



Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft

**Stellungnahme
der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di**

zum

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

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

Berlin, 30.04.2024
Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di
Paula-Thiede-Ufer 10
10179 Berlin

Vorbemerkung

Mit dem vorliegenden Referentenentwurf strebt das Bundesministerium für Gesundheit eine Vielzahl von Einzelregelungen an, die unter anderem die bessere Einbindung der Interessen der an der Gesundheitsversorgung mitwirkenden Personen und Berufsgruppen in die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses, die erleichterte Gründung kommunaler Medizinischer Versorgungszentren, die Verbesserung des Zugangs von Kindern und Jugendlichen zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung und die beschleunigte Versorgung schwer Erkrankter im Bewilligungsverfahren für Hilfsmittel erreichen sollen. Darüber hinaus plant das BMG, die Budgetierung der ärztlichen Honorare im hausärztlichen Bereich aufzuheben, eine Vorhaltefinanzierung für ambulante Versorgungsstrukturen mit besonderer Bedeutung für die ambulante Versorgung einzuführen und für die Versorgung chronisch kranker Patient*innen eine Pauschalfinanzierung anstelle bisher geltender Regelungen zu etablieren.

Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di stellt mit Blick auf die Gesamtheit der durch den Referentenentwurf vorgesehenen Maßnahmen fest, dass für eine tatsächliche Stärkung der ambulanten Versorgung, wie sie auch im Titel des Gesetzgebungsverfahrens enthalten ist, weder die richtigen Instrumente gewählt, noch die den feststellbaren Stärkungsbedarfen zugrundeliegenden Mängel abgestellt werden. Stattdessen wird primär auf eine durch GKV-Mittel zu finanzierende Leistungsausgabenausweitung zugunsten der ambulanten hausärztlichen Versorgung gezielt. Eingedenk des erwiesenermaßen wirkungslosen, gleichgerichteten Instruments extrabudgetärer Vergütungskomponenten, die seinerzeit durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) eingeführt und zwischenzeitlich wieder abgeschafft wurden, werden alleinige finanzielle Anreize zur Aufwertung der ambulanten Versorgung von ver.di gleichermaßen kritisch gesehen wie abgelehnt.

Besonders kritisch ist in diesem Zusammenhang die Umdeutung des Gesetzesvorhabens einzuordnen, die der Gesetzgeber hier im Vergleich zu vormaligen Entwürfen vorgenommen hat: weder sind das Konzept der Gesundheitskioske, noch die Einführung von Primärversorgungszentren zur Stärkung der ambulanten hausärztlichen Versorgung, noch die Etablierung von Gesundheitskiosken zur Beratung und Information der Bürger*innen Bestandteil des Referentenentwurfs. Damit verzichtet der Gesetzgeber auf wichtige Konzepte, die für eine tatsächliche und dringend benötigte Stärkung der ambulanten Versorgung dienen können. ver.di kritisiert diesen Verzicht entschieden und fordert den Gesetzgeber mit Nachdruck dazu auf, insbesondere diese drei Aspekte wieder in den Referentenentwurf aufzunehmen:

1. Das Ansinnen, benachteiligten Regionen und Stadtteilen durch die Einrichtung von Gesundheitskiosken zusätzliche Ressourcen zur Erweiterung von medizinischen und pflegebezogenen Informations- und Beratungsangeboten für Bürger*innen, zur Stärkung ihrer Gesundheitskompetenz

und zur medizinischen Vernetzung innerhalb von Gesundheitsregionen zur Verfügung zu stellen, wird von ver.di als sachgerecht und dringend erforderlich bewertet. Bereits gesammelte Erfahrungen mit der Einrichtung entsprechend organisierter Gesundheitskioske im Rahmen von Modellprojekten zeigen, dass die zielgerichtete Unterstützung von Bürger*innen, denen aufgrund fehlender ökonomischer Ressourcen, begrenzter Informationen oder mangelnder Verfügbarkeit von Wissen über weiterführende Gesundheitsversorgungsangebote Hürden beim Zugang zu Gesundheitsversorgungsleistungen entstehen, geboten und sinnvoll ist. Niedrigschwellige und präsenzbasierte Beratungsstrukturen vor Ort, ggf. auch in aufsuchender Form, erreichen vor allem jene Personen, deren gesundheitliche Teilhabechancen durch online verfügbare Inhalte nicht in ausreichendem Umfang unterstützt werden können. Dies hat unmittelbare Auswirkungen auf den Nutzen und die Annahmefähigkeit gesundheitsförderlicher Maßnahmen wie z. B. lebensweltlicher Präventionsangebote, aber auch auf die Orientierung innerhalb des verzweigten und nicht intuitiv zugänglichen deutschen Gesundheitssystems. Der flächendeckende Aufbau von Gesundheitskiosken kann somit wirksam dazu beitragen, die individuelle Gesundheitskompetenz und sachgerechte Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgungsstrukturen der in diesen Regionen und Stadtteilen lebenden Bürger*innen zu stärken. ver.di fordert das Bundesministerium für Gesundheit dazu auf, das Vorhaben zur Einrichtung von Gesundheitskiosken wieder in den Referentenentwurf aufzunehmen. In diesem Zusammenhang fordert ver.di den Gesetzgeber zu Maßnahmen zur Strukturförderung im Bereich der ambulanten Versorgung auf, die das Angebot von Beratungsleistungen strukturell durch den zielgerichteten Auf- und Ausbau von Versorgungskapazitäten flankieren. Die gesundheitliche Benachteiligung von Bürger*innen in strukturschwachen oder entlegenen Regionen sowie benachteiligten Stadtteilen ist nicht alleine dadurch zu beheben, dass eine Förderung der individuellen Gesundheitskompetenz der dort Wohnenden umgesetzt wird. Kommunale Versorgungsangebote müssen sowohl auf ambulanter als auch stationärer Ebene bedarfsgerecht vorgehalten und zugänglich sein, um eine direkte Überleitung zwischen Beratung und Gesundheitsversorgung zu sichern. Gerade in strukturell benachteiligten Regionen und Stadtteilen sind Kommunen finanziell nicht in der Lage, die zusätzlich notwendige ambulante Infrastruktur bereitzustellen. Die Finanzierungsverantwortung bei der Gründung von Gesundheitskiosken ist so zu regeln, dass eine erhebliche und einseitige finanzielle Mehrbelastung der GKV ohne ein Initiativ- oder Mitgestaltungsrecht vermieden wird. Da auch nicht gesetzlich versicherte Personen Zugang zu den Leistungen der Gesundheitskioske benötigen und zudem die kommunale Bedarfsermittlung der ausschlaggebende Faktor sein muss, ist es aus Sicht von ver.di gerechtfertigt, dass Gesundheitskioske kommunal organisiert und teilfinanziert werden. Eine Beteiligung der PKV in relevantem Umfang ist ebenso vorzusehen.

