sollen endlich bestimmte Vergleichszahlen auch gesetzlich verankert werden. Entscheidend dabei ist die letztendliche Konkretisierung des G-BA durch seine Richtlinie. So muss beispielsweise differenziert werden, wieso Anträge abgelehnt wurden und aus welchem Grund ein Widerspruch erfolgreich war.[8] Es ist gut, dass nach § 217f Absatz 4 Nummer 6 SGB V „die Qualität von Beratungs- und Unterstützungsangeboten der Krankenkasse“[9] und nach § 53 SGB XI der Pflegekassen abgebildet werden sollen. Entscheidend dabei wird aus Sicht der Deutschen Stiftung Patientenschutz sein, ob und inwieweit die Versicherten hier beteiligt werden. Nur die unmittelbar Betroffenen können die angebotene Hilfe etwa bei Anträgen bewerten. Das trifft auch auf das Beschwerdemanagement und das Beratungsangebot zu. Der G-BA muss in seiner Richtlinie daher zwingend festlegen, dass die Versicherten umfassend miteinbezogen werden. Ansonsten hat das Verzeichnis keinen Nutzen.

[7] Referentenentwurf GVSG S. 29
[8] vgl. Referentenentwurf GVSG S. 29
[9] Referentenentwurf GVSG S. 29

www.stiftung-patientenschutz.de, © Deutsche Stiftung Patientenschutz 2024

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(19)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
11.11.2024

Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.
BAG SELBSTHILFE
Kirchfeldstr. 149
40215 Düsseldorf
Tel. 0211/31006-0
Fax. 0211/31006-48

Stellungnahme der

Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE) zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz - GVSG)

Anhörung im Ausschuss für Gesundheit am 13. November 2024

Als Dachverband von 121 Bundesverbänden der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen und deren Angehörige sowie von 13 Landesarbeitsgemeinschaften begrüßt die BAG SELBSTHILFE viele Vorschläge des Gesetzentwurfes. Allerdings bedauert sie es, dass in dem Entwurf keine Vorschläge enthalten sind, wie die medizinische Versorgung insbesondere in ländlichen, sozial- oder strukturschwachen Regionen verbessert werden kann. Denn komplexe Erkrankungen und

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Lebenslagen bedürfen der Abstimmung einer Vielzahl von Akteuren, die sich innerhalb der Region befinden und dort gemeinsam agieren (müssen). Vernetzte, patienten- und bedarfsorientierte Versorgung muss daher regional gestaltet und organisiert werden können. Ältere, geh-eingeschränkte und/ oder multimorbide Menschen benötigen zudem eine gute Versorgung direkt vor Ort, da ihre Mobilität zunehmend beschränkt ist. Vor diesem Hintergrund fordert die BAG SELBSTHILFE ein abgestimmtes Konzept, wie die Versorgung und Vernetzung in den Regionen, insbesondere in ländlichen, sozial- und/ oder strukturschwachen Räumen verbessert werden kann. Dies beinhaltet auch eine Verbesserung der **Regelungen für die Fahrtkostenerstattung im ambulanten und tagesstationären Bereich**: Denn wenn eine zunehmende Ambulantisierung politisch gewollt ist, kann es nicht sein, dass die Patient*innen dem System Geld sparen und gleichzeitig selbst mit höheren Fahrtkosten zu kämpfen haben.

Uneingeschränkt zu begrüßen ist jedoch die Fristregelung zur Umsetzung der **Disease Management Programme (DMPs)**. Sie sollte jedoch dringend durch die Regelungen im Gesundes-Herz-Gesetz (GHG) ergänzt werden, die dafür sorgen, dass die DMPs dann auch wirklich bei den Betroffenen ankommen. Denn derzeit ist die Situation so, dass die Betroffenen im GBA intensiv an der Erarbeitung eines neuen DMPs mitarbeiten und diese dann kaum in der Versorgung ausgerollt werden, weil die entsprechenden Verträge nicht geschlossen werden. Genau deswegen sind die Regelungen des GHG so notwendig, welche eine Verpflichtung festlegen, dass Krankenkassen ihren Versicherten die jeweiligen DMPs anzubieten haben.

Die Einführung eines **Veto-Rechtes der Patientenvertretung** wird zwar grundsätzlich begrüßt, allerdings ist eine organisatorische Stärkung der Patientenvertretung aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE dringender. Denn das Veto-Recht ist vom Grundsatz her eher ein destruktives Element, wohingegen sich die Patientenvertretung seit Anfang an – auch durch konstruktive Kompromissvorschläge - dafür einsetzt, dass Verbesserungen für Patient*innen möglichst zeitnah eingeführt werden; hierfür werden dann aber auch entsprechende personelle Ressourcen benötigt.

Die vorgesehene Überarbeitung der **hausärztlichen Versorgungspauschalen** für Menschen mit chronischen Erkrankungen kann aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE

durchaus ein zweischneidiges Schwert sein und wird deswegen kritisch gesehen. Auf der einen Seite kann natürlich die Umstellung von Quartals- auf Jahrespauschalen durchaus dafür sorgen, dass unnötige Einbestellungen vermieden und schnellere Termine für wirklich Behandlungsbedürftige zur Verfügung gestellt werden können. Auf der anderen Seite gilt: Die Versorgungbedarfe von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen sind höchst unterschiedlich. Während manche Menschen eher auf eine gute fachärztliche Versorgung angewiesen sind, können andere – je nach Stadium oder Ausprägung der Erkrankung – durchaus eine engmaschige hausärztliche Versorgung benötigen. So konnte etwa im Bereich der Multiplen Sklerose festgestellt werden, dass Menschen mit fortgeschrittener MS - häufig gepaart mit Pflegebedarf und hoher Bedarfslage der symptomatischen Therapien - die hausärztliche Versorgung aus guten Gründen oft beanspruchen. Hier erschließt sich für die BAG SELBSTHILFE nicht, wie eine Sicherstellung der Versorgung erfolgen soll, wenn Angehörige fehlen, die die Versorgung begleiten und auf die Einhaltung von Terminen achten bzw. diese gegenüber den Ärzt*innen einfordern. So wünschenswert die Reduktion von sinnlosen Arztkontakten ist, so sehr besteht das Risiko mit dieser Änderung, dass sich die Betreuung von Menschen mit chronischen Erkrankungen deutlich verschlechtert, zumal die jährliche Versorgungspauschale deutlich niedriger als die Summe der derzeit bezahlten vierteljährlichen Quartalspauschalen ist. Auch dies dürfte dazu beitragen, dass Menschen mit chronischen Erkrankungen deutlich seltener einbestellt werden. Hinzu kommt das Problem, dass Betroffene bei einem unterjährigen Hausarztwechsel u.U. vor dem Problem stehen, dass die Pauschale nur einmal bezahlt wird und so Hausärzte die Betroffenen erst wieder im nächsten Jahr annehmen. Auch dies verschlechtert die Situation der Betroffenen.

Hinsichtlich der **vorgesehenen Vorhaltepauschalen** hält die BAG SELBSTHILFE zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention eine Ergänzung der Kriterien um das **Kriterium „barrierefreie Ausgestaltung der Praxis“** für notwendig. Denn um eine bedarfsgerechte hausärztliche Versorgung für alle Menschen sicherzustellen, ist es erforderlich, dass Arztpraxen barrierefrei sind. Derzeit sind nur rund 21 Prozent der Arztpraxen barrierefrei ausgestaltet, so dass hier dringend Verbesserungen notwendig sind, um den Anforderungen der UN-BRK nach einem gleichberechtigten Zugang von Menschen mit Behinderungen zum Gesundheitssystem gerecht zu wer-

den. Dabei erschöpft sich die Barrierefreiheit nicht nur an der baulichen Zugänglichkeit, sondern umfasst auch Maßnahmen für Hör- und Sehbehinderungen (z.B. Kennzeichnungen) oder die Verwendung leichter Sprache für Menschen mit geistigen Einschränkungen.

Zu den Regelungsvorschlägen nimmt die BAG SELBSTHILFE im Einzelnen Stellung:

I. Regelungen, die den Gemeinsamen Bundesausschuss betreffen

1. Erweiterung des Stellungnahmerechts (§ 92 SGB V GesE)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt die Erweiterung des Stellungnahmerechts wissenschaftlicher Fachgesellschaften auf weitere Anwendungsgebiete im GBA, so zum Beispiel bei der sog. Rehabilitationsrichtlinie. Grundsätzlich haben die Erfahrungen gezeigt, dass die Stellungnahmen von wissenschaftlichen Fachgesellschaften oft einen Mehrwert in Bezug auf aktuelle medizinische Entwicklungen mit sich bringen können. Vor diesem Hintergrund wird die vorgesehene Erweiterung positiv gesehen.

2. Fristsetzung für DMPs (§ 137f Absatz 1 SGB V GesE)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt die Anpassung der Fristen für die Erarbeitung der DMP-Richtlinien an die Maßgaben der Methodenbewertungsverfahren. Gerade die Beratungen zu den jüngst im GBA beschlossenen DMPs hatten längere Zeit in Anspruch genommen; dennoch ist die Beratungsdauer nicht das Hauptproblem. Denn es ist jedoch leider festzustellen, dass die DMPs auch nach ihrer Fertigstellung oft nicht in der Versorgung ankommen. Ein gravierenderes Problem als die Beratungszeiten ist die schleppende oder nichtvorhandene Umsetzung der Richtlinien in den notwendigen Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern. Eine Frist oder eine Verpflichtung zur Schließung von derartigen Verträgen gibt es nach derzeitiger Gesetzeslage nicht, weswegen in vielen Bereichen kaum (DMP Osteoporose) oder gar keine (DMP-Rückenschmerz und Rheumatoide Arthritis) Verträge geschlossen werden. Vor diesem Hintergrund fordert die BAG SELBSTHILFE – über die begrüßenswerte Fristsetzung zur Erstellung der DMPs – die gesetzliche Kodifizierung einer Verpflichtung der Vertragsparteien zur Schließung von DMP-Verträgen innerhalb

einer bestimmten Frist, wie sie nunmehr im Entwurf des Guten-Herz-Gesetzes enthalten ist. Dessen Inhalte zur Information der Versicherten über die DMPs, der Konkretisierung der Anforderungen an Schulungen sowie dem Verzicht auf das Zulassungsverfahren durch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) sollten zeitnah in gesetzlich verabschiedet werden, um dann auch wirklich eine Verbesserung im Bereich der DMPs zu erreichen.

3. Vetorecht der Patientenvertretung und Erweiterung des Antragsrechtes (§ 140f Abs. 2 SGB V GesE)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt die Regelungen zur Erweiterung der Antragsbefugnisse und das Vetorecht der Pateientenvertretung, hält aber – gegenüber einem Vetorecht – eine strukturelle Stärkung der Patientenvertretung für dringender. Denn ein Vetorecht ist im Grundsatz ein eher destruktives Mittel der Auseinandersetzung. Die Patientenvertretung tritt jedoch seit nunmehr über 20 Jahren anerkanntermaßen für eine Beschleunigung von konstruktiven Lösungen bei Versorgungsproblemen ein. Letztlich handelt es sich bei dem Vetorecht eher um ein Mittel der Verzögerung, was die Patientenvertretung – im Gegensatz zu anderen Bänken - trotz vieler Herausforderungen von schnellen Verfahren wie im ANMOG-Bereich immer abgelehnt hat.

Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE ist dieses temporäre Vetorecht vor allem dazu geeignet, Aufmerksamkeit bei klar unzureichenden Regelungen im Sinne eines „Hier stehen wir und können nicht anders“ zu generieren. Gleichzeitig bringt es die Patientenvertretung bei mittelguten/mittelschlechten Verbesserungen der Versorgung in das Dilemma, dass man hier den Eintritt einer leichten Verbesserung für Patient*innen – unter Umständen etwas – verzögert (wenn das Inkrafttreten nicht ohnehin nach den Regelungen der Richtlinie nicht deutlich in der Zukunft liegt). Möglicherweise erhöht das temporäre Vetorecht auch die Kompromissbereitschaft der Bänke, gleichzeitig bringt es jedoch aber auch das Risiko mit sich, dass die zu Beginn der Teilnahme der Patientenvertretung an den Beratungen des GBA und seither längst überholten Vorwürfe einer Verzögerung von Beratungen durch die Patientenvertretung wieder aufgewärmt werden.

Die BAG SELBSTHILFE hält in jedem Falle das vorgesehene Vetorecht nicht für ausreichend, die Patientenvertretung in substantieller Weise zu stärken.
Die maßgeblichen Verbände der Patientenvertretung haben im September 2023 ein Forderungspapier „Stärkung der Patientenbeteiligung und -vertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und weiteren Beteiligungsgremien nach § 140f SGB V zur Berücksichtigung im Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz“ veröffentlicht[1]. Darin sind verschiedene Vorschläge enthalten, die der Patientenvertretung eine konstruktive Mitgestaltung der Versorgung ermöglichen würden; Patientenbeteiligung muss aus Sicht der Verbände vor allem eine strukturelle Stärkung der Patientenorganisationen und eine bessere Unterstützung ermöglichen. Das Forderungspapier nennt hierzu beispielsweise den Ausbau der Stabsstelle Patientenbeteiligung im G-BA, eine Ausweitung der Unterstützungsstruktur und spezifische Entschädigungen für die Sprecherinnen und Sprecher in den Unterausschüssen sowie den Ausbau der Koordination auf Landesebene. Die BAG SELBSTHILFE fordert insoweit die gesetzliche Umsetzung dieser Vorschläge.

Ausdrücklich begrüßt wird seitens der BAG SELBSTHILFE die Klarstellung, dass die Patientenvertretung auch bei den Regelungen zu den Modellvorhaben sowie § 136c SGB V ein Antragsrecht hat. Auch wenn es hier in der Vergangenheit im Gemeinsamen Bundesausschuss keine Probleme gab, heißt dies nicht unbedingt, dass dies auch so bleibt.

II. Weitere Regelungen

4. Konsiliarbericht bei Kurzzeittherapie (§ 28 Abs. 3 SGB V-neu) und vereinfachtes Antragsverfahren Kurzzeittherapie (§ 92 Abs. 6 a SGB V GesE)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt die vorgesehene Regelung, wonach die Einholung eines ärztlichen Konsiliarberichts bei vertragsärztlicher Überweisung

[1] https://www.bag-selbsthilfe.de/aktuelles/nachrichten/detail/news/forderungspapier-der-bag-selbsthilfe-zur-staerkung-der-patientenbeteiligung-und-vertretung-im-gemeinsamen-bundesausschuss-g-ba-und-weiteren-beteiligungsgremien-nach-140f-sgb-v-zur-beruecksichtigung-im-gesundheitsversorgungsstaerkungsgesetz

auf psychotherapeutische Behandlung entfällt. Es steht zu hoffen, dass dadurch eine Beschleunigung zur Aufnahme einer Kurzzeittherapie ermöglicht wird. Ergänzend wäre aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE auch ein Verzicht eines Konsiliarberichts bei Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie direkt nach Entlassung aus einem psychiatrisch-psychosomatischen Krankenhaus sinnvoll.

Die vorgesehene Umstellung des Antragsverfahren für die Kurzzeittherapie von einem bisher zweistufigen auf ein einstufiges Verfahren unterstützt die BAG SELBSTHILFE ebenfalls.

5. Bewilligung von Hilfsmitteln, die von Versicherten beantragt werden, die in SPZs oder MZEBs in Behandlung sind (§ 33 Abs. 5c GesE), das Erfordernis weiterer Regelungen im Hilfsmittelbereich

Die vorgesehenen Regelungen zur Beschleunigung des Bewilligungsverfahrens im Hilfsmittelbereich für Patient*innen, die in SPZs und MZEBs behandelt werden, werden seitens der BAG SELBSTHILFE sehr begrüßt. Menschen mit chronischen Erkrankungen, Behinderungen und ihre Angehörigen leiden erheblich unter dem bürokratischen Aufwand, die mit dem Management der Erkrankung oder Behinderung verbunden sind; Entbürokratisierung und Beschleunigung sind insoweit dringend erforderlich.

Allerdings sind weder MZEBs noch SPZs bundesweit im ausreichenden Maß vorhanden, so dass ein gleichwertiger Zugang für alle Menschen mit schweren Behinderungen nicht vorhanden ist. Die gesetzliche Neuregelung allein ist daher keinesfalls ausreichend, vielmehr ist durch die frühzeitige Schaffung entsprechender Zentren und Plätze für die Betroffenen auch ein gleichwertiger Zugang als Prämisse zu gewährleisten. Denn nur dann kann die gesetzliche Neuregelung Wirkung entfalten und tatsächlich eine Beschleunigung eintreten.

Zudem halten wir es für erforderlich, dass die beabsichtige Neuregelung zur Beschleunigung nicht ausschließlich Versicherten, die in SPZs/MZEBs behandelt werden, vorbehalten bleibt. Vielmehr sollte diese Neuregelung für alle Patient*innen

mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen gelten, die auf Hilfsmittel angewiesen sind. Hier könnte ein Statusfeststellungsverfahren geschaffen werden, das den fortdauernden Hilfsmittelbedarf bei bestimmten stabilen Erkrankungen feststellt oder im Falle von progredienten Erkrankungen prognostiziert. Denkbar wäre auch eine Diagnoseliste analog zu den Listen zu langfristigen Heilmittelbedarfen (Liste mit den besonderen Verordnungsbedarfen und Liste zum langfristigen Heilmittelbedarf[2]).

Sofern § 33 Abs. 5c SGB V n.F. vorsieht, dass die beantragte Hilfsmittelversorgung von dem Arzt innerhalb der letzten drei Wochen konkret empfohlen worden sein muss, damit die Vermutungsregelung zur Erforderlichkeit des Hilfsmittels greift, ist die Frist von drei Wochen zu kurz bemessen: vor Antragstellung ist gerade bei der umfangreichen Versorgung von schwerst- und mehrfach behinderten Kindern und Jugendlichen häufig eine persönliche Abstimmung mit den Hilfsmittelerbringern erforderlich (z.B. detaillierter Kostenvoranschlag, Bemaßungen, Aufbau des Hilfsmittels), die als notwendige Unterlagen der Verordnung beizulegen sind, jedoch sind auch hier wegen Personalmangels entsprechende Wartezeiten (2-3 Wochen) miteinzuplanen. Die BAG SELBSTHILFE fordert deshalb die Frist, innerhalb derer die Hilfsmittelversorgung aufgenommen werden muss, mit § 8 Abs. 2 S. 1 der Hilfsmittel-RL zu harmonisieren und entsprechend auf 28 Tage zu verlängern.

Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE ist es jedoch dringend erforderlich, **weitere Maßnahmen zur Reform des Hilfsmittelrechtes** einzuleiten. Die BAG SELBSTHILFE hat dazu ein Forderungspapier erarbeitet, das sich unter dem unten angegebenen Link[3] findet. Bereits dort hatte die BAG SELBSTHILFE eine bessere gesetzliche Abgrenzung des Hilfsmittelbegriffs von dem Begriff der Untersuchungs- und Behandlungsmethode gefordert, da diese Unklarheiten in der Praxis teilweise dazu führen, dass Betroffene Hilfsmittel nicht erhalten, weil sie angeblich Teil einer Untersuchungs- und Behandlungsmethode sind, für die der GBA noch keine positive Empfehlung ausgesprochen hat. Inzwischen zeigt sich das Problem des Hilfsmittelbe-

[2] KBV, Diagnoseliste langfristiger Heilmittelbedarf/ besondere Verordnungsbedarfe https://www.kbv.de/media/sp/Heilmittel_Diagnoseliste_Webversion.pdf

[3] BAG SELBSTHILFE, Forderungspapier zur Hilfsmittelversorgung, unten rechts auf der Seite: https://www.bag-selbsthilfe.de/politische-interessenvertretung/gesundheits-und-pflegepolitik/heil-und-hilfsmittelversorgung

griffs auch in anderer Weise, da teilweise offenbar die Position vertreten wird, dass Hilfsmittel, die in Alten- und Pflegeheimen verwendet werden, nicht dem Hilfsmittelbegriff unterfielen (z.B. Dauerkatheder). Würde sich diese Auffassung durchsetzen, steht zu befürchten, dass die wichtigen und notwenigen Qualitätsanforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses und der Verträge der Krankenkassen dann nicht mehr relevant sind. Zudem werden dann wiederum Kosten der Versichertengemeinschaft auf die Betroffenen im Teilleistungssystem Pflege verlagert, obwohl es sich aus unserer Sicht um GKV-Leistungen bzw. um Behandlungspflege handelt. Um Versorgungssicherheit weiterhin zu gewährleisten benötigen wir also insoweit dringend die Beibehaltung der vorhandenen Versorgungsstrukturen. Hier bedarf es gesetzlicher Klarstellungen, die eine Art Bestandsschutz für im Hilfsmittel, die im Hilfsmittelverzeichnis seit langem gelistet sind, gewährleisten.

6. Streichung der Stärkung der Beteiligung der Länder in den Zulassungsausschüssen ggü. dem Referentenentwurf (§ 96 Abs. 2a SGB V RefE)

Die BAG SELBSTHILFE bedauert es, dass die Stärkung des Beteiligungsrechts der obersten Landesbehörden in den Zulassungsausschüssen, die noch im Referentenentwurf enthalten war, gestrichen wurde. Sie sollten – laut Referentenentwurf- künftig nicht nur mitberaten, sondern auch mitbestimmen können.

Die BAG SELBSTHILFE hat die bisherige Unterstützung der obersten Landesbehörden im Zulassungsverfahren für die MZEBs als sehr hilfreich empfunden, zumal ja die Zulassung von MZEBs insgesamt leider sehr schleppend verläuft. Vor diesem Hintergrund hält sie eine stärkere Stellung der Länder im Zulassungsverfahren für sehr sinnvoll, zumal die Länder dann auch insgesamt stärker auf die Berücksichtigung der Belange von Menschen mit Behinderung achten können.

7. Service- und Leistungsqualität der Kranken- und Pflegekassen (§ 217f Absatz 4 SGV V GesE)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt die vorgesehene Erhebung der Service- und Leistungsqualität sehr. Denn bisher wurden wettbewerbliche Strukturen befördert, ohne dass Patient*innen aufgrund der Intransparenz des Systems kaum echte Aus-

wahlmöglichkeiten hatten, wenn Sie nach den für sie relevanten Parametern der schnellen und unkomplizierten Bewilligung von Leistungen suchten. Insoweit wurde ein wettbewerbliches Verhalten gefordert, das praktisch kaum umsetzbar ist. Es steht zu hoffen, dass mit den vorgesehenen Regelungen eine stärkere Transparenz ins Leistungs- und Bewilligungsgeschehen der Krankenkassen gebracht wird.

Es ist auch zu begrüßen, dass diese Informationen jährlich - erstmals 2025 - auf einer digitalen und interaktiven Plattform veröffentlicht sollen und dass die Darstellung und Erläuterungen in einer für die Versicherten verständlichen und barrierefreien Form und Sprache erfolgen sollen. Die Kranken- und Pflegekassen werden verpflichtet, ihre Versicherten über dieses Angebot zu informieren.

Die BAG SELBSTHILFE vermisst jedoch in den Regelungen noch eine Patientenbeteiligung; welche Dienstleistungs- und Serviceangebote für Patient*innen in welcher Art wichtig und notwendig sind, wissen die Patient*innen im Zweifelsfall besser als der GKV-Spitzenverband alleine. Insoweit fordert die BAG SELBSTHILFE ein Mitberatungsrecht der maßgeblichen Patientenorganisationen an dieser Richtlinie; mindestens ein Stellungnahmerecht der Patientenorganisationen mit einer angemessenen Frist von einem Monat sollte hierzu im Gesetz enthalten sein.

Auch hinsichtlich der Ausgestaltung der Plattform sollten die maßgeblichen Patientenorganisationen eingebunden werden, damit die Aspekte der Barrierefreiheit und der Verständlichkeit auch aus Patientensicht beurteilt werden können.

8. Entbudgetierung der Hausärzte, Versorgungspauschale und Vorhaltepauschale (§§ 87a Abs. 3c, 87 Abs. 2b, 2q SGB V GesE)

a. Entbudgetierung

Die BAG SELBSTHILFE sieht die vorgesehene Entbudgetierung der Hausärzte kritisch, zumal bereits jetzt eine Beitragserhöhung in Rekordhöhe ansteht. Hinzu kommt das Problem des Zugangs zu den Fachärzten. Zwar scheint der Gesetzentwurf davon auszugehen, dass durch die Entbudgetierung Mehrausgaben entstehen, so dass vermutlich damit dann auch eine Erhöhung des Gesamtvolumens der Vergü-

tung in der ambulanten Versorgung einher gehen dürfte. Gleichzeitig bleibt jedoch die Frage, ob dies auf Dauer so bleibt. Denn wenn die Entbudgetierung nicht (weiterhin) mit einer Erhöhung des Gesamtvolumens einhergeht, dürfte diese zu Lasten der Fachärzte gehen - mit der Folge, dass GKV-Patient*innen noch schwieriger einen Termin bekommen, weil ihre Behandlung noch unattraktiver wird. Bereits jetzt sind Facharzttermine für GKV-Versicherte nur mit sehr langen Vorlaufzeiten von mehreren Monaten erhältlich, dies dürfte sich mit der Entbudgetierung der Hausärzte ohne dauerhafte fortschreitende Erhöhung des Gesamtvolumens noch weiter erhöhen. Eine solche dauerhafte fortschreitende Erhöhung des Gesamtvolumens dürfte wiederum weitere Beitragssteigerungen für Versicherte zur Folge haben.

b. Versorgungspauschalen

Die vorgesehene Überarbeitung der der Versorgungspauschale auf eine jährliche Abrechnung sieht die BAG SELBSTHILFE – wie bereits dargestellt – mit gemischten Gefühlen. Denn einerseits leiden auch Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen unter Wartezeiten, die vermutlich auch deswegen entstehen, weil Ärzt*innen die Betroffenen quartalsmäßig einbestellen, ohne dass es dafür einen Sinn gibt. Andererseits steht auch zu befürchten, dass die Umstellung dazu führt, dass es zu einer Unterversorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen kommt:
Denn die jährliche Versorgungspauschale belohnt es quasi, wenn Praxen wenige Kontakte zu Patient*innen haben. Dies kann sich sehr nachteilig auf chronisch kranke oder multimorbide Patient*innen und z.B. auf Menschen mit Demenz auswirken. Gerade für die Angehörigen von Menschen mit Demenz ist der regelmäßige Kontakt zum Hausarzt oft sehr wichtig, weil sich der Zustand immer wieder verändert und es immer neuen Besprechungsbedarf gibt.

Die hausärztliche Versorgung ist aber auch für Menschen mit anderen chronischen Erkrankungen, etwa Multiple Sklerose in einem fortgeschrittenen Stadium von großer Bedeutung, da diese die hausärztliche Versorgung - häufig gepaart mit Pflegebedarf und hoher Bedarfslage der symptomatischen Therapien - aus guten Gründen oft beanspruchen. Die gewünschte Reduktion der Frequenz der Arztkontakte sollte also nicht zu Lasten derjenigen gehen, die genau diese benötigen. Hier erschließt

sich auch nicht, wie eine Sicherstellung der Versorgung erfolgen soll, insbesondere wenn Angehörige fehlen, die die Versorgung begleiten und auf die Einhaltung von Terminen achten.

Zudem ist die in § 87 Abs. 2b S.5 und 6 SGB n.F. vorgesehene Formulierung, wonach eine jährlichen Versorgungspauschale zur Behandlung chronisch Erkrankter für die Versicherte eingeführt werden soll, bei denen „mindestens eine lang andauernde, lebensverändernde Erkrankung vorliegt, die einer kontinuierliche Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel bedarf“, bereits nach dem Wortlaut zu unbestimmt formuliert.

Die Pauschale soll einmal innerhalb von vier aufeinanderfolgenden Quartalen durch eine Arztpraxis abzurechnen sein, unabhängig davon, wie oft Versicherte die Praxis aufsuchen. Neben der Gefahr der drohenden Unterversorgung und der Schaffung von Anreizen zur Minimierung des Patienten-Arzt-Kontaktes, die mit der Einführung der Pauschale einhergehen können, ist zudem völlig ungeklärt, wie und an wen die Pauschale im Falle eines Arztwechsels (aus unterschiedlichen Gründen) ausgezahlt wird und wie sich diese Unklarheiten auf die Versorgung der Versicherten auswirken. Unklar ist auch, welche Anreize sich durch die jahresbezogene Pauschale ergeben können im Hinblick auf Patienten, die zwar chronisch erkrankt sind, jedoch aktuell (noch) keinen kontinuierlichen Arzneimittelbedarf haben.

c. Vorhaltepauschalen

Soweit in § 87 Abs. 2n SGB V n.F. neue Regelungen zur Vorhaltepauschale vorgesehen sind, ist aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE insbesondere die Abhängigkeit dieser Vorhaltepauschale zur Versorgungspauschale zu kritisieren. Nach dem derzeitigen Wortlaut ist die Vorschrift so zu verstehen, dass eine Vorhaltepauschale für Versicherte, für die eine jährliche Versorgungspauschale abgerechnet werden kann, einmal jährlich zu zahlen ist. Im Gegenzug entfällt diese dann, wenn die Voraussetzungen zur Abrechnung der Versorgungspauschale nicht (mehr) vorliegen. Damit wird ein Anreiz für Ärzte geschaffen, Menschen mit chronischen Erkrankungen seltener zu behandeln.

Ferner sieht die Vorschrift zahlreiche Kriterien vor, die von Hausätzten zu erfüllen sind, damit die Vorhaltepauschale abgerechnet werden kann. Zwar ist es zu begrüßten, dass auf diese Weise die Grundaufgaben der hausärztlichen Versorgung stärker ins Gedächtnis und die Praxis überführt werden sollen. Gleichzeitig ist die Schaffung zahlreicher neuer Kriterien zur Abrechenbarkeit mit dem Risiko verbunden, dass eine Vielzahl der bestehenden Praxen diese Kriterien nicht alle erfüllen (können), so dass eine Unterversorgung drohen kann. Die Regelungen zur Vorhaltepauschale werden zusätzlich zu einem erheblichen Verwaltungsaufwand aufgrund der notwenigen Erarbeitung der Kriterien, der Implementierung, der Prüfung und ggfs. etwaiger Widersprüche führen und damit zu einer weiteren Bürokratisierung und zu erheblichen Kosten.

Die BAG SELBSTHILFE sieht – ebenso wie die Fachverbände der Menschen mit Behinderung – hinsichtlich der genannten Kriterien Ergänzungsbedarf: Sie sollten zwingend auch die Barrierefreiheit von Arztpraxen umfassen. Denn um eine bedarfsgerechte hausärztliche Versorgung sicherzustellen ist es notwendig, dass Arztpraxen barrierefrei sind. Derzeit sind nur etwa 21 % der Haus- und Facharztpraxen barrierefrei. Hier besteht somit dringender Handlungsbedarf, den zuletzt auch der UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen in seinen abschließenden Bemerkungen zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland aus dem Jahr 2023 aufgezeigt hat.

Hinzu kommt, dass die Schaffung von mehr barrierefreien Arztpraxen ein Schwerpunkt des Aktionsplans für eine barrierefreies diverses und inklusives Gesundheitswesen ist, den die Bundesregierung aktuell erarbeitet. Vor dem Hintergrund, dass bereits in dieser nur noch sehr kurzen Legislatur auch mit der Umsetzung des Aktionsplans begonnen werden soll, muss bereits das vorliegende Gesetzgebungsverfahren genutzt werden, um Anreize für barrierefreie Praxen zu setzen.

Zwar könnte der Bewertungsausschuss das Kriterium der Barrierefreiheit bereits nach der geplanten Neureglung aufnehmen, da es sich bei den in § 87 Abs. 2n S. 2 SGB V-neu vom Gesetzgeber benannten Kriterien um keine abschließende Aufzählung handelt. Es bestünde aber keine diesbezügliche Pflicht und damit nur eine geringe Wahrscheinlichkeit. Erst wenn im gesetzlichen Auftrag ausdrücklich steht, dass die Kriterien für die Auszahlung beziehungsweise Bemessung der Vorhaltepauschale auch die Barrierefreiheit der Praxis enthalten müssen, bestünde eine entsprechende Verpflichtung der Bewertungsausschusses.

9. Klarstellung zur Nutzung von Mitteln des Strukturfonds (§ 105 Abs. 1a S. 5 SGB V GesE; Ergänzung in § 105 Abs. 1a, S. 3 Nr. 9 SGB V)

Die BAG SELBSTHILFE hält – wie schon in ihrem Forderungspapier zur Schaffung eines Aktionsplans für ein barrierefreies, inklusives und diverses Gesundheitswesen gefordert - es für dringend erforderlich, den Ausbau von barrierefreien Praxen mit Mitteln des Strukturfonds zu fördern; hierzu ist aus ihrer Sicht eine Klarstellung bzw. eine Ergänzung erforderlich:

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt zwar, dass der Gesetzgeber mit der vorgesehenen Regelung das Abrufen der Förderung erleichtern möchte, indem er bestehende Unsicherheiten zur Verwendung der Fördermittel beseitigt. Allerdings besteht in der Praxis gleichermaßen die Unsicherheiten, inwieweit die Mittel des Strukturfonds auch zur Förderung von barrierefreien Arztpraxen eingesetzt werden können.[4] Auch

[4] Universität Bielefeld, Abschlussbericht zur „Evaluation von Spezialambulanzen und gynäkologischen Sprechstundenangeboten zur gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgung von Frauen mit Behinderung“, Juni 2019, S. 48 f.

diesbezüglich ist eine Klarstellung dringend erforderlich; insoweit muss hier eine Ergänzung dahingehend vorgenommen werden, dass unter § 105 Abs. 1a S. 3 Nr. 9 die „Förderung der Barrierefreiheit“ aufgenommen wird.

10. Maßnahmen zur Bekämpfung des Fehlverhaltens im Gesundheitswesen (§ 197a Abs. 7 SGB V GesE)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt Maßnahmen zur Bekämpfung des Fehlverhaltens im Gesundheitswesen. Die Vorschrift des § 197a Abs.7 SGB V n.F. lässt jedoch ein sehr umfangreiches Verfahren erwarten, so dass die BAG SELBSTHILFE die praktische Umsetzung als zweifelhaft ansieht. Positiv zu beurteilen ist die vorgesehene Einbeziehung der Landesverbände der Krankenkassen.

11. Weiterversicherung von Rentnern (§ 10 SGB V GesE)

Die beabsichtigte restriktive Änderung im Hinblick auf die Weiterversicherung von Rentnern in der GKV (§ 10 SGB V) lehnt die BAG SELBSTHILFE ab. Die Möglichkeit der Weiterversicherung in der GKV nach vorherigem Bezug einer Teilrente ist entgegen der Gesetzesbegründung nicht als Missbrauch anzusehen. Die vorgesehene Änderung im Hinblick auf Waisenrente und ehrenamtliches/freiwilliges Engagement ist zu stärken, dies insbesondere auch im Bereich der Unterstützung von erkrankten/pflegebedürftigen Menschen, die auf ehrenamtliche Unterstützung angewiesen sind.

12. Separate Bedarfsplanung für Kinder und Jugendlichen im Bereich der Psychotherapie (§ 101 Abs. 4a SGV GesE), weitere Regelungen für Heilmittelerbringer

Die psychotherapeutische Begleitung bei Kindern und Jugendlichen hält die BAG SELBSTHILFE für sehr sinnvoll; wir begrüßen daher eine separate Bedarfsplanung, sofern diese dann auch zu mehr Niederlassungsmöglichkeiten führt und dadurch deutlich mehr und schnellere Zugangsmöglichkeiten zu entsprechenden Angeboten geschaffen werden.

Die Regelung wird zum Anlass genommen, auf den ebenfalls massiven Mangel von Therapeuten/ Heilmittelerbringer hinzuweisen, auch wenn diese nicht der Bedarfsplanung unterfallen. Insgesamt sind hier bundeseinheitliche Regelungen unterschiedlicher Art erforderlich; insoweit wird um Aufnahme dieser Thematik in den Entwurf gebeten. Die Ausbildungsverordnung in der Physiotherapie beispielsweise ist immer noch aus dem Jahr 1994. Wie unterschiedlich die Ausbildungslandschaft ist, sieht man auf der Seite von "physio-deutschland", einem der Berufsverbände[5].

13. Aufnahme von Regelungen aus dem Entwurf für einen Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen

Die BAG SEBLSTHILFE hält es für sinnvoll, Regelungsvorschläge, die das Bundesministerium für Gesundheit in seinem Entwurf eines Aktionsplans für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen aufgenommen hat, in den vorliegenden Entwurf des GVSG einzuschließen, soweit absehbar ist, dass das GVSG noch zeitnah verabschiedet werden kann. Dies trägt zu einer Umsetzung des Aktionsplans bei, was zur Verbesserung der Situation von Menschen mit Behinderung auch dringend erforderlich ist.

Düsseldorf/ Berlin, den 11.11.2024

[5] Physio Deutschland: https://www.physio-deutschland.de/fachkreise/beruf-und-bildung/ausbildung.html

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(20)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
11.11.2024

Deutscher
Hebammen
Verband

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

11.11.2024

Deutscher
Hebammenverband e. V.
Geschäftsstelle Berlin
Lietzenburger Straße 53
10719 Berlin
T. 030-3940 677 0
F. 030-3940 677 49
referat-pol-strategie@hebammenverband.de

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Vorbemerkung

Der DHV bedankt sich für die Möglichkeit, zum vorliegenden Gesetzesentwurf zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GSVG) Stellung nehmen zu können. Wir begrüßen und unterstützen ausdrücklich das Ziel, *"eine noch besser auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ausgerichtete Gesundheitsversorgung unter Berücksichtigung der Interessen der an der Versorgung mitwirkenden Personen und Berufsgruppen"* zu erreichen. Wir betonen ausdrücklich: Auch angesichts der sich verändernden politischen Mehrheiten im Bundestag besteht weiterhin akuter Handlungsbedarf, um die Versorgungssicherheit für die Bürgerinnen und Bürger zu erhalten oder auch flächendeckend wiederherzustellen. Die immer größer werdenden Lücken im Versorgungsnetz für werdende Mütter und ihre Kinder dürfen nicht weiter unterschätzt und toleriert werden. Es braucht dringend praxistaugliche Reformen!

Dabei ist eine grundsätzliche Hürde zu überwinden:

Die Organisation der derzeitigen Versorgungslandschaft zeichnet sich durch zu starre Grenzen zwischen den Sektoren aus und ist zu stark auf die ärztliche Versorgung fokussiert, um die vielfältigen Bedürfnisse und Herausforderungen innerhalb der Bevölkerung abdecken zu können.

Vor dem Hintergrund des zunehmend ungedeckten Fachkräftebedarfs sowohl im Bereich ärztlicher als auch nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe, größer werdender Versorgungslücken sowie angesichts des demografischen Wandel, erscheint die grundlegende Überarbeitung der Versorgungsstrukturen unumgänglich. Dies gilt sowohl in ländlichen Regionen als auch in Metropolen. Nicht nur müssen die vorhandenen Kompetenzen *aller* Gesundheitsberufe besser genutzt werden und für die Bürgerinnen und Bürger niedrigschwellig zur Verfügung stehen. Der Anteil der Arbeit der Leistungserbringer*innen, der durch Verwaltung und fachfremde Tätigkeiten gebunden wird, sollte deutlich reduziert werden, um die Versorgung effizienter zu gestalten. Die hohen Hürden zwischen dem klinischen und ambulanten Sektor müssen abgebaut werden und Anreize für gelungene Kooperationen regulatorisch gesetzt werden. Nur so können auf kommunaler Ebene regional passende Versorgungsangebote über Sektorengrenzen und Berufsgruppen hinweg etabliert und langfristig sichergestellt werden.

Der vorliegende Gesetzesentwurf entspricht leider nur noch in sehr begrenztem Ausmaß dem Titel des Vorhabens, nämlich der Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune. In vorher bekannt gewordenen Versionen dieses Gesetzesentwurfs wurde das Ziel verfolgt, auf einen besseren Zugang benachteiligter Gruppen zur Gesundheitsversorgung, auf neue Ansätze in der Versorgung und auf mehr Prävention hinzuarbeiten. Leider sind diese essentiellen Ziele im vorliegenden Entwurf kaum noch zu erkennen. Der DHV bedauert diese Entwicklung und betont ausdrücklich:

Die Chance, im ambulanten Bereich - als Gegenstück zu einer sich verändernden Krankenhauslandschaft - einen Schritt weiterzukommen und Innovationen und neue Versorgungsansätze möglich zu machen, sollte nicht vertan werden. Der DHV bedauert daher ausdrücklich den kompletten Wegfall der Konzepte zu Primärversorgungszentren, Gesundheitskiosken und Gesundheitsregionen. Insbesondere der Ansatz der Gesundheitsregionen birgt großes Potential, um eine kooperative und flächendeckende Gesundheitsversorgung regional passend voranzubringen. Solche niedrigschwelligen Zugänge sind im Sinne des sozialstaatlichen Subsidiaritätsprinzips sinnvoll.

Darüber hinaus unterstützt der DHV ausdrücklich das Ziel, den G-BA umzugestalten, mit einem stärkeren Fokus auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und die Ausweitung der Beteiligungsrechte verschiedener Berufsgruppen. In der detaillierten Ausgestaltung sieht der DHV allerdings noch Anpassungsbedarf. Die geplanten Stellungnahmerechte der Vertretungen der Hebammen sollen zu "Beteiligungsrechten" ausgebaut werden. **Der DHV fordert, über das Beteiligungsrecht hinauszugehen in Form eines eigenständigen Mitberatungs- und Antragsrechts für die maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen in den sie betreffenden Bereichen, nach Vorbild der im vorliegenden Entwurf für die Pflege vorgesehenen Beteiligungsrechte.**

Mittelfristig wäre eine grundlegende Reform des G-BA sinnvoll, um die Gesundheitsberufe in ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereichen umfassend in die Gestaltung der Versorgung einzubeziehen.

Zum vorliegenden Referentenentwurf nimmt der DHV im Einzelnen wie folgt Stellung:

Notwendigkeit der Reformierung des G-BA

Der G-BA sieht sich zunehmend mit dem Wandel der Versorgungslandschaft und damit neuen, komplexeren Versorgungsfragen konfrontiert, die über die ärztliche Versorgung weit hinaus reichen und die Leistungen und Kompetenzen weiterer Gesundheitsberufe massiv beeinflussen. Das wird auch aus der Formulierung der Hauptaufgabe des G-BA deutlich:

> *"Hauptaufgabe des G-BA ist es, in Richtlinien die Inhalte der gesundheitlichen Versorgung näher zu bestimmen und zu entscheiden, welche Leistungen von der GKV gezahlt werden. Damit erfüllt der G-BA seinen gesetzlichen Auftrag, dafür zu sorgen, dass alle gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten gut versorgt werden können und vom medizinischen Fortschritt profitieren. Zugleich dienen seine Richtlinien der Gewährleistung, dass die Versorgung qualitätsgesichert und wirtschaftlich erfolgt."*

In seiner jetzigen Verfasstheit kann der G-BA nicht ausreichend auf diese notwendigen Anforderungen reagieren, da wichtige Perspektiven und Stakeholder im Entscheidungsprozess fehlen. Eine qualitativ hochwertige und flächendeckende sowie niedrigschwellig zugängliche Gesundheitsversorgung ist nur dann möglich, wenn die verschiedenen gesundheitlichen Fachberufe auch in die Entscheidungen über die Versorgung einbezogen werden. Das gilt auch für die Sicht der Patient*innen, weswegen die Stärkung Rolle der Patient*innenvertretungen zu begrüßen ist und ebenfalls weiterentwickelt werden sollte.

Dafür wäre eine grundlegende Reform des G-BA notwendig. Somit ist eine Stärkung der Mitwirkungsrechte der Gesundheitsberufe in diesem Gesetzentwurf ein wichtiger Schritt, aber bei weitem nicht ausreichend. Der DHV begrüßt in diesem Zusammenhang ausdrücklich, dass den Berufsorganisationen der Pflegeberufe für die sie betreffenden Bereiche ein Antrags- und Mitberatungsrecht eingeräumt werden soll.

Der DHV fordert, diese Ausgestaltung analog für die Berufsorganisationen der Hebammen in den sie betreffenden Bereichen der klinischen Geburtshilfe umzusetzen:

Mitberatungs- und Antragsrechte für Hebammen im G-BA - Anpassungen in § 92 und § 136, SGB V

Durch die Anpassung des § 92a sollen laut Entwurf die Beteiligungsrechte der Hebammen ausgeweitet werden, durch das Recht auf Teilnahme an den Beratungen im G-BA im Bereich der Mutterschaftsrichtlinien. Diese Ausweitung ist aus Sicht des DHV sehr begrüßenswert und notwendig, aber nicht ausreichend. Der DHV ist überzeugt, dass ein reines Beteiligungsrecht nicht ausreichend ist, wenn ergebnisoffene Diskussionen um die Verbesserung der Versorgungslandschaft initiiert werden sollen. Um die notwendigen Reformen in den Richtlinien und Normsetzung voranzutreiben und um neue Impulse für die Geburtshilfe zu ermöglichen, ist es daher notwendig, ein Mitberatungs- und Antragsrecht für Hebammen in den sie betreffenden Bereichen sicherzustellen.

Am Beispiel der Mutterschaftsrichtlinien lässt sich dies verdeutlichen. Die Mutterschaftsrichtlinien regeln zwar die ärztliche Versorgung, haben aber sehr konkret Einfluss auf die Versorgung durch Hebammen. Als Beispiel wäre hier die Ausgestaltung des Mutterpasses zu nennen, die die Vorsorgeuntersuchungen schwangerer Frauen strukturiert und somit einen entscheidenden Einfluss auf die Möglichkeiten der interprofessionellen Vorsorge hat, sowie auf die Gestaltung der Vorsorge durch die Frauen selbst. Auch die starke Risikofokussierung in der Schwangerenvorsorge wird entscheidend durch die Mutterschaftsrichtlinien geprägt. Hier sind Reformen notwendig, für die die Expertise von Seiten der Hebammen entscheidend ist. Für Hebammen, die als einzige Berufsgruppe

in diesem Versorgungsbereich speziell für die Physiologie ausgebildet sind, ist ein Antragsrecht damit dringend geboten.

In diesem Zusammenhang begrüßt der DHV auch die klarstellenden Erläuterungen auf Seite 49 zur vollständig eigenverantwortlichen Tätigkeit der Hebammen, da dies in der Vergangenheit zu Unsicherheiten in der Gesundheitsversorgung geführt hatte und in den Mutterschutzrichtlinien klargestellt werden musste. Bis heute besteht hier Klärungsbedarf und ein weiterer fachlicher Austausch im G-BA erscheint äußerst sinnvoll.

Es bleibt zu betonen, dass insbesondere bei der Festlegung von Standards und Qualitätssicherung ein reines Beteiligungsrecht für Hebammen nicht ausreichend ist. Der Bereich der klinischen Geburtshilfe zeigt hervorragend, warum im Sinne der Qualität, der Versorgungssicherheit sowie der Wirtschaftlichkeit die Beteiligung der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe deutlich gestärkt werden muss. Die fachärztliche Sicht auf Geburten ist ausbildungs-gemäß eine stark risikoorientierte, pathologische Sichtweise und weniger auf die Begleitung und Betreuung der physiologischen Prozesse gerichtet. Diese Sichtweise entspricht der Rolle der ärztlichen Versorgung im Geburtsverlauf.

Das Problem in Bezug auf den G-BA ist, dass die gesamte Qualitäts- und Leistungsmessung auf der pathologischen Grundlogik aufgebaut ist, obwohl es sich bei der Geburt um einen physiologischen Prozess von meist gesunden Frauen mit gesunden Kindern handelt. Die Folge der einseitigen Risiko-Fokussierung ist die systembedingte Fehl-, Über- und Unterversorgung, die im Widerspruch zu internationalen Standards, dem nationalen Gesundheitsziel “Gesundheit rund um die Geburt” sowie dem wirtschaftlichen Einsatz von Mitteln stehen.

Bislang wird die Expertise von Hebammen für die physiologische Geburtshilfe bei der Erarbeitung von Qualitätsstandards und Qualitätssicherungsverfahren nicht ausreichend berücksichtigt. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund unverständlich, dass es eine gesetzliche Hinzuziehungspflicht für Hebammen zur Geburt gibt, nicht jedoch für Ärzte. Bei Entscheidungen über die Qualitätsvorgaben der Geburtshilfe, die die Strukturen entscheidend mitgestalten, müssen Hebammen daher sowohl zwingend mitsprechen als auch Themen auf eigene Initiative einbringen können.

Der DHV schlägt daher folgende Formulierung des § 92 Absatz 1b vor:

12. § 92 wird wie folgt geändert: a) Absatz 1b wird durch die folgenden Absätze 1b und 1c ersetzt:

> *„(1b) Bei den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 und den Beschlüssen nach § 136, sofern sie die Geburtshilfe oder die Berufsausübung der Hebammen berühren erhalten die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen ein Antrags- und Mitberatungsrecht. Es wird von bis zu zwei Vertretern der maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen ausgeübt. Absatz 7e Satz 3 bis 7 gilt entsprechend. Die Vertretung der Berufsverbände der Hebammen erhält Reisekosten nach dem Bundesreisekostengesetz, Ersatz des Verdienstausfalls in entsprechender Anwendung des § 41 Absatz 2 des Vierten Buches sowie einen Pauschbetrag für Zeitaufwand in Höhe eines Fünfzigstel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches für jeden Kalendertag einer Sitzung. Der Anspruch richtet sich gegen den Gemeinsamen Bundesausschuss. Verzichtet ein Verband auf die in Satz 1 genannte Beteiligung an der Beratung, so ist ihm vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 ist zudem den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.*

Wird die Formulierung des § 92 Absatz 1b wie vorgeschlagen übernommen, kann die Anpassung des § 136 Absatz 3 b bezüglich der Beteiligung der Hebammen folgerichtig entfallen. Grundsätzlich ist aber anzumerken, dass hier ggfs. folgende Formulierung vorzuziehen wäre:

19. § 136 Absatz 3 wird wie folgt geändert:

> *a) Im ersten Halbsatz wird das Komma durch das Wort „und" ersetzt und werden die Wörter „sowie die Berufsorganisationen der Pflegeberufe" gestrichen.*
>
> *b) Folgender Satz wird angefügt: „Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen sind zu beteiligen, soweit die Geburtshilfe oder die Berufsausübung der Hebammen berührt ist."*

Der Verweis auf § 134 a SGB V ist hier rechtstechnisch zu korrigieren, da in diesem Paragraph neben den maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen auch Verbände der hebammengeleiteten Einrichtungen (Geburtshäuser) aufgeführt werden. Da hebammengeleitete Einrichtungen selbst keine Leistungserbringer, sondern rechtlich gesehen nur eine Organisationsform darstellen und damit nicht die Interessen der Hebammen als Berufsträgerinnen vertreten, ist die oben genannte Konkretisierung notwendig.

Ausgehöhlte Reform - Chance für strukturelle Veränderungen in der Ausgestaltung der Versorgungslandschaft verpasst

Der DHV hat mit Bedauern festgestellt, dass alle progressiven Ansätze zur grundsätzlichen Umgestaltung der ambulanten Versorgungslandschaft sowie der besseren Verzahnung des klinischen mit dem ambulanten Sektor aus dem Gesetzesentwurf gestrichen wurden. So wird die wichtige Chance verpasst, die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen oder sogar zu verbessern.

Als Verband, der aus ethischen Gründen und auf Grundlage seiner Selbstverpflichtung nicht nur das Berufsinteresse von Hebammen, sondern insbesondere immer das Wohl der Frauen und Familien ins Zentrum seiner Überlegungen stellt, ist diese Lücke sehr enttäuschend. Gerade für den Bereich der Schwangerenversorgung, der Geburtshilfe als auch der Betreuung der Familien in Wochenbett und Stillzeit gibt es großen Handlungsbedarf, der dringend adressiert werden müsste. Der DHV hofft inständig, dass der Gesetzgeber hier schnell und entschlossen die nächsten notwendigen Reformschritte einleitet, da diese im vorliegenden Gesetzentwurf fehlen.

In den zuvor bekannt gewordenen Entwürfen wurden mit Gesundheitskiosken, Primärversorgungszentren und Gesundheitsregionen Ansätze formuliert, um neue Wege zu gehen und Gesundheit vor Ort zu gestalten. Wir können an dieser Stelle nur bestärken, dass es absolut notwendig ist, in unserem Gesundheitssystem sektorenübergreifend mehr Kooperation und Weiterentwicklung zu ermöglichen. Besonders der Prävention von Krankheiten oder Notfällen muss ein zentraler Stellenwert in der Versorgung zukommen. Gleichzeitig ist es notwendig, die flächendeckende Versorgung sowohl in Bezug auf sozial benachteiligte Gruppen unserer Gesellschaft als auch in strukturschwachen Räumen sicherzustellen. **Dass diese Ansätze im aktuellen Entwurf komplett entfallen, ist hoch problematisch. Gerade in Ergänzung zur Umgestaltung der Krankenhauslandschaft wären jetzt klare Schritte zur Verbesserung der ambulanten Versorgung dringend geboten gewesen.**

Es ist mit Sicherheit wichtig, die hausärztliche Versorgung zu stärken. Die Herausforderungen in der ambulanten Versorgung werden so aber nicht nachhaltig oder konzeptionell umfassend angegangen. Der Fachkräftemangel sowohl bei ärztlichen als auch nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen ist ein so starkes Argument dafür, dass notwendige Reformen nicht länger nur von einer Berufsgruppe aus gedacht werden können, sondern als Kooperation der verschiedenen Berufsgruppen und Kompetenzen sowie angepasst auf regionale Bedarfe organisiert werden muss.

Beim im Referentenentwurf mit Bearbeitungsstand vom 21.03.2024 enthaltenen Vorschlag zu Primärversorgungszentren war die Primärversorgung ebenfalls zu sehr mit hausärztlicher Versorgung gleichgesetzt worden. Sowohl der Einbezug weiterer Berufsgruppen als auch die Integration des Präventionsgedanken kam dabei zu kurz. Dies hätte aber im laufenden Anhörungsprozess ergebnisorientiert gelöst werden können. Mit dem kompletten Wegfall dieser Zentren bleibt es beim Status Quo, der erhebliche Hürden und Probleme bei der Versorgung der Bevölkerung ungelöst lässt.

Dies gilt noch stärker für das Konzept der Gesundheitsregionen, das für die Verbesserung der Versorgungsangebote für Mutter und Kind hervorragende Möglichkeiten bieten würde. Hier waren sowohl die Behebung regionaler Versorgungsdefizite als auch das Bedienen von Präventionsbedarfen als feste Bestandteile berücksichtigt, ebenso wie die Verbesserung der Zusammenarbeit an Schnittstellen der Versorgungsbereiche.

Als Hebammenverband betonen wir immer wieder: Gerade im Bereich der Hebammenarbeit mit dem Ansatz, Frauen über den gesamten Betreuungsbogen zu begleiten, scheitert gute Versorgung zu oft an mangelhafter interprofessioneller Zusammenarbeit im Bereich der Vor- und Nachsorge, an einer mangelnden Verknüpfung von Vor- und Nachsorge mit der (klinischen) Geburtshilfe sowie an einer besseren Verzahnung außerklinischer Geburtshilfe mit der klinischen Versorgung. Der physiologische Versorgungsansatz der Hebammen ist stark mit dem Präventionsgedanken verknüpft und steht nicht im Widerspruch zur fachärztlichen Betreuung, sondern ergänzt diese. Eine gute Versorgung während Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit sowie die Verhinderung unnötiger Interventionen sind die beste Prävention für Mutter und Kind. Über die strukturelle Einbindung von Hebammenhilfe wird die Gesundheitskompetenz der Familien nachhaltig gestärkt, was sich wiederum qualitativ und wirtschaftlich positiv auf die Gesundheitsversorgung auswirkt.

Die Umsetzung der Gesundheitsregionen hätte hier vielfältige Ansätze zur Entwicklung regionaler und passgenauer Versorgung bieten und die Qualität der Versorgung entscheidend verbessern können. Das wäre besonders vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen gesundheitsökonomisch extrem sinnvoll.

In diesem Zusammenhang möchten wir unserer Unterstützung der **Empfehlungen des Bundesrates vom 24.6.2024** Ausdruck verleihen (Drucksache 234/1/24). Besonders **in Bezug auf Gesundheitsregionen und Primärversorgungszentren befürworten wir die Empfehlungen ausdrücklich.**

Im Bezug auf die Primärversorgungszentren unterstützen wir nachdrücklich, die medizinische Grundversorgung über die hausärztliche Versorgung hinaus zu öffnen, auch für *"je nach regionalem Bedarf weitere medizinische Grundversorgung"* (siehe §73a (1)). Hier sollte auch noch konkreter der Einbezug nichtärztlicher Gesundheitsfachberufe - wie Hebammen - eingebaut werden.

Grundsätzlich ist eine weitere Öffnung für nichtärztliche Leistungserbringer absolut notwendig. Auch eine kooperative fachliche Leitung ist in diesem Zusammenhang zu begrüßen.

So ist es sinnvoll, wie in den Empfehlungen des Bundesrates, bei den Anforderungen für Primärversorgungszentren mit "interprofessionellen Teams" zu planen und dabei auch über die hausärztliche sowie pflegerische Versorgung hinaus Möglichkeiten zu schaffen (Siehe §73a(4)1). Weitere fachärztliche Versorgung, aber auch die Versorgung durch weitere gesundheitliche Fachberufe, sollten hier strukturell ermöglicht und gefördert werden.

Auch bei den Empfehlungen des Bundesrates zur Wiederaufnahme der Gesundheitsregionen in den Gesetzesentwurf wird dieser breitere Versorgungsansatz bereits angelegt. So begrüßen wir ausdrücklich, dass schon im §140b (1) weitere nicht-ärztliche Gemeinschaften von Leistungserbringern als Vertragspartner explizit mitgedacht werden. Und wir begrüßen die Aufnahme des Zieles einer *bedarfsorientierten und sektorenübergreifenden Versorgung* sowie *einer vorausschauenden Bestands- und Bedarfsanalyse im Sinne einer regionalen Gesundheitsplanung (*§140b (2)). Gerade an der bedarfsorientierten Planung mangelt es in der Geburtshilfe

außerordentlich, da Zahlen zur Bedarfsplanung gar nicht ausreichend erfasst und ausgewertet werden.

Der DHV plädiert im Lichte dieser Argumente dafür, den Einbezug der Gesundheitsregionen und der Primärversorgungszentren nochmal neu zu überdenken und wieder im Gesetzesentwurf zu verankern.

Weitergehender Reformbedarf im Bereich der § 115 - 122 SGB V (Beziehungen zu Krankenhäusern und Vertragsärzten)

Die vorangehend beschriebene Problematik, dass die Versorgung zu sehr von der ärztlichen Versorgung aus gedacht wird, spiegelt sich auch darin wider, dass die Übergänge von ambulant zu stationär für den Arbeitsbereich der Hebammen bisher nicht angemessen geregelt sind. Die Paragraphen 115 - 122 sollten daher perspektivisch überarbeitet werden, um die Verzahnung der Sektoren auch im Bereich der Hebammenarbeit gesetzlich abzusichern. Das entspricht ebenfalls der ursprünglichen Zielsetzung dieses Gesetzes.

Hebammen sind das beste Beispiel, wie die sektorenübergreifende Versorgung flexibel organisiert werden kann. Es existiert ein breites Angebot von freiberuflichen Hebammenpraxen, aufsuchend tätigen Hebammen, Geburtshäusern sowie klinisch angestellten Hebammen. Viele Hebammen arbeiten sowohl im klinischen als auch im ambulanten Kontext. Mit dem System der Dienst-Beleghebammen und Begleit-Beleghebammen existieren zudem bereits erprobte Modelle der sektorenübergreifenden Kooperation. Diese Ansätze sollten im Rahmen des GVSG systematisch ausgebaut werden, um die nahtlose Versorgung im gesamten Betreuungsbogen zu ermöglichen. Damit würden die Kommunen die notwendigen Werkzeuge an die Hand bekommen, regional passende Versorgungsangebote für Schwangere, Mütter und Kinder zu etablieren.

Für den Bereich der Hebammenhilfe regt der DHV daher an, die Einbindung von Hebammenpraxen, Geburtshäusern oder auch Kooperationsformen im Gesetz zu verankern. Sollten die weiterführenden Konzepte wie Primärversorgungszentren oder Gesundheitsregionen im weiteren Verlauf der Gesetzesberatungen wieder aufgegriffen werden, beteiligt sich der DHV gerne mit konkreten Vorschlägen, wie die bereits vorhandenen, gesetzlich geregelten Versorgungskompetenzen der Hebammenhilfe gewinnbringend in die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in den Kommunen eingebaut werden können.

Der Deutsche Hebammenverband e. V. (DHV) ist ein Bundesverband und setzt sich aus 16 Landesverbänden zusammen. Mit rund 22.000 Mitgliedern ist der DHV der größte Hebammenberufsverband in Deutschland und vertritt die Interessen aller Hebammen. In ihm sind angestellte und freiberufliche Hebammen, Lehrer*innen für Hebammenwesen, Hebammenwissenschaftler*innen, Hebammen in den Frühen Hilfen, hebammengeleitete Einrichtungen sowie Hebammenschüler*innen und Studierende vertreten. Über die berufliche Interessenvertretung hinaus ist eine gute medizinische und soziale Betreuung der Frauen und ihrer Kinder vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit das zentrale Anliegen des Deutschen Hebammenverbandes. Als Mitglied in der European Midwives Association (EMA), im Network of European Midwifery Regulators (NEMIR) und in der International Confederation of Midwives (ICM) setzt sich der Verband auch auf europäischer und internationaler Ebene für die Stärkung der Hebammenarbeit sowie die Gesundheit von Frauen und ihren Familien ein.

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(21)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
11.11.2024

Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V.

Stellungnahme

des Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) vom 07. November 2024

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) vom 22. Mai 2024

Kontakt:

Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa)

Robert-Koch-Platz 9, 10115 Berlin
Telefon: +49 30 – 40 00 96 31, Fax: +49 30 40 00 96 32
E-Mail: info@spifa.de
Registergericht: Amtsgericht Charlottenburg, Registernummer: VR 29131 B

Vorstand: Dr. med. Dirk Heinrich, Dr. med. Helmut Weinhart, Prof. Dr. med. Hermann Helmberger, Dr. med. Petra Bubel, Dr. med. Norbert Smetak, Jan Henniger, Markus Haist (kooptiert)
Ehrenpräsident: Dr. med. Andreas Köhler
Hauptgeschäftsführer: Dr. iur. André Byrla

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Ordentliche Mitglieder des SpiFa

Akkreditierte Labore in der Medizin e.V. (ALM)

Bundesverband Ambulantes Operieren e.V. (BAO)

Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e.V. (BDA)

Bundesverband der Belegärzte und Belegkrankenhäuser e.V. (BdB)

Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI)

Berufsverband Deutsche Neurochirurgie e.V. (BDNC)

Berufsverband Deutscher Neuroradiologen e.V. (BDNR)

Berufsverband Deutscher Nuklearmediziner e.V. (BDNukl.)

Bundesverband der Pneumologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin e.V. (BdP)

Bundesverband Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (BDPM)

Berufsverband der Deutschen Radiologie e.V. (BDR)

Berufsverband Niedergelassener Chirurgen e.V. (BNC)

Bundesverband Niedergelassener Kardiologen e.V. (BNK)

Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e.V. (bng)

Berufsverband Niedergelassener und ambulant tätiger Gynäkologischer Onkologen in Deutschland e.V. (BNGO)

Berufsverband der Niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Hämatologie und Medizinische Onkologie in Deutschland e.V. (BNHO)

Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e.V. (BRZ)

Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e.V. (BVA)

Berufsverband der AngiologInnen Deutschlands e.V. (BVAD)

Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V. (BVDD)

Berufsverband Deutscher Humangenetiker e.V. (BVDH)

Berufsverband der Deutschen Urologie e.V. (BvDU)

Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V. (BVND)

Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF)

Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-
Ohrenärzte e.V. (BVHNO)

Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU)

Berufsverband für Physikalische und Rehabilitative Medizin e.V. (BVPRM)

Deutscher Berufsverband der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DBVPP)

Deutscher Facharztverband e.V. (DFV)

Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V. (DGMKG)

Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie e.V. (DGPRÄC)

Verband Deutsche Nierenzentren e.V. (DN)

Assoziierte Mitglieder

Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie e.V. (DGH)

MEDI GENO Deutschland e.V. (MEDI)

Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V. (PVS Verband)

Virchowbund – Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V. (VIR)

INHALT

I. Vorbemerkungen 7

III. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen 8

Artikel 1 – Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) 8

Nummer 3 (§ 33 Absatz 5c – neu) 8

Nummer 6 Buchstabe a (Ergänzung § 87 Absatz 2b) 9

Nummer 6 Buchstabe c (Ergänzung § 87 Absatz 2q) 11

Nummer 7 Buchstabe c (§ 87a Absatz 3c – neu) 11

Nummer 10 Buchstabe a (Änderung § 92 Absatz 1b und Absatz 1c – neu) 13

Nummer 12 (Änderung § 101 Absatz 4 und Absatz 4a – neu) 15

Nummer 14 (Ergänzung des § 106b Absatz 2 Satz 2) 16

I. Vorbemerkungen

Mit dem vorliegenden Entwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) wird durch eine Vielzahl unterschiedlichster gesetzlicher Maßnahmen die Stärkung der Gesundheitsversorgung beabsichtigt.

SpiFa:

Die in dem vorliegenden Regierungsentwurf adressieren gesetzlichen Maßnahmen gehen bezogen auf den vertragsärztlichen Bereich in die richtige Richtung, sind jedoch bezogen auf die Entbürokratisierung der vertragsärztlichen Versorgung sowie die Entbudgetierung vertragsärztlicher Leistungen unterdimensioniert.

Der vorliegende Entwurf der Bundesregierung unterbewertet den Beitrag der fachärztlichen Versorgung für eine qualitativ hochwertige und zeitnahe ambulante ärztliche Versorgung gesetzlich versicherter Patientinnen und Patienten. Bereits vor dem Hintergrund des medizinischen und technologischen Fortschritts, der weltweit seit Jahren die Ambulantisierung der medizinischen Versorgung beschleunigt, sollte der Gesetzgeber ein erhebliches Interesse haben, auch die Attraktivität der fachärztlichen Versorgung durch niedergelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zu erhöhen, um zukünftig die Versorgungssicherheit in der ambulanten Versorgung im Sinne der Patientinnen und Patienten aufrechtzuerhalten. Aus Sicht des SpiFa sind die fachärztlich tätigen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in eigener Niederlassung unverzichtbar, um eine gute, flächendeckende und auch ökonomisch effiziente Gesundheitsversorgung aufrechtzuerhalten.

Der SpiFa fordert daher ergänzende Maßnahmen zur Bürokratieentlastung aller Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie die Entbudgetierung aller vertragsärztlichen Leistungen.

Darüber hinaus sieht der SpiFa die im vorliegenden Entwurf adressierten Eingriffe in die Selbstverwaltung sowie insbesondere den Ausbau von Beteiligungsrechten im Bereich der Mutterschutz-Richtlinie für Berufsgruppen, die nicht unmittelbar von der Mutterschutz-Richtlinie betroffen sind, äußerst kritisch.

III. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen

Artikel 1 – Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

Nummer 3 (§ 33 Absatz 5c – neu)

Die Neuregelung sieht die Beschleunigung von Bewilligungsverfahren im Hilfsmittelbereich in besonders gelagerten Fällen vor. Zur Sicherstellung einer zeitnahen Versorgung von Kindern und Erwachsenen, die aufgrund der Art, Schwere, Dauer oder Komplexität ihrer Krankheit oder Behinderung einen besonderen Hilfsmittelbedarf haben, soll die medizinische Erforderlichkeit von Hilfsmitteln vermutet werden, wenn die Versicherten regelmäßig in einem sozialpädiatrischen Zentrum, das nach § 119 Absatz 1 ermächtigt wurde (SPZ) oder in einem medizinischen Behandlungszentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, das nach § 119c Absatz 1 ermächtigt wurde (MZEB), betreut werden.

SpiFa:

Der SpiFa begrüßt ausdrücklich die Neuregelung der Bewilligung der Hilfsmittelversorgung für Kinder und Erwachsene mit intellektueller Beeinträchtigung (früher geistige Behinderung) oder schweren Mehrfachbehinderungen, welche regelmäßig in Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) oder in Medizinischen (Behandlungs-) Zentren für Erwachsene mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung (MZEB) betreut werden.

Durch die Abkürzung des Genehmigungsverfahrens wird einerseits dem Fakt Rechnung getragen, dass der Versorgungsbedarf der genannten Patientinnen und Patienten in der Regel außer Frage steht und ohne Alternative ist, dass andererseits die fachliche Kompetenz der verordnenden Einrichtung in der Regel nicht angezweifelt wird. Dies führt dazu, dass Negativentscheidungen der Kostenträger in der Regel keinen Bestand haben und lediglich zu einer ethisch nicht vertretbaren Verzögerung der notwendigen Versorgung und einer Steigerung von Bürokratie und Kosten des Verfahrens führen.

Aus Sicht des SpiFa besteht allerdings weiterhin ein Versorgungsengpass, da schon jetzt die Versorgungskapazitäten in den SPZ und MZEB nicht ausreichen. Daher wäre es sinnvoll, die Regelung grundsätzlich auf die Hilfsmittelverordnung eines Facharztes für Physikalische und Rehabilitative Medizin, ggf. unter der Bedingung einer stattgefundenen gemeinsamen Hilfsmittelberatung/Teambesprechung mit therapeutischen Berufsgruppen und / oder Hilfsmittelversorgern auszuweiten.

Eine vergleichbare Situation bei der Versorgung mit Hilfsmitteln besteht auch für erwachsene Patientinnen und Patienten in höherem Lebensalter sowie mit chronischen Erkrankungen, die

nicht per Definition einer schweren Mehrfachbehinderung vergleichbar sind. Hier bedarf es in Perspektive auch einer vergleichbaren Regelung.

Nummer 6 Buchstabe a (Ergänzung § 87 Absatz 2b) – Versichertenpauschale ersetzende Versorgungspauschale

Nach der hier beabsichtigten Änderung muss der Bewertungsausschuss ausgabenneutral im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) in Abweichung der bisherigen Regelung zur Abbildung hausärztlicher Leistungen in Versichertenpauschalen, für ärztliche Leistungen Regelungen über eine abzurechnende Versorgungspauschale beschließen in Bezug auf Behandlungen erwachsener Versicherter wegen chronischer Erkrankungen, die einer kontinuierlichen Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel bedürfen und keinen intensiven Betreuungsbedarf begründen. Die vom Bewertungsausschuss zu beschließenden Regelungen über die Versorgungspauschale haben vorzusehen, dass sie je Versicherten unabhängig von der Anzahl und Art der Kontakte des Versicherten mit der jeweiligen Arztpraxis innerhalb eines bestimmten Zeitraums nur einmal durch eine einzige, die jeweilige Erkrankung behandelnde Arztpraxis abzurechnen ist. Der Zeitraum soll vier aufeinanderfolgende Kalenderquartale, mindestens jedoch zwei aufeinanderfolgende Kalenderquartale umfassen.

Durch die beabsichtigte Regelung sollen unnötige Arzt-/Praxis-Patienten-Kontakte vermieden und gleichzeitig soll eine angemessene Honorierung der hausärztlichen Leistungen gewährleistet werden.

SpiFa:

Der SpiFa begrüßt die Intention unnötige Arzt-/Patienten-Kontakte zu vermeiden und eine angemessene Honorierung hausärztlicher Leistungen zu gewährleisten.

Der konkrete Regelungsvorschlag wird vom SpiFa allerdings mit Nachdruck abgelehnt.

Die beabsichtigte Änderung riskiert eine massive Unterversorgung von ca. 4,6 Millionen erwachsenen Diabetikerinnen und Diabetikern in Deutschland.

In der hausärztlichen Versorgung sind derzeit diabetologische Schwerpunktpraxen tätig. Es handelt sich um hausärztliche Leistungserbringer mit der Zusatzweiterbildung Diabetologie, die im Versorgungsschwerpunkt Patientinnen und Patienten mit chronischem Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 versorgen sowie Diabetesschulungen anbieten. In diesen Praxen arbeiten Fachkräfte aus verschiedenen Diabetesedukationsberufen zusammen – Diabetologinnen und Diabetologen gemeinsam mit Diabetes- und Wundassistentinnen und -assistenten sowie Diabetesberaterinnen und -beratern. Diese hausärztlichen Leistungserbringer versorgen regelhaft Diabetikerinnen und Diabetiker, welche daneben oft mindestens noch eine Hausärztin/Hausärztin zur allgemeinen medizinischen Versorgung haben.

Die hausärztlichen Leistungen der diabetologischen Schwerpunktpraxen werden im Wesentlichen allein über die hausärztlichen Grundpauschalen, die Chroniker-Pauschale sowie die Disease-Management-Programme (DMP) vergütet. In den hausärztlichen Grundpauschalen des EBM gibt es, bis auf wenige Ausnahmen, keine spezifischen Diabetologie-Ziffern. Diese pauschalen Vergütungen bilden demnach allein die Finanzierung für die diabetologischen Schwerpunktpraxen.

Nach der nunmehr beabsichtigten Regelung könnten die hausärztlichen diabetologischen Schwerpunktpraxen für ihre Behandlungen gegenüber Diabetikerinnen und Diabetikern nun keine Vergütung mehr berechnen. Denn vorgesehen ist, dass für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und 2 künftig statt der hausärztlichen Versichertenpauschale, die ihrerseits Grundlage für die Chroniker-Pauschale sowie die Vergütung der Disease-Management-Programme bildet, nur noch mindestens halbjährlich eine sog. hausärztliche Versorgungspauschale durch eine einzige Arztpraxis abgerechnet werden kann. Diese Versorgungspauschale mit Sperrwirkung für andere hausärztliche Leistungserbringer dürfte oft genug die allgemeine hausärztliche Arztpraxis abrechnen, die aber im Bereich der Behandlung chronischer Diabetes regelmäßig weder kompetenziell noch zeitlich oder personell eine hochwertige Versorgung von Diabetikerinnen und Diabetikern darstellen kann. Folglich gefährdet die Einführung einer quartalsübergreifenden Versorgungspauschale zur Behandlung chronisch kranker Patientinnen und Patienten, die keinen intensiven Betreuungsaufwand aufweisen, sowie eine an das Erfüllen bestimmter Kriterien durch die Hausärztin oder den Hausarzt geknüpfte Vorhaltepauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages die zukünftige Versorgung von ca. 4,6 Mio. erwachsenen Diabetikerinnen und Diabetikern.

Die aus der konkreten Regelung für die Versorgung drohenden Gefahren dürften auch für die im hausärztlichen Bereich tätigen infektiologischen sowie allergologischen Schwerpunktepraxen gelten. Auch hier handelt es sich um spezialisierte hausärztliche Leistungserbringer, die neben allgemeinen hausärztlichen Leistungserbringern tätig sind. Danach zeichnet sich beispielsweise auch eine Unterversorgung von Patientinnen und Patienten mit HIV sowie mit Allergien ab.

Aus Sicht des SpiFa muss zur Vermeidung einer Unterversorgung die beabsichtigte Regelung entweder gänzlich gestrichen oder zumindest eine Ausnahme für neben allgemeinen Hausärztinnen und Hausärzten tätigen spezialisierte Hausärztinnen und Hausärzte geregelt werden, die diesen spezialisierten hausärztlichen Leistungserbringern weiterhin die Abrechnung der Versicherten- und Chronikerpauschalen für die Versorgung chronisch erkrankter Versicherter mit erhöhtem Betreuungsaufwand in dem heute bestehenden Umfang sichert. Der Gesetzgeber sollte in der gesetzlichen Begründung zudem flankierend darstellen, welche chronischen Erkrankungen von vornherein nicht den Anwendungsbereich der Regelung zum Abschluss einer die Versichertenpauschale ersetzenden Versorgungspauschale fallen sollen.

Nummer 6 Buchstabe c (Ergänzung § 87 Absatz 2q) – Versichertenpauschale ersetzende Versorgungspauschale

Die beabsichtigte Regelung sieht die Aufnahme von Strukturkriterien in den EBM vor, deren Einhaltung die Voraussetzung für den Erhalt der Vorhaltepauschale sein soll. Bei Nichterfüllung soll die Abrechenbarkeit nicht möglich sein. In Abhängigkeit vom Umfang der Erfüllung soll der Bewertungsausschuss Stufen festlegen dürfen. Als Kriterien sollen u.a. die Erbringung von Haus- und Pflegeheimbesuchen, die Praxisöffnungszeiten als auch die Art der Versorgung (geriatrisch, palliativmedizinisch) und die Nutzung der elektronischen Patientenakte herangezogen werden können.

SpiFa

Der SpiFa weist mit Nachdruck darauf hin, dass die in § 87 Absatz 2q genannten Kriterien für diabetologische Schwerpunktpraxen nicht vollumfänglich zu erfüllen sind. Für die Anerkennung als Schwerpunktpraxis müssen spezialisierte hausärztliche Praxen bestimmte Strukturvoraussetzungen nachweisen, welche sich vom Angebot einer allgemeinmedizinischen Praxis zum Teil stark unterscheiden und größtenteils über diese hinausgehen. Das Leistungsspektrum weicht teils erheblich vom allgemeinmedizinisch-häusärztlichen Spektrum ab. Manche der im Gesetzestext genannten Kriterien gehören zudem schlicht nicht zum Leistungskern einer Schwerpunktpraxis. Diese Unterschiede sollten berücksichtigt und entsprechende Ausnahmeregelungen getroffen werden.

Nummer 7 Buchstabe c (§ 87a Absatz 3c – neu) – Ausgleichzahlungen zur Ausbudgetierung der Leistungen im allgemeinen hausärztlichen Versorgungsbereich

Mit der beabsichtigten Regelung sollen die Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung, einschließlich der im Zusammenhang mit diesem Versorgungsbereich hausärztlich durchgeführten Hausbesuche von mengenbegrenzenden oder honorarmindernden Maßnahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und der Honorarverteilung ausgenommen werden.

Die Krankenkassen werden zur Übernahme der Vergütung dieser Leistungen in voller Höhe nach den Preisen der Euro-Gebührenordnung verpflichtet. Zudem wird der Begriff des hausärztlichen Leistungsbedarf eingeführt, der als der finanzielle Bedarf definiert ist, der sich aus der Summe aller erbrachten und abgerechneten hausärztlichen Leistungen ergibt. Dabei müssen die abgerechneten Leistungen nach sachlicher und rechnerischer Prüfung anerkannt sein. Die Zahlung der MGV soll für die hausärztlichen Leistungen nicht mit befreiender Wirkung erfolgen. Damit soll neben der vollständigen Vergütung aller erbrachten hausärztlichen Leistungen ebenfalls sichergestellt werden, dass die Entbudgetierung nicht zu Lasten anderer Arztgruppen geht. Die Verteilung und Auszahlung der Vergütung einschließlich der Zuschläge erfolgen weiterhin im Rahmen der Honorarverteilung.

Den Gesamtvertragspartnern wird aufgegeben, über Honorarzuschläge zur Förderung der hausärztlichen Versorgung zu verhandeln, wenn der hausärztliche Leistungsbedarf das zur Verfügung stehende Honorarvolumen aus der auf die Arztgruppe der Hausärzte entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (Hausarzt-MGV) über insgesamt vier aufeinander folgende Quartale unterschreitet. Die Summe der vereinbarten Honorarzuschläge darf das nicht ausgeschöpfte Hausarzt-MGV-Volumen nicht überschreiten. Bei Nichteinigung über die Höhe und die Förderzwecke steht den Beteiligten der Weg in das zuständige Schiedsamt offen.

Die Krankenkassen leisten nach der vorgesehenen Regelung eine Ausgleichzahlung, wenn und soweit in dem Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung eine Division der Hausarzt-MGV einschließlich vereinbarter Zuschläge durch den hausärztlichen Leistungsbedarf ohne die Zuschläge nach den Sätzen einen Wert von kleiner eins ergibt.

SpiFa:

Vor dem Hintergrund der Vereinbarung im Koalitionsvertrag von SPD, BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN und FDP zur Entbudgetierung ist die beabsichtigte gesetzliche Maßnahme, die Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung, einschließlich der im Zusammenhang mit diesem Versorgungsbereich hausärztlich durchgeführten Hausbesuche, von der honorarmindernden, budgetierenden Wirkung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auszunehmen, wie dies bereits mit Blick auf die Leistungen der Kinder- und Jugendärzte erfolgt ist, ein Schritt in die richtige Richtung zu einer echten Entbudgetierung der vertragsärztlichen Versorgung.

Jedoch ist die beabsichtigte Maßnahme lediglich bezogen auf die im dritten Kapitel des EBM abgebildeten Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung, einschließlich der nach Kapitel 1.4. des EBM abrechenbaren hausärztlich durchgeführten Hausbesuche, nicht sachgerecht.

Neben diesen Leistungen werden durch die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte insbesondere im Bereich der fachärztlichen Versorgung jährlich gegenüber den gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten eine ganz erhebliche Zahl bedarfsnotwendiger Leistungen sowohl in der medizinischen Grundversorgung, an der der fachärztliche Bereich mit insbesondere den grundversorgenden Facharztgruppen massiv beteiligt sind, als auch insgesamt in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erbracht, die aufgrund der Budgetierungswirkung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen schlichtweg seit Jahrzehnten nicht vergütet werden. Insgesamt tragen die in der ambulanten Versorgung der gesetzlich Versicherten tätigen niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte durch die Budgetierung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung die finanziell unterdeckte Morbiditätslast der Bevölkerung zum ganz überwiegenden Teil allein. Die Budgetierung bewirkt primär nur, die Ausgaben der Krankenkassen für von den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten ordnungsgemäß erbrachten, bedarfsnotwendige Leistungen gegenüber den Patientinnen und Patienten zu wirtschaftlichen Lasten der vertragsärztlichen Leistungserbringer zu reduzieren. Die fortgesetzte Budgetierung der fachärztlichen Versorgung ist darüber hinaus auch ursächlich für die Terminproblematik. Eine Ausbudgetierung der hausärztlichen Versorgung hat keinen Effekt auf eine zeitnahe fachärztliche Weiterversorgung, wenn die Patientinnen und Patienten zur fachärztlichen Diagnostik und Therapie keine Termine bei der Fachärztinnen und Fachärzten erhalten können.

Die ambulante fachärztliche Versorgung in eigener Niederlassung wird durch die Budgetierung sowie die immensen bürokratischen Lasten für den ärztlichen Nachwuchs immer unattraktiver und gefährdet damit eine flächendeckende ambulante fachärztliche Versorgung, die neben einer flächendeckenden hausärztlichen Versorgung unverzichtbar für eine qualitativ hochwertige, schnelle und - im Vergleich zu Krankenhäusern und anderen größeren medizinischen Einrichtungen - auch ökonomisch hoch effiziente medizinische Versorgung der Bevölkerung ist.

Der SpiFa fordert daher ausdrücklich und fortgesetzt - neben einer Bürokratiewende in der vertragsärztlichen Versorgung - die Entbudgetierung aller fachärztlichen Leistungen.

Als Übergang in die Entbudgetierung aller fachärztlichen Leistungen fordert der SpiFa als Sofortmaßnahme:

1. Die Auszahlung von mindestens 90 v. 100 der Vergütung aller von der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfassten, ordnungsgemäß erbrachten fachärztlichen Leistungen zu gewährleisten.
2. Alle fachärztlichen Leistungen zu entbudgetieren, die durch Hausärztinnen und Hausärzte auf Überweisung oder durch Krankenhäuser auf Veranlassung erfolgen.
3. Alle ärztlichen Leistungen zu entbudgetieren, die in sog. Sozialen Brennpunkten bzw. deren Bewohnerinnen und Bewohner erbracht werden.

