

Stellungnahme

des Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) vom 26. April 2024

zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in
der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) vom
8. April 2024

Kontakt:

Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa)

Robert-Koch-Platz 9, 10115 Berlin
Telefon: +49 30 – 40 00 96 31, Fax: +49 30 40 00 96 32
E-Mail: info@spifa.de
Registergericht: Amtsgericht Charlottenburg, Registernummer: VR 29131 B

Vorstand: Dr. med. Dirk Heinrich, Dr. med. Helmut Weinhart, Dr. med. Petra Bubel, Dr. med. Norbert Smetak, Jan Henniger,
Prof. Dr. med. Hermann Helmberger (kooptiert)
Ehrenpräsident: Dr. med. Andreas Köhler
Hauptgeschäftsführer: Robert Schneider

Ordentliche Mitglieder des SpiFa

Akkreditierte Labore in der Medizin e.V.
(ALM)



Bundesverband Ambulantes Operieren
e.V. (BAO)



Berufsverband Deutscher Anästhesis-
tinnen und Anästhesisten e.V. (BDA)



Bundesverband der Belegärzte und Be-
legkrankenhäuser e.V. (BdB)



Berufsverband Deutscher Internistin-
nen und Internisten e.V. (BDI)



Berufsverband Deutscher Neurochirur-
gen e.V. (BDNC)



Berufsverband Deutscher Neuroradio-
logen e.V. (BDNR)



Berufsverband Deutscher Nuklearmedi-
ziner e.V. (BDNukl)



Bundesverband der Pneumologie,
Schlaf- und Beatmungsmedizin e.V.
(BdP)



Bundesverband
der Pneumologen,
Schlaf- und Beatmungsmediziner e.V.

Bundesverband Psychosomatische Me-
dizin und Ärztliche Psychotherapie e.V.
(BDPM)



Berufsverband Deutschland für
Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie

Berufsverband der Deutschen Radiolo-
gen e.V. (BDR)



Berufsverband Niedergelassener Chi-
rurgen e.V. (BNC)



Bundesverband Niedergelassener Kar-
diologen e.V. (BNK)



BNK Bundesverband
Niedergelassener
Kardiologen

Berufsverband Niedergelassener Gast-
roenterologen Deutschlands e.V. (bng)



Berufsverband Niedergelassener
Gastroenterologen Deutschlands e.V.

Berufsverband Niedergelassener und
ambulant tätiger Gynäkologischer On-
kologen in Deutschland e.V. (BNGO)



BNGO

Berufsverband der Niedergelassenen
Ärztinnen und Ärzte für Hämatologie
und Medizinische Onkologie in
Deutschland e.V. (BNHO)



Berufsverband der Niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für
Hämatologie und Medizinische Onkologie in Deutschland e.V.

Bundesverband Reproduktionsmedi-
zischer Zentren Deutschlands e.V.
(BRZ)



Berufsverband der Augenärzte
Deutschlands e.V. (BVA)



Berufsverband der AngiologInnen
Deutschlands e.V. (BVAD)



Berufsverband der Deutschen Derma-
tologen e.V. (BVDD)



Berufsverband Deutscher Humangene-
tiker e.V. (BVDH)



Berufsverband der Deutschen Urologie
e.V. (BvDU)



Bundesverband Niedergelassener Dia-
betologen e.V. (BVND)



Berufsverband der Frauenärzte e.V.
(BVF)



Deutscher Berufsverband der Hals-Na-
sen-
Ohrenärzte e.V. (BVHNO)



Berufsverband für Orthopädie und Un-
fallchirurgie e.V. (BVOU)



Berufsverband für Physikalische und
Rehabilitative Medizin e.V. (BVPRM)



Deutscher Berufsverband der Fachärzte
für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V.
(DBVPP)



Deutscher Facharztverband e.V. (DFV)



Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kie-
fer- und Gesichtschirurgie e.V.
(DGMKG)



Deutsche Gesellschaft für Plastische,
Rekonstruktive und Ästhetische Chirur-
gie e.V. (DGPRÄC)



Verband Deutsche Nierenzentren e.V.
(DN)



Assoziierte Mitglieder

Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie
e.V. (DGH)



MEDI GENO Deutschland e.V. (MEDI)



Verband der Privatärztlichen Verrechnungs-
stellen e.V. (PVS Verband)