2. ver.di fordert, die Möglichkeit der Schaffung von Primärversorgungszentren (PVZ) zur Schaffung integrierter Versorgungsangebote in Kommunen wieder in den Regelungsinhalt des Referentenwurfs aufzunehmen. Dringend geboten ist, den Kommunen nicht erst bei drohender oder festgestellter Unterversorgung die Möglichkeit zur Einrichtung von PVZ zu ermöglichen, sondern eine regelhafte Einrichtung dieser Versorgungsstrukturen für Kommunen vorzusehen. Ergänzend ist zu regeln, dass die Errichtung und Tragung auch durch die zu versorgenden Kommunen selbst ermöglicht wird und nicht von der Antragsstellung durch die genannten Leistungsträger abhängig gemacht wird. Zur Sicherstellung der Versorgungsqualität und der bedarfsgerechten Personalausstattung sind PVZ nicht nur auf die personelle und sächliche Mindestausstattung hin zu regeln. Es muss daher auch das Erfordernis einer bedarfsgerechten Personalausstattung aller im PVZ vertretenen Versorgungsbereiche in gesetzlich verankert werden, wofür bedarfsgerechte Personalbemessungskriterien zu entwickeln und gesetzlich zu verankern sind.

3. ver.di fordert, die Einrichtung von Gesundheitsregionen wieder in den Regelungsinhalt des Referentenentwurfs aufzunehmen. Die Organisation der Gesundheitsregionen sollte auf kommunaler Ebene oder auf Ebene der Sozialversicherungsträger erfolgen und nicht den Leistungserbringern der Regionen, deren Verbänden oder Dritten übertragen wird. Gesetzlich ist in diesem Zusammenhang zu verankern, dass die Organisation der Gesundheitsregionen wettbewerbsneutral verlaufen und alleine am Merkmal der Aufwertung der regionalen Versorgungsqualität auszurichten ist.

ver.di fordert den Gesetzgeber auf, diese gebotenen inhaltlichen Aufwertungen des Referentenentwurfs vorzunehmen und so zum Ansinnen einer strukturell wirksamen Stärkung der ambulanten Gesundheitsversorgung, wie es in früheren Entwürfen des Referentenentwurfs erkennbar war, zurückzukehren. Eine allein durch finanzielle Anreize begründete Förderung der ambulanten Versorgung, wie sie im jetzigen Entwurf erkennbar ist, wird von ver.di hingegen abgelehnt. Das Bundesministerium für Gesundheit und die Bundesregierung dürfen strukturprägende Reformvorschläge im ambulanten Bereich, die für die Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bürger*innen langfristig wirksam sein werden, nicht mit Verweis auf allseits bekannte Vorbehalte des Bundesministeriums für Finanzen zur Verfügbarmachung erforderlicher Steuermittel preisgeben.

Die für das Versorgungsgesetz II angekündigte gesetzliche Regelung der Refinanzierung der Weiterbildung von Psychotherapeut*innen muss darüber hinausgehend unverzüglich umgesetzt werden. ver.di fordert seit der Reform des Psychotherapeutengesetzes 2019 eine zufriedenstellende Regelung, um sowohl den Psychotherapeut*innen in Weiterbildung als auch den ausbildenden Einrichtungen Sicherheit zu bieten. Es ist unerlässlich, Bedingungen für eine hochwertige qualitative psychotherapeutische Ausbildung im Studium und in der Weiterbildung zu schaffen.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nummer 2 - § 33 Abs. 5b S. 5 SGB V – Erleichterter Zugang zu Hilfsmitteln

Inhalt

Geregelt werden soll eine erleichterte Feststellbarkeit der Erforderlichkeit von Hilfsmitteln. Wenn sich die betroffenen Versicherten in regelmäßiger Behandlung in einem sozialpädiatrischen Zentrum oder in einem medizinischen Behandlungszentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen befinden und die beantragte Hilfsmittelversorgung von dem dort tätigen behandelnden Arzt im Rahmen der Behandlung innerhalb der letzten drei Wochen konkret empfohlen wurde, soll sie als erforderlich gelten.