Nummer 10 Buchstabe a (Änderung § 92 Absatz 1b und Absatz 1c – neu) – Änderung zum Verfahren für Richtlinie ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft

Die beabsichtigte Regelung sieht eine Neufassung des § 92 Absatz 1 b SGB V vor, wonach den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen und den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene nach § 134a Absatz 1 Satz 1 SGB V ein Beteiligungsrecht bei den Mutterschafts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) eingeräumt. Dies soll künftig auch das Recht auf Mitberatung in den Gremien des G-BA umfassen. Dies wird damit begründet, dass die Mutterschafts-Richtlinien auch Vorgaben zur Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten mit Hebammen und Regelungen zur Abgrenzung der Aufgabenbereiche umfassen würde, die eine Mitberatung der betreffenden Verbände in den Gremien rechtfertige.

Zudem ist in der Neufassung beabsichtigt zu regeln, dass die einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu den Entscheidungen des G-BA zu den Mutterschafts-Richtlinien zu geben ist.

SpiFa:

Die beabsichtigte Neufassung ist nicht sachgerecht und wird in der beabsichtigten Form ausdrücklich abgelehnt.

Die beabsichtigte Neufassung geht bereits von falschen Prämissen aus. Die Mutterschafts-Richtlinie des G-BA regelt an keiner Stelle die Zusammenarbeit zwischen Frauenärztinnen/Frauenärzten und Hebammen, da sie ausschließlich die ärztliche Schwangerenvorsorge regelt. Diesbezüglich erfolgte bereits durch Beschluss des G-BA vom 16. Februar 2023 eine klarstellende Anpassung zum Regelungsumfang, der am 13. Mai 2023 in Kraft getreten ist.

Gegenstand der klarstellenden Anpassung des Beschlusses des G-BA vom 16. Februar 2023, sind folgende Änderungen:

1. In der Präambel der Mutterschaftsrichtlinie wird ausdrücklich auf folgendes hingewiesen: „Die Hebammenhilfe nach § 24 SGB V ist nicht Gegenstand dieser Richtlinie“.
2. Die bisher in Abschnitt A Nr. 7 (Untersuchungen und Beratungen sowie sonstige Maßnahmen während der Schwangerschaft) enthaltenen Formulierungen in der Mutterschafts-Richtlinie zur Delegation ärztlicher Leistungen wurden vollständig und ersatzlos gestrichen.

Die Mutterschafts-Richtlinie des G-BA enthält in der gültigen Fassung daher, anders als in der Gesetzesbegründung dargelegt, an keiner Stelle Regelungen zur Zusammenarbeit der Leistungserbringergruppen oder Regelungen zur Abgrenzung der Aufgabenbereiche. Dies ist auch nicht Regelungsgegenstand und Aufgabe der Richtlinien des GBA nach § 92 SGB V, der Richtlinien zur Sicherung der ärztlichen Versorgung beschließt.

Die Mutterschafts-Richtlinie des G-BA regelt also die ärztliche Betreuung der Versicherten während der Schwangerschaft und nach der Geburt. Es handelt sich insoweit um Regelungen die primär die freiberufliche Tätigkeit der Frauenärztinnen und Frauenärzte betreffen.

Die vollständige Schwangerenvorsorge nach der Mutterschafts-Richtlinie kann im Übrigen ausschließlich durch Frauenärztinnen und Frauenärzte erbracht werden, da viele Schwangerenvorsorgeuntersuchungen unter Arztvorbehalt und dem Facharztstandard stehen (u. a. Ultraschalluntersuchungen, NIPT-Trisomie, NIPT-Rhesus, Beschäftigungsverbote in der Schwangerschaft, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen).

Der Berufsverband der Frauenärzte (BVF) hat als für die Wahrnehmung der Interessen gebildete Berufsverband der Frauenärztinnen und Frauenärzte zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) als maßgeblich wissenschaftliche Fachgesellschaft die Verfahren beim G-BA zur Mutterschafts-Richtlinie seit vielen Jahren konstruktiv mit den Erfahrungen der beim BVF organisierten Frauenärztinnen und Frauenärzte aus der ärztlichen Betreuung von Schwangeren eingebracht.

Den wissenschaftlichen Fachgesellschaften der Frauenärztinnen und Frauenärzte soll nach der beabsichtigten Neufassung hingegen nur ein gesetzliches Stellungnahmerecht zustehen.

Dem Berufsverband der Frauenärzte, als maßgebliche Organisation für die Interessen der Frauenärztinnen und Frauenärzte auf Bundesebene, der den Großteil der niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzte vertritt, die über 90 % der ambulanten Schwangerenvorsorge erbringen, soll nach den Intentionen des BMG hier trotz unmittelbarer Betroffenheit der Frauenärztinnen und Frauenärzte nicht einmal ein solches gesetzliches Stellungnahmerecht zukommen.

Eine solche Ungleichbehandlung dürfte vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Betroffenheit auch verfassungsrechtlich problematisch sein.

Die Hebammen wären im Übrigen bereits über ein Stellungnahmerecht der wissenschaftlichen Gesellschaft der Hebammen, Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi) in die Beschlussfassung des G-BA eingebunden.

Der SpiFa fordert daher, das Mitberatungsrecht in der vorgesehen Form zu streichen und im Sinne einer Gleichbehandlung ein Stellungnahmerecht aller maßgeblichen (ärztlichen wie nichtärztlichen) Berufsverbände sowie wissenschaftlichen Fachgesellschaften und die Einbeziehung der Stellungnahmen in die Entscheidungen.

Nummer 12 (Änderung § 101 Absatz 4 und Absatz 4a – neu) –Kinder- und Jugendpsychiater in der Bedarfsplanung

Mit der beabsichtigten Neufassung und Ergänzung soll die Bildung einer neuen bedarfsplanungsrechtlichen Arztgruppe geregelt werden. Die neue Arztgruppe soll psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, umfassen. Die gesonderte Beplanung dieser Arztgruppe soll zukünftig eine zielgenauere Steuerung der Niederlassung ermöglichen, um den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung für Kinder und Jugendliche flächendeckend zu verbessern.

SpiFa:

Der SpiFa sieht auch vor dem Hintergrund der weitreichenden Neufassung des Psychotherapeutengesetzes durch das Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 15. November 2019 nunmehr größeren Anpassungsbedarf der Regelung zur Bedarfsplanung im Bereich der psychosomatischen und psychotherapeutischen Bedarfsplanung. Es ist bereits semantisch nicht vermittelbar, warum nichtärztliche Psychotherapeuten weitern innerhalb von Arztgruppen beplant werden sollten. Zudem verstellt die gemeinsame Planungsgruppe von Ärzten und Nichtärzten den Blick auf den ärztlichen Versorgungsgrad im entsprechenden Versorgungsbereich. Damit ist eine Steuerung der ärztlichen Tätigkeit in dieser Planungsgruppe nicht möglich.

Aus Sicht des SpiFa wäre es mit Blick auf die Bedarfsplanung und die Feststellung entsprechender Versorgungsgrade daher insgesamt sachgerecht, die ausschließlich oder überwiegend auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychotherapie tätigen Fachärztinnen und Fachärzte gesondert von den nichtärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die in der Kinder- und Jugendpsychotherapie tätig sind, zu beplanen. Gleiches gilt allgemein für die auf dem Gebiet Psychiatrie, Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie tätigen Fachärztinnen und Fachärzte zu den nichtärztlichen Psychotherapeuten nach § 101 Absatz 4 SGB V.

Nummer 14 (Ergänzung des § 106b Absatz 2 Satz 2) – Bagatellgrenze für Wirtschaftlichkeitsprüfung der Verordnung

Mit der beabsichtigten Ergänzung soll nun geregelt werden, dass neben dem Umfang von Wirtschaftlichkeitsprüfungen die Rahmenvorgaben zukünftig verpflichtend auch die Vorgabe zur Aufnahme einer Geringfügigkeitsgrenze in Höhe von 300 Euro in den Prüfvereinbarungen enthalten müssen, bis zu deren Erreichung Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht beantragt werden können. Diese Antragsgrenze soll sich auf je eine Betriebsstättennummer, je Quartal und je Krankenkasse beziehen. Es wird davon ausgegangen, dass durch diese Maßnahme rund 70 Prozent der bislang durchgeführten Prüfverfahren zukünftig entfielen. Diese Maßnahme soll einen wichtigen Beitrag zur Entbürokratisierung darstellen und zur Vereinheitlichung der bestehenden Prüfvereinbarungen führen.

SpiFa:

Der SpiFa begrüßt die beabsichtigte Regelung als richtigen ersten Schritt die Wirtschaftlichkeitsprüfung zu entbürokratisieren. Aus Sicht des SpiFa bedarf es jedoch weiterer zahlreicher Schritte, um die Bürokratielast im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung deutlich zu reduzieren.

Der Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) setzt sich zusammen aus:

Ordentliche Mitglieder: Akkreditierte Labore in der Medizin e.V (ALM), Bundesverband Ambulantes Operieren e.V. (BAO), Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e.V. (BDA), Bundesverband der Belegärzte und Belegkrankenhäuser e.V. (BdB), Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI), Berufsverband Deutsche Neurochirurgie e.V. (BDNC), Berufsverband Deutscher Neuroradiologen e.V. (BDNR), Berufsverband Deutscher Nuklearmediziner e.V. (BDNukl.), Bundesverband der Pneumologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin e.V.(BdP), Bundesverband für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (BDPM), Berufsverband Deutscher Radiologie e.V. (BDR), Berufsverband Niedergelassener Chirurgen e.V. (BNC), Bundesverband Niedergelassener Kardiologen e.V. (BNK), Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e.V. (bng), Berufsverband Niedergelassener und ambulant tätiger Gynäkologischer Onkologen in Deutschland e.V. (BNGO), Berufsverband der Niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Hämatologie und Medizinische Onkologie in Deutschland e.V. (BNHO), Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e.V. (BRZ), Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e.V. (BVA), Berufsverband der AngiologInnen Deutschlands e.V. (BVAD), Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V. (BVDD), Berufsverband Deutscher Humangenetiker e.V. (BVDH), Berufsverband der Deutschen Urologie e.V. (BvDU), Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V. (BVND), Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF), Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e.V. (BVHNO), Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU), Berufsverband für Physikalische und Rehabilitative Medizin e.V. (BVPRM), Deutscher Berufsverband der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DBVPP), Deutscher Facharztverband e.V. (DFV), Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V. (DGMKG), Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie e. V. (DGPRÄC), Verband Deutscher Nierenzentren e.V. (DN).

Assoziierte Mitglieder: Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie e.V. (DGH), MEDI GENO Deutschland e.V. (MEDI), Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V. (PVS Verband), Virchowbund – Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V. (VIR).

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(22)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
11.11.2024

Aktion Psychisch Kranke e.V.

Bonn, 10.11.2024

Stellungnahme der Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK) zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

Für die Möglichkeit zur Stellungnahme danken wir. Wir begrüßen die grundsätzliche Intention der Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune.
Die Aktion Psychisch Kranke (APK) äußert sich entsprechend ihrem satzungsgemäßen Auftrag in Bezug auf die Verbesserung und Stärkung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. in psychischen Krisen. Dabei liegt ein besonderer Fokus auf der Unterstützung von Patientinnen und Patienten mit schwereren psychischen Erkrankungen. Dies sind seit ihrer Gründung in Verbindung mit der Psychiatrie-Enquête ihr Auftrag und Verpflichtung zugleich.
Unter dieser Prämisse fokussiert die APK ihre Stellungnahme vorrangig in Bezug auf den Gesetzentwurf auf dringliche Reformbedarfe:

1. Flexibilisierung und Ambulantisierung der klinischen Angebote in der Region bzw. in der Kommune
2. leichterer Zugang und die Sicherstellung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

Zu 1. Flexibilisierung der klinischen Angebote:
In Bezug auf die klinischen Angebote empfiehlt die APK folgende dringliche Ergänzungen im Gesetzentwurf:
Modellvorhaben nach § 64b SGB V als Optionsmodell in die Regelversorgung überführen
Modellvorhaben nach § 64b SGB V, die auf die sektorenübergreifenden Leistungserbringung einschließlich der komplexen psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld ausgerichtet sind (Globalbudgets), wurden in größerer Zahl deutschlandweit durchgeführt und haben eine hohe Evidenz hinsichtlich ihrer Versorgungswirkung nachweisen können. Die personenbezogene und Setting-unabhängige Versorgungsstruktur und Vergütung haben sich eindeutig bewährt und starren Strukturen überlegen gezeigt.
Es ist daher erforderlich, diese Erfahrungen aus dem Modellcharakter zu lösen und als Optionsmodell in die Regelversorgung zu überführen.

Vorgeschlagen wird folgende Änderung in § 64b SGB V:

in Abs. 1 nach Satz 3 folgende Sätze 4 und 5 einzufügen:

Auf Verlangen eines Leistungserbringers oder einer Gruppe von Leistungserbringern sind die Krankenkassen und ihre Verbände verpflichtet, in Verhandlungen über eine entsprechende Vereinbarung einzutreten. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 4 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer der Vertragsparteien.

Abs. 2 ist zu streichen.

Kostensteigerungen für die gesetzliche Krankenversicherung entstehen daraus nicht. Es ist bei der Umsetzung darauf zu achten, dass Qualitätsstandards wie zur Personalbemessung auch in diesem Optionsmodell eingehalten werden.

Zu 2. Leichterer Zugang und die Sicherstellung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen:

Um den Zugang zu erleichtern und die Versorgung sicherzustellen, sieht die APK vorrangigen Handlungsbedarf insbesondere in Bezug auf die Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und begrüßt grundsätzlich die diesbezügliche Ausrichtung der im Gesetzentwurf enthaltenen Änderungen.

a. Zugangserleichterungen und Sicherstellung

- Die Bildung einer eigenen Facharztgruppe Kinder- und Jugendpsychotherapie für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche wird unterstützt.
- Die im Gesetzentwurf enthaltene Regelung für besonders vulnerable Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung zusätzliche Versorgungsaufträge zu ermöglichen, wird grundsätzlich begrüßt. Die Kriterien für die Zugehörigkeit der Zielgruppe werden unterstützt, sofern diese als Aufzählung von Voraussetzungen verstanden werden, die jede für sich den besonderen Bedarf darstellen kann.
- Zudem sollte im Rahmen der aufgenommenen Evaluationspflicht bzw. Berichterstattung explizit ausgewertet werden, ob die Beantragung von Ermächtigungen auch im Sinne der Bedarfsdeckung verläuft.
- Insbesondere wird die zu schließenden Kooperationsvereinbarungen und die Berücksichtigung der Krisenhilfe begrüßt. Hier sei darauf hingewiesen, dass hierzu diese Krisenhilfen bzw. Krisendienste aber auch in den Regionen in gemeinsamer Verantwortung der relevanten Akteure sichergestellt werden müssen. Auch der Hinweis der Einbindung in ein multiprofessionelles Netzwerk insbesondere einen Gemeindepsychiatrischen Verbund wird ausdrücklich begrüßt.
- Sofern hier keine Steuerungswirkung im Sinne der Bedarfsdeckung sichtbar wird, sollte perspektivisch zusätzlich eine Regelung aufgenommen werden, dass bei der Ausweitung

von halben Sitzen über den rechnerischen Stundenrahmen hinaus, dies nur dann möglich sein darf, wenn damit in festgelegten Anteilen die angeführten besonderen Behandlungsbedarfe gedeckt werden.

b. Sicherstellung der zukünftigen Versorgung durch Sicherstellung der Weiterbildung

Eine zukünftige Versorgung auch von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen mit Leistungen der ambulanten Richtlinien-Psychotherapie muss sich auf eine entsprechend fundierten und gesicherten Weiterbildung verlassen können.

Ohne eine finanzielle Förderung der ambulanten und stationären Weiterbildung ist eine entsprechende psychotherapeutische Versorgung nicht gesichert. Es bedarf bundesgesetzlicher Vorgaben, um diese ausreichend abzusichern.

Die im Gesetz getroffenen Regelungen in § 117 und § 120 SGB V beinhalten Verbesserungen in Bezug auf die Weiterbildungsambulanzen.

Weitere Ergänzungen zum Gesetzentwurf:

- In Bezug auf die Zielsetzung der Flexibilisierung und Ambulantisierung der klinischen Angebote wird zudem vorgeschlagen, den § 118 SGB V zu den psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) zu überarbeiten. Im Zuge der zunehmenden Unterversorgung infolge des Fachkräfte- und Ärztemangels werden die PIA immer wichtiger für das Aufrechterhalten der niedrigschwelligen Behandlung. Die Unterscheidung von PIA an Allgemeinkrankenhäuser und an Fachkrankenhäusern (§ 118 Abs. 1 bzw. Abs. 2 SGB V) ist historisch überholt und damit obsolet. Eine Zusammenführung in der Form, dass psychiatrische Krankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung der Versicherten zu ermächtigen sind, wird empfohlen. Zudem hat sich die Finanzierung der PIA nach dem sog. Bayerischen Modell als zielführend hinsichtlich einer flexiblen, situationsangemessenen Versorgung insbesondere der schwer psychisch erkrankten Menschen erwiesen.

Weitere Anmerkungen zum Gesetzentwurf:

- Menschen mit psychischen Erkrankungen werden auch von einer verbesserten hausärztlichen Versorgung profitieren und eine Vorhaltepauschale bietet mehr Sicherheit.
- Mit der Chroniker-Pauschale verbinden sich perspektivisch auch Optionen für die psychiatrische fachärztliche Versorgung, wenn sie patientenorientiert ausgestaltet ist (z. B. Mitnahmeoption bei Wechsel).
- Die Gründung medizinischer Versorgungszentren (MVZ) durch Kommunen zu erleichtern, ist für die regionale Sicherstellung der Versorgung von Bedeutung.

- Dass die Belange der Patientinnen und Patienten noch besser berücksichtigt werden, durch das Recht, eine Beschlussfassung im Beschlussgremium einmalig zu verhindern, wodurch eine erneute Auseinandersetzung mit den bestehenden Bedenken oder Einwänden der Patientenvertretung in den Gremien des G-BA erfolgen soll, wird im Sinne der Verbesserung der Partizipation unterstützt. Perspektivisch ist ein Stimmrecht anzustreben.

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(23)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
11.11.2024

ENTWURF – Stellungnahme

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

11. November 2024

Kontaktperson: Johannes Roth,
Referatsleiter Gesundheitspolitik,
Krankenversicherung und
Rehabilitation
Johannes.Roth@dgb.de
Abteilung Sozialpolitik

Deutscher Gewerkschaftsbund
Bundesvorstand
Keithstr. 1; 10787 Berlin

Einleitung & Zusammenfassung

Zusätzlich zur Krankenhausreform verfolgt der Gesetzgeber das Ziel, auch die ambulanten Versorgungsstrukturen zu reformieren und so in Anbetracht der vielseitigen Herausforderungen die Versorgung der Patient*innen zu verbessern. Besonderes Augenmerk liegt auf der Stärkung der Versorgung im kommunalen Bereich. Hierfür sind u.a. folgende Maßnahmen vorgesehen:

- Reform der hausärztlichen Vergütung
- Weiterentwicklung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)
- Vereinfachung bei der Gründung kommunaler medizinische Versorgungszentren (MVZ)
- Erweiterung der Beteiligungsmöglichkeiten der Landesbehörden bei der Vergabe von Arztsitzen
- Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen
- Einführung einer Bagatellgrenze bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen
- Verbesserung bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen
- Verbesserung der Transparenz und Vergleichbarkeit der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen

Änderungen:

- Durch einen Ermächtigungstatbestand soll der Zugang von vulnerablen Gruppen zu den ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlungen verbessert werden
- Schaffung eines Wirkungsmonitorings zur Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen.
- Die im RefE noch enthaltenen Bonuszahlung für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) entfällt
- Die im RefE noch enthaltenen Ausweitung der Mitsprachemöglichkeiten der Landesbehörden bei der Versorgungsplanung entfällt
- Änderungen der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, um psychotherapeutische Versorgung zu verbessern

Durch die fehlende Wiederaufnahme von vielen zentralen Maßnahmen zur Implementierung von innovativen Versorgungsformen, wie Gesundheitskioske, Gesundheitsregionen und Primärversorgungszentren, kann der GE die Zielsetzung des Gesetzgebers aus Sicht des DGB und seiner Mitgliedsgewerkschaften

Verantwortlich: Markus Hofmann, Leiter Abteilung Sozialpolitik beim DGB Bundesvorstand

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

nicht erfüllen. Im Hinblick auf die vielfältigen Herausforderungen der ambulanten Gesundheitsversorgung und vor dem Hintergrund des sich verändernden Umfeldes durch die Krankenhausreform sind dringend umfassende Anpassungen und Ergänzungen des Gesetzesvorhabens im weiteren parlamentarischen Verfahren notwendig. Dazu gehören unter anderem die Wiederaufnahme von Regelungen zur Stärkung von innovativen Versorgungsmodellen, die einen tatsächlichen Mehrwert für die Versorgung der Menschen bedeuten können. Denn gerade wirtschaftlich Benachteiligte, die idR. eine höhere Krankheitslast aufweisen als besserverdienende, würden überproportional von diesen innovativen Versorgungsmodellen profitieren. Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften fordern das Bundesministerium für Gesundheit und die Bundesregierung vor diesem Hintergrund dazu auf, die fallen gelassenen Vorhaben zur Einführung von innovativen Versorgungsformen wieder in den GE aufzunehmen.

Deutlich zu kritisieren ist ebenfalls, dass der Gesetzgeber seiner finanziellen Verantwortung bei der Umsetzung der Maßnahmen nicht ausreichend gerecht wird, sondern erneut die Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen und ihre Arbeitgeber*innen als Beitragszahler*innen finanziell zusätzlich belastet werden. Dies wird insbesondere durch die Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen erfolgen, durch die keine spürbare Verbesserung der Gesundheitsversorgung eintreten wird. In Anbetracht der aktuellen, politisch bedingten Finanzlage der Kassen ist dieses Vorgehen fahrlässig. Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften fordern daher, die Kosten für die notwendigen Reformmaßnahmen jetzt und in Zukunft sachgerecht zwischen Bund, Ländern, Kommunen sowie PKV-Kunden und GKV-Mitgliedern aufzuteilen. Gleichzeitig sind auch die Leistungserbringer in angemessenem Maße zu beteiligen.

Aufgrund der knappen Fristsetzung von wenigen Werktagen kann im Hinblick auf die Komplexität des Gesetzesvorhabens nur auf ausgewählte Inhalte eingegangenen werden.

Zentrale Regelungsinhalte im Einzelnen:

Änderungen SGB V

Reform der hausärztlichen Vergütung

Die hausärztliche Versorgung steht insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen vor großen Herausforderungen. Die Strukturen sind schon jetzt mancherorts kaum in der Lage, für alle Patient*innen eine zeitnahe und adäquate Behandlung sicherzustellen. Im Hinblick auf die Alterung der Gesellschaft wird die Versorgungsituation weiter an Brisanz gewinnen. Um die hausärztliche Versorgung zu stärken, sieht der GE bedeutende Reformen bei der Honorierung hausärztlicher Leistungen vor.

Diese sind:

- die Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen,
- die Einführung einer jahresbezogenen hausärztlichen Versorgungspauschale für chronisch kranke Patient*innen und
- die Einführung einer hausärztlichen Vorhaltepauschale.

Grundsätzlich könnte die zeitgleiche Einführung dieser Maßnahmen versorgungspolitisch starke Wirkung entfalten, indem sich diese Forderungen auf weitere fachärztliche Bereiche ausweiten. Angesichts der Trends auf dem Arbeitsmarkt für Ärzt*innen (Konzentration in wirtschaftlich privilegierten Gebieten, nachlassendes Interesse an einer Niederlassung, stärkerer Fokus auf Work-Life-Balance, etc.), erscheint jedoch wenig plausibel, dass die mit dem Maßnahmenpaket zur Stärkung der ambulanten ärztlichen Versorgung verbundenen politischen Ziele erreicht werden.

Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen

Die vom Gesetzgeber vorgeschlagene Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung bleibt mit kleineren Änderungen erhalten und ist aus Sicht des DGB und seiner Mitgliedsgewerkschaften nicht zielführend, die Versorgung der Versicherten signifikant zu verbessern. Durch die Entbudgetierung werden jährlichen Zusatzkosten im dreistelligen Millionenbereich für die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Beitragszahler*innen erwartet. Dies ist vor dem Hintergrund der ohnehin schon angespannten Finanzlage der GKV zu sehen, die sich durch leistungsausgabensteigernde Gesetzesmaßnahmen weiter verschärfen wird.

In der Vergangenheit haben höhere Leistungsausgaben zwar zu höheren Kosten, jedoch nicht zu einer spürbar besseren Versorgung beigetragen. Statt „Geld mit der Gießkanne“ an alle Hausärzt*innen zu verteilen, sollten gezielte Förderungsmaßnahmen zur Ansiedelung neuer Hausärzt*innen in Gebieten, in denen ein (drohender) Versorgungsmangel festgestellt werden kann, umgesetzt werden. Dazu gehört die Ausweitung der Einrichtungen in der ambulanten Versorgung, in denen Ärzt*innen angestellt arbeiten können. Zudem steigt die Gefahr, dass durch weitere Entbudgetierung von fachärztlichen Leistungen die Kosten für die Kassen weiter steigen könnten, ohne die Versorgung spürbar zu verbessern.

Einführung einer Versorgungspauschale für chronisch Kranke Patient*innen (Nr. 6a)

Der GE sieht vor, durch Anpassungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen, medizinisch nicht notwendige Arzt-Patienten-Kontakte bei chronisch kranken Patient*innen zu vermeiden. Dafür soll für die kontinuierliche Versorgung chronisch kranker Patient*innen eine jahresbezogene Versorgungspauschale im EBM durch den Bewertungsausschuss beschlossen werden.

Hierdurch sollen auch monetäre Anreize zur Überbehandlung ausgeschlossen werden. Bisher existiert für chronisch kranke Patient*innen eine quartalsbezogene Versorgungspauschale. Die neue jährliche Versorgungspauschale soll gestaffelt nach Behandlungsbedarf und Aufwand in gestufter Form beschlossen werden. Vor der Beschlussfassung hat der Bewertungsausschuss dem BMG ein Konzept zur beabsichtigten Anpassung zur Genehmigung vorzulegen. Der GE sieht nun vor, dass die Regelungen zur Versorgungspauschale so auszugestalten sind, dass sie weder zu Mehr- oder Mindereinnahmen führen darf. Auch soll die Versorgungspauschale bei Anwendung alle weiteren Pauschalen oder Zuschläge bei chronisch Kranken ersetzen. Ziel solle nicht die Anpassung des Honorars sondern Entlastung der Arztpraxen sein.

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften befürworten grundsätzlich Maßnahmen zur Vermeidung medizinisch nicht notwendiger Arztbesuche. Das Konzept zur Anpassung des EBM sollte so gestalten werden, dass sich ein geringerer Behandlungsaufwand chronisch kranker Patient*innen auch in einer Reduzierung der Kosten für die Versorgung widerspiegelt. Ein geringerer Versorgungsaufwand darf nicht zu gleichbleibenden oder sogar steigenden Honoraren für hausärztliche Leistungen führen. In diesem Sinne befürworten wir die beschriebenen Anpassungen im GE. Gleichzeitig darf der Zugang zu hausärztlichen Leistungen, auch in Form von Beratungen, in keinem Fall durch die Einführung einer Versorgungspauschale eingeschränkt werden. Bei der Evaluation der Maßnahme sind insbesondere die Entwicklungen auf das gesamte Versorgungsgeschehen hausärztlicher Leistungen sowie die Kostenentwicklung zu untersuchen und ggf. entsprechende Anpassungen vorzunehmen.

Einführung einer Vorhaltepauschale für hausärztliche Leistungen (Nr. 6c)

Der GE sieht vor, den Bewertungsausschuss zu beauftragen, eine Vergütung zur Vorhaltung für die hausärztliche Versorgung notwendiger Strukturen (Vorhaltepauschalen) zu beschließen. Zugleich sollen verbindliche Kriterien festgelegt werden, die von Hausärzt*innen erfüllt werden müssen, damit sie die Vorhaltepauschale abrechnen können. Das Konzept von Vorhaltepauschalen zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung durch eine Reduzierung des ökonomischen Drucks wird von DGB und seinen Mitgliedsgewerkschaften grundsätzlich als sinnvoll erachtet. In der Versorgung können so für den versorgungsbedarf relevante Versorgungsstrukturen, etwa in strukturschwachen Regionen, vom ökonomischen Druck entlastet und somit eine qualitativ gute ambulante Versorgung im Sinne der Patient*innen hergestellt und gewährleistet werden. Damit die Einführung einer Vorhaltepauschale im konkreten Fall jedoch zu einer besseren Versorgung und besseren Arbeitsbedingungen des Personals in den Praxen führen kann, ist die zielgenaue Ausgestaltung der Kriterien durch den Bewertungsausschuss entscheidend. Vorhaltepauschalen sollten nicht zur Erhöhung der Kosten führen, wenn sich die Versorgung dadurch nicht verbessert.

Die im GE in der Begründung zu Nummer 6c genannten möglichen Kriterien, müssen jedoch genauer beschrieben und quantifiziert werden und am konkreten Versorgungsbedarf bemessen sein. Ausnahmeregelungen, die in versorgungsgefährdeten Regionen die Erteilung von Vorhaltepauschalen auch bei Nichteinhalten des Strukturkriteriums der Mindestanzahl der Versicherten erfüllt, müssen seitens der Zulassungsausschüsse oder auf Initiative der Länder erteilt werden können. Von dieser Regelung darf jedoch nur Gebrauch gemacht werden, wenn nur durch Anwendung der Ausnahmeregelungen die Versorgungssicherheit der Versicherten gewährleistet werden kann. Eine begleitende Evaluation der Einführung der Vorhaltepauschale ist vorzusehen. Zudem muss in die Kriterien als Voraussetzung zur Berechnung der Vorhaltepauschale die vollständige und lückenlose Pflege der elektronischen Patientenakte (ePA) aufgenommen werden, da jede*r Patient*in das Recht haben sollte, an den Vorteilen der Digitalisierung im Gesundheitswesen in Form einer besseren Versorgung teilzuhaben.

Freiwerdende Finanzmittel durch Nichtinanspruchnahme von hausärztlichen Leistungen sollen nicht zur Bereitstellung von Zuschlägen für Ärzt*innen auf besonders förderungswürdige Versorgungsleistungen verwendet werden, sondern an den Gesundheitsfonds zurückfließen.

Weiterentwicklung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) (Nr. 10)

Die Beteiligungsmöglichkeiten von Interessensvertretungen und wissenschaftlichen Fachgesellschaften sollen gestärkt werden. Aus Sicht des DGB und seiner Mitgliedsgewerkschaften hat sich der G-BA in seiner aktuellen Zusammensetzung als wichtiges Gremium zur Sicherstellung einer adäquaten, innovativen und gleichzeitig finanzierbaren Gesundheitsversorgung bewährt. Hierbei profitiert der G-BA von eingespielten Prozessen und einer überschaubaren Anzahl an Akteur*innen.

Eine Ausweitung der Beteiligung von wissenschaftlichen Fachgesellschaften ohne wirtschaftliches Interesse in Form einer fachlichen Beratung des G-BA sehen wir als sinnvoll an. Durch die Möglichkeit zur Stellungnahme vor einer einschlägigen Entscheidung des G-BA kann aus Sicht des DGB und seiner Mitgliedsgewerkschaften die Expertise der jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften sinnvoll in die Entscheidungsfindung des G-BA einfließen, ohne seine Handlungsfähigkeit einzuschränken.

Kommunale medizinische Versorgungszentren (MVZ) (Nr. 11a)

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) haben sich in der Versorgungslandschaft seit ihrer Einführung vor 20 Jahren etabliert und ermöglichen, bei sinnvoller Ausgestaltung orientiert am Versorgungsbedarf der Versicherten, eine gute Versorgung unter einem Dach mit kurzen (Kommunikations-)Wegen.

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften begrüßen daher das Vorhaben, die Möglichkeiten zur Gründung kommunaler MVZ zu erleichtern, indem die gesetzlich vorgesehene Sicherheitsleistung in der Höhe nach begrenzt wird. Die Festlegung der Höhe der Sicherheitsleistung soll durch den GKV-Spitzenverband und die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgen. Die Höhe der Sicherheitsleistungen muss so festgelegt sein, dass Hürden für die Gründung abgesenkt werden und gleichzeitig ein ausreichendes finanzielles Schutzniveau bestehen bleibt.

Zudem soll laut Gesetzesentwurf ein erleichterter Zugang zu Mitteln des Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigungen gewährt werden, in dem nicht länger eine Unterversorgung oder ein zusätzlicher Versorgungsbedarf festgestellt werden muss, um Zugriff auf diese Mittel zu erhalten (vgl. Nr. 16). So kann bereits präventiv auf eine drohende Unterversorgung oder auf sich verändernde Versorgungsumstände reagiert werden, ohne dass der Zugriff durch die Kassenärztlichen Vereinigungen blockiert werden kann, worüber sich Kommunen in der Vergangenheit beklagt hatten. Gleichzeitig muss sich die Gründung und Ausgestaltung von MVZ, unabhängig von der Träger- oder Eigentümerschaft, am lokalen Versorgungsbedarf im Sinne der Patient*innen orientieren. Zusätzlich müssen aus Sicht des DGB und seiner Mitgliedsgewerkschaften weitere Maßnahmen zur Stärkung von MVZ in kommunaler Trägerschaft erarbeitet und weitergedacht werden: So sollte in Nr. 16 des Entwurfs ergänzend aufgenommen werden, dass der prinzipiell sinnvolle Nachranggrundsatz des § 105 Abs. 4a Satz 3 SGB V zugunsten von kommunalen Trägerschaften entfällt; denn Träger sollten insgesamt die Sozialleistungsträger nach Sozialgesetzbuch I (Städte, Gemeinden, Landkreise, Sozialversicherungen) sein – unter Einfluss von Minderheitengesellschaftern aus dem Bereich der freien Wohlfahrtspflege.

Bedauerlich ist, dass der Gesetzesentwurf nach wie vor keinerlei Maßnahmen zur Regulierung von investorengetragenen Medizinischen Versorgungszentren (iMVZ) enthält. Regulierungsmaßnahmen von iMVZ sind notwendig, um den potenziell negativen Auswirkungen profitorientierten Handelns auf die Versorgung der Patient*innen in diesen Versorgungsmodellen vorzubeugen. Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften fordern, diese Regulierungsmaßnahmen im Sinne der Patient*innen und Versicherten umzusetzen. Handlungsleitend müssen hier der Zugang zu adäquater hochwertiger Versorgung und die Herstellung guter Arbeitsbedingungen sein und nicht Gesichtspunkte der Renditemaximierung. Mehr Gemeinwohlorientierung in der Gesundheitsversorgung, inkl. Rekommunalisierung von Versorgungseinrichtungen, ist notwendig, um ein starkes Gegengewicht zu kommerziellen Investoren, insbesondere Private Equity-Fonds, zu schaffen. Für die öffentliche Daseinsvorsorge muss das Ziel bleiben, dass die Finanzierungsanteile von Bund, Ländern und Kommunen sowie die der Sozialversicherungen im Mittelpunkt stehen und finanzielle Mittel von privaten Investor*innen die Ausnahme sind.

Erweiterung der Beteiligungsmöglichkeiten der Landesbehörden (Nr. 11b)

Die im RefE vorgeschlagene Änderungen, das bisherige Mitberatungsrecht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden in Verfahren der Zulassungsausschüsse mit besonderer Versorgungsrelevanz, um ein Mitentscheidungsrecht zu ergänzen, entfällt. Stattdessen sind nun die KVen verpflichtet, Informationen über das Versorgungsgeschehen zu evaluieren und das BMG darüber zu informieren. Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften bedauern, dass die Länder in Zukunft nicht stärker auf die Zulassungsausschüsse Einfluss nehmen zu können. Dies erschwert es ihre versorgungsrelevanten Erkenntnisse und Erfahrungen in die Planung der vertragsärztlichen Versorgung einbringen, um Unter-, Über- und Fehlversorgung zu reduzieren und somit die Versorgungssicherheit zu erhöhen.

Angesichts zunehmender Versorgungsengpässe, insbesondere in strukturschwachen Gebieten, ist eine grundsätzliche Neuorganisation der fachärztlichen Versorgung notwendig, um eine bedarfsgerechte Verteilung der niedergelassenen Ärzt*innen zu erreichen. Daher sollte die Steuerung der Arztsitze in Zukunft nicht mehr hauptsächlich über die Kassenärztlichen Vereinigungen, sondern stärker über die Länder erfolgen. Im Zuge dessen sind ebenfalls finanzielle Anreizsteuerungen gemeinsam mit den Ländern, z.B. in Form einer Umsteuerung der Honorierung anzustreben, die mit Honorarabschlägen in den Regionen verbunden sein muss, in denen es ein Überangebot an niedergelassenen Ärzt*innen gibt. Zugleich benötigen wir eine neue Bemessung der gesundheitlichen und medizinischen Bedarfe, deren Planung zukünftig nicht allein auf Verordnungs- und Kodierungsdaten der Ärzteschaft beruhen darf. Eine Evaluation durch die KVen ist dafür nicht ausreichend. Hierzu bedarf es neuer wissenschaftlicher Grundlegung.

Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Nr. 12)

Die psychotherapeutische Versorgung soll durch eine separate Bedarfsplanung gestärkt werden. Ärzt*innen, die hauptsächlich oder ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, sollen in Zukunft (zwölf Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes) eine eigene bedarfsplanungsrechtliche Arztgruppe darstellen**.** Die Ausdifferenzierung dieser Arztgruppe soll zukünftig eine zielgenauere Steuerung der entsprechenden Arztsitze ermöglichen, um den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung für Kinder und Jugendliche flächendeckend zu verbessern. Der Bedarf ist dabei vom G-BA innerhalb der nächsten sechs Monate festzulegen. Dem besonderen Versorgungsbedarf der Betroffenengruppe soll hierbei Sorge getragen werden. Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften erachten dies vor dem Hintergrund des gestiegenen Versorgungsbedarfs dieser Patient*innengruppe aufgrund von Spätfolgen der COVID-19-Pandemie als sinnvoll und notwendig. Die Verteilung der Arztsitze muss so erfolgen, dass weder Unter- noch Überversorgungen entstehen.

Einführung einer Bagatellgrenze bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen (Nr. 14)

Durch die Einführung einer Bagatellgrenze bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen von unter 300€ sollen nach Schätzungen des Gesetzgebers ca. 70% der Prüfungen entfallen. Hierdurch soll der Bürokratieaufwand reduziert werden. Aus Sicht des DGB und seiner Mitgliedsgewerkschaften sollten anlassbezogenen und stichprobenartige Prüfungen auch unterhalb der Bagatellgrenze weiterhin möglich sein, um Missbrauch vorzubeugen.

Psychotherapeutische und psychatrische Versorgung für Personen mit intellektuellen Beeinträchtigungen (Nr. 17)

Patientinnen und Patienten mit intellektuellen Beeinträchtigungen aufgrund einer geistigen Behinderung haben besondere Bedürfnisse und einen erschwerten Zugang zu psychotherapeutischer und psychiatrischer Versorgung. Um diese Versorgungslücke zu schließen, wird in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte ein neuer Ermächtigungstatbestand eingeführt. Medizinische Behandlungszentren sollen künftig Kooperationsvereinbarungen mit speziell ermächtigten Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen abschließen, die zur Versorgung dieser Patientengruppe zugelassen sind und in erreichbarer Nähe praktizieren. Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften befürworten die bessere Versorgung diese Patientengruppe.

Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen verbessern (Nr. 23)

Mit der Regelung wird sichergestellt, dass bei den Landesverbänden der Krankenkassen künftig durchgängig Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen eingerichtet werden. Zur Unterstützung, insbesondere von kleineren Krankenkassen, will der Gesetzgeber bei den Landesverbänden der Krankenkassen Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen einrichten; er will somit die Fehlverhaltensbekämpfung zentralisiert verpflichtend vorschreiben. Fehlverhalten von Leistungserbringern im Gesundheitswesen schädigt nicht nur einzelne Kranken- und Pflegekassen, sondern die Solidargemeinschaft der GKV als Ganzes. Eine koordinierte Zusammenarbeit der Kassen ist daher sinnvoll, um Fehlverhaltensbekämpfung zu verbessern. Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften begrüßen daher die Möglichkeit, dass Krankenkassen mit ihren Landesverbänden Vereinbarungen über die Aufgabenverteilung bei der Bekämpfung von Fehlverhalten schließen. Dabei müssen Doppelstrukturen nach Möglichkeit vermieden werden. Weiterhin sollen datenbasierte Verfahren etabliert werden und der GKV-Spitzenverband (unter Einbeziehung eines externen Gutachtens) ein Konzept zum Aufbau einer zentralen Datenbank vorlegen. Diese sog. Betrugspräventionsdatenbank hat zum Ziel, Hinweise über Sachverhalte oder Auffälligkeiten zu geben, die auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen hindeuten

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften begrüßen diese Vorhaben zur Bekämpfung von Fehlverhalten. Datenschutzrechtliche Anforderungen sind lückenlos einzuhalten und Verstöße empfindlich zu ahnden. Wenig hilfreich ist es eingedenk dieser Maxime, wenn dem GKV-Spitzenverband u.a. aufgegeben wird, zum Aufbau und Betrieb einer Betrugspräventionsdatenbank etwaige datenschutzrechtliche Hindernisse bei dem Aufbau und dem Betrieb einer solchen Datenbank sowie möglicher Lösungsoptionen darzustellen. Hier wird einem Gedanke Vorschub gegeben, der „Datenschutz behindere". Das kann dazu zu Verunsicherungen führen, die ggf. unnütze Datenverstöße nach sich ziehen.

Auch Kunden der privaten Kranken- und Pflegeversicherungswirtschaft müssen vor Fehlverhalten im Gesundheitswesen geschützt werden. Der DGB fordert den Gesetzgeber auf, hier tätig zu werden.

Transparenz und Vergleichbarkeit der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen (Nr. 24)

Um die Service- und Leistungsqualität der Krankenkassen für gesetzlich Krankenversicherte transparenter zu machen, werden die Krankenkassen verpflichtet, künftig jährlich einheitliche Kennzahlen und Informationen zu ihrer Service- und Leistungsqualität zu erheben. Die konkrete Ausgestaltung dieses Vorhabens und die Darstellung der Ergebnisse überlässt der Gesetzgeber dem GKV-Spitzenverband unter Nennung gewisser Mindestanforderungen. Der GE sieht nun ebenfalls vor, dass auch Kennzahlen aus dem jährlich von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) veröffentlichten Teilhabeverfahrensbericht einfließen sollen.

Die Transparenz und Vergleichbarkeit der Servicequalität der Kassen für die Versicherten zu verbessern, begrüßen der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften. Fraglich ist jedoch, ob die im GE vorgeschlagenen Kriterien in dieser Form durch Daten abbildbar sind, die Rückschlüsse auf die tatsächliche Servicequalität ermöglichen. Dies betrifft insbesondere die Anzahl von Genehmigungen, Ablehnung und Widersprüchen, die im Zweifelsfall kein Gradmesser für die Servicequalität einer Kranken- und Pflegekasse darstellen, sondern durch andere Faktoren bedingt sein können.

Bei der Ausformulierung der Richtlinien muss Praktikabilität und Vergleichbarkeit der gewährleistet werden, ohne dass eine verzerrte Darstellung der Servicequalität einzelner Kassen entsteht. Gleichzeitig müssen alle wichtigen Parameter zur Messung der Qualität einbezogen werden. Auch bei der Darstellung der Ergebnisse muss diesen Herausforderungen Sorge getragen werden. Auch müssen die Versicherten von den Krankenkassen aus Sicht des DGB und seiner Mitgliedsgewerkschaften ausreichend über die Existenz der neu einzurichtenden Vergleichswebseite informiert werden und die Nutzung barrierefrei möglich sein.

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften weisen darauf hin, dass Informationen zur Qualität von Sozialversicherungsträgern und Finanzdienstleistern bisher nur einen geringen Teil der Bevölkerung erreichen.

Änderungen SGB XI

Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Vulnerable Patientengruppen, wie Kinder und Jugendliche sowie Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen, Suchterkrankungen oder erheblich eingeschränktem psychosozialen Funktionsniveau, benötigen eine flächendeckende und niedrigschwellige psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung. Der GE sieht daher zusätzliche Versorgungsaufträge vor und ergänzt die geltenden Ermächtigungstatbestände um zielgerichtete Ausnahmeregelungen.

Die Ermächtigung zur Versorgung dieser Patientengruppen ist beschränkt auf speziell qualifizierte Ärzt*innen, Ärzte und Psychotherapeut*innen, die auf Antrag durch den Zulassungsausschuss für die Behandlung der betroffenen Gruppen zugelassen werden. Um die bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen, müssen ermächtigte Leistungserbringer Kooperationsvereinbarungen mit Einrichtungen wie medizinischen Behandlungszentren, Suchthilfe, Krisenhilfe oder vergleichbaren sozialen Diensten vorweisen. Diese Zusammenarbeit soll gewährleisten, dass die Patient*innen besser über Behandlungsangebote informiert und niedrigschwellig an Versorgungskräfte weitervermittelt werden.

Eine Ausweitung der Versorgungskapazitäten im psychologischen und psychiatrischen Bereich, insbesondere für die benannte Personengruppen ist erforderlich und sinnvoll.

Kosten für die GKV

Die im GE ausgewiesenen Zusatzkosten für die GKV sind beträchtlich. Durch die Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen entstehen jährlich Zusatzkosten im Bereich eines unteren dreistelligen Millionenbetrags, Schätzungen von Seiten der Kassen gehen von ca. 300 - 400 Millionen Euro jährlich aus. Zudem können weitere Kosten durch Einführung der Versorgungspauschale zur Behandlung chronisch kranker Patient*innen und der Vorhaltepauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages entstehen. Zudem werden Zusatzkosten in Höhe eines niedrigen bis mittleren zweistelligen Millionenbetrags durch Stärkung der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen erwartet.

Diese erheblichen Zusatzkosten müssen in die aktuellen und zukünftigen politischen Entscheidungen eingepreist werden. Daher machen der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften an dieser Stelle erneut deutlich, dass die GKV-Mitglieder und ihre Arbeitgeber*innen als Beitragszahler*innen von allen Kosten, die

ihnen durch gesamtgesellschaftliche und versicherungsfremde Leistungen entstehen, vollständig entlastet werden müssen. Der Bund muss daher u.a. dringend kostendeckende Beiträge für Bürgergeld-Bezieher*innen an den Gesundheitsfonds überweisen. Diese Subventionierung des Bundesaushalts auf Kosten der Beitragszahler*innen der GKV in Höhe von über zehn Milliarden Euro jährlich ist nicht nachvollziehbar und muss beendet werden. Zusätzlich fordern der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften eine regelgebundene Dynamisierung des Bundeszuschusses an den Gesundheitsfonds, die auf dem gesetzlich bestimmten Steuerzuschuss fußt - auch und insbesondere in Anbetracht der aktuell diffizilen Haushaltslage.

Antrag der Fraktion der CDU/CSU
Versorgung von Menschen in psychischen Krisen und mit psychischen Erkrankungen stärken
(Bt-Drs: 20/8860):

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften teilen die Einschätzung, dass eine Verbesserung der Prävention und Behandlung psychischer Erkrankungen dringend erforderlich ist. Ebenso wie der Antragssteller, sehen auch der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften die Notwendigkeit, psychotherapeutische und psychiatrische Versorgungskapazitäten weiter auszubauen, um den steigenden Bedarfen in der Bevölkerung Sorge zu tragen. Wir teilen ebenfalls die Einschätzung, dass mehr Medizinstudienplätze und eine verbesserte Sichtbarkeit der Studiengänge Psychologie und Psychotherapie notwendig sind, um das bestehende Nachwuchsproblem anzugehen.

In diesem Sinne stimmen wir mit den Zielsetzungen der Forderungen 1-3 sowie 5-8 des Antrags grundsätzlich überein.

Ausdrücklich nicht überein stimmen der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften mit der geäußerten Meinung, dass die seit 2020 in den Krankenhäusern im Rahmen der geltende und vom G-BA entwickelte „Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie“ (PPP-RL) geltenden Personaluntergrenzen und die mit der Nichteinhaltung der Untergrenzen verbundenen Strafzahlzungen unverhältnismäßig und unsachgemäß sind. Auch die geäußerte Befürchtung, dass bundesweit zu einer weiteren Verknappung der stationären Versorgungskapazitäten und Überlastung der ambulanten Versorgung führen wird, teilen wir nicht.

Pflegepersonalregelungen sind ein zentrales Instrument, um zum einen die Qualität der Versorgung für die Patientinnen und Patienten sicherzustellen und zum anderen halbwegs akzeptable Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten zu ermöglichen. Dabei spiegeln Untergrenzen bei weitem nicht den adäquaten Bedarf an personellen Ressourcen wider, sondern sind als untere Haltelinie zu verstehen, die für eine bedarfsgerechte Versorgung und ein leistbares Arbeitspensum in keinem Fall unterschritten werden darf. Die PPP-RL ist daher weder

ein Beschäftigungshemmnis noch sorgt es für demotivierte Beschäftigte – Sie fördert gute Arbeit und motiviert daher Fachkräfte zur Arbeit in den betreffenden Einrichtungen. Dieser vermeintliche Lösungsvorschlag der CDU/CSU-Fraktion geht an den Bedürfnissen der Patient*innen komplett vorbei und verschlechtert ebenfalls die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten. Wer indirekt eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen für einen Engpassberuf fordert, sorgt für eine Verschlechterung der Versorgung und verstärkt bestehende Personalengpässe. Nr. 4 des Antrages ist daher unbedingt abzulehnen.

Antrag der Fraktion der CDU/CSU
Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum stärken
(BT-Drucksache 20/11955)

Der vorliegende Antrag stellt fest, dass zwischen städtischen und ländlichen Regionen ungleiche Versorgungsniveaus existieren. Die Dichte der Besiedlung allein ist jedoch nicht geeignet, um dieses Phänomen ausreichend zu erklären. Tatsächlich verlaufen die Trennlinien anhand von sozioökonomischen Faktoren, also zwischen Arm und Reich und nicht zwingend Stadt oder Land. Einkommensschwache urbane Regionen sind genauso von Unterversorgung betroffen wie strukturschwache ländliche Regionen, während die Situation in wohlhabenden ländlichen Regionen oftmals eine deutlich andere ist.

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften teilen jedoch im Grundsatz die Einschätzung des Antragsstellers, dass eine Ausweitung der Versorgungskapazitäten in ländlichen Regionen geschaffen werden muss, um die Versorgung einer alternden Bevölkerung sicherzustellen. Dies gilt jedoch ebenso für von Unterversorgung betroffene urbane Regionen, um im Sinne der Herstellung gleicher Lebensverhältnisse eine flächendeckend gute Versorgung zu ermöglichen und die gesundheitliche Chancengerechtigkeit zu fördern.

Die in Nr. 1 und 2 geforderten Erhöhungen der Finanzierung ambulanter Leistungen und die Entbudgetierung fachärztlicher Leistungen in ländlichen Regionen erachten wir jedoch nicht als zielführendes Werkzeug, um die Versorgung spürbar im Sinne der Patient*innen zu verbessern. Stattdessen sind andere passgenauere und zielgerichtete Anreizsysteme zu prüfen, die eine effiziente Nutzung knapper Beitragsmittel ermöglichen und gleichzeitig wirksam sind.

Auf die vorliegenden Anträge der AfD-Fraktion wird kein Bezug genommen.

Schlussbemerkung

Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften stellen nach wie vor zweifelsohne fest, dass mit den vorliegenden Inhalten des GE eine sinnvolle Stärkung der ambulanten Versorgung im Sinne der Patient*innen und der Beschäftigten im Gesundheitsbereich nicht erreicht werden kann. Ohne umfassende

Anpassungen und Ergänzungen nimmt der Gesetzgeber zunehmende Versorgungsengpässe billigend in Kauf und verschlechtert zusätzlich die finanzielle Situation der gesundheitlichen Versorgung durch die GKV. Der DGB und seine Mitgliedsgewerkschaften fordern daher erneut die Wiederaufnahme innovativer Versorgungsformen im weiteren Gesetzgebungsverfahren, ohne die GKV finanziell über Gebühr zu belasten. Die im GE vorgenommen geringfügigen Anpassungen ermöglichen keine maßgebliche Verbesserung des Versorgungsgeschehens.

Zusätzlich sollte die Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen zurückgenommen werden. Die Veränderungen in der Versorgungslandschaft, der Wunsch der nachrückenden Ärztegeneration zur Teilzeitarbeit, Anstellung und einer Vereinbarkeit von Beruf und Familie werden nicht durch den Faktor Geld gelöst. Denn anstatt einer weiteren Finanzspritze in das für Ärzt*innen immer unattraktivere Geschäftsmodell niedergelassene Ärzt*innenschaft sind andere Maßnahmen notwendig, um die ambulante gesundheitliche Versorgung der Menschen abzusichern – auch qualitativ. Dies sind insbesondere der Aufbau und Förderung von alternativen Versorgungsstrukturen, wie bspw. Medizinische Versorgungszentren (MVZ), regionalen Versorgungszentren, regionalen Gesundheitszentren, Regionale Sektorenunabhängige Versorgung, Level 1i-Krankenhäuser, etc., deren gemeinsame Kriterien Multiprofessionalität, Primärarztzentrierung und Gemeinwohl-/Nonprofitorientierung sind. Das reduziert sowohl den Aufwand für eine freiberufliche Tätigkeit für den/die einzelne*n Ärzt*in als auch die Wegezeiten für die Patient*innen. Im Zuge einer Neugestaltung der Versorgungsmodelle ist insbesondere den Interessen der nicht-ärztlichen Belegschaft Sorge zu tragen, um angemessene Arbeitsbedingungen sicherzustellen. Auch die Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen auf das qualifizierte Assistenz- und Pflegepersonal muss vorangetrieben werden, um die Ärzt*innen von medizinischen Leistungen zu entlasten und die Pflegeberufe aufzuwerten – und damit beide Berufsgruppen attraktiver zu machen.

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(24)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
11.11.2024

Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft

Stellungnahme
der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zum

Gesetzesentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

Berlin, 11.11.2024
Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di
Paula-Thiede-Ufer 10
10179 Berlin

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Vorbemerkung

Mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf strebt die Bundesregierung eine Vielzahl von Einzelregelungen an, die unter anderem die bessere Einbindung der Interessen der an der Gesundheitsversorgung mitwirkenden Personen und Berufsgruppen in die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses, die erleichterte Gründung kommunaler Medizinischer Versorgungszentren, die Verbesserung des Zugangs von Kindern und Jugendlichen zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung und die beschleunigte Versorgung schwer Erkrankter im Bewilligungsverfahren für Hilfsmittel erreichen sollen. Darüber hinaus plant das BMG, die Budgetierung der ärztlichen Honorare im hausärztlichen Bereich aufzuheben, eine Vorhaltefinanzierung für ambulante Versorgungsstrukturen mit besonderer Bedeutung für die ambulante Versorgung einzuführen und für die Versorgung chronisch kranker Patient*innen eine Pauschalfinanzierung anstelle bisher geltender Regelungen zu etablieren.

Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di stellt mit Blick auf die Gesamtheit der vorgesehenen Maßnahmen fest, dass für eine tatsächliche Stärkung der ambulanten Versorgung, wie sie auch im Titel des Gesetzgebungsverfahrens enthalten ist, weder die richtigen Instrumente gewählt, noch die den feststellbaren Stärkungsbedarfen zugrundeliegenden Mängel abgestellt werden. Stattdessen wird primär auf eine durch GKV-Mittel zu finanzierende Leistungsausgabenausweitung zugunsten der ambulanten hausärztlichen Versorgung gezielt. Ver.di lehnt den Fokus auf die finanziellen Anreize für Leistungserbringer, die auf eine Stärkung der ambulanten Versorgung abzielen, ab. Gleichgerichtete Instrumente extrabudgetärer Vergütungskomponenten , die seinerzeit durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) eingeführt wurden, haben sich als wirkungslos erwiesen und wurden zwischenzeitlich wieder abgeschafft.

Besonders kritisch ist in diesem Zusammenhang die Umdeutung des Gesetzesvorhabens einzuordnen, die der Gesetzgeber hier im Vergleich zu vormaligen Entwürfen vorgenommen hat: weder sind das Konzept der Gesundheitskioske, noch die Einführung von Primärversorgungszentren zur Stärkung der ambulanten hausärztlichen Versorgung, noch die Etablierung von Gesundheitskiosken zur Beratung und Information der Bürger*innen Bestandteil des Entwurfs. Damit verzichtet der Gesetzgeber auf wichtige Konzepte, die dringend notwendig sind, um die ambulante Versorgung zu stärken. ver.di fordert den Gesetzgeber mit Nachdruck dazu auf, insbesondere diese drei Aspekte wieder in den Entwurf aufzunehmen:

1. Es ist sachgerecht und dringend erforderlich, benachteiligten Regionen und Stadtteilen durch die Einrichtung von Gesundheitskiosken zusätzliche Ressourcen zur Erweiterung von medizinischen und pflegebezogenen Informations- und Beratungsangeboten für Bürger*innen, zur Stärkung ihrer Gesundheitskompetenz und zur medizinischen

Vernetzung innerhalb von Gesundheitsregionen zur Verfügung zu stellen. Bereits gesammelte Erfahrungen mit der Einrichtung entsprechend organisierter Gesundheitskioske im Rahmen von Modellprojekten zeigen, dass die zielgerichtete Unterstützung von Bürger*innen, denen aufgrund fehlender ökonomischer Ressourcen, begrenzter Informationen oder mangelnder Verfügbarkeit von Wissen über weiterführende Gesundheitsversorgungsangebote Hürden beim Zugang zu Gesundheitsversorgungsleistungen entstehen, geboten und sinnvoll ist. Niedrigschwellige und präsenzbasierte Beratungsstrukturen vor Ort, ggf. auch in aufsuchender Form, erreichen vor allem jene Personen, deren gesundheitliche Teilhabechancen durch online verfügbare Inhalte nicht in ausreichendem Umfang unterstützt werden können. Dies hat unmittelbare Auswirkungen auf den Nutzen und die Annahmebereitschaft gesundheitsförderlicher Maßnahmen wie z. B. lebensweltlicher Präventionsangebote, aber auch auf die Orientierung innerhalb des verzweigten und nicht intuitiv zugänglichen deutschen Gesundheitssystems. Der weitere Aufbau von Gesundheitskiosken kann somit wirksam dazu beitragen, die individuelle Gesundheitskompetenz und sachgerechte Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgungstrukturen der in diesen Regionen und Stadtteilen lebenden Bürger*innen zu stärken. ver.di fordert die Bundesregierung dazu auf, das Vorhaben zur Einrichtung von Gesundheitskiosken wieder in den Entwurf aufzunehmen.

In diesem Zusammenhang fordert ver.di den Gesetzgeber zu Maßnahmen zur Strukturförderung im Bereich der ambulanten Versorgung auf, die das Angebot von Beratungsleistungen strukturell durch den zielgerichteten Auf- und Ausbau von Versorgungskapazitäten flankieren. Die gesundheitliche Benachteiligung von Bürger*innen in strukturschwachen oder entlegenen Regionen sowie benachteiligten Stadtteilen ist nicht alleine dadurch zu beheben, dass eine Förderung der individuellen Gesundheitskompetenz der dort Wohnenden umgesetzt wird. Kommunale Versorgungsangebote müssen sowohl auf ambulanter als auch stationärer Ebene bedarfsgerecht vorgehalten und zugänglich sein, um eine direkte Überleitung zwischen Beratung und Gesundheitsversorgung zu sichern. Gerade in strukturell benachteiligten Regionen und Stadtteilen sind Kommunen finanziell nicht in der Lage, die zusätzlich notwendige ambulante Infrastruktur bereitzustellen.

Die Finanzierungsverantwortung bei der Gründung von Gesundheitskiosken ist so zu regeln, dass eine erhebliche und einseitige finanzielle Mehrbelastung der GKV ohne ein Initiativ- oder Mitgestaltungsrecht vermieden wird. Da auch nicht gesetzlich versicherte Personen Zugang zu den Leistungen der Gesundheitskioske benötigen und zudem die kommunale Bedarfsermittlung der ausschlaggebende Faktor sein muss, ist es sachgerecht,

dass Gesundheitskioske kommunal organisiert und teilfinanziert werden. Eine Beteiligung der PKV in relevantem Umfang ist ebenso vorzusehen.

2. ver.di fordert, die Möglichkeit der Einrichtung von Primärversorgungszentren (PVZ) für integrierte Versorgungsangebote in Kommunen wieder in den Regelungsinhalt des Entwurfs aufzunehmen. Dringend geboten ist, den Kommunen nicht erst bei drohender oder festgestellter Unterversorgung die Einrichtung von PVZ zu ermöglichen, sondern regelhaft die Einrichtung dieser Versorgungsstrukturen für Kommunen vorzusehen. Ergänzend ist zu regeln, dass die PVZ auch durch die zu versorgenden Kommunen selbst getragen und errichtet werden können und dies nicht von der Antragsstellung durch die genannten Leistungsträger abhängig gemacht wird. Zur Sicherstellung der Versorgungsqualität und der bedarfsgerechten Personalausstattung reicht es nicht aus, wenn für die PVZ die personelle und sachliche Mindestausstattung geregelt wird. Um eine hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten, müssen vielmehr Vorgaben für eine bedarfsgerechte Personalausstattung aller im PVZ vertretenen Versorgungsbereiche gesetzlich verankert werden.
3. ver.di fordert, die Einrichtung von Gesundheitsregionen wieder in den Regelungsinhalt des Entwurfs aufzunehmen. Die Organisation der Gesundheitsregionen sollte auf kommunaler Ebene oder auf Ebene der Sozialversicherungsträger erfolgen und nicht den Leistungserbringern der Regionen, deren Verbünden oder Dritten übertragen wird. Gesetzlich ist in diesem Zusammenhang zu verankern, dass die Organisation der Gesundheitsregionen wettbewerbsneutral verlaufen und alleine am Merkmal der Aufwertung der regionalen Versorgungsqualität auszurichten ist.

ver.di fordert den Gesetzgeber auf, diese gebotenen inhaltlichen Aufwertungen des Entwurfs vorzunehmen und somit wieder auf eine strukturell wirksame Stärkung der ambulanten Gesundheitsversorgung, wie sie in früheren Entwürfen erkennbar war, zurückzukehren. Die Bundesregierung darf erforderliche strukturprägende Reformvorschläge im ambulanten Bereich, die für die Gewährleistung einer bedarfsgerechten ambulanten Versorgung der Bürger*innen langfristig wirksam sein werden, nicht durch alleinigen Verweis auf haushalterische Sparvorgaben preisgeben.

Die für das Versorgungsgesetz II angekündigte gesetzliche Regelung der Refinanzierung der Weiterbildung von Psychotherapeut*innen muss darüber hinausgehend unverzüglich umgesetzt werden. ver.di fordert seit der Reform des Psychotherapeutengesetzes 2019 eine zufriedenstellende Regelung, um sowohl den Psychotherapeut*innen in Weiterbildung als auch den ausbildenden Einrichtungen Sicherheit zu bieten. Es ist unerlässlich, Bedingungen für eine

hochwertige qualitative psychotherapeutische Ausbildung im Studium und in der Weiterbildung zu schaffen.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 2 - § 28 Abs. 3 (Neu) – Zugang zu psychotherapeutischer Versorgung

Inhalt

Geregelt werden soll, dass die Einholung eines Konsiliarberichtes künftig nicht mehr erforderlich ist, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Überweisung eines Vertragsarztes erfolgt.

Einordnung

ver.di bergrüßt, dass künftig der durch die bisherige Pflicht zur Einholung eines Konsiliarberichtes entstehende Mehraufwand vor Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung künftig entfallen solle, wenn die Behandlung auf Überweisung eines Vertragsarztes hin erfolgt.

Nummer 3 - § 33Abs. 5c SGB V (Neu) – Erleichterter Zugang zu Hilfsmitteln

Inhalt

Geregelt werden soll eine erleichterte Feststellbarkeit der Erforderlichkeit von Hilfsmitteln für Kinder und Erwachsene. Wenn sich die betroffenen Versicherten in regelmäßiger Behandlung in einem sozialpädiatrischen Zentrum nach § 119 Abs. 1 oder in einem medizinischen Behandlungszentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachberhinderungen nach § 119c Abs. 1 befinden und die beantrage Hilfsmittelversorgung von dem dort tätigen behandelnden Arzt im Rahmen der Behandlung innerhalb der letzten drei Wochen konkret empfohlen wurde, soll sie als erforderlich gelten.

Einordnung

Die vorgesehene Erleichterung der Feststellbarkeit der Erforderlichkeit von Hilfsmitteln vereinfacht den Zugang zu diesen Hilfsmitteln insbesondere für Versicherte mit entsprechenden gesundheitlichen Voraussetzungen und einen dadurch begründeten besonderen Hilfsmittelbedarf. Die zeitnahe Versorgung mit Hilfsmitteln dient der Sicherung der Teilhabe und der positiven Beeinflussung möglicher Beeinträchtigungen im alltäglichen Leben. Sie ist daher sachgerecht und wird unterstützt.

Nummer 6 – Änderung des § 87 –Einführung einer Versorgungspauschale für chronisch Erkrankte; Einführung einer Vorhaltevergütung

Inhalt

Die Regelung in Nr.6 a.) sieht vor, seitens des Bewertungsausschusses eine einmal jährliche abrechnungsfähige Versorgungspauschale beschließen zu lassen, die für die Behandlung eines Versicherten, bei dem mindestens eine lang andauernde, lebensverändernde Erkrankung vorliegt, die einer kontinuierlichen Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel bedarf. Diese Pauschale ist je Versicherten einmal innerhalb von vier aufeinanderfolgenden Kalendervierteljahren durch Arztpraxen abrechnungsfähig, unabhängig von Anzahl und Art weiterer Arztkontakte.

Durch Nr.6 c.) soll eine neue Vergütung zur Vorhaltung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen beschlossen werden. Diese soll zugleich Kriterien festlegen, die Vertragsärzte für die Abrechenbarkeit der Vorhaltepauschale erfüllen müssen. Ermöglicht werden soll eine Gestaltung der Vorhaltepauschale in Abhängigkeit der Anzahl der vorliegenden Kriterien in Stufen. Als Kriterien sollen insbesondere eine bedarfsgerechte Versorgung mit Haus- und Pflegeheimbesuchen, bedarfsgerechten Praxisöffnungszeiten, der vorrangigen Versorgung der Versicherten mit Leistungen aus dem hausärztlichen Fachgebiet, eine festzulegende Mindestanzahl an zu versorgenden Versicherten sowie die regelmäßige Nutzung von Anwendungen nach § 334. Die Vorhaltepauschale soll als einmal jährlich abzurechnende Pauschale pro Versicherten gezahlt werden. Werden durch Einführung der Vorhaltepauschale Finanzmittel frei, sollen diese auf besonders förderungswürdige Leistungen im hausärztlichen Versorgugnsbereich verwendet werden. Eine Evaluation dieser Vorhaltevergütung soll bis zum 31.12.2028 an das BMG übermittelt werden.

Einordnung

Die beabsichtigte Einführung einer Versorgungspauschale für chronisch Erkrankte anstelle der bisherigen Regelungen der Chronikerpauschale und der quartalsweisen Abrechnung wirft Fragen auf, die vor Verabschiedung der Regelung insbesondere hinsichtlich der Auswirkungen dieser Vergütungsreform auf GKV-Ausgaben und Honorare zu klären sind. So ist gegenwärtig noch unklar, wie etwa im Falle eines oder mehrerer versichertenseitiger Praxiswechsel, die ggf. aufgrund von Urlaubs- oder Abwesenheitszeiten von Ärzt*innen, aber auch im Rahmen des Rechtes auf freie Arztwahl zustande kommen können, eine Verrechnung oder anteilige Anrechnung der Pauschale stattfinden kann. Als Effekt zu vermeiden ist, dass Versicherte von Praxen abgelehnt werden, wenn sie als chronisch Erkrankte bereits bei einer anderen Arztpraxis in Behandlung waren oder sind und daher keine Pauschalzahlung für die jeweils in Frage kommende Praxis in Aussicht steht. Ebenso sind dahingehend sachgerechte Vorkehrungen zu treffen, dass chronisch

Erkrankte, für die die Versorgungspauschale gelten soll und die zukünftig entsprechend weniger häufige Arzt-Patientenkontakte unter der Voraussetzung gleichbleibender Medikamentionsbedarfe eingehen sollen, keine Nachteile hinsichtlich ihres Begutachtungs- und Behandlungsbedarfs entstehen. Wird etwa eine außerplanmäßige Veränderung einer vorhandenen Medikation während eines Abrechnungsjahres seitens des Versicherten erforderlich und ist dazu ein Arzt-Patienten-Kontakt notwendig, so darf für die betroffenen Patient*innen kein Nachteil bei einer Terminvereinbarung daraus entstehen, dass die Versorgungspauschale noch nicht ausgezahlt wurde oder in einer anderen als der die Verordnung erstmalig auslösenden Praxis geltend gemacht werden soll.
Davon unberührt erscheint die Intention sinnvoll und sachgerecht, häufige und medizinisch nicht immer notwendige Arzt-Patienten-Kontakte bei chronisch Erkrankten zu reduzieren, sofern es sich beim Anlass dieser Kontakte um die Ausstellung von kontinuierlicher Arzneimittelverordnungen mit einem bestimmten Präparat handelt. Dass chronisch Erkrankte nach der Erstabgabe eines Medikamentes eine sich mehrfach wiederholende Abgabe in Anspruch nehmen können, ohne dazu einen Behandlungstermin vereinbaren zu müssen, kann zu ambulanten Kapazitätsentlastungen führen und ist insofern sinnvoll. Die Einführung der Versorgungspauschale wird dieser Zielsetzung gerecht und zielt auf die Reduktionen von Fehlanreizen im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen. Insofern ist die Regelung zu begrüßen.

Die Einführung einer Vorhaltepauschale für ambulante Leistungen kann aus Sicht von ver.di ein geeignetes Insturment darstellen, um in unterversorgten oder strukturschwachen Regionen und Stadtteilen vorhandene Versorgungsstrukturen vom ökonomischen Druck zu entlasten und die Ansiedelung neuer Versorgungsstrukuren zu erleichtern. Vorhaltepauschalen müssen allerdings zweckgebunden eingesetzt werden, etwa zur Aufwertung der Beschäftigungsbedingungen in den jeweiligen Einrichtungen sowie zur besseren Versorgung, und vor diesem Hintergrund als Instrument regelmäßig evaluiert werden. Das Vorsehen von Strukturkriterien wie etwa einer Mindestanzahl an Versicherten je Quartal, Erbringung von Hausbesuchen oder Pflegeheimbesuchen sowie Sprechstunden außerhalb der regulären Öffnungszeiten sind geeignete Möglichkeiten, um die Umsetzung dieses Finanzierungsmodells an bedarfsgerechten Indikatoren zu orientieren. Gleichzeitig kann es erforderlich sein, Vorhaltebudgets auch für Versorgungsstrukturen vorzusehen, die besonderen Versorgungsbedarfen, etwa in dünn besiedelten Regionen, unterliegen, aber von den genannten Strukturvoraussetzungen abweichen. Daher sollte eine begründete Ausnahmemöglichkeit vorgesehen werden, mit der Zulassungsausschüsse oder Landesbehörden Vorhaltepauschalen auch dann ermöglichen, wenn dies für die bedarfsgerechte ambulante Versorgung erforderlich ist, jedoch nicht alle Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.

Nummer 7 – Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen

Inhalt

Nummer 7 c.) sieht vor, die Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung von mengenbegrenzenden oder honorarmindernden Maßnahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und der Honorarverteilung auszunehmen.

Einordnung

Die vorgesehene Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen wird aller Voraussicht nach erhebliche finanzielle Mehrbelastungen für die GKV im dreistelligen Millionenbereich mit sich bringen, während positive Auswirkungen für die Versorgungsqualität der gesetzlich Versicherten nicht als gesichert betrachtet werden können. Bereits die extrabudgetäre Vergütung zusätzlicher hausärztlicher Sprechstunden im Rahmen der Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG), die mittlerweile wieder abgeschafft wurde, hatte erhebliche Mehrkosten für die gesetzlichen Krankenkassen hervorgerufen, ohen nachweisbar positive Effekte auf die Qualität ambulanter Versorgungsangebote zu haben. Insofern bezweifelt ver.di, dass allein durch finanzielle Anreize eine bessere Versorgung von Patient*innen erreicht werden kann. Vorrangig sollten stattdessen zielgerichtete Maßnahmen zur Einrichtung und Besetzung von ambulanten Behandlungskapazitäten, insbesondere in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen und Stadtteilen, verfolgt werden. Das Instrument der Primärversorgungszentren, das aus dem Entwurf aufgrund fehlender Finanzierungszusagen seitens des BMF herausgenommen wurde, hätte hierzu einen sinnvollen Ansatz geboten. Gleichzeitig fordert ver.di dass qualitätssichernde Maßnahmen, die ein flächendeckendes Monitoring ambulanter Versorgungsqualität sowie der uneingeschränkten Zugänglichkeit zu dieser Versorgungsebene durch die Versicherten beinhalten, gestärkt und ausgebaut werden. Dort, wo insbesondere gesetzlich Versicherte eine nachweislich schlechte ambulante Versorgungsqualität in Kauf nehmen müssen, muss die Möglichkeit bestehen, ein auf Qualitätsindikatoren basierendes Sanktionsregime umzusetzen mit dem Ziel, eine flächendeckende und wohnortnahe ambulante Versorgung aller Bürger*innen zu erreichen.

Nummer 10 – Weiterentwicklung des Gemeinsamen Bundesausschusses

Inhalt

Künftig sollen die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen und die Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene in den Verfahren des G-BA beteiligt werden.

Vor Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses über zugehörige Richtlinien ist zudem den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme für Entscheidungen zur Psychotherapie-Richtlinie, zur Richtlinie über berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte, zur Richtlinie für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID, zur Heilmittel-Richtlinie, zur Rehabilitationsrichtlinie, zur Kinder-Richtlinie, Jugendgesundheitsuntersuchung, Gesundheitsuntersuchung, Krebsfrüherkennung, zur außerklinischen Intensivpflege-Richtlinie und zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgungsrichtlinie einzuräumen. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

Bei Richtlinienbeschlüssen, sofern sie die Berufsausübung der Pflegeberufe berühren, erhalten die Berufsorganistionen der Pflegeberufe ein Antrags- und Mitberatungsrecht. Es wird von bis zu zwei Vertretern der Berufsorganisationen der Pflegeberufe ausgeübt

Einordnung

Die durch den Entwurf vorgesehene Möglichkeit, Stellungnahmen wissenschaftlicher Fachgesellschaften zu relevanten Richtlinien in den Entscheidungsprozess zur Richtlinie mit einzubeziehen, ist aus Sicht von ver.di sachgerecht. Die Sicherstellung der Einhaltung des Kriteriums eines nicht vorliegenden wirtschaftlichen Interesses für die Abgabe von Stellungnahmen ist in diesem Zusammenhang zu wahren.

Grundsätzlich ist dem Ziel, Pflegeberufen im Gemeinsamen Bundesausschuss eine möglichst effektive Ebene für das Einbringen ihrer Expertise zu gewähren, sinnvoll. Aus Sicht von ver.di ist auch mit Blick auf die Zusammensetzung, Handlungs- und Entscheidungsfindungsfähigkeit des G-BA vorrangig zu prüfen, inwiefern die Mitwirkung des Deutschen Pflegerats (DPR) als Dachorganisation der Pflegeverbände gestärkt bzw. – vorbehaltlich der weiteren Entwickjlungen zum Pflegekompetenzgesetz – Vertreter*innen der maßgeblichen Organisationen der Pflegeberufe auf Bundesebene an geeigneter Stelle einbezogen werden können .

Nummer 11 – Erleichterte Zulassungsbedingungen für kommunale Kommunale Medizinische Versorgungszentren

Inhalt

Angestrebt wird, die Gründung kommunaler MVZ zu erleichtern, indem die hierfür vorgesehene gesetzlich vorgesehene Sicherheitsleistung in ihrer Höhe begrenzt wird. Als Sicherheitsleistung soll künftig auch die Abgabe einer der Höhe nach begrenzten, selbstschuldnerischen Bürgschaft genügen, wie dies bereits bei alternativen Sicherheitsleistungen nach §232 BGB der Fall ist.

DIe konkrete Höhe der zu übernehmenden Bürgschaft soll an den Umständen des Einzelfalls beziehungsweise am jeweiligen Sicherungsbedürfnis der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen bemessen werden, wobei etwa die Anzahl der Arztstellen, die vorliegenden Facharztausrichtungen und die durchschnittlichen Regressbeträge der vertretenen Fachgruppen, der Honorarumsatz des MVZ sowie der Umsatz an verordneten Arznei- und Heilmitteln berücksichtigt werden. Diese Regelung soll auch für die Sicherheitsleistungen der Gesellschafter nichtkommunaler MVZ in der Rechtsform einer GmbH gelten.

Daneben sollen GKV-Spitzenverband und Kassenärztliche Vereinigungen differenzierte Rahmenvorgaben zur Festlegung der Höhe der zu erbringenden Sicherheitsleistungen einschließlich der Gesellschafterbürgschaften treffen, um ungleiche Zulassungsvoraussetzungen in der Zulassungspraxis zu vermeiden. An diesen Voraussetzungen sollen sich die Zulassungsausschusse künftigt orientieren und ein angemesses Verhältnis der Sicherungsleistungen zum Sicherungsinteresse hergestellt werden.

Einordnung

ver.di begrüßt grundsätzlich das Ziel, die Gründung insbesondere kommunaler MVZ zu erleichtern. Die Beschränkung der Höhe der erforderlichen Sicherheitsleistungen sowie die Zulassung selbstschuldnerischer Bürgschaften erscheinen hierfür sachgerechte Lösungen zu sein. Gewahrt werdenn muss künftig ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen der erforderlichen Höhe der Sicherheitsleistung bzw. Bürgschaften und dem Sicherheitsinteresse.

ver.di kritisiert deutlich, dass durch den Entwurf keinerlei Regelungen zur Regulierung investorengetragener Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) enthalten sind. Die Ankündigung einer entsprechenden Regulierung und die zwischenzeitlich bekannt gewordenen Eckpunkte für ein entsprechendes Vorhaben haben zum ersten mal realistisch in Aussicht gestellt, bestehende Unwuchten und Fehlentwicklungen, die durch den einseitig auf Renditemaximierung orientierten Einstieg institutioneller Investoren in die Betreiberstrukturen von MVZ entstanden sind, zu begrenzen. Dass dieses Ziel nun offenbar aufgegeben wurde, ist nicht nachvollziehbar und nicht zu vertreten. Eine auf dem Prinzip der Gemeinwohlorientierung orientierte und am Versorgungsbedarf ausgerichtete ambulante Versorgung durch MVZ kann nur realisiert werden, indem die zur Zeit gegebene Entwicklung eines flächendeckendes Einstiegs renditeorientierter Investoren in MVZ begrenzt und gesetzlich reguliert wird. ver.di fordert den Gesetzgeber auf, diesen Regelungsgegenstand in den vorliegenden Entwurf aufzunehmen und wirksame Vorschläge für eine Begrenzung des Engagements institutioneller Investoren im Kontext der Gründung und des Betriebs von MVZ zu ergreifen.

Dazu fordert ver.di, dass zunächst gesetzlich geregelt wird, dass alle ambulanten Versorgungsstrukturen unabhängig von ihrer Eigenschaft als Praxis oder MVZ den wirtschaftlich Berechtigten im Sinne des Geldwäschegesetztes (GWG) offenlegen müssen. Auf diesem Wege ist Transparenz über die tatsächlichen Besitzstrukturen von Investoren im Bereich der ambulanten Versorgung herzustellen, bevor in einem zweiten Schritt deren gesetzliche Regulierung und die Begrenzung ihres Engagements verfolgt wird.

Nummer 12 b – Bildung einer neuen bedarfsplanungsrechtlichen Arztgruppe

Inhalt

Geregelt werden soll die Bildung einer neuen bedarfsplanungsrechtlichen Arztgruppe,die psychotherapeutisch tätige Ärzt*innen sowie Psychotherapeut*innen, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, umfasst. Künftig soll somit eine zielgenauere Steuerung der Niederlassungsmöglichkeiten der Arztgruppe möglich sein, um den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung für Kinder und Jugendliche flächendeckend zu verbessern. Der ausschlaggebende, bedarfsgerechte Versorgungsgrad der neuen Arztgruppe ist erstmals zum Stand vom 31.12.2023 zu ermitteln. Der G-BA soll die Verhältniszahlen für die neue Arztgruppe innerhalb von sechs Monaten nach Gesetzesverkündung beschließen und dabei definieren, inwieweit die Verhältniszahlen mit dem Ziel einer wohnortnahen psychotherapeutischen Versorgung anzupassen sind.

Einordnung

ver.di begrüßt die vorliegende Regelung und die auf eine bessere psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen ausgerichtete Zielsetzung des Entwurfs. Die im Rahmen der Regelung vorgesehene Beauftragung des G-BA, die zu ermittelnden Verhältniszahlen unter Berücksichtigung einer wohnortnahen psychotherapeutischen Versorgung festzulegen, ist sachgerecht.

Das Vorsehen eines Versorgungsanteils für überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzt*innen entspricht nicht mehr der Versorgungsrealität, da die psychotherapeutische Versorgung in zunehmend Maße durch andere Versorgungsformen sichergestellt wird. ver.di fordert demgegenüber, die bedarfsgerechte regionale Versorgung unter Einschluss der psychotherapeutischen Versorgung auch ohne fixe Versorgungsanteile sicherzustellen.

Nummer 13 a.) – Finanzierung von Förderungsmaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung

Inhalt

Klargestellt werden soll, dass Mittel des Strukturfonds für Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung auch dann verwendet werden können, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine drohende oder eingetretene Unterversorgung oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf nicht festgestellt hat. Hierdurch sollen präventive finanzielle Förderungen ermöglicht werden, um das Eintreten von Versorgungsdefiziten zu vermeiden. Zudem soll die festgestellten Praxis, dass Kassenärztliche Vereinigungen die Gewährung von Strukturfondsmitteln teilweise von einer Unterversorgung abhängig machen, künftig durch einheitliche Richtlinien zur Strukturfondsmittelvergabe vermieden und geregelt werden.

Einordnung

ver.di begrüßt die Intention, die Vergabe von Strukturfondsmitteln zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung von der Feststellung einer drohenden oder eingetretenen Unterversorgung zu entkoppeln. Die gezielte Verhinderung von Unterversorgung wird so ermöglicht, was insbesondere im Zusammenhang mit der im Entwurf vorgesehenen Möglichkeit, die Gründung kommunaler MVZ zu erleichtern, eine sinnvolle und sachgerechte Ergänzung bestehender Regelungen darstellt.

Nummer 14 – Einführung einer Bagatellgrenze bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Inhalt

Künftig sollen die Rahmenvorgaben für Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlich verordneter Leistungen verpflichtend die Aufnahme einer Geringfügigkeitsgrenze in Höhe von 300 Euro in den Prüfvereinbarungen enthalten. Bis zur Höhe der Erreichung dieser Grenze sollen keine Wirtschaftichkeitsprüfungen beantragt werden können.