Virchowbund – Verband der niedergelasse-
nen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V.
(VIR)



INHALT

I. Vorbemerkungen.....	7
II. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen	8
Artikel 1.....	8
Nummer 2 (§ 33 Absatz 5c – neu)	8
Nummer 9 Buchstabe c (§ 87a Absatz 3c – neu) – Ausgleichzahlungen zur Ausbudgetierung der Leistungen im allgemeinen hausärztlichen Versorgungsbereich	10
Nummer 14 (Ergänzung § 96 Absatz 2a) – Einvernehmensregelung für oberste Landesbehörden.....	14
Nummer 15 (Änderung § 101 Absatz 4 und Absatz 4a – neu) –Kinder- und Jugendpsychiater in der Bedarfsplanung	15
Nummer 17 (Ergänzung des § 106b Absatz 2 Satz 2) – Bagatellgrenze für Wirtschaftlichkeitsprüfung der Verordnung.....	16

I. Vorbemerkungen

Mit dem vorliegenden Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) wird durch eine Vielzahl unterschiedlichster gesetzlicher Maßnahmen die Stärkung der Gesundheitsversorgung beabsichtigt.

SpiFa:

Die in dem vorliegenden Referentenentwurf adressierten gesetzlichen Maßnahmen gehen bezogen auf den vertragsärztlichen Bereich in die richtige Richtung, sind jedoch bezogen auf die Entbürokratisierung der vertragsärztlichen Versorgung sowie die Entbudgetierung vertragsärztlicher Leistungen unterdimensioniert.

Der vorliegende Referentenentwurf des BMG unterbewertet den Beitrag der fachärztlichen Versorgung für eine qualitativ hochwertige und zeitnahe ambulante ärztliche Versorgung gesetzlich versicherter Patientinnen und Patienten. Bereits vor dem Hintergrund des medizinischen und technologischen Fortschritts, der weltweit seit Jahren die Ambulantisierung der medizinischen Versorgung beschleunigt, sollte der Gesetzgeber ein erhebliches Interesse haben, auch die Attraktivität der fachärztlichen Versorgung durch niedergelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zu erhöhen, um zukünftig die Versorgungssicherheit in der ambulanten Versorgung im Sinne der Patientinnen und Patienten aufrechtzuerhalten. Aus Sicht des SpiFa sind die fachärztlich tätigen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in eigener Niederlassung unverzichtbar, um eine gute, flächendeckende und auch ökonomisch effiziente Gesundheitsversorgung aufrechtzuerhalten.

Der SpiFa fordert daher ergänzende Maßnahmen zur Bürokratieentlastung aller Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie die Entbudgetierung aller vertragsärztlichen Leistungen.

Darüber hinaus sieht der SpiFa die im vorliegenden Referentenentwurf des BMG adressierten Eingriffe in die Selbstverwaltung sowie insbesondere den Ausbau von Beteiligungsrechten im Bereich der Mutterschutz-Richtlinie für Berufsgruppen, die nicht unmittelbar von der Mutterschutz-Richtlinie betroffen sind, äußerst kritisch.

II. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen

Artikel 1

Nummer 2 (§ 33 Absatz 5c – neu)

Die Neuregelung sieht die Beschleunigung von Bewilligungsverfahren im Hilfsmittelbereich in besonders gelagerten Fällen vor. Zur Sicherstellung einer zeitnahen Versorgung von Kindern und Erwachsenen, die aufgrund der Art, Schwere, Dauer oder Komplexität ihrer Krankheit oder Behinderung einen besonderen Hilfsmittelbedarf haben, soll die medizinische Erforderlichkeit von Hilfsmitteln vermutet werden, wenn die Versicherten regelmäßig in einem sozialpädiatrischen Zentrum, das nach § 119 Absatz 1 ermächtigt wurde (SPZ) oder in einem medizinischen Behandlungszentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, das nach § 119c Absatz 1 ermächtigt wurde (MZEB), betreut werden.

SpiFa:

Der SpiFa begrüßt ausdrücklich die Neuregelung der Bewilligung der Hilfsmittelversorgung für Kinder und Erwachsene mit intellektueller Beeinträchtigung (früher geistige Behinderung) oder schweren Mehrfachbehinderungen, welche regelmäßig in Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) oder in Medizinischen (Behandlungs-) Zentren für Erwachsene mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung (MZEB) betreut werden.