Einordnung

Die vorgesehene Erleichterung der Feststellbarkeit der Erforderlichkeit von Hilfsmitteln vereinfacht den Zugang zu diesen Hilfsmitteln insbesondere für Versicherte mit entsprechenden gesundheitlichen Voraussetzungen und einen dadurch begründeten besonderen Hilfsmittelbedarf. Die zeitnahe Versorgung mit Hilfsmitteln dient der Sicherung der Teilhabe und der positiven Beeinflussung möglicher Beeinträchtigungen im alltäglichen Leben. Sie ist daher sachgerecht und wird unterstützt.

Nummer 6 – Änderung § 65a - Teilnahme an hausarztzentrierter Versorgung

Inhalt

Vorgesehen wird, dass für die Teilnahme an einer hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b ein jährlicher Bonus von mindestens 30 Euro ermöglicht wird. Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist als freiwillige Leistung der Krankenkassen gegenüber ihren Versicherten dazu gedacht, die Versorgungssteuerung in der ambulanten Versorgung zu stärken. Dabei sollen sich Versicherte dazu verpflichten, nur einen von ihnen ausgewählten Hausarzt als Inanspruchnahmemöglichkeit für die hausärztliche Versorgung aufzusuchen sowie fachärztliche Behandlungen mit Ausnahme der Leistungen von Augen- und Frauenärzten nur auf dessen Überweisung hin durchzuführen. Zur Steigerung der Attraktivität dieses Versorgungsmodells soll künftig eine jährliche Bonuszahlung i.H.v. mindestens 30 Euro ermöglicht werden, wobei die Krankenkassen auch für diese Leistung nachweisen müssen, dass sich die Aufwendungen für die Boni nach spätestens drei Jahren durch Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch die Teilnahme der Versicherten an der besonderen Versorgungsform erzielt werden, refinanzieren lassen. Andernfalls dürfen keine weiteren Boni gewährt werden.

Einordnung

Die Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens nach § 65a mit einer Bonuszahlung i.H.v. 30 Euro zu honorieren, ist bereits gesetzlich geregelt. Die Ausweitung dieser Regelung auf den Bereich der hausarztzentrierten Versorgung erscheint grundsätzlich sinnvoll. In der Wirkung zielt der Gesetzgeber mit diesem Vorgehen auf eine im Bereich des persönlichen und individuellen Verhaltens zu treffende Entscheidung, für die es jedoch auch passende strukturelle Voraussetzungen braucht. Sind etwa keine ambulanten Versorgungskapazitäten in unterversorgten Regionen vorhanden, ist auch eine freiwillige Bindung von Versicherten an hausarztzentrierte Versorger schwer bzw. nicht zu realisieren. Daher wird der Gesetzgeber aufgefordert, für Fälle, in denen Versicherte an HZV-Konzepten teilnehmen wollen, dies aufgrund unzureichender Versorgungskapazitäten an ihrem Wohnort jedoch ggf. nicht können, Vorkehrungen für eine besondere Förderung der Vermittlung der Versicherten an Hausärzte durch Krankenkassen oder durch Termserice- und Versorgungsstellen zu treffen.

Das übergeordnete Problem, dass insbesondere strukturschwachen und unterversorgten Regionen wie zum Teil auch in Ballungsgebieten nicht genügend Kapazitäten zur bedarfsgerechten hausärztlichen Versorgung verfügbar sind, kann durch einen finanziellen Anreiz zur Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung nicht gelöst werden. Maßgeblich ausschlaggebend hierfür ist die zu Über-, Unter- und Fehlversorgung führende Dualität des deutschen Krankenversicherungssystems, dass für privatversicherte Patient*innen einen anderen Gebührenschlüssel als für gesetzlich Versicherte vorsieht und es für niedergelassene Ärzt*innen insofern attraktiver macht, Versorgungsangebote und Praxisstandorte insbesondere dort zu betreiben, wo möglichst lukrative wirtschaftliche Rahmenbedingungen gegeben sind. ver.di fordert den Gesetzgeber auf, kurzfristig Maßnahmen zur gezielten Förderung der ambulanten Kapazitäten insbesondere in unterversorgten Kommunen und Regionen vorzunehmen, wie es etwa mit den Primärversorgungszentren vorgesehen war. Gleichzeitig bleibt die Notwendigkeit bestehen, eine Überwindung des dualen Versicherungssystems mit dem Ziel der Beseitigung monetärer Fehlanreize in der Finanzierung ambulanter Versorgungsstrukturen gesetzlich zu erreichen.