Einordnung

Unter der Zielsetzung einer Entbürokratisierung erscheint es sinnvoll zu prüfen, inwiefern der finanzielle Aufwand für die Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen und die Einführung einer möglichen Bagatellgrenze in Relation stehen. Sind Einsparungen und bürokratieentlastende Effekte für die GKV zu erwarten, wäre die Einführung einer entsprechenden Grenze sachgerecht. ver.di fordert, dass der GKV in jedem Fall ein Einzelfallprüfungsrecht sowie das Recht zur Durchführung anlassbezogener Stichproben belassen bleibt, um etwa in Fällen, in denen die Bagatellgrenze an einem bestimmten Arztsitz wiederholt erreicht oder beinahe erreicht wird, eine strukturelle Ausnutzung dieser Regelung ermitteln und verhindern zu können.

Nummer 23 – Bekämpfung von Fehlverhalten

Inhalt

Künftig sollen bei den Landesverbänden der Krankenkassen durchgängig Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen eingerichtet werden. Da dies bisher nicht bei allen Landesverbänden realisiert wurde, soll die Einrichtung dieser Stellen verpflichtend vorgeschrieben werden. Dazu soll zwischen den Krankenkassen und ihren Landesverbänden eine Vereinbarungen über die Aufgabenverteilung bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen getroffen werden, die festlegt, welche Aufgaben der Landesverband im Interesse einer effektiven Fehlverhaltensbekämpfung insbesondere zur Unterstützung kleiner Krankenkassen übernimmt. Hierfür kommen unter anderem Datenauswertungen oder die Verfolgung von Regressansprüchen in Betracht. Künftig sollen auch Gesundheitsämter, Heimaufsichten und nach Landesrecht zuständige Gesundheitsbehörden in die organisationsübergreifende Zusammenarbeit bei der Fehlverhaltensbekämpfung einbezogen werden. Der GKV Spitzenverband soll unter Einbeziehung eines externen Gutachtens ein Konzept zum Aufbau einer zentrallen Datenbank als Betrugspräventionsdatenbank vorstellen, um Hinweise über Sachverhalte und Auffälligkeiten zu geben, die auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen hindeuten.

Einordnung

ver.di begrüßt die vorgesehene Regelung zur Stärkung der Vermeidung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Datenschutzrechtliche Standards sind beim Aufbau von Datenbanken und dem Austausch der ausschlaggebenden Datensätze in jedem Fall zu wahren. Die Entfernung eines Versichertenbezugs beim Speichern oder Zusammenführen von Daten muss zu diesem Zweck obligatorisch sein. Das Ziel, kriminelles Fehlverhalten künftig kassenartenübergreifend effektiver zu bekämpfen und systemische Missbräuche, wie sie etwa im Zuge gefälschter Abrechnungen von Corona-Testungen in Testzentren nachträglich festgestellt wurden, künftig besser zu verfolgen und zu verhindern, wird von ver.di begrüßt und unterstützt.

Nummer 24 – Transparenz und Vergleichbarkeit der gesetzlichen Kassen

Inhalt

Der GKV SV soll verpflichtet werden, dem BMG innerhalb von sechs Monaten eine Richtlinie vorzulegen. Die Richtlinie soll GKV-weit geltende Vorgaben für eine einheitliche Erhebung und Veröffentlichung relevanter Kennzahlen zur Leistungstransparenz und zur Servicequalität der einzelnen Krankenkassen festlegen. Ziel ist die Förderung von Transparenz hinsichtlich der Erfüllung der Aufgabe der Krankenkassen, ihre Versicherten im Krankheitsfall durch Aufklärung, Beratung und Leistung zu unterstützen. Zu den Kernaufgaben, zu denen Transparenz hergestellt werden soll, gehören verbindliche Vorgaben für die Erfassung, Bewilligung oder Ablehnung von Leistungsanträgen, Vorgaben für die durchschnittliche Bearbeitungsdauer von Leistungsanträgen,

Vorgaben für die Erfassung der Anzahl der Widersprüche der Versicherten und der Bescheidung der Widersprüche, Vorgaben für die Erfassung der durchschnittlichen Bearbetungsdauer der Widersprüche, Vorgaben für die Anzahl der Klagen den Ausgang von Klageverfahren sowie Vorgaben zu relevanten Kennzahlen zur Qualität von Beratungs- und Unterstützungsangeboten von Krankenkassen.

Einordnung

ver.di begrüßt im Grundsatz das Ansinnen, mehr Transparenz über Qualität der Versorgung der Versicherten der GKV und hierfür relevante Indikatoren herzustellen. Allerdings sind von den vorgeschlagenen Kriterien nicht alle sachgerecht und somit nicht dienlich für das Treffen von Aussagen zur Leistungsqualität der Krankenkassen. Etwa geben die Anzahl eingelegter Widersprüche durch Versicherte und die Art der Bescheidung der Widersprüche keine Informationen darüber, ob der dem Widerspruch zugrunde liegende Tatbestand aussagekräftig für die Leistungsqualität und Aussagenerfüllung durch die jeweilige Krankenkasse ist. Vielmehr dürfte die Zusammensetzung des jeweiligen Versichertenstammes der Kasse und die daraus abzuleitenden spezifischen, demografisch oder sozioökonomisch bedingten Versichertenbedarfe für Anzahl und Art von Widersprüchen ein wesentlicher Faktor sein. Ob auf diese Bedarfe seitens der Kasse wohlwollend oder ablehnend reagiert wird und wie hoch die Gesamtzahl eingehender Widersprüche ist, kann jedoch nicht per se als qualitätsrelevanter Indikator betrachtet werden. ver.di fordert den Gesetzgeber auf, die Auswahl von geeigneten, also aussagekräftigen, praktikablen und verfügbaren Daten, anhand eines Vorschlags zu treffen, der durch den GKV SV im Rahmen der vorzulegenden Richtlinie zu erbringen ist.

Antrag der Fraktion CDU / CSU – Versorgung von Menschen in psychischen Krisen und mit psychischen Erkrankungen stärken, Drucksache 20/8860

Inhalt

Das Antragsbegehren zielt darauf, einen gesetzlichen Auftrag an den G-BA zu richten, die Bedarfsplanung Psychotherapie weiterzuentwickeln und insbesondere die Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu stärken, indem schwer psychisch erkrankten menschen leichter ambulante Therapieplätze verfügbar gemacht werden. Ausschließlich für die phychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen tätige Leistugnserbringer sollen eine angemessene Berücksichtigung im Rahmen der Bedarfsplanungsrichtlinie erhalten.
Die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und struukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Versicherte mit komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarfen soll u.a. durch Überarbeitung der KSV-Psych-RL und

eine daraus resultierende bedarfsgerechte Anpassung des Versorgungsauftrags von Vertragsärzt*innen und Vertragspsychotherapeut*innen gestärkt werden. Medizinische Behandungszentren fürm Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachberhinderungen sollen zügiger fächendeckend etabliert werden. Der gesetzliche Auftrag an den G-BA zur bedarfsgerechten Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen soll angepasst werden, indem im Rahmen der Weiterentwicklung der stationären Versorgung in der PPP-RL Personalanhaltszahlen zur Budgetfindung eingeführt werden und dort die Minutenwerte für Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen pro Patient und pro Woche so angesetzt werden, dass diese ein angemessenes Maß an Einzelpsychotherapie pro Woche rhalten. Darüber hinaus ist zu regeln, dass Sanktionen und Strafzahlungen bei Unterschreiten der Mindestvorgaben der PPP-RLab dem 01.01.2024 bis zur Umsetzung dieses gesetzlichen Auftrags ausgesetzt werden.

Einordnung

Ver.di begrüßt im Grundsatz das Ansinnen, die Versorgungsstrukturen insbesondere für kompelxe Behandlungsbedarfe und psychisch schwer erkrankte Patient*innen bedarfsgerecht auszurichten und einen erleichterten und angemessenen Zugang zu den erforderlichen Behandlungsmöglichkeiten zu geben. Einer Aussetzung der Sanktionsregelungen gemäß PPP-RL bis zur Realisierung des gesetzlichen Auftrags zur Weiterentwicklung der psychiatrischen stationären Verorgung lehnt ver.di vor dem Hintergrund ab, dass in der gegenwärtigen Situation eine regelhafte und flächendeckende Unterschreitung der Mindestpersonalbemessung gemäß PPP-RL bereits den stationären Versorgungsalltag in der psychiatrischen Versorgung prägt. Der Personalmangel und die daraus entstehenden Auswirkungen auf die Versorgungsqualität sind das Ergebnis verfestigter schlechter Arbeitsbedingugen aufgrund von Unterbesetzung und Überlastung der verbleibenden Beschäftigten. Diesem Zustand kann perspektivisch nur durch ein wirksames Scharfschalten der Sanktionsregelungen der PPP-RL in Verbindung mit der Entwicklung und gesetzlichen Einführung eines verbindlichen, bedarfsgerechten Personalbemessungsinstruments in der stationären psychiatrischen Versorgung entgegengetreten werden.

Antrag der Fraktion der CDU / CSU – Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum stärken, Drucksache 20/11955

Inhalt

Zur Verbesserung der Versorgung im ländlichen Raum soll eine schnellere Berücksichtigung von Kostenssteigerungen und Inflation bei der Finanzierung ambulanter Leistungen gesetzlich festgelegt werden. Einer Ballung von Haus- und Fachärzten in Großstädten soll vorgebeugt

werden; es soll geprüft werden, ob eine Entbudgetierung fachärztlicher Leistungen nur in ländlichen Regionen als Anreiz für eine dortige Niederlassung wirken könne. Arztniederlassungen insbesondere im ländlichen Raum sollen weiter gezielt gefördert werden, wozu beispielsweise die Vorgaben der Bedarfsplanungsrichtlinie angepasst und die Möglichkeiten zur Niederlassung im ländlichen Raum flexibilisiert werden sollen. Ärztliche Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten auch an kleineren klinikstandorten im ländlichen Raum sowie in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen sollen sichergestellt werden.

Einordnung

Eine Entbudgetierung der fachärztlichen Versorgung als Anreiz für erleichterte Niederlassungen in ländlichen Regionen lehnt ver.di ab. Bereits die Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung geht von der irrigen Ausnahme aus, dass über höhere Ausgaben eine bessere Versorgung der Versicherten zu erreichen sei. Das Kernproblem liegt jedoch in der freien Orientierung niedergelassener Ärzt*inen an der für sie profitabelsten Arztsitzwahl sowie dem Fortbestand des dualen Versicherungssystems aus GKV und PKV, das den Zugang gesetzlich Versicherter zur ambulanten Versorgung auf Gründen einer höheren Renditeperspektive bei der Versorgung von PKV-Kund*innen einschränkt. Erforderlich wäre demgegenüber eine erleichterte Einrichtungen von ambulanten Primärversorgungszentren insbesondere in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Kommunen, die als multiprofessionelle ambulante Versorgungsschnittstellen der fach- und hausärztlichen Versorgungsebenen dienen und einen bedarfsgerechten, niedrigschwelligen Zugang zur Versorgung auch in ländlichen und strukturschwachen Regionen sicherstellen.

Die Forderung nach einer Sicherung ärztlicher Fort- und Weiterbildungsangebote an kleineren Klinikstandorten und sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen begrüßt ver.di. Analog müssen auch Ausbildungsangebote und Qualifikationsmöglichkeiten für nichtärztliches Personal in diesen Strukturen erhalten und ausgebaut werden, um die Standortattraktivität langfristig zu sichern.

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(25)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
11.11.2024

STELLUNGNAHME

der

ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.

vom

11. November 2024

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

(Bundestag-Drucksache 20/11853 vom 17. Juni 2024)

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

I. Allgemeines

Wir begrüßen die vorgesehene Verlagerung der Zuständigkeit für Änderungen der Arzneimittelpreisverordnung vom Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz in den Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit. Wir fordern, dass nach Abschluss des Gesetzgebungsverfahren das Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich von der ausschließlichen Regelungskompetenz Gebrauch macht und die seit langem ausstehende Anpassung der Honorierung der Apotheken vornimmt. Dies schließt den Festzuschlag und die in der Arzneimittelpreisverordnung festgelegten Sonderentgelte ein.

Damit die Apotheken die ihnen auferlegten Aufgaben flächendeckend erfüllen können, müssen sie wirtschaftlich stabilisiert werden. Alle Apotheken stehen unter einem massiven, wirtschaftlichen Druck. Das Honorar der öffentlichen Apotheken wurde zuletzt 2013 um 3 Prozent angepasst, jüngst war es sogar durch Erhöhung des GKV-Abschlages für die Dauer von zwei Jahren abgesenkt worden. Die Apotheken befinden sich somit auf dem Honorarniveau von 2004. Im gleichen Zeitraum sind die Kosten der Apotheken um mehr als 60 Prozent gewachsen, das allgemeine Preisniveau ist um knapp 30 Prozent angestiegen. Diese Entwicklung hat dazu geführt, dass einerseits immer mehr Apotheken aus wirtschaftlichen Gründen schließen müssen. Andererseits werden Neugründungen für junge Apothekerinnen und Apotheker immer unattraktiver – im vergangenen Jahr gab es lediglich 62 neugegründete Apotheken. Die Apotheken benötigen daher eine nachhaltige, finanzielle Stabilisierung des gesamten Systems.

II. Weitergehender Regelungsbedarf

1. Skontoverbot nach Arzneimittelpreisverordnung

Die wirtschaftliche angespannte Lage der Apotheken hat sich durch die Entscheidung des Bundesgerichtshofs (Urteil vom 8. Februar 2024, Az.: I ZR 91/23 – „Großhandelszuschläge II“) zusätzlich verschärft.

Durch Artikel 12 des Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG) vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646 ff.) war § 2 Absatz 1 Satz 1 Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geändert worden. In der Begründung des Regierungsentwurfs wurde dazu u. a. ausgeführt (BT-Drs. 19/6337, S. 156): „Rabatte und die im Handel allgemein üblichen Skonti können nur auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers und Rabatte nur im Rahmen des prozentualen Zuschlags gewährt werden.“ Bereits im damaligen Gesetzgebungsverfahren (vgl. BT-Drs. 19/8351, S. 171), aber auch in der Rechtsprechung war seitdem umstritten, ob nach dem Inkrafttreten des TSVG handelsübliche Skonti des Großhandels gegenüber Apotheken noch gewährt werden dürfen.

Der Bundesgerichtshof kam in seiner Entscheidung zu dem Ergebnis, § 2 Absatz 1 Satz 1 AMPreisV dahingehend auszulegen, dass Skonti unzulässig seien, wenn die Summe aus Rabatten und Skonti, die der Apotheke gewährt werden, dazu führe, dass der feste Zuschlag von aktuell 73 Cent unterschritten werde. Diese Interpretation schießt aus unserer Sicht über die Ziele der Regelung in der Arzneimittelpreisverordnung hinaus und missachtet die notwendige Differenzierung der unterschiedlichen Funktionen von Rabatten und Skonti.

Die restriktive Auslegung der Vorschrift entspricht nicht der im damaligen Regierungsentwurf zum Ausdruck gekommenen Absicht und führt zu einer unangemessenen finanziellen Belastung der Apotheken. Zumal vernachlässigt sie auch die Möglichkeit, dass der pharmazeutische Großhandel seinerseits beim Bezug der Arzneimittel vom pharmazeutischen Unternehmer handelsübliche Skonti erhalten und an die Apotheken weiterreichen kann, ohne dass also sein

Festzuschlag geschmälert würde. Mit der nunmehr erfolgenden Änderung soll daher gesetzlich klar verankert werden, dass der vom Bundesgerichtshof zugrunde gelegte Mindestpreis durch handelsübliche Skonti auch unterschritten werden darf. Eine Lösung kann durch eine klarstellende Regelung in der Arzneimittelpreisverordnung erreicht werden, durch die die unmittelbar rechtsgestaltende Wirkung der Entscheidung des Bundesgerichtshofs korrigiert werden kann.

Für die Apotheken haben die Skonti eine erhebliche wirtschaftliche Bedeutung. Die Treuhand Hannover geht nach aktuellen Berechnungen bei Wegfall der Skonti im Durchschnitt von Verlusten von 20.000 bis 25.000 Euro pro Apotheke aus (http://www.pharmazeutische-zeitung.de/es-darf-nicht-sein-dass-apotheken-betteln-muessen-146978/).

Wir fordern, § 2 Absatz 1 Satz 1 Arzneimittelpreisverordnung um ein Semikolon und die folgenden Wörter zu ergänzen:

„*die Zulässigkeit einer Gewährung handelsüblicher Skonti auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers bleibt unberührt.*“

2. Mehr Handlungsspielräume bei der Arzneimittelauswahl

Die Handlungsspielräume der Apotheken bei der Auswahl von Arzneimitteln sind nach der aktuellen Gesetzeslage zu restriktiv geregelt. Mit einer Erweiterung der Handlungsspielräume könnten insbesondere Lieferengpässe noch besser bewältigt und die Patientinnen und Patienten damit schneller und zuverlässiger versorgt werden. Die bisherigen punktuellen Verbesserungen in den Absätzen 2a und 2b des § 129 SGB V greifen nicht weit genug. Erschwerend kommt hinzu, dass der GKV-Spitzenverband und das Bundesgesundheitsminium die Regelungen sehr eng auslegen und somit die Intention des Gesetzgebers teilweise konterkariert wird.

Wir sehen daher insbesondere Regelungsbedarf bezüglich des Umfangs, in dem die Nichtverfügbarkeit des abzugebenden Arzneimittels nachzuweisen ist.

Ferner sollte eine Abweichung von der Darreichungsform des verordneten Arzneimittels nicht nur wie bisher nach § 129 Absatz 2b SGB V vorgesehen bei der Verordnung von Kinderarzneimitteln, sondern generell möglich sein.

Des Weiteren sollten die Apotheken bei dringenden Fällen dieselben Auswahloptionen haben wie im Falle der Nichtverfügbarkeit.

Schließlich sehen wir in einigen Fällen Bedarf dafür, dass die Apotheke nach ärztlicher Rücksprache die Abgabe eines pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Arzneimittels anstelle des verordneten Arzneimittels vornehmen darf, was bisher noch nicht möglich ist.

Wir schlagen für die Neufassung von § 129 Absatz 2a SGB V folgende Formulierung vor:

(2a) [1]Abweichend von Absatz 1 Satz 1, 2, 4, 5 und 8 und dem Rahmenvertrag nach Absatz 2 können Apotheken, soweit ein einziges vorrangig nach Absatz 1 Satz 3 abzugebendes Arzneimittel nicht lieferbar oder nicht verfügbar ist, jedes verfügbare und mit dem verordneten wirkstoffgleiche Arzneimittel abgeben. [2]Eine Nichtverfügbarkeit liegt vor, wenn das Arzneimittel innerhalb einer angemessenen Zeit durch zwei unterschiedliche Verfügbarkeitsanfragen bei vollversorgenden Arzneimittelgroßhandlungen im Sinne des § 52b Absatz 2 Satz 2 erster Halbsatz des Arzneimittelgesetzes nicht beschafft werden kann. [3]Werden Apotheken nur von

einer vollversorgenden Arzneimittelgroßhandlung beliefert, liegt abweichend von Satz 2 eine Nichtverfügbarkeit vor, wenn das Arzneimittel innerhalb einer angemessenen Frist durch eine Verfügbarkeitsanfrage bei dieser vollversorgenden Arzneimittelgroßhandlung im Sinne des § 52b Absatz 2 Satz 2 erster Halbsatz des Arzneimittelgesetzes nicht beschafft werden kann. [4]*Apotheken dürfen ohne Rücksprache mit dem verordnenden Arzt von der ärztlichen Verordnung im Hinblick auf Folgendes abweichen, sofern hierdurch die verordnete Gesamtmenge des Wirkstoffs nicht überschritten wird:*

1. *die Packungsgröße, auch mit einer Überschreitung der nach der Packungsgrößenverordnung maßgeblichen Messzahl,*
2. *die Packungsanzahl,*
3. *die Abgabe von Teilmengen aus der Packung eines Fertigarzneimittels, soweit die verordnete Packungsgröße nicht lieferbar ist,*
4. *die Wirkstärke, sofern keine pharmazeutischen Bedenken bestehen und*
5. *die Darreichungsform.*

[5]*Apotheken dürfen das verordnete Arzneimittel ohne Rücksprache mit dem verordnenden Arzt gegen ein wirkstoffgleiches in der Apotheke hergestelltes Arzneimittel, auch in einer anderen Darreichungsform, austauschen.* [6]*Ist die Abgabe eines Arzneimittels nach Absatz 1 Satz 3 nicht möglich und ist kein mit dem verordneten wirkstoffgleiches Arzneimittel verfügbar, dürfen Apotheken nach Rücksprache mit dem verordnenden Arzt ein pharmakologisch-therapeutisch vergleichbares Arzneimittel an den Versicherten abgeben; dies ist auf dem Arzneiverordnungsblatt zu dokumentieren.* [7]*In dringenden Fällen, in denen die unverzügliche Abgabe eines Arzneimittels erforderlich ist, darf die Apotheke entsprechend den Befugnissen nach Satz 4 Ziffer 1 bis 5 sowie Sätze 5 und 6 versorgen.*

Im Falle der Umsetzung unseres vorgenannten Vorschlags könnte Absatz 2b in § 129 SGB V gestrichen werden, weil die erweiterten Austauschregelungen für Kinderarzneimittel dann für alle Arzneimittel im neu gefassten Absatz 2a in § 129 SGB V aufgegriffen werden würden.

BAGP BundesArbeitsGemeinschaft der Patient/inn/enstellen
Astallerstr. 14, 80339 München, T. 089 / 76 75 51 31, Fax 089 / 725 04 74, www.bagp.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Ausschussdrucksache
20(14)234(26)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
11.11.2024

BAGP PatientInnenstellen, Astallerstr. 14, 80339 München

Leiterin Sekretariat PA14
Platz der Republik 1
11011 Berlin
anhoerungen-gesundheitsausschuss@bundestag.de

München, 11.11.2024

Stellungnahme der
Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und –Initiativen (BAGP)
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG),
BT-Drucksachen 20/11853, 20/12664

Kontakt:

Geschäftsstelle der BAGP

c/o Gesundheitsladen München e.V.

Astallerstr. 14, 80339 München

mail@bagp.de

Verantwortlich:

Gregor Bornes & Carola Sraier, Sprecherin der BAGP[1]

[1] Seit 1989 bündeln Patientenstellen und -Initiativen ihre Kompetenzen in der BAGP, um über gemeinsame Lobbyarbeit, Veröffentlichung von Informationen und Stellungnahmen, gesundheitspolitische Beteiligung, Erfahrungsaustausch und Fortbildung die Stellung der PatientInnen im Gesundheitssystem zu verbessern. Als unabhängige und neutrale Einrichtung der Patienten und Verbraucherberatung ist die BAGP eine der nach §140f SGB V anerkannten Patientenvertreterorganisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss.

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Stellungnahme der
Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und –Initiativen (BAGP)
zum Entwurf eines Gesetzes Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)
BT- Drucksache 20/11853

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Zusammenfassung	3
Einzelparagrafen	4

Grundsätzliches zum GVSG

Diese Stellungnahme greift u. a. auf die Erfahrungen zurück, welche die BAGP im Rahmen ihrer Patientenberatungsarbeit und als maßgebliche Organisation der Patientenvertretung nach §140 f SGB V im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und auf Landesebene gesammelt hat. Die BAGP formuliert die hier vertretenen Positionen ausschließlich aus Sicht der Patientinnen und Patienten. Die BAGP hat keinerlei Interessenskonflikte mit Anbietern aus der Industrie, der Leistungserbringer und / oder der Kostenträger.

Die BAGP begrüßt grundsätzlich das Vorhaben des Gesetzes, die Gesundheitsversorgung „noch besser auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten“ auszurichten.

Leider wurde insbesondere die als Stärkung der Interessensvertretung der Patient*innen bezeichnete Einführung eines „Veto“-Rechtes für die maßgeblichen Patientenorganisationen an den tatsächlichen Bedarfen der Patientenvertretung vorbei gestaltet.
Das Vetorecht in der geplanten Form ist allenfalls taktisch nutzbar und kurzfristig öffentlichkeitswirksam einsetzbar. Wer wirklich etwas für eine starke Vertretung der Patienteninteressen tun will, sollte sich an dem umfangreichen Forderungskatalog der gesamten Patientenvertretung aus 2023 orientieren.
(https://www.bagp.de/images/bagp/Forderungen_der_PatV_zum_GVSG.pdf).

Der BAGP ist es ein zentrales Anliegen, dass nach 20 Jahren Patientenbeteiligung die Erfolge und der konstruktive Beitrag der Patientenvertretung gewürdigt werden. Dringend und unmittelbar müssen folgende Kernforderungen erfüllt werden:

- Die maßgeblichen Patientenorganisationen müssen strukturell gestärkt werden, damit sie ihre Arbeit im G-BA intern und gemeinsam besser koordinieren können.
- Die Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Sprecher*innen der Patientenvertretung in den Unterausschüssen des G-BA
- Die Verbesserung der Ausstattung der Stabsstelle Patientenvertretung im G-BA durch einen Automatismus in der Personalbemessung analog der des G-BA
- Die Zusammenarbeit zwischen Bund und Land muss gefördert werden. Dazu gehören regelmäßiger Austausch über Änderungen im G-BA und deren Auswirkungen für die Länder, Fortbildungen zu gemeinsamen Inhalten, Erfahrungsaustausch über best-practice-Erfahrungen
- Die strukturierte Einbindung von Patient*innen- orientierter nationaler und internationaler Forschung in die Arbeit der Patientenvertretung etwa in Form eines Institutes für Patientenorientierung

Zu fehlenden Punkten im GVSG:

Im Gegensatz zum Referentenentwurf Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz - GVSG (Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune) vom 15. Juni 2023 sind wesentliche Initiativen zur Verbesserung der Patientenversorgung gestrichen worden.
Die BAGP unterstützt daher die Forderungen des Bundesrates zu Gesundheitskiosken, Gesundheitsregionen (§ 65g SGB V) und Primärversorgungszentren (§ 73A SGB V), wie in Drucksache des Bundestages 20/12664 beschrieben und empfiehlt der Bundesregierung / dem Bundestag dringend, diese wichtigen Bausteine der Reform anzugehen.
Die dort formulierten Vorhaben fußten auf positiver Evaluation durch den Innovationsfonds und verschiedener anderer wissenschaftlicher Institute wie z. B. der Robert-Bosch-Stiftung und auf internationalen Erkenntnissen zur Verbesserung der Versorgung der Patienten*innen. Mindestens sollte eine intensive und ausgeweitete Erprobung durchgeführt werden und so den Weg weisen für eine an lokale Verhältnisse angepasste Unterstützung von Patient*innen in der Fläche.

Zu einzelnen Punkten im GVSG:

Zu Nummer1: § 10 Absatz 1

Die BAGP befürwortet die Änderung, da es sich um eine Gesetzeslücke handelte, die es zu schließen gilt. Der bisher mögliche Wechsel für berentete Privatversicherte aus der PKV in die Familienversicherung der GKV widerspricht dem Prinzip der Solidargemeinschaft.

Zu Nummer 2: § 33 Absatz 5b Satz 2

Die BAGP befürwortet die Änderung, da die Verordnenden die speziellen Bedarfe der schwerbehinderten Patient*innen kennen und einschätzen können, welche Hilfsmittel medizinisch notwendig sind und die Pflege ermöglichen und unterstützen können. Eine Prüfung der Vorordnungen dieser Spezialversorgung durch den MD erscheint uns weder notwendig noch sachgerecht.
Aus BAGP- Sicht sollte diese Verordnungslogik auf weitere Bereiche der Hilfsmittelversorgung angewendet und darauf verzichtet werden, die medizinische Notwendigkeit durch den Medizinischen Dienst (MD) beurteilen zu lassen.

Zu Nummer 7 Buchstabe c: § 87 Vergütung hausärztlicher Leistungen

Die BAGP unterstützt die Vorschläge, die Vergütung von Hausarztpraxen neu zu regeln.
Die hausärztliche Anbindung ist für Patient*innen zunehmend wichtig, damit die Versorgung sachgerecht und gezielt koordiniert und gesteuert wird. Die besondere Funktion des Hausarztes als erster Ansprechpartner für den Patient*innen muss sich auch in der Vergütung widerspiegeln.

Die BAGP unterstützt die Idee, die geplanten Änderungen in der Vergütung der Hausärzte zu evaluieren. Dazu reicht aber die Formulierung: *"Der Bewertungsausschuss analysiert die Auswirkungen der Regelungen dieses Absatzes sowie der Regelungen in § 87b Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz insbesondere auf die hausärztliche Versorgung der Versicherten, die Honorare sowie die Ausgaben der Krankenkassen und berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des 10. auf die Verkündung folgenden Kalendervierteljahres] über die Ergebnisse."* nicht aus.
Die BAGP schlägt vor, dass die Ergebnisse der Analyse / Evaluation veröffentlicht werden.

Zu Nummer 9: § 91

Die BAGP begrüßt, dass es möglich werden soll, Sitzungen im G-BA mittels digitaler Technik durchzuführen. Gerade für die Patientenvertreter*innen kann so einfacher sichergestellt werden, dass sie ihr Ehrenamt ausüben können.

Zu Nummer 11 Buchstabe a: § 95 Absatz 6 Satz 7 und 8
Die BAGP sieht nicht, dass durch diese Regelungen die Kommunen besonders unterstützt werden. Vielmehr kann die geplante Regelung auch von anderen Betreiber*innen von MVZ genutzt werden. Dies muss dringend auf die Kommunen zugespitzt werden.
Die Erleichterung der **Gründung kommunaler medizinischer Versorgungszentren (MVZ)** wird begrüßt. Geichzeitig muss die Zweckentfremdung der solidarisch erbrachten Beiträge der gesetzlich Versicherten durch Shareholder-getriebene Konzerne unterbunden werden. Gewinne, die im Rahmen der aus Mitteln der gesetzlich Krankenversicherten finanzierten Versorgung erzielt wurden, müssen vollständig und verpflichtend in die Versorgung der gesetzlich Versicherten reinvestiert werden.

Zu Nummer 12 Buchstabe a: § 101 Bedarfsplanung zur Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten (KJP)

Die BAGP unterstützt die Neuermittlung des Bedarfes in der Gruppe der KJP's und die damit einhergehende Neuschaffung von mehr Kassenarztsitzen in dieser Fachgruppe.
Der zeitnahe Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit einer deutlichen Verkürzung der Wartezeiten für die jungen Patient*innen ist unbedingt notwendig, um die Familien zu unterstützen und langfristige gesundheitliche Schäden zu vermeiden.

Zu Nummer 15: Änderung des §116b

Die Idee der qualitätsgesicherten ambulanten spezialärztlichen Versorgung (ASV) ist aus Patientensicht zu begrüßen, um die Versorgungsqualität und die Patientensicherheit zu erhöhen. Die Einbindung der Fachgesellschaften zur Beschreibung der Behandlungsbedarfe ist nachvollziehbar.

Auch der Auftrag an den G-BA weitere Diagnosen für die ASV zu ermitteln und ASV-Anforderungen / Richtlinien zu erarbeiten, begrüßt die BAGP.
Gleichzeitig stellt die BAGP fest, dass die bürokratischen Hürden zur Gründung von ASV Team‘s abgebaut werden sollten. Ziel muss sein, dass die Betroffenen im Bedarfsfall die ASV bundesweit gut erreichen können oder zumindest adäquate Alternativen aufgezeigt bekommen.

Zu Nummer 22 Buchstabe b
Leider wurde insbesondere die als Stärkung der Interessensvertretung der Patient*innen bezeichnete Einführung eines „Veto“-Rechtes für die maßgeblichen Patientenorganisationen an den tatsächlichen Bedarfen der Patientenvertretung vorbeigeht. Das Vetorecht in der geplanten Form ist allenfalls taktisch nutzbar und kurzfristig öffentlichkeitswirksam einsetzbar.

Zu Nummer 22 Buchstabe c NEU
Die BAGP empfiehlt die Einfügung eines weiteren Punktes c in Nummer 22:
Äußerst schwierig ist die Situation der Stabsstelle der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Die Aufgaben des G-BA steigen stetig, die Arbeitsbelastung der Patientenvertretung ebenfalls. Dennoch ist es bisher nicht gelungen, die personelle Entwicklung der Stabsstelle adäquat an die wachsenden Anforderungen anzupassen. Stattdessen muss ein Antrag im Finanzausschuss auf Zuwachs an Personal gestellt und umfangreich begründet werden. Immer wieder macht die Patientenvertretung die Erfahrung, dass die Träger des G-BA auf die Anforderungen nicht eingehen, bzw. sie quasi ohne Begründung ablehnen.
Die BAGP mahnt daher dringend an, die Formulierung unter Nummer 22 (§ 140f Absatz 2) zu ergänzen und die Träger des G-BA eindeutiger zu verpflichten die Stabsstelle für ihre Aufgabenfülle ausreichend auszustatten.
Begründung: Der personelle Aufwuchs der Stabsstelle Patientenbeteiligung ist bisher der Willkür der Träger des G-BA unterworfen. Der Gesetzgeber sollte hier dringend einen klaren Auftrag an den G-BA geben, dass bei gestiegenen Aufgaben auch die Ausstattung der Stabsstelle Patientenbeteiligung im G-BA enstsprechend angepasst werden muss.
Die Patientenvertretung in Beteiligungsgremien nach § 140f SGB V auf Bundes- und Landesebene hat ein gesetzlich gewolltes und über Jahre weiterentwickeltes Antrags- und Mitberatungsrecht. Rund 300 Patientenvertreterinnen und -vertreter allein auf der Bundesebene nehmen dieses Recht ganz überwiegend ehrenamtlich wahr. Von den Patientenorganisationen wird diese Aufgabe derzeit ohne zusätzliche Förderung neben deren Kernaufgaben wahrgenommen. Im G-BA werden sie dabei lediglich von einer Stabsstelle Patientenbeteiligung mit derzeit knapp elf Vollzeitstellen (VZÄ) unterstützt.
Zum Vergleich: Allein die Beratungen des Unterausschusses Arzneimittel des G-BA werden in dessen Geschäftsstelle durch 50 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fachlich vorbereitet. Zusätzlich betreiben die Selbstverwaltungspartner von gesetzlicher Krankenversicherung, Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung und

Deutscher Krankenhausgesellschaft einen hohen personellen Aufwand, um die Beratungen zu unterstützen.
Es besteht hier ein großes Missverhältnis der Kräfte zum Nachteil der Patientenvertretung. Hinzu kommt der umfassende gesetzliche Aufgabenbereich der Stabsstelle Patientenbeteiligung. Dieses Missverhältnis an professioneller Unterstützung und Begleitung der Gremienarbeit gilt es durch neue gesetzliche Vorgaben zu beseitigen und dem G-BA aufzugeben, die Stabsstelle mit dem erforderlichen Personal auszustatten:
Kurzfristig muss die Stabsstelle Patientenbeteiligung im G-BA um fachlich qualifiziertes Personal aufgestockt werden, um vor allem die inhaltlich und zeitlich enormen Abstimmungsaufwände im Bereich der Qualitätssicherung, der Beteiligungsprozesse bei Stellungnahmen gegenüber dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), für die Unterstützung in Fragen der Methodenbewertung und bei Entscheidungsvorgängen zu Arzneimitteln angemessen unterstützen zu können.
Hierzu gehören auch personelle Ressourcen für den weiteren Ausbau von Schulungs-notwendigkeiten und wissenschaftlichen Recherchen als Grundlage für Anträge oder Einschätzungen zu möglichen Auswirkungen von G-BA Entscheidungen. Dies ist insbesondere auch vor dem Hintergrund des in § 140f Absatz 2 Satz 7 SGB V geplanten Vetorechts für die Patientenvertretung im G-BA erforderlich.
Die Stabsstelle Patientenbeteiligung sollte - so das Anliegen der Patientenorganisationen - zudem nach und nach personell durch einen automatischen Mechanismus wachsen. Sie soll innerhalb eines absehbaren Zeitraums an die personelle Ausstattung der G-BA-Fachabteilungen auf 10% des Personals angeglichen werden. Das würde, ausgehend vom Stellenplan 2024 dazu führen, dass sich für die Stabsstelle Patientenbeteiligung perspektivisch ein Stellenumfang von circa 20 VZÄ ergeben würde.
Ergänzend ist es erforderlich, dass die Stabsstelle Patientenbeteiligung innerhalb der Organisationsstruktur des G-BA, vergleichbar mit anderen ehemaligen Stabsbereichen, als Abteilung geführt wird, um die Strukturen innerhalb der Stabsstelle entsprechend den Bedarfen der Patientenvertretung und dem Aufgabenbereich der Stabsstelle effizient anpassen und entsprechend der hohen Anforderungen erledigen zu können.

Zu Nummer 24 Buchstabe b

Die Herstellung von Transparenz hinsichtlich der Servicequalität der Kranken- und Pflegekassen sowie hinsichtlich des Leistungsgeschehens in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung wird begrüßt.
Ebenfalls begrüßt wird die Unterbindung der Misbrauchsmöglichkeit zulasten der Solidargemeinschaft der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler in die Kranken- und soziale Pflegeversicherung von Seiten privat krankenversicherter Rentnerinnen und Rentner durch gezieltes Absenken des Rentenzahlbetrages auf die Einkommensgrenze der Familienversicherung mit dem Ziel der Aufnahme in die Familienversicherung.

Zu Nummer 26 Buchstabe c
Im Interesse einer wirksamen Finanzkontrolle im Gesundheitswesen werden auch die erweiterten Prüfrechte des Bundesrechnungshofes bei weiteren Selbstverwaltungsorganisationen, insbesondere bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, ihren Bundesvereinigungen und dem G-BA, begrüsst.

Bezüglich des Änderungsantrags der CDU werden begrüßt:
Nr. 21: eine Sensibilisierung für Behandlungsmöglichkeiten innerhalb des sog. „social prescribing"-Ansatzes zu ermöglichen, um niedrigschwellig Leiden außerhalb des Gesundheitssystems zu behandeln;
Nr. 22: eine gesetzliche Regelung auf den Weg zu bringen mit dem Ziel, an die lokalen Bedarfe vor Ort orientierte Leistungen durch eine auf Planung beruhende Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur, insbesondere von Kurzzeit-, Langzeit-, Tages- und Nachtpflegeangeboten, bundesweit zu etablieren;
Nr. 23: flächendeckend den Ausbau örtlicher Pflegestützpunkte mit integrierter Pflegeberatung und die Einführung eines Quartiersmanagements mit integrierter Pflegeberatung sowie den Aufbau von Netzwerken aus Ehrenamt oder Nachbarschaftshilfen im Sinne des Aufbaus von „Caring Communities" zu fördern und dafür gegebenenfalls notwendige gesetzliche Grundlagen vorzulegen;
Nr. 24: gemeinsam mit Ländern und kassenärztlichen Vereinigungen den aktuellen Stand der barrierefreien Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum zu ermitteln und auf dieser Basis weitere Maßnahmen zu prüfen und
Nr. 25: die barrierefreie Gesundheitsversorgung insbesondere im ländlichen Raum zu einem der Schwerpunkte des laut Koalitionsvertrages eigentlich schon für Ende 2022 vorgesehenen Aktionsplans für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen zu machen und dabei vorbildliche Projekte einer barrierefreien ambulanten Gesundheitsversorgung bekannter zu machen, um so Anreize für ähnliche Projekte, insbesondere in ländlichen Regionen, zu setzen.

München, den 11.11.2024

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(27)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
11.11.2024

Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren e.V.
Marienstraße 15 | 10117 Berlin

11.11.2024

Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

Die Mitglieder des Bundesverbandes der Betreiber medizinischer Versorgungszentren e.V. (BBMV) sind Unternehmensgruppen, die bundesweit Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Zweigpraxen betreiben und so die flächendeckende ambulante haus- und fachärztliche Versorgung in Deutschland entscheidend mitgestalten und sicherstellen.

Wir setzen uns für eine breite Trägervielfalt und die bestmögliche Versorgungsqualität für Patientinnen und Patienten im ambulanten Gesundheitssektor ein. Der Verband vertritt rund 900 MVZ und Zweigpraxen (Standorte) in über 400 Städten und Gemeinden.

I. Vorbemerkung

Die Ziele und Ansätze des vorliegenden Gesetzentwurfs werden seitens des BBMV begrüßt. Die zentrale Grundidee einer verstärkt auf die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten ausgerichteten Gesundheitsversorgung ist der richtige Weg. Die zentrale Herausforderung wird gerade in unterversorgten Regionen darin liegen, die knappe Ressource Arzt auch dort verfügbar zu

Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren e.V.
Marienstraße 15 | 10117 Berlin
Tel: 030 27593805 | E-Mail: info@bbmv.de | www.bbmv.de
Vorstand: Sibylle Stauch-Eckmann, Dr. Dr. Dirk Knüppel, Dr. Ulrich Wandschneider, Carolin Tetzel
Geschäftsführerin: Alexandra Gutwein
Lobbyregister für die Interessensvertretung gegenüber dem Deutschen Bundestag und der Bundesregierung | Registernummer R000242
Vereinsregister Berlin | Amtsgericht Charlottenburg | Vereinsregisternummer: VR 38008 B
Berliner Sparkasse – IBAN: DE66 1005 0000 0190 8598 49 – BIC: BELADEBEXXX

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

machen bzw. zu halten, ggf. auch unter verstärkter Einbeziehung telemedizinischer Möglichkeiten. Dieser Weg muss gemeinsam mit allen Beteiligten verfolgt werden. MVZ nehmen nach § 95 Abs. 1 S. 1, Abs. 1a SGB V gleichberechtigt an der vertragsärztlichen Versorgung teil und sind bedeutsamer Baustein der in Deutschland strukturierten ambulanten Gesundheitsversorgung. Dabei spielen MVZ eine tragende Rolle bei der Erbringung (fach-)medizinischer Leistungen, leisten bedeutsame Investitionen zu Gunsten hochqualitativer Gesundheitsversorgung und bieten einen Anlaufpunkt für die Ärzteschaft, die bewusst das Anstellungsverhältnis in einer modernen und qualitativ hochwertigen Praxisumgebung sucht, um nicht zuletzt von Verwaltungsaufgaben befreit sich auf die Medizin konzentrieren zu können, was gerade den Patientinnen und Patienten zu Gute kommt.

II. Konkrete Positionierung zu Inhalten des GVSG

1. Keine Benachteiligung der Schwerpunktpraxen

Die avisierte Endbudgetierung als auch die Vorhaltepauschalen und Zusätze für den Chronikerbereich sind eine sinnvolle Anpassung im hausärztlichen Bereich.

Kritisch muss jedoch angemerkt werden, dass die geplante Ergänzung des § 87 Abs. 2b SGB V (Nr. 6 des Entwurfs) Schwerpunktpraxen nicht angemessen abbildet, wonach die avisierte Jahrespauschale nur von einer Hausarztpraxis pro Kopf abgerechnet werden dürfte. Dies würde die Behandlung von Chronikern nicht adäquat erfassen und vergüten und eine massive Verschlechterung der Versorgung in diesem außerordentlich wichtigen Bereich bedeuten. Besonders betroffen wären nach dem aktuell unausgewogenen Ansatz ohne erforderliche Ausnahmeregelung diabetologische Schwerpunktpraxen, aber auch für die HIV-Versorgung und Substitutionsmedizin verantwortliche Einrichtungen, da sie größtenteils im hausärztlichen Bereich angesiedelt sind. Der aktuell verbliebene

Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren e.V.
Marienstraße 15 | 10117 Berlin
Tel: 030 27593805 | E-Mail: info@bbmv.de | www.bbmv.de
Vorstand: Sibylle Stauch-Eckmann, Dr. Dr. Dirk Knüppel, Dr. Ulrich Wandschneider, Carolin Tetzel
Geschäftsführerin: Alexandra Gutwein
Lobbyregister für die Interessensvertretung gegenüber dem Deutschen Bundestag und der Bundesregierung | Registernummer R000242
Vereinsregister Berlin | Amtsgericht Charlottenburg | Vereinsregisternummer: VR 38008 B
Berliner Sparkasse – IBAN: DE66 1005 0000 0190 8598 49 – BIC: BELADEBEXXX

Fehlanreiz würde sich auch negativ auf fachgruppenübergreifende Arbeit auswirken und somit den Patientinnen und Patienten die besten Versorgungschancen zielgerichtet nehmen.

2. Begrenzung von Sicherheitsleistungen für MVZ

Die unter Nr. 13 des Entwurfs angedachte Änderung des § 92 Abs. 2 S. 6 SGB V ist sinnvoll und wird vom BBMV unterstützt. Sie führt einerseits dazu, dass der persönliche Haftungsumfang seitens des Gesellschafterkreises jedenfalls hinsichtlich äußerer Grenzen eingeschätzt werden kann und stärkt andererseits die Trägervielfalt, da der Reformgesetzgeber hiermit den Gemeinden die bestehende kommunalrechtliche Problematik abnehmen würde, wegen Besorgnissen hinsichtlich unbegrenzter selbstschuldnerischer Bürgschaften nicht auf die privatrechtliche GmbH-Konstruktion zurückgreifen zu dürfen und diese deswegen von einer MVZ-Einrichtung eher abgeschreckt sein könnten. Der BBMV begrüßt Trägervielfalt im Allgemeinen und ist der Überzeugung, dass diese geeignet ist, auch Versorgungsengpässe besser zu bekämpfen und abzufangen.

3. Mitentscheidungsrecht der obersten Landesbehörden bei Zulassungsausschussentscheidungen

Kritikwürdig ist die angedachte Erweiterung des § 96 Abs. 2a SGB V (Nr. 14 GVSG-E). Diesbezüglich sei darauf hingewiesen, dass schon die Einführung des Mitberatungs- und Antragsrechts der obersten Landesbehörden mit dem TVSG eine erhebliche Politisierungsgefahr gebracht hat und einen Eingriff in die funktionale Selbstverwaltung bedeutete (so zurecht bereits BeckOGK/Ostertag, 1.3.2020, § 96 Rn. 9a; ebenso Ladurner, MedR 2019, 440, 447). Dieser Eingriff wird nunmehr erheblich vertieft, wenn den obersten Landesbehörden mittels einer

Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren e.V.
Marienstraße 15 | 10117 Berlin
Tel: 030 27593805 | E-Mail: info@bbmv.de | www.bbmv.de
Vorstand: Sibylle Stauch-Eckmann, Dr. Dr. Dirk Knüppel, Dr. Ulrich Wandschneider, Carolin Tetzel
Geschäftsführerin: Alexandra Gutwein
Lobbyregister für die Interessensvertretung gegenüber dem Deutschen Bundestag und der Bundesregierung | Registernummer R000242
Vereinsregister Berlin | Amtsgericht Charlottenburg | Vereinsregisternummer: VR 38008 B
Berliner Sparkasse – IBAN: DE66 1005 0000 0190 8598 49 – BIC: BELADEBEXXX

zwingenden Einvernehmensregelung ein Veto-Recht zugestanden würde. Über diese Problematik kann auch nicht hinwegtäuschen, dass bei Ausbleiben einer konkreten Stellungnahme der jeweiligen obersten Landesbehörde eine Zustimmungsfiktion eingefügt werden soll. Ebenso wenig ist damit gedient, dass es sich nach der erklärten Gesetzesbegründung um ein Verwaltungsinternum handele und gegen die letztlich erfolgende – ggf. intern durch die oberste Landesbehörde erzwungene – Entscheidung des Zulassungsausschusses der Berufungsausschuss mit vollen Rechten und Pflichten anrufungsfähig bleiben soll. Denn es ist nicht bestreitbar, dass eine ggf. seitens des Zulassungsausschusses befürwortete Entscheidung zunächst nach außen wegen erhobenen Vetos negativ ausfiele, was einen erheblichen Zeit- und Kostenfaktor und im Zweifel auch Schaden für die Betroffenen bedeutete. Gleichzeitig werden den Beteiligten mit Blick auf ohnehin schon langwierige Verfahren im hohen Maße Kalkulations– und Transaktionssicherheit geraubt, ohne dass damit ein erkennbarer Mehrwert verbunden wäre. Im Übrigen sieht die aktuelle Begründung selbst, dass zeitnahe Verfahrensbearbeitung und Vollzug von großer Bedeutung sind (GVSG-E S. 51 f.), jedoch ist bei vernunftgeleiteter Betrachtung sicherlich nicht davon auszugehen, dass entsprechende Verzögerungen bei entsprechender Gesetzesänderung ausblieben.

III. Dringend erforderliche Ergänzung

Seitens des BBMV wird unmittelbar im Zusammenhang mit zwei Grundgedanken des GVSG (Schaffung / Optimierung von Anhörungs- und Mitbestimmungsrechten betroffener Stakeholder sowie Gründungserleichterung und Trägervielfalt bei MVZ) folgende Änderung angemahnt:

Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren e.V.
Marienstraße 15 | 10117 Berlin
Tel: 030 27593805 | E-Mail: info@bbmv.de | www.bbmv.de
Vorstand: Sibylle Stauch-Eckmann, Dr. Dr. Dirk Knüppel, Dr. Ulrich Wandschneider, Carolin Tetzel
Geschäftsführerin: Alexandra Gutwein
Lobbyregister für die Interessensvertretung gegenüber dem Deutschen Bundestag und der Bundesregierung | Registernummer R000242
Vereinsregister Berlin | Amtsgericht Charlottenburg | Vereinsregisternummer: VR 38008 B
Berliner Sparkasse – IBAN: DE66 1005 0000 0190 8598 49 – BIC: BELADEBEXXX

Repräsentation von MVZ in den Kassenärztlichen Vereinigungen – Der aktuelle Zustand fehlender Beteiligung ist verfassungswidrig

Mitglieder der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung sind nach aktueller Rechtslage die zugelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung bei Vertragsärztinnen und Vertragsärzten, in zugelassenen MVZ und in Eigeneinrichtungen angestellten Ärztinnen und Ärzte sowie ermächtigte Krankenhausärztinnen und -ärzte, sofern eine Beschäftigungszeit von mindestens 10 Wochenstunden besteht (§ 77 Abs. 3 SGB V). MVZ sind demgegenüber nicht KV-Mitglied, obwohl sie gleichberechtigter Leistungserbringer vertragsärztlicher Versorgung sind (§ 95 Abs. 1 S. 1, Abs. 1a SGB V,). Damit stehen MVZ derzeit kein Wahlrecht bei der Vertreterversammlung zu, welche allem voran die zentralen Aufgaben nach § 79 Abs. 3 SGB V wahrnimmt.

Dieser Zustand ist mit Blick auf die vom BVerfG in der maßgeblichen Leitentscheidung zur verfassungsrechtlich zulässigen Strukturierung funktionaler Selbstverwaltung (BVerfGE 107, 59 ff. = NVwZ 2003, 974 ff.) ein Verstoß gegen das Grundgesetz (näher Hügel/Prütting, in: Knüppel/Neubauer/Stauch-Eckmann, Medizinische Versorgungszentren, 2023, S. 173, 177 ff.). Das BVerfG hat ein Verbot selektiver oder undifferenzierter Interessenvertretung herausgearbeitet. Es kann nicht geleugnet werden, dass im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung das MVZ selbst der Leistungserbringer ist, auch wenn es durch angestellte Ärztinnen und Ärzte die Ausführung erbringen lässt. Ebenfalls ist das MVZ Gegenstand von Honorarverteilungsfragen sowie Haftungsschuldner bei Fehlern und Ansprechpartner bei Verwaltungsfragen gerade auch im Hinblick auf die zuständige KV.

Eine adäquate Repräsentation der MVZ findet auch nicht über die

Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren e.V.
Marienstraße 15 | 10117 Berlin
Tel: 030 27593805 | E-Mail: info@bbmv.de | www.bbmv.de
Vorstand: Sibylle Stauch-Eckmann, Dr. Dr. Dirk Knüppel, Dr. Ulrich Wandschneider, Carolin Tetzel
Geschäftsführerin: Alexandra Gutwein
Lobbyregister für die Interessensvertretung gegenüber dem Deutschen Bundestag und der Bundesregierung | Registernummer R000242
Vereinsregister Berlin | Amtsgericht Charlottenburg | Vereinsregisternummer: VR 38008 B
Berliner Sparkasse – IBAN: DE66 1005 0000 0190 8598 49 – BIC: BELADEBEXXX

angestellten Ärztinnen und Ärzte statt. Dieser partiell erhobene Einwand verkennt bereits, dass dies lediglich für jene Ärztinnen und Ärzte Geltung beanspruchen könnte, die selbst zugleich wenigstens dem Gesellschafterkreis des MVZ – richtigerweise zusätzlich der Geschäftsführung – angehören. Im Übrigen wird man kaum der Prämisse folgen können, dass Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer generell oder auch nur regelmäßig in solchen Gremien sachgerecht die Interessen ihrer Arbeitgeber vertreten. Auch der Sozialgesetzgeber beurteilt dies ersichtlich so und hat daher mit § 79c Abs. 1 Nr. 3 SGB V einen eigenständigen Fachausschuss für angestellte Ärztinnen und Ärzte etabliert. Dieser ist jedoch in Honorarverteilungsfragen nicht eingebunden. Die Beteiligung in der KV muss daher zwingend auf MVZ-Ebene selbst und damit auf Geschäftsführungsebene stattfinden, um den verfassungsrechtlichen Repräsentationsgeboten des Demokratieprinzips gemäß geltender Verfassungsrechtsprechung zu genügen.

Der BBMV ersucht dringend darum, diesen verfassungswidrigen Zustand abzustellen und die MVZ in den Vertreterversammlungen der jeweiligen KVen zu beteiligen.

IV. Hinweise zu aktuellen Begleitdebatten

In den vergangenen Jahren hat sich eine Grundsatzdiskussion entwickelt, die darauf abzielt, das MVZ als Leistungserbringer in der vertragsärztlichen Versorgung einer verstärkten Regulierung zu unterwerfen. Diese Diskussion und ihr anhaltend scharfer Ton sind seitens des BBMV nicht verständlich, da selbst eingehende Untersuchungen die vielfach befürchteten Missstände nicht zu verifizieren vermochten. Die Kritiker greifen gerne vereinzelte Negativbeispiele im Rahmen von Fehlverhalten konkreter Personen heraus, um die MVZ-Struktur zu diskreditieren. Bei näherem Hinsehen haben die

Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren e.V.
Marienstraße 15 | 10117 Berlin
Tel: 030 27593805 | E-Mail: info@bbmv.de | www.bbmv.de
Vorstand: Sibylle Stauch-Eckmann, Dr. Dr. Dirk Knüppel, Dr. Ulrich Wandschneider, Carolin Tetzel
Geschäftsführerin: Alexandra Gutwein
Lobbyregister für die Interessensvertretung gegenüber dem Deutschen Bundestag und der Bundesregierung | Registernummer R000242
Vereinsregister Berlin | Amtsgericht Charlottenburg | Vereinsregisternummer: VR 38008 B
Berliner Sparkasse – IBAN: DE66 1005 0000 0190 8598 49 – BIC: BELADEBEXXX

jeweiligen Vorwürfe regelmäßig aber nichts mit dem MVZ, sondern vielmehr mit dem Verhalten einer oder weniger Personen zu tun. Gleichwohl wird ohne ersichtliche Faktenbasis fortwährend und nachdrücklich gefordert, etwaigen Missbrauchsgefahren entgegenzutreten, die gerade dem MVZ-Bereich entstammen sollen, was weder belegt noch korrekt ist. Bislang ist von diesbezüglichen Erwägungen im GVSG nichts zu lesen, was der BBMV begrüßt. Wir möchten folgende Aspekte hervorheben, die häufig im Kreis der Kritiker in Vergessenheit zu geraten scheinen:

1. MVZ sind wesentlicher Teil einer flächendeckenden medizinischen Versorgung im haus- und fachärztlichen Bereich. Mittlerweile gäbe es ohne ihr Wirken eine erhebliche Zahl von nicht tragbaren Lücken.
2. MVZ tragen zur Qualitätsmedizin bei. Durch ihre Strukturierung und ihre Möglichkeiten konzentrierter Verwaltung sowie weithin sinnvoller Investitionsentscheidungen der Gesellschafterkreise sind MVZ sowohl überdurchschnittlich gut ausgestattet als auch mit Ärztinnen und Ärzten besetzt, die sich auf die Medizin konzentrieren können und nicht mit Verwaltungsaufgaben überfrachtet werden. Zudem sind MVZ Innovationstreiber und haben sich allem voran im Rahmen der qualitätssteigernden Digitalisierungsbemühungen erheblich hervorgetan.
3. MVZ tragen dem Wunsch vieler junger Medizinerinnen und Mediziner Rechnung, nicht das volle Marktrisiko einer eigenen Praxis schultern zu müssen und auch die übrigen Vorteile der Anstellung für sich zu beanspruchen (Planbarkeit bei Arbeitszeiten, weniger Verwaltung, klare Urlaubs- und Vertretungsregeln, weitreichende Fort- und Weiterbildungsunterstützung und Vieles mehr).
4. MVZ bieten die Möglichkeit, gut aufgebaute Praxen im Wege des Anteilserwerbs ohne größere Schwierigkeiten von Generation zu Generation weiterzugeben und damit sinnvolle Kontinuitäten zu wahren. Zugleich müssen ältere Ärztinnen und Ärzte nicht darum fürchten, dass

Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren e.V.
Marienstraße 15 | 10117 Berlin
Tel: 030 27593805 | E-Mail: info@bbmv.de | www.bbmv.de
Vorstand: Sibylle Stauch-Eckmann, Dr. Dr. Dirk Knüppel, Dr. Ulrich Wandschneider, Carolin Tetzel
Geschäftsführerin: Alexandra Gutwein
Lobbyregister für die Interessensvertretung gegenüber dem Deutschen Bundestag und der Bundesregierung | Registernummer R000242
Vereinsregister Berlin | Amtsgericht Charlottenburg | Vereinsregisternummer: VR 38008 B
Berliner Sparkasse – IBAN: DE66 1005 0000 0190 8598 49 – BIC: BELADEBEXXX

ihnen Werte verloren gehen, wenn sie etwa kurz vor dem altersbedingten Ausscheiden noch erheblich investieren. Gegenteiliges Verhalten wäre unmittelbar patientengefährdend, droht aber außerhalb von MVZ beim Generationenwechsel immer wieder.

5. Zur Integrität gehört selbstredend auch, dass in MVZ die Ärztinnen und Ärzte bei der konkreten Berufsausübung weisungsfrei agieren. Die wiederholt laut gewordene Behauptung, Investoren würden sich institutionalisiert in die konkreten medizinischen Entscheidungsabläufe mischen, ist weder belegt noch wahr.
6. Zuletzt sei hervorgehoben, dass es MVZ nunmehr seit 2004 und damit seit 20 Jahren gibt. Die aus dem Kreis der Kritiker immer wieder beschworenen Negativauswirkungen auf das Gesundheitswesen sind ausgeblieben. Wie der obige, kurz gehaltene Ausschnitt zeigt, sind die Positiva demgegenüber von unschätzbarem Wert. Gegen missbräuchliches und rechtswidriges Verhalten im Einzelfall wendet sich der BBMV ebenso entschieden wie jeder andere integre Stakeholder im Gesundheitswesen. Das Wohl der Patientinnen und Patienten wie auch die Sicherheit eines gut aufgestellten, leistungsstarken und innovativen Gesundheitssystems müssen stets oberste Gebote sein.

Bundesverband der Betreiber medizinischer Versorgungszentren e.V.
Marienstraße 15 | 10117 Berlin
Tel: 030 27593805 | E-Mail: info@bbmv.de | www.bbmv.de
Vorstand: Sibylle Stauch-Eckmann, Dr. Dr. Dirk Knüppel, Dr. Ulrich Wandschneider, Carolin Tetzel
Geschäftsführerin: Alexandra Gutwein
Lobbyregister für die Interessensvertretung gegenüber dem Deutschen Bundestag und der Bundesregierung | Registernummer R000242
Vereinsregister Berlin | Amtsgericht Charlottenburg | Vereinsregisternummer: VR 38008 B
Berliner Sparkasse – IBAN: DE66 1005 0000 0190 8598 49 – BIC: BELADEBEXXX

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(28)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
11.11.2024

Schriftliche Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung "Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)" BT-Drucksachen 20/11853, 20/12664

Im Kontext der dringend erforderlichen Regionalisierung der Gesundheitsversorgung (Primärversorgung, Gesundheitszentren, Community Medicine) ist es zu begrüßen, dass sich ein Gesetzesentwurf der Bundesregierung mit diesem Problemkreis befasst. Folgende Punkte sollten in der Debatte darüber Beachtung finden:

1. Die „**Weiterentwicklung des G-BA**" entspricht einer weitgehenden Schwächung dieses Gremiums, das im korporatistisch organisierten deutschen Gesundheitssystem eine sehr wichtige Rolle eingenommen hat, weil es die Selbstverwaltungspartner zur Kooperation zwingt und selbst vom Gesetzgeber adressiert werden kann. Im vorliegenden Gesetzesentwurf sind allerdings zahlreiche Regelungen enthalten, die eine quantitative Vermehrung von Konsultationspflichten und Einspruchsmöglichkeiten in einem Ausmaß vorsehen, dass hiermit die Arbeitsfähigkeit dieser wichtigen Struktur weitgehend zum Erliegen kommen wird. Natürlich ist es grundsätzlich begrüßenswert, wenn z.B. wissenschaftliche Fachgesellschaften die Gelegenheit zu Stellungnahmen gegeben wird, aber es wird zu einer Lähmung der Arbeitsstrukturen des G-BA kommen, insbesondere wenn diese Stellungnahmen auch noch in die Entscheidungen „einzubeziehen" sind (s. Neufassungen §§91 und 92). Man sollte nicht außer Acht lassen, dass die Beratungen des G-BA naturgemäß im Grenzgebiet zwischen Wissenschaft/Fachlichkeit und Politik stattfinden. Es bedarf daher spezifischer Institutionen (z.B. IQWiG), die im Auftrag der Institution G-BA die fachlich-wissenschaftliche Evidenz zusammenfassen und bewerten. Es setzt sich hier die Tendenz fort, die Struktur des G-BA in seiner Kompetenz und Arbeitsfähigkeit zu schwächen, so wie es z.B. auch im Bereich der Qualitätsssicherung (s. KHVVG) oder während der Corona-Krise zu erkennen war.

2. Gegen die die Vorhaltepauschalen für die **Hausärztliche Versorgung** nach §87 Abs. 2q GVSG-E können keine grundsätzlichen Einwände geltend gemacht werden. Allerdings muss man zu bedenken geben, dass die Bedingungen zur Gewährung dieser Pauschalen (zusätzliche Leistungen wie Hausbesuche, Pflegeheimbesuchte, Telemedizin) einen ähnlichen Ansatzpunkt haben wie die Regelungen in den Verträgen zur Hausarzt-Zentrierten Versorgung nach §73b SGB V (aus dem Jahr 2004, Gesundheits-Modernisierungs-Gesetz, damals Schwerpunkt Qualitätsmanagement). Man hat den Eindruck, dass hier eine Doppelung von sich teilweise überschneidenden Regelungen vorliegt, die letztendlich zu einer Verwässerung der gesetzgeberischen Absicht führt. Zusätzlich ist zu bedenken, dass Fachvertreter aus der hausärztlichen Versorgung immer wieder bezweifeln, dass eine Zunahme von finanziell angereizten Verpflichtungen eher

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

nicht zu Verbesserungen führen, wenn die personellen Kapazitäten gar nicht zu Verfügung stehen (Personalknappheit mit unbesetzten Hausarzt-Stellen) und strikt auf die Bugetneutralität gepocht wird. Wenn man Abs. 2q im Zusammenhang mit der Neufassung von Abs. 2b sieht, in dem zur Abrechnung der Chroniker-Pauschale nur noch ein einziger Arztbesuch pro Jahr stattfinden muss (statt bisher einmal im Quartal), dann ist es wahrscheinlich, dass es sogar zu einer Vertiefung der im ambulanten Bereich sowieso schon sichtbaren Unterversorgung kommt.

3. Der wichtigste Kritikpunkt besteht in den erweiterten Regelungen zur Versorgung durch Medizinische Versorgungszentren (MVZ) nach §95 Abs. 2 SGB V. Diese Regelungen ursprünglich ebenfalls aus dem GMG 2004 betreffen eine Struktur, in der interdisziplinäre und multiprofessionelle Einrichtungen in einer Struktur zusammenarbeiten. In der Vergangenheit sind die MVZ durch die Möglichkeit, dass sie auch von Krankenhausträgern unabhängig von deren Standort betrieben werden dürfen, zu einem Einfallstor für privat organisierte überregionale Träger geworden, die über einen Zugang zum Kapitalmarkt verfügen, auf diese Weise in großem Maßstab Praxissitze aufkaufen und als MVZ zusammenführen können. Es besteht zunehmend die Gefahr, dass es hierdurch zur Ausbildung von regionalen Monopolen in der ambulanten Versorgung kommt, die bei der anstehenden regionalen Integration der Versorgung (außerhalb des Horizontes der jetzigen Gesetzgebungsaktivitäten) auch den stationären und Pflegesektor umfassen werden. Die kommunale Ebene verfügt zwar auch über die grundsätzliche Möglichkeit, sich über die Gründung von MVZ als selbständig agierender Player an dieser Entwicklung zu beteiligen, allerdings haben sie einen strukturellen Nachteil, der dieses bislang verhindert. Dieser Nachteil besteht in den hohen Sicherungsleistungen, die sie gegenüber den KVen eingehen müssen, und die im Rahmen der kommunalen Haushaltsordnungen nicht umsetzbar sind. Zwar findet sich im vorliegenden Gesetzesentwurf die Formulierung „Die Gesellschafter können ihre Sicherheitsleistungen der Höhe nach begrenzen“ (§95 Abs. 2 GSVG-E). Aber diese „Minderung“ muss von der KBV und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Form von Rahmenvorgaben konkretisiert werden. Wenngleich sonst in den aktuellen Gesetzesvorlagen immer wieder eine Ersatzvornahme durch das BMG ins Spiel gebracht wird, fehlt eine solche nun ausgerechnet bei dieser grundlegenden Frage; ganz abgesehen davon, dass es weitaus zielorientierter wäre, den Grad der Minderung direkt in den Gesetzestext aufzunehmen oder die Sicherungsleistungen gleich ganz zu streichen.

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe
Venloer Str. 30
50672 Köln
0163 5818 797

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Ausschussdrucksache
20(14)234(29)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
11.11.2024

BVMed Bundesverband Medizintechnologie e.V.

Stellungnahme

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune – Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) vom 8.April 2024

11. November 2024

Vorbemerkung

Als Verband repräsentiert der BVMed – Bundesverband der Medizintechnologie über 300 Hersteller und Zulieferer der Medizintechnik-Branche, Hilfsmittel-Leistungserbringer und Homecare-Versorger sowie den medizinischen Fach- und Großhandel.
Wir begrüßen es, dass der Gesetzgeber mit vorliegendem Entwurf unter anderem Regelungen einführen möchte, die Versorgungsstrukturen zu stärken sowie Effizienz und Widerstandsfähigkeit ihrer Akteure auszubauen. Dies halten wir vor dem Hintergrund der prävalenten Herausforderungen des Gesundheitswesens für zwingend erforderlich. Zugleich sehen wir Anpassungsbedarf, damit diese Zielsetzung effektvoll umgesetzt werden kann.

Unsere Hinweise zu den vorgesehenen Neuerungen finden Sie nachfolgend.

1.

Änderungsvorschläge

1.1

Artikel 1, Nr. 2) Genehmigung von Hilfsmittelverordnungen

Wir begrüßen die Regelung ausdrücklich, dass bei Hilfsmittelanträgen die Erforderlichkeit vermutet wird, wenn eine Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) oder Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) erfolgt.

Wir sehen jedoch darüber hinaus weitergehenden Anpassungsbedarf, um Patient:innen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen eine Hilfsmittelversorgung gewährleisten zu können, die gemäß des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) und des Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) in Verbindung mit der UN-Behindertenrechtskonvention die soziale Teilhabe sichert.

Dies setzt insbesondere voraus, dass die besonderen Ansprüche der Personen separat betrachtet und in der Versorgung zwingend berücksichtigt werden müssen, um den Bedürfnissen entsprechen zu können. So unterscheidet sich die Versorgung z.B. mit aufsaugenden Inkontinenz- oder Stomahilfen von Menschen mit chronischer Erkrankung / Behinderung deutlich von der Versorgung von Menschen ohne chronische Erkrankung / Behinderung. Die Behindertenversorgung ist

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

oftmals aufwändiger beispielsweise hinsichtlich Beratung und Produktanwendung /-einsatz als die Versorgung anderer Patient:innen.

Diese individuellen Versorgungsbedarfe werden jedoch leider nicht von allen Krankenkassen in ihren Verträgen adäquat abgebildet, es mangelt an einer Differenzierung der Bedürfnisse, die zu Lasten chronisch Kranker und/oder Personen mit Behinderungen geht.

Für eine patient:innenorientierte und bedarfsgerechte Hilfsmittelversorgung ist somit eine Verpflichtung zur Darstellung differenzierter Versorgungsbedürfnisse erforderlich, deren Mehraufwände sich entsprechend auch in differenzierten Vergütungen widerspiegeln müssen. Die gesetzlichen Krankenkassen haben dies entsprechend, zeitnah, in ihren Versorgungsverträgen zu regeln.

Formulierungsvorschlag:

§ 127 Absatz 1 SGB V wird folgendermaßen gefasst: *In den Verträgen nach Satz 1 sind eine hinreichende Anzahl an mehrkostenfreien Hilfsmitteln, die Qualität der Hilfsmittel, die notwendige Beratung der Versicherten und die sonstigen zusätzlichen Leistungen im Sinne des § 33 Absatz 1 Satz 5 sicherzustellen und ist für eine wohnortnahe Versorgung der Versicherten zu sorgen. Den Verträgen sind mindestens die im Hilfsmittelverzeichnis nach* § 139 Absatz 2 *festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und Produkte zugrunde zu legen. Bei der Vertrags- und Preisgestaltung sind die Versorgungsbedarfe bei schwerwiegend chronischen Krankheiten und Ausnahmen gemäß § 92 Abs. 1 Satz 1 SGB V gesondert zu berücksichtigen.*

1.2

Artikel 1, Nr. 8 a) § 87 Abs. 2b neu: Versorgungspauschale bei regemäßigem Versorgungsbedarf chronischer Patient:innen

Wir begrüßen den Grundsatz der Regelung, dass die kontinuierliche Betreuung von chronisch Kranken nicht an persönliche Ärzt:innen-Patient:innen-Kontakte gebunden wird, als eine patient:innenfreundliche und zukunftsorientierte Regelung. Im Sinne effizienter Versorgungsprozesse halten wir diese Regelung für äußerst zweckdienlich, da Versorgungsbedarfe chronisch kranker Patient:innen oftmals einer Stetigkeit unterliegen. Zudem kann die Betreuung mittels Telemonitoring und digitaler Überwachung von Werten kann auch ohne Besuch in der Praxis erfolgen.

Aus den genannten Gründen und im Sinne der weiteren Entlastung hausärztlicher Strukturen regen wir jedoch an, dass diese Pauschale so gestaltet wird, dass sie auch bei der dauerhaften Versorgung mit einem Hilfsmittel oder einer digitalen Gesundheitsanwendung (DIGA), die zur Behandlung der chronischen Erkrankung ohne ein Arzneimittel ausreichen können, gewährt wird. Außerdem weisen wir darauf hin, dass die Ausgestaltung zum Beispiel mitbehandelnde Diabetolog:innen oder Behandlungen in einem Team von hausärztlich niedergelassenen Kolleg:innen mit verschiedenen Schwerpunkten nicht benachteiligen sollte.

Formulierungsvorschlag:

§ 87 Absatz 2b Satz 5 neu wird folgendermaßen gefasst:

„Abweichend von Satz 1 erster Halbsatz beschließt der Bewertungsausschuss bis zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des 6. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] 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, einer DiGA oder eines Hilfsmittels bedarf, abzurechnen ist.“

1.3

Artikel 1, Nr. 11 b) aa) § 91 Abs. 11: Fristüberschreitungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

Wir begrüßen die Intention, die Verfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu straffen und deren Durchführung zu beschleunigen. Wir halten es jedoch für bedenklich, wenn durch Streichung des Satzteils „im Einzelnen dargelegt werden müssen“ die bisherige Erläuterungspflicht künftig optional gestaltet sein soll: Hierdurch verlöre der Bericht Aussagekraft und die Bewertung der Fristüberschreitungen würde schwieriger.

Im Sinne eines aussagekräftigen Berichtswesens und eines transparenten Verfahrens halten wir es für essentiell, die obligatorische Begründungspflicht zu erhalten – und somit genannte Verpflichtung beizubehalten.

Formulierungsvorschlag:

§ 91 Absatz 11 Satz 1 wird folgendermaßen gefasst:

„auch die zur Straffung des Verfahrens unternommenen Maßnahmen und die Gründe, die zu einer Fristüberschreitung geführt haben können, im Einzelnen dargelegt werden ~~können~~ müssen“

1.4

Artikel 1, Nr. 21, § 137 DMP

Wir begrüßen die Pflicht zur Erarbeitung von Richtlinien zu den Anforderungen an die Ausgestaltung von Behandlungsprogrammen durch den G-BA innerhalb von zwei Jahren ausdrücklich.

1.5

Artikel 1, Nr. 22, § 140f: Votum von Patient:innenvertretungen in G-BA-Verfahren

Wir befürworten die Einbindung von Patient:innenvertretungen und insbesondere diese Regelung ausdrücklich. Um Verzögerungen der Verfahren durch temporäre Nicht-Befassung zu vermeiden, möchten wir anregen, dass eine Wiederbefassung innerhalb von 6 Monaten vorgesehen wird.

Formulierungsvorschlag:

§ 140f wird folgendermaßen gefasst:

„Ein Beschluss des Beschlussgremiums des Gemeinsamen Bundesausschusses wird gehemmt, wenn die benannten Personen einheitlich ein ablehnendes Votum abgeben. Er gilt erst dann als getroffen, wenn er durch erneuten Beschluss in einer darauffolgenden Sitzung, die spätestens innerhalb von 6 Monaten stattfinden soll, bestätigt wird.“

2.

Ergänzende für die Versorgung mit Verbandmitteln

Umsetzung der Legaldefinition für Verbandmittel

Die Übergangsfrist zur Listung der sonstigen Produkte zur Wundbehandlung in Anlage V der Arzneimittelrichtlinie, die die Erstattungsfähigkeit dieser Wundprodukte bestimmt, endet am 02.12.2024. Bislang ist nicht absehbar, dass vormals als Verbandmittel erstattungsfähige Wundprodukte mit Eigenschaften sonstiger Produkte zur Wundbehandlung bis zu diesem Zeitpunkt das Nutzenbewertungsverfahren erfolgreich durchlaufen können.

Ursächlich hierfür sind fortbestehende Unklarheiten zur Bewertung der Evidenz der Wundprodukte entsprechend derer medizinischer Zweckbestimmung und Anwendung (u.a. Anwendungs-/Studiendauer, relevante Endpunkte).

In der Konsequenz steht zu befürchten, dass rund 400 seit Jahren etablierte und qualitative Wundprodukte, die einen aktiven Einfluss auf physiologische und pathophysiologische Abläufe der Wundheilung durch eine pharmakologische, immunologische oder metabolische Wirkung erzielen, Patient:innen Ende 2024 nicht mehr zur Verfügung stehen.

Dies hätte jedoch spürbare Auswirkungen auf Versorgung und Fachpersonal: So wäre mit erhöhtem Behandlungsaufwand bei Ärzt:innen und Pflegefachkräften zur Versorgung der chronischen Wunden zu rechnen, gleichsam mit vermehrten (Wieder-) Aufnahmen und operative Eingriffe (Débridement, Amputationen) mit entsprechenden Folgekosten. Wir befürchten außerdem einen verstärkten Antibiotikaeinsatz, in der Folge die Zunahme der Antibiotikaresistenzen.

Der Gesetzgeber hat zur Klärung bestehender Fragen (insbesondere hinsichtlich erforderlicher Nachweise der Evidenz) für Hersteller im Juni 2023 durch das Arzneimittel-Lieferengpassbekämpfungs- und Versorgungsverbesserungsgesetz (ALBVVG) einen Beratungsanspruch beim Gemeinsamen Bundesausschuss eingeführt. Die Umsetzung ist jedoch erst im Februar 2024 in Kraft getreten – sodass die Hersteller dieses Beratungsrecht noch nicht effektiv nutzen konnten.

Da die bisherigen Kriterien der Evidenz aufgrund medizinisch indizierter kurzer Anwendungsdauer und gemäß der medizinischen Zweckbestimmung nur passageren Anwendung nicht auf Wundprodukte übertragbar sind, wird eine solche individuelle Beratung auch dringend benötigt. Der erfolgreiche Abschluss der Nutzenbewertung setzt jedoch zwingend auch die Entwicklung geeigneter Evidenzkriterien (bspw. Wundflächenreduktion, Schmerzreduktion) voraus, die dem Bewertungsprozess zugrunde gelegt werden. Die wissenschaftliche Gemeinschaft befasst sich seit einiger Zeit intensiv mit dieser Fragestellung. Der Diskurs konnte zum Zeitpunkt jedoch noch nicht abgeschlossen werden.

Aus den genannten Gründen und im Interesse der Patient:innensicherheit, der Versichertengemeinschaft und der an der Wundversorgung beteiligten ärztlichen und pflegerischen Fachkräfte halten wir daher eine adäquate Verlängerung der Übergangsfrist für unumgänglich.

3.

Ergänzende Vorschläge für Versorgung mit Hilfsmitteln

3.1

Versorgung mit Hilfsmitteln

> Wir sehen des Weiteren umfangreichen Anpassungsbedarf zur Sicherung der Hilfsmittelversorgung: Eindämmung der administrativen Aufwände durch Schaffung eines Rahmenvertrags Verwaltungsvereinfachung.

Die Vertragslandschaft der Hilfsmittelversorgung ist weiterhin sehr divers. Die Diversität erstreckt sich dabei auf die Vielfalt der Kostenträger sowie der Versorgungs- und Produktbereiche. Neben den durchaus nachvollziehbaren vertraglich-versorgerischen Inhalten unterscheiden sich dabei unter anderem die administrativen Vorgaben, die sich beispielsweise auf die Abwicklung von Genehmigungs- und Abrechnungsverfahren, den Umgang mit Verordnungen, Folge- und Dauerversorgungen oder Versicherteninformationen zu Zuzahlungen sowie die Umsetzung von Dokumentations- und In-formationspflichten beziehen.

Die derzeitige Bundesregierung verfolgt das Ziel der Reduktion bürokratischer Aufwände sowie zur Förderung digitaler Prozesse. Im beschriebenen Kontext sehen wir einen hohen Veränderungsdruck, mithin große Optimierungspotentiale, und insofern gesetzlichen Anpassungsbedarf.

Nachdem auch die in 2019 im Schiedsverfahren beschlossenen Rahmenempfehlungen nach § 127 Abs. 9 SGB V keine Verbesserungen brachte, halten wir somit die obligatorische, einheitliche Regelung von derlei Vorgängen und Anforderungen in einem Rahmenvertrag für unumgänglich. Notwendige Differenzierungen zwischen den Versorgungsbereichen könnten dabei beispiels-

weise in Form spezifizierender Anlagen vorgenommen werden.

Regelungsvorschlag: Adaption des § 127 Abs. 9 SGB V

Wir schlagen vor, § 127 Absatz 9 wie folgt zu fassen:

> *1Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene schließen bis zum xx.xx.xxxx eine Rahmenvereinbarung zu Fortbildungspflichten, zur inhaltlichen Ausgestaltung und Verwendung von Formularen und Dokumentationsbögen sowie zur Ausgestaltung des Antrags-, Genehmigungs- und Abrechnungsprozesses von Versorgungen mit Hilfsmitteln ab. 2Die für die jeweiligen Versorgungsbereiche zuständigen maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer haben die Vereinbarung nach Satz 1 gemeinsam zu schließen. 3Kommt eine Einigung bis zum Ablauf der nach Satz 1 bestimmten Frist nicht zustande, wird der Vereinbarungsinhalt durch eine von den Vereinbarungspartnern nach Satz 1 gemeinsam zu benennende unabhängige Schiedsperson festgelegt. 4Einigen sich die Vereinbarungs-partner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. 5Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Leistungserbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene je zur Hälfte. 6In den Vereinbarungen können auch Regelungen über die in § 302 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 genannten Inhalte getroffen werden. 7§ 139 Absatz 2 bleibt unberührt. 8In den Vereinbarungen sind auch die notwendigen Regelungen für die Verwendung von Verordnungen von Leistungen nach § 33 in elektronischer Form zu treffen. 9Es ist festzulegen, dass für die Übermittlung der elektronischen Verordnung die Dienste der Anwendungen der Telematikinfrastruktur nach § 334 Absatz 1 Satz 2 genutzt werden, sobald diese Dienste zur Verfügung stehen. 10Die Regelungen müssen vereinbar sein mit den Festlegungen der Bundesmantelverträge nach § 86. 11Die Inhalte der Rahmenvereinbarungen nach Satz 1 sind verbindlicher Bestandteil der Verträge nach den Absätzen 1 und 3. 12Mit In-Kraft-Treten der Rahmenvereinbarung treten die nach § 127 Abs. 9 SGB V i. d. F. vom xx.xx.xxxx abgegebenen Empfehlungen außer Kraft.*

3.3

Klarstellung des Hilfsmittelbegriffs

Die erforderlichen versorgungsstrukturellen Veränderungen setzen den Zugang der versorgenden Personen zu den entsprechenden Hilfsmitteln voraus, um den Verbleib der Patient:innen in der Häuslichkeit und die Behandlung im ambulanten Setting bzw. durch Pflegefachkräfte zu ermöglichen. Der Hilfsmittelbegriff in der jetzigen Form wird vom GKV-SV derzeit derart eng ausgelegt, dass diese Versorgungen nicht umgesetzt werden können und entsprechend klinisch durchgeführt werden oder im Falle der Delegierbarkeit dennoch in der Arztpraxis verbleiben müssten.

Derzeit häufen sich die Beispiele der Produkte, deren Hilfsmitteleigenschaft infrage gestellt wird, was zu massiven Störungen des Antragsprozesses zum Hilfsmittelverzeichnis, vor allem aber zu Behinderungen im Versorgungsprozess führt. Wir gehen außerdem davon aus, dass sich die Tragweite der Problemkonstellation prospektiv ausweiten wird, da Therapien gerade in die Häuslichkeit und stationäre Leistungen in das ambulante Setting übertragen werden sollen. Es ist zudem davon auszugehen, dass für heute ärztliche Leistungen künftig verstärkt entsprechend qualifizierte Pflegekräfte eingebunden werden sollen, die den Zugang zu den Medizinprodukten in der Häuslichkeit benötigen. Dieser ist unter den gegebenen Bedingungen nicht gegeben.

Wir sehen somit dringenden grundsätzlichen Handlungsbedarf und schlagen zur Klarstellung – und damit auch zur reibungslosen Sicherstellung der benannten Versorgungen – entsprechende gesetzliche Anpassungen in folgenden Fallkonstellationen vor:

- Medizinprodukte, die gemäß Zweckbestimmung ausschließlich durch medizinisches Fachpersonal angewendet werden dürfen (z. B. Infusions-, Ernährungstherapie)
- Medizinprodukte, die im Zusammenhang mit einer ärztlich herbeigeführten künstlichen Körperöffnung verwendet werden und die ihren Zweck nur in Verbindung mit dieser Körperöffnung erfüllen können (z. B. Drainage)

Regelungsvorschlag: Adaption des § 33 SGB V

Wir schlagen folgende Anpassungen des § 33 SGB V vor:

§ 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V

5Der Anspruch eines Versicherten umfasst auch Hilfsmittel, die nicht durch den Versicherten selbst oder seine Angehörigen angewendet werden können, sowie zusätzlich zur Bereitstellung des Hilfsmittels zu erbringende, notwendige Leistungen wie die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, die Ausbildung in ihrem Gebrauch und, soweit zum Schutz der Versicherten vor unvertretbaren gesundheitlichen Risiken erforderlich, die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen.