Durch die Abkürzung des Genehmigungsverfahrens wird einerseits dem Fakt Rechnung getragen, dass der Versorgungsbedarf der genannten Patientinnen und Patienten in der Regel außer Frage steht und ohne Alternative ist, dass andererseits die fachliche Kompetenz der verordnenden Einrichtung in der Regel nicht angezweifelt wird. Dies führt dazu, dass Negativentscheidungen der Kostenträger in der Regel keinen Bestand haben und lediglich zu einer ethisch nicht vertretbaren Verzögerung der notwendigen Versorgung und einer Steigerung von Bürokratie und Kosten des Verfahrens führen.

Aus Sicht des SpiFa besteht allerdings weiterhin ein Versorgungsengpass, da schon jetzt die Versorgungskapazitäten in den SPZ und MZEB nicht ausreichen. Daher wäre es sinnvoll, die Regelung grundsätzlich auf die Hilfsmittelverordnung eines Facharztes für Physikalische und Rehabilitative Medizin, ggf. unter der Bedingung einer stattgefundenen gemeinsamen Hilfsmittelberatung/Teambesprechung mit therapeutischen Berufsgruppen und / oder Hilfsmittelversorgern auszuweiten.

Eine vergleichbare Situation bei der Versorgung mit Hilfsmitteln besteht auch für erwachsene Patientinnen und Patienten in höherem Lebensalter sowie mit chronischen Erkrankungen, die nicht per Definition einer schweren Mehrfachbehinderung vergleichbar sind. Hier bedarf es in Perspektive auch einer vergleichbaren Regelung.

Nummer 9 Buchstabe c (§ 87a Absatz 3c – neu) – Ausgleichzahlungen zur Ausbudgetierung der Leistungen im allgemeinen hausärztlichen Versorgungsbereich

Mit der beabsichtigten Regelung sollen die im dritten Kapitel des EBM abgebildeten Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung, einschließlich der nach Kapitel 1.4. des EBM abrechenbaren hausärztlich durchgeführten Hausbesuche von mengenbegrenzenden oder honorarmindernden Maßnahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und der Honorarverteilung ausgenommen werden.

Die Krankenkassen werden zur Übernahme der Vergütung dieser Leistungen in voller Höhe nach den Preisen der Euro-Gebührenordnung verpflichtet. Zudem wird der Begriff des hausärztlichen Leistungsbedarf eingeführt, der als der finanzielle Bedarf definiert ist, der sich aus der Summe aller erbrachten und abgerechneten hausärztlichen Leistungen ergibt. Dabei müssen die abgerechneten Leistungen nach sachlicher und rechnerischer Prüfung anerkannt sein. Die Zahlung der MGV soll für die hausärztlichen Leistungen nicht mit befreiender Wirkung erfolgen. Damit soll neben der vollständigen Vergütung aller erbrachten hausärztlichen Leistungen ebenfalls sichergestellt werden, dass die Entbudgetierung nicht zu Lasten anderer Arztgruppen geht. Die Verteilung und Auszahlung der Vergütung einschließlich der Zuschläge erfolgen weiterhin im Rahmen der Honorarverteilung.

Den Gesamtvertragspartnern wird aufgegeben, über Honorarzuschläge zur Förderung der hausärztlichen Versorgung zu verhandeln, wenn der hausärztliche Leistungsbedarf das zur Verfügung stehende Honorarvolumen aus der auf die Arztgruppe der Hausärzte entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (Hausarzt-MGV) über insgesamt vier aufeinander folgende Quartale unterschreitet. Die Summe der vereinbarten Honorarzuschläge darf das nicht ausgeschöpfte Hausarzt-MGV-Volumen nicht überschreiten. Bei Nichteinigung über die Höhe und die Förderzwecke steht den Beteiligten der Weg in das zuständige Schiedsamt offen.

Die Krankenkassen leisten nach der vorgesehenen Regelung eine Ausgleichzahlung, wenn und soweit in dem Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung eine Division der Hausarzt-MGV einschließlich vereinbarter Zuschläge durch den hausärztlichen Leistungsbedarf ohne die Zuschläge nach den Sätzen einen Wert von kleiner eins ergibt.