Nummer 8 – Änderung des § 87 – Änderungen der Vergütung ambulanter Versorgungsstrukturen; Einführung einer Versorgungspauschale für chronisch Erkrankte; Einführung einer Vorhaltevergütung

Inhalt

Die Regelung in Abs. 2b, S. 5, 6 sieht vor, seitens des Bewertungsausschusses eine einmal jährliche abrechnungsfähige Versorgungspauschale beschließen zu lassen, die für die Behandlung eines Versicherten, bei dem mindestens eine lang andauernde, lebensverändernde Erkrankung vorliegt, die einer kontinuierlichen Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel bedarf. Diese Pauschale ist je

Versicherten einmal innerhalb von vier aufeinanderfolgenden Kalendervierteljahren durch Arztpraxen abrechnungsfähig, unabhängig von Anzahl und Art weiterer Arztkontakte.

Abs. 3c sieht vor, die Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung von mengenbegrenzenden oder honorarmindernden Maßnahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und der Honorarverteilung auszunehmen.

Durch Einfügen des neuen Absatzes 2n soll eine neue Vergütung zur Vorhaltung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen beschlossen werden. Diese soll zugleich Kriterien festlegen, die Vertragsärzte für die Abrechenbarkeit der Vorhaltepauschale erfüllen müssen. Ermöglicht werden soll eine Gestaltung der Vorhaltepauschale in Abhängigkeit der Anzahl der vorliegenden Kriterien in Stufen. Als Kriterien sollen insbesondere eine bedarfsgerechte Versorgung mit Haus- und Pflegeheimbesuchen, bedarfsgerechten Praxisöffnungszeiten, der vorrangigen Versorgung der Versicherten mit Leistungen aus dem hausärztlichen Fachgebiet, eine festzulegende Mindestanzahl an zu versorgenden Versicherten sowie die regelmäßige Nutzung von Anwendungen nach § 334. Die Vorhaltepauschale soll als einmal jährlich abzurechnende Pauschale pro Versicherten gezahlt werden. Werden durch Einführung der Vorhaltepauschale Finanzmittel frei, sollen diese auf besonders förderungswürdige Leistungen im hausärztlichen Versorgungsbereich verwendet werden. Eine Evaluation dieser Vorhaltevergütung soll bis zum 31.12.2028 an das BMG übermittelt werden.

Einordnung

Die beabsichtigte Einführung einer Versorgungspauschale für chronisch Erkrankte anstelle der bisherigen Regelungen der Chronikerpauschale und der quartalsweisen Abrechnung wirft Fragen auf, die vor Verabschiedung der Regelung insbesondere hinsichtlich der Auswirkungen dieser Vergütungsreform auf GKV-Ausgaben und Honorare zu klären sind. So ist gegenwärtig noch unklar, wie etwa im Falle eines oder mehrerer versichertenseitiger Praxiswechsel, die ggf. aufgrund von Urlaubs- oder Abwesenheitszeiten von Ärzt*innen, aber auch im Rahmen des Rechtes auf freie Arztwahl zustande kommen können, eine Verrechnung oder anteilige Anrechnung der Pauschale stattfinden kann. Als Effekt zu vermeiden ist, dass Versicherte von Praxen abgelehnt werden, wenn sie als chronisch Erkrankte bereits bei einer anderen Arztpraxis in Behandlung waren oder sind und daher keine Pauschalzahlung für die jeweils in Frage kommende Praxis in Aussicht steht. Ebenso sind dahingehend sachgerechte Vorkehrungen zu treffen, dass chronisch Erkrankte, für die die Versorgungspauschale gelten soll und die zukünftig entsprechend weniger häufige Arzt-Patientenkontakte unter der Voraussetzung gleichbleibender Medikationsbedarfe eingehen sollen, keine Nachteile hinsichtlich ihres Begutachtungs- und Behandlungsbedarfs entstehen. Wird

etwa eine außerplanmäßige Veränderung einer vorhandenen Medikation während eines Abrechnungsjahres seitens des Versicherten erforderlich und ist dazu ein Arzt-Patienten-Kontakt notwendig, so darf für die betroffenen Patient*innen kein Nachteil bei einer Terminvereinbarung daraus entstehen, dass die Versorgungspauschale noch nicht ausgezahlt wurde oder in einer anderen als der die Verordnung erstmalig auslösenden Praxis geltend gemacht werden soll.

Davon unberührt erscheint die Intention des Referentenentwurfs sinnvoll und sachgerecht, häufige und medizinisch nicht immer notwendige Arzt-Patienten-Kontakte bei chronisch Erkrankten zu reduzieren, sofern es sich beim Anlass dieser Kontakte um die Ausstellung von kontinuierlicher Arzneimittelverordnungen mit einem bestimmten Präparat handelt. Dass chronisch Erkrankte nach der Erstabgabe eines Medikamentes eine sich mehrfach wiederholende Abgabe in Anspruch nehmen können, ohne dazu einen Behandlungstermin vereinbaren zu müssen, kann zu ambulanten Kapazitätsentlastungen führen und ist insofern sinnvoll. Die Einführung der Versorgungspauschale wird dieser Zielsetzung gerecht und zielt auf die Reduktionen von Fehlanreizen im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen. Insofern ist die Regelung zu begrüßen.