§ 33 Abs. 1 Satz 8 SGB V:

8Der Anspruch eines Versicherten umfasst auch Hilfsmittel, deren Verwendung einen Körperzugang voraussetzt, der zuvor im Rahmen einer ambulanten oder stationären Behandlung geschaffen wurde.

3.4

Transparenz des Vertragswesens Hilfsmittel – für Patient:innen und Leistungserbringer

Trotz einer gesetzlich definierten Veröffentlichungs- und Transparenzpflicht für Hilfsmittelversorgungsverträge gegenüber Leistungserbringern sowie Patient:innen erfolgt die Umsetzung durch die Krankenkassen oftmals unzureichend, zudem sehr uneinheitlich, unvollständig und dezentral.

Dies erschwert nicht allein an der Versorgung teilnehmenden bzw. an Verhandlungen interessierten Leistungserbringern den Zugang. Die Umsetzung der Kostenträger erschwert insbesondere deren Versicherten, ausreichend Kenntnis über die Versorgungsansprüche zu verlangen – und miteinander zu vergleichen.

Im Sinne der Stärkung der Patient:innen bei der Auswahl von Kostenträgern wie auch Leistungserbringern gemäß § 127 Abs. 6, aber auch zur Stärkung der Transparenz im Verhandlungswesen

für teilnehmende Versorger, halten wir somit eine Konkretisierung der Veröffentlichungspflicht der entsprechenden Versorgungsverträge für notwendig. Wir schlagen hierfür die Errichtung eines zentralen Transparenzregisters vor, dem die jeweiligen Versorgungsverträge entnommen werden können.

Regelungsvorschlag: Änderung des § 127 Abs. 1 S. 8 SGB V

Wir schlagen durch Anpassung des Absatzes 1 Satz 8 die Definition einer Veröffentlichungspflicht der Versorgungsverträge im Vertragstransparenzregister des BAS vor (Vgl. § 140, § 73b SGB V):

> *Über die Inhalte abgeschlossener Verträge einschließlich der Vertragspartner, sind andere Leistungserbringer ~~auf Nachfrage~~ unverzüglich mittels Veröffentlichung über die Vertragstransparenzstelle des Bundesamts für Soziale Sicherung zu informieren.*

3.5

Sicherstellung der TI-Anbindung der Hilfsmittelleistungserbringer durch Konkretisierung der Ausgabeprozesse und des Auftrags an das elektronische Gesundheitsberuferegister (eGBR)

Zum Zwecke des Ausbaus der digitalen Infrastruktur und deren Nutzung sollen die Hilfsmittelleistungserbringer sowie die Leistungserbringer der weiteren Medizinprodukte nach § 31 SGB V ab 2024 an die Telematikinfrastruktur angebunden werden. Für die Definition sowie die Umsetzung der Ausgabeprozesse der entsprechenden legitimierenden Dokumente ist gemäß § 340 SGB V das sogenannte elektronische Gesundheitsberuferegister (eGBR) zuständig. Um dieser gesetzlichen Pflicht nachzukommen, fehlt es allerdings an einer Konkretisierung des gesetzlichen Auftrags: So müsste insbesondere klargestellt werden, dass der gesetzliche Auftrag des eGBR (unter anderem) die Hilfsmittelleistungserbringer umfasst (die nicht verkammert sind). Aufgrund der Vielfalt der diesen Versorgern zugrundeliegenden Berufsbilder erscheint eine explizite Auflistung der in diesem Rahmen anzubindenden Berufsgruppen wenig zielführend. Wir regen daher einen Verweis auf die Leistungserbringer bzw. Berufe gemäß Empfehlungen des GKV-Spitzenverbands zur Präqualifizierung nach § 126 Abs. 1 S. 3 SGB V an.

Regelungsvorschlag: Adaption des § 340 SGB i. V. m. § 360ff. SGB V sowie § 352 SGB V

> Wir regen die für die Ausgabe von eHBA und SMC-B für (Mitarbeitende der) Hilfsmittelleistungserbringer sowie der sonstigen Leistungserbringer von Medizinprodukten nach § 31 SGB V notwendigen gesetzlichen Anpassungen an.

4.

Ergänzende Vorschläge zur telemedizinischen Versorgung

Die vorgeschlagene Regelung zur kontaktunabhängigen hausärztlichen Betreuungspauschale zeigt die Notwendigkeit, die ärztliche Versorgung in Zukunft anders zu organisieren. Angesichst on Fachkräftemangel, steigendem Betreuungsbedarf bei älteren und chronisch Kranken und dem ökologischen Nutzen von vermeidbaren Wegen in die Praxis, sind technische Möglichkeiten hilfreich, die die Betreuung sicherstellen, ohne dass Wege anfallen und Zeit in der Praxis dafür benötigt wird.

Eine solche technische Unterstützung ist beispielsweise die telemedizinische Funktionsanalyse, die die Kontrolle eines Herzschrittmachers ohne direkten Ärzt:in-Patient:innen-Kontakt möglich machen. Die telemedizinische Funktionsanalyse setzt voraus, dass Patient:innen in ihrer Häuslichkeit mit einem implantatspezifischen Übertragungsgerät und einer implantatspezifischen telemedizinischen Infrastruktur ausgestattet werden, worüber die vom Implantat empfangenen Daten über ein Mobilfunknetz sicher zum Server des Herstellers übertragen werden. Des Weiteren muss seitens des Medizintechnik-Herstellers eine gesicherte Webplattform bereitgestellt und betrieben werden, um Vertragsärzt:innen webgestützt dauerhaft den geschützten Zugriff auf die Daten ihrer Patient:innen zu ermöglichen.

Das Problem besteht jedoch darin, dass im Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) von der Selbstverwaltung beschlossen wurde, dass die Kosten für Transmitter (Übertragungsgeräte) nicht berechnungsfähig sind. Auch sonst fehlt es gegenwärtig an einer gesetzlichen oder kollektivvertraglichen Regelung, die die Erbringung und Abrechnung der Übertragungsgeräte und telemedizinischen Infrastruktur im Sachleistungssystem der GKV vorsieht. Während eine Reihe von Krankenkassen die Kosten für die Übertragungsgeräte und die telemedizinische Infrastruktur im Rahmen selektivvertraglicher Vereinbarungen tragen, verweigern andere Krankenkassen die Bezahlung. Dies führt bei Leistungserbringern zu erheblichen Unsicherheiten und gefährdet die regelhafte Versorgung von Versicherten mit entsprechenden telemedizinischen Leistungen.

Sofern die Krankenkassen die entsprechenden telemedizinischen Leistungen nicht zahlen, sind die Versicherten darauf angewiesen, die Kosten zu verauslagen und im Wege der Kostenerstattung aufgrund Systemversagens nach § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V geltend zu machen. Dies ist mit einem hohen Aufwand für die Versicherten und Krankenkassen verbunden. Aus diesem Grund sind gegenwärtig weniger als 20 Prozent der 250.000 Patient:innen mit einem implantierten Defibrillator (ICD) oder einem System zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT) deutschlandweit versorgt, wobei es deutliche regionale Unterschiede gibt.

Vorschlag zur Aufnahme einer Regelung:

In § 27 Abs. 1 Satz 2 SGB V wird als neue Nummer 7 ergänzt:

> *7. Versorgung mit Übertragungsgeräten und/oder telemedizinischer Infrastruktur zur Durchführung von leistungspflichtigen telemedizinischen Leistungen.*

Es wird ein neuer § 33b Übertragungsgeräte und/ oder telemedizinische Infrastruktur für telemedizinische Leistungen eingefügt:

§ 33b Übertragungsgeräte und/ oder telemedizinische Infrastruktur für telemedizinische Leistungen

(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Medizinprodukten, die als Übertragungsgeräte zur Durchführung von leistungspflichtigen telemedizinischen Leistungen erforderlich sind, soweit diese Geräte nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen sind oder nach § 34 Abs. 4 SGB V ausgeschlossen sind.

(2) Der Anspruch umfasst zusätzlich zur Bereitstellung der Geräte die zu ihrem Einsatz notwendige telemedizinische Infrastruktur, die die telemedizinische Funktionalität gewährleistet, insbesondere IT-bezogene Leistungen zur drahtlosen Datenübertragung oder Datensicherung. Satz 1 gilt entsprechend, soweit die Übertragung mit Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens erfolgt oder mit Geräten erfolgt, die nach § 34 Abs. 4 SGB V ausgeschlossen sind.

(3) Die Hersteller stellen den Versicherten auf Grundlage einer vertragsärztlichen Verordnung oder einer seitens einer Klinikambulanz ausgestellten Verordnung die Übertragungsgeräte nach Absatz 1 und/oder die zu ihrem Einsatz notwendige telemedizinische Infrastruktur nach Absatz 2 zur Verfügung und rechnen die hierfür entstehenden Kosten unmittelbar mit den Krankenkassen ab.“

BVMed
Bundesverband Medizintechnologie e.V.
Georgenstr. 25, 10117 Berlin
+49 30 246 255 - 0
www.bvmed.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(30)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
11.11.2024

Beitragszahlende nicht noch stärker belasten – auf teure und nicht qualitätsverbessernde Maßnahmen verzichten

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) und den verbundenen Anträgen

11. November 2024

Zusammenfassung

In kaum einem anderen Land bleibt den Beschäftigten so wenig von ihrem erwirtschafteten Einkommen wie in Deutschland. Vor allem die hohen Sozialbeiträge sind dafür verantwortlich, dass netto so wenig für die Beschäftigten bleibt. Vor dem Hintergrund der historisch höchsten, dynamisch steigenden Krankenkassenbeiträge und der absehbar weiter steigenden Renten- und Pflegebeiträge müssen jetzt alle Anstrengungen darauf gerichtet sein, die Kosten in der gesetzlichen Krankenversicherung zu begrenzen, anstatt sie noch mehr nach oben zu treiben. Ein weiterer Anstieg der Belastung des Faktors Arbeit muss unbedingt verhindert werden, damit Beschäftigung in Deutschland erhalten bleibt und die Jobs der Zukunft hier geschaffen werden.

Vor diesem Hintergrund ist es richtig, dass der Gesetzentwurf auf ursprünglich geplante Maßnahmen wie die Einrichtung von Gesundheitskiosken und die Finanzierung von Medizinstudienplätzen aus Mitteln der Beitragszahlenden verzichtet. Ebenfalls verzichtet werden sollte auf die Entbudgetierung ärztlicher Leistungen. Die Hausärzte in Deutschland verdienen mit dem 4,4-fachen eines Durchschnittsgehalts und die Fachärzte mit dem 5,4-fachen bereits sehr gut und liegen damit an der Spitze der OECD-Länder. Den Ärzten noch mehr Geld zu zahlen, macht das heute schon teuerste Gesundheitssystem der EU, das wir in Deutschland haben, nicht besser. Eine Entbudgetierung ist weder geeignet, für eine bessere Verteilung der Ärztinnen und Ärzte zu sorgen, noch den Trend der Überalterung und des Austritts aus dem Berufsleben aus Altersgründen in der Ärzteschaft zu beheben. Vielmehr würde eine Entbudgetierung ausschließlich die Sozialabgaben weiter in die Höhe treiben. Die bestehenden Beteiligungsrechte von Patientenvertretungen und Berufsorganisationen der Pflegeberufe sind ausreichend. Eine Ausweitung würde das richtige Anliegen des Gesetzgebers konterkarieren, die Abläufe im G-BA zu beschleunigen.

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Im Einzelnen

Gesundheitskioske sind unnötig und teuer

Es ist ausdrücklich zu begrüßen, dass die lange verfolgte Idee der Gesundheitskioske nicht in den Gesetzentwurf aufgenommen wurde. Auf ihre Umsetzung sollte auch weiterhin verzichtet werden. Mit dem Aufbau der Gesundheitskioske hätte die Gefahr bestanden, dass unnötige und teure Doppelstrukturen in der medizinischen Versorgung geschaffen werden, denn die Beratung von Versicherten und die Vermittlung von Versorgungsleistungen wird bereits durch die Krankenkassen und die Leistungserbringer gewährleistet. Personen, die sich im Gesundheitswesen nicht zurechtfinden, haben neben den Krankenkassen schon heute genügend Anlaufstellen, wie z. B. die Unabhängige Patientenberatung, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Ombudspersonen, Verbraucherzentralen usw. Noch mehr Beratungsstellen werden nicht benötigt. In Zeiten von Arbeits- und Fachkräftemangel würde durch die Errichtung und den Betrieb dieser Gesundheitskioske ohne Not Personal gebunden, das woanders tatsächlich gebraucht wird.

Obwohl die Gesundheitskioske Aufgaben der öffentlichen Daseinsvorsorge hätten übernehmen sollen, war vorgesehen, dass der von den Kommunen verantwortete Teil der Daseinsvorsorge nur durch einen pauschalen Finanzierungsanteil von 20 % abgedeckt werden sollte. Die Finanzierung der Gesundheitskioske sollte stattdessen weit überwiegend (mit 74,5 %) durch die gesetzliche Krankenversicherung erfolgen.

Die gesetzliche Krankenversicherung hat seit Jahren ein massives Ausgabenproblem, das durch kostensteigernde Gesetze immer weiter verschärft wird. Deutschland hat das teuerste Gesundheitssystem der EU, ohne dafür auch eine Spitzengesundheitsversorgung zu haben. Die Errichtung von Gesundheitskiosken befeuert diese Entwicklung weiter und belastet die Beitragszahlenden, ohne dass diese dafür eine qualitativ bessere Versorgung erhalten. Nach den ersten Gesetzesplänen sollte „perspektivisch ein Kiosk die Beratung für ca. 80.000 Einwohnerinnen und Einwohner sicherstellen“. Somit hätten die Beitragszahlenden zur gesetzlichen Krankenversicherung für die 1.000 Kioske zusätzlich jährlich ca. 300 Mio. € aufbringen müssen.

Im Übrigen wäre der geplante Umfang des Vorhabens weit über den Koalitionsvertrag hinausgeschossen, der vorsieht: „In besonders benachteiligten Kommunen und Stadtteilen (5 %) errichten wir niedrigschwellige Beratungsangebote (z. B. Gesundheitskioske) für Behandlung und Prävention.“ Bei ca. 1.000 Gesundheitskiosken war anzunehmen, dass nicht nur besonders benachteiligte Kommunen einen Kiosk erhalten würden.

Finanzierung von Studienplätzen nicht zu Lasten der Beitragszahlenden

Es ist ebenfalls richtig, dass der Gesetzentwurf nicht die Idee aufgreift, einen Medizinstudienplätze-Förderfonds aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu finanzieren. Die Finanzierung von Schulen und Universitäten ist eine Kernaufgabe des Staates und es wäre ordnungspolitisch falsch, wenn die Beitragszahlenden der gesetzlichen Krankenversicherung zwei Drittel der neuen Studienplätze im Bereich der Humanmedizin finanzieren müssten.

Budgetierung der vertragsärztlichen Vergütung beibehalten

Es besteht kein Bedarf für noch höhere Honorare für Ärzte und Ärztinnen. Dass die Ärzteschaft nicht auskömmlich vergütet sei, ist eine Mär. Vergleicht man die Vergütung der Hausärzte mit dem Durchschnittslohn eines Landes, so liegen die niedergelassenen Hausärzte in Deutschland mit dem 4,4-fachen eines Durchschnittsgehalts an der Spitze der OECD-Länder[1]. In der Schweiz erhalten Hausärzte nur das 3-fache und in den Niederlanden nur das 2,7-fache. Die niedergelassenen Fachärzte erhalten sogar das 5,4-fache eines deutschen Durchschnittsgehalts. In der Schweiz ist es nur das 3,2-fache.

Die Überschüsse je Inhaber einer Hausarztpraxis sind zwischen 2015 und 2021 jährlich im Durchschnitt um über 5 % gestiegen[2]. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen für die ärztliche Behandlung haben sich von 2012 bis 2022 von knapp 29 auf über 46 Mrd. € pro Jahr erhöht und sind damit im 10 Jahreszeitraum um 60 % gestiegen[3]. Für 2024 wurden bereits weitere Erhöhungen von ca. 2 Mrd. € beschlossen[4]. Weitere Erhöhungen müssen daher unterbleiben.

Den Ärzten noch mehr Geld zu zahlen macht das heute schon teuerste Gesundheitssystem der EU, das wir in Deutschland haben, keinen Deut besser. Dies bestätigt auch der Bundesrechnungshof in seinem Gutachten „Extrabudgetäre Vergütung von vertragsärztlichen Leistungen in der ambulanten Versorgung“[5]. Er sieht keine konkreten Anhaltspunkte dafür, dass mit einer Entbudgetierung die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung von Versicherten maßgeblich verbessert würden. Vielmehr würde der medizinisch notwendige Behandlungsbedarf der Versicherten als ausgabensteuerndes Kriterium durch eine Entbudgetierung vollständig abgeschafft. Die Expertise stellt fest, dass die extrabudgetäre Vergütung die Gefahr unwirtschaftlicher, insbesondere medizinisch nicht erforderlicher Leistungserbringung erhöht, was Fehlversorgungen und Ausgabenanstiege nach sich zieht. Die Krankenkassen schätzen die Kosten für eine Entbudgetierung der haus- und fachärztlichen Vergütung auf rund 3 Mrd. € pro Jahr, was einem Beitragssatzanstieg von ca. 0,15 Beitragssatzpunkten entspricht. Steigende Sozialabgaben schwächen den Wirtschaftsstandort Deutschland weiter und allen Beschäftigten bleibt noch weniger netto vom brutto. Daher sollten Maßnahmen, die zu weiteren Beitragssatzanstiegen führen, unterbleiben.

Eine Entbudgetierung der hausärztlichen Vergütung würde zudem gerade dort, wo die hausärztliche Versorgung unterdurchschnittlich ist, gar nichts helfen. Denn begünstigt würden allein die Hausärzte in den Ballungszentren und Großstädten, in denen die hausärztliche Versorgung wesentlich besser ist als in strukturschwachen Gegenden. Bereits heute bekommen die Hausärzte in den meisten Bundesländern und ländlichen Regionen ihre Leistungen zu rund 100 % vergütet. Eine Entbudgetierung würde damit keinen Anreiz zur Niederlassung in schwächer versorgten Regionen setzen. In Städten und Ballungsgebieten, in denen bereits zum Teil eine Überversorgung besteht, braucht es keine weiteren finanziellen Wohltaten oder Anreize zur Niederlassung.

1 OECD Health Statistics 2022.
2 Klein (2024): Die wirtschaftliche Situation von Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten in Deutschland. In: GKV 90 Prozent, Ausgabe 36, Februar 2024.
3 ibid.
4 ibid.
5 Bundesrechnungshof (2023): Extrabudgetäre Vergütung von vertragsärztlichen Leistungen in der ambulanten Versorgung.

Versorgungspauschale – bloße Mitnahmeeffekte vermeiden

Die geplante hausärztliche Versorgungspauschale, die die quartalsweise abzurechnende Chronikerpauschale ersetzen soll, kann dazu geeignet sein, medizinisch nicht erforderliche Arzt-Patientenkontakte zu reduzieren. Da durch die Pauschalisierung die Transparenz über Art und Umfang der tatsächlich erbrachten ärztlichen Leistungen verloren geht, besteht jedoch die Gefahr von Mitnahmeeffekten in der Abrechnung. Es muss daher sichergestellt werden, dass eine ärztliche Versorgung tatsächlich im angemessenen Umfang stattfindet. Zu begrüßen ist, dass die Regelungen zur Versorgungspauschale so ausgestaltet werden sollen, dass sie zumindest nicht zu Mehrausgaben führen.

Weitergehende Beteiligungsrechte im G-BA nicht notwendig

Eine Ausweitung der Beteiligungsrechte der Patientenvertretung sollte unterbleiben. Sie würde das richtige Anliegen des Gesetzgebers, die Abläufe im G-BA zu beschleunigen, konterkarieren. Die Patientenvertretung hat schon heute grundsätzlich in allen Gremien des G-BA ein umfassendes Antrags- und Mitberatungsrecht und kann im Rahmen der Beschlussfassung im Plenum des G-BA ihre Positionierung gegenüber der Beschlussvorlage darstellen. Damit wird den Anliegen von Patientinnen und Patienten bereits hinreichend Rechnung getragen. Im Übrigen werden die Interessen von Patientinnen und Patienten im G-BA auch durch die Krankenkassen vertreten, deren Selbstverwaltung sich jeweils mindestens zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten zusammensetzt.

Auch die Berufsorganisationen der Pflegeberufe haben derzeit ausreichende Beteiligungsrechte im G-BA wie z. B. im Bereich der Qualitätssicherung oder bei den Richtlinien nach § 63 Abs. 3c SGB V.

Ambulante Versorgung bedarfsgerecht sicherstellen

Die Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten ist so hoch wie nie. Zum 31. Dezember 2023 nahmen 187.441 Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Davon waren 153.726 Ärztinnen und Ärzte und 33.715 Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Gegenüber 2014 ist die Zahl damit um knapp 14 % gestiegen. Im internationalen Vergleich belegt Deutschland einen der vordersten Plätze in Bezug auf die Arzt- und Psychotherapeutendichte. Anstelle der Schaffung immer neuer vertragsärztlicher Sitze muss für eine bessere Verteilung von Kapazitäten gesorgt werden. Zum einen lässt sich eine Konzentration der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung in wohlhabenden urbanen Regionen bzw. Regionen mit Universitäten und Ausbildungsinstituten feststellen, in denen auch viele Privatversicherte leben. Zum anderen existieren zunehmende Defizite in der Ausgewogenheit des Verhältnisses zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung. Um die Fehlverteilung der Kapazitäten abzubauen, sind finanzielle Anreize erforderlich. Zuschläge für Leistungserbringende in unterversorgten Gebieten oder in Fachbereichen mit personellen Engpässen müssen dabei aber zu Lasten der Leistungserbringenden in überversorgten Gebieten oder überdurchschnittlich besetzten Fachbereichen finanziert werden, um die Steuerung der Versorgung kostenneutral für die Beitrags- und Steuerzahlenden zu gestalten. Neben den marktwirtschaftlichen Steuerungsinstrumenten ist auch die Förderung der Attraktivität der unterversorgten Region entscheidend, z. B. durch die Sicherung der Kinderbetreuung und von Schulplätzen, von Arbeitsplätzen, von kulturellen Angeboten, von Einkaufsmöglichkeiten und der öffentlichen Verkehrsinfrastruktur. Für der Sicherstellung der medizinischen Versorgung müssen die Länder zudem ihren Aufgaben nachkommen und die notwendigen Strukturen schaffen. Keine Lösung hingegen wäre eine Entbudgetierung der fachärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen.

Digitalisierung vorantreiben

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen besitzt nicht nur das Potenzial, Prozesse effizienter zu gestalten, sondern auch die Versorgung im Gesundheitswesen zu verbessern. Die elektronische Patientenakte (ePA) und digitale Gesundheitsanwendungen und digitale Lösungen für arztentlastende Prozesse können hier u. a. einen Beitrag leisten. Damit Digitalisierung auch zu einer effizienteren Versorgung führt, muss sichergestellt werden, dass die Leistungserbringenden die durch die Digitalisierung erzielten Kosteneinsparungen an die Krankenversicherungen und diese die Vorteile auch an die Beitragszahlenden weitergeben.

Delegation von Kompetenzen sachgerecht ausgestalten

Die Erweiterung der Kompetenzen von medizinischem Fachpersonal kann zu einer effizienten Aufgabenverteilung zwischen verschiedenen Beschäftigtengruppen beitragen und Effizienzreserven heben. Für eine verzahnte und aufeinander abgestimmte Versorgung muss aber eine Abgrenzung zwischen den Leistungserbringenden erfolgen. Zudem ist sicherzustellen, dass die mit einer Kompetenzerweiterung einhergehende mögliche Leistungsverlagerung nicht zu doppelten Leistungserbringungen und Doppelausgaben führen, sondern eine entsprechende Bereinigung vorgenommen wird. Nur so können auch tatsächlich Effizienzgewinne erzielt und Ineffizienzen vermieden werden.

Ansprechpartner:

BDA | DIE ARBEITGEBER
Bundesvereinigung der
Deutschen Arbeitgeberverbände

Abteilung Soziale Sicherung
T +49 30 2033-1600
soziale.sicherung@arbeitgeber.de

Die BDA organisiert als Spitzenverband die sozial- und wirtschaftspolitischen Interessen der gesamten deutschen Wirtschaft. Wir bündeln die Interessen von einer Million Betrieben mit rund 30,5 Millionen Beschäftigten. Diese Betriebe sind der BDA durch freiwillige Mitgliedschaft in Arbeitgeberverbänden verbunden.

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(31)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
11.11.2024

Stellungnahme des IKK e.V.

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune

Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG vom 17.06.2024

11.11.2024

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin
030/202491-0
info@ikkev.de

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Inhalt

Grundsätzliche Anmerkungen 3

Kommentierung 10

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) 10

Nr. 3: § 33 Absatz 5c (neu): Hilfsmittel 10

Nr. 6 a): § 87 Absatz 2b SGB V: Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte 13

Nr. 7 c): § 87a Absatz 3c SGB V (neu): Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten 14

Nr. 14: § 106b SGB V: Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen 16

Nr. 23 b) aa) ccc): § 197a SGB V: Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen 17

Nr. 24: § 217f Absatz 4 SGB V: Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen 19

Zu Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch) 22

Nr. 23: § 47a SGB XI: Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen 22

Ergänzender Änderungsbedarf 23

Änderung des Mutterschutzgesetzes - MuSchG § 3 Absatz 5 MuSchG Schutzfristen vor und nach der Entbindung 23

Vorsorgliche Ausführungen 25

1. Gesundheitskioske (ggfs. § 65g SGB V neu) 25
2. Primärversorgungszentren (ggfs. § 73a neu SGB V) 26
3. Gesundheitsregionen (ggfs. § 140b SGB V) 26

Grundsätzliche Anmerkungen

Mit dem im vorliegenden Gesetzentwurf zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz) aufgeführten Maßnahmenkatalog soll die ambulante Versorgung grundsätzlich reformiert werden.

Nimmt man dieses Ziel als Richtschnur, wird mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf jedoch weder die Gesundheitsversorgung vor Ort in den Kommunen gestärkt, noch die individuelle Gesundheitskompetenz erhöht. Die Bundesregierung hat es versäumt, die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nachhaltig finanziell abzusichern. Die diesbezüglichen Vorhaben aus dem Koalitionsvertrag wurden nicht umgesetzt, stattdessen werden weiterhin finanzielle Belastungen auf die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler geschoben.

In Zeiten stark steigender Lohnnebenkosten, nicht zuletzt aufgrund der politisch indizierten Anstiege der Krankenkassenzusatzbeiträge, einer schwächelnden Konjunktur und ständig steigender Finanzforderungen der Leistungserbringer besteht derzeit kein Raum mehr für gesetzliche Änderungen, die die finanziellen Belastungen der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler – der Versicherten, der Unternehmen sowie der klein- und mittelständischen Betriebe – weiter erhöhen. Dies gilt umso mehr, wenn die Verbesserungen der gesundheitlichen Versorgung mit den vorliegenden Maßnahmen zweifelhaft sind.

Zwar begrüßen die Innungskrankenkassen, dass im Hinblick auf die durchgreifende Kritik u. a. die Doppelstrukturen begründenden und damit kostenintensiven Gesundheitskioske gestrichen worden sind. Mit den nun eingeführten finanziellen Regularien, wie zum Beispiel die Entbudgetierung der ambulanten hausärztlichen Leistungen, erfolgen aber im Wesentlichen finanzielle Anpassungen, die tatsächlich keine Verbesserung der Versorgung bringen werden. So belegen die bislang gemachten Erfahrungen zur Entbudgetierung der Kinderärztinnen und -ärzte, dass diese keinesfalls dazu geführt hat, dass mehr kindliche Patientinnen und Patienten schneller behandelt werden. Stattdessen werden mehr Leistungen an einer Patientin bzw. einem Patienten erbracht. Das gesetzgeberische Ziel wurde damit eindeutig verfehlt.

Insofern gilt: Nach Auffassung der Innungskrankenkassen hätte sich aufgrund der bereits real existierenden Herausforderungen der künftigen Sicherstellung einer ausreichenden und flächendeckenden medizinischen Versorgung – insbesondere abseits der Ballungszentren – ein „echtes“ Versorgungsgesetz angeboten, welches die Fragen nach einer bedarfsgerechten, sektorenübergreifenden Versorgung umfassend in einem Gesamtzusammenhang auch mit den Regelungen des KHVVG beantwortet.

Was die Finanzierung betrifft, so werden die bezifferten Zusatzkosten erneut – wie auch schon bei der geplanten Krankenhausstrukturreform – in erster Linie der GKV und damit den Versicherten und Arbeitgebern als Beitragszahlenden aufgebürdet. Die daraus resultierenden Risiken von weiteren Beitragssatzsteigerungen für die durch vorangegangene Gesetzgebungsverfahren bereits stark strapazierten Finanzen der GKV sind offensichtlich.

Die Innungskrankenkassen lehnen den vorgelegten Gesetzentwurf auch deshalb ab, weil sich die Bundesregierung in der ihr verbleibenden Zeit zusammen mit allen demokratischen Kräften im Deutschen Bundestag in erster Linie darauf verständigen sollte, die Sozialsysteme handlungsfähig zu halten und ihre Finanzierbarkeit sicher zu stellen.

Im Einzelnen zu den gesetzlich vorgesehenen Maßnahmen:

Reform der ambulanten hausärztlichen Vergütung

Zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung werden im vorliegenden Gesetzentwurf insbesondere Maßnahmen zur Anpassung der Vergütung ergriffen: Die Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung werden entbudgetiert und eine jährliche Versorgungspauschale zur Behandlung chronisch kranker Patientinnen und Patienten sowie eine Vorhaltepauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages eingeführt.

Insbesondere aufgrund der Kumulation der verschiedenen Maßnahmen bestehen hierzu seitens der Innungskrankenkassen erhebliche Bedenken im Hinblick auf mögliche Doppelfinanzierungen. Darüber hinaus ist aufgrund der systemimmanenten Intransparenz der Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigungen eine Strategieanfälligkeit nicht auszuschließen (konkret dazu in der Einzelkommentierung).

Entbudgetierung Hausärzte

Die vorgesehene Entbudgetierung der Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung wird von den Innungskrankenkassen abgelehnt.

Nach Auffassung der Innungskrankenkassen wird mit der Entbudgetierung kein relevanter Anreiz für eine hausärztliche Tätigkeit in unterversorgten, vor allem ländlichen Regionen, erzielt. Vielmehr besteht die Gefahr einer weiteren Konzentration ärztlicher Tätigkeit sowie einer medizinisch nicht notwendigen und unwirtschaftlichen Leistungsausweitung in den bereits überversorgten Gebieten.

Bestätigt wird die Gefahreneinschätzung durch die im Rahmen der Entbudgetierung der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte gemachten Erfahrungen. Diese haben gezeigt,

dass bereits ohne zusätzliche Bewertungseffekte ein mehrprozentiger überproportionaler Mengenanstieg zu verzeichnen ist. Zur Einhaltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität erachten die Innungskrankenkassen es daher für erforderlich, wie bisher vertragsärztliche Leistungen im Regelfall innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) zu vergüten. Denn ohne eine morbiditätsbezogene Mengenbegrenzung besteht das Risiko einer unangemessenen Leistungsmengenausweitung, wodurch langfristig die Finanzierbarkeit der GKV gefährdet würde.

Der derzeitige Anteil der extrabudgetären Vergütung liegt mit Stand 2022 bei 43 Prozent und erhöht damit bereits grundsätzlich die Gefahr unwirtschaftlicher, insbesondere medizinisch nicht erforderlicher Leistungserbringung („angebotsinduzierte Nachfrage“). Diese Entwicklung hat auch schon der Bundesrechnungshof gerügt. Nur die MGV unterliegt einer Mengen- und Ausgabensteuerung, da sie auf die notwendigen Ausgaben für den zuvor vereinbarten notwendigen Behandlungsbedarf beschränkt ist. Zudem ist zu beachten, dass die derzeitige Budgetierung durch die Bereitstellung eines von der tatsächlichen Leistungsinanspruchnahme unabhängigen Vergütungsbetrags – sowohl auf Seiten der Krankenkassen als auch bei den Leistungserbringenden – eine hohe Planungssicherheit gewährleistet. Damit stellt die MGV ein Beispiel für Entökonomisierung dar.

Auch unter dem Aspekt des Nachwuchs- und Fachkräftemangels bedürfte es zur flächendeckenden Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung bei freiwerdenden Arztsitzen gezielterer Maßnahmen. Zu nennen wären beispielsweise die Entwicklung neuer Arbeits- und Niederlassungsmodelle, anstatt der finanziellen Anreizsetzung durch Aufhebung der Budgetierung nach dem „Gießkannenprinzip“. Unterstützt wird dies durch die Kostenstrukturstatistik des Statischen Bundesamtes, wonach der Reinertrag der Allgemeinmediziner von durchschnittlich 188.000 Euro je Praxisinhaber im Jahr 2019 um 17 Prozent auf 220.000 Euro im Jahr 2021 zuletzt deutlich zugenommen hat.

Inwiefern sich die in der Gesetzesbegründung betonte Weitergeltung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V auch bei Wegfall jeglicher Mengenbegrenzung und gleichzeitiger Definition der von Ärztinnen und Ärzten abgerechneten Leistungsmengen als „Leistungsbedarf“ praktisch auswirken wird, bleibt vom Gesetzgeber unbeantwortet.

Versorgungspauschale zur Behandlung chronisch kranker Patientinnen und Patienten

Mit der Einführung der Versorgungspauschale sollen aus medizinischer Sicht nicht erforderliche Arzt-/Praxis-Patienten-Kontakte vermieden werden.

Dieser Ansatz wird von den Innungskassen grundsätzlich begrüßt. Es ist allerdings zu berücksichtigen, dass jede chronische Erkrankung einen anderen und vom Zeitaufwand her unterschiedlichen Behandlungsbedarf erfordert. Insbesondere Komorbiditäten und hinzutretende Erkrankungen müssen frühzeitig ärztlich diagnostiziert und in oft engmaschigen Intervallen behandelt werden. Es ist insofern sicherzustellen, dass die Taktung der Arztbesuche sich stets nach dem tatsächlichen Behandlungsbedarf der Erkrankung richtet und nicht aufgrund einer gezahlten Pauschale zu Lasten der Patientinnen und Patienten geht. Die vom Gesetzgeber vorgeschlagene Abbildung des Behandlungsbedarfs in Stufen kann den benötigten Behandlungsbedarf darstellen. Hierfür müssen objektive und gesicherte Kriterien festgelegt werden.

Die leitliniengerechte Behandlung von chronischen Erkrankungen gemäß den Disease-Management-Programmen (DMP), die vielfach einen regelmäßigen Arzt-Patienten-Kontakt vorsehen, ist ebenfalls bei der Abbildung der Behandlungsbedarfe in Stufen zu berücksichtigen.

Unabhängig davon geben die Innungskrankenkassen zu bedenken, dass die Einführung einer jährlichen Versorgungspauschale und die hiermit verbundene Reduktion persönlicher Arzt-Patienten-Kontakte zu erheblichen Verwerfungen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) führen kann, da in diesem Fall das Chroniker-M2Q-Kriterium als zentrales Merkmal für eine regelhafte Behandlungsbedürftigkeit chronischer Krankheiten ins Leere läuft. Daher sollten hinsichtlich der Auswirkungen auf den RSA auch zwingend dort Anpassungen vorgenommen werden, welche die Versorgungspauschale entsprechend berücksichtigen.

Bei der Einführung einer hausärztlichen jährlichen Versorgungspauschale muss schließlich eine kostenneutrale Umsetzung erfolgen, Doppelabrechnungen müssen zwingend verhindert werden. Hierbei sind auch bestehende (finanzielle) Regelungen aus DMP- oder hausarztzentrierten Versorgungs-(HzV)-Verträgen zu beachten.

Vorhaltepauschale

Die Innungskrankenkassen erachten den Ansatz einer Vorhaltepauschale grundsätzlich für erwägenswert, soll durch sie doch die hausärztliche Versorgung verbessert werden. Damit eine Verbesserung auch tatsächlich erreicht werden kann, benötigen die derzeit vorgesehenen Kriterien jedoch einer weitergehenden Schärfung und Konkretisierung.

Die angestrebte finanzneutrale Ausgestaltung der Regelungen zur Vorhaltepauschale wird ausdrücklich begrüßt.

Abbau der Bürokratie im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die Anhebung der Bagatellgrenze auf 300 Euro im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlich verordneter Leistungen wird von den Innungskrankenkassen abgelehnt.

Zum einen werden die Wirtschaftlichkeitsprüfungen derzeit entsprechend der bestehenden unterschiedlichen Voraussetzungen in den jeweiligen Regionen zutreffender Weise unterschiedlich geregelt, zum anderen stellt die Bagatellgrenze von 300 Euro alles andere als eine Bagatelle dar. Auch unwirtschaftliche Folgeverordnungen könnten über Jahre nicht mehr aufgegriffen werden, da diese ebenfalls unterhalb der Bagatellgrenze liegen würden.

Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

Die Innungskrankenkassen begrüßen, dass der Gesetzgeber die bürokratischen Hürden bei der Gründung eines MVZ durch Kommunen zur Verbesserung der Versorgung senken möchte. Zwingende Voraussetzung dafür ist jedoch zum einen, dass die allgemein geltenden Regularien für MVZ bezüglich des vorzuhaltenden Leistungsspektrums (keine willkürliche Reduzierung durch den Betreiber) zu beachten sind. Zum anderen hat sich die Gründung von MVZ an der tatsächlichen Bedarfsnotwendigkeit der Versorgung vor Ort zu orientieren. Dies bedeutet, dass MVZ in unterversorgten bzw. ländlichen Gebieten durchaus zielführend sein können, in sog. Ballungszentren bzw. überversorgten Gebieten jedoch die Ausnahme bleiben müssen.

Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Der Gesetzentwurf greift zahlreiche Forderungen der Krankenkassen bzw. des GKV-Spitzenverbandes (GKV-Spitzenverband) zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen auf. Dabei handelt es sich insbesondere um Forderungen nach Aufbau einer zentralen Betrugspräventionsdatenbank, Regelungen zur durchgängigen Einrichtung von Stellen nach § 197a SGB V der Landesverbände der Krankenkassen sowie die Klarstellung bzw. Erweiterung der datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnisse der § 197a SGB V Stellen.

Darüber hinaus wird die Rechtsgrundlage für den effektiven, krankenkassenübergreifende Einsatz von Software zur Erkennung von Betrugsmustern geschaffen.

Diese Änderungen sind aus Sicht der Innungskrankenkassen ein wichtiger, zu begrüßender Schritt in der Weiterentwicklung der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen und geeignet, zu einer Steigerung der Effektivität der Fehlverhaltensbekämpfung zu führen.

Neuregelungen zur Weiterentwicklung des G-BA

Die Innungskrankenkassen sehen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in seiner derzeitigen Zusammensetzung ein fachlich hochqualifiziertes und dementsprechend etabliertes Gremium zur Ausgestaltung des Anspruchs auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung der Versicherten.

Die nun vorgesehene zusätzliche Einbindung weiterer Akteure sowie der Aufbau etwaiger neuer Gremienstrukturen darf die Handlungsfähigkeit des G-BA nicht gefährden.

Die Beteiligung von Vertretungen für Pflegeberufsorganisationen, Hebammen, Patientinnen und Patienten sowie Fachgesellschaften ist nur dann angezeigt, wenn es zu Effizienz- und Qualitätssteigerungen kommt. Verfahrensverzögerungen durch den erweiterten Kreis wären aus Sicht der Innungskrankenkassen nicht akzeptabel.

Größere Transparenz über Service- und Leistungsqualität der Krankenkassen

Die Forderung nach Transparenz ist grundsätzlich zu begrüßen, denn Wettbewerb braucht Transparenz. Eine andere Frage ist es jedoch, ob die mit dem Gesetzentwurf vorgelegten Kriterien bezüglich der Kennzahlen erforderlich, verhältnismäßig und angemessen sind. Dies ist zu verneinen.

Bereits seit dem 7. Dezember 2022 liegt dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ein in den Gremien des GKV-Spitzenverbandes verabschiedetes Empfehlungspapier „Service- und Versorgungsqualität der Kranken- und Pflegekassen; Gemeinsame Empfehlungen zu Grundlagen von Transparenzberichten“ mit einheitlichen definitorischen und methodischen Grundlagen für ausgewählte Kennzahlen vor. Auf diese Punkte müsste sich die Diskussion konzentrieren.

Stattdessen geht der nun im Gesetzentwurf dem GKV-Spitzenverband erteilte Auftrag – ohne vorangegangene Analyse – weit über die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zur Herstellung von Transparenz auf Basis einer Rahmenvorgabe hinaus. Dabei werden Fragen der Umsetzbarkeit bzw. Machbarkeit nicht weiter diskutiert, obwohl dies zwingend erforderlich gewesen wäre.

Darüber hinaus sehen die Innungskrankenkassen die erweiterten Berichtspflichten in der Ergänzung des § 53 SGB XI kritisch. Die nun im Gesetzentwurf vorgenommene Erweiterung ist nicht sachgerecht und befördert weiter den eigentlich nicht beabsichtigten Bürokratieauf- statt -abbau.

Der IKK e.V. nimmt im Folgenden Stellung zu einzelnen Aspekten des Gesetzentwurfes. Im Übrigen wird auf die detaillierte Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes, deren Inhalt zuvor mit den Innungskrankenkassen abgestimmt wurde, verwiesen.

Kommentierung

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3: § 33 Absatz 5c (neu): Hilfsmittel

Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass zur Beschleunigung der Bewilligungsverfahren von Hilfsmittelversorgungen bei Anträgen von Kindern oder Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen das Prüfprogramm der Krankenkassen für solche Hilfsmittelversorgungen eingeschränkt wird, die von der behandelnden Ärztin bzw. von dem behandelnden Arzt eines Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ) bzw. Medizinischen Behandlungszentrums für Erwachsene mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung (MZEB) konkret empfohlen worden sind, wenn sich der Versicherte dort regelmäßig in Behandlung befindet. Die Krankenkassen haben in diesen Fällen von der medizinischen Erforderlichkeit der beantragten Versorgung auszugehen. Insbesondere die zum Teil sehr zeitaufwändige Hinzuziehung des Medizinischen Dienstes bei der Beurteilung der Notwendigkeit der beantragten Hilfsmittelversorgung soll unterbleiben.

Bewertung

Dem Gesetzentwurf lässt sich nicht klar entnehmen, ob die bloße formlose Empfehlung der im SPZ bzw. MZEB tätigen Ärztinnen und Ärzte ausreichen soll, um Versicherte ohne Prüfmöglichkeiten der Kostenträger mit Hilfsmitteln zu versorgen oder ob die Empfehlung nur als Ergänzung zur Antragstellung zu verstehen ist. Aus Sicht der Innungskrankenkassen ist für die Sicherstellung einer sachgerechten und qualitätsgeprüften Hilfsmittelversorgung grundsätzlich eine vertragsärztliche Verordnung erforderlich. Eine Empfehlung durch die in den SPZ bzw. MZEB tätigen Ärzte ist nicht ausreichend – sie sollte den herkömmlichen Versorgungsprozess lediglich beschleunigen und als Ergänzung der Antragsunterlagen dienen.

Mit Blick auf die Entbürokratisierung im Gesundheitswesen ist das Festhalten an der vertragsärztlichen Verordnung unerlässlich, um die geplante Vorschrift reibungslos in die digitalisierten Versorgungsprozesse integrieren zu können. Es bedarf daher aus unserer Sicht einer klaren Formulierung im Gesetzestext, um Widersprüche bei der Auslegung unter den Akteuren im Gesundheitswesen zu vermeiden.

Des Weiteren geht der Gesetzentwurf davon aus, dass sich durch eine regelmäßige interdisziplinäre Betreuung unter ärztlicher Leitung im SPZ und MZEB eine fortlaufende Prüfung der Notwendigkeit von Versorgungen ergibt. Dies erfordert eine regelmäßige und intensive Betreuung der Versicherten wiederkehrende Handlungen in bestimmten Zeitabständen. Insbesondere bei der Versorgung mit komplexen Hilfsmitteln ist die einmalige Vorstellung der Patienten bei dem im SPZ bzw. MZEB tätigen Arzt nicht ausreichend, um sich ein umfassendes Bild über den individuellen Bedarf sowie bereits erprobte Versorgungen und gegebenenfalls mögliche Wechselwirkungen mit bereits vorhandenen Hilfsmitteln machen zu können. Es ist daher entscheidend, dass sich das Erfordernis einer regelmäßigen Behandlung in den ermächtigten Einrichtungen im Gesetzestext wiederfindet.

Um empfohlene Hilfsmittel gefahrenlos in eine genehmigungsfreie Versorgung übergeben zu können, ist zudem die Eingrenzung auf die im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten Produkte unverzichtbar. Bei Empfehlungen von Hilfsmittelversorgungen außerhalb des Hilfsmittelverzeichnisses kann nicht sichergestellt werden, dass die Anwendbarkeit im Einzelfall des Versicherten, eventuelle Kontraindikationen sowie mögliche Anwendungsrisiken berücksichtigt werden, da diese Faktoren erst im Begutachtungsverfahren durch den Medizinischen Dienst geprüft werden. Bei nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten Produkten ist daher die Einbindung des Medizinischen Dienstes in den Genehmigungsprozess unentbehrlich, um Fehlversorgungen zu vermeiden. Darüber hinaus würde man mit einer Eingrenzung auf gelistete Hilfsmittel eine nicht sachgerechte Ausweitung auf Versorgungen außerhalb der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung verhindern.

Im besonderen Teil der Begründung des Gesetzentwurfs (zu Artikel 1, Nummer 3, auf Seite 46) wird schließlich die Aussage getroffen: „*Die Krankenkassen haben in den vorgenannten Fällen von einer medizinischen Erforderlichkeit auszugehen, soweit nicht offenkundig ist, dass eine medizinische Erforderlichkeit der beantragten Hilfsmittelversorgung nicht vorliegt, etwa im Fall von offensichtlich nicht gerechtfertigten, unwirtschaftlichen Mehrfachversorgungen.“* Dieser Aspekt findet allerdings keinen Eingang im Gesetzestext; Ausnahmen sind dort nicht vorgesehen. Hinzu kommt, dass die Beurteilung einer medizinischen Erforderlichkeit – insbesondere bei der Komplexität von Hilfsmittelversorgungen – nicht durch die Verwaltung der Krankenkassen erfolgen kann, sondern ausschließlich über die Ärztinnen und Ärzte des Medizinischen Dienstes.

Änderungsvorschlag

Nach § 33 Absatz 5b SGB V wird folgender geänderter Absatz 5c eingefügt:

„Die Erforderlichkeit eines vom Vertragsarzt verordneten Hilfsmittels wird vermutet, wenn sich der Versicherte in regelmäßiger Behandlung in einem sozialpädiatrischen Zentrum, das nach § 119 Absatz 1 ermächtigt wurde, oder in einem medizinischen Behandlungszentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, das nach § 119c Absatz 1 ermächtigt wurde, befindet, und die beantragte Hilfsmittelversorgung von dem dort tätigen behandelnden Arzt im Rahmen der Behandlung innerhalb der letzten drei Wochen *vor Antragstellung* konkret empfohlen worden ist. *Eine regelmäßige Behandlung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Versicherte mindestens an zwei aufeinanderfolgenden Quartalen in der behandelnden Einrichtung, in der der empfehlende Arzt oder die empfehlende Ärztin tätig ist, Leistungen in Anspruch genommen hat. Satz 1 gilt nur, soweit es sich um eine Versorgung handelt, die die Kriterien gemäß den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 erfüllt sowie im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 Absatz 1 gelistet ist. Sofern berechtigte Zweifel an der Erforderlichkeit der beantragten Versorgung nach Satz 3 bestehen, können die Krankenkassen den Antrag vom Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 3 Nummer 1 überprüfen lassen.* “

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6 a): § 87 Absatz 2b SGB V: Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

Beabsichtigte Neuregelung

Die neu vorgesehene hausärztliche Versorgungspauschale ist für Versicherte abrechenbar, welche das 18. Lebensjahr vollendet haben und wegen einer chronischen Erkrankung, die eine kontinuierliche Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel sowie keiner intensiven Betreuung bedürfen, in Behandlung sind.

Bewertung

Die vorgesehene Versorgungspauschale soll beim ersten Arzt-Patienten-Kontakt abrechenbar sein und eine deutliche Senkung vermeidbarer Praxisbesuche in den Hausarztpraxen erzielen. Die Innungskrankenkassen begrüßen die Bestrebung nach Reduktion von medizinisch nicht erforderlichen Arzt-Patienten-Kontakten.

Die Taktung der Arztbesuche muss sich nach dem Behandlungsbedarf der Erkrankung richten. Insbesondere Komorbiditäten und hinzutretende Erkrankungen müssen frühzeitig ärztlich diagnostiziert und behandelt werden.

Um die Kostenneutralität sicherzustellen, muss eine Regelung gefunden werden, nach welcher bei einem etwaig erforderlichen Arztwechsel die Pauschale nicht mehrfach abgerechnet werden kann.

Änderungsvorschlag

Siehe Bewertung.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 7 c): § 87a Absatz 3c SGB V (neu): Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einführung des neuen § 87a Absatz 3c SGB V sollen die Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung einschließlich der Hausbesuche von den mengenbegrenzenden und honorarmindernden Maßnahmen der MGV und von der Honorarverteilung ausgenommen werden (Entbudgetierung).

Bewertung

Die Einführung einer Entbudgetierung der allgemeinen hausärztlichen Versorgung einschließlich Hausbesuche wird durch die Innungskrankenkassen äußerst kritisch gesehen. Zu befürchten ist, dass es hier zu einer grundsätzlichen Fehlsteuerung kommt. Insbesondere aufgrund der Kumulation der verschiedenen Maßnahmen bestehen erhebliche Bedenken im Hinblick auf mögliche Doppelfinanzierungen.

Tatsächlich ist die geplante Entbudgetierung *nicht* geeignet, die hausärztliche Versorgung sicherzustellen oder zu verbessern. Durch die Entbudgetierung der Vergütung der Hausärztinnen und Hausärzte wird das GKV-System stattdessen weiter finanziell belastet. Die derzeitige Budgetierung durch die Bereitstellung eines von der tatsächlichen Leistungsinanspruchnahme unabhängigen Vergütungsbetrags – sowohl auf Seiten der Krankenkassen als auch bei den Leistungserbringenden – gewährleistet demgegenüber eine hohe Planungssicherheit. Zur Verbesserung der bedarfsgerechten und flächendeckenden Versorgung sind bereits in den letzten Jahren gesetzgeberische Maßnahmen getroffen worden. Mit dem durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen zu finanzierenden Strukturfonds werden schon heute u. a. Zuschüsse zu den Investitionskosten bei der Neuniederlassung von Hausärzten finanziert.

Bereits der Bundesrechnungshof hat sich in seinem Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages vom 13. November 2020 kritisch zu dem Reformvorhaben geäußert, da nicht davon auszugehen ist, dass eine Versorgungsverbesserung erreicht wird. Auch werden für die geplante Entbudgetierung aktuell Mehrkosten in Höhe eines dreistelligen Millionenbetrags angesetzt, welche nicht durch Einsparungen an anderer Stelle kompensiert werden können.

Schließlich erscheint das jetzt angedachte Vergütungskonzept zu kompliziert und intransparent. Die jetzt vorgesehene Regelung, nicht ausgeschöpfte MGV Anteile als Honorarzuschläge zur zusätzlichen Förderung auszukehren, wird daher *nicht* befürwortet.

Im Ergebnis lehnen die Innungskrankenkassen die Einführung der Entbudgetierung der Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung aus den vorstehenden – und in den grundsätzlichen Anmerkungen (siehe oben) aufgeführten – Gründen ab. Auf die ausführliche Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes wird an dieser Stelle vollumfänglich verwiesen.

Änderungsvorschlag

Streichung.

Sofern an der Entbudgetierung dennoch festgehalten werden sollte, verweisen wir auf die umfassende Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes und den entsprechenden Änderungsvorschlag.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 14: § 106b SGB V: Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen

Beabsichtigte Neuregelung

Durch die Ergänzung des § 106b Absatz 2 Satz 2 SGB V soll zukünftig eine verpflichtende Geringfügigkeitsgrenze in Höhe von 300 Euro in den Prüfvereinbarungen eingeführt werden.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen lehnen die im Gesetzentwurf vorgesehene Anhebung der Bagatellgrenze ab. Eine Anhebung steht den gesetzlichen Vorgaben und dem Ziel entgegen, dass die vertragsärztlich verordneten Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind, da Prüfung und Beanstandung unzulässiger Verordnungen bis zu Bagatellgrenze nicht erfolgen dürfen. Insbesondere werden damit auch Folgeverordnungen über Jahre hinweg nicht aufgegriffen, da auch diese jeweils die Bagatellgrenze unterschreiten. Dies führt zur unrechtmäßigen Leistungsausweitung und damit zu einem Kostenanstieg, der ausschließlich zu Lasten der Solidargemeinschaft erfolgt.

Bereits heute sehen die regionalen Prüfungsvereinbarungen Bagatellgrenzen vor. Diese sind jedoch deutlich niedriger gehalten und liegen in der Regel bei einem mittleren zweistelligen Betrag. Bei einem Betrag von 300 Euro pro Quartal ist, zuzüglich der Folgekosten, nicht mehr von einer Bagatelle zu sprechen.

Änderungsvorschlag

Streichung.

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23 b) aa) ccc): § 197a SGB V: Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung des § 197a Absatz 3b SGB V um eine neue Nummer 6 werden für die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen die datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnisse im Zusammenhang mit ihrer Arbeit erweitert.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen grundsätzlich die geplanten Änderungen am § 197a SGB V.

Ziel der Änderungen ist eine Klarstellung bzw. Erweiterung der gesetzlichen Übermittlungsbefugnisse von personenbezogenen Daten durch die Gesundheitsämter, die nach Landesrecht bestimmten heimrechtlichen Aufsichtsbehörden und nach Landesrecht zuständigen Gesundheitsbehörden. Damit werden Forderungen der Krankenkassen aufgegriffen.

Die Forderung der GKV nach einer zusätzlichen expliziten Aufnahme der datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnis an die Stellen, die für die Bekämpfung von Leistungsmissbrauch bei den Trägern der Sozialversicherung nach den SGB II, III, VI, VII und XII zuständig sind und an die mit der Steuerfahndung beauftragten Dienststellen der Landesfinanzbehörden sowie an die Behörden des Zollfahndungsdienstes nach § 208 AO, hat allerdings weiterhin Bestand.

Fälle gewerbsmäßigen Betrugs zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung durch Manipulationen bei Anträgen auf Erwerbsminderungsrenten und gewerbsmäßigen Betrugs zu Lasten der Pflegekassen, etwa Manipulation von Anträgen auf Pflegegeld sowie in der Folge Verhinderungspflege oder Abrechnungsbetrug, nehmen weiter zu. Gezielt werden Scheinfirmen und Scheinarbeitsverhältnisse gegründet, um mittels fingierter, tatsächlich nicht bestehender Beschäftigungsverhältnisse, Sozialleistungen unterschiedlicher Art von den einzelnen Sozialleistungsträgern zu erlangen, ohne dass auf solche Leistungen ein Anspruch bestünde. Auf diese Weise entstehen nicht nur den Krankenkassen, sondern auch der Bundesagentur für Arbeit und den Jobcentern Schäden in Millionenhöhe.

Die dadurch entstehenden Schäden erfordern, dass die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen entsprechende Hinweise und personenbezogene Daten zukünftig auch an Stellen, die für die Bekämpfung von Leistungsmissbrauch bei den Trägern der Sozialversicherung nach den SGB II, III, VI, VII und XII zuständig sind, übermitteln müssen, da dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Stelle erforderlich ist.

Durch die gesetzliche Klarstellung der Übermittlungsbefugnis personenbezogener Daten an „*die mit der Steuerfahndung beauftragten Dienststellen der Landesfinanzbehörden und die Behörden des Zollfahndungsdienstes nach § 208 AO*“ sollen bestehende Rechtsunsicherheiten behoben werden.

Änderungsvorschlag

§ 197a Absatz 3b SGB V wird wie folgt ergänzt:

Nach Nummer *6 werden folgende Nummern 7 bis 8* angefügt:

- *7. die Stellen, die für die Bekämpfung von Leistungsmissbrauch bei den Trägern der Sozialversicherung nach den SGB II, III, VI, VII und XII zuständig sind und*
- *8. die mit der Steuerfahndung beauftragten Dienststellen der Landesfinanzbehörden und die Behörden des Zollfahndungsdienstes nach § 208 AO.“*

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 24: § 217f Absatz 4 SGB V: Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen § 217f Absatz 4 SGB V soll der GKV-Spitzenverband verpflichtet werden, innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes verbindliche Vorgaben für die Erfassung von Kennzahlen zur Leistungstransparenz und zur Servicequalität der einzelnen Krankenkassen festzulegen. Die Kennzahlen sollen jährlich auf einer digitalen und interaktiven Plattform, erstmals für das Berichtsjahr 2025, veröffentlicht werden. Dabei soll die Antragsanzahl differenziert nach Leistungsbereichen und Bewilligungsmerkmalen, die Widerspruchsanzahl nach Leistungsbereichen, die Bearbeitungszeiten für Anträge und Widersprüche sowie die Kennzahlen zur Qualität von Antragsprozessen, des Beschwerdemanagements sowie der Förderung der Patientensicherheit, auf der Plattform dargestellt werden.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen unterstützen ausdrücklich das Ziel, die Transparenz der Servicequalität der Kranken- und Pflegekassen sowie des Leistungsgeschehens für die Versicherten und die interessierte Öffentlichkeit zu verbessern. In der Gesetzesbegründung wird zurecht ein „*übersichtliches und niedrigschwelliges Informationsangebot*“ formuliert. Eine andere Frage ist es jedoch, ob die mit dem Gesetzentwurf vorgelegten Kriterien bezüglich der Kennzahlen erforderlich, verhältnismäßig und angemessen sind. Dies ist zu verneinen.

Bereits seit dem 7. Dezember 2022 liegt dem Bundesministerium für Gesundheit ein in den Gremien des GKV-Spitzenverbandes verabschiedetes Empfehlungspapier „*Service- und Versorgungsqualität der Kranken- und Pflegekassen; Gemeinsame Empfehlungen zu Grundlagen von Transparenzberichten*“ mit einheitlichen definitorischen und methodischen Grundlagen für ausgewählte Kennzahlen vor. Auf diese Punkte müsste sich die Diskussion konzentrieren.

Stattdessen geht der nun im Gesetzentwurf dem GKV-Spitzenverband erteilte Auftrag ohne vorangegangene Analyse über den in den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes abgebildeten Ansatz zur Herstellung von Transparenz auf Basis einer Rahmenvorgabe deutlich hinaus. Dabei werden Fragen der Umsetzbarkeit bzw. Machbarkeit nicht weiter diskutiert, obwohl dies zwingend erforderlich gewesen wäre.

Die Innungskrankenkassen schließen sich insofern der kritischen Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes hinsichtlich der ihm zugewiesenen Aufgabenstellung an, wonach er nun Instrumente mit unmittelbarer Eingriffswirkung in den Wettbewerb der Krankenkassen entwickeln soll. Dies geht über den in den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes dargelegten Ansatz zur Herstellung von Transparenz auf Basis einer Rahmenvorgabe deutlich hinaus.

Voraussetzung für eine einheitliche Erhebung und Veröffentlichung von Kennzahlen sind detaillierte, verbindliche, kassenübergreifende und verifizierbare Vorgaben. Die Schaffung bzw. Abbildung vergleichbarer und auch überprüfbarer gemeinsamer Datenbasen erfordert einen kaum realistisch einzuschätzenden Verwaltungsaufwand. Dies gilt insbesondere für den Parameter Bearbeitungsdauer.

Deshalb ist das vorgelegte Konzept des Empfehlungspapiers bereits ein gangbarer Weg, der vor einer Erweiterung zunächst eingeschlagen werden sollte.

Widersprüche und Klagen

Die Auskunft über die Anzahl der Widersprüche kann den Versicherten einen Eindruck über die Leistungsentscheidung und somit über die Servicequalität geben und wird daher befürwortet. Der Ansatz die Widersprüche in das Verhältnis zu den Anträgen zu setzen ist aus Sicht der Innungskrankenkassen richtig, da nur hierdurch ein Verhältnis hergestellt werden kann, das auch kassenübergreifend eine Vergleichbarkeit herstellt.

Es wird angeregt zu prüfen, ob das Spektrum der „amtlichen Zahlen/Daten“ insbesondere hier bzw. auch übergreifend ausgeweitet bzw. weiterentwickelt werden könnte.

Insbesondere bei den Informationen zu Widersprüchen und Klagen besteht das Erfordernis, das primäre Ziel der Transparenzkennzahlen zu definieren. Ein Teil der bislang bereits veröffentlichten Kennzahlen zu Widersprüchen und Kennzahlen sind für Interessierte nicht selbsterklärend und verständlich. Die Beratung und Unterstützung insbesondere im Antragsprozess ist ein wichtiger Erfolgsfaktor für die Kundenbeziehungen. Die Innungskrankenkassen vertreten die Auffassung, dass dieser Parameter gleichwohl nicht für kennzahlenbezogene Kassenvergleiche geeignet ist, da er kaum einheitlich definierbar und vergleichbar ist.

Darüber hinaus sehen die Innungskrankenkassen die erweiterten Berichtspflichten in der Ergänzung des § 53 SGB XI kritisch. Hinsichtlich der ergänzenden Erhebung von Kennzahlen zur Pflegeberatung ist zu berücksichtigen, dass bereits mit der regelmäßigen veröffentlichten Evaluation nach § 7a Absatz 9 SGB XI Transparenz über die Pflegeberatungsstrukturen nach § 7a SGB XI geschaffen wird.

Qualität von Beratungs- und Unterstützungsangeboten sowie geplante Regelungen zur Veröffentlichung, Evaluation und Umsetzungsfristen

Die Innungskrankenkassen schließen sich den Ausführungen des GKV-Spitzenverbandes in der Stellungnahme zum neuen § 217f Absatz 4 SGB V zum GVSG hinsichtlich der Kennzahlen zur Qualität von Beratungs- und Unterstützungsangeboten sowie den geplanten Regelungen zur Veröffentlichung, zur Evaluation und zu Umsetzungsfristen an.

Zielsetzung und Adressatenorientierung

Sowohl die vorgesehene Regelungsdichte als auch die bisherigen Bemühungen der Krankenkassen gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband eine einheitliche Kennzahlendarstellung zu konsentieren, lassen befürchten, dass kein „*übersichtliches und niedrigschwelliges Informationsangebot*“, sondern eine komplexe Kennzahlenwelt „*von Experten für Experten*“ geschaffen wird. Insofern sehen die Innungskrankenkassen die Notwendigkeit, dass sowohl der Gesetzgeber als auch der GKV-Spitzenverband dieser Gefahr durch eine konsequente Ausrichtung und Fokussierung auf adressatengerechte Ergebnisdarstellungen entgegenwirken.

Fazit

Insgesamt wird die vorgesehene Erweiterung des aktuellen gesetzlichen Auftrages des GKV-Spitzenverbandes nach § 217f Abs. 4 SGB V hin zu einer Richtlinienkompetenz mit abschließendem Regelungsauftrag vor dem Hintergrund der bereits mit dem Empfehlungspapier „*Service- und Versorgungsqualität der Kranken- und Pflegekassen; Gemeinsame Empfehlungen zu Grundlagen von Transparenzberichten*“ vom 7. Dezember 2022 umgesetzten Aktivitäten als nicht erforderlich und die Veröffentlichungspflicht auf einem Vergleichsportal als inkonsistent zur Aufgaben- und Kompetenzstruktur innerhalb des GKV-Systems bewertet.

Änderungsvorschlag

Streichung.

Stattdessen Beschränkung der gesetzlichen Vorgabe auf die Umsetzung des Empfehlungspapiers des GKV-Spitzenverbandes „*Service- und Versorgungsqualität der Kranken- und Pflegekassen; Gemeinsame Empfehlungen zu Grundlagen von Transparenzberichten*“ vom 7. Dezember 2022.

Zu Artikel 2 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 23: § 47a SGB XI: Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Ergänzung des § 47a Absatz 3 Satz 1 SGB XI um eine neue Nummer 7 werden die datenschutzrechtlichen Übermittlungsbefugnisse im Zusammenhang mit der Arbeit der Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen erweitert. Es handelt sich um eine Parallelnorm zu der mit diesem Gesetz eingefügten Vorschrift des § 197b Absatz 3b Nummer 6 SGB V.

Bewertung

Die Innungskrankenkassen begrüßen grundsätzlich die geplanten Änderungen. Im Übrigen gelten die Ausführungen zu § 197a SGB V (Bewertung) entsprechend.

Änderungsvorschlag

§ 47a Absatz 3 Satz 1 SGB XI wird wie folgt ergänzt:

Nach Nummer 7 *werden folgende Nummern 8 bis 9 angefügt:*

- *8. die Stellen, die für die Bekämpfung von Leistungsmissbrauch bei den Trägern der Sozialversicherung nach den SGB II, III, VI, VII und XII zuständig sind und*
- *9. die mit der Steuerfahndung beauftragten Dienststellen der Landesfinanzbehörden und die Behörden des Zollfahndungsdienstes nach § 208 AO.“*

Ergänzender Änderungsbedarf

Änderung des Mutterschutzgesetzes - MuSchG
§ 3 Absatz 5 MuSchG Schutzfristen vor und nach der Entbindung

Forderung nach einem gestaffelten Mutterschutz

Die Ampelregierung hat in ihrem Koalitionsvertrag vorgesehen, dass es den Mutterschutz sowie die Freistellung für den Partner bzw. die Partnerin bei Fehl- und Totgeburten künftig bereits nach der 20. Schwangerschaftswoche geben soll.

Aktuell steht Frauen aber nach einer Fehlgeburt, im Gegensatz zu einer Totgeburt (Entbindung nach der 24. Schwangerschaftswoche), kein Mutterschutz zu. Dies zu Unrecht. Denn aus der Perspektive der Innungskrankenkassen sind viele Frauen, die eine Fehlgeburt erleben, aufgrund physischer und psychischer Belastung nicht gleich wieder arbeitsfähig. Die Innungskrankenkassen setzen sich daher für eine verbesserte Mutterschutzgesetzgebung ein und unterstützen die Forderung nach einem gestaffelten Mutterschutz. Ein früherer, gestaffelter Mutterschutz ist für die betroffenen Frauen von großer Bedeutung. Er sollte jedoch nicht verpflichtend sein, sondern als eine Option angesehen werden, um den betroffenen Frauen die Möglichkeit zu geben, selbst zu entscheiden, welcher Weg für sie der Beste ist.

Wichtig ist den Innungskrankenkassen dabei auch insbesondere die Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Ein weiterer Punkt ist die Aufklärung und Beratung bei Fehlgeburten. Auch die offiziellen Statistiken müssen erweitert werden, um aufzuzeigen, dass es sich bei einer Fehlgeburt nicht lediglich um ein persönliches Problem handelt, sondern dass diese ein möglicher Aspekt einer Schwangerschaft sein kann.

Ein weiteres Anliegen der Innungskrankenkassen ist die sektorenübergreifende Betreuung von Frauen nach Fehlgeburten. Hierbei denken die Innungskrankenkassen insbesondere an eine engere Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen, Ärztinnen und Ärzten sowie anderen medizinischen Fachkräften.

Für Frauen, die eine Fehl- bzw. Totgeburt erlebt haben, ist es von großer Bedeutung, dass sie bestmöglich unterstützt werden. Das kann aber nur über einen gesamtgesellschaftlichen Ansatz gelingen. Hier sind nicht nur die Krankenkassen in der Verantwortung.

Regelungsvorschlag

Bei Fehl- und Totgeburten soll künftig für die Frau bereits von Woche sechs bis zur vollendeten 14. Schwangerschaftswoche (SSW) eine Mutterschutzfrist von zwei Wochen möglich sein; von der 15. bis 23. SSW soll die Frist auf vier Wochen Mutterschutz ausgeweitet werden. Dies Inanspruchnahme dieser Möglichkeit ist in die Entscheidungshoheit der Mutter zu stellen.

Vorsorgliche Ausführungen

Im Hinblick auf die fortwährende Diskussion nimmt der IKK e.V. vorsorglich auch zu den im vorliegenden Gesetzesentwurf begrüßenswerter Weise nicht mehr enthaltenen strukturellen Maßnahmen (Gesundheitskioske, Primärversorgungszentren, Gesundheitsregionen) Stellung.

Denn diese werden aus den folgenden Gründen für kritisch erachtet und sollten deshalb *nicht* wieder Eingang in den Gesetzestext finden:

1. Gesundheitskioske (ggfs. § 65g SGB V neu)

Insbesondere die Einführung von Gesundheitskiosken begegnet bei den Innungskrankenkassen erheblichen Zweifeln.

Zwar wird eine niedrigschwellige Beratung in sozial benachteiligten Regionen und Stadtteilen von den Innungskranken grundsätzlich als positiv erachtet. Diese sind jedoch allenfalls in unterversorgten Regionen sinnvoll, weil sie nur dort dazu beitragen können, bestehende Versorgungslücken zu schließen. Eine flächendeckende und unkoordinierte, nicht auf den konkreten Bedarf abgestimmte Einführung von Gesundheitskiosken wird deshalb abgelehnt.

Der im damaligen Referentenentwurf vorgesehene Aufgabenbereich beschrieb hier nur einen nicht aufeinander abgestimmten Mix an Leistungen ohne konkrete Ausführung dazu, aus welchen Mitteln die jeweiligen verschiedenen Leistungsarten finanziert werden. Insofern steht zu befürchten, dass die zu Recht aus dem Gesetzesentwurf gestrichenen Versorgungsstrukturen – insbesondere auch im Hinblick auf bereits bestehende umfangreiche und leicht zugängliche Präventions- und Beratungsangeboten der Krankenkassen – allenfalls Doppelstrukturen schaffen würden. Denn schon heute halten die Innungskrankenkassen – ebenso wie andere gesetzliche Krankenversicherungen – mit ihren Geschäftsstellen und der örtlichen Kundenbetreuung bereits ein breites Angebot an Beratungsleistungen vor.

Auch das alleinige Initiativrecht der Kommunen sehen die Innungskrankenkassen kritisch, da hier die begründete Gefahr besteht, dass die GKV als wesentliche Finanzierer eines Gesundheitskiosks für parteipolitisch motivierte Entscheidungen auf Ebene einer Kommune aufkommen muss. Zur Initiierung eines Gesundheitskiosks wäre im Übrigen eine regionale Bedarfsanalyse Voraussetzung. Anlaufstellen für Hilfesuchende in sozialen, familiären und finanziellen Fragen wären zudem ausschließlich durch die Kommunen zu finanzieren.

Schließlich ist zu bedenken, dass die ursprünglich angedachten Gesundheitskioske schon in Anbetracht des vorherrschendenden Fachkräftemangels schwierig zu installieren und dauerhaft zu betreiben wären. Eine weitere Bindung von z. B. Pflegefachpersonal in den Gesundheitskiosken wäre nicht zielführend.

2. Primärversorgungszentren (ggfs. § 73a neu SGB V)

Die Innungskrankenkassen begrüßen die Stärkung der Gesundheitsversorgung vor Ort unter der Vorgabe der Kooperation zwischen Primärversorgungszentren, Fachärztinnen und Fachärzten.

Seit langem fordern wir deshalb Gesundheitszentren im ländlichen Raum, um die Versorgung mit Basis- und Notfallleistungen sowohl ambulant wie stationär in dünnbesiedelten Gebieten zu sichern. Auch sehen wir die Einführung eines Primärarztmodells bzw. die Stärkung einer hausarztzentrierten Versorgung als Element einer guten und effizienten Leistungserbringung an.

Es ist jedoch darauf zu achten, dass in Folge der Einführung einer neuen Versorgungsform bereits bestehende Strukturen sinnvoll weiterentwickelt und Doppelstrukturen und Doppelfinanzierungen vermieden werden. Aus Sicht der Innungskrankenkassen wäre ein Zusammenspiel und mit den bereits existierenden (fachübergreifenden) Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und den Angeboten der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) sowie den im Rahmen der Krankenhausreform vorgesehenen Sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen (ehemals Level Ii) notwendig.

Überlegenswert wäre hier auch der Ausbau von u. a. Kooperation und Delegation. Im konkreten Fall könnten qualifizierte Pflegefachkräfte Aufgaben übernehmen, wie es ähnlich bereits in den Modellvorhaben nach § 64d SGB V vorgesehen ist. Auch ist die Entlastung ärztlicher Strukturen bisher noch zu wenig berücksichtigt. Teile der Primärversorgung könnten durch Qualifizierung von Pflegefachkräften für die Erbringung von heilkundlichen Aufgaben übernommen werden.

3. Gesundheitsregionen (ggfs. § 140b SGB V)

Zur Stärkung der regionalen Versorgung war schließlich in Diskussion, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit einer oder mehreren Kommunen auf deren Antrag einen sog. Gesundheitsregionenvertrag schließen. So sollte eine alternative Organisation der Regelversorgung

ohne Einschreibepflicht der Versicherten und mit Beibehaltung der freien Arzt- und Leistungserbringerwahl geschaffen werden.

Auch solche Bestrebungen werden jedoch von den Innungskrankenkassen abgelehnt. Aus Sicht der Innungskrankenkassen liegen zur Stärkung der regionalen Versorgung bereits ausreichende Möglichkeiten, z. B. durch Maßnahmen zur Strukturförderungen, vor. Ein darüberhinausgehender Mehrwert für die Versichertengemeinschaft ist nicht erkennbar.

Überdies befürworten die Innungskrankenkassen eher das – im Rahmen der Krankenhausreform als Umwandlungsoption für bestehende kleinere unwirtschaftliche Krankenhäuser vorgesehene – Modell der sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen nach § 115g SGB V. In unterversorgten Regionen bietet sich so die Chance zur Sicherstellung einer stationären, ambulanten und pflegerischen Grundversorgung. Dabei sollten sich die Einrichtungen auf ein wohnortnah erforderliches Leistungsspektrum fokussieren und sich zwingend am Versorgungsbedarf der Bevölkerung orientieren.

Psychologie-Fachschaften-Konferenz
AG Psychotherapie-Reform
E-Mail: psychthg@psyfako.org
Website: www.psyfako.org/weiterbildung

PtW Forum
Forum für Psychotherapeut*innen in Weiterbildung
E-Mail: info@ptw-forum.de
Website: www.ptw-forum.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(32)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
11.11.2024

Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses am 13.11.2024 zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz und weiteren Anträgen

Sehr geehrte Frau Dr. Kappert-Gonther,

sehr geehrte Mitglieder des Gesundheitsausschusses des deutschen Bundestags,

anlässlich der Anhörung des Gesundheitsausschusses am 13.11.2024 möchte ich stellvertretend für die etwa 45.000 Psychologiestudierenden an den deutschen Universitäten und gemeinsam mit der Psychologie-Fachschaften-Konferenz (PsyFaKo e.V.) und dem Forum für Psychotherapeut*innen in Weiterbildung (PtW Forum) Stellung zum Entwurf des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes nehmen.

Die Reform des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) 2019 hatte zum Ziel, die prekären Ausbildungsverhältnisse für Psychotherapeut*innen zu beenden und eine angemessene Bezahlung der Psychotherapeut*innen in Weiterbildung sicherzustellen. Die fünfjährige Weiterbildung nach dem Studium und der Approbation ist künftig die Voraussetzung, um als Fachpsychotherapeut*in zur Versorgung beizutragen. Die bislang unzureichend geregelte Finanzierung der Weiterbildung führt zu einem effektiven Ausbildungsstopp des psychotherapeutischen Nachwuchses, da das bisherige Ausbildungssystem mit der Reform des PsychThG abgeschafft wird. Schon heute legen hunderte Masterabsolvierende ihre Approbationsprüfungen ab, ohne einen Weiterbildungsplatz in Aussicht zu haben. Ab 2025 ist jährlich mit mindestens 2.500 neu approbierten Psychotherapeut*innen zu rechnen, die bereit stehen, die anschließende Weiterbildung zu absolvieren und Patient*innen zu versorgen.

Die im GVSG vorgesehenen Regelungen zur Finanzierung der Weiterbildung sind zwingende Voraussetzung, um die Umsetzung der Weiterbildung überhaupt zu ermöglichen. Es darf hierbei zu keinen weiteren Verzögerungen kommen, um den psychotherapeutischen Nachwuchs und die künftige psychotherapeutische Versorgung in Deutschland nicht zu gefährden.

Unbedingt zu begrüßen sind im Gesetzesentwurf:

- die vorgesehene Aufnahme der Weiterbildungsambulanzen in § 120 SGB V anstelle der bisherigen systemfremden Regelung in § 117 Abs. 3c SGB V,
- die Ausgliederung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen in eine eigene Arztgruppe mit separater Bedarfsplanung sowie
- die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Patient*innen mit Suchterkrankungen, geistigen Behinderungen oder schweren Funktionseinschränkungen.

Dringender Änderungsbedarf besteht hingegen hinsichtlich:

- der Streichung der im Gesetzesentwurf für § 120 Abs. 2 SGB V vorgesehenen Einschränkungen bei der Vergütungsverhandlung der Weiterbildungsambulanzen,
- der Förderung ambulanter Weiterbildungsstellen in Praxen und Ambulanzen und der Anpassung der Ärzte-Zulassungsverordnung, um die Anstellung von Weiterbildungsassistent*innen zu ermöglichen, sowie
- einer Ergänzung der Bundespflegesatzverordnung, um auch den stationären Teil der Weiterbildung zu ermöglichen.

Im Übrigen verweise ich auch auf die gemeinsame Stellungnahme der PsyFaKo und des PtW Forums zum Kabinettsentwurf des GVSG vom 30.08.2024[1] sowie auf die Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer[2], die genaue Regelungsvorschläge zu den genannten Punkten enthält.

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Finanzierung der ambulanten Weiterbildung in Weiterbildungsambulanzen

Mit der Reform des PsychThG 2019 wurde die Vergütung der Psychotherapeut*innen in Weiterbildung in § 117 Abs. 3c SGB V geregelt. Da dieser nicht sachgerecht auf die angestellt beschäftigten Weiterbildungsteilnehmenden anwendbar ist, ist die Herausnahme dieser im Gesetzesentwurf und die Aufnahme der Weiterbildungsambulanzen in § 120 Abs. 2 SGB V zu begrüßen. Diese ist rechtssystematisch passend und ermöglicht es den Ambulanzen, ihre Vergütung selbst mit den Krankenkassen zu vereinbaren.

Sicherzustellen ist, dass die Vergütung dabei alle Teile der Weiterbildung umfasst, die in den Weiterbildungsordnungen geregelt sind. Anders als bei der ärztlichen Weiterbildung erfolgt die fachliche Anleitung und Aufsicht der Psychotherapeut*innen in Weiterbildung durch Supervision und behandlungsbezogene Theorie, die als unmittelbarer Bestandteil der Behandlung ebenfalls zu vergüten sind.

Der im Gesetzesentwurf neu eingefügte Satz 4 in § 120 Abs. 2 SGB V ist daher zu streichen, denn die vorgeschlagene Formulierung verhindert eine ausreichende Finanzierung der ambulanten Weiterbildung für angehende Fachpsychotherapeut*innen. Dieser Satz beschränkt die in den Vergütungsverhandlungen berücksichtigungsfähigen Leistungen auf diejenigen, die „gegenüber Versicherten erbracht werden“. Für eine leitliniengerechte Patient*innenbehandlung auf hohem Niveau sind jedoch alle Teile der Weiterbildung zwingend erforderlich. Der Fachpsychotherapeut*innenstandard kann in den Weiterbildungsbehandlungen nur gewährleistet werden, wenn alle Bestandteile, also Supervision, behandlungsbezogene Theorie und Selbsterfahrung, auskömmlich finanziert werden.

Die derzeit vorgeschlagene Einschränkung verhindert eine ausreichende Finanzierung und gefährdet dadurch die erhebliche psychotherapeutische Versorgungsleistung, die durch die Hochschul- und Weiterbildungsambulanzen in vielen Kommunen erbracht wird. Dies macht auch der Bundesrat in seiner Stellungnahme deutlich und weist auf die Dringlichkeit der Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung hin. Angesichts des akut gefährdeten Fortbestehens der Aus- und Weiterbildungsinstitute sind ausreichende Regelungen im Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz dringend erforderlich.

Finanzierung der ambulanten Weiterbildung in Praxen und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)

Neben den Weiterbildungsambulanzen kann der ambulante Teil der psychotherapeutischen Weiterbildung auch in Praxen und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) absolviert werden. Auch hier besteht jedoch derzeit eine Finanzierungslücke zwischen den Kosten der Weiterbildung und der erbrachten Leistung der Psychotherapeut*innen in Weiterbildung, für die Regelungen im GVSG bisher vollständig fehlen. Um diese zu decken, ist eine Förderung in Form eines Gehaltszuschusses für die Weiterbildungsteilnehmenden notwendig. Eine Regelung könnte analog zur bereits bestehenden finanziellen Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin innerhalb des § 75a SGB V erfolgen. Die näheren Regelungen der Förderung sollten zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit Einbindung der Bundespsychotherapeutenkammer erörtert werden.

Sichergestellt werden muss in jedem Fall, dass die Beschäftigung von Psychotherapeut*innen in Weiterbildung nicht als Vergrößerung des Kassensitzes betrachtet wird. Sollte keine Regelung in § 75a SGB V erfolgen, muss dringend eine entsprechende Regelung in § 32 Abs. 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) ergänzt werden, da eine Beschäftigung von Weiterbildungsassistent*innen in Praxen und MVZ ansonsten de facto ausgeschlossen ist.

Finanzierung der stationären Weiterbildung

Derzeit leisten Psychotherapeut*innen in Ausbildung einen bedeutenden Anteil der stationären Psychotherapie. Bis zum Auslaufen der Übergangsfrist 2032 (Härtefälle: 2035) wird die Zahl der

Ausbildungsteilnehmenden stetig sinken. Daher kann die psychotherapeutische Versorgung ohne Psychotherapeut*innen in Weiterbildung nicht sichergestellt werden. Diese kann nur durch eine entsprechende Finanzierung der stationären Weiterbildungsstellen ermöglicht werden. Insbesondere in der Übergangszeit, in der sowohl Psychotherapeut*innen in Aus- sowie in Weiterbildung in der stationären Versorgung tätig sind, besteht ein besonderer Finanzierungsbedarf, um neue Weiterbildungsstellen zu schaffen. Die Refinanzierung der Personalmehrausgaben für die Psychotherapeut*innen in Weiterbildung in Kliniken muss in die Bundespflegesatzverordnung aufgenommen werden, wie es für die Vergütung der Psychotherapeuten*innen in Ausbildung in § 3 Abs. 3 Nr. 7 BPflV bereits geschehen ist. Dabei sollte die Berücksichtigung der Personalkosten der Psychotherapeut*innen in Weiterbildung geregelt werden, wobei eine Vergütung in tarifvertraglicher Höhe sichergestellt werden muss. Ohne eine entsprechende Regelung sind die notwendigen Kosten in den Budgetverhandlungen kaum durchsetzbar, sodass die benötigten Weiterbildungsstellen nicht in ausreichender Zahl geschaffen werden können. Daher ist es unverständlich, dass der Gesetzesentwurf der Bundesregierung bislang keine Regelungen zur stationären psychotherapeutischen Weiterbildung enthält.

