

Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Verbändebeteiligung des BMG am 06.05.2024

Zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der
Gesundheitsversorgung in der Kommune
(Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

Stand: 26.04.2024

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Str. 31
10178 Berlin
Tel: 030 34646-2299
info@bv.aok.de

AOK-Bundesverband
Die Gesundheitskasse.

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung.....	4
II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Referentenentwurfs	10
Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	10
Nr. 1 § 10 Familienversicherung.....	10
Nr. 2 § 33 Hilfsmittel.....	11
Nr. 3 § 34 Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel	12
Nr. 4 § 53 Wahltarife.....	13
Nr. 5 § 63 Absatz 3c Grundsätze/Modellvorhaben.....	14
Nr. 6 § 65a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	15
Nr. 8 § 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte	17
Nr. 9 § 87a Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten	22
Nr. 10 § 87b Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung).....	26
Nr. 11 § 91 Gemeinsamer Bundesausschuss.....	27
Nr. 12 § 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.....	28
Nr. 13 § 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung.....	29
Nr. 14 § 96 Zulassungsausschüsse.....	30
Nr. 15 § 101 Überversorgung	32
Nr. 16 § 105 Förderung der vertragsärztlichen Versorgung	33
Nr. 17 § 106b Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen	34
Nr. 18 § 116b Ambulante spezialfachärztliche Versorgung	35
Nr. 19 § 136 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung	36
Nr. 20 § 136b Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus.....	37
Nr. 21 § 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten	38
Nr. 22 § 140f Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten.....	39
Nr. 23 § 197a Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen	40

Nr. 24 § 217f Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie Artikel 2 Nr. 4 § 53 SGB XI als Folgeänderung.....	43
Nr. 25 § 226 Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtig Beschäftigter	47
Artikel 2 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch.....	48
Nr. 1 § 25 Familienversicherung.....	48
Nr. 2 § 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen	49
Nr. 3 § 47a Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen	50
Nr. 4 § 53 Aufgaben auf Bundesebene.....	51
Nr. 5 § 57 Beitragspflichtige Einnahmen.....	52
Artikel 5 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	53
§ 26 Zusatzentgelt für Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 im Krankenhaus.....	53
III. Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes	54
Regelungsvorschlag zur Weiterentwicklung der rechtlichen Rahmenbedingungen der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V	54
Regelungsvorschlag für „Primärversorgungszentren“ als wesentlicher Baustein für eine patientenzentrierte Versorgung.....	66
Regelungsvorschlag für eine „Regionale sektorenenabhängige Versorgung“ (RegioSV) zur Gestaltung von Gesundheitsregionen.....	74
Scharfschaltung der Bedarfsplanung für die zahnärztliche Versorgung.....	84
Beauftragung eines Gutachtens für die Berücksichtigung soziodemographischer Merkmale im Risikostrukturausgleich.....	85
§ 197b SGB V - Aufgabenerledigung durch Dritte.....	89
Verpflichtung zur Vereinbarung mengensteuernder Elemente in den Vergütungsvereinbarungen von humanmedizinischen Hochschulambulanzen	92
Bereitstellung von Stammdaten der ärztlichen Leistungserbringer zur Information der Versicherten - § 305 Abs. 3 SGB V Auskünfte an Versicherte	93

I. Vorbemerkung

GVSG – (K)ein Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) verfolgte mit seinen bisher bekannt gewordenen Entwürfen für ein Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune – Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) – ein wichtiges Ziel: die Versorgung von Menschen in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu verbessern und dabei insbesondere die Bedürfnisse vulnerabler Gruppen aufzugreifen. Dieses Ziel hat das BMG mit dem nunmehr vorliegenden Entwurf aus den Augen verloren. Das Gesetz wirkt versorgungsinhaltlich entkernt, Ansätze zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune sucht man vergeblich. Seinen Namen verdient das Gesetz nicht mehr.

Ein Lichtblick 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.

Vorgaben zur hausärztlichen Vergütung – teuer, strukturkonservativ und ohne Perspektive für eine bessere Patientenversorgung

Fragwürdig und unausgegoren sind die Vorgaben zur hausärztlichen Vergütung, die keine Verbesserung der Versorgung bringen, dafür aber die ohnehin kritische Finanzsituation der GKV weiter verschärfen werden. Fragwürdig auch deshalb, weil alle Maßnahmen ausschließlich aus der Arztperspektive formuliert worden sind und andere Perspektiven außer Betracht lassen. Dies gilt auch für den geplanten Wegfall von Instrumenten zur Wahrung der Wirtschaftlichkeit. Auf diese Weise fließen hohe Summen in bestehende Strukturen, ohne deren Weiterentwicklung zu fördern.

Entbudgetierung

Mit den Vorgaben zur hausärztlichen Vergütung drohen Mehrbelastungen für die GKV in dreistelliger Millionenhöhe. Allein die Entbudgetierung der Hausärztinnen und Hausärzte wird nach unseren Schätzungen zu Mehrausgaben von 300 Mio. EUR für die GKV führen. Darin sind die daraus folgenden Anreize zur Mengenausweitung noch nicht einmal berücksichtigt, so dass hier auch mit höheren Mehrausgaben zu rechnen ist. Die Erfahrung bei den Kinder- und Jugendmedizinerinnen und -medizinern hat gezeigt, dass erhebliche Ausgabensteigerungen durch eine Mengenausweitung drohen. Von der Entbudgetierung werden insbesondere die ohnehin gut versorgten, großstädtischen Regionen profitieren. Da diese nunmehr noch attraktiver für angehende Hausärztinnen und Hausärzte sein werden, kann es sogar zu einer weiteren Verschlechterung der Versorgung in ländlichen Regionen kommen.

Pauschalierungen

Darüber hinaus soll mit der Jahrespauschale für die Hausärzte ein Vergütungsinstrument implementiert werden, das sich eigentlich vor allem in Primärarztssystemen mit Gatekeeping-Elementen und Patienteneinschreibung eignet. Ein solches System, das international weit verbreitet ist, soll hiermit offensichtlich durch die Hintertür eingeführt werden. Die AOK lehnt dieses Vorgehen allerdings ab. Denn wenn 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 Jahrespauschale in Bezug auf die Zugänglichkeit der Versorgung insbesondere für chronisch Kranke eher zu Verwerfungen und Mehrkosten führen, die bestehenden Probleme aber nicht lösen.

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.** Gerade bei Versicherten mit lebensverändernden chronischen Erkrankungen ist eine regelmäßige Wiedervorstellung in der Hausarztpraxis notwendig, weil sie einer dauerhaften medizinischen Behandlung und Kontrolle bedürfen. Mit den vorgesehenen Jahrespauschalen 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 Jahrespauschale, da eine große Anzahl der betreffenden Patientinnen und Patienten in der Regel über einen Zeitraum von zwölf Monaten mehr als einen Hausarzt aufsucht. Ohne ein klar an diese Versicherten adressiertes 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 in Einklang steht. Daher ist davon auszugehen, dass diese Regelung die Versorgung verteuert, ohne dass dies zu einem besseren Versorgungsangebot führt.

Das Fehlen eines definierten hausärztlichen Versorgungsauftrages zeigt sich auch in der Vorhaltepauschale, die zusätzlich eingeführt werden soll. Offensichtliche Aufgabenstellungen der Hausärztlichen Versorgung werden hier als Sonderleistungen betrachtet, die gesondert durch den EBM zu vergüten sind.

Mit der Einführung der jährlichen Versorgungspauschale droht auch eine Verschlechterung der Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleichs zu Lasten von Krankenkassen mit einem hohen Anteil chronisch kranker Versicherter.

Die Reduzierung von hausärztlichen Kontakten von chronisch erkrankten Versicherten reduziert zwangsläufig die für den RSA essentiellen 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 mit zeitgleicher Wirkung an die veränderten Datengrundlagen für die Erfassung der Morbidität anpassen zu können. Nur so können unerwünschte Verwerfungen im Finanzausgleich der Kassen vermieden werden.

Unklarer Stellenwert der HZV

Unklar bleibt, welchen Stellenwert der Gesetzgeber dem Sonderkonstrukt der verpflichtenden Vertragsgestaltung nach § 73b SGB V noch zumisst. 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.

Abzulehnen ist zudem die geplante Regelung, nach der Versicherte für ihre Teilnahme an einer HzV regelhaft einen jährlichen Bonus von mindestens 30 Euro erhalten sollen. Bei der vom Deutschen Hausärztinnen- und Hausärzteverband (HÄV) angegebenen Teilnehmerzahl von rund 9 Mio. Versicherten führt allein der Bonus zu jährlichen Mehrausgaben von ca. 270 Mio. Euro. Die Regelung verschärft damit ohne Not und Mehrwert die finanzielle Situation der Krankenkassen. Die behaupteten, aber nicht ansatzweise begründeten oder nachvollziehbaren "langfristigen Minder Ausgaben", sind daher als reine Luftbuchungen und Wunschdenken zu bewerten.