Die vorgesehene Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen wird aller Voraussicht nach erhebliche finanzielle Mehrbelastungen für die GKV im dreistelligen Millionenbereich mit sich bringen, während positive Auswirkungen für die Versorgungsqualität der gesetzlich Versicherten nicht als gesichert betrachtet werden können. Bereits die extrabudgetäre Vergütung zusätzlicher hausärztlicher Sprechstunden im Rahmen der Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG), die mittlerweile wieder abgeschafft wurde, hatte erhebliche Mehrkosten für die gesetzlichen Krankenkassen hervorgerufen, ohne nachweisbar positive Effekte auf die Qualität ambulanter Versorgungsangebote zu haben. Insofern bezweifelt ver.di, dass allein durch finanzielle Anreize eine bessere Versorgung von Patient*innen erreicht werden kann. Vorrangig sollten stattdessen zielgerichtete Maßnahmen zur Einrichtung und Besetzung von ambulanten Behandlungskapazitäten, insbesondere in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen und Stadtteilen, verfolgt werden. Das Instrument der Primärversorgungszentren, das aus dem Referentenentwurf aufgrund fehlender Finanzierungszusagen seitens des BMF herausgenommen wurde, hätte hierzu einen sinnvollen Ansatz geboten. Gleichzeitig fordert ver.di dass qualitätssichernde Maßnahmen, die ein flächendeckendes Monitoring ambulanter Versorgungsqualität sowie der uneingeschränkten Zugänglichkeit zu dieser Versorgungsebene durch die Versicherten beinhalten, gestärkt und ausgebaut werden. Dort, wo insbesondere gesetzlich Versicherte eine nachweislich schlechte ambulante Versorgungsqualität in Kauf nehmen müssen, muss die Möglichkeit bestehen, ein auf Qualitätsindikatoren basierendes Sanktionsregime umzusetzen mit dem Ziel, eine flächendeckende und wohnortnahe ambulante Versorgung aller Bürger*innen zu erreichen.

Die Einführung einer Vorhaltepauschale für ambulante Leistungen kann aus Sicht von ver.di ein geeignetes Instrument darstellen, um in unterversorgten oder strukturschwachen Regionen und Stadtteilen vorhandene Versorgungsstrukturen vom ökonomischen Druck zu entlasten und die Ansiedelung neuer Versorgungsstrukturen zu erleichtern. Vorhaltepauschalen müssen allerdings zweckgebunden eingesetzt werden, etwa zur Aufwertung der Beschäftigungsbedingungen in den jeweiligen Einrichtungen sowie zur besseren Versorgung, und vor diesem Hintergrund als Instrument regelmäßig evaluiert werden. Das Vorsehen von Strukturkriterien wie etwa einer Mindestanzahl an Versicherten je Quartal, Erbringung von Hausbesuchen oder Pflegeheimbesuchen sowie Sprechstunden außerhalb der regulären Öffnungszeiten sind geeignete Möglichkeiten, um die Umsetzung dieses Finanzierungsmodells an bedarfsgerechten Indikatoren zu orientieren. Gleichzeitig kann es erforderlich sein, Vorhaltebudgets auch für Versorgungsstrukturen vorzusehen, die besonderen Versorgungsbedarfen, etwa in dünn besiedelten Regionen, unterliegen, aber von den genannten Strukturvoraussetzungen abweichen. Daher sollte eine begründete Ausnahmemöglichkeit vorgesehen werden, mit der Zulassungsausschüsse oder Landesbehörden Vorhaltepauschalen auch dann ermöglichen, wenn dies für die bedarfsgerechte ambulante Versorgung erforderlich ist, jedoch nicht alle Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.

Nummer 12 – Weiterentwicklung des Gemeinsamen Bundesausschusses

Inhalt

Künftig sollen die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen und die Verbände der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene in den Verfahren des G-BA beteiligt werden.

Vor Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses über zugehörige Richtlinien ist zudem den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme für Entscheidungen zur Psychotherapie-Richtlinie, zur Richtlinie über berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte, zur Richtlinie für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID, zur Heilmittel-Richtlinie, zur Rehabilitationsrichtlinie, zur Kinder-Richtlinie, Jugendgesundheitsuntersuchung, Gesundheitsuntersuchung, Krebsfrüherkennung, zur außerklinischen Intensivpflege-Richtlinie und zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgungsrichtlinie einzuräumen. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

Bei Richtlinienbeschlüssen, sofern sie die Berufsausübung der Pflegeberufe berühren, erhalten die Berufsorganisationen der Pflegeberufe ein Antrags- und Mitberatungsrecht. Es wird von bis zu zwei Vertretern der Berufsorganisationen der Pflegeberufe ausgeübt

Einordnung

Die durch den Referentenentwurf vorgesehene Möglichkeit, Stellungnahmen wissenschaftlicher Fachgesellschaften zu relevanten Richtlinien in den Entscheidungsprozess zur Richtlinie mit einzubeziehen, ist aus Sicht von ver.di sachgerecht. Die Sicherstellung der Einhaltung des Kriteriums eines nicht vorliegenden wirtschaftlichen Interesses für die Abgabe von Stellungnahmen ist in diesem Zusammenhang zu wahren.