Ohne gesetzliche Regelungen zur Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung droht eine ganze Generation an Studienabsolvent*innen verloren zu gehen, die schon jetzt bereitstehen, um sich als Fachpsychotherapeut*in weiterzubilden und die künftige psychotherapeutische Versorgung in Deutschland sicherzustellen. Entsprechende Regelungsvorschläge liegen vor und müssen nun umgehend umgesetzt werden.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Felix Kiunke

gemeinsam mit dem Konferenzrat des PsyFaKo e.V. sowie dem PtW Forum

Die Psychologie-Fachschaften-Konferenz (PsyFaKo e.V.) ist die Interessensvertretung aller Psychologiestudierenden im deutschsprachigen Raum.

*Das Forum für Psychotherapeut*innen in Weiterbildung (PtW Forum) setzt sich bundesweit für die Interessen der (zukünftigen) Psychotherapeut*innen in Weiterbildung ein.*

[1] Gemeinsame Stellungnahme des PsyFaKo e.V. und des PtW Forums vom 30.08.2024 zum Kabinettsentwurf des GVSG: https://psyfako.org/wp-content/uploads/39-PsyFaKo-STN-Kabinettsentwurf-GVSG.pdf

[2] Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 28.06.2024 zum Kabinettsentwurf des GVSG: https://api.bptk.de/uploads/STN_B_Pt_K_Kab_E_GVSG_46072cd21e.pdf

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(33)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
11.11.2024

Stellungnahme

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)
Drucksache 20/11853

11. November 2024

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Postfach 511040
50946 Köln

Gustav-Heinemann-Ufer 74c
50968 Köln

Telefon
(0221) 99 87 – 0

Telefax
(0221) 99 87 – 39 50

E-Mail
verband@pkv.de

Internet
www.pkv.de

I. Allgemeine Anmerkungen

Das GVSG benennt als Ziel, die Gesundheitsversorgung in Deutschland stärker an die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten auszurichten und hierbei die Interessen der an der Versorgung mitwirkenden Personen und Berufsgruppen zu berücksichtigen. Hierbei stehen insbesondere die regionalen und lokalen Bedingungen im Fokus: Kommunen sollen gestärkt werden und eine starke lokale Versorgungsstruktur, insbesondere Medizinische Versorgungszentren, aufbauen können. Zudem sollen sie in der ambulanten Versorgungsplanung stärker in die Gestaltungsverantwortung eintreten und in Zulassungsausschüssen vertreten sein.

Der PKV-Verband begrüßt, dass auf die vormals vorgesehenen Regelungen zur Errichtung von Gesundheitskiosken verzichtet wurde. Damit wären kostenintensive und nicht evidenzbasierte Doppelstrukturen aufgebaut worden, die keinen Mehrwert für die Bevölkerung gebracht hätten. Angesichts des hohen Defizits der GKV und der anstehenden Beitragserhöhungen wären zusätzliche Strukturen und damit verbundene weitere Kosten- und Beitragssteigerungen der Bevölkerung nicht vermittelbar. Der Verzicht auf die verfassungswidrige Zweckentfremdung von Beitragsgeldern der gesetzlich und privat Krankenversicherten für die Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben wird explizit begrüßt.

Um das Gesundheitswesen für den Transformationsprozess im demografischen Wandel krisenfest vorzubereiten, sollten die bestehenden Strukturen fortentwickelt werden. Hier ist in der Vergangenheit sehr viel Vorarbeit geleistet worden: Im gesamten Land haben sich Netzwerke gegründet, die gemeinsam an der Verbesserung der Gesundheitsversorgung gerade auch unter der Bedingung von personeller Ressourcenknappheit in strukturschwachen Gebieten arbeiten. Es braucht die Stärkung dieser lokalen Akteure und den gezielten Abbau gesetzlicher und bürokratischer Hürden. Dies ist auch das Ergebnis der Studie „Neue Gesundheitsnetze für den ländlichen Raum“ aus dem Jahr 2023, an der der PKV-Verband beteiligt war.[1]

Das Ziel muss es sein, die Akteure vor Ort im Interesse der Patientinnen und Patienten eng zu vernetzen, so dass eine gut abgestimmte Versorgung entlang von Patientenpfaden möglich wird. Bei weiteren Gestaltungsansätzen und Gesetzesvorhaben sollte dabei an den Strukturen und Projekten angesetzt werden, die bereits vorhanden und in ihrem jeweiligen Einzugsgebiet fest verwurzelt sind. Die Stichworte hierfür sind Arzt- und Gesundheitsnetze, Lokale Gesundheitszentren oder Medizinische Versorgungszentren.

Viele dieser Zentren sind unter Einbeziehung und Mitfinanzierung von kommunalen und sozialen Trägern sowie unter Unterstützung der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen entstanden. Häufig sind sie projektfinanziert und hinsichtlich ihrer rechtlichen Rahmenbedingungen noch nicht optimal aufgestellt. Es fehlt beispielsweise an ausreichenden Klar-

[1] siehe auch: https://www.neue-gesundheitsnetze.de/

stellungen in Bezug auf Delegations- und Substitutionsaufgaben, an vereinfachten Regelungen zur Arbeitnehmerüberlassung, beispielsweise wenn ein gesamtes Netzwerk auf die Unterstützung durch nichtärztliches Personal gemeinsam zugreift. Außerdem fehlt es an geeigneten Überführungsstrategien von Projektstrukturen in die Regelversorgung. Heute werden noch zu viele Projekte unter enormen finanziellen und personellen Aufwand aufgebaut und müssen nach Ablauf der Förderphase wieder abgewickelt werden, weil es keine Anschlussfinanzierung gibt. Es kommt dadurch zu Doppelstrukturen und Fehlallokationen. Den Schaden tragen in erster Linie die Patientinnen und Patienten, denen eine optimierte Versorgung vorenthalten wird.

Nur wenn es künftig gelingt, die begrenzten Ressourcen gut vernetzt und unter Einbeziehung aller Säulen der Versorgung, der Medizin und der Pflege, der Prävention, der Selbsthilfe und dem Ehrenamt zusammenzubringen, werden wir langfristig eine hochwertige Gesundheitsversorgung in unserer alternden Gesellschaft sicherstellen können.

Mit dem Gesetzentwurf wird zudem in der Personengruppe der Rentnerinnen und Rentner die Option eines späten Versicherungssystemwechsels zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung beendet, welche infolge der zum 01.01.2017 eingeführten Möglichkeit zur sogenannten „Flexirente“ bestanden hatte. Diese Regelung ermöglichte es Personen, die zuvor nicht gesetzlich krankenversichert waren, über die Familienversicherung in die GKV zurückzukehren, auch wenn sie die sonst üblichen Voraussetzungen dafür nicht erfüllten. Die jetzt vorgesehene Änderung wird befürwortet, weil sie das solidarische Versicherungsprinzip stärkt, das für die private und die gesetzliche Krankenversicherung konstitutiv ist. Dies impliziert, dass jedes System seinen Versicherten in wechselnden Lebenslagen Alternativen anbietet. In der privaten Krankenversicherung gibt es in diesem Zusammenhang neben dem Wechselrecht in den klassischen Tarifen auch ein differenziertes Angebot von Sozialtarifen, die Möglichkeiten zur Beitragssenkung vorsehen.[2]

Abrechnungsbetrug, Untreue und Korruption im Gesundheitswesen führen zu Schäden in Millionenhöhe. Dies schadet den Beitragszahlenden und unterminiert das Vertrauen in ein leistungsfähiges und gerechtes Gesundheitssystem sowohl auf Seiten der Patientinnen und Patienten als auch der Leistungserbringenden, die sich an die Spielregeln halten. Um das Fehlverhalten im Gesundheitswesen einzudämmen, sollen deshalb die Möglichkeiten zum Datenaustausch erweitert und eine Betrugsdatenbank aufgebaut werden. Obwohl Betrug nicht an den Systemgrenzen zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung haltmacht, sondern beide Systeme sowie auch andere Kostenträger betrifft, sind bislang nur Regelungen für die GKV vorgesehen. Die PKV fordert daher die gleichberechtigte Einbindung in den Datenaustausch für die private Kranken- und Pflegeversicherung sowie die Berücksichtigung in der Konzeption und dem Betrieb der übergreifenden Betrugsdatenbank.

[2] Mehr Informationen: Alternativen_in_jeder_Lebenslage_Broschüre_2023-2.pdf (pkv.de)

II. Zu ausgewählten Regelungen des Gesetzentwurfs

Zu Art. 1 Nr. 23 b und d (§ 197a Abs. 3b S. 1, Abs. 7 SGB V – Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen)

Vorgeschlagene Regelungen:
Die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen dürfen aufgrund der Änderungen im SGB V personenbezogene Daten zur Verhinderung und Aufdeckung von Fehlverhalten auch an Gesundheitsämter, die nach Landesrecht bestimmten heimrechtlichen Aufsichtsbehörden und die nach Landesrecht zuständigen Gesundheitsbehörden übermitteln. Außerdem ist bis zum 31.12.2025 die Erstellung eines Konzepts für den Aufbau und Betrieb einer Betrugspräventionsdatenbank geplant.

Bewertung:
Betrug im Gesundheitswesen macht nicht an den Grenzen zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung halt. Betrügerische Handlungen von Versicherten oder Leistungserbringern schädigen gleichermaßen die jeweiligen Versichertenkollektive. Notwendig ist daher eine systemübergreifende Betrugsprävention und -verfolgung. Dies setzt entsprechende einheitliche und eindeutige Datenverarbeitungsbefugnisse für sämtliche relevanten Stellen einschließlich der Betrugsbekämpfungsstellen der Unternehmen der privaten Krankenversicherung voraus. Es soll ein gegenseitiger Informationsaustausch zwischen den Fehlverhaltensbekämpfungsstellen und den Unternehmen der privaten Krankenversicherung ermöglicht werden.

Änderungsvorschlag:
1. Um das Ziel einer umfassenden Fehlverhaltensbekämpfung im Gesundheitswesen bei der Betrugsprävention zu erreichen, sollte § 197a Abs. 3a SGB V wie folgt ergänzt werden:

„(3a) Die Einrichtungen nach Absatz 1 *sowie die Stellen, die in den Unternehmen der privaten Krankenversicherung für die Betrugsbekämpfung zuständig sind,* dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben *im Sinne des* Absatzes 1 erhoben oder an sie übermittelt wurden, untereinander und an Einrichtungen nach § 81a übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist. Der Empfänger darf diese nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie ihm übermittelt worden sind."

Zusätzlich sollte gesetzlich sichergestellt werden, dass auch den Betrugsbekämpfungsstellen der privaten Krankenversicherungsunternehmen Daten der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der Krankenkassen übermittelt werden dürfen, deren Kenntnis für die Betrugsbekämpfung erforderlich ist und dass die zu diesen Zwecken übermittelten Daten entsprechend verarbeitet werden dürfen. Um dies zu erreichen, sollte § 197a Abs. 3b S. 1 SGB V-E nach Nr. 6 folgende Nr. 7 angefügt werden:

„*7. die Stellen, die in den Unternehmen der privaten Krankenversicherung für die Betrugsbekämpfung zuständig sind.*“

2. Darüber hinaus sollte in § 197a Abs. 3 S. 2 SGB V die Beteiligung der privaten Krankenversicherungsunternehmen und der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung betreiben, an dem Erfahrungsaustausch aufgenommen werden.

3. Wir begrüßen den geplanten Aufbau einer zentralen bundesweiten Datenbank, die den Krankenkassen Hinweise über Sachverhalte oder Auffälligkeiten gibt, die auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen hindeuten (Betrugspräventionsdatenbank). Um die systemübergreifende Betrugsprävention zu fördern, sollte bei der Konzeption dieser Datenbank ein optionaler Anschluss der Unternehmen der privaten Krankenversicherung und der Unternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung betreiben, an die Betrugspräventionsdatenbank berücksichtigt werden.

Zu Art. 2 Nr. 2c (§ 47a Abs. 3 S. 1 SGB XI - Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen)

Vorgeschlagene Regelungen:
Die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen dürfen aufgrund der Änderungen im SGB XI personenbezogene Daten zur Verhinderung und Aufdeckung von Fehlverhalten auch an Gesundheitsämter, die nach Landesrecht bestimmten heimrechtlichen Aufsichtsbehörden und die nach Landesrecht zuständigen Gesundheitsbehörden übermitteln.

Bewertung:
Auch im SGB XI ist wie im SGB V ein gegenseitiger Informationsaustausch zwischen den Fehlverhaltensbekämpfungsstellen und den privaten Versicherungsunternehmen erforderlich, weil die Betrugsbekämpfung system- bzw. organisationsübergreifend erfolgen muss, um effektiv zu sein.

Änderungsvorschlag:
Um das Ziel einer umfassenden Betrugsprävention und -bekämpfung im Gesundheitswesen zu erreichen, sollte § 47a Abs. 2 S. 1 SGB XI wie folgt ergänzt werden:

„(2) Die Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 2 *sowie die Stellen, die für die Betrugsbekämpfung, Leistungsgewährung oder Abrechnung von Leistungen in der privaten Pflegepflichtversicherung zuständig sind,* dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben *im Sinne des* Absatzes 1 erhoben oder an sie übermittelt wurden, untereinander übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim Empfänger erforderlich ist.“

Zudem sollten in § 47a Abs. 3 S. 1 SGB XI die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung betreiben, aufgenommen werden. Auch ihnen sollten Daten der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen der Pflegekassen übermittelt werden dürfen, deren Kenntnis für die Betrugsbekämpfung erforderlich ist, und die zu diesem Zweck übermittelten Daten sollten auch von ihnen verarbeitet werden dürfen. Daher sollte in § 47a Abs. 3 S. 1 SGB XI-E nach Nr. 7 angefügt werden:

„*8. die Stellen, die für die Betrugsbekämpfung, Leistungsgewährung oder Abrechnung von Leistungen in der privaten Pflegepflichtversicherung zuständig sind.*“

In § 47a Abs. 3 SGB XI sollte darüber hinaus geregelt werden, dass die dort genannten Stellen die personenbezogenen Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhoben oder an sie übermittelt wurden, an die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen übermitteln dürfen, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch die Fehlverhaltensbekämpfungsstellen erforderlich ist. Diese Daten dürfen von dem Empfänger nur zu dem Zweck verarbeitet werden, zu dem sie ihm übermittelt worden sind.

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(34)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
11.11.2024

Deutscher Städtetag

11. November 2024

Stellungnahme des Deutschen Städtetages zur Anhörung am 13. November 2024 im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages

Unsere zentralen Aussagen:

→ **Ein gesetzlicher Rahmen, der die Gesundheitsversorgung stärkt, wird dringend benötigt. In zu vielen Fällen und steigendem Umfang greifen etablierte, eigentlich zuständige Versorgungsstrukturen nicht oder unzureichend. Kommunen drohen zum Ausfallbürgen zu werden. Dabei sind die Kassenärztlichen Vereinigungen Träger des Sicherstellungsauftrags im ambulanten Bereich. Die Städte stehen zu Ihrer Daseinsverantwortung und agieren schon jetzt entsprechend. Wahrgenommene Verantwortlichkeiten und Rahmenbedingungen müssen aber klar und teils besser geregelt sein.**

→ **Die Gesundheitskioske, die in Vorentwürfen des GVSG enthalten waren, müssen in das Gesetz wieder aufgenommen werden. Der Bundesrat fordert ebenfalls die Wiederaufnahme. Das ist grundsätzlich richtig und entspricht den Bedarfen in vielen Kommunen. Städte sind bereit, durch die Errichtung bzw. Weiterführung von Gesundheitskiosken, insbesondere die Versorgung von Menschen mit schwerem Zugang zum ambulanten Versorgungssystem zu verbessern. Dazu bedarf es einer gesicherten Finanzierung. Die Erbringung von medizinischen Leistungen soll weiterhin durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte erfolgen.**

→ **Die Gründung von MVZs zu erleichtern ist grundsätzlich begrüßenswert. Erleichterungen sollten aber vorzugsweise für Kommunen gelten. Die Kommunen können auch hier nicht regelmäßig die ambulante Versorgung sicherstellen und als Ausfallbürge gelten. Der Auftrag liegt auch nicht bei Ihnen.**

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

A. Grundsätzliches

Im Januar 2024 hat das Präsidium des Deutschen Städtetages einen Beschluss (link) zu Fragen der Sicherung der ambulanten Gesundheitsversorgung gefasst, der weiterhin gilt. Er betrifft an vielen Stellen die Inhalte des jetzt GVSG-Vorhabens. Deutlich wird darin die Sorge vor Versorgungsengpässen, die besondere Verantwortung der kassenärztlichen Vereinigungen, aber auch die Rolle der Städte, die mehr Mitspracherecht für die örtliche Bedarfsplanung von Arztstellen erhalten müssen. Zu den jetzt nicht mehr im Gesetzentwurf enthaltenen Gesundheitskiosken heißt es hierin: *„Das Präsidium bekräftigt die Bereitschaft der Städte, durch die Errichtung bzw. Weiterführung von Gesundheitskiosken, insbesondere die Versorgung dieser Menschen zu verbessern. Dazu bedarf es einer gesicherten Finanzierung. Die Erbringung von medizinischen Leistungen soll weiterhin durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte erfolgen."*

Im jetzigen Entwurf vermissen wir sinnvolle Regelungen zu Gesundheitskiosken. Sie waren angekündigt und in Vorentwürfen enthalten. Teilweise sind Kommunen in der Sache bereits tätig und warten auf Verbindliches. Dort ist das Streichen der Regelungen für diesen Bereich unverständlich und wird mit großer Enttäuschung wahrgenommen. Der Bundesrat wirkt in eine richtige Richtung, wenn er die Wiederaufnahme der Gesundheitskioske fordert.

Die konkrete Einrichtung von Gesundheitskiosken nach einem entsprechenden Gesetz würde sicherlich viel von örtlichen Situationen abhängen. Ein Initiativrecht (keine Pflicht) der Kommunen, so wie es zunächst vorgesehen war, wäre grundsätzlich sinnvoll gewesen. An vielen Orten wären sie als Baustein einer bürgernahen und guten Versorgungslandschaft gerade für vulnerable Gruppen mit schwierigem Zugang zum Gesundheitssystem sinnvoll. Die Erfahrungen, die Kommunen im Zuge der Arbeit im Bereich des Öffentlichen Gesundheitswesens machen und die dem Gesundheitsschutz und der Gesundheitsförderung dienen, zeigen, dass niedrigschwellige Angebote für die Bürgerinnen und Bürger dringend gebraucht werden, um der zunehmend schwierigen Lage im Bereich der Gesundheitsversorgung entgegenzuwirken.

Insbesondere der beratende Ansatz der Gesundheitskioske würde zu einer Steigerung der Gesundheitskompetenz sowie zur einfachen Umsetzung präventiver Maßnahmen und schließlich zur Entlastung der hausärztlichen Versorgung beitragen können. Das wäre ein signifikantes Plus gegenüber Einzelberatungen zu Einzelproblemen von Stellen, die den mitangesprochenen Zielgruppen teils noch nicht einmal bekannt sind. Gerade in Regionen mit hohen sozialen Herausforderungen besteht ein hoher Bedarf an niedrigschwelligen Beratungsangeboten, um die Zugänge in die gesundheitliche Versorgung zu sichern und die individuelle Gesundheitskompetenz zu erhöhen. Zudem führt die demographische Entwicklung zu einer Zunahme älterer und multimorbider Patientinnen und Patienten, sodass ein breiter, koordinierter Ansatz der Grundversorgung, der auch die Verbindung zu sozialer Beratung und Unterstützung herstellt, sehr sinnvoll wäre. Auch das Berufsbild der Pflege hätte hier Weiterentwicklungspotenzial.

Die verschiedenen neuen Versorgungsansätze von Kiosken wären aus unserer Sicht daher auch wichtige Bausteine in der Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit, die so zu kurz kommt. Die Kioske wurden auch als Bestandteil der Primärversorgungszentren gesehen und könnten an dieser Stelle ein wichtiger Knotenpunkt innerhalb der einzurichtenden Netzwerke sein. Auch an dieser Stelle tritt durch den Wegfall der Kioske eine Lücke auf.

Durch ein Initiativrecht auf kommunaler Ebene hätten die Kommunen die Möglichkeit, ganz konkret und bedarfsorientiert ihre Lebenswelten zu gestalten und die gesundheitliche Versorgung zu verbessern.

Der gesamte Bereich der öffentlichen Gesundheit und die Rolle der Kommunen und ihres öffentlichen Gesundheitsdienstes ist im vorliegenden Gesetzentwurf gegenüber Vorentwürfen stark zusammengestrichen worden und kaum mehr erkennbar.

Es ist auch aus unserer Sicht richtig, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam mit den Krankenversicherungen für die Sicherstellung der ambulanten gesundheitlichen Versorgung vor Ort zuständig sind. Dennoch gibt es gerade für vulnerable, schwer erreichbare Gruppen erhebliche Probleme, überhaupt den Zugang zum Gesundheitsversorgungssystem zu erhalten. Der vorliegende Entwurf fokussiert nun im Wesentlichen auf den niedergelassenen Sektor, und lässt andere Akteure außer Acht. Das widerspricht dem neuen zukunftsweisenden und richtigen Ansatz der sektorenübergreifenden Versorgung. Er geht somit auch vorbei an tatsächlich bestehenden Problemlagen vor Ort. Für die kommunale Ebene gibt es so keine ausreichenden Mitgestaltungsmöglichkeiten, obwohl dort die Problemlagen der Bürgerinnen und Bürger kumulieren und städtisches Thema werden. Mit dem kommunal getragenen ÖGD besteht auch eine Institution, die besonders nah dran an der gesundheitlichen und sozialen Lage der Bevölkerung ist. Berücksichtigt werden im Gesetzentwurf viele andere Institutionen, teils mit deutlich abstrakterem Zugang zu den Problemlagen; die kommunale Ebene und der ÖGD aber kaum. Dies wäre aus unserer Sicht und mit Blick auf die Versorgungssituation dringend zu verbessern, zumal hier die entsprechenden Kompetenzen, Daten, Kenntnisse und oft auch Initiativen, Netzwerke und Gremien bereits existieren.

Das ursprüngliche Ziel, regionale Defizite der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Versorgung zu beheben und Schnittstellen zu optimieren, u.a. durch niedrigschwellige Beratungsangebote, wird mit dem Entwurf nicht mehr ausreichend verfolgt. Die innovativen Möglichkeiten, die sich durch Gesundheitsregionen - mit Ihren positiven Möglichkeiten für abgestimmte Bedarfsplanungen -, Primärversorgungszentren und Gesundheitskioske ergeben hätten, werden nicht realisiert.

Vor diesem Hintergrund beurteilen wir den gegenüber Vorentwürfen stark zusammengekürzten Gesetzesentwurf als deutliche Verschlechterung. Er erscheint als falsches Signal in einer Zeit des zunehmenden Fachkräftemangels und der Notwendigkeit einer stärkeren intersektoralen Kooperation darauf zu verzichten.

Die Änderungsforderungen des Bundesrates gehen jedenfalls grundsätzlich in eine bessere Richtung, weil sie die Gesundheitskioske wieder berücksichtigen. Sie beinhalten jedoch auch Änderungen zu Vorentwürfen des GVSG, bei denen die Vorentwürfe sachgerechter waren. Das betrifft etwa den kommunalen Finanzierungsanteil, der in Vorentwürfen mit 20 % vorgesehen war, vom Bundesrat nun aber mit 44,5 % vorgeschlagen wird. Angesichts bestehender Verantwortlichkeiten sollte hier ein signifikant geringerer kommunaler Anteil vorgesehen werden.

Möglichkeiten für Gesundheitskioske sollten in einem geänderten Entwurf jedenfalls wieder vorgesehen werden. Wir plädieren für ein adäquates - ohne Doppelstrukturen und inklusive gesicherter Finanzierung - erneutes Aufgreifen.

B. Zu Einzelregelungen

Zu
Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)
BT-Drucksachen 20/11853, 20/12664

Zu Artikel 1 Nr. 2, zu § 28 (3), Konsiliarbericht

Auf die Erstellung eines Konsiliarberichts darf zum Schutz der Patientinnen und Patienten nicht verzichtet werden. Auch Psychotherapie hat Nebenwirkungen. Es darf nicht auf differentialdiagnostische Betrachtungen / Ausschluss körperlicher Ursachen verzichtet werden. Die reine Überweisung des Vertragsarztes zum Psychotherapeuten schließt das erfahrungsgemäß nicht aus.

Zu Artikel 1 Nr. 4a (neu, entsprechend Stellungnahme Bundesrat), SPZ

Eine Verbesserung und Klarstellung der Finanzierung der SPZ ist notwendig. Der in der Stellungahme des Bundesrates beschriebene Umstand einer problematischen GKV-Finanzierung wir auch von uns festgestellt. Eine klargestellte Finanzierungsverantwortung bei der GKV ist notwendig, um die wichtige Arbeit der SPZ sicherzustellen.

Auch allgemein ist im Bereich der Abgrenzung der Behandlungspflege von Leistungen der Eingliederungshilfe eine zunehmend problematische Situation zu Lasten der Eingliederungshilfe feststellbar. Dies ist weder für die betroffenen Familien noch für die Träger der Eingliederungshilfe akzeptabel.

Zu den Artikeln 1, Nr. 10, zu § 92 SGB V und Nr. 15, zu § 116b SGB V sowie Nr. 22, zu § 140f SGB V, Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Der Referentenentwurf sieht eine Reihe von Änderungen der Verfahren des G-BA und auch eine erhebliche Ausweitung der Beteiligungsrechte und -erfordernisse vor. Die Definition der Betroffenheit ist dabei weit gefasst. Hier steht zu befürchten, dass die angezielte Beschleunigung der Verfahren des G-BA so nicht erreicht werden kann; zumindest in Konkurrenz steht. Wichtig erscheint, auf die Entscheidungsbasis und ihre Verankerung in wissenschaftlicher Evidenz zu achten. Auch muss sichergestellt sein, dass selbst gut gemeinte Strukturvorgaben Problemlagen vor Ort nicht noch eher verschärfen.

Zu Artikel 1 Nr. 11, zu § 95, MVZ

Die ursprünglich in Vorentwürfen angedachte Stärkung der kommunalen Einflussnahme bei lokalen Versorgungsdefiziten ist im Entwurf nicht mehr zu finden. Beschränkungsmöglichkeiten bei der Sicherheitsleistung gegenüber der KV gelten letztlich auch für nichtkommunale MVZ. Das Potenzial einer Versorgungsverbesserung wurde hier nicht realisiert. Die beabsichtigte Beschränkung der Sicherheitsleistung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung ist

im Entwurf ist zudem auch zu unkonkret. Es ist nicht absehbar, in welcher Höhe eine Einigung zwischen GKV und KV erfolgen wird.

Kommunen, die nicht ohnehin bereits über ihre Kliniken an MVZ beteiligt sind, können nun zwar leichter von der Betreiberform der AöR in die Rechtsform der GmbH zur Gründung eines MVZ wechseln. Dennoch fehlt es auch weiterhin an wirklicher Einflussnahme auf die medizinische Versorgung vor Ort. Auch die Zulassung kommunaler MVZ setzt die Verfügbarkeit von Arztstellen im Versorgungsbezirk voraus und ist den normalen Regelungen der Bedarfsplanung unterworfen. Lokale Versorgungsengpässe lassen sich somit auch nur bedingt über eine Beteiligung der Kommune lösen.

Insgesamt kommt die ursprüngliche Idee einer Verbesserung der kommunalen Stellung bei gleichzeitiger Einschränkung der Möglichkeiten von Investoren-MVZ im vorliegenden Entwurf nicht zum Tragen. Gleichwohl werden Erwartungen geweckt, dass die Kommune den immer mehr zu spürenden Mangel in der medizinischen Grundversorgung beheben könnten und sollen. Allerdings profitieren demgegenüber besonders die stark gewinnorientierten Investoren-MVZ von der Beschränkbarkeit der Sicherheitsleistungen. Insgesamt führt dies insbesondere zu einer Verstärkung der Konzentration überregional beplanter Facharztgruppen in Ballungszentren, an der faktisch auch die vorgesehene Beteiligung der Landesbehörden absehbar nichts ändern wird. Es muss besser darauf geachtet werden, dass es nicht zu einer rein investorengetriebenen Versorgung kommt, die die Gefahr in sich trägt, zu sehr auf Rendite und zu wenig auf eine verbesserte Versorgungssituation insgesamt ausgerichtet zu sein.

Damit werden die in Vorentwürfen besseren Ansätze nun zu einer Auffanglösung für die Verhinderung einer völligen Unterversorgung im hausärztlichen Bereich sowie einigen wenigen fachärztlichen Versorgungsgruppen mit räumlicher kleinteiliger Planung in strukturschwachen Gegenden.

Wenn die kommunalen Ansätze verbessert werden sollen, würden wir uns weitere, speziell für Kommunen geltende Erleichterungen - etwa Begrenzung der Bürgschaften - wünschen. Auch könnten solche Regelungen zu MVZ nicht die einzige Lösung sein, da die Gefahr besteht, dass das finanzielle Risiko zum Großteil auf die Kommunen abgewälzt wird.

Es muss auch klar bleiben, dass der gesetzliche Auftrag zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung im gemeinsamen Wirken der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigung zu erfüllen ist. Diese müssen da wo das nötig ist, weitergehend tätig werden. Die Kommunen sind hierfür kein Ausfallbürge.

Weiterhin muss dringend die Bedarfsplanung auf die derzeitigen Herausforderungen angepasst werden. Das Planungssystem muss der immer kritischer werdenden Versorgungslage , besonders in vulnerablen Gebieten, entgegenwirken. Des Weiteren müssen die Hürden beseitigt werden, die angehende Medizinerinnen und Medizinier von einer Niederlassung abhalten. Der Sachverständigenrat des BMG hat in seinem jüngsten Gutachten unterstrichen, dass der Einsatz von medizinischen Fachkräften derzeit ineffizient erfolgt. Hier muss unsere Gesundheitssystem dringend justiert werden.

Zu Artikel 1 Nr. 12, zu § 101 Absatz 4a (neu), Arztgruppen

Grundsätzlich ist es zu begrüßen, dass psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die Kinder und Jugendliche behandeln, zukünftig als eine eigene bedarfsplanungsrechtliche Arztgruppe zusammengefasst werden und so ein Monitoring erfolgen kann. Dies kann zu mehr Klarheit bei der Betrachtung der Versorgungslage führen. Es wird jedoch nicht automatisch zu einer Verbesserung derselben beitragen. Eine zu prüfende Überlegung in diesem Zusammenhang wäre, dass ein stärkerer Rückgriff auf Psychologen in der Psychotherapie die Versorgungssituation entspannen könnte.

Der Fokus kann auch nicht alleinig auf der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen liegen, sondern muss die Facharztgruppe der Kinder- und Jugendpsychiatrie als Gesamtheit einbeziehen. Ziel darf nicht nur die Verbesserung des Zugangs zur psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen sein, sondern muss die gesamten Versorgungspfade bei kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnosen umfassen. Es geht um die ganzheitliche kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung und nicht nur um den Teilbereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie. Engpässe bei der ärztlichen Versorgung können zu einer Diskontinuität bzw. Fehl- und Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen führen.

Insgesamt zu beachten ist, dass mit der Regelung eine Erwartung bei den Bürgerinnen und Bürgern geweckt wird, die dann aber wahrscheinlich angesichts des Fachkräftemangels nicht erfüllt werden kann. Für die Kommunen ist auch hier keine Steuerungsmöglichkeit vorgesehen, um einer etwaigen Unter-/Fehlversorgung entgegenzuwirken.

Zu Artikel 1 Nr. 13, zu § 105 SGB V, Klarstellung Strukturfonds

Zu begrüßen ist die Klarstellung, dass das Fehlen einer drohenden oder aktuellen Unterversorgung bzw. eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs keinen hinreichenden Ablehnungsgrund darstellt.

Zu Artikel 1 Nr. 24, zu § 217 f SGB V, Kennzahlen

Wir halten es hier für bemerkenswert, dass die gesetzlichen Krankenkassen ihre Vergleichskennzahlen selbst festlegen können. Das Besondere daran wird deutlich, wenn dies z.B. aus Krankenhaussicht gesehen wird, wo dies gänzlich anders erfolgt. Aus dieser Sicht entsteht der Eindruck, dass das BMG hier die Akteure unterschiedlich behandelt. Aus Patientensicht wären sicher eine Reihe von Qualitätsparametern, z.B. insbesondere die Wartezeiten auf eine Behandlung interessant.

Zu Artikel 6 Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Die Möglichkeit der Ermächtigung zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung für besonders herausfordernde und schwer kranke Personengruppen (geistige Behinderung, Suchterkrankung, schwere soziale Einschränkungen) ist zu befürworten, weil gerade diese Personengruppen aktuell (v.a. von den Psychotherapeuten) deutlich unterversorgt sind. Sinnvoll erscheint hier allerdings eine vorrangige Kooperation mit den sozialpsychiatrischen -

und wenn vorhanden kinder- und jugendpsychiatrischen Diensten sowie mit den aufgeführten unterschiedlichen Einrichtungen und Diensten.

Weiteres:

Medizinstudienplätze
Dringend wird eine Förderung und der Ausbau von Medizinstudienplätzen benötigt. Der Ärztemangel im Gesundheitssystem und insbesondere auch im Öffentlichen Gesundheitsdienst ist schon jetzt offensichtlich und wird sich aus demografischen Gründen noch verstärken. Mit dem Wegfall der Idee eines Förderfonds für Medizinstudienplätze wird eine Chance der Weiterentwicklung der vorhandenen Studienmöglichkeiten vertan.

Gesundheitsregionen (in Vorentwürfen § 140b SGB V) fehlen als ermöglichte Regelung in geeigneter Ausgestaltung. Hierzu kann grundsätzlich auf unsere Ausführungen zu den Gesundheitskiosken verwiesen werden. Die Argumentation gilt analog.

Zu
Antrag der Fraktion der CDU/CSU
Versorgung von Menschen in psychischen Krisen und mit psychischen Erkrankungen stärken BT-Drucksache 20/8860

Die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen steht im Fokus von gesundheitlichen Diskussionen sowohl im Kontext der Belastungen durch die Corona-Pandemie als auch angesichts seit Jahren steigender Inanspruchnahme von Leistungen. Trotz verbesserter Versorgung seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes müssen Erkrankte lange Wartezeiten von zum Teil mehreren Monaten in Kauf nehmen, bis z. B. ein erstes Gespräch beim niedergelassenen Psychotherapeuten zustande kommt. Die Versorgungslücken sind teils enorm. In psychischen Krisen ist das unzumutbar. Der zunehmende Fachkräftemangel wird die Leistungserbringung in fast allen Versorgungsbereichen weiter negativ beeinflussen und Versorgungsengpässe nehmen zu.

Der Deutsche Städtetag begrüßt deshalb den Antrag der Fraktion der CDU/ CSU, die Versorgung von Menschen in psychischen Krisen und mit psychischen Erkrankungen zu stärken.

Bei der psychischen und psychotherapeutischen Versorgung sind Bedarfe offensichtlich nicht gedeckt. Der Antragsteller bezieht sich in dem Antrag jedoch vorrangig auf die psychotherapeutische Versorgung. Aus unserer Sicht ist es mindestens genauso wichtig, auch die fachärztliche Diagnostik und Behandlung im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychiatrie des Erwachsenalters abzusichern und bedarfsgerecht weiterzuentwickeln.

Neben den Bedarfsplanungen und den Maßnahmen des SGB V sind zudem die Sicherung und der Ausbau regionaler gemeindepsychiatrischer und psychosozialer (einschließlich suchthilflicher) Angebote unverzichtbar. Die langfristige finanzielle Sicherung von niedrigschwelligen Angeboten ist dabei dringend erforderlich. Hier dürfen Länder und insbesondere die Kommunen nicht allein gelassen werden.

Ein stabiles, gut ausgebautes und vernetztes ambulantes System entlastet langfristig den stationären Bereich und reduziert Kosten in der Eingliederungshilfe. Denn u.a. die Richtlinie der Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) behindert die Versorgung im stationären Bereich. Der Fachkräftemangel droht in den nächsten Jahren zum entscheidenden limitierenden Faktor in der Versorgung zu werden. Eine Flexibilisierung des Personaleinsatzes ist unumgänglich, um weitere Versorgungslücken zu vermeiden.

Parallel zu den in allen Bundesländern etablierten Sozialpsychiatrischen Diensten wird der flächendeckende Aufbau multiprofessioneller Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienste angeregt.

Zum Punkt 6 des Antrages "gemeinsam mit den Ländern und Kommunen intensive Anstrengungen zu unternehmen, um insbesondere für Kinder und junge Menschen niedrigschwellige und flächendeckende Zugänge zu Beratungs- und Hilfsangeboten auszubauen" möchten wir anmerken, dass in Anbetracht der steigenden Zahlen von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Beeinträchtigungen die Forderung der CDU/CSU Fraktion nach einer verstärkten Förderung von schulpsychologischen Angeboten oder Anlaufstellen mit Peer-Group-Ansätzen (eventuell auch Selbsthilfegruppen, die auf professionelle Hilfsangebote auch verweisen) zu befürworten ist. Zudem wird die Forderung der kontinuierlichen Schulung von Personen des Bildungs-, Sozial- und Gesundheitsbereichs zur Prävention von psychischen Belastungen und Erkrankungen sehr begrüßt. Werden bereits frühzeitig Problemlagen durch Personen, die täglich mit Kindern und Jugendlichen in Kontakt sind, erkannt, kann dies die gesundheitliche Lage verbessern sowie gesamtgesellschaftliche Kosten senken.

Zu
Antrag der Fraktion der CDU/CSU
Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum stärken
BT-Drucksache 20/11955

Die Gesundheitsversorgung steht grundsätzlich vor enormen Herausforderungen. Krankenhäuser kämpfen aufgrund der hohen Defizite um das Überleben. Der demografische Wandel zeichnet sich durch eine immer älter werdende Bevölkerung aus, die einen höheren Bedarf an medizinischer und pflegerischer Versorgung hat. Der stetig zunehmende Fachkräftemangel führt bereits jetzt schon zu Versorgungslücken in allen medizinischen Bereichen.

Diese Problemlagen sind nicht nur im ländlichen Raum, sondern auch in vulnerablen städtischen Quartieren und Sozialräumen besonders vorhanden. In diesen Gebieten gibt es oft weniger Einrichtungen der Gesundheitsversorgung.

Aus Sicht des Deutschen Städtetags ist es aufgrund der bestehenden und zu erwartenden steigenden Herausforderungen dringend geboten, grundsätzlich das Gesundheitssystem neu zu denken und zu strukturieren, in Zentren, aber gerade auch im ländlichen Raum.

In der ambulanten Versorgung müssen auch schlecht versorgte Stadtteile besser berücksichtigt werden. Dazu kann auch der bürokratiearme Ausbau der sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen hilfreich sein.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen zudem stärker in die Pflicht genommen werden, ihren Versorgungsauftrag besser zu erfüllen. Die Ambulantisierung muss zwingend weiter ausgebaut und innovative Versorgungskonzepte umgesetzt werden.

Dem Punkt 9 des Antrags, „Doppelstrukturen in der Versorgung zu vermeiden und die bislang von der Bundesregierung geplanten Doppelstrukturen an sog. Gesundheitskiosken auch tatsächlich aufzugeben“, kann nur teilweise gefolgt werden. Richtig und wichtig ist, Doppelstrukturen aufzugeben, um Ressourcen, insbesondere Personal, zu bündeln. Deshalb ist auch die Umsetzung der Krankenhausstrukturreform unumgänglich. Aus Sicht des Deutschen Städtetags ist hingegen die Einführung von Gesundheitskiosken ein wichtiger Schritt für eine gute und barrierefreie Versorgung (dazu oben).

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(36)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
11.11.2024

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)

Stellungnahme zum

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

Bundestags-Drucksache 20/11853

zum Antrag der Fraktion der CDU/CSU Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum stärken

Bundestags-Drucksache 20/11955

zum Antrag der Fraktion der AfD Leistungsbezogene Vergütung der medizinischen Behandlungspflege statt Pauschalen – Die medizinische Behandlungspflege in der stationären, ambulanten und häuslichen Pflege der Finanzzuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung unterstellen

Bundestags-Drucksache 20/3272

Berlin, 11. November 2024

bpa – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
Bundesgeschäftsstelle, Friedrichstr. 148, 10117 Berlin
Tel. 030 – 30 87 88 60, Fax 030 – 30 87 88 89
bund@bpa.de – www.bpa.de

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung 3

Zusammenfassung 3

Zu dem Gesetzentwurf im Einzelnen 5

Artikel 1 Nummer 10 Buchstabe l) (§ 92 Absatz 7h SGB V-E) 5

Zu der Stellungnahme des Bundesrats und Gegenäußerung der Bundesregierung im Einzelnen 8

Nummer 11 (Zu Artikel 1 Nummer 9 Buchstabe a1 – neu – (§ 91 Absatz 5 Satz 1 SGB V)) sowie
Nummer 12 (Zu Artikel 1 Nummer 9 (§ 91 SGB V) und Nummer 10 (§ 92 SGB V)) 8

Zu dem Antrag der Fraktion der CDU/CSU
Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum stärken 10

Zu dem Antrag der Fraktion der AfD
Leistungsbezogene Vergütung der medizinischen Behandlungs-pflege statt Pauschalen – Die medizinische Behandlungspflege in der stationären, ambulanten und häuslichen Pflege der Finanzzuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung unterstellen 14

Stellungnahme zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz

Vorbemerkung

Der **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)** bildet mit mehr als 13.000 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-)stationären Pflege, der Behindertenhilfe sowie der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind systemrelevanter Teil der Daseinsvorsorge. Als gutes Beispiel für Public-private-Partnership tragen die Mitglieder des bpa die Verantwortung für rund 395.000 Arbeitsplätze und circa 29.000 Ausbildungsplätze. Die Investitionen in die pflegerische Infrastruktur liegen bei etwa 31 Milliarden Euro. Mit rund 6.700 Pflegediensten, die circa 300.000 Patienten betreuen, und 6.300 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 370.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt zu den einzelnen Maßnahmen Stellung.

Zusammenfassung

Der bpa befürwortet ausdrücklich die Intention des Gesetzgebers, eine noch besser auf die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten ausgerichtete Gesundheitsversorgung unter Berücksichtigung der Interessen der an der Versorgung Mitwirkenden zu erreichen. Die Weiterentwicklung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bildet dafür einen von mehreren adäquaten Ansatzpunkten. Die Reform des G-BA muss nach Auffassung des bpa jedoch weitaus umfassender ausfallen als bisher mit einer auf die Berufsorganisationen der Pflegeberufe beschränkten Einführung eines Antrags- und Mitberatungsrechts vorgesehen. Der bpa fordert daher eine qualifizierte Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer in der Pflege im G-BA.

Die Forderung der Fraktion der CDU/CSU, die Telemedizin als ergänzendes Mittel zur ärztlichen Versorgung weiter nutzbringend und nutzerorientiert auszubauen, wird begrüßt. Dies birgt erhebliche Effizienzpotentiale. Der bpa fordert jedoch ausdrücklich die Einbeziehung und Berücksichtigung der Pflege sowie eine regelhafte und nachhaltige Refinanzierung der von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen.

Die Aufforderung an die Bundesregierung, eine gesetzliche Regelung zu etablieren, die eine auf Planung beruhende Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur zum Ziel hat, wird entschieden abgelehnt. Der damit

bpa – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
Bundesgeschäftsstelle, Friedrichstr. 148, 10117 Berlin
Tel. 030 – 30 87 88 60, Fax 030 – 30 87 88 89
bund@bpa.de – www.bpa.de

angestrebte Wegfall des Kontrahierungszwangs gefährdet eine qualitativ gute Versorgung pflegebedürftiger Menschen in Deutschland.

Die Kostenübernahme behandlungspflegerischer Leistungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen vollständig der Krankenkasse zuzuordnen, unterstützt der bpa. Seit vielen Jahren weist der bpa daraufhin, dass die aktuelle Rechtslage zu einer ungerechtfertigten finanziellen Benachteiligung von pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern vollstationärer Pflegeeinrichtungen führt, die den Anteil der medizinischen Behandlungspflege, der nicht über die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung gedeckt ist, selbst bezahlen müssen.

Zu dem Gesetzentwurf im Einzelnen

Artikel 1 Nummer 10 Buchstabe l) (§ 92 Absatz 7h SGB V-E)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Den Berufsorganisationen der Pflegeberufe wird ein Antrags- und Mitberatungsrecht bei den Richtlinien und Beschlüssen über die Qualitätssicherung sowie bei den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege, der Richtlinie nach § 63 Absatz 3c Satz 3 SGB V und der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgungs-Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 14 eingeräumt. Soweit weitere Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V die Berufsausübung der Pflegeberufe berühren, erstreckt sich das Antrags- und Mitbestimmungsrecht auch auf diese. Das Antrags- und Mitberatungsrecht umfasst das Recht, Beratungsgegenstände auf die Tagesordnung setzen zu lassen und bei der Beschlussfassung anwesend zu sein. Zudem besteht ein Einvernehmenserfordernis bei Entscheidungen über die Einrichtung einer Arbeitsgruppe und die Bestellung von Sachverständigen durch einen Unterausschuss. Darüber hinaus wird die Vertretung der Berufsorganisationen der Pflegeberufe zur Wahrnehmung der erweiterten Beteiligungsrechte finanziell unterstützt

B) Stellungnahme

Der bpa befürwortet ausdrücklich die weitergehende Einbeziehung der Pflege in die Arbeit des G-BA bei der Erstellung von Richtlinien, die die Pflege betreffen. Zugleich erneuert der bpa seine Kritik an der Zusammensetzung des G-BA. Sein Beschlussgremium ist im Wesentlichen mit Vertretenden der Krankenkassen, Krankenhäuser sowie Ärzteschaft besetzt und entscheidet über die Ausgestaltung von Regelungen, die maßgeblich auch die Belange von Leistungserbringern in den Bereichen der Hilfsmittel, der häuslichen Krankenpflege, der außerklinischen Intensivpflege, der Soziotherapie und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung betreffen. Den Organisationen dieser Leistungserbringer kommt jedoch bislang ausschließlich ein Stellungnahme- und Anhörungsrecht zu, obwohl die Umsetzungsverantwortung für die Beschlüsse des G-BA diese Leistungserbringer ebenso trifft, wie die mit Stimmrecht vertretenen Krankenhäuser und Ärzte. Die berufsständischen Vertretungen der Ärzte hingegen haben nach § 91 Absatz 5 SGB V lediglich ein Stellungnahmerecht.

Unter Berücksichtigung dieser Tatsache ist es in keiner Weise nachvollziehbar, dass in den benannten Leistungsbereichen den berufsständischen Vertretungen in der Pflege ein Antrags- und Mitberatungsrecht eingeräumt werden soll, den Organisationen der in der Durchführungsverantwortung

stehenden Leistungserbringer in der Pflege jedoch lediglich ein Stellungnahmerecht zugestanden wird.

Um seinem gesetzlichen Auftrag vollumfänglich nachzukommen - dafür zu sorgen, dass alle gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten adäquat versorgt werden können und vom medizinischen Fortschritt profitieren und zugleich gewährleistet ist, dass die Versorgung qualitätsgesichert und wirtschaftlich erfolgt - muss zukünftig eine Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer in der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, außerklinischer Intensivpflege, Soziotherapie und in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung im Beschlussgremium des G-BA mit Stimmrechten erfolgen. Nur durch diese Stimmrechte für maßgebliche Organisationen der Leistungserbringer in der Pflege können diese an den vor allem für sie und ihre Patientinnen und Patienten geltenden Vorgaben angemessen mitwirken.

Die mit den Ausführungen einhergehende Kritik fußt auch auf verfassungsrechtlichen Bedenken hinsichtlich der aktuellen Vorgaben, insbesondere zur Legitimation des G-BA. Durch die unmittelbare Verbindlichkeit der Entscheidungen entsteht ein weitreichender Einfluss des G-BA u. a. auf die für die Leistungserbringung in der Pflege relevanten Bedingungen und Vorgaben und den Leistungsanspruch der Patientinnen und Patienten. Mangels Stimmrechte der aus Sicht des G-BA bisher externen Leistungserbringer, wie u. a. der Organisationen der Leistungserbringer in der Pflege, findet der Grundsatz der Betroffenenpartizipation als Legitimationsgrundlage für den G-BA nach Auffassung des bpa aktuell nicht ausreichend Berücksichtigung.

Entsprechend der Bedeutung der Pflege in der Gesamtgesellschaft und der verfassungsrechtlich gebotenen Notwendigkeit fordert der bpa daher im Beschlussgremium des G-BA Stimmrechte der Organisationen der Leistungserbringer in der Pflege bei der Entscheidung über Richtlinien zur Verordnung von Hilfsmitteln, häuslicher Krankenpflege, Soziotherapie und außerklinischer Intensivpflege sowie zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und, soweit vorbenannte Versorgungsbereiche betroffen sind, zur Qualitätssicherung.

C) Änderungsvorschlag

In § 91 SGB V wird ein neuer Absatz 2b eingefügt. Absatz 2b:

„*(2b) Abweichend von Absatz 2 Satz 1 besteht das Beschlussgremium bei Beschlüssen nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 über die Verordnung von Hilfsmitteln, häuslicher Krankenpflege, Soziotherapie und außerklinischer Intensivpflege sowie Nummer 13 und Nummer 14, soweit die vorgenannten Leistungen betroffen sind, neben den drei unparteiischen*

Mitgliedern aus jeweils zwei von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den für die Wahrnehmung der Interessen der Erbringer dieser Leistungen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen in der Pflege sowie sechs von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannten Mitgliedern. Das Bundesministerium für Gesundheit kann für die Benennung der Mitglieder aufseiten der maßgeblichen Organisationen in der Pflege eine angemessene Frist setzen. Kommt bis zum Ablauf der Frist keine Einigung zustande, benennt das Bundesministerium für Gesundheit die Mitglieder."

Soweit den Organisationen der Leistungserbringer in der Pflege bisher ein Stellungnahmerecht zukommt, kann dieses aufgrund der Einräumung von Stimmrechten gestrichen werden. Das betrifft § 92 Absatz 7 Satz 2, Absatz 7b, Absatz 7c und 7g SGB V.

Zu der Stellungnahme des Bundesrats und Gegenäußerung der Bundesregierung im Einzelnen

Nummer 11 (Zu Artikel 1 Nummer 9 Buchstabe a1 – neu – (§ 91 Absatz 5 Satz 1 SGB V)) sowie
Nummer 12 (Zu Artikel 1 Nummer 9 (§ 91 SGB V) und Nummer 10 (§ 92 SGB V))

A) Stellungnahme des Bundesrats

Nr. 11:
Der Bundesrat schlägt vor, das Stellungnahmerecht bei Beschlüssen des G-BA auf die Arbeitsgemeinschaft der Bundespflegekammer auszuweiten, soweit deren Gegenstand die Berufsausübung der Pflege betreffen.

Nr. 12:
Darüber hinaus bittet der Bundesrat um Prüfung,

b) ob der Profession Pflege, statt des im Gesetzentwurf der Bundesregierung vorgesehenen Antrags- und Mitberatungsrechts für die Berufsorganisationen der Pflegeberufe bei den Richtlinien und Beschlüssen, die die Pflege betreffen, ein Stimmrecht eingeräumt und

c) wie die Berücksichtigung der Bundespflegekammer bei der Ausübung der Mitwirkungsrechte der Berufsorganisationen der Pflegeberufe im G-BA in verbindlicher Form sichergestellt werden kann.

B) Gegenäußerung der Bundesregierung

zu Nr. 11:
Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Die Bundesregierung verweist zur Begründung darauf, dass die bislang zur Stellungnahme berechtigten Berufskammern die Interessen von selbständigen Leistungserbringern im System der GKV mit Steuerungsverantwortung vertreten, während diese Funktion der Bundespflegekammer nicht zukomme. Zugleich zweifelt die Bundesregierung die Repräsentanz der Bundespflegekammer für Pflegefachpersonen auf Bundesebene an, insbesondere da nur die Landespflegekammern Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen zu den Mitgliedsorganisationen gehören.

zu Nr. 12:
b) Die Bundesregierung lehnt ein Stimmrecht der Profession Pflege im G-BA ab, da dieses ein Systembruch im Hinblick auf das Selbstverwaltungssystem der GKV bedeuten würde. Den Verbänden der Pflegeberufe

komme keine mit den Trägerorganisationen des G-BA vergleichbare Aufgabe hinsichtlich Ausgestaltung und Sicherstellung der Versorgung im System der GKV zu. Ein Stimmrecht für eine Berufsorganisation wäre nicht mit der bestehenden Organisationsstruktur des G-BA vereinbar und würde daher dessen Funktionsfähigkeit gefährden.

c) Die Bundesregierung verzichtet bewusst auf die Benennung bestimmter Organisationen und geht davon aus, dass die betroffenen Organisationen eine einvernehmliche Benennung der vertretenden Personen zum Zwecke der Ausübung des Mitberatungs- und Antragsrechts herbeiführen können.

C) Stellungnahme bpa

Der bpa weist darauf hin, dass die vorgebrachten Argumente gegen die Einräumung eines Stimmrechts für die Verbände der Pflegeberufe nicht für die maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer in der Pflege gelten können. Diese bilden das Äquivalent für die Pflege zu den im G-BA vertretenen Verbänden der Leistungserbringer der Krankenhäuser und Kassenärzte. Insofern muss der Auffassung der Bundesregierung, ein Stimmrecht der Profession Pflege stelle einen Systembruch im Hinblick auf das Selbstverwaltungssystem der GKV dar, im Grundsatz widersprochen werden. Stattdessen würde nur eine mit einem Stimmrecht zu erreichende adäquate Beteiligung der maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer in der Pflege an den vor allem für sie und ihre Patientinnen und Patienten geltenden Vorgaben erst dazu führen, dass der G-BA seinem gesetzlichen Auftrag vollumfänglich nachkommt (s. o.). Die Ausgestaltung und Sicherstellung der Versorgung im System der GKV ist im Hinblick auf die Pflege im gleichen oder sogar in einem noch größeren Maße durch die maßgeblichen Organisationen der Leistungserbringer in der Pflege geprägt, wie es die Bundesregierung für die im G-BA organisierten Leistungserbringerverbände scheinbar annimmt. Aus diesem Grund wird mit Nachdruck auf die mit der Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 10 Buchstabe l) (§ 92 Absatz 7h SGB V-E) des Gesetzentwurfs aufgestellte Forderung nach der Einräumung eines Stimmrechts verwiesen

Zu dem Antrag der Fraktion der CDU/CSU Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum stärken

A) Ausgewählte Forderungen des Antrags

Nr. 11
Die Bundesregierung wird aufgefordert, die Telemedizin als ergänzendes Mittel zur ärztlichen Versorgung weiter nutzbringend und nutzerorientiert

auszubauen, um Vertrauen in neue, digitale Prozesse zu schaffen und dabei digitale Interoperabilität zu stärken und Entscheidungshierarchien für Standards und Plattformen festzulegen.

Nr. 22
Die Bundesregierung wird aufgefordert, eine gesetzliche Regelung auf den Weg zu bringen mit dem Ziel, an die lokalen Bedarfe vor Ort orientierte Leistungen durch eine auf Planung beruhende Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur, insbesondere von Kurzzeit-, Langzeit-, Tages- und Nachtpflegeangeboten, bundesweit zu etablieren

B) Stellungnahme

Zu Nr. 11
Der bpa begrüßt die Aufforderung des Deutschen Bundestags, den Stellenwert der Telemedizin nutzbringend und nutzerorientiert auszubauen. Anders als die Formulierung suggeriert, sollte die Telemedizin jedoch nicht nur als ergänzendes Mittel zur ärztlichen Versorgung verstanden werden. Stattdessen muss der ganzheitliche Einsatz von Telemedizin zur Unterstützung ärztlicher aber auch z. B. (kranken-)pflegerischer Versorgungstätigkeiten bei der Umsetzung im Fokus stehen. Die (sprachliche) Beschränkung auf die ärztliche Versorgung lässt unberücksichtigt, dass ein großer Anteil von Personen im Vorfeld oder im Nachgang zur ärztlichen Versorgung auch (kranken-)pflegerisch, im Rahmen häuslicher Krankenpflege, außerklinischer Intensivpflege oder der Palliativversorgung, versorgt werden muss. Die Telemedizin bzw. Telepflege kann u. a. dazu genutzt werden, das Monitoring der Vitaldaten und Gesundheitszustände der Patienten zu erleichtern, die Kommunikation zwischen den Patienten und den an der Versorgung Beteiligten, wie Ärzten und Pflegekräften, zu vereinfachen, die Gesundheitskosten zu senken, den Zeitaufwand für die Versorgung einzusparen, die Informationsverfügbarkeit zu verbessern und damit insgesamt auch die Pflegekräfte zu entlasten. Auch der Einsatz der Telemedizin und Telepflege in der Langzeitpflege bietet erhebliches Potential zur Verbesserung der Versorgungssituation pflegebedürftiger Personen. Der bpa kritisiert, dass nach wie vor Regelungen bzw. Regelungsvorschläge zu oft von der ärztlichen Leistungserbringung und den jungen gesunden Versicherten gedacht sind. Um die mit der Aufforderung verbundenen Ziele zu erreichen, nämlich Vertrauen in neue, digitale Prozesse zu schaffen und dabei digitale Interoperabilität zu stärken, sowie die beschriebenen Potenziale zu heben, ist es unerlässlich, die Pflege bei der Umsetzung von gesetzlichen Maßnahmen zum Ausbau der Telemedizin als ergänzendes Mittel zu berücksichtigen.

Die Umstellung auf ergänzende digitale Formate zur Kommunikation mit Patienten stellt sämtliche Anwender auf Leistungserbringerseite aufgrund

der dafür notwendigen Investitionen (u. a. Anschaffung von Soft- und Hardware, Kosten für Personalschulungen) vor finanzielle Herausforderungen. Nutzbringend und nutzerorientiert kann der Ausbau der Telemedizin insgesamt nur gelingen, wenn die Finanzierung in ausreichendem Maße sichergestellt ist. Die Ärzte können eine telemedizinische Versorgung über den EBM abrechnen. Pflegeeinrichtungen erhalten für Ihre Leistungen hingegen keine gesonderte Finanzierung. Dies ist nicht länger hinnehmbar. Modellprojekte haben gezeigt, dass durch den Einsatz von Telemedizin eine signifikante Verringerung der unnötigen stationären Krankenhauseinweisungen (über 20% Reduktion) erreicht werden kann. Dies ist ein Gewinn für die pflegebedürftigen Menschen und reduziert gleichzeitig die Krankenhauskosten für die Krankenkassen erheblich.

Einzelne Krankenkassen bieten deshalb Selektivverträge an, die eine Vergütung der Telemedizin auch für die Pflegeeinrichtungen ermöglichen. Diese sind aber bürokratisch, unterfinanziert und ermöglichen nicht für jeden Pflegebedürftigen eine Versorgung. Stattdessen bedarf es einer regelhaften Finanzierung. In Anbetracht der Effizienzpotentiale wäre eine solche insgesamt mit einer Kostenreduktion für das System von Pflege- und Krankenkassen verbunden.

Zu Nr. 22

Die Forderung wird seitens des bpa derart verstanden, dass eine Pflegestrukturplanung auf Kommunal- oder Landesebene etabliert werden soll, die vor Kurzem der AOK-Bundesverband und weitere Kostenträger in Positionspapieren forderten und die mit dem Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz – PKG) im SGB XI vorgesehen wird. Der bpa lehnt die Pflegestrukturplanung mit aller Entschiedenheit ab.

Aus Sicht des bpa ist diese ein Einfallstor für eine Bedarfsplanung auf kommunaler Ebene und auf Landesebene. Die derzeit gewährleistete flächendeckende pflegerische Versorgung darf nicht gefährdet werden.

Die Bundesländer sollen ermächtigt werden, eine kommunale Pflegestrukturplanung einzuführen. Ob alle Bundesländer davon überzeugt sind, darf infrage gestellt werden, denn bereits 2016 hat der heutige Gesundheitsminister des Landes Nordrhein-Westfalen, Karl-Josef Laumann, festgestellt:

"Eine wichtige kommunalpolitische Aufgabe ist es, eine ausreichende Zahl an altersgerechtem Wohnraum bereitzustellen. Aber es kann nicht die Aufgabe der Kommune sein, eine verbindliche Pflegebedarfsplanung umzusetzen. Das habe ich massiv verhindert. Nicht die Kommune, sondern die Vielfalt der Anbieter hat nach der Marktöffnung in den letzten Jahren dazu beigetragen, dass neue bedarfsgerechte Angebote vor Ort entstanden sind." (Meldung von Care Invest vom 25. April 2016).

Aus Sicht des bpa ist die Rolle der Kommunen schon bisher ausreichend klar beschrieben. Sie sollen dafür sorgen, dass regional ein breit gefächertes pflegerisches Angebot bereitsteht und somit die pflegebedürftigen Menschen und ihre pflegenden Angehörigen das für sie passende Angebot tatsächlich auswählen können. Aufgabe der Kommunen darf dabei weder die Bedarfssteuerung der Angebote noch die Fallsteuerung der pflegebedürftigen Menschen sein. Es ist kein Risiko der Kommunen, wenn ein Dienstleister einen Pflegedienst, eine Tagespflege, eine Wohngemeinschaft oder ein Pflegeheim anbietet. Die Kommune ging und geht hier keine Auslastungsgarantie ein; das Risiko für ein bedarfsgerechtes Angebot war und bleibt beim Träger. Aufgabe der Kommunen muss es sein, Versorgungslücken zu erkennen und diese zum Wohle der Pflegebedürftigen zu schließen. Als Anbieter dieser fehlenden Leistungen müssen sie deshalb nicht auftreten. Die vergangenen Interventionen der Bundesländer und der Kommunen hatten häufig unerwünschte Nebenwirkungen – nämlich langanhaltende Wettbewerbsverzerrungen. **Die Kommunen sollten endlich ihre Verantwortung für die Altenhilfe gem. § 71 SGB XII wahrnehmen: „Die Altenhilfe soll dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, selbstbestimmt am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen und ihre Fähigkeit zur Selbsthilfe zu stärken.“ Kommunen könnten auf dieser Grundlage Maßnahmen ergreifen, um Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder zu verzögern. Die wenigsten Kommunen machen davon aber Gebrauch. Der bpa fordert die Kommunen auf, die Altenhilfe gem. SGB XII umzusetzen und entsprechende Planungen aufzustellen.**

Die kommunale Pflegestrukturplanung ist der erste Schritt dahin, dass Pflegekassen und Kommunen das Recht bekommen, Versorgungsverträge in der Pflege zu verhindern und damit den freien Wettbewerb einzuschränken. Es ist davon auszugehen, dass das Instrument genutzt wird, um bestehende kommunale Träger und Wohlfahrtseinrichtungen vor Wettbewerb zu schützen. Die Berücksichtigung der kommunalen Pflegestrukturplanung beim Abschluss von Versorgungsverträgen bedeutet perspektivisch eine **Aufweichung des Kontrahierungszwangs**.

Der Kontrahierungszwang aber sichert allen Anbietern, die die grundlegenden Voraussetzungen erfüllen, den Zugang zum Markt, indem er den Pflegekassen vorschreibt, Versorgungsverträge abzuschließen. Dies hat maßgeblich dazu beigetragen, dass in Deutschland eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Pflegeversorgung gewährleistet werden kann. Private Träger konnten dadurch in allen Regionen der Republik, von städtischen Ballungsräumen bis in die ländlichsten Gegenden, wichtige Versorgungsaufgaben übernehmen.

Eine kommunale Pflegestrukturplanung würde diese hart erkämpften Errungenschaften der letzten Jahrzehnte zunichtemachen und private Pflegeeinrichtungen massiv schwächen.

Sollte der Kontrahierungszwang tatsächlich weiter aufgeweicht werden, könnte dies weitreichende Konsequenzen für die Versorgungsqualität und -sicherheit haben. Besonders in ländlichen und strukturschwachen Regionen sind private Pflegeeinrichtungen oft unverzichtbar, um eine angemessene Versorgung sicherzustellen. Diese sind es, die mit innovativen Lösungen dringend notwendige Angebote geschaffen und die investiert haben, wo Kommunen und andere Träger dies nicht leisten konnten.

Private Anbieter stellen täglich unter Beweis, dass sie flexibel auf regionale Besonderheiten reagieren und individuelle Lösungen anbieten können. Eine Einschränkung ihrer Handlungsspielräume durch eine zwingend anzuwendende Bedarfsplanung würde angesichts der zunehmenden Zahl der Pflegebedürftigen dringend notwendige Neugründungen massiv gefährden und die Entwicklung moderner und bedarfsgerechter Pflegekonzepte stoppen.

Eine kommunale Bedarfsplanung scheitert regelmäßig bereits daran, den tatsächlichen Pflegebedarf in einer dynamischen und vielfältigen Gesellschaft präzise und zeitnah zu erfassen. Die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit zu bestimmen, ist mit erheblichen Herausforderungen verbunden – sie entwickelt sich individuell und nur schwer vorhersehbar, beeinflusst durch Faktoren wie demografische Veränderungen, individuelle Krankheitsverläufe und regionale Unterschiede. Die Prognosen des Statistischen Bundesamts oder des Bundesministeriums für Gesundheit haben in den letzten Jahren stets Entwicklungen um teils hunderttausende Pflegebedürftige pro Jahr unterschätzt. Eine kommunale Bedarfsplanung würde dies keineswegs besser machen. Stattdessen würden starre, bürokratische Vorgaben gesetzt, die den realen Bedürfnissen der Menschen nicht gerecht werden. Der Versuch, Pflegeangebote durch eine solche Planung zu steuern, würde daher in ineffizienten Strukturen münden, die den Zugang zu notwendigen Pflegeleistungen erschweren, anstatt ihn zu verbessern.

Zudem führt eine kommunale Bedarfsplanung zu einem Verlust an Flexibilität und Innovationskraft, die für eine qualitativ hochwertige Pflegeversorgung unerlässlich sind. Private Pflegeeinrichtungen, die bisher auf die vielfältigen und sich ändernden Bedürfnisse der Pflegebedürftigen schnell und flexibel reagieren konnten, werden durch eine Planung in ihren Handlungsspielräumen eingeschränkt. Dies hemmt nicht nur die Entwicklung neuer Pflegekonzepte, sondern gefährdet auch die Anpassungsfähigkeit des Pflegesystems. Die Pflegeversorgung würde uniformer, weniger diversifiziert und weniger an den individuellen Bedürfnissen der Menschen ausgerichtet sein. Obendrein droht die Gefahr, dass sich die Bedarfsplanung stärker an

kurzfristigen Kostenüberlegungen der Kostenträger orientiert als an den tatsächlichen Bedürfnissen der Pflegebedürftigen.

Die Pläne zur Einführung einer flächendeckenden Bedarfsplanung und zur Aufweichung des Kontrahierungszwangs lehnt der bpa ab. Kommunen, die es schon bisher in viel zu vielen Fällen nicht schaffen, die Hilfe zur Pflege rechtzeitig auszuzahlen und Träger von Pflegeeinrichtungen dadurch in erhebliche Liquiditätsprobleme bringen, sollten nicht noch zusätzliche Aufgaben übernehmen. Stattdessen sollten sie sich zunächst einmal mit der Absicherung ihrer aktuellen Aufgaben und der Übernahme ihrer Verantwortung für die Altenhilfe gem. § 71 SGB XII befassen. Damit würde ein wichtiger Beitrag zur Absicherung der Pflegeinfrastruktur geleistet.

Statt immer neuer Regularien braucht es Rahmenbedingungen für Pflegeeinrichtungen, die eine konsequente Entbürokratisierung in der Pflege ermöglichen. Statt einer Bedarfsplanung, die private Anbieter an den Rand drängt, wird eine Politik benötigt, die den Wettbewerb fördert und die Vielfalt im Pflegemarkt bewahrt. So wird auch in Zukunft eine hochwertige Pflegeversorgung für alle Menschen in Deutschland sichergestellt.

Zu dem Antrag der Fraktion der AFD
Leistungsbezogene Vergütung der medizinischen Behandlungspflege statt Pauschalen – Die medizinische Behandlungspflege in der stationären, ambulanten und häuslichen Pflege der Finanzzuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung unterstellen

A) Forderungen des Antrags

Mit dem Antrag wird die Bundesregierung aufgefordert, die Schlechterstellung von pflegebedürftigen Heimbewohnenden bei der Finanzierung von medizinisch behandlungspflegerischen Leistungen zu beenden. Während im Bereich der häuslichen Pflege die gesetzliche Krankenkasse alle Leistungen der medizinischen Behandlungspflege übernimmt (§ 37 SGB V), trägt für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen die gesetzliche Pflegekasse die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege (§ 43 Absatz 2 Satz 1 SGB XI). Da die Pflegekassen jedoch nur die gesetzlich festgelegten Pauschalbeträge je Pflegegrad zahlen, trägt der gesetzlich versicherte Heimbewohner einen großen Teil der medizinisch verordneten behandlungspflegerischen Leistungen selbst.

B) Stellungnahme

Der bpa fordert, dass die Kosten der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeheimen vollständig von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden.

Die zuletzt mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) in § 37 Absatz 2a SGB V normierte Beteiligung der gesetzlichen Krankenversicherung an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen mit einem jährlichen Pauschalbetrag in Höhe von 640 Millionen EUR war und ist in keiner Weise dazu geeignet gewesen, die Heimbewohnerinnen und -bewohner finanziell zu entlasten, u. a. da im Gegenzug die Sonderregelung zu den Vergütungszuschlägen nach § 8 Absatz 6 SGB XI entfiel und die Kosten für die zusätzlichen Pflegekräfte in die Pflegesätze einbezogen werden müssen. Die Kosten der Behandlungspflege werden zudem auf deutlich mehr als zwei Milliarden Euro geschätzt.

Der bpa weist darauf hin, dass die Behandlungspflege ursprünglich nur übergangsweise Bestandteil der Leistungen bei vollstationärer Pflege sein sollte. Die Rechtfertigung für die dauerhafte Zuordnung, die oben beschriebene pauschale Kostenbeteiligung der gesetzlichen Krankenversicherung, ist angesichts des dargestellten Missverhältnisses von Beteiligungsbetrag und tatsächlichen Kosten, nicht nachvollziehbar. Die aktuelle Rechtslage führt zu einer ungerechtfertigten finanziellen Benachteiligung von pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern vollstationärer Pflegeeinrichtungen, die den Anteil der medizinischen Behandlungspflege, der nicht über die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung gedeckt ist, selbst bezahlen müssen.

Die Kosten machen eine erhebliche systemwidrige Mehrbelastung nicht nur der Bewohnenden, sondern auch der Sozialhilfeträger aus. Diese systematische Ungleichbehandlung muss beendet werden. Wie bei allen anderen Versicherten auch, muss die Krankenversicherung die Kosten der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeheimen vollständig tragen.

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(37)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2(
12.11.2024

DPtV Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung

Bundesgeschäftsstelle
Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Telefon 030 2350090
Fax 030 23500944
bgst@dptv.de
www.dptv.de

KURZ-STELLUNGNAHME DER DEUTSCHEN PSYCHOTHERAPEUTENVEREINIGUNG (DPtV)

ZUM GESETZENTWURF DER BUNDESREGIERUNG

GESETZ ZUR STÄRKUNG DER GESUNDHEITSVERSORGUNG IN DER KOMMUNE (GESUNDHEITSVERSORGUNGSSTÄRKUNGSGESETZ - GVSG)

BERLIN, DEN 11. 11. 2024

Eine ausführliche Würdigung und weiterführende Vorschläge zum Regierungsentwurf des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) hat die DPtV bereits am 20.Juni 2024 vorgelegt[1]. In dieser kurzen Stellungnahme möchten wir auf die dringlichsten Anliegen zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung eingehen.

Der vorliegende Regierungsentwurf zum GVSG enthält mehrere Regelungen, die für die Versorgung psychisch erkrankter Menschen echte Verbesserungen bedeuten würden.

Die DPtV bittet deshalb dringend darum, das Gesetz unverzüglich zu verabschieden.

Für die psychotherapeutische Versorgung sind besonders wichtig:

1. Juristische Klarstellung der arbeitsrechtlichen Position der Weiterbildungsteilnehmenden und Einführung der Verhandlungsmöglichkeit für Weiterbildungsambulanzen:
durch Art. 1 Nr. 16: Einführung der Weiterbildungsambulanzen (§ 117 Abs. 3b SGB V) und Herstellung des 40%-Bezugs nur für Ausbildungsteilnehmende (§ 117 Abs. 3c SGB V).

2. Die Verbesserung der Bedarfsplanung im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie:
durch Art. 1 Nr. 12: Therapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten, die ganz oder überwiegend Kinder und Jugendliche behandeln, sind eine eigene Arztgruppe im Sinne der Bedarfsplanung (Änderung von § 101 Absatz 4a SGB V).

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

[1] https://www.dptv.de/wissensdatenbank/eintrag/dokument/stellungnahme-zum-gesetzentwurf-der-bundesregierung-fuer-ein-gesetz-zur-staerkung-der-gesundheitsversorgung-in-der-kommune-gesundheitsversorgungsstaerkungsgesetz-gvsg/

3. Entbürokratisierung bei der Beantragung von Psychotherapien:
durch Art. 1 Nr. 2: Verzicht auf einen Konsiliarbericht bei Vorliegen einer ärztlichen Überweisung (§ 28 Abs.3, Satz 4 (neu)),
und Art. 1 Nr. 10 Buchstabe f: Wegfall der Zweiteilung der Kurzzeittherapie (§ 92 Abs. 6a Satz 5 SGBV).

4. Bessere Versorgungsmöglichkeiten besonders vulnerabler Patient*innengruppen mit speziellen Schwierigkeiten:
durch Art. 6: Ermächtigung geeigneter Psychiater*innen / Psychotherapeut*innen (§ 31 Abs. 1 Ärzte-ZV).

Darüber hinaus sehen wir wichtigen Änderungsbedarf an folgenden Punkten:

1. Psychotherapeutische Weiterbildung

Zur Realisierung der dringend notwendigen psychotherapeutischen Weiterbildung schlägt die DPtV weitere Anpassungen gegenüber dem Regierungsentwurf vor:

1.1 Art. 1 Nr. 18: Streichung des 2. Halbsatzes von Satz 4 im § 120 Abs. 2 („*nur die Leistungen sind berücksichtigungsfähig, für die der Zulassungsausschuss eine Ermächtigung erteilt hat*“)
und Streichung der Begründung zu Art. 1 Nr. 18d („*Für andere Aufgaben, die in keinem unmittelbaren Zusammenhang zu der Leistungserbringung gegenüber einem Versicherten stehen, besteht keine Leistungspflicht der Krankenkassen und diese sind somit nicht zu vergüten.“*)

Aus der Begründung des Kabinettsentwurfs geht hervor, dass für die Weiterbildungsambulanzen die Möglichkeit einer echten Verhandlung über die Vergütung eröffnet werden soll; das wird von uns begrüßt.
Durch die Vorgaben des 2. Halbsatzes von Satz 4 werden die Verhandlungsmöglichkeiten aber erheblich eingeschränkt. Die Begründung erscheint mindestens missverständlich, denn die Behandlungsleistungen von Weiterbildungsteilnehmenden sind ohne Supervision nicht fachgerecht durchführbar. „Die Weiterbildung dient … der Sicherung der Qualität der psychotherapeutischen Berufsausübung“ (§ 95c Abs. 1 SGB V). Konsequent wird von den Weiterbildungsteilnehmenden verlangt, dass sie ihre patientenbezogene Tätigkeit nur unter Anleitung und ‚regelmäßiger fallbezogener Supervision‘ ausüben dürfen (vgl. z.B.

§ 49 Abs. 4 HeilberG NRW). Die dafür anfallenden Kosten müssen in die Verhandlungsmöglichkeiten der Weiterbildungsambulanzen einbezogen werden.

1.2 Ergänzung von § 120 Abs. 2 um eine Verpflichtung der Krankenkassen

Die gesetzlichen Krankenkassen sollten verpflichtet werden, regelhaft die für die Durchführung von Behandlungsleistungen durch Weiterbildungsteilnehmende unerlässliche patientenbezogene Anleitung (=Supervision) zu vergüten. Zur Absicherung der Möglichkeit echter Verhandlungen plädieren wir für eine Formulierung, die deutlich macht, dass alle Aufwände für Aufgaben berücksichtigungsfähig sind, die zur Sicherung des Fachpsychotherapeutenstandards der Leistungen im Rahmen der Weiterbildung notwendig sind. Die Betriebskosten der Weiterbildungsstätten müssen eine leistungsgerechte Vergütung sowie die Kosten zur Einhaltung des Fachpsychotherapeutenstandards (Theorie, Selbsterfahrung) berücksichtigen. Unser Vorschlag beinhaltet auch eine Begrenzung des zumutbaren Leistungsumfangs für die Weiterbildungsteilnehmenden.

Zur Lösung dieser verschiedenen Aspekte schlägt die DPtV folgende Formulierung des § 120 Abs. 2 Sätze 3 bis 5 SGB V vor:

[3]Die Vergütung muss leistungsgerecht sein und einem in Satz 1 genannten Leistungserbringer bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren; die Vergütung muss eine im Krankenhaus übliche Entlohnung der Weiterbildungsteilnehmenden ermöglichen. [4]Die Ambulanzen der Weiterbildungsstätten erhalten eine Vergütung für die einzelnen Leistungen, die in Abstimmung mit dem Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) gemäß § 87 Absatz 2 Satz 1 vereinbart werden. [5]Für die Bestimmung einer wirtschaftlichen Betriebsführung der Weiterbildungsambulanzen sind die Aufwendungen für Aufgaben berücksichtigungsfähig, die im Zusammenhang zu den Leistungen gegenüber einem Versicherten im Rahmen der vom Zulassungsausschuss erteilten Ermächtigung stehen oder zur Sicherung deren Qualität erforderlich sind oder durch die jeweilige Weiterbildungsordnung verpflichtend vorgegeben ist; die Vergütung ist dabei auf der Grundlage eines angemessenen Anteils der Leistungszeit an der Arbeitszeit der

Weiterbildungsteilnehmenden zu bestimmen, der über die gesamte Dauer der ambulanten Weiterbildung im Durchschnitt 50 Prozent nicht überschreiten darf.

1.3 Änderung der Ärzte-Zulassungsverordnung

Um ausreichend Weiterbildungsstellen im verpflichtenden ambulanten Weiterbildungsabschnitt zu haben sowie aus fachlichen Gründen ist es wünschenswert, ergänzend zur Weiterbildung in Ambulanzen auch in den Praxen niedergelassener Psychotherapeut*innen das Absolvieren des ambulanten Weiterbildungsabschnitts zu ermöglichen.
Die Praxen unterliegen allerdings aufgrund der Bestimmungen in der ärztlichen Zulassungsverordnung Beschränkungen des möglichen Leistungszuwachses um max. 25%. Damit ist der benötigte Leistungsumfang von ungefähr 20 Weiterbildungs-Therapiesitzungen wöchentlich – das entspricht dem Leistungsumfang der auch in den Ambulanzen vorgesehen ist – nicht möglich. Damit die Weiterbildungsleistungen rechtssicher durchgeführt und abgerechnet werden können braucht es eine Anpassung der Zulassungsverordnung, für die wir folgende Ergänzung in § 32 Absatz 3 Ärzte-ZV vorschlagen:

[1]Die Beschäftigung eines Assistenten darf nicht der Vergrößerung der Kassenpraxis oder der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs dienen. ***[2]Im Rahmen einer Weiterbildung in psychotherapeutischen Praxen der Arztgruppen nach § 101 Absatz 4 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch liegt kein Verstoß gegen Satz 1 vor, soweit die gemäß § 106d Abs.2 Satz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in längeren Zeitperioden höchstens abrechenbaren Leistungsvolumina um nicht mehr als 25 vom Hundert überschritten werden****. [3]In* ***anderen*** *Fällen der Beschäftigung eines Assistenten im Rahmen der Weiterbildung nach § 75a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch kann die Kassenärztliche Vereinigung im Verteilungsmaßstab nach § 87b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festlegen, in welchem Umfang abweichend von Satz 1 und § 87b Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eine Vergrößerung der Kassenpraxis zulässig ist; bei der Festlegung ist insbesondere der von der Praxis zu zahlende Anhebungsbetrag nach § 75a Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu berücksichtigen.*

1.4 Ausgleich der Deckungslücke in Praxen durch eine Finanzierung analog § 75 a SGB V

Allein die Vergütung der Behandlungsleistungen nach EBM deckt den im Rahmen der Weiterbildung entstehenden finanziellen Mehrbedarf nicht. Wie schon bei den Ambulanzen ausgeführt besteht auch in den Praxen die Notwendigkeit der Anleitung und Supervision der Weiterbildungsteilnehmenden.

Weiterbildungspraxen haben auch zusätzliche weitere Betriebskosten zu tragen, wir verweisen dazu auf vorliegende Berechnungen[2]. Wir orientieren uns für die psychotherapeutische Weiterbildung in Praxen an einem Modell, das die Deckung des Finanzierungsbedarfs jeweils hälftig über die geleistete Patientenversorgung und über zusätzliche Finanzmittel vorsieht und schlagen dazu eine Ergänzung des § 75a SGB V um einen Absatz 10 vor:

[1]Für die psychotherapeutische Versorgung sind bundesweit bis zu 3.000 Weiterbildungsstellen zur Durchführung der ambulanten Weiterbildung in Betriebsstätten von zugelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren, davon 600 Weiterbildungsstellen für das Gebiet der Psychotherapie für Kinder und Jugendliche und 150 Weiterbildungsstellen für das Gebiet Neuropsychologische Psychotherapie, zu fördern. [2]Die Zählung der Stellen wird auf Basis der geförderten Vollzeitäquivalente durchgeführt. [3]Die Absätze 1 und 4 bis 8 gelten mit der Maßgabe entsprechend, dass das Nähere über den Umfang und die Durchführung der finanziellen Förderung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart wird und das Benehmen nach Absatz 4 Satz 3 mit der Bundespsychotherapeutenkammer herzustellen ist.

2. Verbesserungen der psychotherapeutischen Versorgung

2.1 Ambulante psychotherapeutische Versorgung in strukturschwachen und ländlichen Regionen ausbauen

Epidemiologische Studien zeigen, dass sich der Bedarf an Psychotherapie in den vergangenen 20 Jahren nahezu verdoppelt hat. Gleichzeitig ist mittlerweile belegt, dass die Menschen auf dem

[2] https://www.dptv.de/wissensdatenbank/eintrag/dokument/stellungnahme-zum-ausgleichsbedarf-bei-anstellung-von-weiterbildungsteilnehmenden-in-praxen/

Land in etwa genauso häufig erkranken wie in den Großstädten. Deshalb sind auf dem Land grundsätzlich genauso viele psychotherapeutische Praxen notwendig wie in großstädtischen Zentren. Die aktuelle Bedarfsplanungs- Richtlinie des G-BA definiert in der wohnortnahen fachärztlichen Versorgung allgemeine Verhältniszahlen (Einwohner/Psychotherapeut) für Kreise und kreisfreie Städte. Davon ausgehend, dass Patient*innen ihren Facharzt und Psychotherapeuten insbesondere in der Region aufsuchen, in der sie einem sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis nachgehen (Pendlerbewegungen), werden erhebliche Diskrepanzen in der Versorgungsdichte toleriert und manifestiert. Benachteiligt sind die Patient*innen, die keinem Arbeitsverhältnis in einer städtischen Region nachgehen oder eingeschränkt mobil sind.
Der Koalitionsvertrag nimmt dieses Thema auf und avisiert eine Überarbeitung der psychotherapeutischen Bedarfsplanung, um Wartezeiten auch für erwachsenen Patient*innen in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu reduzieren. Auch in der bedarfsplanerischen Sonderregion Ruhrgebiet sehen wir einen erheblichen Reformbedarf. Im Referentenentwurf fehlt allerdings die im Koalitionsvertrag festgelegte Überarbeitung.