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-Finzen geleistet werden.

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, 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 Versorgungsange-

bot 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 Versorgungsverbände, 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 § 123 SGB V „**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.

Im Folgenden wird zu den einzelnen Regelungen des Referentenentwurfs Stellung genommen.

II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Referentenentwurfs

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 § 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 Leistungserbringer 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 könnte überlegt werden, die Bearbeitungsfristen für Kinderversorgungen noch stringenter zu fassen.

Nr. 3 § 34 Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

A Beabsichtigte Neuregelung

Streichung des Wortes „Heil-“ aus der Überschrift

B Stellungnahme

rein redaktionelle Änderung der Überschrift

C Änderungsvorschlag

kein Änderungsbedarf

Nr. 4 § 53 Wahltarife

A Beabsichtigte Neuregelung

Die Verpflichtung der Krankenkassen, für Versicherte, die an einer hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, einen Wahltarif anbieten zu müssen, wird gestrichen.

B Stellungnahme

Die Streichung der Regelung wird begrüßt.

Allerdings wird die Folgeregelung in § 65a SGB V abgelehnt, nach der die Krankenkassen regelhaft einen Bonus an die Versicherten für die Teilnahme an einer hausarztzentrierten Versorgung gewähren sollen. Siehe hierzu die Stellungnahme zu Nummer 6.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf

Nr. 5 § 63 Absatz 3c Grundsätze/Modellvorhaben

A Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen ihrer gesetzlichen Verpflichtung zur Förderung der Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung können Krankenkassen und ihre Verbände Modellprojekte zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsstrukturen der Leistungserbringung durchführen oder gemäß § 64 vereinbaren. Diese Projekte können gemäß Absatz 3c die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten, die eigenverantwortliche medizinische Behandlungen umfassen und für die Angehörige des im Pflegeberufsgesetz geregelten Berufs gemäß § 14 des Pflegeberufsgesetzes qualifiziert sind, auf diese vorsehen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss legt Richtlinien fest, die bestimmen, welche Tätigkeiten im Rahmen von Modellprojekten auf die Angehörigen des in Satz 1 genannten Berufs übertragen werden können. Hierbei waren die Berufsorganisationen der Pflegeberufe zu beteiligen. Durch den neuen § 92 Absatz 7h wird den Berufsorganisationen der Pflegeberufe ein Antrags- und Mitberatungsrecht eingeräumt. Dies erweitert das bisherige allgemeine Beteiligungsrecht und wird daher gestrichen.

B Stellungnahme

Die Streichung des Beteiligungsrechts ist sachgerecht. Eine Einbeziehung der Pflegeberufe in Beschlüsse zur Qualitätssicherung, die die Pflegeberufe betreffen, ist sinnvoll. Mit der anstehenden Kompetenzerweiterung werden noch weitere Anpassungen dahingehend notwendig werden. Die Erweiterung der Mitberatungen und Erweiterung der Stellungnahmeberechtigten und das Aufhalten von Beschlüssen durch die Patientenvertretung kann die Akzeptanz der G-BA Beschlüsse und Richtlinien grundsätzlich verbessern, was zu begrüßen wäre. Andererseits könnte diese Erweiterung der Beteiligung den Zielen des Gesetzgebers, die Beratungen des G-BA zu beschleunigen, entgegenstehen. Denn eine Verbreiterung der Beratungen und Ausweitung der Stellungnahmerechte kann den Aufwand zur Beschlussfassung erhöhen und ebenso wie die Einspruchsmöglichkeit der Patientenvertretung die Beratung verzögern.

Angesichts der skizzierten Eckpunkte für ein Pflegekompetenzgesetz, das die Aufhebung der Paragraphen 63 Absätze 3b und 3c sowie Paragraph 64d des SGB V umfasst, erübrigen sich die bisher durch diese Bestimmungen vorgegebenen Regelungen. Hieraus leitet sich die Frage ab, aus welchem Grund eine solche Änderung geplant ist und warum die vorgesehene Streichung der Paragraphen nicht direkt vorgenommen wird.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf

Nr. 6 § 65a Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

A Beabsichtigte Neuregelung

Der § 65a gibt den gesetzlichen Rahmen vor, innerhalb dessen die Krankenkassen Boni für gesundheitsbewusstes Verhalten als Satzungsleistung gewähren. Mit der Änderung sollen nun Versicherte für ihre Teilnahme an einer hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V (HzV) regelhaft einen jährlichen Bonus von mindestens 30 Euro erhalten.

Nach dem bestehenden Absatz 3 müssen Aufwendungen für bestimmte Bonustypen mittelfristig aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden. Hierüber haben die Krankenkassen mindestens alle drei Jahre gegenüber ihrer Aufsichtsbehörde Rechenschaft abzulegen. Ohne Einsparungen darf die Kasse keine Boni gewähren. Diese Regelung gilt durch die Änderung dann auch für den Bonus für die Teilnahme an einer HzV.

Die Erweiterung des Paragraphen stellt einen Ersatz für die im Rahmen von Nr. 4 vorgesehene Streichung des HzV-Wahltarifs dar, der 2019 im Rahmen eines Änderungsantrags zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) kurzfristig aufgenommen worden war.

B Stellungnahme

Die Regelung wird abgelehnt. Sie verschärft ohne Not und Mehrwert die finanzielle Situation der Krankenkassen und kann nur als grob fahrlässig beurteilt werden. Der vorgesehene jährliche Mindestbonus von 30 Euro führt bei der vom Deutschen Hausärztinnen- und Hausärzterverband (HÄV) angegebenen Teilnehmerzahl von rund 9 Mio. Versicherten zu jährlichen Mehrausgaben von zunächst ca. 270 Mio. Euro. Aufgrund der Anreizwirkung des Bonus ist darüber hinaus mit steigenden Teilnehmerzahlen und somit steigenden Ausgaben für den Bonus zu rechnen. Zum Vergleich: GKV-weit wurden 2023 insgesamt knapp 288 Mio. Euro für Bonuszahlungen für gesundheitsbewusstes Verhalten ausgegeben. Es droht somit eine Verdoppelung dieser Haushaltsposition!

In der Gesetzesbegründung werden diese offensichtlichen Mehrkosten verschwiegen. Stattdessen werden Einsparungen fingiert, die durch die Streichung der bisherigen Wahltarifregelung sowie allgemeine, nicht weiter begründete oder gar bezifferte "*positiven Auswirkungen auf die medizinische Versorgung und die Gesundheit der Versicherten*" erreicht werden sollen. Dabei wird ignoriert, dass für die große Mehrheit der HzV-Verträge bisher nicht nachgewiesen werden konnte, dass diese zu Einsparungen oder Effizienzsteigerungen geführt hätten. Die Krankenkassen haben bereits in den vergangenen Jahren entsprechende Wirtschaftlichkeitsberechnungen aufgrund der mit diesem Gesetz aufzuhebenden Regelungen zum HzV-Wahltarif (vgl. Nr. 4) durchgeführt. Im Ergebnis konnten - von wenigen Ausnahmen abgesehen - keine Spielräume für Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen festgestellt werden. Dies gilt insbesondere für die in Schiedsverfahren festgesetzten HzV-Verträge, die in der Regel höhere Ausgaben als die hausärztliche Regelversorgung

verursachen. Die angekündigten "langfristigen Minderausgaben" sind daher als reine Luftbuchungen und Wunschdenken zu bewerten.

Die Regelung in Absatz 3 Satz 3, dass keine Boni für die Teilnahme an der HzV gewährt werden dürfen, wenn keine Einsparungen erzielt werden, ist grundsätzlich sachgerecht und wird begrüßt. Angesichts der Regelung in Satz 1, dass sich die Aufwendungen für den Bonus erst mittelfristig refinanzieren müssen, besteht für die Krankenkassen das Risiko, den Bonus zunächst für mehrere Jahre zahlen zu müssen, obwohl aufgrund der vorliegenden Berechnungen zum HzV-Wahltarif bereits klar ist, dass keine ausreichenden Einsparungen und Effizienzgewinne nachgewiesen werden können. Rechtliche Auseinandersetzungen über die Auslegung der Regelung und die Berechnungsmethoden sind damit vorprogrammiert.

Zudem passt die Regelung auch rechtssystematisch nicht in § 65a SGB V, da dieser die Bonifizierung der Inanspruchnahme konkreter präventiver Leistungen, wie Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen, regelt. Die bloße Teilnahme an einem hausarztzentrierten Versorgungsmodell stellt für sich genommen noch kein gesundheitsbewusstes Verhalten dar.