Grundsätzlich ist dem Ziel, Pflegeberufen im Gemeinsamen Bundesausschuss eine möglichst effektive Ebene für das Einbringen ihrer Expertise zu gewähren, sinnvoll. Aus Sicht von ver.di ist auch mit Blick auf die Zusammensetzung, Handlungs- und Entscheidungsfindungsfähigkeit des G-BA vorrangig zu prüfen, inwiefern die Mitwirkung des Deutschen Pflegerats (DPR) als Dachorganisation der Pflegeverbände an geeigneter Stelle gestärkt werden kann.

Nummer 13 – Erleichterte Zulassungsbedingungen für kommunale Kommunale Medizinische Versorgungszentren

Inhalt

Angestrebt wird, die Gründung kommunaler MVZ zu erleichtern, indem die hierfür vorgesehene gesetzlich vorgesehene Sicherheitsleistung in ihrer Höhe begrenzt wird. Als Sicherheitsleistung soll künftig auch die Abgabe einer der Höhe nach begrenzten, selbstschuldnerischen Bürgschaft genügen, wie dies bereits bei alternativen Sicherheitsleistungen nach §232 BGB der Fall ist.

Die konkrete Höhe der zu übernehmenden Bürgschaft soll an den Umständen des Einzelfalls beziehungsweise am jeweiligen Sicherungsbedürfnis der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen bemessen werden, wobei etwa die Anzahl der Arztstellen, die vorliegenden Facharztausrichtungen und die durchschnittlichen Regressbeträge der vertretenen Fachgruppen, der Honorarumsatz des MVZ sowie der Umsatz an verordneten Arznei- und Heilmitteln berücksichtigt werden. Diese Regelung soll auch für die Sicherheitsleistungen der Gesellschafter nichtkommunaler MVZ in der Rechtsform einer GmbH gelten.

Daneben sollen GKV-Spitzenverband und Kassenärztliche Vereinigungen differenzierte Rahmenvorgaben zur Festlegung der Höhe der zu erbringenden Sicherheitsleistungen einschließlich der Gesellschafterbürgschaften treffen, um ungleiche Zulassungsvoraussetzungen in der Zulassungspraxis zu vermeiden. An diesen Voraussetzungen sollen sich die Zulassungsausschüsse künftig orientieren und ein angemessenes Verhältnis der Sicherheitsleistungen zum Sicherungsinteresse hergestellt werden.

Einordnung

ver.di begrüßt grundsätzlich das Ziel, die Gründung insbesondere kommunaler MVZ zu erleichtern. Die Beschränkung der Höhe der erforderlichen Sicherheitsleistungen sowie die Zulassung selbstschuldnerischer Bürgschaften erscheinen hierfür sachgerechte Lösungen zu sein. Gewahrt werden muss künftig ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen der erforderlichen Höhe der Sicherheitsleistung bzw. Bürgschaften und dem Sicherheitsinteresse.

ver.di kritisiert deutlich, dass durch den Entwurf keinerlei Regelungen zur Regulierung investorengetragener Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) enthalten sind. Die Ankündigung einer entsprechenden Regulierung und die zwischenzeitlich bekannt gewordenen Eckpunkte für ein entsprechendes Vorhaben haben zum ersten mal realistisch in Aussicht gestellt, bestehende Unwuchten und Fehlentwicklungen, die durch den einseitig auf Renditemaximierung orientierten Einstieg institutioneller Investoren in die Betreiberstrukturen von MVZ entstanden sind, zu begrenzen. Dass dieses Ziel nun offenbar aufgegeben wurde, ist nicht nachvollziehbar und nicht zu vertreten. Eine auf dem Prinzip der Gemeinwohlorientierung orientierte und am Versorgungsbedarf ausgerichtete ambulante Versorgung durch MVZ kann nur realisiert werden, indem die zur Zeit gegebene Entwicklung eines flächendeckenden Einstiegs renditeorientierter Investoren in MVZ begrenzt und gesetzlich reguliert wird. ver.di fordert den Gesetzgeber auf, diesen Regelungsgegenstand in den vorliegenden Referentenentwurf aufzunehmen und wirksame Vorschläge für eine Begrenzung des Engagements institutioneller Investoren im Kontext der Gründung und des Betriebs von MVZ zu ergreifen.

Nummer 14 – Erweiterung der Beteiligungsmöglichkeiten der Landesbehörden

Inhalt

Die obersten Landesbehörden haben nach §96a in zulassungsrechtlichen Verfahren, die die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung betreffen, gegenwärtig ein Mitberatungsrecht. Dieses umfasst das Recht auf frühzeitige Information über Verfahrensgegenstände, das Recht zur Teilnahme an den Sitzungen der Zulassungsausschüsse einschließlich des Rechts zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung sowie das Recht zur Stellung verfahrensleitender Anträge. Diese Rechte sollen um ein Mitentscheidungsrecht erweitert werden, um ihre versorgungsrelevanten Erkenntnisse in der Arbeit der Zulassungsausschüsse einzubringen und beispielsweise zum Abbau von Überversorgung beizutragen. Die zu treffenden Entscheidungen der Zulassungsausschüsse sollen im Einvernehmen mit den involvierten obersten Landesbehörden getroffen werden. Das Einvernehmenserfordernis soll auf zulassungsrechtliche Verfahren mit besonderer Versorgungsrelevanz beschränkt werden, wodurch Verfahren zur Entscheidung über Sonderbedarfszulassungen und Ermächtigungen, Nachbesetzungsverfahren, zusätzliche Arztstellen auf Antrag der Landesbehörde sowie zur Befristung

von Zulassungen und zur Verlegung von Arztsitzen oder Anstellungsgenehmigungen betroffenen wären.