SpiFa:

Vor dem Hintergrund der Vereinbarung im Koalitionsvertrag von SPD, BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN und FDP zur Entbudgetierung ist die beabsichtigte Maßnahme die Ausbudgetierung der Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung vorzunehmen, wie dies bereits mit Blick auf die Leistungen der Kinder- und Jugendärzte erfolgt ist, ein Schritt in die richtige Richtung zu einer echten Entbudgetierung der vertragsärztlichen Versorgung.

Jedoch ist die beabsichtigte Maßnahme lediglich bezogen auf die im dritten Kapitel des EBM abgebildeten Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung, einschließlich der nach Kapitel 1.4. des EBM abrechenbaren hausärztlich durchgeführten Hausbesuche, nicht sachgerecht.

Neben diesen Leistungen werden durch die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte insbesondere im Bereich der fachärztlichen Versorgung jährlich gegenüber den gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten eine ganz erhebliche Zahl bedarfsnotwendiger Leistungen sowohl in der medizinischen Grundversorgung, an der der fachärztliche Bereich mit insbesondere den grundversorgenden Facharztgruppen massiv beteiligt sind, als auch insgesamt in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erbracht, die aufgrund der Budgetierungswirkung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen schlichtweg seit Jahrzehnten nicht vergütet werden. Insgesamt tragen die in der ambulanten Versorgung der gesetzlich Versicherten tätigen niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte durch die Budgetierung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung die finanziell unterdeckte Morbiditätslast der Bevölkerung zum ganz überwiegenden Teil allein. Die Budgetierung bewirkt primär nur, die Ausgaben der Krankenkassen für von den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten ordnungsgemäß erbrachten, bedarfsnotwendige Leistungen gegenüber den Patientinnen und Patienten zu wirtschaftlichen Lasten der vertragsärztlichen Leistungserbringer zu reduzieren. Die fortgesetzte Budgetierung der fachärztlichen Versorgung ist darüber hinaus auch ursächlich für die Terminproblematik. Eine Ausbudgetierung der hausärztlichen Versorgung hat keinen Effekt auf eine zeitnahe fachärztliche Weiterversorgung, wenn die Patientinnen und Patienten zur fachärztlichen Diagnostik und Therapie keine Termine bei der Fachärztinnen und Fachärzten erhalten können.

Die ambulante fachärztliche Versorgung in eigener Niederlassung wird durch die Budgetierung sowie die immensen bürokratischen Lasten für den ärztlichen Nachwuchs immer unattraktiver und gefährdet damit eine flächendeckende ambulante fachärztliche Versorgung, die neben einer flächendeckenden hausärztlichen Versorgung unverzichtbar für eine qualitativ hochwertige, schnelle und - im Vergleich zu Krankenhäusern und anderen größeren medizinischen Einrichtungen - auch ökonomisch hoch effiziente medizinische Versorgung der Bevölkerung ist.

Der SpiFa fordert daher ausdrücklich und fortgesetzt - neben einer Bürokratiwende in der vertragsärztlichen Versorgung - die Entbudgetierung aller fachärztlichen Leistungen.

Als Übergang in die Entbudgetierung aller fachärztlichen Leistungen fordert der SpiFa als Sofortmaßnahme:

1. Die Auszahlung von mindestens 90 v. 100 der Vergütung aller von der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfassten, ordnungsgemäß erbrachten fachärztlichen Leistungen zu gewährleisten.
2. Alle fachärztlichen Leistungen zu entbudgetieren, die durch Hausärztinnen und Hausärzte auf Überweisung oder durch Krankenhäuser auf Veranlassung erfolgen.

3. Alle ärztlichen Leistungen zu entbudgetieren, die in sog. Sozialen Brennpunkten bzw. deren Bewohnerinnen und Bewohner erbracht werden.

Nummer 12 Buchstabe a (Änderung § 92 Absatz 1b und Absatz 1c – neu) – Änderung zum Verfahren für Richtlinie ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft

Die beabsichtigte Regelung sieht eine Neufassung des § 92 Absatz 1 b SGB V vor, wonach den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen und den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene nach § 134a Absatz 1 Satz 1 SGB V ein Beteiligungsrecht bei den Mutterschafts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) eingeräumt. Dies soll künftig auch das Recht auf Mitberatung in den Gremien des G-BA umfassen. Dies wird damit begründet, dass die Mutterschafts-Richtlinien auch Vorgaben zur Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten mit Hebammen und Regelungen zur Abgrenzung der Aufgabenbereiche umfassen würde, die eine Mitberatung der betreffenden Verbände in den Gremien rechtfertige.