Außerdem ist die Regelung mit hohem Verwaltungsaufwand verbunden, da die Krankenkassen nicht über die Bankverbindung der Versicherten verfügen und diese zumindest im ersten Jahr erst aufwändig erheben müssten.

Problematisch ist auch, gesetzlich einen Mindestbonus festzulegen. Dieser setzt einen Anreiz für die Versicherten, an der HzV teilzunehmen, selbst wenn keine entsprechenden Einsparungen erreicht werden können. Versicherte, die nicht an der HzV teilnehmen wollen oder können, z. B. weil ihr Hausarzt nicht an der HzV teilnimmt, müssen den Bonus der teilnehmenden Versicherten mitfinanzieren. Dies bedeutet eine Subventionierung der HzV-Teilnehmenden durch die Nicht-Teilnehmenden. Die Regelung schränkt auch die Satzungsautonomie und damit die Entscheidungsspielräume der Krankenkassen ein.

C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Nr. 8 § 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

A Beabsichtigte Neuregelung

a) Der Bewertungsausschuss Ärzte wird verpflichtet, sechs Monate nach Verkündung des Gesetzes, eine einmal jährlich abrechnungsfähige Versorgungspauschale zu beschließen. Diese soll bei Versicherten, die mindestens eine lang andauernde, lebensverändernde Erkrankung verbunden mit einer kontinuierlichen Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel aufweisen, zur Anwendung kommen. Sie ist einmal für vier aufeinander folgende Kalendervierteljahre durch eine Arztpraxis abrechnungsfähig, unabhängig von der weiteren Anzahl der ärztlichen Kontakte der Versicherten. Es besteht die Möglichkeit, die Höhe der Versorgungspauschale in Stufen zur Abbildung unterschiedlicher Behandlungsbedarfe zu beschließen. Der Bewertungsausschuss wird verpflichtet, dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) im Vorfeld mit einer Frist von drei Monaten vor Ablauf der Frist zur Beschlussfassung ein Konzept für die Umsetzung der genannten Vorgaben zur Genehmigung vorzulegen. Sie gilt als erteilt, wenn das BMG nicht innerhalb von zwei Monaten diese Genehmigung ganz oder in Teilen versagt. Bei Prüfbitten durch das BMG stellt sich eine Hemmung der Frist ein. Die Ergebnisse und Beantwortungen dieser Prüfbitten sind dem BMG vorzulegen. Der Bewertungsausschuss wird verpflichtet, im Einvernehmen mit dem BMG die Auswirkungen der Pauschale auf die hausärztlichen Honorare, auf die Ausgaben der Krankenkassen, auf die Fallzahlentwicklung sowie auf die Versorgung der Versicherten spätestens bis zum 31. Dezember 2028 zu analysieren. Die Vergütung zur Beratung zur Organspende und zur Erklärung im Register nach § 2a des Transplantationsgesetzes bleiben von der Neuregelung unberührt.

b) Im Rahmen von Folgeänderungen wird die Regelungskompetenz des Bewertungsausschusses Ärzte zur Prüfung und Kürzung beim Arztwechsel im Zusammenhang mit der Einführung der jahresbezogenen hausärztlichen Pauschale sowie zur Vorhaltungspauschale erweitert.

c) Mit einer Frist von drei Monaten nach Verkündung des Gesetzes soll der Bewertungsausschuss Ärzte eine Vergütung für die Vorhaltung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen verbunden mit etwaigen Kriterien zur Abrechnungsfähigkeit festlegen. Der Gesetzgeber sieht die Möglichkeit der Abbildung in Stufen vor. Als Kriterien 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 jährliche hausärztliche Versorgungspauschale soll berücksichtigt werden. Freiwerdende Finanzmittel sollen für durch den Bewertungsausschuss zu beschließende Zuschläge auf besonders förderungswürdige Leistungen im hausärztlichen Bereich verwendet werden. Diese Zuschläge sollen wiederum nur für Hausärztinnen und

Hausärzte berechnungsfähig sein, die die Kriterien der Vorhaltepauschale erfüllen. Die Höhe der Zuschläge ist in Stufen möglich. Es besteht wie in der vorherigen Regelung zu a) die Verpflichtung zur Analyse und Bericht an das BMG spätestens zum 31. Dezember 2028.

d) Es wird die Möglichkeit geschaffen, dass die Sitzungen der Bewertungsausschüsse in hybrider oder digitaler Form stattfinden können.

B Stellungnahme

a) Die jährliche Versorgungspauschale wird in dieser Form 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 ist im Zusammenspiel mit der hausärztlichen Entbudgetierung mit erheblich steigenden Kosten für die GKV verbunden. Unberücksichtigt bleiben darüber hinaus die Wechselwirkungen mit der hausarztzentrierten Versorgung, die ein weiteres finanzielles Risiko für die GKV bedeuten.

Der jetzige Normtext sieht eine jährlich abzurechnende hausärztliche Versorgungspauschale für Versicherte mit mindestens einer lang andauernden, lebensverändernden Erkrankung und einer kontinuierlichen Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel vor. Mit einer solchen Pauschale werden 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 bedürfen. Insbesondere bei lebensverändernden chronischen Erkrankungen ist eine regelmäßige Wiedervorstellung in der Hausarztpraxis notwendig, die sowohl drohende Komplikationen rechtzeitig erkennt und diesen entgegenwirkt, als auch die Versorgung der Betroffenen strukturiert.

Es bestehen erhebliche Zweifel an der tatsächlichen Umsetzbarkeit der Regelung. Der Gesetzgeber sieht dezidiert Ausnahmen in der Gesetzesbegründung vor, die eine mehrfache Abrechnung der jährlichen Versorgungspauschale durch unterschiedliche Arztpraxen ermöglichen. In der Praxis wird eine solche Ausgestaltung zusätzlich zu erheblichen Mehraufwänden in der Abrechnungsprüfung und Verwaltung führen. Bei den Krankenkassen entsteht erheblicher Prüfaufwand, der gleichzeitig hochgradig streitanfällig ist. So ist beispielsweise unklar, wie zu verfahren ist, wenn Versicherte sich ganz bewusst im Laufe des Jahres im Rahmen der freien Arztwahl für einen Wechsel des Hausarztes entscheiden.

Durch die zu erwartende mehrfache Abrechnung der hausärztlichen Jahrespauschale ist fraglich, ob eine sachgerechte und wirtschaftliche Kalkulation durch den Bewertungsausschuss gelingen kann. Es bestehen finanzielle Risiken, die nicht klar

bezziffert werden können und zudem durch die angedachte Entbudgetierung der hausärztlichen Leistungen verstärkt werden. Eine Analyse zu den Auswirkungen soll spätestens Ende 2028 erfolgen, was wiederum diesbezüglich sehr spät erscheint.

Für den Fall, dass die Einführung einer jährlichen Versorgungspauschale trotz alledem erfolgen sollte, gingen diese mit potenziell sehr deutlichen Verwerfungen in den Zuweisungen im Risikostrukturausgleich (RSA) einher, die im vorliegenden Referentenentwurf 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 gesundem 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 mehrjährigen zeitlichen 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.

Zuletzt sei angemerkt, dass der Gesetzgeber erheblich in die Arbeit des Bewertungsausschusses und so in die Aufgaben der Selbstverwaltung eingreift. Das läuft einem sachgerechten Interessensausgleich und dem Funktionieren der Selbstverwaltung entgegen. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) wird in seiner Gesamtheit durch den Bewertungsausschuss Ärzte entschieden. Wenn der Gesetzgeber immer wieder singular in die Systematik eingreift, können Ungleichgewichte und Missverhältnisse entstehen, die das Binnenverhältnis des EBM stören und so zu Versorgungsungleichgewichten führen. Ein Genehmigungsvorbehalt für eine Entscheidungsfindung im Bewertungsausschuss Ärzte ist unüblich und praxisfern.

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 Kriterien erfüllen. Diese Anreizdynamik wird verschärft durch den Umstand, dass etwaige Zuschläge insbesondere für diese Praxen zur Anwendung kommen.

Die Begrifflichkeit der Vorhaltung stammt vorrangig aus der stationären Versorgung, die sich kaum auf die ambulante Versorgung übertragen lassen. 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 zu a) Zweifel an der Möglichkeit der Operationalisierung bestehen bzw. es zu erheblichen Aufwänden in der Praxis kommt. So lassen sich tatsächliche Praxisöffnungszeiten kaum durch Krankenkas-

sen 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.

Mit der Vorhaltepauschale sind weitere finanzielle Risiken für die GKV verbunden. Es werden aller Voraussicht nach Krankenkassen mit einer hohen Morbiditätslast zusätzlich belastet, wenn die Pauschale insbesondere für chronisch Kranke zur Abrechnung kommt. Es erscheint zweifelhaft, dass mit der Einführung der Vorhaltepauschale etwaige Einspareffekte im Zusammenhang mit der bestehenden Gebührenordnungsposition 03040 des EBMs verbunden sind. Diese sollen darüber hinaus wiederum an Praxen, die die Kriterien erfüllen, durch etwaige Zuschläge ausgeschüttet werden. In der Anreizwirkung wird so die Erfüllung der Kriterien überproportional erhöht.