Wir schlagen vor, § 101 Abs. 1 SGB V um folgende Sätze 16 und 17 zu ergänzen:
*[16]Der Gemeinsame Bundesausschuss, wird beauftragt, die Versorgungssituation durch Psychotherapeut*innen in ländlichen und strukturschwachen Regionen sowie dem Ruhrgebiet zu prüfen und die Bedarfsplanung anzupassen. [17]Dabei sind die tatsächlichen Pendlerbewegungen fachgruppenbezogen in ihrer Auswirkung auf das Inanspruchnahmeverhalten in den Regionen zu prüfen und eine wohnortnahe Versorgung in allen Planungsbereichen anzustreben.*

2.2 Entlassmanagement und Überweisungsverfahren ausbauen

2.2.1: Entlassmanagement:
Wir schlagen vor, den Verzicht auf einen Konsiliarbericht auszuweiten: Auch bei der Anschlussbehandlung nach einem Klinikaufenthalt haben notwendige somatische Abklärungen bereits stattgefunden. Die für die anschließende Antragsstellung einer ambulanten Richtlinienpsychotherapie relevanten Befunde ergeben sich aus dem Entlassbericht. Eine erneute konsiliarische Abklärung zu Beginn der Therapie erübrigt sich.

§ 28 Absatz 3, Satz 4 (neu) sollte wie folgt ergänzt werden:
Der Einholung des Konsiliarberichts bedarf es nicht, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Überweisung eines Vertragsarztes *oder im Anschluss an eine psychiatrische, psychosomatische oder psychotherapeutische Krankenhausbehandlung* erfolgt.

2.2.2: Überweisungsverfahren:
Nach wie vor ungeklärt bleibt die Veranlassung einer somatischen Abklärung während der psychotherapeutischen Sprechstunde und während einer ambulanten Richtlinienpsychotherapie oder der Rezidivprophylaxe. Zwar gehört es zu den Sorgfaltspflichten des Psychotherapeuten, somatische Befunde bereits während einer diagnostischen Phase, in der psychotherapeutischen Sprechstunde oder während einer laufenden ambulanten Richtlinienpsychotherapie einzubeziehen, die Erhebung des somatischen Status des Patienten mittels Überweisung kann derzeit jedoch nur eingeschränkt vor Beginn einer Richtlinienpsychotherapie veranlasst werden.
Hierzu bedarf es sehr dringend der Einbeziehung von Psychotherapeuten in das Überweisungsverfahren nach § 24 Bundesmantelvertrag. Das Überweisungsverfahren regelt zudem die Austauschprozesse zwischen den Fachgruppen, von denen Psychotherapeuten derzeit ausgeschlossen sind. Dies führt an verschiedenen Stellen zu einer unzureichenden interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Psychotherapeuten und somatisch tätigen Ärzten.

Wir schlagen vor, in § 73 Abs. 2 Satz 7 (neu) SGB V zu formulieren:
In den Gesamtverträgen sind Regelungen zur Überweisung durch Psychotherapeuten zur Gewährleistung vorzusehen, dass somatische Befundungen auch während einer diagnostischen Abklärung und laufenden Psychotherapie veranlasst und einbezogen werden können.

Gebhard Hentschel
Bundesvorsitzender

Barbara Lubisch
stellv. Bundesvorsitzende

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(38)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
12.11.2024

Hausärztinnen- und Hausärzteverband

Stellungnahme

Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V.

zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG)

11. November 2024

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Die Kommentierung ist in ihren Ausführungen und Vorschlägen bewusst knappgehalten und fokussiert sich auf jene Sachverhalte mit besonderer Bedeutung für die Hausärztinnen und Hausärzte. Wir behalten uns vor, zusätzliche Aspekte im Laufe des weiteren Verfahrens einzubringen oder zu kommentieren.

I. Allgemeines

Die mit dem Gesetzesentwurf der Bundesregierung verfolgten zentralen Ziele, insbesondere die hausärztliche Versorgung zu stärken und auch künftig flächendeckend zu gewährleisten, werden seitens des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes ausdrücklich begrüßt.

Insbesondere die Maßnahmen mit dem Ziel, die hausärztliche Arbeit finanziell angemessener zu vergüten, sind angesichts der drohenden Unterversorgung in sehr vielen Regionen unverzichtbar. Es ist unerlässlich, Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung von mengenbegrenzenden oder honorarmindernden Maßnahmen auszunehmen (Entbudgetierung): Hausärztinnen und Hausärzte, die heute schon den steigenden Wegfall vieler Praxen durch die Aufnahme von immer mehr Patientinnen und Patienten kompensieren, benötigen jetzt ein Signal, dass ihre Tätigkeit in der Patientenversorgung gesehen und angemessen honoriert wird. Es darf diesbezüglich keinen weiteren Aufschub geben, insbesondere auch, um dem dringend benötigten hausärztlichen Nachwuchs eine Perspektive zu bieten und so für die künftige Versorgung der Patientinnen und Patienten zu gewinnen. Die durch den Bewertungsausschuss zu beschließende jährliche Versorgungspauschale für chronisch erkrankte Patientinnen und Patienten wird als Entlastungsmaßnahme begrüßt, bedarf jedoch weiterer Schärfung. Auch die Vorhaltepauschale wird seitens des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes grundsätzlich begrüßt. Notwendig sind hierbei weitere praxisnahe Konkretisierungen und Abstufungen, so dass eine hausärztlich tätige Versorgerpraxis sie ohne zusätzlichen Mehraufwand erfüllen kann.

Die mit dem Kabinettsentwurf vorgenommene Streichung des HZV-Bonus sehen wir kritisch. Unser Gesundheitssystem wird ohne eine effiziente Patientensteuerung den wachsenden Herausforderungen (insbesondere durch den enormen Ressourcenmangel) auf Dauer nicht standhalten können. Ein solches Versorgungsmodell liegt mit den Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung bereits vor – teilnehmende Patientinnen und Patienten, die ihre Versorgung durch eine von ihnen gewählte Hausarztpraxis koordinieren lassen, werden darin nachgewiesenermaßen besser und effizienter versorgt. Daher ist es nur sinnvoll, Versicherten, die an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, einen finanziellen Anreiz zu geben.

Um den aktuellen Entwicklungen in den hausärztlichen Praxen Rechnung zu tragen, wird angeregt, in § 73b SGB V ergänzend zu der bestehenden Beziehung Arzt-Patient auch einen Bezug Patient und Betreu-Praxis zu schaffen. Hierdurch wird die Leistungserbringung in multiprofessionellen Teams ermöglicht und das gesetzlich abgebildet, was der Versorgungsrealität entspricht.

II. Kommentierung einzelner Regelungen

A. § 87 Abs. 2b und Abs. 2q SGB V-neu jahresbezogene Versorgungspauschale für die Versorgung chronisch Kranker und Vorhaltepauschale

a. § 87 Abs. 2b SGB V-neu jahresbezogene Versorgungspauschale für die Versorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten

Die durch den Kabinettsentwurf leicht modifizierte Regelung in § 87 Abs. 2b SGB V, wonach der Bewertungsausschuss beauftragt wird, abweichend von der quartalsbezogenen Versichertenpauschale Regelungen über eine Jahrespauschale für die Behandlung chronisch kranker Patientinnen und Patienten im EBM zu beschließen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und keinen intensiven Betreuungsaufwand aufweisen, wird grundsätzlich begrüßt. Eine solche Pauschale ist dazu geeignet, unnötige Arzt-Patienten-Kontakte zu vermeiden und kann als Entlastungsmaßnahme für hausärztliche Praxen bewertet werden.

Im Vergleich zum Referentenentwurf spricht die Neufassung des § 87 Abs. 2b SGB V hinsichtlich des Chronikerbegriffs in der Gesetzesformulierung nicht mehr von einem *„Versicherten, bei dem mindestens eine lang andauernde, lebensverändernde Erkrankung vorliegt, die einer kontinuierlichen Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel bedarf“,* sondern pauschal von Versicherten, die wegen einer chronischen Erkrankung, die einer kontinuierlichen Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel bedarf und keinen intensiven Betreuungsbedarf begründet. Es wird begrüßt, dass die Anregung zur Konkretisierung des Chronikerbegriffs nach der Intensität des Behandlungsbedarfs aufgegriffen wurde. Gleichwohl wird angeregt, über den Bewertungsausschuss als Einschlusskriterien ebenfalls die Kombination von zu definierenden Diagnosen (z. B. Diagnoselisten) und ggf. verordneten Arzneimitteln in die Gruppe einzubeziehen. Hierbei sollte überlegt werden, die abschließende Entscheidung zum Einschluss oder Ausschluss von Patientinnen und Patienten in die Jahrespauschale in der hausärztlichen Praxis zu belassen, die die regionalen Versorgungsstrukturen und die patientenindividuellen Merkmale (z. B. Begleiterkrankungen oder psychosoziale Umstände) ebenso wie die Möglichkeiten der Delegation auf nichtärztliches entsprechend qualifiziertes Praxispersonal besser bewerten kann.

Unbenommen von der Möglichkeit der Jahrespauschale wird es auch weiterhin diejenigen Patientinnen und Patienten geben, die einer engmaschigen klinischen Begleitung bedürfen und die daher regelmäßig in die Hausarztpraxen kommen müssen. Für deren aufwändige Behandlung müssen die Hausärztinnen und Hausärzte adäquat vergütet werden. Deshalb muss klar sein, dass die Jahrespauschale für diese Patientinnen und Patienten keine Anwendung findet. Für diejenigen Patientinnen/Patienten, die einer aufwändigen, engmaschigen klinischen Begleitung bedürfen und daher regelmäßig in die Hausarztpraxen kommen (also für intensive Versorgungen mit hohem Betreuungsbedarf), muss weiterhin die quartalsabhängige Chroniker- und Versichertenpauschale abrechenbar sein.

Zudem muss für Patientinnen/Patienten, deren gesundheitlicher Zustand sich im Laufe eines Jahres so verändert, dass eine intensive Betreuung erforderlich wird, ein Weg zurück zur Quartalspauschale sichergestellt werden.

Nicht nachvollziehbar ist die Abweichung des Kabinetts- vom Referentenentwurf dahingehend, dass der Bewertungsausschuss bei Vorliegen wichtiger Gründe nun scheinbar keine Ausnahmen von der Abrechenbarkeit und Zahlung der Versorgungspauschale an nur eine Arztpraxis je Patientin/Patient vorsehen können soll. Derartige Ausnahmetatbestände sind unerlässlich, um der Versorgungsrealität angemessen Rechnung zu tragen und können beispielsweise durch den Umzug der Patientin/des Patienten oder der Schließung der bisher behandelnden Praxis begründet sein. Es wird daher angeregt, im Konzept, bei Vorliegen wichtiger Gründe, Ausnahmen von der Abrechenbarkeit und Zahlung der Versorgungspauschale an nur eine Arztpraxis je Versicherten vorzusehen.

Entscheidend bei der Gestaltung der Jahrespauschale ist jedoch, dass klar definiert werden muss, wie sich diese in der komplexen EBM-Vergütungssystematik von anderen Leistungen unterscheidet, die durch andere Ärztinnen und Ärzte aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich (z. B. Diabetologen oder HIV-Schwerpunktpraxen) im gleichen Zeitraum erbracht werden. Zwingend erforderlich ist dies vor dem Hintergrund, dass dieselbe ärztliche Leistung nicht doppelt abgerechnet werden kann. Praktisch kann es jedoch für ärztliche Leistungserbringende zu Unsicherheiten kommen bei Patientinnen und Patienten, die im Laufe eines Jahres mehrere Ärztinnen/Ärzte in Anspruch nehmen. Hier muss klar abgrenzbar sein, ob es sich um Leistungen handelt, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet sind, oder ob hier ggf. eine mitversorgende spezielle Versorgung geleistet wird (z. B. Akupunktur, Schmerzmedizin, Diabetologie, Substitution).

Insgesamt ist eine angemessene Bewertung der jahresbezogenen Versorgungspauschale sicherzustellen, da trotz der möglichen Reduktion von nicht medizinisch notwendigen Arzt-Patienten-Kontakten weiterhin entsprechende Aufwände in den hausärztlichen Praxen bestehen (z. B. Kontrollanrufe o. ä.). Eine niedrige Bewertung der Jahrespauschale würde ansonsten wieder ökonomische Anreize für zusätzliche Arzt-Patienten-Kontakte setzen, die mit den vorgeschlagenen Regelungen ja gerade vermieden werden sollen und die angesichts der knapper werdenden ärztlichen Ressourcen zu einer weiteren Verschlechterung der Versorgungslage führen können.

b. § 87 Abs. 2q SGB V-neu Vorhaltepauschale

Die Beauftragung des Bewertungsausschusses in § 87 Abs. 2q SGB V mit der Schaffung von Regelungen über eine Vergütung zur Vorhaltung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen (Vorhaltepauschale) und insbesondere über Voraussetzungen, die die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer für die Abrechnung dieser Vorhaltepauschale erfüllen müssen, wird seitens des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes begrüßt. Die hiermit verfolgte Zielsetzung, diejenigen Praxen zu stärken, die wesentliche Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung leisten, ist dem Grunde nach positiv zu bewerten.

Zu begrüßen ist, dass bei den vom Bewertungsausschuss festzulegenden Kriterien kein Bezug genommen wird auf eine Mindestanzahl von zu versorgenden Patientinnen/Patienten je Ärztin/Arzt und je Quartal. Diese verbindliche Vorgabe wurde und wird abgelehnt, und steht allein im Ermessen der Entscheidungsfindung des Bewertungsausschusses.

Trotz der grundsätzlich positiv zu bewertenden Vorhaltepauschale bedarf es bei deren Umsetzung im Bewertungsausschuss besonderer Sorgfalt. Die Kriterien für die Abrechnung der Vorhaltepauschale müssen insbesondere so gefasst sein, dass Praxen, die bereits heute einen hausärztlichen Versorgungsauftrag erfüllen, diesen Kriterien auch zukünftig einfach gerecht werden können. Zukünftige Kriterien müssen dabei so praxisnah ausgestaltet werden, dass eine typische hauärztlich tätige Praxis sie ohne zusätzlichen Mehraufwand erfüllen kann und auch berücksichtigen, dass bei der Vorhaltepauschale eine „Vergütung zur Vorhaltung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen" gewährt werden soll, die sich auf die Versorgung „aller GKV-Versicherten" bezieht. Überhöhte Anforderungen sind hierfür nicht geeignet. Neue Versorgungsangebote, die über das heute übliche Maß an Versorgung hinaus gehen, müssen durch zusätzliches Geld angemessen vergütet werden. Auch der Kabinettsentwurf stellt teilweise kaum erfüllbare Kriterien auf, auf deren Grundlage eine gestaffelte, pauschale Vergütung der Praxisstrukturen erfolgen soll, und verlangt von Hausarztpraxen, insbesondere unter Berücksichtigung der Begründung des Kabinettsentwurfs, auch weiterhin eine weitreichende Erreichbarkeit, was nicht flächendeckend umsetzbar ist und gestrichen werden sollte. Die Formulierung in der Begründung – je nach dem Bedarf am Praxissitz auch ein Angebot von Sprechstunden nach 19:00 Uhr (entsprechend der Anmerkung der EBM-Ziffer 01100) – ist missverständlich, da entsprechend der Anmerkung zur EBM-Ziffer 01100 diese nicht berechnungsfähig ist, wenn Sprechstunden vor 07:00 Uhr oder nach 19:00 Uhr stattfinden oder Patientinnen/Patienten zu diesen Zeiten bestellt werden. Ausschließlich die unvorhergesehenen Inanspruchnahmen der Vertragsärztin bzw. des Vertragsarztes durch Patientinnen/Patienten zwischen 19:00 und 22:00 Uhr, an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 07:00 und 19:00 Uhr sind von der Vergütung über die EBM-Ziffer 01100 erfasst. Sofern der vorgenannte Zeitraum hiermit gemeint ist, sollte dies entsprechend formuliert werden. Dies ändert jedoch nichts daran, dass eine solch umfassende Erreichbarkeit hausärztlicher Praxen diese schlichtweg überfordert und noch mehr belastet. Dies umso mehr, da besonders hohe Anforderungen die Attraktivität des hausärztlichen Versorgungsbereiches mindern, anstatt sie zu steigern, sodass mit weniger jungen Hausärztinnen und Hausärzten und früheren Beendigungen von bestehenden hausärztlichen Praxen zu rechnen wäre.

Zwingend erforderlich in diesem Zusammenhang ist es ebenfalls, gesetzlich klarzustellen, dass bei der Prüfung aller noch festzulegenden Kriterien (Mindestanzahl Patienten, Anzahl Hausbesuche, Anzahl technischer Leistungen etc.) auch HZV-Patientinnen/-Patienten zu berücksichtigen sind. Andernfalls würde die Prüfung insbesondere in Regionen mit vielen Versicherten, die sich für eine Teilnahme an der HZV entschieden haben, völlig verzerrte Ergebnisse liefern und ggf. falsche Vergütungsanreize setzen. Insofern sind die Kassenärztlichen Vereinigungen durch den Bewertungsausschuss zu verpflichten, bei der Prüfung der Anforderungen auch Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen, die im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung betreut werden.

Zudem sollte es – anders als in der Begründung formuliert – in der Entscheidungshoheit des Bewertungsausschusses liegen, ob und inwieweit die Vorhaltepauschale die bestehende GOP 03040 ersetzt oder ergänzt. Aktuell sieht die Begründung des Kabinettsentwurfs vor, dass die in der Leistungsziffer 03040 geregelte Vorhaltepauschale durch die in Absatz 2q geregelte Vorhaltepauschale ersetzt wird. Gerade der Bewertungsausschuss ist es aber, der für die Festlegung bundeseinheitlicher Vorgaben zur Vergütung ärztlicher Leistungen zuständig ist und sollte dies auch regeln.

Begrüßenswert ist, dass der Kabinettsentwurf im Vergleich zum Referentenentwurf nicht mehr explizit auf „Vertragsärztinnen/-ärzte" abstellt. Dennoch wird angeregt, noch konkreter auf die „Arztpraxis" insgesamt abzustellen. Der Praxisbezug bzw. der Praxis-Patienten-Kontakt ist näher liegend, und wurde bei der jahresbezogenen Versorgungspauschale für die Versorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten richtigerweise bereits gewählt. Bei der Vorhaltepauschale sollte dies in entsprechender Anwendung ebenfalls umgesetzt werden.

B. § 87a Abs. 3c i. V. m. § 87b Abs. 1 Satz 3, 2. Halbsatz SGB V-neu Entbudgetierung - Wegfall der mengenbegrenzenden und honorarmindernden Regelungen bei der Honorarverteilung

Die Regelung in § 87a Abs. 3c i. V. m. § 87b Abs. 1 Satz 3, 2. Halbsatz SGB V, die sich weitestgehend mit den Forderungen des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes zur Umsetzung einer sog. Entbudgetierung (MGVplus) deckt, ist grundsätzlich zu begrüßen. Hausärztinnen und Hausärzten in KV-Regionen, in denen die Auszahlungsquoten bei zum Teil lediglich 68 % liegen, kann nicht länger vermittelt werden, dass ihre ärztliche Leistung vergütungsrechtlich geschmälert wird. Die Neuregelung in § 87a Abs. 3c Satz 1 SGB V, wonach Leistungen des Versorgungsbereichs der allgemeinen hausärztlichen Versorgung einschließlich der in Zusammenhang mit diesem Versorgungsbereich erbrachten Hausbesuche, soweit diese Leistungen nach sachlicher und rechnerischer Prüfung durch die Kassenärztliche Vereinigung anerkannt wurden, von den Krankenkassen vollständig zu vergüten sind, bedarf daher dringend der Umsetzung. Begrüßt wird in diesem Zusammenhang die Einführung des Begriffs des hausärztlichen Leistungsbedarfs, der sich aus der Summe der von allen Hausärztinnen und Hausärzten erbrachten und abgerechneten hausärztlichen Leistungen ergibt.

Anpassungsbedarf besteht jedoch dahingehend, Vergütungsabschläge in anderen Bereichen zwingend zu vermeiden: Die aktuelle Formulierung führte dazu, dass zwar wesentliche Teile der hausärztlichen Versorgung (Kapitel 3 + Hausbesuche i. d. R. 90 % der hausärztlichen Leistungen) endlich zu 100 %, aber andere Leistungsbereiche, wie z. B. Sonografie, EKG, mit Abschlägen von 40-50 % vergütet würden. Ebenso verhielte es sich mit Leistungen der Psychosomatik, so dass zu fordern ist, dass alle typisch hausärztlichen Leistungen demzufolge „entbudgetiert" werden müssen. Dies umfasst zusätzlich zum bisherigen Vorschlag mindestens die ärztlichen Leistungen zur Behandlung von psychosomatischen Erkrankungen, des Ultraschalls, der ausschließlichen telefonischen Beratung sowie der Schmerztherapie.

Durch die Regelungen nach § 87a Abs. 3c wird auch weiterhin festgeschrieben, wie die Koppelung der Hausarzt-MGV im Hinblick auf deren erstmalige Festsetzung und Fortschreibung an das Aufsatzwerteverfahren erfolgt. Dazu wird auch im Kabinettsentwurf, trotz hieran bereits geäußerter Kritik, der Anteil der Hausarzt-MGV-Honorare an den MGV-Honoraren „aller Ärztinnen und Ärzte" berechnet, was nicht nachvollziehbar ist und angepasst werden sollte. Im Einzelnen wird vorgesehen, dass für die erstmalige Festsetzung der auf die in § 87b Abs. 1 Satz 3 zweiter Halbsatz SGB V-neu genannten Leistungen der hausärztlichen Versorgung entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Bezirk einer KV der prozentuale Anteil des Honorarvolumens, das für den hausärztlichen Leistungsbedarf im jeweiligen Vorjahresquartal gemäß dem Verteilungsmaßstab *ausgezahlt* worden ist, am *ausgezahlten* Honorarvolumen „aller Arztgruppen" des jeweiligen Vorjahresquartals für den Leistungsbedarf „aller Arztgruppen" innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu bestimmen und (erst im zweiten Schritt) mit dem nach Abs. 3 Satz 2 für das jeweilige Quartal vereinbarten und bereinigten Behandlungsbedarf zu multiplizieren ist. Angemessener wäre es, bei der Anwendung des Anteils auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nur diejenigen Bestandteile der MGV zu berücksichtigen, die im betreffenden Kalenderjahr auch für Honorarauszahlungen zur Verfügung gestanden haben. Finanzmittel der MGV für den Strukturfonds oder für andere Sicherstellungsmaßnahmen sollten daher vor der Anwendung von der MGV abgezogen werden. Hierdurch würde verhindert, dass die Finanzmittel, die für Sicherstellungaufgaben vorgesehen sind, durch die Festsetzung der Hausarzt-MGV diesem Bereich entzogen und Bestandteil der Hausarzt-MGV werden. Für die weitere Konkretisierung der hierfür erforderlichen Mittel ist ggf. auch ein Regelungsauftrag an den (erweiterten) Bewertungsausschuss denkbar.

Ebenso dürfen nur diejenigen Honorarauszahlungen im Jahr 2023 berücksichtigt werden, die aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2023 stammen. So könnte beispielsweise die Auflösung eines außergewöhnlichen hohen Betrages von Rückstellungen aus Vorjahren für die Folgejahre nicht repräsentativ sein und würde das prozentuale Verhältnis zwischen Hausarzt-MGV-Honoraren und MGV-Honoraren aller Ärztinnen und Ärzte z. T. deutlich verfälschen. Ebenfalls müssen aus den Honorarauszahlungen solche Leistungen herausgerechnet werden, die wie NVI-Zahlungen der extrabudgetären Vergütung zuzuordnen sind. Dieses Honorar sollte dann um die insgesamt vereinbarte Veränderung des Behandlungsbedarfs für das jeweilige Quartal dynamisch angepasst werden. Denn nicht nur die Verteilung (§ 87 Abs. 2a SGB V), sondern auch die vorgelagerte Bildung/Festlegung und Anpassung der Honorarvolumen erfolgen für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung getrennt (vgl. § 87b Abs. 4 SGB V).

Dringend geboten ist überdies eine zeitnahe Umsetzung der Entbudgetierung. Statt der bisher geplanten zwei Quartale für die Umsetzung der Entbudgetierung ist nach einhelliger Meinung der KVen auch höchstens ein Quartal (oder weniger) vollkommen ausreichend, sodass eine Verkürzung dieses Zeitraums dringend geboten ist.

C. § 106b Abs. 2 SGB V-neu Bagatellgrenze bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Die Neuregelung in § 106b Abs. 2 Satz 2 SGB V-neu ist als weitere Entlastungsmaßnahme positiv zu bewerten, wonach in den einheitlichen Rahmenvorgaben für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen insbesondere festzulegen ist, dass bis zu einem Betrag von 300 Euro je Betriebsstättennummer, Krankenkasse und Quartal, Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht beantragt werden sollen. Bisher war dies freiwillig möglich und soll nun verpflichtend umgesetzt werden.

D. § 65a SGB V-RefE

Die noch im Referentenentwurf enthaltene Regelung in § 65a SGB V wurde im Kabinettsentwurf ersatzlos gestrichen, was wir kritisch sehen. § 65a SGB V Ref-E sah einen Bonus von mindestens 30 Euro p. a. für Patientinnen und Patienten vor, die an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen. Ungeachtet einer gesetzlich normierten Bonuszahlung in einer bestimmten Höhe, ist es jedenfalls zwingend, die Teilnahme an der HZV zum Gegenstand von Bonusprogrammen der Krankenkassen (§ 65 a SGB V) zu machen und dadurch die HZV zu stärken.

Sinn und Zweck der Regelungen in § 65a SGB V ist es, einen Anreiz für gesundheitsförderndes Verhalten zu schaffen. Voraussetzung ist, dass die/der Versicherte an bestimmten präventiven Maßnahmen oder an Früherkennungsuntersuchungen teilgenommen hat. Die Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung stellt eine Maßnahme der Prävention dar und bildet daher eine sinnlogische Ergänzung der Aufzählung in § 65a SGB V: Für die Hausarztzentrierte Versorgung konnte u. a. bei der Auswertung von Daten wissenschaftlicher Evaluationen[1] der Universitäten Heidelberg und Frankfurt am Main sowie in Untersuchungen von Krankenkassen[2] in den vier existenten Präventionsebenen eine Überlegenheit gegenüber der Regelversorgung nachgewiesen werden: Auszugsweise sei darauf hingewiesen, dass festgestellt wurde, dass im Rahmen der HZV eine höhere Impfquote bezüglich Influenza, insbesondere für Versicherte ab 65 Jahren und für Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner erzielt wird. Der Anteil der Krankenhausaufnahmen mit Hauptdiagnose „Grippe“ oder „Pneumonie“ zeigte sich um ca. 9 % geringer im Vergleich zur Nicht-HZV-Gruppe. Im Bereich sekundärer Prävention zeigten sich in der HZV vormalige Kodierungen von frühen mikrovaskulären Folgen (Nephropathie, Retinopathie) bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ2 im Vergleich zur Regelversorgung und damit größere Prävention von makrovaskulären Komplikationen. Im Bereich tertiärer Prävention zeigte sich zudem eine niedrigere Fünf-Jahres-Sterblichkeit bei Patientinnen und Patienten, die an der HZV teilnahmen, als bei einer vergleichbaren Kohorte von nicht teilnehmenden Patientinnen und Patienten. Für den Bereich der quartären Prävention zeigte sich, dass die HZV-Teilnahme mit einer deutlich geringeren Anzahl an unkoordinierten Facharztkontakten, einer geringeren Verordnung von potenziell inadäquaten Medikamenten und einer geringeren Inanspruchnahme des Notdienstes einhergeht.

[1] Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Baden-Württemberg, Ergebnisbericht, Ausgabe 2020, Universitätsklinikum Heidelberg; Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung sowie Goethe-Universität Frankfurt am Main; Institut für Allgemeinmedizin.
[2] GWQ Service Plus AG (2015 – 2022).

Tabelle 3 - Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Baden-Württemberg: Ergebnisse der querschnittlichen Basisanalysen für das Jahr 2020

Zielgröße	Unterschied in % Signifikanz – adjustiert –** HZV vs. RV
Hausarztkontakte	+22,68 % p < 0,0001
Facharztkontakte koordiniert	+56,16 % p < 0,0001
Facharztkontakte unkoordiniert	-45,32 % p < 0,0001
Hospitalisierungsrate Durchschnittliche Anzahl der Aufnahmen pro Versicherten	-9,07 % p < 0,0001
Krankenhaustage (Liegezeiten) Durchschnittliche Anzahl der Tage im Krankenhaus pro eingewiesenem Versicherten	-5,48 % p < 0,0001
Krankenhaus-Wiederaufnahmen Durchschnittlicher Anteil der Wiederaufnahmen innerhalb von 4 Wochen pro eingewiesenem Versicherten	-8,55 % p < 0,0001
Vermeidbare Krankenhausauf nahmen („ACSCs“) Anteil an ACSC-Aufnahmen in %	-3,91 % p < 0,0001
Stationäre Ausgaben Ausgaben in € pro Versicherten mit stationärem Aufenthalt im Berichtsjahr	-3,74 % p < 0,0001
Medikamentenausgaben im ambulanten Sektor Ausgaben pro Versicherten, Bruttopreise in € ohne Rabatte	-5,94 % p < 0,0001

Quelle: Eigene Darstellung nach: Laux G/ Witte C / Wensing M / Szecsenyi J (2023): Ergebnisbericht zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V in Baden Württemberg (2011 bis 2020). Teil 1.

Insofern bildet die Teilnahme an der HZV eine Leistung zur Verminderung von Krankheitsrisiken und sollte daher wieder in § 65a SGB V aufgenommen werden.

Ferner sollte den Krankenkassen, die ihren HZV-Versicherten über die Regelung in § 53 Abs. 3 SGB V einen Vorteil (z. B. Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen) gewähren, die Möglichkeit eröffnet werden, diese Tarife auch weiterhin anbieten zu können. Krankenkassen, die über Tarife nach § 53 Ans. 3 SGB V ihren Versicherten, die an der HZV teilnehmen, Vorteile gewähren, sollten in die Lage versetzt werden, diese Vorteile bei der satzungsmäßigen Ausgestaltung ihrer Bonusprogramme nach § 65a SGB V für die Teilnahme an der HZV, berücksichtigen zu können. Die Regelungen in § 53 Abs. 3 SGB V sind unverändert beizubehalten.

E. Betreu-Team und Praxisbezug in § 73b SGB V – Praxis-Patienten-Kontakt

Die Versorgung der älter werdenden Bevölkerung wird u. a. aufgrund der rückläufigen Versorgungskapazitäten im hausärztlichen Bereich künftig nicht mehr überall in den bestehenden Praxisstrukturen und -prozessen erfolgen können. Hausärztliche Praxen, und damit der gesamte ambulante ärztliche Versorgungsbereich, leben von Teamarbeit. Anstelle einer Zersplitterung der Versorgung mit immer neuen Schnittstellen voranzutreiben, sollte entsprechend der Versorgungsrealität die Arbeit aller in einer hausärztlichen Praxis Tätigen, des „Betreu-Teams", gestärkt werden. Im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V findet unlängst die Arbeit in multiprofessionellen Teams statt, zu dem Patientin und Patient in Kontakt treten und eine hochwertige besondere Versorgung erhalten. Für eine sinnvolle Teamarbeit in den hausärztlichen Praxen braucht es zwingend die Einführung eines Praxis-Patienten-Kontaktes: ergänzend zu der bestehenden Beziehung Arzt-Patient in § 73b SGB V bedarf es auch eines (gesetzlichen) Bezuges Patient und „Betreupraxis" in der gesetzlichen Formulierung. Es wird daher angeregt, einen neuen § 73b Abs. 4 bzw. eine Ergänzung im sodann neuen § 73b Abs. 7 SGB V zu formulieren und in § 73b SGB V einzufügen:

§ 73b SGB V

…..

(4) Die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend für die Teilnahme von Hausarztpraxen.

….

(7) Die Krankenkassen haben ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über Inhalt und Ziele der Hausarztzentrierten Versorgung sowie über die jeweils wohnortnah teilnehmenden Hausärzte zu informieren. Satz 1 2. Halbsatz gilt entsprechend für teilnehmende Hausarztpraxen.

Versorgungsressourcen können so geschont werden und die Versorgungsrealität gesetzlich angemessen abgebildet werden.

F. Investorenbetriebene Medizinischer Versorgungszentren (iMVZ), § 95 SGB V

Angesichts der Entwicklung, dass MVZ zunehmend in investorenbetriebene Trägerschaft gelangen, wird angeregt, die Gründungsberechtigung und Trägerfunktionen von MVZ im Rahmen des § 95 SGB V anzupassen.

Die hohe Dynamik bei der Gründung von investorenbetriebenen Medizinischen Versorgungszentren (iMVZ) sowie iMVZ-Ketten erfordert zeitnah wirksame Rahmenvorgaben für den Betrieb von MVZ. Diese sollten ermöglichen, einerseits die Vorteile von MVZ weiter nutzen zu können und andererseits die Einflussnahme auf ärztliche Entscheidungen in iMVZ aus kommerziellen Gründen einzuschränken. Der diesbezügliche Handlungsbedarf ergibt sich sowohl aus dem ärztlichen Gelöbnis als auch dem in der ärztlichen Berufsordnung verbrieften Primat des Patientenwohls (vgl. § 2 Abs. 2 MBO-Ärzte) sowie aus der Gemeinwohlorientierung als wesentlichem Merkmal der Freiberuflichkeit. Mit entsprechenden Regulierungsmaßnahmen muss die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen gegenüber kommerziellen Fehlanreizen strukturell besser abgesichert werden. Zudem muss einer Fokussierung des Versorgungsangebotes auf besonders lukrative Leistungen entgegengewirkt werden. Auch gilt es, die aus Solidarbeiträgen aufgebrachten Mittel für die Patientenversorgung vor einem Abfluss zu fachfremden nationalen oder internationalen Finanzinvestoren zu schützen.

Es wird aus diesem Grund eine Regelung in § 95 SGB V gefordert, welche die Gründung und Trägerschaft von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) mit dem Ziel der Verhinderung von MVZ in (mittelbarer) Trägerschaft von Finanzinvestoren beschränkt. Dazu gehört zunächst, dass fachgleiche hausärztliche MVZ zukünftig nur noch von Ärztinnen und Ärzten, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen (vgl. § 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V) und von Kommunen (oder gemeinsam) gegründet und betrieben werden können. Damit sollen sog. hausärztliche Zuweiser–MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern verhindert werden. Im Übrigen ist eine Beschränkung von Krankenhaus-MVZ auf den fachlichen und vertraglichen Versorgungsauftrag des Krankenhauses sowie auf dessen Planungsbereich vorgesehen. Ausnahmen gelten für einzelne diagnostische Fächer. Anstellungen von Ärztinnen und Ärzten in Krankenhaus-MVZ sollten nur für solche Fachrichtungen zulässig sein, die in dem jeweiligen Krankenhaus hauptamtlich oder zumindest belegärztlich durch Fachabteilungen vertreten sind. Die vorgeschlagene Regelung zielt auf Neuzulassungen ab und berücksichtigt verfassungsrechtliche Vorgaben nach Art. 12 Abs.1 GG. Bestehenden und bereits zugelassenen MVZ ist Bestandschutz zu gewähren.

Ihre Ansprechpartner

Bundesvorsitzende: markus.beier@haev.de, nicola.buhlinger-goepfarth@haev.de
☎ 030 88 71 43 73-30
Hauptgeschäftsführer und Justiziar: joachim.schuetz@haev.de
☎ 02203 97 788-03
Geschäftsführer: sebastian.john@haev.de
☎ 030 88 71 43 73-34

Hausärztinnen- und Hausärzteverband e. V.
Edmund-Rumpler-Straße 2 · 51149 Köln
🌐 www.haev.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(39)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
12.11.2024

Deutscher Pflegerat e.V.
Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen

Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e. V. (DPR) zur öffentlichen Anhörung am 13. November 2024 im Ausschuss für Gesundheit

Der Deutsche Pflegerat (DPR) vertritt als Dachverband der maßgeblichen Berufsverbände der Pflegeprofession und des Hebammenwesens in Deutschland die Positionen der Pflegeorganisationen und ist primärer Ansprechpartner für die Politik.

Gleichzeitig bedankt sich der DPR für die Möglichkeit, seine Expertise in die öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit einbringen zu können. Der DPR begrüßt, dass die Bundesregierung in ihrer Gegenäußerung zur Stellungnahme des Bundesrates vom 15.06.2023 mit dem Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Versorgung in der Fläche die Einführung von Gesundheitskiosken und Primärversorgungszentren erneut prüfen will.

Die Pflegeprofession spielt eine zentrale Rolle in der Gesundheitsversorgung und ist damit eine tragende Säule unseres Gesundheitssystems. Pflegefachpersonen sind zunehmend für die Sicherstellung der Versorgung und die Umsetzung von Leitlinien und Qualitätsstandards verantwortlich. Ihre Perspektiven und Erfahrungen müssen stärker und aktiver in alle relevanten Entscheidungsprozesse einbezogen werden.

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz - GVSG) will der Gesetzgeber unter anderem eine noch besser auf die Bedürfnisse der Bürger:innen ausgerichtete Gesundheitsversorgung unter Berücksichtigung der Kompetenzen der an der Versorgung mitwirkenden Personen und Berufsgruppen erreichen. Dazu soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) weiterentwickelt werden. Mit den Neuregelungen werden die Interessenvertretung der Pflegeprofession sowie die Patientenvertretung gestärkt, Entscheidungen der Selbstverwaltung beschleunigt und die Mitwirkungsmöglichkeiten der Vertretungen der Hebammen, der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und weiterer Betroffener ausgebaut.

Diese Neuregelungen zu berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und kooperativen Versorgungsstrukturen müssen jedoch mit der zügigen Verabschiedung des Pflegekompetenzgesetzes und des APN-Gesetzes auf den Weg gebracht werden. Nur so kann es gelingen, alle im Gesundheitswesen vorhandenen Potenziale stärker auf Gesundheit und Gesunderhaltung auszurichten und die Primärversorgung in Deutschland so auszubauen, dass multiprofessionelle Teams tätig werden können. Der Pflegeprofession würde es damit ermöglicht, ihre Kompetenzen stärker in die direkte Gesundheitsversorgung einzubringen.

Zu den folgenden BT-Drucksachen nimmt der DPR wie folgt Stellung:

BT-Drucksache 20/11853

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) vom 17.06.2024

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

BT-Drucksache 20/12664

Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung vom 28.08.2024

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Nummer 4 (BT-Drucksache 20/12664 / Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung)

§ 65g Gesundheitskioske

Der DPR befürwortet die Vorschläge des Bundesrates vom 28.08.2024 das Vorhaben zur Errichtung von Gesundheitskiosken aufrechtzuerhalten, um die individuelle Gesundheitskompetenz der aufsuchenden Bürger:innen zu stärken und insbesondere niedrigschwellig über medizinische Behandlungsmöglichkeiten, Möglichkeiten der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention (Prävention), Angebote der Gesundheitsförderung sowie soziale Versorgungsangebote zu beraten (Schaeffer et al., 2015). Aus Sicht des DPR ist es sehr bedauerlich, dass die neuen Versorgungsstrukturen im Entwurf des GVSG (BT-Drucksache 20/11853) vom 17.06.2024 nicht mehr enthalten sind. Damit wird die Chance vertan, das Gesundheitssystem stärker auf Gesundheit und Gesunderhaltung auszurichten, die Primärversorgung in Deutschland auszubauen und multiprofessionelle Versorgungsteams zu stärken. Diese Versorgungsstrukturen würden auch ein Handlungsfeld für die geplante Einführung des Berufsbildes der Community Health Nurses (CHN) schaffen.

Kurze Wege könnten die Akzeptanz und Etablierung neuer Versorgungsstrukturen maßgeblich beeinflussen und überlastete Anlaufstellen wie Notaufnahmen entlasten. Eine enge Kooperation mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) könnte die Versorgung weiter stärken, z.B. bei der Umsetzung eines effektiven Hitzeschutzes in der Bevölkerung (SVR, 2023). Der DPR betont, dass mit dem Wegfall der neuen Versorgungsstrukturen auch die immer größer werdenden Versorgungslücken in ländlichen oder städtischen Gebieten nicht geschlossen werden können. Hier sollte nicht zu sehr am Bild des Kiosks festgehalten werden. Gerade im ländlichen Raum wäre es denkbar, dieses Angebot auch mobil zu gestalten, z.B. mit Gesundheitsbussen.

Offen bleibt, wie die Bundesregierung ihrem Auftrag zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung nachkommen will. Die Argumentation allein auf die hohen Kosten und die Einhaltung der Schuldenbremse zu reduzieren, ignoriert den dringenden Reformbedarf und die von vielen Akteur:innen und Expert:innen geforderte Neuausrichtung der Aufgaben der Gesundheitsberufe. Darüber hinaus können sektorenübergreifende Konzepte, z.B. durch die Umwandlung von Krankenhäusern in sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen oder Primärversorgungszentren, nicht nur die Versorgungsqualität erhöhen, sondern durch frühzeitige Behandlung und niedrigschwellige Präventionsangebote auch langfristig zur Kostensenkung beitragen. Es werden dringend Strukturen benötigt, die die gesundheitliche Versorgung der Menschen in Deutschland sicherstellen und auf den vorhandenen Potenzialen und Kompetenzen der professionell Pflegenden aufbauen.

Nummer 6 (BT-Drucksache 20/12664 Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung)

§ 73a Primärversorgungszentrum

Der Bundesrat macht in seiner Begründung zu den Primärversorgungszentren deutlich, dass er diese im Wesentlichen nach dem Hausarztmodell denkt und zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Leistungen unterscheidet. Eine sektorenübergreifende, koordinierte, kooperative und versorgungssteuernde Versorgung in einem interprofessionellen Team kann so in Zukunft nicht gelingen. Die Unterscheidung des Einsatzes von ärztlichem und nichtärztlichem Personal zementiert nur die Dichotomie einer Arztorientierung im Gesundheitswesen. Sie muss im Sinne eines modernen Versorgungsverständnisses revidiert werden. Alle Berufsgruppen in einem solchen Primärversorgungszentrum müssen mit eigenen Handlungsautonomien ausgestattet werden, wie z.B. akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen auf Masterniveau (CHN). Ergänzend weist der DPR darauf hin, dass CHNs eine hohe fachliche Qualifikation und Kompetenz erworben haben, die nicht mit der Qualifikation von Medizinischen Fachangestellten und Physician Assistants vergleichbar ist. Darüber hinaus haben Pflegefachpersonen Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG, die nicht von anderen Berufsgruppen übernommen werden können und die in den anstehenden Gesetzgebungsverfahren auch leistungsrechtlich verankert werden müssen (TT VA & DGP, 2024).

Darüber hinaus weist der DPR in der Begründung zu Absatz 8 darauf hin, dass die Vergütung des nichtärztlichen Case Managements bzw. der Konsiliarleistungen nicht ausschließlich durch die Bundesmantelvertragspartner zu regeln ist, sondern auch die betroffenen Berufsgruppen an den Vergütungsverhandlungen beteiligt werden müssen.

Zu Nummer 9 und 10 Buchstabe l (BT-Drucksache 20/11853 / Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG))

und

Nummer 12 (BT-Drucksache 20/12664 / Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung)

§ 92 Abs. 1b SGB V (Nummer 10a / BT-Drucksache 20/11853)

Der DPR begrüßt die Absicht des Gesetzgebers, den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) weiterzuentwickeln, indem die Mitwirkungsmöglichkeiten der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und der Vertretungen der Leistungserbringer, insbesondere des DPR als Stimme der Pflegeprofession im G-BA, gestärkt werden. Der G-BA hat z.B. mit der Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Reha-RL) bereits weitreichende Regelungen für den Bereich der Rehabilitation geschaffen, ohne dass die entsprechende Fachkompetenz beratend beteiligt wurde. Die Richtlinie regelt umfassend nicht nur die Voraussetzungen und das Verfahren zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch Vertragsärzt:innen sowie durch Vertragspsychotherapeut:innen als Voraussetzung für die Leistungsentscheidung der Krankenkasse, sondern auch die Voraussetzungen für die Verordnung durch Vertragsärzt:innen und Vertrags-psychotherapeut:innen als Voraussetzung für die Leistungsentscheidung der Krankenkasse. Darüber hinaus enthält sie Vorgaben zur Zusammenarbeit zwischen Rehabilitations-

einrichtung, Vertragsärzt:innen, Vertragspsychotherapeut:innen und Krankenkassen sowie zur Sicherung des Rehabilitationserfolges. Bei derart weitreichenden Regelungen ist ein Mitberatungs- und Stimmrecht des DPR unerlässlich, um eine fachgerechte und umfassende Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.

Darüber hinaus wird die derzeitige Rechtslage der generellen Bedeutung der Rehabilitation in der medizinischen Versorgungslandschaft nicht gerecht. Die Bedeutung der Rehabilitation ist bereits im Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ verankert. Bevor ein Mensch pflegebedürftig wird, muss alles getan werden, um dies durch medizinische Rehabilitation zu verhindern. Ist eine Person bereits pflegebedürftig, soll durch medizinische Rehabilitation alles getan werden, um die Pflegesituation zu verbessern. Darüber hinaus ist aufgrund der Alterung der Bevölkerung davon auszugehen, dass die Bedeutung der Rehabilitation weiter zunehmen wird. Um dieser Entwicklung Rechnung zu tragen, ist es daher erforderlich, dem DPR bei Entscheidungen des G-BA, die den Aufgabenbereich der Rehabilitation betreffen, ein Mitberatungs- und Stimmrecht einzuräumen.

Änderungsvorschlag

Der DPR regt an, § 92 Abs. 1b SGB V wie folgt zu ändern:
Bei den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 sind die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen und die Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene zu beteiligen. ***Bei den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 8 sind die in § 111b Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer und der Deutsche Pflegerat e.V. zu beteiligen.***

§ 92 Absatz 7h SGB V (Nummer 10l / BT-Drucksache 20/11853)

Der DPR begrüßt, dass die Berufsorganisationen der Pflegeprofession ein Antrags- und Mitberatungsrecht bei den Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege und außerklinischer Intensivpflege nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, den Richtlinien nach den Nummern 13 und 14, den Richtlinien nach § 63 Absatz 3c Satz 3, den Beschlüssen des G-BA nach den §§ 136b und 136c sowie bei weiteren für die spezialisierte Pflege relevanten Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 erhalten. Der DPR befürwortet auch, dass die künftige Benennung der Vertreter:innen im Einvernehmen mit den Berufsorganisationen der Pflegeprofession, die ihr Interesse an einer Mitwirkung bekunden, erfolgen soll. Neben dem Antrags- und Mitberatungsrecht muss dem DPR ein Stimmrecht eingeräumt bzw. gewährt werden.

Zu begrüßen ist auch, dass das Recht zur Teilnahme an eine Finanzierung geknüpft werden soll und dass für zwei Vertreter der Berufsorganisation der Pflegeprofession, die das Recht zur Teilnahme wahrnehmen, Erstattungsmöglichkeiten für Reisekosten und Verdienstausfall vorgesehen sind. Diese Regelung ermöglicht es den Berufsorganisationen der Pflegeprofession, ihre Interessenvertretung im G-BA wahrzunehmen.

Der Bundesrat weist in seiner Stellungnahme u. a. darauf hin, dass im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen ist, wie die Bundespflegekammer bei der Wahrnehmung der Beteiligungsrechte der Berufsorganisationen der Pflegeprofession im G-BA verbindlich berücksichtigt werden kann. Die Bundespflegekammer stellt bundesweit keine Repräsentanz der Pflegeprofession dar. Der DPR befürwortet ausdrücklich den Ausbau von Kammerstrukturen in den Bundesländern und möchte in diesem Zusammenhang besonders hervorheben, dass die Bundesländer und damit der Bundesrat mit der Einrichtung von Landespflegekammern in allen 16 Bundesländern die entscheidenden Stellschrauben zur Stärkung des Berufsstandes selbst in der Hand haben (WD, 2024). Landespflegekammern sind bei Entscheidungen des GBA anzuhören.

Änderungsvorschlag

Die Erstattung der für die Wahrnehmung der Interessenvertretung anfallenden Kosten muss jedoch in einem Umfang gesichert sein, so dass die Arbeit einer Person pro Unterausschuss, in welchem die Belange der Pflege betroffen sind, finanziert wird. Darüber hinaus sind auch personelle Ressourcen (z.B. 50 % VZÄ) für administrative Zwecke zu refinanzieren. Beide Aspekte bedürfen einer Konkretisierung im vorliegenden Gesetzentwurf, um die Expertise der Berufsorganisationen der Pflegeprofession nachhaltig in die Entscheidungsprozesse des G-BA einfließen zu lassen und damit die Stimme der Pflegeprofession weiter zu stärken.

Der DPR spricht sich darüber hinaus nachdrücklich dafür aus, dass die gesetzgeberischen Initiativen zu den Beteiligungsrechten der Berufsorganisationen der Pflegeprofession vor dem Hintergrund des geplanten Pflegekompetenzgesetzes und des APN-Gesetzes, insbesondere der berufsrechtlich geregelten Vorbehaltsaufgaben nach § 4 PflBG, weiter ausgebaut werden, um die bereits bestehenden Regelungen und angedachten Neuregelungen auch in die Strukturen des G-BA zu überführen.

Nummer 28 (BT-Drucksache 20/12664 Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung)

§ 140b Gesundheitsregionen

Um mittel- und langfristig Gesundheitsregionen mit einer vorausschauenden und qualitativ hochwertigen Gesundheitsplanung sowie einer organisierten sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgungslandschaft zu schaffen, bedarf es einer starken Pflegeprofession, die ihre Aufgaben nach dem geplanten Pflegekompetenzgesetz eigenverantwortlich wahrnehmen kann.

Artikel 2

Änderungen des Elften Buchs Sozialgesetzbuch

Nummer 3 (BT-Drucksache 20/11853 Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG))

§ 53 SGB XI Aufgaben auf Bundesebene (Nummer 3b / BT-Drucksache 20/11853)

Der DPR befürwortet die Erhebung dieser Kennzahlen, da sie Transparenz über die Inanspruchnahme dieser Leistung durch die Versicherten der einzelnen Pflegekassen schaffen. Diese Informationen lassen Rückschlüsse darauf zu, inwieweit die einzelnen Kassen ihre Zielgruppen erreichen. Die Evaluationsberichte nach § 7a Absatz 9 SGB XI machen regelmäßig deutlich, dass Angebote häufig nicht bekannt sind und nicht in Anspruch genommen werden. Entsprechende Kennzahlen könnten genutzt werden, um Maßnahmen zur Verbesserung der Inanspruchnahme abzuleiten.

Anträge der Fraktionen

BT-Drucksache 20/8860

Antrag der Fraktion der CDU/CSU ***Versorgung von Menschen in psychischen Krisen und mit psychischen Erkrankungen stärken***

Der Antrag zur Stärkung der Versorgung von Menschen in psychischen Krisen und mit psychischen Erkrankungen zeigt deutlich den Handlungsbedarf zur Sicherung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung auf. Diesen Handlungsbedarf sieht auch der DPR.

Psychische Belastungen, Gefährdungen der psychischen Gesundheit und Traumatisierungen nehmen mit der Zunahme von Polykrisen zu. Insbesondere direkte Hitzeeinwirkungen wirken sich auf die Psyche und das soziale Miteinander aus (Nikendei, 2021). Die Herausforderungen an die Wahrnehmung, Bewältigung und psychische Integration von Klimawandel und Polykrisen sind für die Bevölkerung sehr groß. Um diesen präventiv zu begegnen, spricht sich der DPR für die Einführung eines Schulfachs „Gesundheit“ aus. Die überlebensnotwendigen tiefgreifenden Veränderungen im Zusammenhang mit dem heutigen Lebensstil, dem Konsumverhalten und den daraus resultierenden Wertvorstellungen erfordern angesichts der aktuellen und zukünftigen Herausforderungen ein zeitnahes Handeln auf individueller, gesamtgesellschaftlicher und weltpolitischer Ebene. Dabei ist es von großer Bedeutung, Emotionen (z.B. Angst, Trauer, Wut), die bei fehlender Verarbeitung zu pathologischen Krisen führen, zu erkennen, Maßnahmen abzuleiten und präventive Strukturen zu ihrer Vermeidung zu schaffen (Nikendei, 2021).

Darüber hinaus möchte der DPR anmerken, dass sich die Lösungsansätze des Antrags zu sehr auf die Diagnostik und Therapie durch Mediziner:innen und Psychotherapeut:innen konzentrieren. Der Fokus muss aber auch auf alle anderen Akteur:innen im Gesundheitswesen gelegt werden, um die Fähigkeiten der Bevölkerung zu stärken, mit psychischen Krisen besser umgehen und sich selbstbestimmt Unterstützung organisieren zu können. Die flächendeckende Einführung von Schulgesundheitspflegefachpersonen oder der sogenannten School Nurse kann dazu beitragen, dass gerade Kinder und Jugendliche in Krisensituationen niederschwellige Unterstützungsangebote erhalten und ggf. eine zeitnahe Vermittlung an Expert:innen koordiniert werden kann. Diese Umsetzung hätte auch eine ökonomische Determinante, denn Studien belegen, dass sich jeder in die Schulgesundheitspflege investierte Euro über die Lebensphasen von Menschen hinweg um ein Vielfaches amortisiert (Gänsslen et al., 2024; Maulbecker-Armstrong et al., 2021). Für Erwachsene könnte die CHN diese niederschwellige Koordinationsaufgabe übernehmen (Köllner, 2023).

BT-Drucksache 20/11955

Antrag der Fraktion der CDU/CSU ***Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum stärken***

Auch in diesem Antrag wird deutlich, dass nur die bestehenden arztzentrierten Strukturen weiterentwickelt werden sollen. Der Antrag nimmt einseitig die Stärkung der niedergelassenen Ärzt:innen als zentrale Elemente der Gesundheitsversorgung in den Blick. Dabei müssen jedoch alle Akteur:innen und Gesundheitsfachberufe im ländlichen Raum gleichermaßen berücksichtigt werden. Bestehende Strukturen, die eine interprofessionelle Zusammenarbeit der Akteur:innen auf Augenhöhe hemmen, müssen dementsprechend reduziert werden. Das Berufsbild der CHN bedarf in diesem Zusammenhang einer stärkeren Beachtung. Gerade die ländlich geprägten und strukturschwachen Regionen Ostdeutschlands, die in den Jahren der Wiedervereinigung besonders von Abwanderung betroffen waren, sind jetzt stärker vom

demografischen Wandel betroffen. Die kollektiven Erfahrungen mit Gemeindeschwestern in der DDR könnten jedoch bei der Einführung von CHN auf eine hohe Akzeptanz bei der älteren Bevölkerung stoßen.

Mit der Einführung von arztentlastenden Modellen wie z.B. dem AGnES-Konzept als Teil eines ganzheitlichen Ansatzes im ländlichen Raum werden jedoch nicht die Weichen für eine echte Handlungsautonomie für qualifizierte Pflegefachpersonen gestellt, wie es im Pflegekompetenzgesetz und im ANP-Gesetz von der Bundesregierung vorgesehen ist, sondern es wird weiterhin ein Abhängigkeits- bzw. Assistenzmodell von Medizin und Pflege fortgeschrieben. Dies entspricht nicht den internationalen Standards in der Gesundheitsversorgung (ICN, 2020).

BT-Drucksache 20/3272

Antrag der Fraktion der AfD ***Leistungsbezogene Vergütung der medizinischen Behandlungspflege statt Pauschalen – Die medizinische Behandlungspflege in der stationären, ambulanten und häuslichen Pflege der Finanzzuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung unterstellen***

Der DPR weist ausdrücklich darauf hin, dass die pflegerische Versorgung und die Vergütungsstrukturen im ambulanten Setting nicht mit der Versorgung und den Vergütungsstrukturen in einer vollstationären Pflegeeinrichtung vergleichbar sind. Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V sind nicht zwingend an eine Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI geknüpft. Sie sind auf die Sicherung eines ärztlichen Behandlungsziels ausgerichtet.

Die Kosten für den Aufenthalt in einer vollstationären Pflegeeinrichtung und die hohen Eigenanteile der versorgten Personen setzen sich auch nicht ausschließlich aus der medizinischen Behandlungspflege zusammen. Neben den Kosten für die Pflegeleistungen beeinflussen auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Ausbildungsumlage die Gesamtkosten eines Heimplatzes. Insbesondere die vorherrschende Inflation und die erheblichen Preissteigerungen für Energie haben maßgeblich zu den Preissteigerungen in der stationären Langzeitpflege beigetragen.

Die Umsetzung dieses Antrags würde zu erheblichen Versorgungslücken für Personen, die nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind, in der ambulanten Versorgung durch Pflegedienste und zu weiterhin hohen Eigenanteilen für die versorgten Personen in der stationären Langzeitpflege führen.

BT-Drucksache 20/5814

Antrag der Fraktion der AfD ***Verordnung von Hilfsmitteln durch Physiotherapeuten***

Der DPR muss ausdrücklich darauf hinweisen, dass die Ausbildung und die Aufgabenbereiche von Physiotherapeut:innen nicht mit der Ausbildung und den Aufgabenbereichen von Pflegefachpersonen zu vergleichen sind. Verordnungen oder Empfehlungen von Pflegehilfsmitteln oder wohnumfeldverbessernden Maßnahmen nach § 40 Abs. 6 und 7 SGB V basieren immer auf pflegefachlichen Bedarfsermittlungen. Diese Bedarfsermittlung

gehört nach § 4 Abs. 2 PflBG zu den Vorbehaltsaufgaben der Pflegefachpersonen und kann nicht auf andere Berufsgruppen übertragen werden (TT VA & DGP, 2024). Darüber hinaus werden die in § 40 Abs. 6 SGB XI genannten Leistungen nach § 36 SGB XI, §§ 37 und 37c SGB V grundsätzlich nicht von Physiotherapeut:innen erbracht. Auch die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI sind Pflegefachpersonen vorbehalten.

Abschließend möchte der DPR noch einmal an den Ausschuss für Gesundheit appellieren, dass es zur weiteren Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in Deutschland dringend erforderlich ist, die geplanten Aufgabenerweiterungen für die Pflegeprofession, insbesondere mit dem geplanten Pflegekompetenzgesetz und dem APN-Gesetz, noch in dieser Legislaturperiode auf den Weg zu bringen.

Berlin, 11.11.2024

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR
Alt- Moabit 91
10559 Berlin
Tel.: + 49 30 / 398 77 303
Fax: + 49 30 / 398 77 304
E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de
www.deutscher-pflegerat.de

Quellen

Gänsslen, J.-C., Striegel, U., Protsch, M., Melcher, B., Vey, D. & Maulbecker-Armstrong, C. C. (2024). Lower Accident Related Costs In Schools Due to School Health Nurses. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, *29*(4), 215-219.

ICN. (2020). *Guidelines on Advanced Practice Nursing*. Retrieved 09.11.2024 from https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf

Köllner, H. P. (2023). Community Health Nurses: Altereinsamkeit verhindern. *Pflege Zeitschrift*, *76*(11), 52-56.

Maulbecker-Armstrong, C., Binder, D. & Meier-Gräwe, U. (2021). Der Einsatz von Schulgesundheitskräften (SGFK) rechnet sich! *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (NDV)*(8), 397-402.

Nikendei, C. (2021). Psychische Belastung und mentale Gesundheit. In C. Traidl-Hoffmann, C. Schulz, M. Herrmann, & B. Simon (Eds.), *Planetary Health. Klima, Umwelt und Gesundheit im Anthropozän* (pp. 234-243). Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Schaeffer, D., Hämel, K. & Ewers, M. (2015). *Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen. Anregungen aus Finnland und Kanada*. Beltz Juventa.

SVR. (2023). *Resilienz im Gesundheitswesen, Wege zur Bewältigung künftiger Krisen*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

TT VA & DGP. (2024). *Vorbehaltsaufgaben der Pflege –Pflegewissenschaftliche und pflegerechtliche Grundlegung und Einordnung*. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft. Retrieved 19.10.2024 from https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2024/03/Vorbehaltsaufgaben-_Broschuere-DGP-1.pdf

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(40)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
12.11.2024

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme der hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses

vom 11.11.2024

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

BT-Drs. 20/11853

sowie zum

Antrag der Fraktion der CDU/CSU

„Versorgung von Menschen in psychischen Krisen und mit psychischen Erkrankungen stärken“

BT-Drs. 20/8860

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Inhalt

1. Allgemeines 3

2. Einzelbemerkungen 4

Zu Artikel 1 „Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ 4

Zu Nummer 9 (§ 91 SGB V) 4

Zu Nummer 10 (§ 92 SGB V) 5

Zu Nummer 12 (§ 101 SGB V) 7

Zu Nummer 15 (§ 116b SGB V) 12

Zu Nummer 22 (§ 104f SGB V) 15

Zu Nummer 26 (§ 274 SGB V) 16

Zum weitergehenden Änderungsbedarf des Artikel 1: 17

Zur Einfügung einer Nummer 3a (§ 35a SGB V) 17

Zur Nummer 10 (§ 92 SGB V) 26

Zur Einfügung einer Nummer 16a (§ 118 SGB V) 30

Zum Antrag der Fraktion der CDU/ CSU „Versorgung von Menschen in psychischen Krisen und mit psychischen Erkrankungen stärken“ 32

1. Allgemeines

Mit dem Gesetzentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune soll – durch die Weiterentwicklung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) – unter anderem eine noch besser auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ausgerichtete Gesundheitsversorgung unter Berücksichtigung der Interessen der an der Versorgung mitwirkenden Personen und Berufsgruppen erreicht werden. Dazu sollen die Interessenvertretung der Pflege sowie die Patientenvertretung gestärkt, die Entscheidungen der Selbstverwaltung beschleunigt und die Mitsprachemöglichkeiten der Vertretungen der Hebammen, wissenschaftlicher Fachgesellschaften und weiterer Betroffener ausgebaut werden.

Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nehmen entsprechend der Betroffenheit des G-BA zu dem zugrundeliegenden Gesetzentwurf im nachfolgenden Umfang Stellung und unterbreiten weitere Vorschläge unter anderem zur frühen Nutzenbewertung von biotechnologisch bearbeiteten Gewebeprodukte, zur Durchführung Anwendungsbegleitender Datenerhebungen und zur Verbesserung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung.

Darüber hinaus wird auszugsweise zum Antrag der Fraktion der CDU/CSU „Versorgung von Menschen in psychischen Krisen und mit psychischen Erkrankungen stärken“ (BT-Drs. 20/8860) Stellung genommen.

Zu weiteren Aspekten wird aufgrund einer allenfalls mittelbaren Betroffenheit des G-BA auf eine Stellungnahme verzichtet.

Gemeinsamer Bundesausschuss

2. Einzelbemerkungen

Zu Artikel 1 „Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“

Zu Nummer 9

§ 91 SGB V
Gemeinsamer Bundesausschuss

§ 91 wird wie folgt geändert:

Zu Buchstabe a

In Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 erster Halbsatz wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und werden nach den Wörtern „Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses“ die Wörter „sowie zu den Voraussetzungen für die Durchführung von Sitzungen als hybride oder digitale Sitzungen“ eingefügt.

Bewertung:

Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder begrüßen die klarstellende Befugnis, dass der G-BA in seiner Geschäftsordnung (GO) auch festlegt, unter welchen Voraussetzungen und Durchführungsbestimmungen Sitzungen einschließlich solcher Sitzungen, in denen rechtsverbindliche Beschlüsse gefasst werden, in hybrider oder digitaler Form durchgeführt werden können. Insbesondere die Möglichkeit zur Durchführung von digitalen Sitzungen in besonderen, in der GO zu konkretisierenden Konstellationen kann die Arbeitsweise der Beschlussgremien des G-BA im Sinne auch einer effizienten Beschlussfassung flexibilisieren.

Zu Nummer 10

§ 92 SGB V
Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

§ 92 wird wie folgt geändert:

Zu Buchstabe a

Absatz 1b wird durch die folgenden Absätze 1b [und 1c] ersetzt:

„(1b) Bei den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 sind die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen und die Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene zu beteiligen. Verzichtet ein Verband auf die in Satz 1 genannte Beteiligung an der Beratung, so ist ihm vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 ist zudem den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen."

Bewertung:

Die Regelung zur Beteiligung der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen und die Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene bei den Beratungen über die Inhalte der Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 und die bei Verzicht auf eine Beteiligung eingeräumten Stellungnahmerechte wird von den hauptamtlichen unparteiischen Mitgliedern deshalb kritisch gesehen, da die inhaltliche Ausgestaltung des Anspruchs auf Versorgung mit Hebammenhilfe nicht in den Regelungsauftrag des G-BA fällt. Die Richtlinie über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinie; Mu-RL) enthält demnach auch keine – wie aber im Begründungstext zum Gesetzentwurf (S. 49) ausgeführt – „Vorgaben zur Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten mit Hebammen und Regelungen zur Abgrenzung der Aufgabenbereiche, die eine Mitberatung der betreffenden Verbände in den Gremien rechtfertigen." (vgl. auch den Beschluss des G-BA vom 16. Februar 2023 über eine Änderung der Mu-RL: Klarstellende Anpassung zum Regelungsumfang).

Die vom G-BA gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 SGB V beschlossene Mu-RL regelt die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung einschließlich der Indikationen für die einzelnen Maßnahmen sowie Art, Umfang und Durchführung der Maßnahmen sowie die Dokumentation relevanter Untersuchungsergebnisse, die in der Anlage 3 der Mu-RL (Mutterpass) eingetragen werden. Der Regelungsauftrag des G-BA im Bereich der Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft bezieht sich ausschließlich auf die ärztliche Leistungserbringung; die

inhaltliche Ausgestaltung des Anspruchs auf Hebammenhilfe ist hiervon gerade nicht umfasst. § 24d SGB V legt einen Anspruch auf ärztliche Betreuung sowie auf Hebammenhilfe für Versicherte fest; das SGB V unterscheidet also explizit zwischen der „ärztlichen Betreuung" einerseits und der „Hebammenhilfe" auf der anderen Seite. Diese Unterscheidung wird unter anderem bestärkt durch die Regelungen in § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 SGB V und § 134a SGB V, wonach die Versorgung mit Hebammenhilfe vom Gesetzgeber den Partnern der Verträge übertragen worden ist.

Zu Nummer 12

§ 101 SGB V
Überversorgung

§ 101 wird wie folgt geändert:

Zu Buchstabe a

Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 5 wird wie folgt gefasst:

„In den Richtlinien nach Absatz 1 ist sicherzustellen, dass ein Versorgungsanteil der regional maßgeblichen Verhältniszahl den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten vorbehalten ist."

bb) In Satz 6 werden die Wörter „Ab dem 1. Januar 2016 gelten die in Satz 5 vorgesehenen Mindestversorgungsanteile mit der Maßgabe fort, dass der Gemeinsame Bundesausschuss ihre Höhe aus Versorgungsgründen bedarfsgerecht anpassen kann" durch die Wörter „Die Höhe des Versorgungsanteils kann der Gemeinsame Bundesausschuss aus Versorgungsgründen bedarfsgerecht anpassen" ersetzt.

<u>Bewertung:</u>

Mit dem Regelungsvorschlag soll der bisher geltende Mindestversorgungsanteil von 20 Prozent der regional maßgeblichen Verhältniszahl gestrichen werden, weil die Leistungserbringer der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in einer eigenen Arztgruppe mit eigenständiger Regelung zu Mindestversorgungsanteilen zusammengefasst werden. Begründet werde diese Änderung damit, dass es sich um eine Folgeänderung zu der beabsichtigten Bildung einer neuen Arztgruppe handelt.

Die separate Bedarfsplanung für Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche betreuen, ist ein wichtiger Schritt und wird von den hauptamtlichen unparteiischen Mitgliedern des G-BA ausdrücklich begrüßt.

Der in § 101 Absatz 4 SGB V beabsichtigte Wegfall der Mindestversorgungsanteile für Leistungserbringer der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist als Folgeänderung zur Bildung der neuen Arztgruppe sachgerecht. Allerdings sollten insgesamt unterschiedliche Regelungen zur Festsetzung von Mindestversorgungsanteilen in den Absätzen 4 und 4a vermieden werden.

Die Entflechtung der Planung in der psychotherapeutischen Versorgung sollte daher zum Anlass genommen werden, um in § 101 Absatz 4 SGB V auch die bisherigen Mindestversorgungsanteile der weiteren psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzte zugunsten einer an Versorgungsgesichtspunkten orientierten, flexiblen Regelung zu überarbeiten. Zur Vereinheitlichung der in den Absätzen 4 und 4a sodann geregelten psychotherapeutisch tätigen Arztgruppen bietet es sich an, die Regelung

der Mindestversorgungsanteile, wie sie der Referentenentwurf bereits in § 101 Absatz 4a Satz 6 vorsieht, auch in § 101 Absatz 4 zu übernehmen.

Zudem kann die Regelung zum Anlass genommen werden, die Versorgungssituation insbesondere besonders vulnerabler Patientengruppen im Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung zu verbessern. Mindestversorgungsanteile, welche nach Fachgebieten differenziert ausgestaltet werden, können ein Instrument zur besseren Steuerung der Fachgebiete sein; insbesondere im Zusammenhang mit der zunehmenden Teilung von Sitzen für die vertragsärztliche Versorgung durch Psychotherapeuten und psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte ist allerdings eine zusätzliche Steuerung der Niederlassungsmöglichkeiten erforderlich. Das Bundessozialgericht hat insofern auch für die sogenannten „freien Leistungen“, welche außerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet werden, klargestellt, dass Kapazitätsgrenzen für psychotherapeutische Leistungen arztbezogen gelten (u.a. BSG, Urt. v. 25.01.2017 – B 6 KA 6/16 R). Ausgehend hiervon sollte gesetzlich klargestellt werden, dass diese Leistungsbeschränkung auch bedarfsplanerisch insoweit vergleichbar den Regelungen zum Jobsharing und Anstellungen in überversorgten Planungsbereichen bei anteiligen Versorgungsaufträgen im Sinne einer Leistungsbegrenzung zu berücksichtigen sind. Ausgehend hiervon kann der Gemeinsame Bundesausschuss Ausnahmereglungen treffen, um im Ergebnis eine verbesserte Steuerung auch anteiliger Versorgungsaufträge zu erreichen.

Ausnahmen von der Leistungsbeschränkung sind gerechtfertigt, sofern die psychotherapeutische Versorgung auf die Verbesserung des Zugangs von Patientinnen und Patienten nach § 92 Absatz 6b, zur Behandlung vergleichbar schwerer Erkrankungen oder bei aufgrund des Erkrankungsbildes besonders dringlichem Behandlungsbedarf ausgerichtet ist.

Eine zur KSVPsych-RL vergleichbar schwere Erkrankung liegt beispielsweise vor bei Schizophrenie und schizoaffektiven Erkrankungen, bipolaren Störungen und schwerer (unipolarer) Depression.

Zudem ist ein schneller Zugang zur Versorgung für Personen bei notwendiger stationärer Anschlussbehandlung zur Gewährleistung einer nahtlosen ambulanten Versorgung essentiell.

Ein besonders dringlicher psychotherapeutischer Behandlungsbedarf liegt beispielsweise vor bei

- Schwangeren oder Müttern nach der Entbindung (bspw. postpartale Depression) oder
- kann sich ergeben aus strukturellen Mehrbedarfen bei Personen mit Sprachbarrieren, denen Psychotherapie zur Gewährleistung einer sachgerechten Versorgung mit Sprachmittlung anzubieten ist.

Folgerichtig sollte auch die Privilegierung im Zusammenhang mit der Berücksichtigung von Leistungsbegrenzungen bei Anstellung und Jobsharing bei unterdurchschnitt-

lichem Praxisumfang an die Bedingung geknüpft werden, dass die den Fachgruppendurchschnitt bzw. die zeitbezogene Kapazitätsgrenze übersteigenden Leistungen im Rahmen der Versorgung besonders vulnerabler Patientengruppen angeboten wird.

Das Nähere regelt der G-BA bedarfsgerecht in seinen Richtlinien.

Änderungsvorschlag:

§ 101 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Nummer 6 wird der folgende Satzteil angefügt:

„sofern die übersteigenden Leistungen im Rahmen der Versorgung von Patientinnen und Patienten nach § 92 Absatz 6b, vergleichbar schweren Erkrankungsbildern oder bei aufgrund des Erkrankungsbildes besonders dringlichem Behandlungsbedarf erbracht werden.

b) Absatz 4 Satz 5 und 6 werden wie folgt gefasst:

„In den Richtlinien nach Absatz 1 kann der Gemeinsame Bundesausschuss Mindestversorgungsanteile für überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte sowie innerhalb dieser Mindestversorgungsanteile weitere nach Fachgebieten differenzierte Mindestversorgungsanteile aus Versorgungsgründen vorsehen. Er kann Ausnahmeregelungen zu bezogen auf anteilige Versorgungsaufträge bestehende Kapazitätsgrenzen für Psychotherapeuten und psychotherapeutisch tätige Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung bestimmen, sofern die die zeitbezogene Kapazitätsgrenze übersteigenden Leistungen im Rahmen der Versorgung von Patientinnen und Patienten nach § 92 Absatz 6b, vergleichbaren schweren, vom Gemeinsamen Bundesausschuss näher zu konkretisierenden Erkrankungsbildern oder aufgrund des Erkrankungsbildes dringlichem Behandlungsbedarf erbracht werden.“

Zu Buchstabe b

Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:

„Psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten, die jeweils überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, bilden ab dem [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] eine Arztgruppe im Sinne des Absatzes 2. Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist für diese Arztgruppe erstmals zum Stand vom 31. Dezember 2023 zu ermitteln. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die neuen Verhältniszahlen bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu beschließen. In den Richtlinien nach Absatz 1 kann der Gemeinsame Bundesausschuss einen Mindestversorgungsanteile für überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte sowie innerhalb dieses Mindestversorgungsanteils weitere nach Fachgebieten differenzierte Mindestversorgungsanteile aus Versorgungsgründen vorsehen. Der Landesausschuss hat die Feststellungen nach § 103 Absatz 1 Satz 1 erstmals zum Stand vom [einsetzen: Datum des letzten Tages des elften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu treffen.“

Bewertung:

Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des G-BA begrüßen ausdrücklich die Festsetzung einer eigenständigen Arztgruppe für psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen. Sie ermöglicht die Aufstellung separater Verhältniszahlen auf Grundlage der tatsächlichen Anzahl der im jeweiligen Planungsbereich lebenden Kinder und Jugendlichen, mit denen Besonderheiten in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen, etwa eine geringere Mobilität, besser berücksichtigt werden können. Die Verhältniszahlen der fortan getrennt beplanten psychotherapeutischen Versorgung Erwachsener sind entsprechend des bedarfsgerechten Versorgungsgrads neu zu ermitteln.

Der Regelungsvorschlag berücksichtigt allerdings nicht, zu welchem Faktor nicht ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte der neuen Arztgruppe bei der Bestimmung der Verhältniszahlen berücksichtigt werden sollen. Für überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte wird bislang ein Anrechnungsfaktor von 0,7 vorgesehen (vgl. auch § 20 der Bedarfsplanungs-Richtlinie). Es bietet sich an, diesen Wert auch für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen heranzuziehen.

Angesichts der für 2025 vorgesehenen Aktualisierung des Morbiditätsfaktors und der zeitnahen Anpassung der Kreistypisierung entsprechend der Vorgaben des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung wird empfohlen, die ambitionierte Fristsetzung zur Anpassung der Verhältniszahlen auf das Ende des Jahres 2025 festzusetzen und dem folgend auch die weiteren Fristen im Entwurf des Absatzes 4a entsprechend zu überprüfen.

Änderungsmodus im Vergleich zum Referentenentwurf:

„Psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten, die jeweils überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, bilden ab dem [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] eine Arztgruppe im Sinne des Absatzes 2. Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist für diese Arztgruppe erstmals zum Stand vom 31. Dezember 2023 zu ermitteln. Dabei sind überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte mit dem Faktor 0,7 zu berücksichtigen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die neuen Verhältniszahlen bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu beschließen. In den Richtlinien nach Absatz 1 kann der Gemeinsame Bundesausschuss einen Mindestversorgungsanteile für überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte sowie innerhalb dieses Mindestversorgungsanteils weitere nach Fachgebieten differenzierte Mindestversorgungsanteile aus Versorgungsgründen vorsehen. Der Landesausschuss hat die Feststellungen nach § 103 Absatz 1 Satz 1 erstmals zum Stand vom [einsetzen: Datum des letzten Tages des elften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu treffen.“

Zu Nummer 15

§ 116b SGB V
Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Nach § 116b Absatz 5 werden die folgenden Absätze 5a und 5b eingefügt:

„(5a) Vor den Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses über die in Absatz 4 Satz 1 genannten Regelungen und über Regelungen nach Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 1 ist den jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die jeweilige Entscheidung einzubeziehen.

(5b) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die in Absatz 4 Satz 1 genannten Regelungen für eine Erkrankung oder einen Erkrankungszustand innerhalb von einem Jahr nach Einleitung des Beratungsverfahrens zu beschließen. Er soll je Kalenderjahr mindestens für drei Erkrankungen oder Erkrankungszustände in Absatz 4 Satz 1 genannte Regelungen treffen.“

<u>Bewertung zu Absatz 5a:</u>

Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des G-BA begrüßen die vorgesehene Regelung in Absatz 5a, soweit den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu Beschlüssen zur Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL) gegeben werden soll. Bereits in dem vom Innovationsausschuss geförderten Projekt GOAL-ASV – Generelle, alle ASV-IndikatiOnen übergreifende EvALuation und Weiterentwicklung der ASV-RL[1] – wurde die Empfehlung ausgesprochen, bei der Erarbeitung von Anlagen der ASV-RL Vertreterinnen und Vertreter der maßgeblichen Fachgruppen des Kernteams einzubeziehen.

Für nicht erforderlich und nicht sinnvoll erachten es die hauptamtlichen Mitglieder des G-BA, dass den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften auch ein Stellungnahmerecht zu Entscheidungen des G-BA nach § 116b Absatz 5 SGB V, also zu Entscheidungen über die Ergänzung des gesetzlichen Katalogs der von der ASV erfassten Erkrankungen und hochspezialisierten Leistungen, eingeräumt werden soll. So lösen positive Entscheidungen des G-BA über die Ergänzung des gesetzlichen Katalogs nach § 116b Absatz 5 SGB V ein Beratungsverfahren aus, in dessen Ergebnis die ASV-RL um eine Erkrankung oder hochspezialisierte Leistung ergänzt wird. Zu dieser Änderung der ASV-RL hätten die Fachgesellschaften dann bereits mit der zuvor begrüßten gesetzlichen Neuregelung ein Stellungnahmerecht, so dass ein zusätzliches Stellungnahmerecht im Rahmen des Antragverfahrens nach § 116b Absatz 5 SGB V

[1]Projektergebnisse abrufbar unter: https://innovationsfonds.g-ba.de/beschluesse/goal-asv-generelle-alle-asv-indikationen-uebergreifende-evaluation-und-weiterentwicklung-der-asv-rl-116b-sgb-v.127

nicht erforderlich und wegen der verfahrensrechtlich zwingend folgenden Verzögerung von Entscheidungen über den Beginn des Beratungsverfahrens zu einer neuen Erkrankung auch nicht sinnvoll ist.

Nach der bisherigen gesetzlich vorgesehenen Systematik haben Fachgesellschaften Stellungnahmerechte zu normativen Richtlinien und Beschlüssen des G-BA. Stellungnahmerechte von Fachgesellschaften zu Antragsverfahren, die zunächst ein Beratungsverfahren beim G-BA auslösen, sehen die gesetzlichen Vorgaben bislang nicht vor.

Es wird auch weiter im Sinne der Verfahrensdynamik und -effizienz für sinnvoll erachtet, dass etwaige zukünftige Stellungnahmerechte von wissenschaftlichen Fachgesellschaften in der ASV hinsichtlich des „Wie“ – also der Ausgestaltung von Regelungen des G-BA – nicht jedoch hinsichtlich des „Ob“ eingeräumt werden.

Außerdem wird empfohlen, das Stellungnahmerecht zu Entscheidungen des G-BA nach § 116b Absatz 4 SGB V auf Richtlinienbeschlüsse nach Absatz 4 Satz 1 zu begrenzen, um zum Beispiel klarzustellen, dass zu Beschlüssen zu den Berichten des G-BA an das BMG nach § 116b Absatz 4 Satz 13 SGB V kein Stellungnahmerecht besteht.

Änderungsmodus im Vergleich zum Referentenentwurf:

„(5a) Vor den Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses über die in Absatz 4 Satz 1 genannten Regelungen ~~und über Regelungen nach Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 4 Satz 1~~ ist den jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die jeweilige Entscheidung einzubeziehen.“

Bewertung zu Absatz 5b:

Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des G-BA begrüßen die mit der vorgesehenen Änderung beabsichtigte Förderung des weiteren Ausbaus der ASV.

Hinsichtlich der neuen Vorgaben zur Anzahl der vom G-BA jährlich neu in die ASV aufzunehmenden Erkrankungen und der hierfür vorzusehenden Beratungsdauer ist jedoch zu bedenken, dass die mit Absatz 5a neu vorgesehenen Stellungnahmerechte der einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften die Beratungen zur ASV in den Gremien des G-BA deutlich komplexer machen.

Die Festlegungen zu den personellen Anforderungen in der ASV-RL umfassen bei manchen Erkrankungen bis zu 20 ärztliche Fachgebiete und Facharztkompetenzen und es ist dementsprechend von einer hohen Zahl stellungnahmeberechtigter wissenschaftlicher Fachgesellschaften auszugehen. Die Erfahrungen aus Beratungsverfahren mit einer ähnlich großen Anzahl von stellungnahmeberechtigten Organisationen lassen Stellungnahmen im Gesamtumfang von mehreren hundert Seiten erwarten, deren sachgerechte fachliche Auswertung einschließlich ihrer verfahrensrechtlich gebotenen Dokumentation aufwändig ist. Zudem bestehen verfahrensrechtliche und zum Teil gesetzliche Vorgaben, nach denen die Frist für die Stellungnahme nicht kürzer als vier Wochen sein soll und nach denen jedem Stellungnahmeberechtigten, der eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer

mündlichen Stellungnahme im Rahmen einer Anhörung durch den zuständigen Unterausschuss zu geben ist. Aus den mit dem Gesetzesentwurf geplanten neuen Stellungnahmerechten der einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften resultiert also ein erheblicher Mehraufwand im Verfahren des G-BA, der eine längere Beratungszeit als bisher erwarten lässt. Dieser Mehraufwand steht zumindest in einem gewissen Spannungsverhältnis dazu, dem G-BA gleichzeitig vorzugeben, mindestens drei Erkrankungen (statt bisher ohne gesetzliche Vorgaben in der Regel zwei) pro Jahr innerhalb einer neu vorgegebenen Frist in die ASV-RL aufzunehmen.

Zu Nummer 22

§ 140f SGB V
Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten

§ 140f Absatz 2 wird wie folgt geändert:

Zu Buchstabe b

Nach Satz 7 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Ein Beschluss des Beschlussgremiums des Gemeinsamen Bundesausschusses wird gehemmt, wenn die benannten Personen einheitlich ein ablehnendes Votum abgeben. Er gilt erst dann als getroffen, wenn er durch erneuten Beschluss in einer darauffolgenden Sitzung bestätigt wird.“

Bewertung:

Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder begrüßen die vorgeschlagene Änderung, da sie geeignet ist, die Rechte der Patientenvertretung im G-BA weiter zu stärken, damit die Belange der Patientinnen und Patienten noch besser berücksichtigt werden. Es wird jedoch vorgeschlagen, das Vetorecht der Patientenvertretung im G-BA systematisch an die entsprechende Antragsbefugnis der in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen zu knüpfen (§ 140f Absatz 2 Satz 5 SGB V).