Einordnung

Die vorgesehene Regelung wird von ver.di grundsätzlich begrüßt, da so gezielt im Rahmen der Tätigkeit der Zulassungsausschüsse seitens der obersten Landesbehörde auf die ambulante Versorgungssteuerung Einfluss genommen werden kann. Den genannten Fokus auf einen Abbau von Überkapazitäten erachtet ver.di als zu einseitig. Ausschlaggebend muss das Ziel der Realisierung einer bedarfsgerechten ambulanten Versorgung sein, wozu auch die Beseitigung von Unter- und Fehlversorgungen gehören. Hierzu ist den Landesbehörden ein Vorschlagsrecht zur Vergabe von Arztsitzen einzuräumen, um stärker als bisher das Primat bedarfsgerechter Versorgungsgestaltung in den Mittelpunkt zu rücken. Kassenärztliche Vereinigungen sollten bei einer durch die oberste Landesbehörde vorgeschlagenen Arztsitzvergabe ein Mitberatungsrecht erhalten, während das Letztentscheidungsrecht in strittigen Fällen an die vorschlagende oberste Landesbehörde übergeht.

Nummer 15 – Bildung einer neuen bedarfsplanungsrechtlichen Arztgruppe

Inhalt

Geregelt werden soll die Bildung einer neuen bedarfsplanungsrechtlichen Arztgruppe, die psychotherapeutisch tätige Ärzt*innen sowie Psychotherapeut*innen, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, umfasst. Künftig soll somit eine zielgenauere Steuerung der Niederlassungsmöglichkeiten der Arztgruppe möglich sein, um den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung für Kinder und Jugendliche flächendeckend zu verbessern. Der ausschlaggebende, bedarfsgerechte Versorgungsgrad der neuen Arztgruppe ist erstmals zum Stand vom 31.12.2023 zu ermitteln. Der G-BA soll die Verhältniszahlen für die neue Arztgruppe innerhalb von sechs Monaten nach Gesetzesverkündung beschließen und dabei definieren, inwieweit die Verhältniszahlen mit dem Ziel einer wohnortnahen psychotherapeutischen Versorgung anzupassen sind.

Einordnung

ver.di begrüßt die vorliegende Regelung und die auf eine bessere psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen ausgerichtete Zielsetzung des Entwurfs. Die im Rahmen der Regelung vorgesehene Beauftragung des G-BA, die zu ermittelnden Verhältniszahlen unter Berücksichtigung einer wohnortnahen psychotherapeutischen Versorgung festzulegen, ist sachgerecht.

Nummer 16 – Finanzierung von Förderungsmaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung

Inhalt

Klargestellt werden soll, dass Mittel des Strukturfonds für Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung auch dann verwendet werden können, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine drohende oder eingetretene Unterversorgung oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf nicht festgestellt hat. Hierdurch sollen präventive finanzielle Förderungen ermöglicht werden, um das Eintreten von Versorgungsdefiziten zu vermeiden. Zudem soll die festgestellte Praxis, dass Kassenärztliche Vereinigungen die Gewährung von Strukturfondsmitteln teilweise von einer Unterversorgung abhängig machen, künftig durch einheitliche Richtlinien zur Strukturfondsmittelvergabe vermieden und geregelt werden.

Einordnung

ver.di begrüßt die Intention, die Vergabe von Strukturfondsmitteln zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung von der Feststellung einer drohenden oder eingetretenen Unterversorgung zu entkoppeln. Die gezielte Verhinderung von Unterversorgung wird so ermöglicht, was insbesondere im Zusammenhang mit der im Referentenentwurf vorgesehenen Möglichkeit, die Gründung kommunaler MVZ zu erleichtern, eine sinnvolle und sachgerechte Ergänzung bestehender Regelungen darstellt.

Nummer 17 – Einführung einer Bagatellgrenze bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Inhalt

Künftig sollen die Rahmenvorgaben für Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlich verordneter Leistungen verpflichtend die Aufnahme einer Geringfügigkeitsgrenze in Höhe von 300 Euro in den Prüfvereinbarungen enthalten. Bis zur Höhe der Erreichung dieser Grenze sollen keine Wirtschaftlichkeitsprüfungen beantragt werden können.

Einordnung

Unter der Zielsetzung einer Entbürokratisierung erscheint es sinnvoll zu prüfen, inwiefern der finanzielle Aufwand für die Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen und die Einführung einer möglichen Bagatellgrenze in Relation stehen. Sind Einsparungen und bürokratieentlastende Effekte für die GKV zu erwarten, wäre die Einführung einer entsprechenden Grenze sachgerecht. ver.di fordert, dass der GKV in jedem Fall ein Einzelfallprüfungsrecht sowie das Recht zur Durchführung anlassbezogener Stichproben belassen bleibt, um etwa in Fällen, in denen die Bagatellgrenze an einem bestimmten Arztsitz wiederholt erreicht oder beinahe erreicht wird, eine strukturelle Ausnutzung dieser Regelung ermitteln und verhindern zu können.