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 bis 7 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 bis 7 einschließlich einer entsprechenden Kennzeichnung,

Nr. 9 § 87a Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten

A Beabsichtigte Neuregelung

a) Es sind Rechtsbereinigungen und redaktionelle Folgeänderungen vorgesehen.

b) Mit der Regelung sollen die Gesamtvertragspartner auf Landesebene bei Nicht-Ausschöpfung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) im Versorgungsbereich der Kinder- und Jugendmedizin über einen Zeitraum von vier aufeinander folgenden Kalendervierteljahren über Zuschläge zur Förderung der Kinder- und Jugendmedizin verhandeln.

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 soll nicht mehr mit befreiender Wirkung gezahlt werden. Im Falle der Nicht-Ausschöpfung der hausärztlichen MGV durch die erbrachten Leistungen im Zeitraum von vier aufeinander folgenden Kalendervierteljahren sind die regionalen Vertragspartner nach Abs. 2 aufgefordert über Zuschläge zu verhandeln.

Für die erstmalige Festsetzung für den auf den hausärztlichen Leistungsbereich entfallenen Anteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ist der prozentuale Anteil des Honorarvolumens, der im Vorjahresquartal gemäß Verteilungsmaßstab für hausärztlich tätige Medizinerinnen und Mediziner ausgezahlt worden ist, zu ermitteln. Dieser Anteil wird mit dem im jeweiligen Quartal vereinbarten und bereinigten Behandlungsbedarf multipliziert. Hierbei sollen Ein- und Ausdeckelungen und Differenzbereinigungen berücksichtigt werden.

Sind in der Vergangenheit bereits Zuschläge vereinbart und in der hausärztlichen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung enthalten, so sind diese durch die Vereinbarungspartner weiter zu vereinbaren. Der Bewertungsausschuss Ärzte wird verpflichtet, das Verfahren zur erstmaligen und fortlaufenden Festsetzung des hausärztlichen Leistungsanteils an der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung festzulegen. Die Vorgaben haben insbesondere die vereinbarten Anpassungen des Punktwertes und des Behandlungsbedarfes sowie Bereinigungen zu berücksichtigen.

Neben der Verhandlung von Zuschlägen sind Ausgleichszahlungen vorgesehen, wenn der Leistungsbedarf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung unter Berücksichtigung vorher vereinbarter Zuschläge übersteigt. In diesem Fall sind Ausgleichszahlungen durch die Krankenkassen entsprechend ihres leistungsmengenbezogenen Anteils und nach dem Verfahren nach Abs. 3b Satz 8 bis 10 zu leisten, bis die volle Vergütung nach regionaler Euro-Gebührenordnung erreicht ist.

Der Bewertungsausschuss ist verpflichtet, die Auswirkungen der Gesetzesnovelle zu analysieren und dem BMG bis zum letzten Tag des 10. auf die Verkündung folgenden Kalendervierteljahres zu berichten.

B Stellungnahme

a) Die Anpassungen sind sachgerecht.

b) Es wird zwar grundsätzlich begrüßt, dass die Rolle der regionalen Vertragspartner gestärkt wird. Allerdings bleibt 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 bestehende Leistungen besser vergütet. Daran ändert eine Beteiligung der regionalen Vereinbarungspartner nichts.

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 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.

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 noch attraktiver werden. Bestehende Ungleichgewichte können sogar verstärkt werden. Zielgerechter wäre es, die Versorgungsstrukturen zu verändern und hierfür regionale Lösungsmöglichkeiten zu schaffen.

Auch in der inhaltlichen Ausgestaltung sind weitere Hürden zu nennen. Die im Gesetzentwurf vorgeschlagene Regelung beinhaltet eine Bezugnahme auf das Vorjahresquartal zur Ermittlung der Aufsatzwerte, die im Zusammenhang mit den Regelungen zum Inkrafttreten zu einem Heranziehen der Kalendervierteljahre des Jahres 2024 führt. Dass hierauf zurückgegriffen wird, war spätestens mit der Entbudgetierung der Kinder- und Jugendmedizinerinnen und -mediziner bekannt. Vor diesem Hintergrund ist es sachgerechter, auf das Jahr 2023 zurückzugreifen, um etwaige Verzerrungseffekte zu vermeiden und auf ein bereits abgeschlossenes Jahr aufzusetzen. Es bestehen ansonsten Steuerungsmöglichkeiten, die gesetzgeberisch nicht intendiert gewesen sein dürften.

Die Berücksichtigung von Zuschlägen bei der Berechnung von Ausgleichszahlungen ist sachgerecht. Es sollte jedoch sichergestellt sein, dass die Zuschlagssystematik und die Höhe der ausgezahlten Zuschläge für alle Verfahrensbeteiligten ausreichend transparent sind. In der bisherigen Praxis erhalten die Krankenkassen keine ausreichende Transparenz über die an die vertragsärztlichen Leistungserbringer tatsächlich ausgezahlten Honorare/Vergütungen, da der Honorarverteilungsmaßstab nur im Benehmen mit den Krankenkassen festgelegt wird und alles Weitere durch die Kassenärztlichen Vereinigungen intern erfolgt. Da die Zuschlagssystematik und -höhe jedoch – anders als bisher – finanzwirksam ist, braucht es weitergehende Regelungen. An dieser Stelle sei erwähnt, dass Krankenkassen beispielhaft keine Kenntnis über vorgenommene Rückstellungen haben, die das Honorarvolumen weiter mindern und so zu höheren Ausgleichszahlungen führen können. Das Gleiche gilt für Honorarausschüttungen, die einseitig durch die Kassenärztlichen Vereinigungen vorgenommen werden und über die die Krankenkassen keine ausreichende Kenntnis haben. Vor diesem Hintergrund sollte die erforderliche Transparenz durch Beschlüsse des Bewertungsausschusses hergestellt werden

In dem Zusammenhang weist der bisherige Entwurf zwei weitere Sollbruchstellen auf. Der Entwurf sieht bei den zu vereinbarenden Zuschlägen eine Berücksichtigung von vier Kalendervierteljahren und bei den Ausgleichszahlungen eine Gegenüberstellung von MGV plus Zuschlägen auf der einen Seite und Leistungsbedarf auf der anderen Seite ohne dezidierte Nennung des Zeitraumes vor. Wenn hier in beiden Fällen das jeweilige Kalenderjahr herangezogen werden soll, sollte dies entsprechend klargestellt sein. Der Verweis auf das Verfahren nach Abs. 3b Satz 8 bis 10 zur Ermittlung der Höhe der Ausgleichszahlungen für die Leistungen der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte und deren Aufteilung auf die einzelnen Krankenkassen sieht wiederum keine Berücksichtigung der Zuschläge vor und läuft damit der eigentlichen Bestimmung in Satz 11 entgegen. Dies ist zwingend zu korrigieren.

Positiv zu erwähnen ist der Evaluationsauftrag an den Bewertungsausschuss Ärzte und die Berichtspflicht an das BMG. 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.

In Summe wird die Regelung in der jetzigen Form in seiner Gesamtheit abgelehnt.

C Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung in c).

Hilfsweise wird bei der Regelung c) auf die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes und dem damit verbundenen, notwendigen Änderungsbedarf verwiesen, wenn an der Regelung festgehalten wird.

Nr. 10 § 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. 11 § 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 Berichtspflicht mit bürokratischem und personellem Mehraufwand verbunden.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf

Nr. 12 § 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

A Beabsichtigte Neuregelung

Abs. 1b: Die Berufsverbände der Hebammen erhalten für Richtlinien zur ärztliche 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. 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 2erweitert.

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 Potential, 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.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf

Nr. 13 § 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

A Beabsichtigte Neuregelung

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.

B Stellungnahme

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.

C Änderungsvorschlag

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

„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.“

Nr. 14 § 96 Zulassungsausschüsse

A Beabsichtigte Neuregelung

Entscheidungen des Zulassungsausschusses mit besonderer Versorgungsrelevanz müssen im Einvernehmen mit den zuständigen Landesbehörden getroffen werden.