Zudem ist in der Neufassung beabsichtigt zu regeln, dass die einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu den Entscheidungen des G-BA zu den Mutterschafts-Richtlinien zu geben ist.

SpiFa:

Die beabsichtigte Neufassung ist nicht sachgerecht und wird in der beabsichtigten Form ausdrücklich abgelehnt.

Die beabsichtigte Neufassung geht bereits von falschen Prämissen aus. Die Mutterschafts-Richtlinie des G-BA regelt an keiner Stelle die Zusammenarbeit zwischen Frauenärztinnen/Frauenärzten und Hebammen, da sie ausschließlich die ärztliche Schwangerenvorsorge regelt. Diesbezüglich erfolgte bereits durch Beschluss des G-BA vom 16. Februar 2023 eine klarstellende Anpassung zum Regelungsumfang, der am 13. Mai 2023 in Kraft getreten ist.

Gegenstand der klarstellenden Anpassung des Beschlusses des G-BA vom 16. Februar 2023, sind folgende Änderungen:

1. In der Präambel der Mutterschaftsrichtlinie wird ausdrücklich auf folgendes hingewiesen: „Die Hebammenhilfe nach § 24 SGB V ist nicht Gegenstand dieser Richtlinie“.
2. Die bisher in Abschnitt A Nr. 7 (Untersuchungen und Beratungen sowie sonstige Maßnahmen während der Schwangerschaft) enthaltenen Formulierungen in der Mutterschafts-Richtlinie zur Delegation ärztlicher Leistungen wurden vollständig und ersatzlos gestrichen.

Die Mutterschafts-Richtlinie des G-BA enthält in der gültigen Fassung daher, anders als in der Gesetzesbegründung dargelegt, an keiner Stelle Regelungen zur Zusammenarbeit der Leistungserbringergruppen oder Regelungen zur Abgrenzung der Aufgabenbereiche. Dies ist auch nicht Regelungsgegenstand und Aufgabe der Richtlinien des GBA nach § 92 SGB V, der Richtlinien zur Sicherung der ärztlichen Versorgung beschließt.

Die Mutterschafts-Richtlinie des G-BA regelt also die ärztliche Betreuung der Versicherten während der Schwangerschaft und nach der Geburt. Es handelt sich insoweit um Regelungen die primär die freiberufliche Tätigkeit der Frauenärztinnen und Frauenärzte betreffen.

Die vollständige Schwangerenvorsorge nach der Mutterschafts-Richtlinie kann im Übrigen ausschließlich durch Frauenärztinnen und Frauenärzte erbracht werden, da viele Schwangerenvorsorgeuntersuchungen unter Arztvorbehalt und dem Facharztstandard stehen (u. a. Ultraschalluntersuchungen, NIPT-Trisomie, NIPT-Rhesus, Beschäftigungsverbote in der Schwangerschaft, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen).

Der Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF) hat als für die Wahrnehmung der Interessen gebildete Berufsverband der Frauenärztinnen und Frauenärzte zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) als maßgeblich wissenschaftliche Fachgesellschaft die Verfahren beim G-BA zur Mutterschafts-Richtlinie seit vielen Jahren konstruktiv mit den Erfahrungen der beim BVF organisierten Frauenärztinnen und Frauenärzte aus der ärztlichen Betreuung von Schwangeren eingebracht.

Den wissenschaftlichen Fachgesellschaften der Frauenärztinnen und Frauenärzte soll nach der beabsichtigten Neufassung hingegen nur ein gesetzliches Stellungnahmerecht zustehen.

Dem Berufsverband der Frauenärzte, als maßgebliche Organisation für die Interessen der Frauenärztinnen und Frauenärzte auf Bundesebene, der den Großteil der niedergelassenen Frauenärztinnen und Frauenärzte vertritt, die über 90 % der ambulanten Schwangerenvorsorge erbringen, soll nach den Intentionen des BMG hier trotz unmittelbarer Betroffenheit der Frauenärztinnen und Frauenärzte nicht einmal ein solches gesetzliches Stellungnahmerecht zukommen.