Änderungsmodus im Vergleich zum Referentenentwurf:

b) Nach Satz 7 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Ein Beschluss des Beschlussgremiums des Gemeinsamen Bundesausschusses wird gehemmt, wenn die ~~benannten Personen~~ Organisationen einheitlich ein ablehnendes Votum abgeben. Er gilt erst dann als getroffen, wenn er durch erneuten Beschluss in einer darauffolgenden Sitzung bestätigt wird.“

Zu Nummer 26

§ 274 SGB V
Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung

Zu Buchstande c)

Dem § 274 Absatz 4 wird folgender Satz 2 angefügt:

> *„Zudem prüft der Bundesrechnungshof die Haushalts- und Wirtschaftsführung der Kassenärztlichen Vereinigungen und deren Bundesvereinigungen, der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund sowie des Gemeinsamen Bundesausschusses.“*

Bewertung:

Gemäß § 91a Absatz 1 SGB V unterliegt die Aufsicht über die Haushalts- und Wirtschaftsführung dem BMG, während für die Tragung der Kosten des G-BA gemäß § 91 Absatz 3 SGB V die Finanzierung über den sogenannten. Systemzuschlag nach § 139c SGB V greift.

Der allenfalls mittelbare Bezug durch den die Beitragsfinanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung ergänzenden Bundeszuschuss nach § 221 SGB V rechtfertigt keine Prüfung durch den Bundesrechnungshof. Hierzu wird ergänzend auf das dem BMG vorliegende Rechtsgutachten von Prof. Dr. Hermann Butzer vom Februar 2023 verwiesen.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Zum weitergehenden Änderungsbedarf des Artikel 1:

Zur Einfügung einer Nummer 3a

§ 35a SGB V
Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen, Verordnungsermächtigung

Nach Nummer 3 wird folgende Nummer 3a eingefügt:

„3a. § 35a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1b wird Satz 2 gestrichen.

b) § 35“a Absatz 3b wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nummer 2 wird das Wort „sind“ durch das Wort „wurden“ ersetzt.

bb) Nach Satz 4 werden folgende Sätze 5 und 6 eingefügt:

„Dabei können auch methodische Vorarbeiten und Studienunterlagen anderer pharmazeutischer Unternehmer zugrunde gelegt werden. Hierfür können pharmazeutische Unternehmer gegen eine angemessene Entschädigung verpflichtet werden, die von ihnen erstellten Studienunterlagen zum Zwecke der Verwendung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in weiteren Verfahren der anwendungsbegleitenden Datenerhebung im gleichen Indikationsgebiet zur Verfügung zu stellen.“

cc) Der Satz 5 wird Satz 7 und die Wörter „dabei soll er“ werden durch die Wörter „Bei der Forderung einer anwendungsbegleitenden Datenerhebung soll der Gemeinsame Bundesausschuss“ ersetzt.

dd) Die Sätze 6 bis 8 werden die Sätze 8 bis 10.

ee) Der Satz 9 wird Satz 11 und nach der Angabe „Satz 4,“ werden die Wörter „sowie zur Entschädigung nach Satz 6“ eingefügt.

ff) Die Sätze 10 bis 12 werden die Sätze 12 bis 14.

gg) Nach Satz 14 werden folgende Sätze angefügt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss kann Registerbetreiber im Hinblick auf den Aufbau und die Entwicklung von geeigneten Strukturen für die Erfassung von Daten in Indikationsgebieten unterstützen, in denen die Durchführung anwendungsbegleitender Datenerhebungen aufgrund unzureichender oder fehlender vergleichender Daten zum Zwecke der Nutzenbewertung potentiell durchgeführt werden kann.

Dabei kann der G-BA insbesondere zum Registeraufbau und zur Entwicklung von Strukturen für die versorgungsnahe Datenerhebung zu patientenrelevanten Endpunkten und zur relevanten Patientenpopulation beraten. Er arbeitet hierbei mit den zuständigen Zulassungsbehörden und einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften zusammen. Eine finanzielle

Beteiligung am Registerbetrieb sowie die Förderung von anwendungsbegleitenden Datenerhebungen nach den Sätzen 1 bis 14 ist ausgeschlossen. Das Nähere zu den Anforderungen der Beratungen und zur Unterstützung beim Registeraufbau regelt der G-BA in seiner Verfahrensordnung."

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Gemäß § 35a Absatz 1b Satz 1 SGB V unterfallen Arzneimittel für neuartige Therapien (sogenannte advanced therapy medicinal products, kurz: ATMP) im Sinne von § 4 Absatz 9 Arzneimittelgesetz (AMG) grundsätzlich der frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln, ohne dass es einer gesonderten Bewertung der zur Anwendung des Arzneimittels erforderlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach den §§ 135 Absatz 1, 137c oder 137h SGB V bedarf. Als Fertigarzneimittel zugelassene ATMP einschließlich des ärztlichen Behandlungsanteils werden damit sozialrechtlich wie Arzneimittel – das heißt nicht wie Methoden – behandelt und stehen damit unmittelbar mit Zulassung nicht nur für die Versorgung im Krankenhaus, sondern auch für die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten zur Verfügung.

Die Zuordnung der zugelassenen ATMP zum Arzneimittelregime wurde vom Gesetzgeber damit begründet, dass durch die regelhaft durchzuführende frühe Nutzenbewertung nach § 35a SGB V für zugelassene ATMP Transparenz über die vorhandene Evidenz hergestellt und gewährleistet werde, dass für den jeweiligen Wirkstoff ein Erstattungsbetrag nach § 130b SGB V verhandelt werde. Bei als Fertigarzneimitteln zugelassenen ATMP werde im Rahmen des Zulassungsverfahrens der Wirkstoff einschließlich des für die Anwendung erforderlichen ärztlichen Behandlungsanteils, wie bei jedem anderen Fertigarzneimittel, auf Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und Qualität geprüft und nach erfolgreicher Prüfung arzneimittelrechtlich zum Verkehr zugelassen (vergleiche BT-Drucksache 19/17155, Seite 127).

§ 35a Absatz 1b Satz 2 SGB V begründet bislang eine Rückausnahme für biotechnologisch bearbeitete Gewebeprodukte (sogenannte tissue engineered products, kurz: TEP), eine spezielle Art von ATMP. Für TEPs muss der G-BA daher weiterhin auf Grundlage der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts anhand des Schwerpunkts des Wirkprinzips im Einzelfall entscheiden, ob eine Dossierpflicht nach § 35a SGB V besteht oder das TEP der Methodenbewertung nach den §§ 135 Absatz 1, 137c oder 137h SGB V unterliegt. Diese Rückausnahme wurde vom Gesetzgeber damit begründet, dass anzunehmen sei, dass bei der Anwendung dieser Produkte der ärztliche Behandlungsanteil in der Regel überwiege.

Diese Vermutung hat sich seit Einführung der Sonderregelungen für ATMPs in § 35a Absatz 1b Satz 1 und 2 SGB V nicht bestätigt. Bei allen Dossierpflichts-Anfragen im Rahmen des § 35a SGB V, die TEPs betrafen und die seit der

Einführung der Sonderregelungen für ATMP durch den Unterausschuss Arzneimittel und den Unterausschuss Methodenbewertung gemeinsam beraten wurden, stellte der G-BA im Ergebnis fest, dass bei der Beurteilung nach dem Schwerpunkt des Wirkprinzips der Arzneimittelcharakter im Vordergrund steht.

Bei als Fertigarzneimitteln zugelassenen TEPs wird im Rahmen des Zulassungsverfahrens der Wirkstoff einschließlich des für die Anwendung erforderlichen ärztlichen Behandlungsanteils bereits auf Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und Qualität geprüft, sodass die Mindeststandards einer wirtschaftlichen und zweckmäßigen Arzneimittelversorgung im Sinne des Krankenversicherungsrechts gemäß §§ 2 Absatz 1 Satz 3 und 12 Absatz 1 SGB V sichergestellt sind. Die Erwägungen des Gesetzgebers bei der Schaffung der Sonderregelung in § 35a Absatz 1b Satz 1 SGB V, dass durch die regelhaft durchgeführte Nutzenbewertung für zugelassene ATMP Transparenz über die vorhandene Evidenz hergestellt werde und gewährleistet werde, dass für den jeweiligen Wirkstoff ein Erstattungsbetrag nach § 130b SGBV verhandelt werde, treffen auch auf TEPs zu.

Aus diesen Gründen ist die durch § 35a Absatz 1b Satz 2 SGB V begründete Sonderstellung der TEPs gegenüber den übrigen ATMP aus heutiger Sicht zukünftig nicht mehr erforderlich.

Zu Buchstabe b:

Zu Buchstabe aa:

Da sich die Dauer einer anwendungsbegleitenden Studie über einen Zeitraum von 6 bis 7 Jahren erstrecken kann, ist es möglich, dass es während der Dauer einer anwendungsbegleitenden Datenerhebungen (AbD) zu Änderungen des zulassungsrechtlichen Status der betroffenen Arzneimittel kommt. Die für den Erlass sowohl des Forderungsbeschlusses als auch des Beschlusses zur Beschränkung der Versorgungsbefugnis erforderlichen Tatbestandsvoraussetzungen nach § 35a Absatz 3b Satz 1 Nummer 1 oder 2 SGB V müssen jeweils zum Zeitpunkt der Zulassung gegeben sein. Der spätere Wegfall dieser auf den regulatorischen Status abstellenden Tatbestandsvoraussetzungen hat nicht die zwingende Rechtsfolge, dass seitens des G-BA von einer weiteren Durchführung der AbD abgesehen werden müsste (vgl. Beschluss des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg vom 15. März 2024, Az.: L 1 KR 21/24 KL ER). Der erste Regelungsvorschlag enthält daher eine entsprechende Klarstellung des Wortlautes.

Wie sich, vor dem Hintergrund der Gesetzesgrundlage, aus Sinn und Zweck des § 35a Absatz 3b SGB V ergibt, ist der maßgebliche Anknüpfungspunkt für die Forderung einer AbD die zum Zeitpunkt der Nutzenbewertung noch unzureichende Datenlage. Bei den Arzneimitteln liegen entweder noch keine vollständigen klinischen Daten zur Beurteilung der Wirksamkeit vor oder die vorhandene Evidenzlage ist aufgrund der Seltenheit der Erkrankung zu gering (Ernst-Wilhelm Luthe in: Hauck/Noftz SGB V, 2. Ergänzungslieferung 2024, §

35a SGB V, Rn. 154). Die AbD ist sinnvoll, solange die Evidenz nicht auf anderem Wege hergestellt ist (vgl. Beschluss des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg vom 15. März 2024, Az.: L 1 KR 21/24 KL ER).

Insofern ist für die Fortführung einer anwendungsbegleitenden Datenerhebung nicht das Fortbestehen des regulatorischen Status, sondern das Weiterbestehen einer Evidenzlücke ausschlaggebend, deren Beseitigung das Hauptziel der Forderung einer anwendungsbegleitenden Datenerhebung und von Auswertungen ist (vgl. Gesetzesbegründung zum Entwurf eines Gesetzes für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung, BT-Drucksache 19/8753, S. 60).

Dass das Fortbestehen des regulatorischen Status für die Fortführung einer AbD nicht ausschlaggebend ist, zeigt auch die Fallgruppe der bedingten Zulassungen nach § 35a Absatz 3b Satz 1 Nummer 1, 2. Alternative SGB V. Eine bedingte Zulassung (Artikel 14-a der Verordnung (EG) Nr. 726/2004) ist darauf ausgelegt, dass der pharmazeutische Unternehmer in einem definierten Zeitraum (in der Regel 2 bis 4 Jahre) weitere Studiendaten mit dem Ziel der Umwandlung in eine reguläre Zulassung vorlegt. Diese Studiendaten sind jedoch häufig nicht geeignet, die Evidenzlücken für die Fragestellung der Nutzenbewertung nach § 35a SGB V, welche zum Zeitpunkt der Zulassungserteilung für das Arzneimittel in dem beratungsgegenständlichen Anwendungsgebiet bestehen, zu beseitigen. So dienen diese Studiendaten zumeist der regulatorischen Fragestellung des positiven Nutzen-Risiko-Verhältnisses und beziehen sich häufig zum Beispiel auf nicht direkt vergleichende Daten, auf frühere Therapielinien oder andere Interventionen (z.B. Monotherapie vs. Kombinationstherapie). Denn eine bedingte Zulassung ist dem Grunde nach darauf ausgelegt, später in eine reguläre Zulassung umgewandelt zu werden, ohne dass – mit Blick auf eine laufende anwendungsbegleitende Datenerhebung – die zugrundeliegenden Bedingungen regelhaft mit einer Verbesserung der Evidenz für die Fragestellung der Nutzenbewertung nach § 35a SGB V verbunden sind.

Für Arzneimittel, welche initial als Arzneimittel zur Behandlung eines seltenen Leidens nach der Verordnung (EG) Nr. 141/2000 zugelassen wurden, kann es im Nachgang zur Zulassung dazu kommen, dass der Orphan-Drug-Status durch die europäische Kommission aufgehoben oder aber auch allein aufgrund strategischer Erwägungen vom pharmazeutischen Unternehmer freiwillig zurückgegeben wird (beispielsweise als Anreiz bei Abschluss des pädiatrischen Entwicklungsplans gem. Verordnung (EWG) Nr. 1768/92 bzw. Verordnung EG Nr. 1901/2006). Diese Entscheidungen über das Fortbestehen eines Orphan-Drug-Status stehen dabei regelhaft ebenfalls in keinem Zusammenhang mit einer weitergehenden Evidenzgenerierung, welche die bestehenden Evidenzlücken für das Arzneimittel in dem bewertungsgegenständlichen Anwendungsgebiet beheben könnte.

Die Weiterführung einer anwendungsbegleitenden Datenerhebung ist somit trotz Wegfall des Orphan-Drug-Status im Nachgang zur Zulassung in der Regel weiterhin erforderlich, da die bestehenden Evidenzlücken nicht behoben sind.

Sollten die Evidenzlücken jedoch im Verlauf der anwendungsbegleitenden Datenerhebung geschlossen werden, so würde dies vom G-BA im Rahmen der Überprüfung der anwendungsbegleitenden Datenerhebung und von Auswertungen regelhaft berücksichtigt werden.

Da sich die Frage der Weiterführung einer anwendungsbegleitenden Datenerhebung somit nicht nur bei regulatorischen Statuswechseln ohne Evidenzverbesserung im Bereich der Zulassungen nach § 35a Absatz 3b Satz 1 Nummer 1 SGB V, sondern gleichermaßen auch im Bereich der Orphan Drugs nach § 35a Absatz 3b Satz 1 Nummer 2 SGB V stellt, ist ein Gleichlauf der Wortlaute vom Sinn und Zweck der Regelung her geboten.

Insoweit stellt die vorgeschlagene Änderung des derzeitigen Wortlauts des § 35a Absatz 3b Satz 1 Nummer 2 SGB V lediglich eine Klarstellung nach dem Sinn und Zweck der gesetzlichen Regelung entsprechend der Gesetzesbegründung zur ursprünglichen Fassung durch das Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung dar.

Zu Buchstabe bb bis ff:

Ziel der vorgeschlagenen Änderungen ist es, dem G-BA die weitergehende Nutzung von zum Zwecke der Durchführung einer AbD erstellten Studienunterlagen im gleichen Indikationsgebiet zu ermöglichen und so die Datenerhebung in indikationsspezifischen Registern zu fördern und zu vereinheitlichen. Die jeweiligen an der Erstellung der Studienunterlagen beteiligten pharmazeutischen Unternehmer sollen als Ausgleich hierfür eine angemessene Entschädigung erhalten.

Für die Umsetzung einer anwendungsbegleitenden Datenerhebung kommen vornehmlich indikationsspezifische Register in Betracht (siehe IQWiG-Berichte – Nr. 863: Konzepte zur Generierung versorgungsnaher Daten und deren Auswertung zum Zwecke der Nutzenbewertung von Arzneimitteln nach § 35a SGB V, 10. Januar 2020).

Im Rahmen der Forderung einer AbD und von Auswertungen werden erste methodische Eckpunkte vom G-BA unter Einbeziehung der Beteiligung von Registerbetreibenden und dem betroffenen pharmazeutischen Unternehmer nach 5. Kapitel § 57 Verfahrensordnung des G-BA (VerfO) festgelegt. Gemäß 5. Kapitel § 59 Absatz 1 VerfO ist der pharmazeutische Unternehmer verpflichtet, zur Umsetzung der im Forderungsbeschluss nach § 35a Absatz 5b Satz 1 SGB V festgelegten Anforderungen, vorab der Durchführung einer AbD und von Auswertungen ein Studienprotokoll und einen statistischen Analyseplan unter Berücksichtigung des wissenschaftlichen Standards zu erstellen. Im Rahmen dieser Verpflichtung liegt es auch im Ermessen des betroffenen pharmazeutischen Unternehmers, entsprechende Abstimmungen mit dem potentiell geeigneten indikationsspezifischen Register für die Umsetzung der Anforderungen des G-BA an die anwendungsbegleitende Studie zu initiieren. Die detaillierte Ausgestaltung der anwendungsbegleitenden Studie kann somit erst

im Rahmen der Abstimmung der zugrundeliegenden Studienunterlagen (Studienprotokoll und SAP) erfolgen, welche vom pharmazeutischen Unternehmer in Abstimmung mit den Registerbetreibenden nach Prüfung der möglichen Umsetzung der Anforderungen des G-BA vorzulegen sind.

Derzeit werden die abgestimmten Studienunterlagen zu einer anwendungsbegleitenden Studie unter Wahrung von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen vollständig auf der Internetseite des G-BA veröffentlicht (5. Kapitel § 59 Absatz 3 Satz 1 VerfO). Daraus folgt jedoch noch kein Verwertungsrecht des G-BA an den methodischen Vorarbeiten und den Studienunterlagen über das laufende Verfahren hinaus.

Um Synergieeffekte bereits erfolgter Abstimmungen zwischen pharmazeutischen Unternehmen mit den Registerbetreibenden bei anwendungsbegleitenden Studien in dem gleichen Indikationsgebiet nutzbar zu machen und eine möglichst effiziente Umsetzung der Evidenzgenerierung im Rahmen der anwendungsbegleitenden Datenerhebung sicherzustellen, ist die Berücksichtigung von bereits abgestimmten Studienunterlagen zu einer geforderten AbD bei der Festlegung der näheren Vorgaben an die Dauer, die Art und den Umfang der Datenerhebung und Auswertung durch den G-BA essentiell.

Die vorgeschlagene Änderung soll es dem G-BA daher ermöglichen, im Rahmen der Festlegung der Vorgaben an die Dauer, die Art und den Umfang der Datenerhebung und Auswertung auch die Umsetzung von Anforderungen aus bereits vorgelegten Studienunterlagen zu AbD im gleichen Indikationsgebiet unter Beachtung entsprechender Urheberrechte der pharmazeutischen Unternehmer bestimmen zu können. Dies würde aus Sicht der hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des G-BA zur Standardisierung des Instrumentes der AbD beitragen und eine Weiterentwicklung der relevanten Prozesse mit dem Ziel der Vereinheitlichung der Bewertungen entscheidend begünstigen.

Aufgrund des Einsatzbereiches der AbD in Indikationsgebieten mit limitierter Evidenzlage ist eine Weiterverwertung methodischer Vorarbeiten und erstellter Studienunterlagen in höherem Maße erforderlich. Zahlreiche indikationsspezifische Register weisen derzeit noch relevante Mängel in Bezug auf die Datenerhebung und Qualitätssicherung der erhobenen Daten auf. Um die Verwertbarkeit der in einem indikationsspezifischen Register erhobenen Daten im Rahmen der Nutzenbewertung sicherzustellen, sind daher häufig umfassende Anpassungen des indikationsspezifischen Registers erforderlich. Bisherige Erfahrungen zeigen, dass eine unzureichende Evidenzgrundlage zum Zeitpunkt der Zulassung, die die Erforderlichkeit der Forderung einer anwendungsbegleitenden Datenerhebung und von Auswertungen begründet, häufig in ähnlichen Indikationsgebieten vorliegt. Hierbei kommt in der Regel das gleiche indikationsspezifische Register als potentielle primäre Datenquelle für die Durchführung der anwendungsbegleitenden Studien in Betracht. Sofern ein konkretes indikationsspezifisches Register aufgrund einer bereits geforderten

anwendungsbegleitenden Studie und den dafür zu erstellenden Studienunterlagen an die Anforderungen des G-BA angepasst wird bzw. wurde, stellt dieses Register regelmäßig auch für nachfolgende anwendungsbegleitende Studien in dem jeweiligen Indikationsgebiet eine geeignete primäre Datenquelle dar, welche ohne größeren Aufwand genutzt werden kann.

Die Weiterverwertung methodischer Vorarbeiten und erstellter Studienunterlagen kann mit Blick auf eine Vereinheitlichung der Datenerhebungen zu einer besseren Vergleichbarkeit sowie besseren Nutzbarkeit der anwendungsbegleitend erhobenen Daten beitragen. Sind die Studienunterlagen für eine erstmalig in einem Indikationsgebiet geforderte anwendungsbegleitende Studie in Abstimmung mit dem G-BA bereits erstellt worden und die erforderlichen Anpassungen in dem jeweiligen indikationsspezifischen Register definiert, liegen dadurch bereits geänderte Voraussetzungen für die Ausgestaltung nachfolgender anwendungsbegleitender Studien in diesem indikationsspezifischen Register vor, beispielsweise die festgelegte Verwendung von patientenberichteten Endpunkten und spezifischen Messinstrumenten. Aus Sicht der hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des G-BA sollten generalisierbare Anforderungen an die AbD in dem gleichen Indikationsgebiet, beispielsweise in Bezug auf die Festlegung und Operationalisierung von Endpunkten, nicht unterschiedlich ausgestaltet werden. Auch sollte eine Vereinheitlichung der Datenerhebung für die Vergleichbarkeit der Ergebnisse der AbD im gleichen Indikationsgebiet sichergestellt werden. Dies kann auch die Umsetzung von gegebenenfalls erforderlichen Anpassungen an der AbD für alle betroffenen pharmazeutischen Unternehmer und die Registerbetreibenden erleichtern. Zudem trägt eine einheitliche Datenerhebung in der gleichen Datenquelle zu verschiedenen Arzneimitteln dazu bei, dass Veränderungen im Versorgungskontext berücksichtigt werden können. So würde die einheitliche Datenerhebung und Datenqualität zu später zugelassenen und für die Nutzenbewertung relevanten Arzneimitteln auch dem erstmalig im Indikationsgebiet betroffenen pharmazeutischen Unternehmer ermöglichen, diese Daten, sofern erforderlich, in seine Auswertungen einzubeziehen. Eine Vereinheitlichung der Datenerhebungen in der gleichen Datenquelle ermöglicht darüber hinaus, dass die Daten zu Patientinnen und Patienten unter der Vergleichstherapie für alle in dem jeweiligen Indikationsgebiet geforderten anwendungsbegleitenden Studien genutzt werden können. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der häufig nur begrenzt verfügbaren Anzahl an Patientinnen und Patienten in seltenen Indikationen relevant.

Mit Blick darauf, dass die pharmazeutischen Unternehmer im Rahmen der Umsetzung der im Forderungsbeschluss nach § 35a Absatz 5b Satz 1 SGB V festgelegten Anforderungen durch die Erstellung der Studienunterlagen ihrerseits gegebenenfalls urheberrechtlich geschützte Werke schaffen, sollte geprüft werden, ob die Verpflichtung zur Einräumung der Verwertungsrechte gegen ange-

messene Entschädigung zu erfolgen hat. Das Nähere zur Höhe und zur Ausgestaltung der Entschädigung könnte der G-BA in seiner Verfahrensordnung regeln.

Zu Buchstabe gg:

Bisher besteht im Rahmen der Forderung einer anwendungsbegleitenden Datenerhebung und von Auswertungen die Möglichkeit, allein die betroffenen pharmazeutischen Unternehmer in Bezug auf die Erstellung der relevanten Studienunterlagen für die anwendungsbegleitende Studie und den damit einhergehenden Anpassungsbedarf an dem jeweiligen Register zu beraten. Bisherige Erfahrungen zeigen, dass an den bestehenden Registern häufig umfängliche Anpassungen erforderlich sind, um das Register für eine anwendungsbegleitende Datenerhebung nutzbar zu machen. Dies stellt ein relevantes Hindernis für die Umsetzbarkeit von anwendungsbegleitenden Studien dar und verzögert in der Regel den Beginn der Datenerhebung und damit einhergehend den Zeitpunkt der erneuten Nutzenbewertung für diese Arzneimittel. Der vorliegende Regelungsvorschlag soll es dem G-BA daher ermöglichen, zusammen mit anderen Beteiligten wie den Zulassungsbehörden und Fachgesellschaften und unabhängig von einer bereits bestehenden Forderung einer anwendungsbegleitenden Datenerhebung und von Auswertungen, Registerbetreiber frühzeitig in Bezug auf den Aufbau des Registers und die Entwicklung von geeigneten Strukturen, insbesondere hinsichtlich der Erfassung von vergleichenden Daten zu patientenrelevanten Endpunkten in der relevanten Patientenpopulation, zu beraten.

Mängel, wie das Fehlen von Kontrollen, detaillierten schriftlichen Protokollen, das Außerachtlassen von Confounderanalysen, die fehlende Standardisierung von Maßnahmen und eine unzureichende, unvollständige Dokumentation der Ergebnisse sind weit verbreitet und können bereits bei Planung oder Neuausrichtung von Registern berücksichtigt werden. Somit kann in dem vorbenannten Fall wertvolle Zeit für spätere Anpassungen erspart werden und die Register wären im Falle einer potentiellen Forderung einer prospektiven anwendungsbegleitenden Datenerhebung in dem Anwendungsgebiet zeitnah einsatzbereit.

Die Implementierung von hochwertigen Registern bereits einige Jahre vor Verfügbarkeit neuer Therapieoptionen ist insbesondere für solche Versorgungssituationen entscheidend, in denen nach Markteinführung neuer Therapieoptionen, beispielsweise Arzneimittel für neuartige Therapien (ATMPs) und vergleichbare Wirkstoffklassen, nur noch wenige Patientinnen und Patienten mit den bis dahin verfügbaren Therapieoptionen, die als Vergleichstherapie dienen können, überhaupt noch behandelt werden. In diesen Situationen können nach Markteinführung in der Regel keine vergleichenden Daten für die Nutzenbewertung prospektiv über eine anwendungsbegleitende Datenerhebung generiert werden. Gleichzeitig sind bis dato häufig auch keine geeigneten retrospektiven vergleichenden Daten verfügbar, die zu einer Quantifizierung

des Zusatznutzens beitragen können. Deshalb erscheint es wichtig, auch vor Einführung neuer Wirkstoffklassen, für deren Zulassung ggf. keine RCTs zu erwarten sind, schon im Vorfeld belastbare und aussagekräftige Registerdaten bezogen auf relevante Endpunkte zu erheben. Daher ist das Bestehen von Registern, in denen unter Wahrung hoher Standards an die Meldequalität Versorgungsdaten erhoben werden, welche auch die Endpunkte abbilden, die für spätere Nutzenbewertungen im jeweiligen Indikationsgebiet relevant sind, zur Generierung der wichtigen vergleichenden Evidenz erforderlich.

Wesentlich dabei ist, dass alle zu erhebenden patientenrelevanten Endpunkte inklusive der Erfassung der Lebensqualität, wichtige Patientencharakteristika und essentielle Informationen über die Therapie einschließlich der die Therapie begleitenden Maßnahmen in einem Register erfasst werden können. Dies gestattet am Ende valide Auswertungen einschließlich adjustierter Analysen auch für mögliche Nutzenbewertungen. Um diesen Herausforderungen gleich im Ansatz zu begegnen, ist die konstruktive Zusammenarbeit zwischen Zulassung, G-BA, Registerbetreiber, klinischer Forschung und klinischer Expertise unerlässlich, um die Forderungen von potentiell zukünftigen anwendungsbegleitenden Datenerhebungen mit den klinischen Fragestellungen abzugleichen und bereits laufende Datenerhebungen einfließen zu lassen. Die vorgeschlagene Regelung soll dem G-BA erlauben, zusammen mit den weiteren Beteiligten wie Zulassungsbehörden und Fachgesellschaften einen solchen Registeraufbau bzw. die dahingehende Weiterentwicklung bestehender Registerstrukturen zu unterstützen.

Zur Nummer 10

§ 92 SGB V
Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

1. Nach Buchstaben a wird folgender Buchstabe b eingefügt:

b) Nach § 92 Absatz 2a wird folgender Absatz 2b eingefügt:

„(2b) Zur Weiterentwicklung der Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 besteht Anspruch auf frühe wissenschaftliche Beratung zur Verbesserung der Evidenzlage in Bezug auf die in die Arzneimittelversorgung einbezogenen Produkte. Der Beratungsanspruch beinhaltet indikationsbezogen administrative, methodische und fachliche Fragestellungen, die bereits vor formaler Einleitung eines Zulassungsverfahrens im Vorfeld der Studienplanung von erheblicher Relevanz sind. Hierzu hat der G-BA eine Beratungsstelle einzurichten, die bei methodischen Fragestellungen das IQWiG hinzuziehen kann. Ausgenommen sind Beratungen, auf die ein anderweitiger Anspruch nach diesem Gesetz besteht. Die Beratung ist gebührenpflichtig.“

Begründung:

Derzeit werden im SGB V nur zu ausgewählten Themenbereichen Beratungen durch den G-BA ermöglicht:

- nach § 31 Absatz 1a SGB V für Hersteller von sonstigen Produkten zur Wundbehandlung insbesondere zu den im Rahmen des Nachweises des therapeutischen Nutzens, konkreten Inhalten der vorzulegenden Unterlagen und Studien (Bewertung von Medizinprodukten hinsichtlich einer Aufnahme in die Arzneimittelrichtlinie; AM-RL),
- nach § 35a Absatz 7 SGB V für pharmazeutische Unternehmen zu Fragestellungen der frühen Nutzenbewertung und anwendungsbegleitenden Datenerhebung,
- nach § 137e Absatz 8 SGB V für Hersteller von Medizinprodukten und sonstige Unternehmen zu Fragestellungen der Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie
- nach § 137h Absatz 6 SGB V für Krankenhäuser und Hersteller von Medizinprodukten zu Voraussetzungen und Anforderungen im Hinblick auf konkrete Methoden sowie zu dem Verfahren einer Erprobung.

Die benannten Beratungsmöglichkeiten sind auf den Beratungsanspruch zu konkreten Produkten oder Methoden und somit auf die entsprechenden antragsberechtigten pharmazeutischen Unternehmer und Medizinproduktehersteller begrenzt. Darüber hinaus besteht jedoch indikationsbezogener bzw. indikationsübergreifender Beratungsbedarf zur Generierung wertvoller Evidenz, die zu einem späteren Zeitpunkt hohe Relevanz für Fragestellungen des G-BA im Arzneimittelbereich haben könnte. Da sich der G-BA für die einzelnen Arzneimittelbewertungsverfahren grundsätzlich einen Überblick über die vorhandene Evidenzlage zu verschaffen hat, können solche indikationsbezogenen Studienergebnisse in die Bewertung einfließen und bei der Entscheidung berücksichtigt werden. Sofern jedoch bestimmte Mindestanforderungen

an methodische Güte und Aussagekraft nicht erfüllt werden, besteht das Risiko, dass potentiell irreführende Resultate und Schlussfolgerungen aus diesen Studien das Ergebnis verzerren könnten und deshalb nicht zur Beantwortung der Fragestellungen des G-BA eingeschlossen werden. Meist handelt es sich um im Vorfeld korrigierbare Schwächen bei der Konzeption, Durchführung und Analyse von Studien. Durch entsprechende Beratung unter Einbeziehung der Expertise des G-BA – inklusive der von erfahrenen Methodikerinnen und Methodikern – könnten Studienqualität, Relevanz der Fragestellungen und Aussagekraft der Studien im Sinne der evidenzbasierten Medizin für das Gesundheitssystem derart gestärkt werden, dass die Daten in die Evidenzgrundlage und damit in die Entscheidungsfindung einfließen können. Darüber hinaus werden Fehlplanungen sowie ein ungerechtfertigter Aufwand von wertvollen Ressourcen vermieden.

Beispielsweise besteht Beratungsbedarf

- zu im SGB V angelegten Verfahren, die auf Evidenzgenerierung ausgerichtet sind, ohne dass bislang ein Beratungsangebot vorgesehen ist (z. B. § 35c SGB V zur Durchführung von Studien im Off-Label-Bereich)
- zu Festlegungen für die Planung zukünftiger Studien (z. B. Operationalisierung patientenrelevanter Endpunkte, Beurteilung der Validität von Lebensqualitätsinstrumenten, Selektion sinnvoller Patientengruppen oder Subgruppenanalysen)
- zur Evidenzgenerierung ohne konkreten Produktbezug (z. B. Neukonzeptionierung von Erhebungsinstrumenten, neue Endpunktentwicklung, Anforderungen von Registerstudien und in Registern zu erhebenden Parametern, Confounderanalysen etc.)

Um diesen Beratungsbedarf in Bezug auf Verfahren des G-BA abzudecken, die nicht bereits im SGB V geregelt sind, ist es erforderlich, beim G-BA eine zentrale Beratungsstelle für Fragestellungen der Evidenzgenerierung, die in potentiellem Zusammenhang mit späteren Entscheidungen zur Erstattungsregelungsfähigkeit im Rahmen des SGB V stehen, aufzubauen. Mittels dieser Beratungsstelle werden der G-BA und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) eine stärkere aktive Rolle bei der Evidenzgenerierung einnehmen.

2. Dem neuen Buchstaben b wird folgender Buchstabe c angefügt:

c) Nach § 92 Absatz 2b wird folgender Absatz 2c eingefügt:

„(2c) Führt der Gemeinsamen Bundesausschuss eine Nutzenbewertung von Arzneimitteln durch oder beauftragt er hiermit das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, haben pharmazeutischen Unternehmer auf Anforderung die von ihnen durchgeführten oder in Auftrag gegebenen klinischen Prüfungen innerhalb von 4 Wochen an den Gemeinsamen Bundesausschuss elektronisch zu übermitteln. Legt ein pharmazeutischer Unternehmer die angeforderten Nachweise nicht rechtzeitig oder nicht vollständig vor, kann der Gemeinsamen Bundesausschuss feststellen, dass der Zusatznutzen des Arzneimittels im Vergleich zu anderen Arzneimitteln oder Behandlungsmöglichkeiten als nicht belegt gilt. Absatz 2a

ist nicht anzuwenden. Für diese Arzneimittel, erhalten die Krankenkassen abweichend von § 130a Absatz 1 Satz 1 von Apotheken für zu ihren Lasten abgegebene Arzneimittel einen Abschlag in Höhe von 12 Prozent des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmers ohne Mehrwertsteuer."

Buchstabe b bis j werden Buchstabe d bis l.

Begründung:

Die hauptamtlichen unparteiischen Mitglieder des G-BA schlagen vor, pharmazeutische Unternehmer zur Mitwirkung an der Nutzenbewertung und zur Übermittlung angeforderter Studiendaten zu verpflichten. Im Falle, dass die durch den G-BA bei einem pharmazeutischen Unternehmer angeforderten Studiendaten zur Nutzenbewertung nicht vorgelegt werden, erscheint die Erhöhung des Herstellerabschlages von 7 % auf 12 % sachgerecht und angemessen.

Während pharmazeutische Unternehmer nach § 35a SGB V zur Vorlage eines Dossiers zur Nutzenbewertung ihrer Arzneimittel verpflichtet sind, hat der G-BA die Erfahrung gemacht, dass im Zuge der Beauftragung des IQWiG mit Nutzenbewertungen nach § 139a SGB V einzelne pharmazeutische Unternehmen die hierfür erforderlichen Daten, obwohl diese offensichtlich in ihrem Verantwortungsbereich erhoben wurden, auch auf Nachfrage nicht zur Verfügung stellen. Dies kann zur Folge haben, dass der G-BA aufgrund der nicht vorgelegten Studiendaten im Ergebnis keine Aussagen zum Zusatznutzen der Arzneimittel treffen und somit keine evidenzbasierte Schlussfolgerungen im Sinne einer wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten in der AM-RL (zum Beispiel in Form von Verordnungseinschränkungen oder Therapiehinweisen) treffen kann.

Beispiele hierfür bleiben auch nicht vereinzelt und hindern den G-BA an der Wahrnehmung seiner Aufgabe zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen Versorgung mit Arzneimitteln:

Beispiele:

A22-34 Nutzenbewertung von Bupropion, Cytisin, Nicotin und Vareniclin zur Tabakentwöhnung bei schwerer Tabakabhängigkeit:

> Für die Nutzenbewertung von Bupropion als Monotherapie sowie in Kombination zur Tabakentwöhnung wurden durch das IQWiG relevante und potenziell relevante Studien identifiziert. Die Relevanz eines Großteils der Studien konnte jedoch nicht abschließend geprüft werden, da der Hersteller von Bupropion die angeforderten Studienunterlagen nicht zur Verfügung gestellt hat.

A 20-60 Fingolimod, Natalizumab, Ocrelizumab, Ofatumumab, Ozanimod, Ponesimod und Teriflunomid zur Behandlung Erwachsener mit hochaktiver schubförmig remittierender multipler Sklerose:

> Für die Wirkstoffe Dimethylfumarat und Ocrelizumab wurden seitens der Hersteller keine Daten für die vorliegende Bewertung übermittelt. Für die

Versorgung relevante indikationsbezogene Hinweise des G-BA zur Behandlung der Multiplen Sklerose können daher nur unzureichend beantwortet werden, obgleich das IQWiG hierzu ein Verfahren zur Netzwerk-Metaanalyse entwickelt hat, um evidenzbasierte indikationsbezogene Empfehlungen zum Einsatz von Arzneimitteln zu generieren.

A 21-41 Clopidogrel, Prasugrel und Ticagrelor beim akuten Koronarsyndrom:

Da die angeforderten Daten vom Hersteller von Prasugrel nicht übermittelt wurden, ist die Datenbasis für den Vergleich Prasugrel vs. Clopidogrel, jeweils in Kombination mit ASS, sowohl für Patientinnen und Patienten mit STEMI + PCI als auch für Patientinnen und Patienten mit NSTEMI / IA + PCI unvollständig und die Auswertung der verfügbaren limitierten Daten stellt damit keine valide Entscheidungsgrundlage für den G-BA dar. Derzeit werden im SGB V nur zu ausgewählten Themenbereichen Beratungen durch den G-BA ermöglicht.

Zur Einfügung einer Nummer 16a

§ 118 SGB V

Psychiatrische Institutsambulanzen

1. In § 118 Absatz 1 Satz 2 werden nach den Wörtern „Dauer ihrer Erkrankung“ das Wort „oder“ ersetzt durch ein Komma und nach den Wörtern „zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten“ folgende Wörter eingefügt:

   „oder bei Feststellung eines akuten Behandlungsbedarfs und einem gescheiterten Vermittlungsversuch zu anderen vertragsärztlichen Versorgungsangeboten“

   Vorschlag im Änderungsmodus:

   „Psychiatrische Krankenhäuser sind vom Zulassungsausschuss zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten zu ermächtigen. Die Behandlung ist auf diejenigen Versicherten auszurichten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung ~~oder~~, wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten oder bei Feststellung eines akuten Behandlungsbedarfs und einem gescheiterten Vermittlungsversuch zu anderen vertragsärztlichen Versorgungsangeboten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind.[…]“

2. In § 118 Absatz 2 Satz 1 werden nach den Wörtern „vereinbarten Gruppe von Kranken“ folgende Wörter eingefügt:

   „sowie zur Behandlung von Versicherten bei Feststellung eines akuten Behandlungsbedarfs und einem gescheiterten Vermittlungsversuch zu anderen vertragsärztlichen Versorgungsangeboten“

   Vorschlag im Änderungsmodus:

   „Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung sind zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung der im Vertrag nach Satz 2 vereinbarten Gruppe von Kranken sowie zur Behandlung von Versicherten bei Feststellung eines akuten Behandlungsbedarfs und einem gescheiterten Vermittlungsversuch zu anderen vertragsärztlichen Versorgungsangeboten ermächtigt.“

3. In § 118 Absatz 3 Satz 2 wird in Nummer 2 am Ende das Wort „sowie“ ersetzt durch ein Komma und nach Nummer 2 folgende Nummer eingefügt:

   „3. Ausnahmen von der fachärztlichen Überweisung insbesondere zur Sicherstellung der Anschlussbehandlung nach einer stationären Behandlung sowie“

   Vorschlag im Änderungsmodus:

   „In dem Vertrag nach Absatz 2 Satz 2 regeln die Vertragsparteien auch,

   1. unter welchen Voraussetzungen eine ambulante psychosomatische Versorgung durch die Einrichtungen nach Satz 1 als bedarfsgerecht anzusehen ist, insbesondere weil sie eine zentrale Versorgungsfunktion wahrnehmen,

   2. besondere Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Leistungserbringung, ~~sowie~~

   3. Ausnahmen von der fachärztlichen Überweisung insbesondere zur Sicherstellung der Anschlussbehandlung nach einer stationären Behandlung sowie

   ~~3.~~4. das Verfahren, in dem nachzuweisen ist, ob diese vertraglichen Vorgaben erfüllt sind.“

Begründung:

Der Gesetzesentwurf leistet bereits einen Beitrag zur Verbesserung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung. Der Zugang zur Versorgung von vulnerablen Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen soll dabei verbessert werden. In diesem Zusammenhang kann das durch die PIAs vorgehaltene Versorgungsangebot für Versicherte genutzt werden, die durch andere vertragsärztliche Versorgungsangebote nicht oder nicht dem medizinischen Bedarf entsprechend kurzfristig bedient werden können. Dies betrifft insbesondere an eine stationäre Behandlung anschließende nahtlose Versorgungsangebote für besonders vulnerable Patientinnen- und Patientengruppen.

Zum Antrag der Fraktion der CDU/ CSU „Versorgung von Menschen in psychischen Krisen und mit psychischen Erkrankungen stärken“

a) Der G-BA soll die Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) dahingehend überarbeiten, dass Befunde und Vorbehandlungen berücksichtigt werden müssen.

b) Der G-BA soll die KSVPsych-RL dahingehend überarbeiten, dass Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten mit reduziertem Versorgungsauftrag („halber Kassenarztsitz“) ebenfalls die Koordination der Versorgung übernehmen können.

Bewertung:

a) Sowohl gemäß der (Muster-)Berufsordnungen für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) als auch gemäß der Muster-Berufsordnung der Psychotherapeut*innen (MBO-Psychotherapeut*innen) gehört es zu den jeweiligen Sorgfaltspflichten, Vorbefunde beziehungsweise Befunde anderer Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu berücksichtigen.

   So sieht § 7 Absatz 3 MBO-Ä in der Fassung vom 9. Mai 2024 vor: *„Ärztinnen und Ärzte haben im Interesse der Patientinnen und Patienten mit anderen Ärztinnen und Ärzten und Angehörigen anderer Fachberufe im Gesundheitswesen zusammenzuarbeiten. Soweit dies für die Diagnostik und Therapie erforderlich ist, haben sie rechtzeitig andere Ärztinnen und Ärzte hinzuzuziehen…“* und § 7 Absatz 7 Satz 1 MBO-Ä *„Bei der Überweisung von Patientinnen und Patienten an Kolleginnen oder Kollegen oder ärztlich geleitete Einrichtungen, haben Ärztinnen und Ärzte rechtzeitig die erhobenen Befunde zu übermitteln und über die bisherige Behandlung zu informieren, soweit das Einverständnis der Patientinnen und Patienten vorliegt oder anzunehmen ist…“*

   § 5 Absatz 2 Muster-Berufsordnung der Psychotherapeut*innen, in der Fassung vom 17. Mai 2014 und zuletzt geändert am 14. Mai 2022 regelt: *„Vor Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung hat in der Regel eine diagnostische Abklärung unter Einbeziehung anamnestischer Erhebungen zu erfolgen. Dabei sind erforderlichenfalls Befundberichte Dritter zu berücksichtigen...“*

   Für den Fall eines Wechsels eines stationär behandelten KSVPsych-Patienten zurück in den Netzverbund ist zusätzlich vorgegeben, dass das Krankenhaus dem Netzverbund den Entlassbrief übermittelt (§ 11 Absatz 2 KSVPsych-RL), der ebenfalls über die erhobenen Befunde informiert.

   Insofern bedarf es keiner zusätzlichen Regelung in der KSVPsych-RL zur Berücksichtigung der (Vor-)Befunde und Vorbehandlungen und damit auch keines entsprechenden gesetzlichen Auftrags.

b) Der G-BA hat sich bereits mit Beschlussfassung der KSVPsych-RL am 02. September 2021 ausweislich der Tragenden Gründe zu § 13 selbstverpflichtet, im Rahmen seiner Beobachtungspflicht gemäß 1. Kapitel § 7 Absatz 4 VerfO „…bereits zwei Jahre nach

Inkrafttreten der KSVPsych-RL zu erheben, wie viele Netzverbünde bundesweit gegründet wurden, wie ihre bundesweite Verteilung ist, ob es Regionen gibt, in denen eine Gründung von Netzverbünden nicht zustande kam, und wenn dies der Fall ist, welche Faktoren der Gründung entgegenstanden."

Im Rahmen der ersten Überprüfung der Umsetzung der Regelungen gemäß KSVPsych-RL weisen die Ergebnisse des Zwischenberichtes auf Anpassungsbedarf der Richtlinie hin, unter anderem bezüglich der Vorgabe eines vollen Versorgungsauftrags zur Teilnahme als Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut in einem Netzverbund. Der G-BA hat mit Beschluss vom 17. Oktober 2024 ein Beratungsverfahren zur Anpassung der KSVPsych-RL eingeleitet und wird nun im Rahmen seiner Beratungen prüfen, wie die Richtlinienvorgaben im Einklang mit den fachlichen Ansprüchen angepasst werden können. Eine Beschlussfassung hierzu ist für Herbst 2025 vorgesehen.

Insofern bedarf es keines gesetzlichen Auftrags zur Überarbeitung der KSVPsych-RL zur Berücksichtigung von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit reduziertem Versorgungsauftrag für eine Koordination der Versorgung nach dieser Richtlinie.

Prof. Josef Hecken (Unparteiischer Vorsitzender)	Karin Maag (Unparteiisches Mitglied)	Dr. Bernhard van Treeck (Unparteiisches Mitglied)

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(41)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
12.11.2024

Bundespflegekammer e.V. – Alt-Moabit 91 – 10559 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Bundespflegekammer e.V.
Alt-Moabit 91
10559 Berlin
Tel.: 030 2191 5770
info@bundespflegekammer.de

- via E-Mail an anhoerungen-gesundheitsausschuss@bundestag.de -

Stellungnahme der Bundespflegekammer zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) – BT-Drucksachen 20/11853, 20/12664 und zu zwei weiteren Anträgen der CDU/CSU-Bundestagsfraktion

11. November 2024

Die Bundespflegekammer begrüßt grundsätzlich die Stärkung der Gesundheitsversorgung in den Kommunen durch den Gesetzgeber; dadurch können Sektor-Logiken in der Gesundheits- und Pflegeversorgung überwunden werden.

Konzepte wie „Gesundheitskiosk“, „Primärversorgungszentrum“ und „Gesundheitsregion“ sind weiterhin nicht im Gesetzesentwurf enthalten. Gerade diese oder ähnliche Maßnahmen haben aber ein erhebliches Potential, die lokale Versorgungsinfrastruktur und die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung nachhaltig zu stärken. Insbesondere in Kombination mit dem Pflegekompetenzgesetz besteht die Möglichkeit, Pflegefachpersonen in die Versorgungsstrukturen einzubeziehen. Gerade mit der erweiterten Heilkundeübertragung können Pflegefachpersonen selbstständig tätig werden und so Versorgungslücken schließen. Dass die o. g. Konzepte weiterhin nicht im Gesetzesentwurf enthalten sind, schwächt aus unserer Sicht den Entwurf und die Gesundheitsversorgung.

Wie begrüßen die explizite Stärkung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Dennoch sehen wir auch hier, dass der Gesetzesentwurf hinter den Erwartungen zurückliegt. Eine Möglichkeit, die psychiatrische Versorgung, insbesondere in den ländlichen Bereichen, zu stärken, ist die Etablierung von Community Mental Health Nurses. Diese werden in der niederschwelligen, sektorübergreifenden Versorgung als akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen eingesetzt und können zur Erreichung der im Gesetzesentwurf genannten Ziele beitragen, die ambulante Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zielgerichtet zu verbessern, zu erleichtern und auch perspektivisch sicherzustellen.

Wir begrüßen ebenfalls die geplante Umgestaltung des G-BA, konkret den Ausbau auf Antrags- und Mitberatungsrechte der Berufsgruppe der Pflege (§ 92 Abs. 7h).Wir möchten an dieser Stelle jedoch darauf hinweisen, dass aus unserer Sicht die Bundespflegekammer, die sich als Dachorganisation der Pflegekammern mit ihren derzeit über 250.000 Mitgliedern sieht, als einer der maßgeblichen Berufsorganisationen zu berücksichtigen ist.

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Die aktuelle Zusammensetzung des G-BA bildet aus unserer Sicht die Verhältnisse in der Gesundheitsversorgung nicht ausreichend ab. Wir setzten uns deshalb für weitergehende Mitbestimmungsrechte für die Berufsorganisationen der professionellen Pflege, in unserem Fall der Bundespflegekammer, ein.

Darüber hinaus sollten aus unserer Sicht die Landespflegekammern einen Zugang zur zentralen Datenbank erhalten (§197a, Unterpunkt d, Punkt3).

Stellungnahme der Bundespflegekammer zum Antrag der Fraktion CDU/CSU „Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum stärken“ BT-Drucksache 20/11955

Die Bundespflegekammer begrüßt grundsätzlich den Antrag der Fraktion CDU/CSU, weitere Forderungen zur Stärkung der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum einzubringen. Bisher zielen die Forderungen vornehmlich auf die Ärzteschaft. Die Einbeziehung von Pflegefachpersonen, als eine der größten Berufsgruppen im Gesundheitssystem, fehlt.

Auf der einen Seite wird unter Punkt 9 gefordert, dass Doppelstrukturen in der Versorgung zu vermeiden seien und solche in Form von Gesundheitskiosken nicht weiterverfolgt werden sollten. Auf der anderen Seite wird unter Punkt 23 der flächendeckende Ausbau örtlicher Pflegestützpunkte mit integrierter Pflegeberatung und die Einführung eines Quartiersmanagements mit integrierter Pflegeberatung sowie der Aufbau von Netzwerken aus Ehrenamt oder Nachbarschaftshilfen im Sinne des Aufbaus von „Caring Communities“ gefordert. Diese Forderung würde aus unserer Sicht ebenfalls eine Doppelstruktur schaffen, welche wir allerdings keinesfalls als negativ ansehen. Vielmehr sind wir der Auffassung, dass bspw. Gesundheitskioske, die im aktuellen Gesetzesentwurf keine Berücksichtigung finden, ein großes Potential bieten würden, die lokale Versorgungsinfrastruktur und die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung vor allem im ländlichen Raum zu stärken. Insbesondere in Kombination mit dem Pflegekompetenzgesetz besteht die Möglichkeit, Pflegefachpersonen in die Versorgungsstrukturen einzubeziehen. Gerade mit der Heilkundeübertragung können Pflegefachpersonen selbstständig tätig werden und so Versorgungslücken schließen.

Grundsätzlich bieten Community-basierte Ansätze auch die Möglichkeit Advanced Practice Nurses (APN) mit Community-Spezialisierung einzusetzen. Ihr Einsatz ist lokal und mobil möglich. Sie können zum einen erweiterte heilkundliche Tätigkeiten ausführen aber auch Fallsteuerung im Sinn von Care- und Casemanagement bei Personen mit komplexen Versorgungslagen übernehmen. Derartige Konzepte können sekundär auch Hausärzt*innen entlasten und schaffen keine Doppelstrukturen.

Unter Punkt 12 wird gefordert, dass die Einführung weiterer digitaler Lösungen vorangebracht wird, um arztentlastende Prozesse und die Delegation von ärztlichen Aufgaben an Fachkräfte u. a. im Rahmen der Akademisierung voranzutreiben. An dieser Stelle ist nicht weiter ausgeführt, um welche Fachkräfte es sich handeln soll.

Unter Punkt 21 wird gefordert, dass eine Sensibilisierung für Behandlungsmöglichkeiten innerhalb des sog. „social prescribing“-Ansatzes ermöglicht werden sollen, um niedrigschwellig Leiden außerhalb des Gesundheitssystems zu behandeln. Welche Möglichkeiten sieht die Fraktion CDU/CSU konkret, niederschwellig Leiden außerhalb des Gesundheitssystems zu behandeln?

Stellungnahme der Bundespflegekammer zum Antrag der Fraktion CDU/CSU „Versorgung von Menschen in psychischen Krisen und mit psychischen Erkrankungen stärken““ BT-Drucksache 20/8860

Die Bundespflegekammer begrüßt auch diesen Antrag, in dem weitere Forderungen zur Stärkung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen skizziert werden. Bisher zielen die Forderungen vornehmlich auf die Ärzteschaft, die Einbeziehung von Pflegefachpersonen, als eine der wichtigsten und der größten Berufsgruppen im Gesundheitssystem, fehlt.

Laut dem Antrag wird unter Punkt 6 gefordert, dass gemeinsam mit den Ländern und Kommunen intensive Anstrengungen zu unternehmen sind, um insbesondere für Kinder und junge Menschen niedrigschwellige und flächendeckende Zugänge zu Beratungs- und Hilfsangeboten auszubauen, indem schulpsychologische Unterstützungsangebote, z. B. mehr qualifizierte Schulsozialarbeit, die in den Schulalltag als Regelangebot integriert wird, oder Anlaufstellen mit Peer-Group-Ansätzen gezielt gefördert werden. Aus Sicht der Bundespflegekammersollte der Einsatz von „School Nurses“, also Pflegefachpersonen in der Schule, initiiert und gefördert werden. School Nurses bieten Beratungs- und Informationsangebote für Kinder, Jugendliche, Eltern und Lehrkräfte bei Fragestellungen zu gesundheitsbezogenen Themen an und leisten somit einen wichtigen Beitrag.

Für Rückfragen stehen wir ihnen gerne zur Verfügung unter info@bundespflegekammer.de.

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(42)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
12.11.2024

Kompetenznetzwerk Social Prescribing

dgcc
Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management

Stellungnahme

zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG),
zur Stellungnahme des Bundesrates,
sowie inhaltlich in diesem Zusammenhang stehende Anträge von Bundestagsfraktionen bezüglich der Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 13. November 2024

Elmar Stegmeier
Sprecher Fachgruppe Patientenlotsen der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC)
Kompetenznetzwerk Social Prescribing

am 11. November 2024

Zusammenfassung:
- Wir begrüßen die Ausführungen zu den **Gesundheitsregionen** und zu den **Primärversorgungszentren** in der Stellungnahme des Bundesrates und die damit einhergehende Möglichkeit **Care Management** und **Case Management** im Sinne einer integrierten, integrativen, bedarfsorientierten und chancengleichen regionalen Gesundheits- und Sozialversorgung miteinander zu verbinden. Zur Ermöglichung dieser Verbindung findet man **unseren Gesetzesvorschlag** unter 3.2 in dieser Stellungnahme.
- Wir fordern ein regional-kooperatives Gesamtsystem, welches Partnerschaften zwischen Gebietskörperschaften und Kranken-/Pflegekassen ermöglicht und die Rolle der Kommunen stärkt.
- Wir begrüßen den Antrag der CDU/CSU-Fraktion für eine Sensibilisierung von Behandlungsmöglichkeiten innerhalb des **Social Prescribing** Ansatzes.

1. Einleitung

Die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V. (DGCC) fördert die Entwicklung und Anwendung von Care und Case Management zur Verbesserung der Versorgung von Personen mit Unterstützungsbedarf. Dazu hat die Fachgesellschaft fachliche und ethische Leitlinien von Case Management sowie Zertifizierungsgrundlagen für die Weiterbildung zu Case Managern (in unterschiedlichen Handlungsfeldern), für Institute, die die Weiterbildung anbieten, für Case Management-Ausbilder und das Case Management anwendende Leistungsträger und Leistungserbringer formuliert [1].

Die **Fachgruppe Patientenlotsen der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC)** beschäftigt sich mit dem Qualitätsrahmen und einer Leitlinienentwicklung für Patientenlotsen und Patientenlotsen-Organisationen. Patientenlotsen sollen ein wesentlicher Baustein in einem inklusiven Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen für Patienten werden und nehmen dabei eine nötige Koordinierungs- und Verbindungsfunktion ein. Sie sind Case Manager für Menschen mit einer oder mehreren medizinischen Indikationen und reduzieren oder beheben zusammen und in direkter Interaktion mit den Patienten deren

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

komplexe Lebens- und Versorgungslagen durch einen individuellen, koordinierenden Ansatz auf Grundlage einer systematischen Bedarfserhebung [2].

Das **Kompetenznetzwerk Social Prescribing** ist ein Netzwerk, welches Akteure insbesondere aus Deutschland, Österreich und der Schweiz zusammenzubringt und vernetzt. Ziel ist die fachlich-methodische Aufarbeitung von Social Prescribing, sowie der Praxistransfer und eine Umsetzung im Gesundheitssystem. Die Netzwerkkoordination übernimmt das Institut für Allgemeinmedizin an der Charite Berlin.

2. Patientenbedürfnisse und Bewertungsrahmen

Patientenbedürfnisse und die daraus resultierenden Bedarfe können unterschiedlich entstehen und von Menschen oder Berufsgruppen mit spezifischen Kompetenzen gelöst werden. Medizinische, pflegerische, therapeutische oder soziale Bedarfe werden beispielsweise und unter anderem durch Mediziner, Pfleger, Therapeuten oder Sozialarbeiter gelöst.

Patientinnen und Patienten haben allerdings weitaus mehr Bedarfe als solche, welche Körperfunktionen und -strukturen betreffen, wie beispielsweise Teilhabe- oder Ressourcenbedarfe. In bestimmten Situationen können notwenige Maßnahmen nicht umgesetzt und gewünschte Ziele nicht erreicht werden. Es entsteht ein Hilfebedarf aus dem eine Notwendigkeit für Unterstützung oder ggf. Leistungen aus den verschiedenen Sozialgesetzbüchern resultieren kann. Einfache Hilfebedarfe können durch Information oder Beratung gelöst werden. Ist der Betroffene in einer komplizierten oder komplexen Lebens- und Versorgungslage, kann der Hilfebedarf nicht durch Information oder Verweis gedeckt werden. Kompliziert bedeutet, dass er seine Lage gerade noch selbst und mit Hilfe seiner An- und Zugehörigen lösen kann, bei einer komplexen Lage ist dies nicht mehr möglich. Ungelöster Hilfebedarf ist damit abhängig vom Vorhandensein und vom Zugang zu den formellen und informellen Hilfenetzwerken des Betroffenen. Weitere Einschränkungen für die Nutzung der Hilfenetzwerke sind individuelle Einschränkungen (bspw. kognitive Defizite oder Mobilitätseinschränkungen) aber auch eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz, insbesondere, wenn es sich um die navigationale Gesundheitskompetenz handelt.

Dies führt zu einer Situation, in der Menschen in komplexen Lagen in allen Bereichen des Lebens (berufliche und soziale Teilhabe und Entwicklung) und der Versorgung (Gesundheit, Pflege) enorm benachteiligt werden. Die für diese Menschen andauernde Benachteiligung widerspricht dem Recht auf soziale Sicherheit und auf Gesundheit (Sozialpakt der Vereinten Nationen, 1966) und erzeugt gesamtgesellschaftlich finanziellen Schaden.

Vorhandenen Ressourcen auf kommunaler / regionaler Ebene können nicht zielgerichtet, bedarfsorientiert und effizient eingesetzt werden. Dies führt zu Einbußen in der Versorgungsqualität und zu Fehlallokationen von Ressourcen (Personal und Geld).

Zur Lösung dieser Situation, welche durch den demographischen Wandel und einer Zunahme psychischer und psychosomatischer Erkrankungen verstärkt wird, gilt es verschiedene Aspekte zu betrachten:

A) System- und Versorgungsebenen
- Systemebene: Bundes- und Landesgesetzgebung
- Regionale Steuerungsebene: Regionale Versorgungsplanung und Koordination
- Regionale Versorgungsebene: formelle und informelle Netzwerke
- Fallmanagement: Case Management in unterschiedlichen Handlungsfeldern (darunter Patientenlotsen)
- Fallbearbeitung: Leistungserbringer, Versorgungsangebote

B) Leitkriterien einer regionalen Gesundheitsversorgung (George, 2007)
- Lebensqualität der Betroffenen
- medizinische Ergebnisqualität
- Ausprägung einer regionalen Infrastruktur (Standortmerkmal)
- ökonomische Effizienz

C) Bedarfsgerechtigkeit (Sachverständigenrat, 2014)
- Versicherte bzw. Menschen erhalten in quantitativer und qualitativer Hinsicht die Gesundheitsversorgung, die seinen Bedarfen entspricht
- Negativkriterien: Unter-, Über- und Fehlversorgung
- Bedarfsgerechte Versorgung soll sich primär am Schweregrad der Krankheit und/oder Behinderung des Patienten orientieren und nicht von seinem Vermögen, Einkommen, Geschlecht, Familienstand, Wohnort und Beruf oder seiner sozialen Schicht oder Herkunft abhängen
- Effektivität und Effizienz der Versorgung und hinreichende Evidenz aus patientenorientierten Studien
- Keine evidenzbasierte Bedarfsdefinition

D) Sicherstellung der Gesundheitsversorgung und Chancengleichheit bei der Nutzung
- Verteilung der Bevölkerung nach Altersquotienten (Nachfrage- bzw. Bedarfsseite)
- Verteilung der Leistungsanbieter
- Regional vorhandene Ressourcen (bspw. Fachkräfte)
- Infrastrukturelle Voraussetzungen (bspw. Verkehrsanbindungen)

Bezogen auf Menschen mit Hilfebedarfen und als Defizitanalyse formuliert, lässt sich ableiten:
- Ohne einer methodisch-konzeptionellen, alle Ebenen umfassende Gesamtlösung können singuläre Lösungsansätze keine nachhaltige Wirkung entfalten.
- Ohne einer Regionalisierung und Kommunalisierung lässt sich das Versorgungsproblem (angebotsseitige Perspektive) nicht lösen.
- Ohne einer Koordination, Steuerung und Vernetzung auf regional-kommunaler Ebene und Fallebene lässt sich keine Effizienz und Effektivität erreichen.

Empfehlung:
Zur zielgerichteten und chancengleichen Nutzung von Ressourcen in Bezug auf eine bedarfsorientierte und -gerechte Versorgung fordern wir ein regionales, kooperatives Gesamtsystem, welches Partnerschaften zwischen Gebietskörperschaften und Kranken-/Pflegekassen ermöglicht, und damit die Voraussetzung schafft, die vielfältigen Angebote und Leistungen des Gesundheits- und Sozialwesens vor Ort bzw. beim Patienten wirksam zu machen. Dies bedeutet ein Management der regionalen Versorgungs- und Hilfenetzwerke, ebenso, wie der komplexen Lagen auf Fallebene. Den Qualitätsrahmen dafür bietet die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) mit ihren Fachgruppen.

3. Einordnung der Gesetzesinitiative zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune und der Anträge von Bundestagsfraktionen

3.1 Inhaltliche Bewertung

Im **Gesetzesentwurf** der Bundesregierung zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (20/11853 vom 17.6.2024) sind, im Gegensatz zu vorhergehenden Referentenentwürfen, keine Gesundheitsregionen, Primärversorgungszentren und Gesundheitskioske enthalten. In der Problembeschreibung des Gesetzesentwurf wird aber richtigerweise festgestellt, dass Kommunen besser in die Lage versetzt werden müssen, „eine starke lokale Versorgungsinfrastruktur aufzubauen“. Diese Aussage unterstützen wir vollumfänglich. Die Lösung dies aber lediglich über die Gründung kommunaler medizinischer

Versorgungszentren (MVZ) zu erreichen ist nicht nachvollziehbar und erreicht nicht das genannte Ziel.

In der Problembeschreibung wird zudem der Zugang zur Versorgung für „Patientinnen und Patienten die aufgrund ihrer persönlichen und sozialen Lebensumstände benachteiligt sind“ beschrieben. Für diese Patienten mit ihren spezifischen Versorgungsbedürfnissen, sei eine flächendeckende und zielgerichtete Versorgung besonders wichtig. Diese richtige Einordnung im Gesetzesentwurf ist aber auf Menschen mit psychischen Erkrankungen beschränkt. Dies führt zu einer Ungleichheit für Menschen anderer Indikations- und Bedarfsgruppen.

In der **Stellungnahme des Bundesrates** (20/12664 vom 28.8.2024) sind insbesondere Primärversorgungszentren (§ 73a) und Gesundheitsregionen (§ 140b) als berufsgruppen- und sektorenübergreifende, koordinierte, kooperative und versorgungssteuernde Elemente der Gesundheitsversorgung bzw. Gesundheitsförderung im regionalen Setting einer Kreiskommune benannt. Damit bilden beide Ansätze bis zu einem gewissen Grad die Lösungsaspekte (siehe 2.) für eine regionale Gesundheitsversorgung auf verschiedenen Ebenen ab. Daher unterstützen wir diese.

Aus unserer Sicht sind insbesondere die Ausführungen zum Case Management und zur Netzwerkarbeit (Care Management) für Menschen mit komplexen Bedarfen, nach geriatrisch, chronisch, chronisch-komplex oder multimorbiden Erkrankungen sowie erzeugt durch Pflegebedürftigkeit und gegebenenfalls auch nach psychosozialen Störungen in gesteigertem Maße von Bedeutung. Damit wird die Auflösung der Komplexität mit dem Zugang zu den Hilfs- Unterstützungs- und Versorgungsleistungen des Gesundheits- und Sozialwesens für Hilfebedürftige ermöglicht und zugleich Empowerment, Teilhabe und Gesundheitskompetenz der Patienten und ihrer An- und Zugehörigen erreicht sowie Eigenständigkeit und Unabhängigkeit gefördert.

Die koordinierende Leistung umfasst auch den Einsatz von Patientenlotsen im Sinne eines hauptsächlich aufsuchenden Case Managements. Hierzu existieren bereits erfolgreich mit Mitteln des Innovationsfonds geförderte Projekte.
Um die Effizienz von Case Management auf der einen Seite und Care Management auf der anderen Seite patientenorientiert zu stärken, ist das Zusammenwirken von einem Primärversorgungszentrum und einer Gesundheitsregion erforderlich. Siehe dazu den Gesetzesvorschlag unter 3.2.

Bei den **Primärversorgungszentren** wird neben der ärztlichen auch eine kooperative fachliche Leitung ermöglicht. Case Management muss in einem Primärversorgungszentrum mit entsprechenden Kompetenzen umgesetzt werden, ebenso eine Kooperation mit nicht-ärztlichen Leistungserbringern außerhalb des Primärversorgungszentrums. Dieser Ansatz ist richtig und unterstützenswert, wird aber nur dann wirksam, wenn das Handlungskonzept des Care und Case Managements im Primärversorgungszentrum richtig angewandt wird. Hintergrund ist, dass Case Management alleinstehend nicht ausreichend erfolgreich sein kann. Nötig ist, dass

- Case Management auf die gesamte Organisation (hier: Primärversorgungszentrum) angewandt wird und ein gemeinsames Verständnis zum Case Management besteht
- Case Management über die Organisations- und Netzwerkebene (Care Management) implementiert wird. Daher muss auch das Care Management implementiert wird

In den Case Management Leitlinien der DGCC wird dies ausführlich beschrieben, die Umsetzung ist in Form eines Audits prüfbar.

Die **Gesundheitsregionen** sollen eine „bedarfsorientierte, wirtschaftliche und qualitätsorientierte, regionale sektorenübergreifende Versorgung“ als Ziel und Aufgabe sicherstellen. Dies soll über die Bildung von Netzwerken und Kooperationen regionaler Versorger und des öffentlichen Gesundheitsdienstes, „inklusive deren Steuerung basierend

auf einer vorausschauenden Bestands- und Bedarfsanalyse im Sinne einer regionalen Gesundheitsplanung“ erfolgen.

Diesen Ansatz auf den regionalen Steuerungs- und Versorgungsebenen unterstützen wir sehr. Auch, wenn das Case Management, also die Koordination auf Fallebene nicht explizit benannt ist, lies sich dieses entsprechend bei Primärversorgungseinrichtungen oder durch andere Träger, die als Case Management Organisationen (hier: Lotsenträger) geeignet sind, umsetzen. Dadurch würde eine regional- und populationsspezifische und bedarfsorientierte und -gerechte Governance mit Adaptionen entstehen. Für Menschen in komplexen Lebens- und Versorgungssituationen wurde / wird ein entsprechendes System in den beiden durch die DGCC unterstützen Projekte ‚Koordinierungsbüro Gesundheit‘ (gefördert Bayerisches Gesundheitsministerium) und LEX LOTSEN OWL (Innovationsfonds-gefördert) bereits entworfen und erprobt.

Im **Antrag „Grundversorgung im ländlichen Raum stärken“** der CSU/CSU-Bundestagsfraktion (20/11955) wird richtigerweise auf die Auswirkungen des demographischen Wandels auf die Leistungserbringer erläutert. Dieser würde zu einer Steigerung der Bedarfslagen und die „Ansprüche an das medizinische System komplexer werden“ lassen. Insofern sind auch die Ableitungen daraus für die bestehenden Berufsgruppen und Entlastungen durch weitere Funktionalitäten (genannt AGnES) nachvollziehbar.

Wir unterstützen Themen aus dem Antrag, wie

- Flächendeckenden Ausbau der Pflegestützpunkte inkl. integrierter Pflegeberatung: Bereits gesetzlich verankert ist hier ein Case Management, welches auch den Anforderungen der DGCC entsprechen würde, aber größtenteils nicht umgesetzt wird. Wir regen hier eine Vertiefung der Umsetzung der fachlichen Vorgaben entsprechend den Leitlinien [1] an.
- Aufbau von „Caring Communities“, von Netzwerken aus Ehrenamt oder Nachbarschaftshilfen und Einführung eines Quartiersmanagements.
- Bewerbung und das Schaffen von Anreizen für ein barrierefreies Gesundheitswesen.

Insbesondere unterstützen wir die Sensibilisierung für Behandlungsmöglichkeiten innerhalb des „Social Prescribing“ Ansatzes.

Zum Thema **Social Prescribing** nehmen wir, wie folgend, bezüglich einer möglichen Umsetzung Stellung:

Soziale, nicht-medizinische Bedürfnisse stehen in Wechselwirkungen mit medizinischen Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten. Diese Wechselbeziehung bedeutet, dass ein mangelhaftes und nicht fachgerechtes Aufgreifen und Bearbeiten der sozialen Bedürfnisse im Rahmen der Primärversorgung zu einem reduzierten Heilungsprozess und Behandlungserfolg führen kann.

Soziale Probleme wie Einsamkeit, Wohnungsprobleme, finanzielle Probleme und Probleme auf der Arbeit spielen eine große Rolle in der hausärztlichen Versorgung. Sie erschweren eine zielführende Behandlung und kosten wertvolle Zeit im Arzt-Patienten-Gespräch. Ein in Großbritannien bereits flächendeckend implementierter und in den Niederlanden aktuell in der Breite ausgerolltes Versorgungsmodell für solche Probleme ist das sogenannte „Social Prescribing“

Wenn in der hausärztlichen Konsultation gesundheitsrelevante soziale Probleme angesprochen werden, kann die Hausärztin ein Soziales Rezept ausstellen. Damit überweist sie den Patienten zu einem sogenannten Link Worker. Link Worker sind speziell geschulte Personen aus einem Gesundheits- oder Sozialberuf. Die Patienten haben dann mehrere Gespräche mit dem Link Worker, um die Problematik genauer herauszuarbeiten und einen Handlungsplan zu erstellen. Gemeinsam werden passende Angebote vor Ort (beispielsweise

Vereine, Beratungsstellen, offene Angebote) ausgesucht und der Link Worker sorgt dafür, dass der Patient diese auch erreicht und meldet dies der Hausärztin zurück. Zielangebote können dabei sehr unterschiedlich sein, haben aber immer den aktivierenden Charakter als Gemeinsamkeit. Beispiele sind körperliche Aktivitäten (Spazierengehen, Wandern, Gymnastik, Tanzen), geistige Aktivitäten (gemeinsames Lesen, Lernen), kreative Aktivitäten (gemeinsames Kochen, Basteln, Musikzieren), naturbezogene Aktivitäten (Gartenarbeiten), gesundheitsorientierte Aktivitäten (bspw. Ernährung, Vorsorge) und gesellschaftsbezogene Aktivitäten (bspw. Ehrenamtsengagement).

Social Prescribing stärkt und entlastet damit die hausärztliche Versorgung auf dem Land und in der Stadt. Es gibt dabei bereits limitierte Evidienz für die Wirksamkeit von Social Prescribing [4].

Neben Hausärzten können auch andere an der Primärversorgung beteiligte Fachkräfte, wie Sozialarbeiter, Gemeindeschwestern, Community Health Nurses oder Pflegekräfte, an den Link Worker verweisen.

Wir begrüßen, dass die CDU/CSU-Bundestagsfraktion das Versorgungsmodell Social Prescribing aufgreift. Aus unserer Sicht ist Social Prescribing ein vielversprechendes Modell, um einerseits die hausärztliche Versorgung zu stärken und andererseits die Hausärzte arbeitsmäßig zu entlasten. Wir sehen jedoch Social Prescribing nicht nur im ländlichen, sondern auch im städtischen Bereich als wichtig an. Die Ausgestaltung kann sich dabei entsprechend der lokalen Anforderungen unterscheiden. Die schrittweise Implementierung von Social Prescribing sollte wissenschaftlich gut begleitet werden. Dabei sind unterschiedliche Forschungsansätze - von Implementierungsforschung bis hin zu randomisiert-kontrollierten Studien - notwendig.

Empfehlungen:

- Ein Zugang zur Versorgung muss für alle (!) Menschen sichergestellt werden, insbesondere Menschen in komplexen Lebens- und Versorgungssituationen benötigen hierfür besondere Unterstützung. Diese Unterstützung ist im Handlungskonzept des Care und Case Managements der DGCC methodisch-fachlich erarbeitet und spiegelt sich im integrativen Systemkonzept für Patientenlotsen wider [3].
- Der Ansatz des Patientenlotsen-Systemkonzeptes in einer regionalen Governance kann in den Gesundheitsregionen und in den Primärversorgungszentren umgesetzt werden. Hierzu sind die inhaltlichen und organisationalen Voraussetzungen (siehe DGCC) zu schaffen.
- Alle Maßnahmen und Ansätze sind im Zusammenhang mit einem integrativen, barrierefreien und chancengleichen regionalen mit einander verbundenen Gesundheits- und Sozialsystem zu sehen.

3.2 Sozialrechtliche Hinweise

Wir begrüßen und unterstützen die Initiative des Bundesrates, die Vorschriften zum Primärversorgungszentrum mit einem neuen § 73a SGB V und zur Gesundheitsregion mit einem neuen § 140b SGB V wieder aufzunehmen. Diese Vorschriften waren in dem ursprünglichen Referentenentwurf noch enthalten.

Empfehlungen:

Zu § 73a SGB V neu:

1. Nach Abs. 4 soll ein neuer Abs. 5 eingefügt werden:

Abs. 5 neu

Befindet sich der Sitz des Primärversorgungszentrums im Gebiet einer Gesundheitsregion, ist das Care und Case Management über eine Kooperationsvereinbarung mit der Gesundheitsregion entsprechend den Regelungen nach § 140b auf die Gesundheitsregion zu übertragen.

2. Der jetzige Abs. 5 wird zu Abs. 6, die Nummerierung der weiteren Absätze verschiebt sich entsprechend.

3. Zu Abs. 7 (nach bisheriger Nummerierung):
Hier sollte zwischen den ärztlichen und nichtärztlichen Leitungen differenziert werden. Es wird vorgeschlagen, dass die Inhalte zu den Nummern 2 bis 6 durch Rechtsverordnung des BMG oder durch den GBA vorgegeben werden und nicht über den Bundesmantelvertrag Ärzte geregelt werden. Hilfsweise können die Vorgaben aus der Rechtsverordnung oder den Richtlinien des GBA nach § 92 SGB V als Anlage zum Bundesmantelvertrag übernommen werden.

Zu 140b SGB V neu:
1. Nach Abs. 2 wird ein neuer Abs. 2a eingefügt:
Abs. 2a neu
Zu den Aufgaben gehört auch das Care und Case Management für Menschen mit komplexen Bedarfen, nach geriatrischer, chronischer, chronisch-komplexer oder multimorbider Erkrankungen sowie bei Pflegebedürftigkeit und bei psychosozialen Störungen. Für die Durchführung der Leistung zum Care und Case Management wird von der Gesundheitsregion eine eigene und unabhängige Struktur mit eigenen Anforderungen und Maßnahmen zur Qualitätssicherung entsprechend § 73a Abs. 7 geschaffen. Näheres regelt die Vereinbarung zur Gesundheitsregion nach § 140b Abs. 1.
1. Nach Abs. 2a neu wird ein neuer Abs. 2b eingefügt:
Abs. 2b neu
Für den Fall, dass sich in der Gebietszugehörigkeit der Gesundheitsregion der Sitz eines Primärversorgungszentrums nach § 73a befindet, wird der Aufgabenbereich zum Care und Case Management nach § 73a Abs. 4 auf die Gesundheitsregion übertragen. Näheres regelt die Kooperationsvereinbarung gemäß § 73a Abs. 5 (neu).

Beachten sie auch das zum Gesamtthema weiterführende Gutachten von Prof. Gerhard Igl „Regulatorische Möglichkeiten einer Installierung von Patientenlotsen im Sozialleistungssystem und Einschätzungen zur gesetzgeberischen Umsetzung“ [5].

Literatur

[1] Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (Hrsg.): Case Management Leitlinien. Rahmenempfehlungen, Standards und ethische Grundlagen. Medhochzwei Verlag, Heidelberg, 2., neu bearbeitete Auflage 2020.
[2] Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC), Bestimmung und Qualifikation von Patientenlots:innen, Positionspapier der DGCC-Fachgruppe Patientenlots:innen (Verf.: Stegmeier, Elmar; Löcherbach, Peter), Münster, 2022, S. 2 (https://www.dgcc.de/positionspapier-zur-bestimmung-und-qualifikation-von-patientenlotsinnen/, Zugriff: 12.06.2023)
[3] Stegmeier, E.: Patientenlotsen als integratives Systemkonzept, in: Case Management 1/2022, S. 15-22, medhochzwei Verlag, Heidelberg, 2022
[4] Napierala, H., Krueger, K., Kuschick, D., Heintze, C., Herrmann, W. J., & Holzinger, F. (2022). Social prescribing: systematic review of the effectiveness of psychosocial community referral interventions in primary care. *International Journal of Integrated Care*, *22*(3)
[5] Igl, G., Regulatorische Möglichkeiten einer Installierung von Patientenlotsen im Sozialleistungssystem und Einschätzungen zur gesetzgeberischen Umsetzung. In:

Schriften zum Sozialrecht, Band 70, Nomos Verlag, Baden-Baden, 2023

Kontaktdaten
Elmar Stegmeier
Email: elmar_stegmeier@web.de
Mobil: 01525-9340138

Anmerkungen
Auf eine gendergerechte Sprache wird verzichtet, um eine bessere Lesbarkeit zu erzielen. Gemeint sind stets alle Geschlechter.
Auch auf differenzierte Literaturangaben und Zitate wird mit Blick auf eine leichtere Lesbarkeit verzichtet. Diese werden bei Bedarf gerne nachgeliefert.

ANHANG

Definition Patientenlotsen [2]:

„Patientenlots:innen sind Care und Case Manager:innen für Menschen in komplexen Lebens- und Versorgungslagen mit einer oder mehreren medizinischen Indikationen. Sie reduzieren oder beheben zusammen und in direkter Interaktion mit den Patienten deren komplexe Lagen durch einen individuellen, koordinierenden Ansatz auf Grundlage einer systematischen Bedürfnis- und Bedarfserhebung. Sie bewerkstelligen damit bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung, Teilhabe und Versorgung von Menschen in einem inklusiven Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen.“

Deutscher Bundestag

Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(43)

gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2(

12.11.2024

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzt*innen

Stellungnahme zum Gesetzentwurf eines

Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG) (Drucksache 20/11853, vom 17.06.2024)

11. November 2024

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzt*innen

Vorbemerkung

Vor dem Hintergrund des medizinischen und technologischen Fortschritts, der seit Jahren die Ambulantisierung der medizinischen Versorgung beschleunigt, muss der Gesetzgeber ein erhebliches Interesse daran haben, die Attraktivität der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Vertragsärzte zu erhöhen, um zukünftig die Versorgungssicherheit in der ambulanten Versorgung im Sinne der Patienten aufrechtzuerhalten.

Mit dem vorliegenden Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) wird durch eine Reihe gesetzlicher Maßnahmen die Stärkung der Gesundheitsversorgung insbesondere im hausärztlichen Versorgungsbereich beabsichtigt.

Aus Sicht der Kinder- und Jugendmedizin ist es für hier unverzichtbar, das Versorgungs- und Nachwuchsproblem bei Kinder- und Jugendärzten in Angriff zu nehmen. **Deshalb hält es der BVKJ für dringend geboten, zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen, eine Weiterbildungsförderung in der Kinder- und Jugendmedizin analog zur Allgemeinmedizin zu etablieren.** Bisher fehlt hierfür jedoch die Gesetzesinitiative.

Die Vorhalte- und Chronikerpauschalen in der hausärztlichen Versorgung sind in der gewählten Form für die Kinder- und Jugendmedizin ungeeignet. Der BVKJ begrüßt deshalb, dass Ausnahmen für Kinder und Jugendliche bzw. für die Kinder- und Jugendmedizin gemacht werden. Darüberhinausgehend empfiehlt der BVKJ weitere Möglichkeiten für Strukturveränderungen in der vertragsärztlichen Honorierung.

Weiterhin macht der BVKJ weitergehende Vorschläge für einen Bürokratieabbau, die über die positiven Schritte bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen hinausgehen.

Im Einzelnen:

1. Weiterbildung in § 75a

In der ambulanten und stationären Pädiatrie droht ein Ärztemangel, der dringend Gegenmaßnahmen erfordert. Hierzu gehört, neben der bereits umgesetzten Entbudgetierung, insbesondere eine Stärkung der ambulanten pädiatrischen Weiterbildung.

In der Weiterbildungsförderung nach § 75 a SGB V bestehen derzeit noch große Unterschiede zwischen Allgemeinmedizin und Pädiatrie, die sachlich nicht begründet werden können und die

sich angesichts des Pädiatermangels verbieten. **Der BVKJ fordert daher, die Pädiatrie in der Förderung der Weiterbildung der Allgemeinmedizin gleichzustellen.**

1.1. Hausarztzentrierte Versorgung

In der hausarztzentrierten Versorgungsrealität spielen Kinder- und Jugendärzt*innen eine existentielle Rolle, als Primärärzt*innen, die Aufgaben der Patientensteuerung im Gesundheitssystem übernehmen (Lotsensystem). **Soll die Pädiatrie in Zukunft weiterhin in die Lage versetzt werden, ihre primärärztliche Funktion zu erfüllen, braucht sie die primärärztliche Weiterbildungsförderung.**

Obwohl die Pädiatrie, neben der Allgemeinmedizin, die einzige Fachgruppe ist, die komplett in der hausärztlichen Versorgung angesiedelt ist, werden Kinder- und Jugendärzt*innen bei der Weiterbildung als „grundversorgende Fachärzte“ behandelt. Dies gefährdet die Nachwuchsgenerierung in der Pädiatrie und damit das parteiübergreifend verfolgte Ziel der Politik, die hausarztzentrierte Versorgung zu stärken.