B Stellungnahme

Eine stärkere Einbindung der Länder in die ambulante Bedarfsplanung ist ein Schritt hin zu einer gesamthaften, sektorenübergreifenden Versorgungsplanung und wird damit ausdrücklich begrüßt. Der nun mit dem Referentenentwurf vorgeschlagene Weg der Beteiligung der Länder ist jedoch wenig zielführend. Der eigentliche Bedarfsplan wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Krankenkassen aufgestellt und kann von den Ländern beanstandet werden. Im Zulassungsausschuss erfolgt die operative Umsetzung. Aufgrund des engen rechtlichen Korsetts haben die Zulassungsausschüsse wenig Entscheidungsspielraum. Die Mitglieder der Zulassungsausschüsse sind nicht an Weisungen gebunden und agieren nach bestem Wissen und Gewissen mit dem Ziel, rechtlich unangreifbare Beschlüsse zu fassen. Einvernehmensregelungen finden sich aus gutem Grund im SGB V bislang nicht für Verwaltungsakte. Insofern erschließt sich die nun intendierte Regelung nicht. Zusätzlich fehlt die korrespondierende Änderung der Zulassungsverordnungen und vieles bleibt bislang ungeregelt. Beispielsweise wie eine Entscheidung herbeigeführt wird, wenn kein Einvernehmen hergestellt werden kann. Im Ergebnis käme es primär zu einer Verfahrensverlängerung und einem Anstieg des bürokratischen Aufwands. Daher wird vorgeschlagen, anstelle des Einvernehmens ein Benehmen einzuführen.

Perspektivisch ist die generelle Neuordnung der institutionellen Zuständigkeit zu diskutieren. Für eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung bedarf es eines neuen Landesgremiums, das mit Vertretern/-innen der Kassenärztlichen Vereinigungen, Landeskrankenhausesgesellschaften und Krankenkassen besetzt ist (3+1-Gremium). Die Stimmen sollten analog zum Verfahren im Gemeinsamen Bundesausschuss paritätisch zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen verteilt werden. Ergänzt wird dies um Vertreter/-innen der Behörden der Bundesländer in der Rolle der Unparteiischen.

Unabhängig von dieser Regelung wird vorgeschlagen, die Liste der Verfahren, an denen die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden zu beteiligen sind, um Entscheidungen zu kommunalen MVZ zu erweitern. Es ist zu erwarten, dass hierzu Seitens der Länder eine besondere Expertise vorliegt.

C Änderungsvorschlag

§ 96 Absatz 2a Satz 1 wird wie folgt geändert:

- a) **In Nummer 6 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.**
- b) **In Nummer 7 wird der Punkt durch das Wort „und“ ersetzt.**
- c) Nach Nummer 7 wird folgende Nummer 8 angefügt:

„Gründung und Zulassung kommunaler medizinischer Versorgungszentren“

Dem § 96 Absatz 2a werden die folgenden Sätze angefügt:

„Die in Satz 1 genannten Entscheidungen des Zulassungsausschusses für Ärzte sind im ~~BeEinver~~nehmen mit der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde zu treffen. Das ~~BeEinver~~nehmen gilt als hergestellt, wenn die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde bei der Beschlussfassung keine entgegenstehende Erklärung abgibt.“

Nr. 15 § 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 Jugendlichenpsychotherapeut/-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. 16 § 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 Sozialversicherungsgeldern 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. 17 § 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 Ordnungsverhalten 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 Versicherungsgeldern.

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. 18 § 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. Keine Streichung der vorgesehenen Regelung.

zu 2. 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 Erarbeitung von Richtlinien zu den Anforderungen an neue DMP innerhalb von zwei Jahren abzuschließen, um das Verfahren zu beschleunigen.

B Stellungnahme

Die Fristvorgabe von zwei Jahren zur Erarbeitung durch den G-BA ist kritisch zu bewerten und ein unnötiger Eingriff in die Autonomie der Selbstverwaltung.

Die Richtlinienerstellung für neue 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. 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 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 Abstimmungsprozessen. Eine starre Fristvorgabe erhöht unangemessen den Druck auf die Mitglieder des G-BA sowie deutlich die Kosten und behindert im Konfliktfall konsensuale Lösungen.

Der vorgeschlagene Gesetzestext wirft in Bezug auf die Intention aus der Begründung zudem Fragen auf. Er bezieht sich auf die Erarbeitung von Richtlinien nach § 137f Abs. 2 SGB V, wonach auch die Überarbeitung von Richtlinien aufgrund ihrer regelmäßigen Überprüfung umfasst ist. Sollte die vorgesehene Fristsetzung sich nur auf erstmalig erarbeitete Richtlinien für Behandlungsprogramme beziehen, so müsste das hier präzisiert werden.

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 *erstmalige* Erarbeitung von Richtlinien nach Absatz 2 innerhalb von zwei Jahren *nach Veröffentlichung der Festlegung einer geeigneten chronischen Krankheit nach Satz 1 abzuschließen.*“

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 Referentenentwurf 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 Sozialleistungsmisbrauch, 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 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 zu 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 Leistungserbringer 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. 4 § 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 **Merkmale „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 Krankenkassen
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:

Kennzahlen zur Leistungsqualität (Anträge auf Leistungen, Widersprüche und Klagen)

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 Komplexität 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 einer Krankenkasse vermitteln. Hierauf sollte verzichtet werden.

Bei den Kennzahlen zur Förderung der Patientensicherheit ist zumindest zu beachten, dass die Unterstützung der Krankenkassen 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 Referentenentwurf 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 Krankenkassen 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 § 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

A Beabsichtigte Neuregelung

Der Zeitraum, in welchem jeder zweite Beratungsbesuch per Videokonferenz durchgeführt werden kann, wird von bisher 30. Juni 2024 auf den 31. März 2027 verlängert.

B Stellungnahme

Die vorgesehene Regelung ist im Gesetz über die Auszahlung der Erwerbsminderungsrenten- Bestandsverbesserung (EM-Bestandsrentenverbesserungsauszahlungsgesetz), das der Bundestag am 25.04.2024 in 2./3. Lesung beschlossen hat, bereits umgesetzt worden.

C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf

Nr. 3 § 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

Nr. 4 § 53 Aufgaben auf Bundesebene

Hinweis: Die Stellungnahme zu dieser Vorschrift befindet sich unter Artikel 1 Nr. 24 § 217f Absatz 4 SGB V Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.

Die Bewertung zur Transparenz der Leistungen der Pflegeversicherung wurde in die Stellungnahme zur Transparenz im Leistungsgeschehen der gesetzlichen Krankenversicherung integriert.

- A Beabsichtigte Neuregelung
- B Stellungnahme
- C Änderungsvorschlag

Nr. 5 § 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 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

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 Versorgungern“ (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

<i>Wenn Text über beide Spalten, dann bleibt Gesetzestext erhalten.</i>	<i>Erläuterungen zur Formatierung</i>
<i>Wenn der Text in dieser Spalte durchgestrichen ist, ist er im aktuellen Gesetzestext enthalten, aber nicht im neuen Vorschlag enthalten.</i>	<u><i>Wenn der Text in dieser Spalte unterstrichen ist, ist die Formulierung neu hinzugekommen.</i></u>
<i>Unveränderte Textpassagen haben keine besondere Formatierung.</i>	<i>Unveränderte Textpassagen gegenüber aktuellem Gesetzestext haben keine besondere Formatierung.</i>

- (1) Die Krankenkassen ~~haben~~ können ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) ~~anzubieten.~~ anbieten.
- (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,
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) ¹Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig. ²Die 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. ³Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. ⁴Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. ⁵Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht schriftlich oder elektronisch mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. ⁶Wird 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. ⁷Das 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. ⁸Die 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) ~~1Zur flächendeckenden Sicherstellung des Angebots nach Absatz 1 haben Krankenkassen allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen spätestens bis zum 30. Juni 2009 mit Gemeinschaften zu schließen, die mindestens~~ ^{1Zur Sicherstellung des Angebots nach Absatz 1 können Krankenkassen allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen Verträge mit mindestens einem der folgenden Vertragspartner zu schließen:} Die bisherige Mandatierung hat in der Regel keine flächendeckende Versorgung bei Vollversicherungsverträgen geschaffen. Aufgrund der Freiwilligkeit des Vertrages soll auch ein regionales Angebot möglich sein. Bei freiwilligen Verträgen

Aktueller Gesetzestext	Vorschlag neuer Gesetzestext	Erläuterungen
<p>die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten.²Können sich die Vertragsparteien nicht einigen, kann die Gemeinschaft die Einleitung eines Schiedsverfahrens nach Absatz 4a beantragen.³Ist 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</p> <ol style="list-style-type: none"> 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, 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Kassenärztlichen Vereinigungen 5. <u>Berufs- und Interessenverbänden der Leistungserbringer nach Nummer 1 zur Unterstützung von</u> 	<p>ist auf die Einleitung von Schiedsverfahren zu verzichten.</p>
<ol style="list-style-type: none"> 4. Kassenärztlichen Vereinigungen soweit Gemeinschaften nach Nummer 2 sie hierzu ermächtigt haben. 		<p>Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen als eigenständige Vertragspartner einer HzV möglich sein, ohne dass sie zwingend von den Gemeinschaften dazu ermächtigt</p>