Eine solche Ungleichbehandlung dürfte vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Betroffenheit auch verfassungsrechtlich problematisch sein.

Die Hebammen wären im Übrigen bereits über ein Stellungnahmerecht der wissenschaftlichen Gesellschaft der Hebammen, Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi) in die Beschlussfassung des G-BA eingebunden.

Der SpiFa fordert daher, das Mitberatungsrecht in der vorgesehen Form zu streichen und im Sinne einer Gleichbehandlung ein Stellungnahmerecht aller maßgeblichen (ärztlichen wie nichtärztlichen) Berufsverbände sowie wissenschaftlichen Fachgesellschaften und die Einbeziehung der Stellungnahmen in die Entscheidungen.

Nummer 14 (Ergänzung § 96 Absatz 2a) – Einvernehmensregelung für oberste Landesbehörden

Die beabsichtigte Änderung zielt darauf ab, die bestehenden Beteiligungsmöglichkeiten der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden hinsichtlich der Entscheidungen der Zulassungsausschüsse zu erweitern. Durch die Regelung wird das bisherige Mitberatungsrecht zugunsten der zuständigen obersten Landesbehörden um ein Mitentscheidungsrecht ergänzt. Die Länder sollen somit in die Lage versetzt werden, ihre eigenen versorgungsrelevanten Erkenntnisse in den Zulassungsausschüssen verbindlich zu Geltung zu bringen, die vertragsärztliche Versorgung maßgeblich mitzugestalten und so beispielsweise zum Abbau von Überversorgung beizutragen.

SpiFa:

Der SpiFa lehnt die beabsichtigte Einvernehmensregelung für die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden ausdrücklich und entschieden ab.

Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden haben bereits heute ein Mitberatungsrecht in den Zulassungsausschüssen. Ein Genehmigungsvorbehalt der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden zu den Entscheidungen der Zulassungsausschüsse, wie dieser nunmehr durch die Einvernehmensregelung beabsichtigt ist, stellt einen fundamentalen Eingriff in die Autonomie der gemeinsamen Selbstverwaltung dar, die bei ihren Entscheidungen an Recht und Gesetz gebunden ist und unter Rechtsaufsicht steht.

Ein solcher Genehmigungsvorbehalt würde bedeuten, dass die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden einen massiven inhaltlichen Einfluss auf die Entscheidungen der Zulassungsausschüsse bekämen. Die beabsichtigte Regelung stellt damit die Selbstverwaltung insgesamt in Frage.

Im vorliegenden Referentenentwurf wird selbst darauf hingewiesen, dass in den Zulassungsausschüssen jährlich mehrere zehntausend Zulassungsverfahren bearbeitet werden, von denen die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung abhängt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen laufen also durch die beabsichtigte Regelung in die erhebliche Gefahr, ihrem gesetzlichen Sicherstellungsauftrag nicht mehr nachkommen zu können, der maßgeblich auch von den Zulassungen und Nachbesetzungen im Bereich der vertragsärztlichen Leistungserbringer abhängt, über die der Zulassungsausschuss als Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung zu entscheiden hat.

Nummer 15 (Änderung § 101 Absatz 4 und Absatz 4a – neu) –Kinder- und Jugendpsychiater in der Bedarfsplanung

Mit der beabsichtigten Neufassung und Ergänzung soll die Bildung einer neuen bedarfsplanungsrechtlichen Arztgruppe geregelt werden. Die neue Arztgruppe soll psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, umfassen. Die gesonderte Bedarfsplanung dieser Arztgruppe soll zukünftig eine zielgenauere Steuerung der Niederlassung ermöglichen, um den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung für Kinder und Jugendliche flächendeckend zu verbessern.

SpiFa:

Der SpiFa sieht auch vor dem Hintergrund der weitreichenden Neufassung des Psychotherapeutengesetzes durch das Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 15. November 2019 nunmehr größeren Anpassungsbedarf der Regelung zur Bedarfsplanung im Bereich der psychosomatischen und psychotherapeutischen Bedarfsplanung. Es ist bereits semantisch nicht vermittelbar, warum nichtärztliche Psychotherapeuten weiter innerhalb von Arztgruppen geplant werden sollten. Zudem verstellt die gemeinsame Planungsgruppe von Ärzten und Nichtärzten den Blick auf den ärztlichen Versorgungsgrad im entsprechenden Versorgungsbereich. Damit ist eine Steuerung der ärztlichen Tätigkeit in dieser Planungsgruppe nicht möglich.