Nummer 23 – Bekämpfung von Fehlverhalten

Inhalt

Künftig sollen bei den Landesverbänden der Krankenkassen durchgängig Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen eingerichtet werden. Da dies bisher nicht bei allen Landesverbänden realisiert wurde, soll die Einrichtung dieser Stellen verpflichtend vorgeschrieben werden. Dazu soll zwischen den Krankenkassen und ihren Landesverbänden eine Vereinbarungen über die Aufgabenverteilung bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen getroffen werden, die festlegt, welche Aufgaben der Landesverband im Interesse einer effektiven Fehlverhaltensbekämpfung insbesondere zur Unterstützung kleiner Krankenkassen übernimmt. Hierfür kommen unter anderem Datenauswertungen oder die Verfolgung von Regressansprüchen in Betracht. Künftig sollen auch Gesundheitsämter, Heimaufsichten und nach Landesrecht zuständige Gesundheitsbehörden in die organisationsübergreifende Zusammenarbeit bei der Fehlverhaltensbekämpfung einbezogen werden. Der GKV Spitzenverband soll unter Einbeziehung eines externen Gutachtens ein Konzept zum Aufbau einer zentralen Datenbank als Betrugspräventionsdatenbank vorstellen, um Hinweise über Sachverhalte und Auffälligkeiten zu geben, die auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen hindeuten.

Einordnung

ver.di begrüßt die vorgesehene Regelung zur Stärkung der Vermeidung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. Datenschutzrechtliche Standards sind beim Aufbau von Datenbanken und dem Austausch der ausschlaggebenden Datensätze in jedem Fall zu wahren. Die Entfernung eines Versichertenbezugs beim Speichern oder Zusammenführen von Daten muss zu diesem Zweck obligatorisch sein. Das Ziel, kriminelles Fehlverhalten künftig kassenartenübergreifend effektiver zu bekämpfen und systemische Missbräuche, wie sie etwa im Zuge gefälschter Abrechnungen von Corona-Testungen in Testzentren nachträglich festgestellt wurden, künftig besser zu verfolgen und zu verhindern, wird von ver.di begrüßt und unterstützt.

Nummer 24 – Transparenz und Vergleichbarkeit der gesetzlichen Kassen

Inhalt

Der GKV SV soll verpflichtet werden, dem BMG innerhalb von sechs Monaten eine Richtlinie vorzulegen. Die Richtlinie soll GKV-weit geltende Vorgaben für eine einheitliche Erhebung und Veröffentlichung relevanter Kennzahlen zur Leistungstransparenz und zur Servicequalität der einzelnen Krankenkassen festlegen. Ziel ist die Förderung von Transparenz hinsichtlich der Erfüllung der Aufgabe der Krankenkassen, ihre Versicherten im Krankheitsfall durch Aufklärung, Beratung und

Leistung zu unterstützen. Zu den Kernaufgaben, zu denen Transparenz hergestellt werden soll, gehören verbindliche Vorgaben für die Erfassung, Bewilligung oder Ablehnung von Leistungsanträgen, Vorgaben für die durchschnittliche Bearbeitungsdauer von Leistungsanträgen, Vorgaben für die Erfassung der Anzahl der Widersprüche der Versicherten und der Bescheidung der Widersprüche, Vorgaben für die Erfassung der durchschnittlichen Bearbeitungsdauer der Widersprüche, Vorgaben für die Anzahl der Klagen den Ausgang von Klageverfahren sowie Vorgaben zu relevanten Kennzahlen zur Qualität von Beratungs- und Unterstützungsangeboten von Krankenkassen.

Einordnung

ver.di begrüßt im Grundsatz das Ansinnen, mehr Transparenz über Qualität der Versorgung der Versicherten der GKV und hierfür relevante Indikatoren herzustellen. Allerdings sind von den vorgeschlagenen Kriterien nicht alle sachgerecht und somit nicht dienlich für das Treffen von Aussagen zur Leistungsqualität der Krankenkassen. Etwa geben die Anzahl eingelegter Widersprüche durch Versicherte und die Art der Bescheidung der Widersprüche keine Informationen darüber, ob der dem Widerspruch zugrunde liegende Tatbestand aussagekräftig für die Leistungsqualität und Aussagenerfüllung durch die jeweilige Krankenkasse ist. Vielmehr dürfte die Zusammensetzung des jeweiligen Versichertenstammes der Kasse und die daraus abzuleitenden spezifischen, demografisch oder sozioökonomisch bedingten Versichertenbedarfe für Anzahl und Art von Widersprüchen ein wesentlicher Faktor sein. Ob auf diese Bedarfe seitens der Kasse wohlwollend oder ablehnend reagiert wird und wie hoch die Gesamtzahl eingehender Widersprüche ist, kann jedoch nicht per se als qualitätsrelevanter Indikator betrachtet werden. ver.di fordert den Gesetzgeber auf, die Auswahl von geeigneten, also aussagekräftigen, praktikablen und verfügbaren Daten, anhand eines Vorschlags zu treffen, der durch den GKV SV im Rahmen der vorzulegenden Richtlinie zu erbringen ist.