Aktueller Gesetzestext	Vorschlag neuer Gesetzestext	Erläuterungen
	<p><u>Mitgliedern, die an der besonderen hausärztlichen Versorgung teilnehmen.</u></p> <p><u>Die Teilnahme von Vertragsärzten in Satz 1 ist freiwillig.</u></p>	<p>werden. Die Erweiterung um Berufs- und Interessensverbänden vergrößert die Möglichkeiten der Vertragspartner und ist analog der Regelungen in § 140a aufgenommen.</p> <p>Satz 2 stellt klar, dass die Vertragsärzte nach § 73 nicht verpflichtend am Vertrag zur HzV teilnehmen müssen.</p>
<p>Finden die Krankenkassen in dem Bezirk einer Kas- senärztlichen Vereinigung keinen Vertragspartner, der die Voraussetzungen nach Satz 1 erfüllt, haben sie zur flächendeckenden Sicherstellung des Ange- bots nach Absatz 1 Verträge mit einem oder mehre- ren der in Satz 3 genannten Vertragspartner zu schließen. In den Fällen der Sätze 3 und 4 besteht kein Anspruch auf Vertragsabschluss; die Aufforde- rung zur Abgabe eines Angebots ist unter Bekannt- gabe objektiver Auswahlkriterien auszuschreiben.</p>		<p>Aufgrund der Freiwillig- keit des Vertragsab- schlusses sind Satz 4 und 5 zu streichen.</p>
<p>Soweit die hausärztliche Versorgung der Versiche- ren durch Verträge nach diesem Absatz durchge- führt wird, ist der Sicher- stellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 eingeschränkt.</p>	<p><u>Soweit die hausärztli- che Versorgung der Ver- sicherten durch Ver- träge nach diesem Ab- satz durchgeführt wird, ist der Sicherstellungs- auftrag nach § 75 Abs. 1 eingeschränkt.</u></p>	<p>Anpassung der Satznum- merierung</p>
	<p><u>Dies gilt nicht für Ver- träge nach Satz 1 Nr. 4.</u></p>	<p>Klarstellung, dass der Si- cherstellungsauftrag durch die KV nach § 75 Abs. 1 nicht einge- schränkt ist, wenn die KV auch Vertragspartner der HzV ist.</p>

Aktueller Gesetzestext	Vorschlag neuer Gesetzestext	Erläuterungen
<p>⁷Satz 6 gilt nicht für die Organisation der vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten.</p>	<p>⁸Satz <u>6</u> gilt nicht für die Organisation der vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten.</p>	<p>Änderung der Satznummerierung</p>
<p>(4a) ¹Beantragt eine Gemeinschaft gemäß Absatz 4 Satz 2 die Einleitung eines Schiedsverfahrens, haben sich die Parteien auf eine unabhängige Schiedsperson zu 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.</p>	<p>(4a) ¹Beantragt eine Gemeinschaft gemäß Absatz 4 Satz 2 die Einleitung eines Schiedsverfahrens, haben sich die Parteien auf eine unabhängige Schiedsperson zu 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.</p>	<p>Aufgrund der Freiwilligkeit des Vertragsabschlusses sind die Regelungen zu einem verpflichtenden Schiedsverfahren in Absatz 4a zu streichen.</p>
<p>(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</p>	<p>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 Beitragsstabilität (§71) zu beachten</u>; in Verträgen sind zudem Wirtschaftlichkeitskriterien und Maßnahmen bei Nichteinhaltung der verein-</p>	<p>Nicht zuletzt aufgrund der eingeführten Regelungen zum Wahltarif haben alle AOKs Wirtschaftlichkeitsberechnungen zu möglichen Einsparungen und Effizienzgewinnen vorgenommen. Die Betrachtung erfolgte jeweils nach geltenden wirtschaftlichen Standards. Aufgrund der mehrfachen Nachweise der fehlenden Wirtschaftlichkeit verschiedener HzV-Verträge der AOKs sind die Vorgaben zur Beitragssatzstabilität wieder zu berücksichtigen.</p>

Aktueller Gesetzestext	Vorschlag neuer Gesetzestext	Erläuterungen
<p>Qualitätssicherung vereinbaren.</p>	<p>zu barten Wirtschaftlichkeitskriterien sowie Regelungen zur Qualitätssicherung zu vereinbaren.</p>	<p>Der fehlende Nachweis der Wirtschaftlichkeit gilt vor allem für Vollversicherungsverträge, die durch Schiedsspruch festgelegt wurden, da die Strategie einer deutschlandweit einheitlichen Vertragsstruktur der HÄVG nicht 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.</p>

2Eine Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung bei der Ausgestaltung und Umsetzung der Anforderungen nach Absatz 2 ist möglich. 3Die 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 Untersu-

chungs- 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. ⁴Die 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.

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-Arzt abrechnungen besteht die Möglichkeit, eine Regelwerksprüfung durch die jeweilige KV zu initiieren, die die fehlerhaften Abrechnungen direkt abweist, ohne sie zu vergüten.

Vorzusehen ist eine verpflichtende Unterstützung seitens der KVen zur Einführung von Regelwerksprüfungen der KV-Abrechnungen durch HzV-Hausärzte bei Vollversorungsverträgen. 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.

⁷Die Vertragspartner haben für die Erfüllung der Aufgaben nach Satz 6 die notwendigen Daten wie Arzt- und Versichertenteilnahmedaten sowie EBM-Positionen des Versorgungsauftrages des Vertrages nach Abs. 4 an die Kassenärztlichen Vereinigungen für die Regelwerksprüfung zu liefern.

⁸Näheres dazu regeln die Vertragspartner in ihrem Vertrag.

Aktueller Gesetzestext	Vorschlag neuer Gesetzestext	Erläuterungen
------------------------	------------------------------	---------------

9Die Kosten für die Durchführung der Regelwerksprüfung sind im Rahmen des Verursacherprinzips von dem hausärztlichen Vertragspartner zu tragen.

„Zugelassene strukturierte Behandlungsprogramme nach §§ 137f und 137g sind, soweit sie die hausärztliche Versorgung betreffen, Bestandteil der Verträge nach Absatz 4. 7Vereinbarungen 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

Aktueller Gesetzestext	Vorschlag neuer Gesetzestext	Erläuterungen
------------------------	------------------------------	---------------

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.

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) ¹Die Vertragspartner der Gesamtverträge haben den Behandlungsbedarf nach § 87a Absatz 3 Satz 2 zu bereinigen. ²Die 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. ³Dabei können die Bereinigungsbeträge unter Beachtung der Maßgaben nach Satz 2 auch pauschaliert ermittelt werden. ⁴Kommt 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. ⁵Die für die Bereinigungsverfahren erforderlichen arzt- und versichertenbezogenen Daten über-

mitteln 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. „Die Krankenkasse kann, falls eine rechtzeitige Bereinigung nicht festgesetzt worden ist, den Behandlungsbedarf unter Beachtung der Maßgaben nach Satz 2 vorläufig bereinigen. „Sie kann auch die Anerkennung und Umsetzung des geltenden Bereinigungsverfahrens für die Bereinigung der Gesamtvergütung für an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmende Versicherte mit Wohnort im Bezirk anderer Kassenärztlichen Vereinigungen von diesen Kassenärztlichen Vereinigungen verlangen. „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. „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.

ben. 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. Der Entwurf des Referentenentwurfs zum GVSG sieht eine Kompetenzerweiterung der Länder in den Zulassungsausschüssen vor.
- **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.

Gesetzestext	Erläuterungen
<p>§ 73a Primärversorgungszentrum</p> <p>(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.</p> <p>Bei regionalem Bedarf sollen grundversorgende Fachärztinnen und -ärzte, weitere Gesundheitsprofessionen, soziale Beratungsangebote und Nachsorge- und Beobachtungsmöglichkeiten das Versorgungsangebot des Primärversorgungszentrums ergänzen.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>PVZ sind an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten ausgerichtet. Sie sollen insbesondere den niedrigschwiligen Zugang und eine gute Erreichbarkeit sicherstellen sowie die Koordination der Versorgung übernehmen. Eine Verknüpfung mit der hausarztzentrierten Versorgung ist möglich.</p>

- (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.

Ein PVZ kann je nach regionalem Bedarf um grundversorgende Fachärzte erweitert werden. Außerdem können 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.