Aus Sicht des SpiFa wäre es mit Blick auf die Bedarfsplanung und die Feststellung entsprechender Versorgungsgrade daher insgesamt sachgerecht, die ausschließlich oder überwiegend auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychotherapie tätigen Fachärztinnen und Fachärzte gesondert von den nichtärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die in der Kinder- und Jugendpsychotherapie tätig sind, zu beplanen. Gleiches gilt allgemein für die auf dem Gebiet Psychiatrie, Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie tätigen Fachärztinnen und Fachärzte zu den nichtärztlichen Psychotherapeuten nach § 101 Absatz 4 SGB V.

Nummer 17 (Ergänzung des § 106b Absatz 2 Satz 2) – Bagatellgrenze für Wirtschaftlichkeitsprüfung der Verordnung

Mit der beabsichtigten Ergänzung soll nun geregelt werden, dass neben dem Umfang von Wirtschaftlichkeitsprüfungen die Rahmenvorgaben zukünftig verpflichtend auch die Vorgabe zur Aufnahme einer Geringfügigkeitsgrenze in Höhe von 300 Euro in den Prüfvereinbarungen enthalten müssen, bis zu deren Erreichung Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht beantragt werden können. Diese Antragsgrenze soll sich auf je eine Betriebsstätten-Nummer, je Quartal und je Krankenkasse beziehen. Es wird davon ausgegangen, dass durch diese Maßnahme rund 70 Prozent der bislang durchgeführten Prüfverfahren zukünftig entfielen. Diese Maßnahme soll einen wichtigen Beitrag zur Entbürokratisierung darstellen und zur Vereinheitlichung der bestehenden Prüfvereinbarungen führen.

SpiFa:

Der SpiFa begrüßt die beabsichtigte Regelung als richtigen ersten Schritt die Wirtschaftlichkeitsprüfung zu entbürokratisieren. Aus Sicht des SpiFa bedarf es jedoch weiterer zahlreicher Schritte, um die Bürokratielast im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung deutlich zu reduzieren.

Der Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) setzt sich zusammen aus:

Ordentliche Mitglieder: Akkreditierte Labore in der Medizin e.V. (ALM), Bundesverband Ambulantes Operieren e.V. (BAO), Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e.V. (BDA), Bundesverband der Belegärzte und Belegkrankenhäuser e.V. (BdB), Berufsverband Deutscher Internistinnen und Internisten e.V. (BDI), Berufsverband Deutscher Neurochirurgen e.V. (BDNC), Berufsverband Deutscher Neuroradiologen e.V. (BDNR), Berufsverband Deutscher Nuklearmediziner e.V. (BDNukl), Bundesverband der Pneumologen, Schlaf- und Beatmungsmediziner e.V. (BdP), Bundesverband für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (BDPM), Berufsverband Deutscher Radiologen e.V. (BDR), Berufsverband Niedergelassener Chirurgen e.V. (BNC), Bundesverband Niedergelassener Kardiologen e.V. (BNK), Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e.V. (bng), Berufsverband Niedergelassener und ambulant tätiger Gynäkologischer Onkologen in Deutschland e.V. (BNGO), Berufsverband der Niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Hämatologie und Medizinische Onkologie in Deutschland e.V. (BNHO), Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschlands e.V. (BRZ), Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e.V. (BVA), Berufsverband der AngiologInnen Deutschlands e.V. (BVAD), Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V. (BVDD), Berufsverband Deutscher Humangenetiker e.V. (BVDH), Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BvDU), Bundesverband Niedergelassener Diabetologen e.V. (BVND), Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF), Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e.V. (BVHNO), Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU), Berufsverband für Physikalische und Rehabilitative Medizin e.V. (BVPRM), Deutscher Berufsverband der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DBVPP), Deutscher Facharztverband e.V. (DFV), Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V. (DGMKG), Deutsche Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie e. V. (DGPRÄC), Verband Deutsche Nierenzentren e.V. (DN).

Assoziierte Mitglieder: Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie e.V. (DGH), MEDI GENO Deutschland e.V. (MEDI) Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V. (PVS Verband), Virchowbund – Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V. (VIR).