1.2. Weiterbildungsordnung

In der neuen Musterweiterbildungsordnung (MWBO) (2018) ist der Erwerb von Kompetenzen Grundvoraussetzung für Erlangung des Facharzttitels. In der Kinder- und Jugendmedizin gibt es mehrere Kompetenzfelder, für deren Erwerb eine **ambulante Praxiserfahrung zwingend erforderlich** ist: Impfungen, Kinder- und Jugendvorsorgeuntersuchungen, die Diagnostik und Therapie in der Sozialpädiatrie sowie große Teile der Kompetenzen der Behandlung der psychischen und psychosomatischen Störungen.

Mindestens einen hälftigen Anteil machen ambulante Praxiserfahrungen bei weiteren Kompetenzen aus, eine rein klinische Weiterbildung garantiert keine volle Punktzahl. Hierzu gehören u.a. Infektionskrankheiten, Diabetologie, Erkrankungen des Verdauungstraktes, Erkrankungen des Bewegungsapparates, Diagnostische Verfahren. **Ein ambulanter Weiterbildungsabschnitt in der Kinder- und Jugendmedizin ist praktisch unumgänglich, um die Weitbildungsinhalte vollständig erwerben zu können.**

Auch vor dem Hintergrund der **reduzierten Weiterbildungskapazitäten in den Kinderkliniken** werden Weiterbildungsverbünde zwischen Kliniken und weiterbildenden Praxen essentiell sein, um zukünftig noch ausreichend pädiatrischen Nachwuchs für die primärärztliche Versorgung, die Kinderkliniken und die mittlerweile gut etablierte pädiatrische Schwerpunktversorgung weiterzubilden. **Ohne eine verlässliche Förderung der ambulanten Weiterbildung droht eine Gefährdung der pädiatrischen Versorgung in Praxis und Klinik schon bald einzutreten.**

1.3. Formulierungsvorschlag

Wo im § 75a die Allgemeinmedizin erwähnt ist, muss entsprechend die Kinder- und Jugendmedizin Aufnahme finden. Insbesondere ist in Abs. 3 die Anzahl der zu fördernden Stellen auf 8.250 zu erhöhen, wovon mindestens 750 Weiterbildungsstellen in der Kinder- und Jugendmedizin geschaffen werden sollen.

Der BVKJ empfiehlt folgende Änderungen in § 75a (Ergänzungen in Grün, Streichungen in Rot):

(1) 1Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen sind zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung verpflichtet, die allgemeinmedizinische und kinder- und jugendmedizinische Weiterbildung in den Praxen zugelassener Ärzte und zugelassener medizinischer Versorgungszentren zu fördern. 2Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen tragen die Kosten der Förderung für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin und Kinder- und Jugendmedizin im ambulanten Bereich je zur Hälfte. 3Die Zuschüsse der Krankenkassen werden außerhalb der Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung gewährt. 4Die Förderung ist von der Weiterbildungsstelle auf die im Krankenhaus übliche Vergütung anzuheben und an den Weiterzubildenden in voller Höhe auszuzahlen.

(2) 1Die Krankenkassen sind zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung auch verpflichtet, die allgemeinmedizinische und kinder- und jugendmedizinische Weiterbildung in zugelassenen Krankenhäusern und in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, zu fördern. 2Die Zuschüsse der Krankenkassen werden außerhalb der mit den Krankenhäusern vereinbarten Budgets gewährt.

(3) 1Die Anzahl der zu fördernden Stellen soll bundesweit insgesamt mindestens 8 250 betragen, davon mindestens 750 Weiterbildungsstellen in der Kinder- und Jugendmedizin. 2Die Kassenärztlichen Vereinigungen dürfen die Anzahl der zu fördernden Weiterbildungsstellen nicht begrenzen.

(4) 1Die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbart mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft das Nähere über den Umfang und die Durchführung der finanziellen Förderung nach den Absätzen 1 bis 3. 2Sie haben insbesondere Vereinbarungen zu treffen über

1. die Höhe der finanziellen Förderung,
2. die Sicherstellung einer durchgängigen Förderung auch bei einem Wechsel in eine andere Weiterbildungsstelle in einem Bezirk einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung,
3. die Verteilung der zu fördernden Stellen auf die Kassenärztlichen Vereinigungen,
4. ein finanzielles Ausgleichverfahren, wenn in einem Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung mehr oder weniger Weiterbildungsstellen gefördert werden, als nach Nummer 3 vorgesehen sind, sowie
5. die zu fördernden Fachärzte aus dem Bereich der allgemeinen fachärztlichen Versorgung, die an der Grundversorgung teilnehmen (grundversorgende Fachärzte).

3Mit der Bundesärztekammer ist das Benehmen herzustellen. 4Wird eine Vereinbarung ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.

(5) 1Die Höhe der finanziellen Beteiligung der Krankenkassen an den Kosten der Förderung der allgemeinmedizinischen und kinder- und jugendmedizinischen Weiterbildung vermindert sich um den von den privaten Krankenversicherungsunternehmen gezahlten Betrag. 2Über die Verträge nach Absatz 4 ist das Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung anzustreben.

(6) 1Die nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 zu vereinbarende Höhe der finanziellen Förderung ist so zu bemessen, dass die Weiterzubildenden in allen Weiterbildungseinrichtungen nach den Absätzen 1 und 2 eine angemessene Vergütung erhalten. 2In Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für den Bereich der hausärztlichen Versorgung eine Feststellung nach § 100 Absatz 1 Satz 1getroffen hat, soll eine höhere finanzielle Förderung vorgesehen werden. 3Die Vertragspartner haben die Angemessenheit der Förderung regelmäßig zu überprüfen und soweit erforderlich anzupassen.

(7) In den Verträgen nach Absatz 4 kann auch vereinbart werden, dass

1.die Fördermittel durch eine zentrale Stelle auf Landes- oder Bundesebene verwaltet werden,
2.eine finanzielle Beteiligung an regionalen Projekten zur Förderung der Allgemeinmedizin und Kinder- und Jugendmedizin erfolgt,
3.bis zu 5 Prozent der vorgesehenen Fördermittel überregional für die Errichtung und Organisation von Einrichtungen, die die Qualität und Effizienz der Weiterbildung verbessern können, und für die Qualifizierung von Weiterbildern bereitgestellt werden,
4.in einem Förderungszeitraum nicht abgerufene Fördermittel in den darauffolgenden Förderzeitraum übertragen sowie überregional und unabhängig von der Art der Weiterbildungseinrichtung bereitgestellt werden.

(8) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können zur Erfüllung der in Absatz 1 genannten Aufgaben kooperieren oder eine Kassenärztliche Vereinigung mit der Durchführung der Aufgaben nach Absatz 1 beauftragen.

(9) 1Die Absätze 1 und 4 bis 8 gelten für die Förderung der Weiterbildung in der ambulanten grundversorgenden fachärztlichen Versorgung nach Maßgabe der Vereinbarung nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 5 entsprechend. 2Es sind bundesweit bis zu 2 000 Weiterbildungsstellen~~, davon mindestens 250 Weiterbildungsstellen in der Kinder- und Jugendmedizin,~~ zu fördern.

2. Hilfsmittelverordnung in § 33

Der BVKJ begrüßt, dass die Bewilligungsverfahren bei der Hilfsmittelversorgung vereinfachen werden sollen. Kinder und Jugendliche mit Behinderung haben heute noch mit viel Bürokratie und Verzögerungen bei der Versorgung mit medizinisch notwendigen Hilfsmitteln zu kämpfen. Die in § 33 Absatz 5c neu gefundene Regelung, die eine Erforderlichkeitsvermutung vorsieht, hält der Verband für sachgerecht.

3. Bonus in der hausarztzentrierten Versorgung in § 65a

Der BVKJ bedauert, dass die Einführung eines Bonussystems für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b im Gegensatz zum Referentenentwurf nun nicht mehr enthalten sind. Wir halten einen Bonus in Höhe von mindestens 100 Euro für sinnvoll. Gleichzeitig muss zuverlässiger als heute sichergestellt werden, dass nur die Patienten den Bonus erhalten, die wirklich keine Leistungen außerhalb der hausarztzentrierten Versorgung in Anspruch genommen haben, sonst geht die Steuerungswirkung verloren. Patienten sollten von den Kassen außerdem auf die neue Möglichkeit hingewiesen werden müssen, um hohe Einschreibungsraten zu erreichen.

Der mit einer hausarztzentrierten Versorgung verbundene Steuerungsgedanke bedarf darüber hinaus weiterer gesetzlicher Verbesserungen.

Um die qualitätsgesicherte und leitlinienorientierte Steuerung der Versorgung auch in der Pädiatrie zu verbessern, muss es eine Gleichbehandlung der Kinder- und Jugendmedizin mit der Allgemeinmedizin bei den Hausarztmodellen nach § 73 b SGB V geben.

Der BVKJ empfiehlt folgende Änderungen in § 73b in der Fassung des Referentenentwurfs.

> In Abs. 3 Satz 2 sind das Semikolon sowie die Wörter „die direkte Inanspruchnahme eines Kinder- und Jugendarztes bleibt unberührt“ zu streichen.
>
> In Abs. 4 ist nach Satz 1 folgender Satz 2 einzufügen:
>
> „Zur flächendeckenden Sicherstellung des Angebots nach Absatz 1 für Kinder und Jugendliche haben Krankenkassen allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen spätestens bis zum 30. Juni 2025 Verträge mit Gemeinschaften zu schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Kinder und Jugendärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten.“
>
> In Satz 3 sind die Wörter „oder soll ein Vertrag zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen geschlossen werden“ zu streichen.

4. Chronikerpauschale in § 87 Abs. 2b

Der BVKJ begrüßt, dass die neue Versorgungspauschale nur für die Behandlung chronisch kranker erwachsener Patienten vorgesehen ist.

Während bei den Erwachsenen Zivilisationskrankheiten dominieren, sind die chronischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen breiter gestreut. Bei Patienten mit seltenen Erkrankungen oder Behinderungen ist ein hoher Betreuungsaufwand die Regel. Häufige chronische Erkrankungen (wie z. B. Neurodermitis oder Asthma) hingegen verursachen gerade bei guter Betreuung nicht unbedingt hohe Medikamentenkosten.

Ein wichtiges Chronikermerkmal sind auch die Sozialpädiatrie und die Behandlung der sogenannten „Neuen Morbiditäten“. Hierunter verstehen wir Entwicklungsstörungen, die sich auf das Sozial- und Lernverhalten sowie die zwischenmenschliche Interaktion und die Emotionen beziehen – wie ADHS, Teilleistungsstörungen, soziale Ängste, Bindungs- und Regulationsstörungen. Diese Erkrankungen spielen nicht erst seit der Pandemie eine große Rolle in pädiatrischen Praxen.

All diese jungen Patient*innen wären von der Chroniker-Definition des Gesetzentwurfes nicht erfasst, weshalb die Einschränkung auf erwachsene Patienten sachgerecht ist.

5. Vorhaltepauschale in § 87 Abs. 2 q

Der BVKJ begrüßt ausdrücklich, dass die Regelungen zur Vorhaltepauschale nach diesem Absatz die Kinder- und Jugendärzte ausnehmen. Die Zielrichtung, mit einer Vorhaltepauschale besonders diejenigen Praxen zu stärken, die die Grundversorgung im hausärztlichen Bereich sicherstellen, begrüßt der BVKJ ausdrücklich. Aber in der konkreten Ausgestaltung wäre die Pauschale in der Kinder- und Jugendmedizin nicht anwendbar.

Zwar lassen sich „Versorgerpraxen“ in der Kinder- und Jugendmedizin wie in der Allgemeinmedizin über hohe Scheinzahlen bestimmen, der BVKJ weist aber darauf hin, dass die anderen Voraussetzungen für die Vorhaltepauschale insbesondere bei Praxisöffnungszeiten und Hausbesuchen deutlich zu eng gefasst wären als dass sie auf pädiatrische Praxen zutreffen könnten.

Das Erfordernis einer Abendsprechstunde geht im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin von vornherein an den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen vorbei. Es ist Kindern nicht zuzumuten, in den Abendstunden Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch zu nehmen.

Gänzlich ungeeignet ist auch die Anzahl der Hausbesuche, welche in der Pädiatrie wegen der geringen Zahl immobiler Patienten, sowie der bei akut kranken Kindern oft indizierten Point-Of-Care Diagnostik (Blut- und Urinuntersuchungen, Infektionsdiagnostik, Ultraschall), eine marginale Rolle spielen.

5.1. Pädiatriegerechte Vorhaltepauschale

Sollte der Gesetzgeber eine Vorhaltepauschale für eine bessere Versorgung auch von Kindern und Jugendlichen einführen, würde das der BVKJ sehr begrüßen. Für die konkrete Ausgestaltung regt der BVKJ an, neben der Scheinzahlen die Anzahl der durchgeführten Präventionsleistungen, insbesondere Kindervorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen als weiteres Kriterium für Versorgerpraxen festzulegen.

Dabei ist zu beachten, dass in der Pädiatrie (anders als in der Erwachsenenmedizin) auch die fachärztlich arbeitenden Pädiater hausärztlich tätig sind. Die Schwerpunktpädiatrie (Kinderkardiologie, Kinderpneumologie, Kinderneuropädiatrie, Kindergastroenterologie, etc.) muss deshalb auch abgebildet werden.

Dies bedeutet, dass die Anrechnung des Präventionskriteriums für den Schwerpunkt-Anteil einer Praxis bei der Vorhaltepauschale nicht gelten kann und dass die differenten Tätigkeiten bei der Versorgungspauschale in den einzelnen Schwerpunkten abgebildet werden müssen.

Gesonderte Anforderungen für Kinder- und Jugendärzte mit wesentlicher Tätigkeit in der Schwerpunktpädiatrie sind deshalb zu finden.

6. Weiterer Regelungsbedarf im EBM in § 87 und § 87a

Der Gesetzgeber sollte eine Strukturpauschale für den ländlichen Raum sowie eine Strukturpauschale für soziale Brennpunkte vorsehen. Die bestehende Gesetzesgrundlage in § 87a Abs. 2 Satz 2 müsste entsprechend geschärft werden. Aus Sicht des BVKJ muss klargestellt werden, dass die Selbstverwaltung zum Abschluss entsprechender Zuschläge verpflichtet ist.

Konkret hält der BVKJ einen prozentualen Zuschlag auf jeden Ordinationskomplex für sachgerecht. Außerdem wäre es für eine bessere Versorgung von Patienten mit Sprachbarriere und sozial benachteiligten Familien gerechtfertigt, einen Aufschlag auf das *problemorientierte Gespräch* und die *Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung* vorzusehen. Zu den aktuellen Diagnosen könnte man dann das Vorhandensein einer Sprachbarriere als Zugangsvoraussetzungen für die Zusatz-Ziffern definieren,

Um eine Verbesserung der pädiatrischen Versorgung zu ermöglichen, empfiehlt der BVKJ außerdem die **Reduzierung der Leistungspauschalierung**. Insbesondere sollte die EBM-Ziffer 04230 („Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist“) bei jeder Arzt-Patienten-Konsultation abrechenbar sein.

Außerdem sollte die Problematik der medizinischen Mehrbesuche sozial benachteiligter Kinder im EBM Berücksichtigung finden. Damit könnte erreicht werden, dass sich die Versorgung von besonders beratungsbedürftigen sozial benachteiligten Kindern verbessert.

Um die Potentiale der Digitalisierung besser zu nutzen, muss die Vergütung der Telemedizin, einschließlich der Beratung am Telephon und über sichere Chat-Verbindungen verbessert und gleichberechtigt zur analogen Beratung vergütet werden.

7. Zuschläge nach § 87a

Aus Sicht des BVKJ ist die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit einer Neuformulierung des § 87a, Abs. 3b Satz 3 nicht ersichtlich. Zuschläge zur Förderung der Kinder- und Jugendmedizin sollen nur noch gezahlt werden, wenn der Leistungsbedarf das zur Verfügung stehende Honorar

insgesamt vier aufeinander folgende Quartale unterschreitet. Außerdem sollen Ausgleichszahlungen verrechnet werden. Damit wird aus Sicht des BVKJ die Chance einer strukturellen Förderung der Kinder- und Jugendmedizin, unabhängig von einer Quartalslogik, verpasst.

Der BVKJ empfiehlt folgende Änderungen in § 87a:

Die Neuformulierung von 3b Satz 3 ist zu streichen.

8. Entbudgetierung der Allgemeinmedizin § 87a

Der BVKJ begrüßt, dass mit der Allgemeinmedizin eine weitere ärztliche Gruppe von der Budgetierung befreit wird. Um die Versorgung sicherzustellen und für die Zukunft zu erhalten, ist die Vergütung aller ärztlicher Untersuchungen und Behandlungen zentrale Grundvoraussetzung und daher auch Erwartung aller Ärztinnen und Ärzte gegenüber der Politik. Aus Sicht des BVKJ sind darin mittelfristig auch Fachärztegruppen, wenn sie auf Überweisung aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich tätig werden, einzubeziehen.

9. Wirtschaftlichkeitsprüfungen in § 106 und § 106b

9.1. Geringfügigkeitsgrenze

Der BVKJ begrüßt die Einführung einer Geringfügigkeitsgrenze von 300 Euro bis zu deren Erreichung keine Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich Verordneter Leistung beantragt werden sollen. Damit wird ein wichtiger Schritt für Bürokratieabbau geleistet. Es wäre aus Sicht des BVKJ aber sinnvoll, den **Behandlungsfall** entsprechend der Definition im Bundesmantelvertrag-Ärzte zugrunde zu legen. Die dort gefundene Definition schließt die angestrebte Differenzierung nach Arztpraxis, Krankenkasse und Quartal bereits ein.

9.2. Fristverkürzungen

Weiterhin möchte der BVKJ anregen, neben der Geringfügigkeitsgrenze auch die **Frist** nach § 106 Abs. 3 von derzeit **zwei Jahren deutlich zu verkürzen**. Diese führt zu einem großen wirtschaftlichen Schaden für die Praxen und einem unverhältnismäßigen Bürokratieaufwand.

Wenn nach fast zwei Jahren Beanstandungen erfolgen, lassen sich nachträglich die Gründe, die zum Einsatz eines bestimmten Medikaments geführt haben, nur schwer rekonstruieren, auch wenn diese absolut sachgerecht und notwendig waren. Das bestehende Regelwerk beispielsweise bei den Sprechstundenbedarfsvereinbarungen ist überkomplex, fehleranfällig und erfordert einen ausufernden Dokumentationsaufwand. Beanstandungen sollten daher innerhalb einer

deutlich kürzeren Frist beanstandet werden müssen, so dass im Praxisteam gegebenenfalls auch tatsächlich gegengesteuert werden kann. Aus Sicht des BVKJ sollten 6 Monate in der Regel dafür ausreichen.

Folgeprüfverfahren zum identischen Sachverhalt sollten explizit ausgeschlossen sein.

9.3. Off-Label-Medikamente ohne Regress

Daneben sollten für eine bessere Versorgung von Kindern und Jugendlichen Prüfverfahren bei einer Weiterverschreibung von in der Klinik verordneten Off-Label-Medikamenten explizit ausgeschlossen sein. Der Sachverhalt soll ggf. von den Krankenkassen anhand eigener Daten geprüft werden.

9.4. Clearingstelle bei Fehlbuchung

Außerdem sollten berechtigte Leistungen, die nur dem falschen Kostenträger in Rechnung gestellt wurden, zukünftig nicht mehr zu einem Regress gegen Ärzte führen. Dies ist derzeit etwa bei einem fehlerhaft ausgestelltem Impfstoffrezept der Fall (statt Sprechstundenbedarf z.B. auf den Patienten). Obwohl keine tatsächlichen Kosten für das Gesamtsystem entstanden sind, wird derzeit ein Schaden in Höhe der Impfstoffkosten gegenüber der Praxis geltend gemacht. Solche Fälle sollten systemintern (z.B. über eine Clearingstelle) dem richtigen Kostenträger in Rechnung gestellt werden.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzt*innen

Kontakt:

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen e.V. (BVKJ)
Lobbyregister beim Deutschen Bundestag: Registernummer R000638

Mielenforster Straße 2, 51069 Köln

Telefon: 0221/68909-0

E-Mail: info@bvkj.de

Internet: www.bvkj.de

Präsident:
Dr. Michael Hubmann

Vizepräsident*innen:
Dr. med. Anke Steuerer (kommissarisch)
Dr. med. Stefan Trapp

Hauptgeschäftsführer:
Tilo Radau

Referent Gesundheitspolitik:
Simon K. Hilber
Tel.: 030 280 475 10
E-Mail: simon.hilber@bvkj.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(44)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
12.11.2024

SOZIALVERBAND VdK DEUTSCHLAND

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

Berlin, 11.11.2024

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

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 Mehrwehrt 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 Gesamteinkommensgrenze 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 weißt 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 erforderliche 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
- Richtline 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 Verzichten 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 Mitgliedernd 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 weitrechend 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 beabsichtige 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 mitzuhalten 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 dien Patienten, der nicht mehr bangen muss, ob die Therapie weiterhin genehmigt wird.

2.8. Regulierung von Medizinischen Versorgungszentren (§§ 95 Abs. 2 und 3SGB 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[1]. Über alle Behandlungsanlässe hinweg fällt das Honorarvolumen im

[1] 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

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 Gewinnorientierung 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 Beplanung 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 Ersatzlassen 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 gelichgestellt.

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 niederschwelligen 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 Krankenkasse 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 Richtline 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 weißt 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.

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(45)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
12.11.2024

BUNDESVERBAND DER VERTRAGSPSYCHOTHERAPEUTEN E.V.
Vielfalt macht den Unterschied

BVVP • WÜRTTEMBERGISCHE STRASSE 31 • 10707 BERLIN

Stellungnahme des Bundesverbands der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

25.04.2024

Die psychotherapeutische Versorgung der gesetzlich Versicherten in Deutschland ist einmalig. Es stehen vielerorts ausreichend Psychotherapieplätze mit zumutbaren Wartezeiten zur Verfügung (Studien EsRIP und KV Bayern). Patient*innen können in den verschiedenen Verfahren hoch individuell im benötigten Umfang behandelt werden. Bei dringendem Bedarf steht die Akutbehandlung, gegebenenfalls auch vermittelt über die Terminservicestelle, zur Verfügung. Mit den Psychotherapeutischen Sprechstunden ist bei der Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinie 2017 eine Leistung ins System gekommen, die flächendeckend angeboten wird und eine zeitnahe Erstabklärung mit Indikationsstellung durch hoch qualifizierte Expert*innen ermöglicht. Damit wurde den Psychotherapeut*innen das bestmögliche Steuerungsinstrument in die Hand gegeben. Weitere Steuerungsinstrumente sind weder notwendig noch fachlich angemessen, zudem sind sie nicht in sinnvoller Weise ressourcenschonend zu installieren.

Trotz allem gibt es Verbesserungsmöglichkeiten, die in den Blick genommen werden sollten.
Die Parteien hatten in ihrem Koalitionsvertrag der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen einen eigenen Textabschnitt gewidmet. Darin heißt es:

„Wir starten eine bundesweite Aufklärungskampagne zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen. Wir reformieren die psychotherapeutische Bedarfsplanung, um Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz, insbesondere für Kinder und Jugendliche, aber auch in ländlichen und strukturschwachen Gebieten deutlich zu reduzieren. Wir verbessern die ambulante psychotherapeutische Versorgung insbesondere für Patienten mit schweren

VORSTAND

VORSITZENDER
Dipl.-Psych. Benedikt Waldherr,
Psychologischer Psychotherapeut

STELLV. VORSITZENDE
Dr. med. Gerhild Rausch-Riedel,
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

STELLV. VORSITZENDER
Dipl.-Psych. Mag. rer. nat.
Mathias Heinicke,
Psychologischer Psychotherapeut

Dipl.-Psych. Ulrike Böker
Ariadne Sartorius
Dr. med. Bettina van Ackern

Dr. med. Michael Brandt
Dipl.-Psych. Rainer Cebulla

Dipl.-Psych. Eva-Maria Schweitzer-Köhn

KONTAKT

bvvp Bundesgeschäftsstelle
Württembergische Straße 31
10707 Berlin

Telefon 030 88725954
Telefax 030 88725953
bvvp@bvvp.de
www.bvvp.de

BANKVERBINDUNG

Berliner Volksbank eG
IBAN:
DE69100900002525400002
BIC: BEVODEBB

Gläubiger-ID
DE77ZZZ00000671763

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

und komplexen Erkrankungen und stellen den Zugang zu ambulanten Komplexleistungen sicher. Die Kapazitäten bauen wir bedarfsgerecht, passgenau und stärker koordiniert aus. Im stationären Bereich sorgen wir für eine leitliniengerechte psychotherapeutische Versorgung und eine bedarfsgerechte Personalausstattung. Die psychiatrische Notfall- und Krisen-versorgung bauen wir flächendeckend aus."

Auf diese Passage wollen wir uns unter anderem bei unserer Stellungnahme beziehen.

Bedarfsplanung

Der bvvp begrüßt ausdrücklich, dass im § 101 nun folgende Ergänzung um einen Absatz 4a geplant ist:

„Psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, bilden ab dem [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] eine Arztgruppe im Sinne des Absatzes 2. Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist für diese Arztgruppe erstmals zum Stand vom 31. Dezember 2023 zu ermitteln. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die neuen Verhältniszahlen bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu beschließen. In den Richtlinien nach Absatz 1 kann der Gemeinsame Bundesausschuss Mindestversorgungsanteile für überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte sowie innerhalb dieser weitere nach Fachgebieten differenzierte Mindestversorgungsanteile aus Versorgungsgründen vorsehen. Der Landesausschuss hat die Feststellungen nach § 103 Absatz 1 Satz 1 erstmals zum Stand vom [einsetzen: Datum des letzten Tages des elften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu treffen."

Die gesonderte Beplanung von psychotherapeutisch tätigen Ärzt*innen sowie Psychotherapeut*innen, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, ist sachgerecht. Eine Quote für ärztliche Psychotherapeut*innen sollte analog der Regelung für die Erwachsenenpsychotherapie verpflichtend eingerichtet werden. Es ist unstrittig, dass bei einem Teil psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher die spezifischen ärztlichen Kompetenzen psychotherapeutisch tätiger Ärzt*innen zwingend notwendig sind.

Mit der eigenen Beplanung können die besonderen Versorgungsbedürfnisse dieser Altersgruppen berücksichtigt werden. Dies betrifft sowohl die Tatsache, dass der Bedarf seit der COVID-19-Pandemie gestiegen ist und auch für lange Zeit hoch bleiben wird, als auch der Umstand, dass angenommene Mitversorgungseffekte nur begrenzt zum Tragen kommen. Vor allem Kindern, aber auch Jugendlichen ist es in aller Regel nicht möglich, Praxen weit entfernt von ihrem Wohnort aufzusuchen. Die Versorgung für diese Patient*innengruppe muss daher wohnortnäher gestaltet werden.

Allerdings muss darauf geachtet werden, dass bei der detaillierten Ausgestaltung dann keinesfalls ein Abbau von Sitzen oder Versorgungskapazitäten in den Ballungszentren stattfindet. Bei Jugendlichen, die sich ab dem Alter von 15 Jahren bereits in Ausbildung in solchen Zentren befinden können, sind moderate Mitversorgungseffekte anzunehmen, sodass eine

ebenfalls moderate Spreizung der Verhältniszahlen sachgerecht wäre. In den Ballungszentren dürfen diese also nicht abgesenkt werden. In den vermeintlich (stark) mitversorgten Planungsbereichen muss die Verhältniszahl deutlich abgesenkt und vereinheitlicht werden, sodass weitere Behandlungskapazitäten entstehen. Des Weiteren muss darauf geachtet werden, dass es Psychotherapeut*innen aus dem Erwachsenenbereich, die über eine Zusatzqualifikation für den Kinder- und Jugendlichenbereich verfügen und diese Patient*innengruppe behandeln, weiterhin möglich ist, diese Leistungen zu erbringen. Und schließlich sollte man Konzepte für aufsuchende Behandlungen erarbeiten. Diese könnten zum Beispiel an Schulen ermöglicht werden. Damit würde die bislang festgeschriebene Ortsbindung flexibilisiert. Weiterhin ist es notwendig, in der ambulanten Versorgung von Kindern und Jugendlichen ein zeitlich befristetes, stationsersetzendes, intensiveres Behandlungsangebot zu machen, da eine stationäre Versorgung für manche Patient*innengruppen nicht in Frage kommt bzw. hier häufig noch längere Wartezeiten als im ambulanten Bereich bestehen.

Es ist klar, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) und nachfolgend die Landesausschüsse mit Kenntnis der örtlichen Gegebenheiten für die Ausgestaltung dieser Detailregelungen zuständig sind. Aber das Gesundheitsministerium als Rechtsaufsicht hat die Möglichkeit der Kontrolle, ob die gesetzlich intendierten Ziele tatsächlich wirksam umgesetzt werden.

Im Referentenentwurf fehlt allerdings die im Koalitionsvertrag festgelegte Überarbeitung der psychotherapeutischen Bedarfsplanung, um Wartezeiten auch für erwachsenen Patient*innen in ländlichen und strukturschwachen Gebieten zu reduzieren. Dies ist auch für das Ruhrgebiet erforderlich. Auch hier muss der Gemeinsame Bundesausschuss mit einer Prüfung und moderaten Nachbesserung beauftragt werden, denn auch hier werden Mitversorgungseffekte vielerorts überschätzt. So sind zum Beispiel nicht alle behandlungsbedürftigen Erwachsenen berufstätig und/oder mobil.

Entstigmatisierung

Die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen ist ein wichtiges Anliegen. Hier befinden wir uns erfreulicherweise in einem stetigen Prozess der Annäherung an dieses Ziel, wenn dieser auch nicht durch die Bundesregierung initiiert oder fortgeführt wurde. Allen Beteiligten muss jedoch bewusst sein, dass eine weitere Entstigmatisierung auch zusätzlichen Behandlungsbedarf verursacht: Die Betroffenen sind damit eher bereit, sich mit ihren Erkrankungen zu beschäftigen und eine Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, was nicht bedeutet, dass jede Befindlichkeitsstörung psychotherapeutisch behandelt werden muss. Aber die Prävalenz psychischer Störungen ist bekanntermaßen hoch: Sie liegt bei geschätzten 20 Millionen pro Jahr (z.B. Jacobi).

Entstigmatisierung beginnt mit Aufklärung und Prävention. Hierzu fehlen bundesweite, flächendeckende Angebote. Vorhanden sind in der Regel nur vereinzelte Projekte, deren Finanzierungen nicht langfristig gesichert sind und deren Fortbestehen – und vor allem langfristige Etablierung – damit in Frage stehen.

Versorgung von Patient*innen mit schweren psychischen Erkrankungen

Die *„Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf“* (KSVPsych-RL) für Erwachsene kommt nicht flächendeckend in die Versorgung. Nicht umsonst wurde sie deshalb als Erstfassung benannt. Eine erste Evaluation hat, wie vermutet, gezeigt, dass die strukturellen Anforderungen zu hoch, die Haftungsfragen ungeklärt, die Verfügbarkeit von Kooperationspartner*innen vielerorts problematisch und die Finanzierung des hohen zusätzlichen Organisations- und Zeitaufwands vollkommen unzureichend ist, um nur einige Punkte zu nennen. Hier muss also dringend auf verschiedenen Ebenen nachgebessert werden. Selbst wenn zusätzliche Behandlungskapazitäten zur Verfügung stünden, würde das nichts an den grundsätzlichen Mängeln der Erstfassung ändern. Dies nur als Anmerkung, denn selbstverständlich sind für die erforderlichen Änderungen die Gremien der Selbstverwaltung zuständig.

Entbudgetierung

Die geplante Ausbudgetierung der Hausärzt*innen ist ein wichtiger erster Schritt der Neuordnung der Honorierung. Als zweiter Schritt muss aber zwingend die Entbudgetierung der Fachärzt*innen und der Psychotherapeut*innen folgen, was der bvvp deutlich fordert. Auch wenn die meisten Leistungen der Psychotherapie bereits extrabudgetär vergütet werden, fehlt bislang eine gesetzliche und damit dauerhafte und verlässliche extrabudgetäre Verortung.

Von besonderer Bedeutung sind hierbei die 10-minütigen Gesprächsziffern der Fachkapitel 21, 22 und 23. Der Gesetzgeber hat immer wieder ein besonderes Interesse an der Versorgung von Menschen mit schweren und chronifizierten psychischen Erkrankungen formuliert. Doch dafür stehen keine anderen Ziffern als diese Gesprächsziffern zur Verfügung. Gleiches gilt für niederschwellige Kriseninterventionen, für die auch die Gesprächsziffern verwendet werden müssen. Sie werden im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) deutlich schlechter bewertet als die genehmigungspflichtige Psychotherapie. Wenn dann noch eine zum Teil erhebliche Quotierung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt, dann ist keine wirtschaftliche Leistungserbringung mehr möglich. Durch eine gesetzlich festgelegte extrabudgetäre Vergütung wäre dieses Problem akzeptabel gelöst. Erfreulich wäre außerdem, wenn der Gesetzgeber eine Erhöhung der Obergrenze bei der Ansetzung der Ziffern von derzeit maximal 15-mal pro Behandlungsfall auf maximal 30-mal anregen würde, die dann im EBM umgesetzt werden müsste. Damit könnten Krisen, in die diese schwer kranken Menschen häufig geraten, zuverlässig im benötigten Umfang ambulant, zeitnah und niederschwellig durch die vorhandenen Strukturen abgefangen werden.

Hilfsweise sollte die extrabudgetäre Vergütung zumindest aller psychotherapeutischen Gesprächsziffern des Kapitels 35 und die Gesprächsziffern der Fachkapitel 21, 22 und 23 in § 87a, Absatz 3 SGB V verankert werden.

Zudem weist der bvvp darauf hin, dass für die Versorgung der Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, die in aller Regel eine Medikation benötigen und nicht in allen Fällen für eine Psychotherapie geeignet sind, zwingend eine ausreichende psychiatrische und auch

psychosomatische ambulante und stationäre Versorgung zur Verfügung stehen muss. Der Nachwuchs in diesen Facharztgruppen ist gering. Hierfür bedarf es der Schaffung besonderer Förderprogramme, die bereits im Studium ansetzen. Außerdem müssen die Fachärzt*innen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zwingend in die Gruppe der mittels § 75a geförderten grundversorgenden Facharztgruppen aufgenommen werden.

Schließlich werden Patient*innen mit schweren psychischen Erkrankungen auch von Angehörigen anderer Berufsgruppen mitbetreut. Insgesamt betrachtet sind psychosoziale Berufe wieder attraktiver zu gestalten, damit junge Menschen diese Berufe künftig häufiger ergreifen.

Wirtschaftlichkeitsprüfung

Der bvvp begrüßt die Festlegung eines Bagatellbetrags von 300 Euro je Betriebsstätten-nummer, Krankenkasse und Quartal bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106b, also bei verordneten Leistungen, bis zu dessen Höhe kein Prüfantrag gestellt werden kann. Die Angst vor Regressen ist ein Hindernis für die Niederlassung von Ärzt*innen. Eine gute Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist aber nur in Kooperation mit der somatischen Medizin, also mit somatischen Praxen möglich.

Gleichzeitig fordert der bvvp, diese Bagatellgrenze auch auf die Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106a, also auf die Prüfung der erbrachten ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen, auszuweiten.

Gesundheitskioske

Der bvvp begrüßt die Streichung der Einführung der Gesundheitskioske im Referenten-entwurf. Statt neue Strukturen zu schaffen, sollten bestehende Strukturen, wie Beratungsstellen, der Psychosoziale Dienst, Schulpsycholog*innen und der öffentliche Gesundheitsdienst personell und finanziell gestärkt werden. Außerdem muss die Förderung von Gesundheitskompetenz ein wichtiger, im Lehrplan verankerter Teil der schulischen Bildung werden. Neue Strukturen schaffen neue Schnittstellenprobleme und machen das Gesundheitssystem noch komplexer. Aus Sicht des bvvp ist es grundsätzlich nicht sachgerecht, dass für Beratung und präventive Angebote der Kommunen die Gelder der gesetzlichen Krankenkassen verwendet werden. Die finanzielle Unterstützung sollte einzig über staatliche Förderungen geschehen.

Erhalt des Antrags- und Gutachterverfahrens

Das Antrags- und Genehmigungsverfahren in der Richtlinientherapie gewährleistet durch eine vorgezogene Wirtschaftlichkeitsprüfung den sicheren Behandlungsrahmen innerhalb der jeweils verfahrensgebundenen Kontingente. Es erfolgt eine gemeinsame Behandlungsplanung mit dem Wissen auf Seiten von Patient*innen und Behandelnden, dass es sich bei einer Psychotherapie um eine zeitlich begrenzte, sorgfältig indizierte und verfahrensgebunden konzeptualisierte Maßnahme handelt. Außerdem findet eine Einschätzung der Prognose

statt. Die Kriterien der Wirtschaftlichkeit, Angemessenheit, Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit werden bei Anträgen auf Langzeittherapie durch das Gutachterverfahren hoch individuell von Fachkolleg*innen überprüft. Dies stellt auch eine wichtige Maßnahme der Qualitätssicherung psychotherapeutischer Behandlungen dar – und dies alles noch vor Aufnahme einer Psychotherapie.

Demgegenüber zielt das Qualitätssicherungsverfahren nach § 136a Abs. 2a SGB V, das nun in einer Modellregion erprobt werden soll, auf eine Bewertung der Behandlung nach deren Abschluss ab und soll auch zur vergleichenden Betrachtung der Praxen genutzt werden. Entsprechend ist das Antrags- und Gutachterverfahren vollkommen unabhängig davon zu sehen, mit vollkommen anderer Zielsetzung. Das eine wird das andere nicht ersetzen können. Deshalb wird folgende gesetzliche Änderung in § 92 Abs. 6a Satz 6 SGB V angeregt:

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

Gleichzeitig wird zur Entbürokratisierung und zur Förderung der Digitalisierung eine Schaffung von gesetzlichen Grundlagen für ein digitales Antrags- und Genehmigungs-verfahren angeregt. Dies würde auch gewährleisten, dass Versicherte sowie Psychotherapeut*innen schnellstmöglich über die Leistungszusage der Krankenkasse informiert sind.

Zur Einführung eines datengestützten einrichtungsvergleichenden Verfahrens der Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie hatte sich der bvvp bereits mehrfach, auch gegenüber dem BMG, kritisch geäußert.

Links:

Pressemitteilung zur DeQS

Pressemitteilung zur Verabschiedung der QS-RL des G-BA

Stellungnahme der PT-Verbände zur QS IQTIG

Finanzierung der Weiterbildung von Fachpsychotherapeut*innen

Bereits am 18. Januar 2024 hatte der Bundestag über eine entsprechende Petition zu diesem Thema beraten und diese der Bundesregierung zur Berücksichtigung überwiesen – mit dem höchsten Empfehlungsgrad, den eine Petition erreichen kann. Seitdem fanden keine weiteren Aktivitäten der Bundesregierung statt. Auch im Gesetzentwurf ist nichts zu finden. Der Berufsstand hat dazu Lösungsvorschläge vorgelegt, die dem Gesundheits-ministerium hinreichend bekannt sind.

Der bvvp fordert entsprechende Ergänzungen im Gesetzentwurf. Ohne eine gesetzlich geregelte Finanzierung der Zusatzkosten wird es keine Fachpsychotherapeut*innen geben. Eine

drohende Nichtversorgung für viele Menschen mit psychischen Erkrankungen würde fahrlässig in Kauf genommen. Hinzu käme, dass Tausende von approbieren Psychotherapeut*innen nach dem Studium ohne Perspektive auf der Straße stünden und ihre Berufsausbildung nicht fortsetzen könnten.

Dem bvvp liegt insbesondere die Weiterbildung in den Praxen am Herzen. Dafür muss zunächst die Zulassungsverordnung dahingehend geändert werden, dass eine Ausweitung des Praxisvolumens bei Anstellung von Psychotherapeut*innen in Weiterbildung in ausreichendem Umfang ermöglicht wird. Der bvvp schlägt vor, sich hierbei auf die Plausibilitätsgrenze zu beziehen und eine Ausweitung um 50 Prozent zu ermöglichen. Außerdem müssen die Psychotherapeut*innen in den § 75 a aufgenommen werden. Bekanntermaßen beinhaltet die Weiterbildungsordnung dieser Fachgruppe eine zweijährige verpflichtende ambulante Weiterbildung. Dafür müssen bundesweit jährlich bis zu 1.500 neue Weiterbildungsstellen gefördert werden, analog der Förderung der Fachärzt*innen. Darin ist zwingend ein Anteil für das Gebiet der Kinder und Jugendlichen und das Gebiet der Neuropsychologischen Psychotherapie festzulegen. Der bvvp schlägt 300 bzw. 75 Stellen vor. Das Nähere über den Umfang und die Durchführung der finanziellen Förderung wird zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband vereinbart.

Die zukünftigen Weiterbildungsinstitute müssen ergänzend zu den Hochschulambulanzen in § 120 aufgenommen werden, sodass entsprechende Vergütungsverhandlungen mit den Krankenkassen auf Landesebene möglich werden.
Für den stationären Bereich muss die Bundespflegesatzverordnung geändert werden.

Insbesondere in der Übergangsphase, in der noch in postgradualer Ausbildung befindliche Psychotherapeut*innen in Kliniken arbeiten werden – voraussichtlich bis 2032 –, müssen Stellen geschaffen werden für die in Weiterbildung befindlichen Fachpsychotherapeut*innen. Dies hätte zudem den Vorteil, dass sich das psychotherapeutische Angebot in Kliniken den Empfehlungen der Behandlungsleitlinien gemäß wissenschaftlichem Standard annähern würde.

Mehr Medizinstudienplätze

Dringend muss die Anzahl der Medizinstudienplätze erhöht werden, wie das in den diversen Arbeitsentwürfen angedacht war. Der Altersdurchschnitt der in Deutschland lebenden Menschen steigt, das ist hinlänglich bekannt. Aufgrund dieser veränderten demographischen Situation wird der Bedarf an medizinischer Versorgung, ambulant wie auch stationär, drastisch steigen. Diese Zunahme des Bedarfs kann durch die bereits tätigen Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen keinesfalls kompensiert werden. Ein schwerwiegender Versorgungsmangel ist zu erwarten, der auch nicht durch telemedizinische Angebote, künstliche Intelligenz oder durch in anderen Gesundheitsberufen Tätige kompensiert werden kann! Ethisch ist es auch nicht vertretbar, dass Ärzt*innen aus anderen Ländern der Welt abgeworben werden, die dort mindestens so dringlich gebraucht werden wie hier.

Berücksichtigt man die Tatsache, dass der Anteil der zukünftigen Ärzt*innen, die sich für einen Teilzeitbeschäftigung entscheiden, stetig ansteigt, so hat auch dies auf die Versorgung erhebliche Auswirkungen, denn die Arbeitszeit pro Kopf nimmt dadurch ab.
Von daher sollte klar gegengesteuert werden durch eine Steigerung der Medizinstudienplätze um mindestens 5.000 pro Jahr, die selbstverständlich, wie alle anderen Studienplätze auch, durch Steuergelder finanziert werden müssen.

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(45.1)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
13.11.2024

BUNDESVERBAND DER VERTRAGSPSYCHOTHERAPEUTEN E.V.
Vielfalt macht den Unterschied

BVVP ● WÜRTTEMBERGISCHE STRASSE 31 ● 10707 BERLIN

11.06.2024

Stellungnahme des Bundesverbands der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Kabinettsentwurf Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

Nach einer bereits eingereichten ausführlichen Stellungnahme des bvvp zum Referentenentwurf, die dem Bundesministerium für Gesundheit vorliegt (siehe auch https://t1p.de/3kgqe), äußert sich der Verband nun erneut zu den bereits bekannten und zu den neu aufgenommenen Änderungen im Kabinettsentwurf.

Bedarfsplanung

Der bvvp begrüßt ausdrücklich die im § 101 SGB V angedachte gesonderte Beplanung von psychotherapeutisch tätige Ärzt*innen sowie Psychotherapeut*innen, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln. Mit der eigenen Beplanung können die besonderen Versorgungsbedürfnisse dieser Altersgruppen berücksichtigt werden. Dies betrifft sowohl die Tatsache, dass der Bedarf seit der COVID-19-Pandemie gestiegen ist und auch für lange Zeit hoch bleiben wird, als auch die Realität, dass angenommene Mitversorgungseffekte nur begrenzt zum Tragen kommen. Vor allem Kindern, aber auch Jugendlichen ist es in aller Regel nicht möglich, Praxen weit entfernt von ihrem Wohnort aufzusuchen. Die Versorgung für diese Patient*innengruppe muss daher wohnortnäher gestaltet werden.
Eine Quote für Ärztliche Psychotherapeut*innen sollte analog der Regelung für die Erwachsenenpsychotherapie verpflichtend eingerichtet werden. Die bisherige gesetzliche Regelung hat sich bewährt und dazu geführt, dass in allen Bedarfsplanungsregionen psychotherapeutisch tätige Ärzt*innen an der Versorgung zu einem entsprechend definierten Anteil mitwirken können. Nun mag man einwenden, dass der Anteil psychotherapeutisch tätiger Ärzt*innen für Kinder und Jugendliche im Vergleich zum Anteil beim Versorgungsangebot für Erwachsene aktuell

VORSTAND

VORSITZENDER
Dipl.-Psych. Benedikt Waldherr,
Psychologischer Psychotherapeut

STELLV. VORSITZENDE
Dr. med. Gerhild Rausch-Riedel,
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

STELLV. VORSITZENDER
Dipl.-Psych. Mag. rer. nat.
Mathias Heinicke,
Psychologischer Psychotherapeut

Dipl.-Psych. Ulrike Böker
Ariadne Sartorius
Dr. med. Bettina van Ackern

Dr. med. Michael Brandt
Dipl.-Psych. Rainer Cebulla

Dipl.-Psych. Eva-Maria Schweitzer-Köhn
Dr. phil. Bernd Aschenbrenner

KONTAKT

bvvp Bundesgeschäftsstelle
Württembergische Straße 31
10707 Berlin

Telefon 030 88725954
Telefax 030 88725953
bvvp@bvvp.de
www.bvvp.de

BANKVERBINDUNG

Berliner Volksbank eG
IBAN:
DE69100900002525400002
BIC: BEVODEBB

Gläubiger-ID
DE77ZZZ00000671763

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

deutlich niedriger ausfällt. Dem ist entgegenzuhalten, dass das Gesetz die Regelungen vom Versorgungsbedarf her denkt. Aus dieser Sicht ist der Erhalt der Ärztequote auch in diesen Altersgruppen dringend erforderlich, denn unstrittig ist, dass bei einem Teil psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher die spezifischen ärztlichen Kompetenzen psychotherapeutisch tätiger Ärzt*innen in der Behandlung zwingend notwendig sind. Daher erscheint es geboten, überall dort, wo ein entsprechender Mindestversorgungsanteil von psychotherapeutisch tätigen Ärzt*innen für Kinder und Jugendlichen nicht erreicht wird, niederlassungswilligen Ärzt*innen die Möglichkeit zu geben, die Versorgungslücke zu schließen. Dort, wo diese in der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen noch fehlen, ist es zudem zwingend notwendig, den Bedarf gemäß den offenen Sitzen auszuweisen, womit auch deutlich gemacht wird, dass gegebenenfalls entsprechende Fördermaßnahmen erforderlich sind. Ein Versorgungsmangel im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung durch psychotherapeutisch tätige Ärzt*innen muss also dort ausgewiesen werden, wo er existiert, statt einen existenten Versorgungsmangel zum Maßstab zu nehmen, um auf dieser Grundlage die Bedarfe zu definieren. Das widerspricht der Intention des Gesetzes.

Der bvvp schlägt deshalb vor, dass der § 101 wie folgt geändert wird:

Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:

„Psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, bilden ab dem [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] eine Arztgruppe im Sinne des Absatzes 2. Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist für diese Arztgruppe erstmals zum Stand vom 31. Dezember 2023 zu ermitteln. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die neuen Verhältniszahlen bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu beschließen. In den Richtlinien nach Absatz 1 ist sicherzustellen, dass mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 25 Prozent der regional maßgeblichen Verhältniszahl den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten vorbehalten ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann ihre Höhe aus Versorgungsgründen bedarfsgerecht anpassen sowie innerhalb dieses Mindestversorgungsanteils weitere nach Fachgebieten differenzierte Mindestversorgungsanteile aus Versorgungsgründen vorsehen. Der Landesausschuss hat die Feststellungen nach § 103 Absatz 1 Satz 1 erstmals zum Stand vom [einsetzen: Datum des letzten Tages des elften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu treffen.“

Die Forderung nach einem Erhalt der Quote erhebt der bvvp auch für die Ärztequote von 25 Prozent in der Bedarfsplanung der psychotherapeutischen Versorgung für Erwachsene, deren Flexibilisierung im Kabinettsentwurf angedacht ist.

Die Änderung in § 101 Absatz 4 Satz 5:

„In den Richtlinien nach Absatz 1 ist sicherzustellen, dass ein Versorgungsanteil der regional maßgeblichen Verhältniszahl den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten vorbehalten ist.“

ist somit zu streichen.

Die ärztliche Expertise und die Möglichkeit, dass Medikamente verordnet werden können, ist bei vielen Patient*innen wichtig. Und auch hier besteht ein bedauernswerter Mangel an entsprechenden P-Fachärzt*innen, der deutlich ausgewiesen und dem dann mit entsprechenden Förderungsmaßnahmen begegnet werden muss. Zur Stärkung der Gesundheitsversorgung, die das Gesetz namentlich intendiert, muss die Berufsgruppen- und damit die Behandlungsvielfalt insbesondere im ambulanten GKV-System gefördert, nicht gebremst werden.

Der bvvp fordert somit den Beibehalt des bisherigen Satz 5 in Absatzes 4 des § 101 SGB V.

Der bvvp weist nochmals darauf hin, dass auch im Kabinettsentwurf die im Koalitionsvertrag festgelegte Überarbeitung der psychotherapeutischen Bedarfsplanung fehlt, um Wartezeiten auch für erwachsenen Patient*innen in ländlichen und strukturschwachen Gebieten zu reduzieren. Dies ist auch für das Ruhrgebiet erforderlich. Auch hier muss der Gemeinsame Bundesausschuss mit einer Prüfung und moderaten Nachbesserung beauftragt werden, denn auch hier werden Mitversorgungseffekte vielerorts überschätzt. So sind zum Beispiel nicht alle behandlungsbedürftigen Erwachsenen berufstätig und/oder mobil.

Vereinfachung des Antragsverfahrens für die Kurzzeittherapie

Der bvvp begrüßt die angedachte Gesetzesänderung in § 92 Absatz 6a SGB V: *„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis spätestens zum … [einsetzen: letzter Tag des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] über Änderungen der Richtlinien nach Satz 1, durch die eine Vereinfachung der Durchführung von Kurzzeittherapien bewirkt wird und die zur Vereinfachung insbesondere für den gesamten Umfang einer Kurzzeittherapie ein einstufiges Antragsverfahren vorsehen.“*

Allerdings gibt es eine noch effektivere Maßnahme zur Entbürokratisierung, nämlich die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für ein digitales Antrags- und Genehmigungsverfahren. Dies würde auch gewährleisten, dass die Versicherten sowie die Psychotherapeut*innen schnellstmöglich über die Leistungszusage der Krankenkasse informiert werden.

Grundsätzlich wiederholt der bvvp seine Forderung zum Antrags- und Genehmigungsverfahren in der Richtlinientherapie. Dieses gewährleistet durch eine vorgezogenen Wirtschaftlichkeitsprüfung den sicheren Behandlungsrahmen innerhalb der jeweils verfahrensgebundenen Kontingente. Bei Beginn und Fortsetzung einer Psychotherapie, die gerahmt wird durch das das Antrags- und Genehmigungsverfahren,

erfolgt eine gemeinsame Behandlungsplanung mit dem Wissen auf Seiten von Patient*innen und Behandelnden, dass es sich bei einer Psychotherapie um eine zeitlich begrenzte, sorgfältig indizierte und verfahrensgebundene konzeptualisierte Maßnahme handelt. Außerdem findet eine Einschätzung der Prognose statt. Die Kriterien der Wirtschaftlichkeit, Angemessenheit, Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit werden bei Anträgen auf Langzeittherapie durch das Gutachtenverfahren hoch individuell von Fachkolleg*innen überprüft. Dies stellt auch eine wichtige Maßnahme der Qualitätssicherung psychotherapeutischer Behandlungen dar – und dies alles noch vor Aufnahme der Psychotherapie.

Demgegenüber zielt das Qualitätssicherungsverfahrens nach § 136a Abs. 2a SGB V, das nun in einer Modellregion erprobt wird, auf eine Bewertung der Behandlung erst nach deren Abschluss ab; es soll zudem zur vergleichenden Betrachtung der Praxen genutzt werden. Entsprechend ist das Antrags- und Gutachterverfahren vollkommen unabhängig von diesem Verfahren zu sehen, da es eine vollkommen andere Zielsetzung verfolgt. Das eine wird das andere nicht ersetzen können.

Deshalb wird folgende gesetzliche Änderung in § 92 Abs. 6a Satz 6 SGB V angeregt:

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

Entbudgetierung

Im Rahmen der derzeit geführten Diskussion zur Entbudgetierung des hausärztlichen Versorgungsbereichs wiederholt der bvvp seine Positionierung bezüglich der psychotherapeutischen Leistungen.

Die geplante Ausbudgetierung der Hausärzt*innen ist ein wichtiger erster Schritt der Neuordnung der Honorierung. Als zweiter Schritt muss aber zwingend die Entbudgetierung der Fachärzt*innen und der Psychotherapeut*innen folgen. Auch wenn die meisten Leistungen der Psychotherapie bereits extrabudgetär vergütet werden, fehlt bislang eine gesetzliche und damit dauerhafte und verlässliche extrabudgetäre Verortung.

Von besonderer Bedeutung sind hierbei die 10-minütigen Gesprächsziffern der Fachkapitel 21, 22 und 23. Der Gesetzgeber hat immer wieder ein besonderes Interesse an der Versorgung von Menschen mit schweren und chronifizierten psychischen Erkrankungen formuliert. Doch dafür stehen keine anderen Gebührenordnungspositionen als diese Gesprächsziffern zur Verfügung. Gleiches gilt für niederschwellige Kriseninterventionen, für die auch die Gesprächsziffern verwendet werden müssen. Sie werden im Einheitlichen Bewertungsmaßstab EBM deutlich schlechter bewertet als die genehmigungspflichtige Psychotherapie. Wenn dann noch eine zum Teil erhebliche Quotierung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt, dann ist keine wirtschaftliche Leistungserbringung

mehr möglich. Durch eine gesetzlich festgelegte extrabudgetäre Vergütung wäre dieses Problem akzeptabel gelöst. Erfreulich wäre außerdem, wenn der Gesetzgeber eine Erhöhung der Obergrenze bei der Ansetzung der Ziffern von derzeit maximal 15-mal pro Behandlungsfall auf maximal 30-mal anregen würde, die dann im EBM umgesetzt werden müsste. Damit könnten Krisen, in die diese schwer kranken Menschen häufig geraten, zuverlässig im benötigten Umfang ambulant, zeitnah, niederschwellig und bürokratiearm durch die vorhandenen Strukturen abgefangen werden.

Gerade Patient*innen mit schwieriger Prognose wie zum Beispiel bei einer Suchterkrankung werden über diese Gesprächsleistungen versorgt, weil für eine Richtlinienpsychotherapie (EBM Kap. 35) keine Indikation gegeben ist. Die schlechtere Vergütung der Fachkapitelleistungen 21, 22 und 23 ist also eine Schlechterstellung der Kolleg*innen, die sich dieser besonders herausfordernden Patient*innengruppe zuwenden wollen. Es fehlt ein Anreiz, Patient*innen mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen, vor allem Menschen mit einer Suchterkrankung, psychotherapeutisch zu versorgen.

Hilfsweise sollte die extrabudgetäre Vergütung zumindest aller psychotherapeutischen Gesprächsziffern des Kapitels 35 und der Gesprächsziffern der Fachkapitel 21, 22 und 23 in §87a, Absatz 3 SGB V verankert werden.

Zudem weist der bvvp darauf hin, dass für die Versorgung der Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, die in aller Regel eine Medikation benötigen und nicht in allen Fällen für eine Psychotherapie geeignet sind, zwingend eine ausreichende psychiatrische und auch psychosomatische ambulante und stationäre Versorgung zur Verfügung stehen muss. Der Nachwuchs in diesen Facharztgruppen ist gering. Hierfür bedarf es der Schaffung besonderer Förderprogramme, die bereits im Studium ansetzen. Außerdem müssen die Fachärzt*innen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zwingend in die Gruppe der mittels § 75a geförderten grundversorgenden Facharztgruppen aufgenommen werden, und zwar durch eine verbindliche Vorgabe auf Bundesebene.

Finanzierung der Weiterbildung der Fachpsychotherapeut*innen

Es wurde bereits umfänglich und wiederholt auf die dringend notwendige gesetzliche Regelung der Finanzierung der Weiterbildung der zukünftigen Fachpsychotherapeut*innen hingewiesen. Ohne eine gesetzlich geregelte Finanzierung der Zusatzkosten wird es keine Fachpsychotherapeut*innen geben. Eine drohende Nichtversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen würde fahrlässig in Kauf genommen – neben der Tatsache, dass Tausende von approbieren Psychotherapeut*innen nach dem Studium ohne Perspektive auf der Straße stünden und ihre Berufsausbildung nicht fortsetzen könnten.

Die Vergütung der Behandlungsleistungen deckt den im Rahmen der Weiterbildung entstehenden finanziellen Mehrbedarf nicht, es ergibt sich bei den bislang vorgeschlagenen Regelungen je Psychotherapeut*in in Weiterbildung und Vollzeitstelle eine Deckungslücke von monatlich ca. 2.700 Euro.
Die bislang in § 75a Abs. 1-9 SGB V vorgesehene Regelung für die Förderung der Weiterbildung für Hausärzte und grundversorgende Fachärzte ist für den psychotherapeutischen Bereich nicht realisierbar. Daher wird ein Modell für die psychotherapeutische Weiterbildung in Praxen vorgeschlagen, welches die Deckung des Finanzierungsbedarfs jeweils hälftig über die geleistete Patientenversorgung und über zusätzliche Finanzmittel vorsieht.

Folgende Ergänzung des §75a SGB-V um einen Absatz 10 wird vorgeschlagen:

“Für die psychotherapeutische Versorgung sind bundesweit bis zu 2.500 Weiterbildungsstellen zur Durchführung der ambulanten Weiterbildung in Betriebsstätten von zugelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren, davon 500 Weiterbildungsstellen für das Gebiet der Psychotherapie für Kinder und Jugendliche und 125 Weiterbildungsstellen für das Gebiet Neuropsychologischen Psychotherapie, zu finanzieren. Die Zählung der Stellen wird auf Basis von Vollzeitäquivalenten durchgeführt. Die Absätze 1 und 4 bis 8 gelten mit der Maßgabe entsprechend, dass das Nähere über den Umfang und die Durchführung der Refinanzierung sämtlicher Weiterbildungskosten zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart wird.“

Um eine Weiterbildung in den Praxen zu ermöglichen, muss außerdem die Zulassungsverordnung Ärzte geändert werden. Für die Praxen ist davon auszugehen, dass Psychotherapeut*innen in Weiterbildung wöchentlich bis zu 20 Behandlungsstunden an Patient*innen erbringen können. Allerdings darf die Beschäftigung von Assistent*innen weder der Aufrechterhaltung einer übergroßen Praxis noch deren Ausweitung dienen (vgl. BSG, Urt. v. 17.3.2010 – B 6 KA 13/09 R – zu § 32 Abs. 3 Satz 1 Ärzte-ZV); dies gilt trotz der extrabudgetären Vergütung eines Großteils der psychotherapeutischen Leistungen auch für die Fachgruppe der Psychotherapeut*innen. Damit wäre eine Anstellung von Psychotherapeut*innen in Weiterbildung mit der zwingend notwendigen Abrechnung aller Behandlungsleistungen nicht möglich.

Der bvvp schlägt folgende Ergänzung in § 32 Abs. 3 der Zulassungsverordnung vor:

Satz 3: „In den Fällen der Weiterbildung nach § 95c Absatz 1 Nummer 2 SGB V liegt kein Verstoß gegen Satz 1 vor, wenn das Quartalszeitprofil der Leistungen des Weiterbildungsbefugten nach Anhang 3 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs gemäß § 87 Absatz 2 des SGB V von 46.800 Minuten je Quartal zuzüglich 50 von Hundert eingehalten

wird; bei Teilzeittätigkeit wird das Quartalsprofil mit dem Faktor multipliziert, mit dem sie in der Bedarfsplanung berücksichtigt wird.“

Auch in den zukünftigen Weiterbildungsambulanzen sind Regelungen für die Finanzierung der Deckungslücke gesetzlich festzulegen. Es ist zu begrüßen, dass der Kabinettentwurf nun eine entsprechende Änderung in § 120 Absatz 2 vorsieht, die die Weiterbildungsinstitute dort verankert und ihnen damit die Möglichkeit gibt, die Vergütung mit den Krankenkassen auf Landesebene direkt zu verhandeln.

Der Kabinettentwurf sieht außerdem eine Ergänzung in § 120 Absatz 2 um folgende Passage vor:
„Die Vergütung der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung in den Weiterbildungsambulanzen soll in Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgen; für die Bestimmung einer wirtschaftlichen Betriebsführung der Weiterbildungsambulanzen sind nur die Leistungen berücksichtigungsfähig, für die der Zulassungsausschuss eine Ermächtigung erteilt hat und die gegenüber Versicherten erbracht werden.“

Diese Regelung ist aus Sicht des bvvp unzureichend und sollte gestrichen werden. Stattdessen benötigt es folgende klarstellende Ergänzungen:

„Die Ambulanzen der Weiterbildungsstätten erhalten eine Vergütung für die einzelnen Leistungen, die in Abstimmung mit dem Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) gemäß § 87 Absatz 2 Satz 1 vereinbart werden. Die Vergütung muss eine im Krankenhaus übliche Entlohnung der Weiterbildungsteilnehmenden sowie die Refinanzierung aller verpflichtenden Weiterbildungsbestandteile (Theorie, Supervision und Selbsterfahrung) ermöglichen und ist auf der Grundlage eines angemessenen Anteils der Leistungszeit an der Arbeitszeit der Weiterbildungsteilnehmenden zu bestimmen, der über die gesamte Dauer der ambulanten Weiterbildung im Durchschnitt 50 Prozent nicht überschreiten darf.“

Vereinfachung des Konsiliarverfahrens

Der bvvp begrüßt die im Kabinettsentwurf aufgenommene Vereinfachung des Konsiliarverfahrens bei Aufnahme einer genehmigungspflichtigen Psychotherapie bei Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen. In § 28 Absatz 3 wird ergänzt:
„Der Einholung des Konsiliarberichts bedarf es nicht, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Überweisung eines Vertragsarztes erfolgt.“

Allerdings sollte der Erlass ausgeweitet werden auf den Tatbestand der vorherigen stationären Behandlung und des damit verbundenen Vorliegens eines Abschlussberichts aus

der Klinik. Auch dort findet eine umfangreiche somatische Abklärung statt, sodass keine erneute ärztliche Begutachtung notwendig ist.

Insgesamt stellt dies alles einen sinnvollen ersten Schritt dar. Das Ziel muss aber sein, das Konsiliarverfahren insgesamt zu reformieren. Gleichzeitig sollte den Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen die Überweisungsbefugnis zu Hausärzt*innen und zu P-Fachärzt*innen gegeben werden.

Verbesserung der Versorgung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

Der Kabinettsentwurf sieht folgende Ergänzung in § 31 Absatz 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzt*innen vor:
„Ärzte mit einer für die Behandlung erforderlichen abgeschlossenen Weiterbildung sind vom Zulassungsausschuss auf Antrag zur ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Personen, die intellektuell beeinträchtigt sind, unter einer bestehenden Suchterkrankung leiden oder aufgrund eines erheblich eingeschränkten Funktionsniveaus sozial benachteiligt sind, zu ermächtigen. Voraussetzung für die Ermächtigung nach Satz 3 ist der Nachweis einer entsprechenden Kooperationsvereinbarung mit einem medizinischen Behandlungszentrum nach § 119c Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, einer Einrichtung der Suchthilfe, der Krisenhilfe oder der sozialpsychiatrischen Dienste oder einer vergleichbaren Einrichtung.“

Der bvvp hält dies für nicht praktikabel. Diese Patient*innengruppe wird nicht besser versorgt durch Ermächtigungen, deren Umfang und Leistungsspektrum kaum kontrolliert werden können und für deren Umsetzung außerdem Ärzte*innen mit entsprechender Fachkunde nicht zur Verfügung stehen. Außerdem sind psychotherapeutische Behandelnde auf eine ausgewogene Zusammensetzung ihres Patient*innenstamms angewiesen, denn sie benötigen Patient*innen, die regelmäßig stattfindende Termine von 50 Minuten Dauer zuverlässig wahrnehmen können, die die Behandlung in diesem Zeitumfang auch durchhalten, sich auf eine tiefergehende Bearbeitung ihrer Symptomatik einlassen können, die motiviert sind zu Veränderungen usw. Eine Richtlinientherapie stellt hohe Anforderungen auch an die Patient*innen. Eine fehlende Suchtmittelabstinenz nach zehn Behandlungsstunden stellt eine Kontraindikation dar, die die Weiterbehandlung nach der Psychotherapie-Richtlinie ausschließt.
Stattdessen kann ein Teil dieser Patient*innen in den Praxen besser versorgt werden durch Fördermaßnahmen oder extrabudgetäre Vergütung der Gesprächsziffern der Fachkapitel, aber noch effektiver durch niederschwellige Angebote außerhalb der psychotherapeutischen Praxen und durch den Aus- statt Abbau von Betten in Psychiatrischen Kliniken.

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)234(45.2)
gel. VB zur öffent. Anh. am 13.11.2
13.11.2024

BUNDESVERBAND DER VERTRAGSPSYCHOTHERAPEUTEN E.V.
Vielfalt macht den Unterschied

BVVP • WÜRTTEMBERGISCHE STRASSE 31 • 10707 BERLIN

Kurzstellungnahme des Bundesverbands der Vertragspsychotherapeuten (bvvp)

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

13.11.2024

Der Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten hat bereits in seinen Stellungnahmen vom 25.04.2024 und vom 11.06.2024 ausführlich die Vorschläge in den Regierungsentwürfen des GVSG gewürdigt. Anlässlich der Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages möchten wir noch einmal in aller Kürze auf die aus unserer Sicht dringlichsten Punkte zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung eingehen.

Vorangestellt sei die dringliche Bitte, das laufende Gesetzgebungsverfahren noch im Jahr 2024 zum Abschluss zu bringen, damit die im Gesetz enthaltenen Verbesserungen für die Versorgung psychisch erkrankter Menschen zeitnah Anwendung finden können.

Aus Sicht des bvvp sind folgende Aspekte des vorliegenden Entwurfes besonders wichtig:

Finanzierung der Weiterbildung der Fachpsychotherapeut*innen

Es wurde bereits umfänglich und wiederholt auf die dringend notwendige gesetzliche Regelung der Finanzierung der Weiterbildung der zukünftigen Fachpsychotherapeut*innen hingewiesen. Ohne eine gesetzlich geregelte Finanzierung der Zusatzkosten wird es keine Fachpsychotherapeut*innen geben. Eine drohende Nichtversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen würde fahrlässig in Kauf genommen – neben der Tatsache, dass Tausende von approbieren Psychotherapeut*innen nach dem Studium ohne Perspektive auf der Straße stünden und ihre Berufsausbildung nicht fortsetzen könnten.

VORSTAND

VORSITZENDER
Dipl.-Psych. Mag. rer. nat. Mathias Heinicke, Psychologischer Psychotherapeut

VORSITZENDE
Dr. med. Gerhild Rausch-Riedel, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

STELLV. VORSITZENDE
Dipl.-Psych. Ulrike Böker Psychologische Psychotherapeutin

STELLV. VORSITZENDER
Dr. phil. Bernd Aschenbrenner Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeut

Dr. med. Bettina van Ackern
Dipl.-Psych. Rainer Cebulla
Martin van Ackern

Vorstandsbeauftragte
Ariadne Sartorius

KONTAKT

bvvp Bundesgeschäftsstelle
Württembergische Straße 31
10707 Berlin

Telefon 030 88725954
Telefax 030 88725953
bvvp@bvvp.de
www.bvvp.de

BANKVERBINDUNG

Berliner Volksbank eG
IBAN:
DE69100900002525400002
BIC: BEVODEBB

Gläubiger-ID
DE77ZZZ00000671763

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Die Vergütung der Behandlungsleistungen deckt den im Rahmen der Weiterbildung entstehenden finanziellen Mehrbedarf nicht, es ergibt sich bei den bislang vorgeschlagenen Regelungen je Psychotherapeut*in in Weiterbildung und Vollzeitstelle eine Deckungslücke von monatlich ca. 2.700 Euro.

Die bislang in § 75a Abs. 1-9 SGB V vorgesehene Regelung für die Förderung der Weiterbildung für Hausärzte und grundversorgende Fachärzte ist für den psychotherapeutischen Bereich nicht realisierbar. Daher wird ein Modell für die psychotherapeutische Weiterbildung in Praxen vorgeschlagen, welches die Deckung des Finanzierungsbedarfs jeweils hälftig über die geleistete Patientenversorgung und über zusätzliche Finanzmittel vorsieht.

Folgende Ergänzung des §75a SGB-V um einen Absatz 10 wird vorgeschlagen:

"*Für die psychotherapeutische Versorgung sind bundesweit bis zu 2.500 Weiterbildungsstellen zur Durchführung der ambulanten Weiterbildung in Betriebsstätten von zugelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren, davon 500 Weiterbildungsstellen für das Gebiet der Psychotherapie für Kinder und Jugendliche und 125 Weiterbildungsstellen für das Gebiet Neuropsychologischen Psychotherapie, zu finanzieren. Die Zählung der Stellen wird auf Basis von Vollzeitäquivalenten durchgeführt. Die Absätze 1 und 4 bis 8 gelten mit der Maßgabe entsprechend, dass das Nähere über den Umfang und die Durchführung der Refinanzierung sämtlicher Weiterbildungskosten zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart wird*."

Um eine Weiterbildung in den Praxen zu ermöglichen, muss außerdem die Zulassungsverordnung Ärzte geändert werden. Für die Praxen ist davon auszugehen, dass Psychotherapeut*innen in Weiterbildung wöchentlich bis zu 20 Behandlungsstunden an Patient*innen erbringen können. Allerdings darf die Beschäftigung von Assistent*innen weder der Aufrechterhaltung einer übergroßen Praxis noch deren Ausweitung dienen (vgl. BSG, Urt. v. 17.3.2010 – B 6 KA 13/09 R – zu § 32 Abs. 3 Satz 1 Ärzte-ZV); dies gilt trotz der extrabudgetären Vergütung eines Großteils der psychotherapeutischen Leistungen auch für die Fachgruppe der Psychotherapeut*innen. Damit wäre eine Anstellung von Psychotherapeut*innen in Weiterbildung mit der zwingend notwendigen Abrechnung aller Behandlungsleistungen nicht möglich.

Der bvvp schlägt folgende Ergänzung in § 32 Abs. 3 der Zulassungsverordnung vor:

Satz 3: „*In den Fällen der Weiterbildung nach § 95c Absatz 1 Nummer 2 SGB V liegt kein Verstoß gegen Satz 1 vor, wenn das Quartalszeitprofil der Leistungen des Weiterbildungsbefugten nach Anhang 3 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs gemäß § 87 Absatz 2 des SGB V von 46.800 Minuten je Quartal zuzüglich 50 von Hundert eingehalten wird; bei Teilzeittätigkeit wird das Quartalsprofil mit dem Faktor multipliziert, mit dem sie in der Bedarfsplanung berücksichtigt wird*."

Auch in den zukünftigen Weiterbildungsambulanzen sind Regelungen für die Finanzierung der Deckungslücke gesetzlich festzulegen. Es ist zu begrüßen, dass der Kabinettentwurf nun eine entsprechende Änderung in § 120 Absatz 2 vorsieht, die die Weiterbildungsinstitute dort verankert und ihnen damit die Möglichkeit gibt, die Vergütung mit den Krankenkassen auf Landesebene direkt zu verhandeln.

Der Entwurf sieht außerdem eine Ergänzung in § 120 Absatz 2 um folgende Passage vor:

„Die Vergütung der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung in den Weiterbildungsambulanzen soll in Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgen; für die Bestimmung einer wirtschaftlichen Betriebsführung der Weiterbildungsambulanzen sind nur die Leistungen berücksichtigungsfähig, für die der Zulassungsausschuss eine Ermächtigung erteilt hat und die gegenüber Versicherten erbracht werden."

Diese Regelung ist aus Sicht des bvvp unzureichend und sollte gestrichen werden.

Stattdessen benötigt es folgende klarstellende Ergänzungen:

„Die Ambulanzen der Weiterbildungsstätten erhalten eine Vergütung für die einzelnen Leistungen, die in Abstimmung mit dem Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) gemäß § 87 Absatz 2 Satz 1 vereinbart werden. Die Vergütung muss eine im Krankenhaus übliche Entlohnung der Weiterbildungsteilnehmenden sowie die Refinanzierung aller verpflichtenden Weiterbildungsbestandteile (Theorie, Supervision und Selbsterfahrung) ermöglichen und ist auf der Grundlage eines angemessenen Anteils der Leistungszeit an der Arbeitszeit der Weiterbildungsteilnehmenden zu bestimmen, der über die gesamte Dauer der ambulanten Weiterbildung im Durchschnitt 50 Prozent nicht überschreiten darf."

Bedarfsplanung

Der bvvp begrüßt ausdrücklich die im § 101 SGB V angedachte gesonderte Beplanung von psychotherapeutisch tätige Ärzt*innen sowie Psychotherapeut*innen, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln. Mit der eigenen Beplanung können die besonderen Versorgungsbedürfnisse dieser Altersgruppen berücksichtigt werden. Dies betrifft sowohl die Tatsache, dass der Bedarf seit der COVID-19-Pandemie gestiegen ist und auch für lange Zeit hoch bleiben wird, als auch die Realität, dass angenommene Mitversorgungseffekte nur begrenzt zum Tragen kommen. Vor allem Kindern, aber auch Jugendlichen ist es in aller Regel nicht möglich, Praxen weit entfernt von ihrem Wohnort aufzusuchen. Die Versorgung für diese Patient*innengruppe muss daher wohnortnäher gestaltet werden.

Eine Quote für Ärztliche Psychotherapeut*innen sollte analog der Regelung für die Erwachsenenpsychotherapie verpflichtend eingerichtet werden. Die bisherige gesetzliche Regelung hat sich bewährt und dazu geführt, dass in allen Bedarfsplanungsregionen psychotherapeu-

tisch tätige Ärzt*innen an der Versorgung zu einem entsprechend definierten Anteil mitwirken können. Nun mag man einwenden, dass der Anteil psychotherapeutisch tätiger Ärzt*innen für Kinder und Jugendliche im Vergleich zum Anteil beim Versorgungsangebot für Erwachsene aktuell deutlich niedriger ausfällt. Dem ist entgegenzuhalten, dass das Gesetz die Regelungen vom Versorgungsbedarf her denkt. Aus dieser Sicht ist der Erhalt der Ärztequote auch in diesen Altersgruppen dringend erforderlich, denn unstrittig ist, dass bei einem Teil psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher die spezifischen ärztlichen Kompetenzen psychotherapeutisch tätiger Ärzt*innen in der Behandlung zwingend notwendig sind. Daher erscheint es geboten, überall dort, wo ein entsprechender Mindestversorgungsanteil von psychotherapeutisch tätigen Ärzt*innen für Kinder und Jugendlichen nicht erreicht wird, niederlassungswilligen Ärzt*innen die Möglichkeit zu geben, die Versorgungslücke zu schließen. Dort, wo diese in der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen noch fehlen, ist es zudem zwingend notwendig, den Bedarf gemäß den offenen Sitzen auszuweisen, womit auch deutlich gemacht wird, dass gegebenenfalls entsprechende Fördermaßnahmen erforderlich sind. Ein Versorgungsmangel im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung durch psychotherapeutisch tätige Ärzt*innen muss also dort ausgewiesen werden, wo er existiert, statt einen existenten Versorgungsmangel zum Maßstab zu nehmen, um auf dieser Grundlage die Bedarfe zu definieren. Das widerspricht der Intention des Gesetzes.

Der bvvp schlägt deshalb vor, dass der § 101 wie folgt geändert wird:

Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt: „*Psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, bilden ab dem* [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] *eine Arztgruppe im Sinne des Absatzes 2. Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist für diese Arztgruppe erstmals zum Stand vom 31. Dezember 2023 zu ermitteln. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die neuen Verhältniszahlen bis zum* [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] *zu beschließen. In den Richtlinien nach Absatz 1 ist sicherzustellen, dass mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 25 Prozent der regional maßgeblichen Verhältniszahl den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten vorbehalten ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann ihre Höhe aus Versorgungsgründen bedarfsgerecht anpassen sowie innerhalb dieses Mindestversorgungsanteils weitere nach Fachgebieten differenzierte Mindestversorgungsanteile aus Versorgungsgründen vorsehen. Der Landesausschuss hat die Feststellungen nach § 103 Absatz 1 Satz 1 erstmals zum Stand vom* [einsetzen: Datum des letzten Tages des elften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] *zu treffen*.“

Die Forderung nach einem Erhalt der Quote erhebt der bvvp auch für die Ärztequote von 25 Prozent in der Bedarfsplanung der psychotherapeutischen Versorgung für Erwachsene, deren Flexibilisierung im Kabinettsentwurf angedacht ist.

Die Änderung in § 101 Absatz 4 Satz 5:

„In den Richtlinien nach Absatz 1 ist sicherzustellen, dass ein Versorgungsanteil der regional maßgeblichen Verhältniszahl den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten vorbehalten ist.“ ist somit zu streichen.

Die ärztliche Expertise und die Möglichkeit, dass Medikamente verordnet werden können, ist bei vielen Patient*innen wichtig. Und auch hier besteht ein bedauernswerter Mangel an entsprechenden P-Fachärzt*innen, der deutlich ausgewiesen und dem dann mit entsprechenden Förderungsmaßnahmen begegnet werden muss. Zur Stärkung der Gesundheitsversorgung, die das Gesetz namentlich intendiert, muss die Berufsgruppen- und damit die Behandlungsvielfalt insbesondere im ambulanten GKV-System gefördert, nicht gebremst werden.

Der bvvp fordert somit den Beibehalt des bisherigen Satz 5 in Absatzes 4 des § 101 SGB V.

Der bvvp weist nochmals darauf hin, dass bereits im Kabinettsentwurf die im Koalitionsvertrag festgelegte Überarbeitung der psychotherapeutischen Bedarfsplanung fehlt, um Wartezeiten auch für erwachsenen Patient*innen in ländlichen und strukturschwachen Gebieten zu reduzieren. Dies ist auch für das Ruhrgebiet erforderlich. Auch hier muss der Gemeinsame Bundesausschuss mit einer Prüfung und moderaten Nachbesserung beauftragt werden, denn auch hier werden Mitversorgungseffekte vielerorts überschätzt. So sind zum Beispiel nicht alle behandlungsbedürftigen Erwachsenen berufstätig und/oder mobil.

Entbudgetierung

Im Rahmen der derzeit geführten Diskussion zur Entbudgetierung des hausärztlichen Versorgungsbereichs wiederholt der bvvp seine Positionierung bezüglich der psychotherapeutischen Leistungen. Die geplante Ausbudgetierung der Hausärzt*innen ist ein wichtiger erster Schritt der Neuordnung der Honorierung. Als zweiter Schritt muss aber zwingend die Entbudgetierung der Fachärzt*innen und der Psychotherapeut*innen folgen. Auch wenn die meisten Leistungen der Psychotherapie bereits extrabudgetär vergütet werden, fehlt bislang eine gesetzliche und damit dauerhafte und verlässliche extrabudgetäre Verortung. Von besonderer Bedeutung sind hierbei die 10-minütigen Gesprächsziffern der Fachkapitel 21, 22 und 23. Der Gesetzgeber hat immer wieder ein besonderes Interesse an der Versorgung von Menschen mit schweren und chronifizierten psychischen Erkrankungen formuliert. Doch dafür stehen keine anderen Gebührenordnungspositionen als diese Gesprächsziffern zur Verfügung. Gleiches gilt für niederschwellige Kriseninterventionen, für die auch die Gesprächsziffern verwendet werden müssen. Sie werden im Einheitlichen Bewertungsmaßstab EBM deutlich schlechter bewertet als die genehmigungspflichtige Psychotherapie. Wenn dann noch eine zum Teil erhebliche Quotierung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt, dann ist keine wirtschaftliche Leistungserbringung mehr möglich. Durch eine gesetzlich festgelegte extrabudgetäre Vergütung wäre dieses Problem akzeptabel gelöst. Erfreulich wäre außerdem, wenn der Gesetzgeber eine Erhöhung der Obergrenze bei der Ansetzung der Ziffern von derzeit maximal 15-mal pro Behandlungsfall auf maximal 30-mal anregen würde,

die dann im EBM umgesetzt werden müsste. Damit könnten Krisen, in die diese schwer kranken Menschen häufig geraten, zuverlässig im benötigten Umfang ambulant, zeitnah, niederschwellig und bürokratiearm durch die vorhandenen Strukturen abgefangen werden.

Gerade Patient*innen mit schwieriger Prognose wie zum Beispiel bei einer Suchterkrankung werden über diese Gesprächsleistungen versorgt, weil für eine Richtlinienpsychotherapie (EBM Kap. 35) keine Indikation gegeben ist. Die schlechtere Vergütung der Fachkapitelleistungen 21, 22 und 23 ist also eine Schlechterstellung der Kolleg*innen, die sich dieser besonders herausfordernden Patient*innengruppe zuwenden wollen. Es fehlt ein Anreiz, Patient*innen mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen, vor allem Menschen mit einer Suchterkrankung, psychotherapeutisch zu versorgen. Hilfsweise sollte die extrabudgetäre Vergütung zumindest aller psychotherapeutischen Gesprächsziffern des Kapitels 35 und der Gesprächsziffern der Fachkapitel 21, 22 und 23 in §87a, Absatz 3 SGB V verankert werden. Zudem weist der bvvp darauf hin, dass für die Versorgung der Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, die in aller Regel eine Medikation benötigen und nicht in allen Fällen für eine Psychotherapie geeignet sind, zwingend eine ausreichende psychiatrische und auch psychosomatische ambulante und stationäre Versorgung zur Verfügung stehen muss. Der Nachwuchs in diesen Facharztgruppen ist gering. Hierfür bedarf es der Schaffung besonderer Förderprogramme, die bereits im Studium ansetzen. Außerdem müssen die Fachärzt*innen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zwingend in die Gruppe der mittels § 75a geförderten grundversorgenden Facharztgruppen aufgenommen werden, und zwar durch eine verbindliche Vorgabe auf Bundesebene.