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,

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

Gesetzestext	Erläuterungen
<ol style="list-style-type: none"> 2. Gewährleistung von Kooperationen mit an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten oder Einrichtungen und weiteren Leistungserbringenden, sofern 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. 	<p>Umfang des hausärztlichen Versorgungsauftrags soll wie im MVZ einem vollen entsprechen.</p> <p>2. Bereits § 73 Abs. 1 Satz 1 sieht die Koordination der Versorgung als Teil der hausärztlichen Versorgung vor. Da dies oft nicht gelingt, soll die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren über Kooperationsvereinbarungen institutionalisiert werden.</p> <p>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 Fehlanspruchnahme der Notfallversorgung reduziert werden.</p> <p>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.</p>

- | | |
|---|--|
| <p>(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.</p> <p>(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</p> | <p>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 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 Patientenzugängen festzulegen. Die Festlegungen durch den G-BA sollen</p> |
|---|--|

Gesetzestext	Erläuterungen
<ol style="list-style-type: none"> 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, 3. sächlichen Mindestausstattung, 4. Öffnungszeiten, der Erreichbarkeit und zum niedrigschwelligen Zugang, 5. Digitalisierung der Versorgungsprozesse und zur 6. Sicherung der Versorgungsqualität. 	<p>sich möglichst auf das Nötigste beschränken, um den Vertragspartnern auf regionaler Ebene einen möglichst großen Gestaltungsspielraum zu erhalten.</p>
<p>(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.</p>	<p>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.</p>
<p>Der Bewertungsausschuss hat die Entwicklung des Bereinigungsvolumens und der Vergütungsbestandteile sowie die Anzahl und Größe der Primärversorgungszentren erstmalig</p>	

zwei Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie nach Absatz 5 zu überprüfen.

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 Rahmenbedingungen 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 Innovationsfonds-Projekte 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 Prozent),**
- 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 Paragraph 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	Satz 1: Beschreibung der Vertragspartner für die RegioSV. Neben den

Vorschlag Gesetzestext

Verträge über die regionale sektorenunabhängige Versorgung mit Leistungserbringenden oder Gemeinschaften von Leistungserbringenden nach diesem Kapitel sowie nach §§ 71f. Elftes Buch und Kommunen abschließen.

²Die Verträge können auch Regelungen enthalten, die die regionale sektorenunabhängige Versorgung auf bestimmte Regionen beschränken.

³Krankenkassen, Pflegekassen oder ihre Landesverbände können mit Zustimmung der beteiligten Vertragspartner auf Leistungserbringendenseite einem Vertrag auch nachträglich beitreten.

Erläuterungen

Krankenkassen sind auch die Pflegekassen 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

Vorschlag Gesetzestext

Erläuterungen

⁴Sofern 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.

⁵Es besteht kein Anspruch der Leistungserbringenden auf Vertragsabschluss.

und Ärzte den Beitritt einer weiteren Kasse per Veto verhindern können.

Satz 4: Einführung eines neuen Konstrukts („**Allgemeinverbindlichkeit**“), welches zwischen Wettbewerb und Kollektivversorgung angesiedelt ist. Wenn mindestens 70 Prozent 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-prozentigen 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.

- (3) ¹In den Verträgen nach Absatz 2 sind das Nähere über den Inhalt und die Durchführung der Versorgung sowie die Vergütung zu regeln.
- ²Die Verträge können auch Leistungen nach dem vierten Kapitel Elftes Buch umfassen.
- ³Die 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.
- ⁴Satz 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.

⁵In den Verträgen sind Wirtschaftlichkeitskriterien und Maßnahmen bei Nichteinhaltung der vereinbarten Wirtschaftlichkeitskriterien sowie Regelungen zur Qualitätssicherung zu vereinbaren.

⁶Für 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.

⁷Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen können nicht Gegenstand der Verträge sein.

⁸Soweit die Versorgung der Versicherten nach diesen Verträgen durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Absatz 1 eingeschränkt.

⁹Satz 8 gilt nicht für die Organisation der vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten.

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.

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.

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.

Satz 8: Durch diese Regelung wird klargestellt, dass die Versorgung substitutiv und somit der Sicherstellungsauftrag 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.

Vorschlag Gesetzestext	Erläuterungen
<p>(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.</p>	<p>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.</p>
<p>(5) ¹Die 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.</p> <p>²Vertreten 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.</p> <p>³Es gelten die Planungsbereiche und Umrechnungsfaktoren der Bedarfsplanungsrichtlinie nach § 101 Abs. 1 SGB V.</p>	<p>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 Prozent der Versicherten eines Planungsbereichs vertreten. Damit Verträge umgesetzt werden können, auch wenn Planungsbereiche gesperrt sind (Versorgungsgrad > 110 Prozent), werden die Leistungserbringenden per Gesetz ermächtigt. Die Anrechnung erfolgt nach dem Tätigkeitsumfang und der Fachgruppen- und Planungsbereichszuordnung der Bedarfsplanungsrichtlinie. Durch das Nachbesetzungsverfahren sollen</p>

Vorschlag Gesetzestext	Erläuterungen
<p>⁴Die 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.-</p>	<p>die Überkapazitäten sukzessive abgebaut werden, indem die Ärztinnen und Ärzte und Einrichtungen bevorzugt berücksichtigt werden.</p>
<p>(6) ¹Die 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.</p>	<p>Es ist eine pragmatische Bereinigung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vorgesehen, damit es nicht zu einer Doppelfinanzierung kommt. Die Bereinigung erfolgt pauschal pro Leistungserbringenden.</p>
<p>²In den Vereinbarungen zur Bereinigung ist auch über notwendige Korrekturverfahren zu entscheiden.</p>	
<p>³Der 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.</p>	<p>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.</p>

Vorschlag Gesetzestext	Erläuterungen
<p>(7) ¹Die Abrechnung der Leistungen gegenüber den Kranken- und Pflegekassen ist in den Vereinbarungen nach Abs. 2 zu vereinbaren.</p> <p>²§§ 113 Abs. 4 sowie 294 bis 303 Fünftes Buch und 105 Elftes Buch gelten entsprechend.</p>	<p>Klarstellung, dass die Abrechnung Vertragsgegenstand ist und die bestehenden Abrechnungsverfahren („DTA“) entsprechend gelten. Auch die Regelungen zu Wirtschaftlichkeit und zur Qualität für bereits bestehende ambulante/stationäre Regelungen (z.B. Hochschulambulanzen) gelten entsprechend.</p>

Folgeänderung im SGB XI: § 92b SGB XI

Vorschlag Gesetzestext	Erläuterungen
<p>(1) Die Pflegekassen können mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen und den weiteren Vertragspartnern nach § 140a Absatz 3 Satz 1 des Fünftes Buches Verträge zur integrierten Versorgung oder zur regionalen sektorenunabhängigen Versorgung nach § 123 des Fünftes Buches schließen oder derartigen Verträgen mit Zustimmung der Vertragspartner bzw. bei Verträgen nach § 123 Abs. 2 mit Zustimmung der beteiligten Vertragspartner auf Leistungserbringendenseite beitreten.</p>	<p>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.</p>

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 Potential 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 Versicherte 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.

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 Leistungsanspruchnahme erklären, die gerade nicht durch Diagnosen und Arzneimittelverordnungen greifbar werden.

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 Leistungsanspruchnahme 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.

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“

§ 197b SGB V - Aufgabenerledigung durch Dritte

Sachstand

Das Bundessozialgericht hat am 30.08.2023 in zwei Revisionsverfahren (B 3 A 1/23 R und B 3 A 1/22 R) entschieden, dass Pflegekassen nicht zu einer Übertragung von Aufgaben nach dem SGB XI auf private Dritte berechtigt sind. Es fehle an der erforderlichen gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage in der sozialen Pflegeversicherung. § 197b SGB V, der dies in der gesetzlichen Krankenversicherung ermögliche, sei in der sozialen Pflegeversicherung nicht, auch nicht analog, anwendbar. Abweichungen vom Grundsatz der eigenverantwortlichen Aufgabenerledigung könnten ausschließlich auf Entscheidungen des Bundesgesetzgebers im Rahmen seiner Regelungskompetenz zur Organisation der Sozialversicherung beruhen. § 197b SGB V wurde durch das GKV-WSG mit dem Ziel eingeführt, den gesetzlichen Krankenkassen die Übertragung der Aufgabenerledigung zu ermöglichen, soweit dies zweckmäßig ist. Kernaufgaben zur Erfüllung der Versorgungsansprüche von Versicherten sollten nicht betroffen sein.

Das Bundessozialgericht hat in den eingangs genannten Entscheidungen zudem ausgeführt, dass eine nähere Differenzierung, wann eine Aufgabe zu den „**wesentlichen Aufgaben zur Versorgung der Versicherten**“ gehört und ihre Erledigung deshalb gem. § 197b SGB V nicht in Auftrag gegeben werden darf, unmittelbar vom Gesetzgeber vorgegeben werden müsse (Rn. 26 bzw. 27). Gleichzeitig betont das Gericht die Organisationshoheit und Gestaltungsspielräume der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben.

Änderungsbedarf und Begründung

Den gesetzlichen Krankenkassen sind eine Vielzahl von Aufgaben übertragen. Neben Routinevorgängen und Kernaufgaben, wie zum Beispiel Leistungsentscheidungen, sind dies auch immer wieder Sonderaufgaben wie zum Beispiel der Versand von Informationsschreiben über Schutzimpfungen an Versicherte. Diese nehmen sie mit großer Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit wahr. Bei der Aufgabenerledigung nutzen sie vereinzelt Unterstützungsleistungen in Form von Hilfsarbeiten durch Dritte, soweit dies wirtschaftlicher ist als die Erledigung durch eigenes Personal. Damit leisten sie einen positiven Dämpfungsbeitrag mit Blick auf die Verwaltungskosten. Vor diesem Hintergrund wird vorgeschlagen, in § 197b SGB V eine gesetzliche Konkretisierung vorzunehmen, ohne die Möglichkeiten und Grenzen einer zulässigen Aufgabenerledigung durch Dritte zu verändern.

Mit dem Ausschluss der Wahrnehmung von Aufgaben, die unmittelbar die Leistungsgewährung an Versicherte nach dem dritten Kapitel betreffen, wird die vom BSG geforderte Differenzierung umgesetzt, wonach die Versicherten unmittelbar berührende qualifizierte Sachbearbeitungen mit inhaltlicher Prüfung der versicherungs- und leistungsrechtlichen Voraussetzungen nicht an Dritte übertragen werden dürfen (Rn. 28 bzw. 29). Auf diese Weise wird sichergestellt, dass die alleinige, ausschließliche und abschließende Entscheidung über zugrundeliegende Leistungsansprüche der Versicherten bei der Krankenkasse verbleibt.

Von der Änderung unberührt bleibt die bereits bestehende Rechtslage (einschließlich der zugehörigen aufsichtsrechtlichen Praxis), dass die Übertragung von Aufgaben auf Arbeitsgemeinschaften, deren Mitglied die beauftragende Krankenkasse ist, nicht dem Anwendungsbereich des § 197b SGB V bzw. § 47b SGB XI unterfällt, sondern sich ausschließlich nach § 94 SGB X richtet. Die auch bisher bestehende Möglichkeit der Beauftragung einer juristischen Person des privaten Rechts, über die die Krankenkasse eine ähnliche Kontrolle ausübt wie über ihre eigenen Dienststellen, bleibt ebenso unberührt (vgl. § 108 GWB, i. E. ebenso LSG Hamburg vom 29.11.2012, Az.: L 1 KR 156/11 KL, Rn. 70).

Änderungsvorschlag

Krankenkassen können die ihnen obliegenden Aufgaben durch Arbeitsgemeinschaften oder durch Dritte mit deren Zustimmung wahrnehmen lassen, wenn die Aufgabenwahrnehmung durch die Arbeitsgemeinschaft oder den Dritten wirtschaftlicher ist, es im wohlverstandenen Interesse der Betroffenen liegt und Rechte der Versicherten nicht beeinträchtigt werden. ~~Wesentliche Aufgaben zur Versorgung der Versicherten dürfen nicht in Auftrag gegeben werden.~~ *Aufgaben, die unmittelbar die Leistungsgewährung an Versicherte nach dem dritten Kapitel betreffen, dürfen nicht in Auftrag gegeben werden.* § 88 Absatz 3 und 4 und die §§ 89, 90 bis 92, 94 und 97 des Zehnten Buches gelten entsprechend.

§ 47b SGB XI - Aufgabenerledigung durch Dritte

Sachstand

Das Bundessozialgericht hat am 30.08.2023 in zwei Revisionsverfahren (B 3 A 1/23 R und B 3 A 1/22 R) entschieden, dass Pflegekassen nicht zu einer Übertragung von Aufgaben nach dem SGB XI auf private Dritte berechtigt sind. Es fehle an der erforderlichen gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage in der sozialen Pflegeversicherung. § 197b SGB V, der dies in der gesetzlichen Krankenversicherung ermögliche, sei in der sozialen Pflegeversicherung nicht, auch nicht analog, anwendbar. Abweichungen vom Grundsatz der eigenverantwortlichen Aufgabenwahrnehmung könnten ausschließlich auf Entscheidungen des Bundesgesetzgebers im Rahmen seiner Regelungskompetenz zur Organisation der Sozialversicherung beruhen. § 197b SGB V wurde durch das GKV-WSG mit dem Ziel eingeführt, den gesetzlichen Krankenkassen die Übertragung der Aufgabenerledigung zu ermöglichen, soweit dies zweckmäßig ist. Kernaufgaben zur Erfüllung der Versorgungsansprüche von Versicherten sollten nicht betroffen sein. Das Bundessozialgericht hat in den eingangs genannten Entscheidungen zudem ausgeführt, dass eine nähere Differenzierung, wann eine Aufgabe zu den „*wesentlichen Aufgaben zur Versorgung der Versicherten*“ gehört und ihre Erledigung deshalb gem. § 197b SGB V nicht in Auftrag gegeben werden darf, unmittelbar vom Gesetzgeber vorgegeben werden müsse (Rn. 26 bzw. 27). Gleichzeitig betont das Gericht die Organisationshoheit und Gestaltungsspielräume der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben.

Änderungsbedarf und Begründung

Den gesetzlichen Pflegekassen sind eine Vielzahl von Aufgaben übertragen. Neben Routinevorgängen und Kernaufgaben, wie zum Beispiel Leistungsentscheidungen, sind dies auch immer wieder Sonderaufgaben. Diese nehmen sie mit großer Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit wahr. Bei der Aufgabenerledigung nutzen sie vereinzelt Unterstützungsleistungen in Form von Hilfsarbeiten durch Dritte, soweit dies wirtschaftlicher ist als die Erledigung durch eigenes Personal. Damit leisten sie einen positiven Dämpfungsbeitrag mit Blick auf die Verwaltungskosten.

Vor diesem Hintergrund wird eine gesetzliche Konkretisierung, ohne die Möglichkeiten und Grenzen einer zulässigen Aufgabenerledigung durch Dritte zu verändern, vorgeschlagen. Denn die Gründe, die für die Einführung von § 197b SGB V ins SGB V gesprochen haben, bestehen ebenso in der sozialen Pflegeversicherung, so dass eine entsprechende Regelung im SGB XI erforderlich und sachgerecht ist. Zu diesem Zweck wird eine solche Regelung, nach näherer Maßgabe der nachfolgenden Konkretisierungen, als neuer § 47b ins SGB XI eingefügt.

Mit dem Ausschluss der Wahrnehmung von Aufgaben, die unmittelbar die Leistungsgewährung an Versicherte nach dem vierten Kapitel betreffen, wird die vom BSG geforderte Differenzierung umgesetzt, wonach die Versicherten unmittelbar berührende qualifizierte Sachbearbeitungen mit inhaltlicher Prüfung der versicherungs- und leistungsrechtlichen Voraussetzungen nicht an Dritte übertragen werden dürfen (Rn. 28 bzw. 29). Auf diese Weise wird sichergestellt, dass die alleinige, ausschließliche und abschließende Entscheidung über zugrundeliegende Leistungsansprüche der Versicherten bei der Pflegekasse verbleibt.

Von der Änderung unberührt bleibt die bereits bestehende Rechtslage (einschließlich der zugehörigen aufsichtsrechtlichen Praxis), dass die Übertragung von Aufgaben auf Arbeitsgemeinschaften, deren Mitglied die beauftragende Pflegekasse ist, nicht dem Anwendungsbereich des § 47b SGB XI unterfällt, sondern sich ausschließlich nach § 94 SGB X richtet. Die auch bisher bestehende Möglichkeit der Beauftragung einer juristischen Person des privaten Rechts, über die die Pflegekasse eine ähnliche Kontrolle ausübt wie über ihre eigenen Dienststellen, bleibt ebenso unberührt (vgl. § 108 GWB, i. E. ebenso LSG Hamburg vom 29.11.2012, Az.: L 1 KR 156/11 KL, Rn. 70).

Gesetzesvorschlag

Pflegekassen können die ihnen obliegenden Aufgaben durch Arbeitsgemeinschaften oder durch Dritte mit deren Zustimmung wahrnehmen lassen, wenn die Aufgabenwahrnehmung durch die Arbeitsgemeinschaft oder den Dritten wirtschaftlicher ist, es im wohlverstandenen Interesse der Betroffenen liegt und Rechte der Versicherten nicht beeinträchtigt werden. Aufgaben, die unmittelbar die Leistungsgewährung an Versicherte nach dem vierten Kapitel betreffen, dürfen nicht in Auftrag gegeben werden. § 88 Absatz 3 und 4 und die §§ 89, 90 bis 92, 94 und 97 des Zehnten Buches gelten entsprechend.

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 wird folgender Satz 8 (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-aerztefuhrer.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.“*