

**Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes  
zur Anhörung des Gesundheitsausschusses  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der  
Gesundheitsversorgung in der Kommune  
(Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz –  
GVSG)**

**Bundestags-Drucksache 20/11853**

**Stand: 18.10.2024**

**AOK-Bundesverband  
Die Gesundheitskasse.**

Inhalt

<b>I. Vorbemerkung</b> .....	<b>5</b>
<b>II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Gesetzentwurfes</b> .....	<b>12</b>
<b>Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch</b> .....	<b>12</b>
Nr. 1 § 10 Familienversicherung.....	12
Nr. 2 § 28 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung.....	13
Nr. 3 § 33 Hilfsmittel.....	14
Nr. 4 § 34 Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel .....	15
Nr. 6 § 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte.....	16
Nr. 7 § 87a Regionale Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten .....	22
Nr. 8 § 87b Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung).....	29
Nr. 9 § 91 Gemeinsamer Bundesausschuss.....	30
Nr. 10 § 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses.....	31
Nr. 11 § 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung .....	33
Nr. 12 § 101 Überversorgung.....	36
Nr. 13 § 105 Förderung der vertragsärztlichen Versorgung .....	37
Nr. 14 § 106b Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen.....	38
Nr. 15 § 116b Ambulante spezialfachärztliche Versorgung.....	39
Nr. 16 § 117 Hochschulambulanzen .....	40
Nr. 17 § 119c Medizinische Behandlungszentren .....	41
Nr. 18 § 120 Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen .....	42
Nr. 19 § 136 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung.....	43
Nr. 20 § 136b Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus .....	44
Nr. 21 § 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten.....	45
Nr. 22 § 140f Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten.....	47

Nr. 23 § 197a Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen .....	48
Nr. 24 § 217f Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie Artikel 2 Nr. 3 § 53 SGB XI als Folgeänderung .....	52
Nr. 25 § 226 Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtig Beschäftigter .....	57
Nr. 1 § 25 Familienversicherung.....	58
Nr. 2 § 47a Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen..	59
Nr. 3 § 53 Aufgaben auf Bundesebene.....	60
Nr. 4 § 57 Beitragspflichtige Einnahmen .....	61
<b>Artikel 5 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.....</b>	<b>62</b>
§ 26 Zusatzentgelt für Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 im Krankenhaus.....	62
<b>Artikel 6 Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte .....</b>	<b>63</b>
§ 31 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte.....	63
<b>III. Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes .....</b>	<b>64</b>
<b>Regelungsvorschlag zur Weiterentwicklung der rechtlichen Rahmenbedingungen der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V ....</b>	<b>64</b>
<b>Regelungsvorschlag für „Primärversorgungszentren“ als wesentlicher Baustein für eine patientenzentrierte Versorgung .....</b>	<b>78</b>
<b>Regelungsvorschlag für eine „Regionale sektorenunabhängige Versorgung“ (RegioSV) zur Gestaltung von Gesundheitsregionen .....</b>	<b>88</b>
<b>Scharfschaltung der Bedarfsplanung für die zahnärztliche Versorgung.....</b>	<b>99</b>
<b>Beauftragung eines Gutachtens für die Berücksichtigung soziodemographischer Merkmale im Risikostrukturausgleich .....</b>	<b>100</b>
<b>§ 266 SGB V Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich), Verordnungsermächtigung.....</b>	<b>101</b>
<b>§ 267 SGB V Datenverarbeitung für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs.....</b>	<b>103</b>
<b>§ 7 RSAV Verarbeitung von Daten für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs.....</b>	<b>104</b>

**Verpflichtung zur Vereinbarung mengensteuernder Elemente in den  
Vergütungsvereinbarungen von humanmedizinischen Hochschulambulanzen 105**

**Bereitstellung von Stammdaten der ärztlichen Leistungserbringer zur  
Information der Versicherten - § 305 Abs. 3 SGB V Auskünfte an Versicherte....106**

## I. Vorbemerkung

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

Der Gesetzentwurf für ein Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune – Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) – spricht im Gesetzstitel eine maßgebliche Problemstellung unseres Gesundheitssystems an. Eine der vordringlichen Herausforderungen, die zwingend angepackt und gelöst werden müssen, ist die Verbesserung der Versorgung von Menschen in ländlichen und strukturschwachen Regionen, wobei insbesondere die Bedürfnisse vulnerabler Gruppen aufgegriffen werden sollten. Dieses Ziel hat der nunmehr vorliegende Gesetzentwurf jedoch vollständig aus den Augen verloren. Es finden sich im Entwurf keine nennenswerten strukturellen Versorgungsansätze mehr, die eine Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune bewirken können. Der Gesetzentwurf ist versorgungsinhaltlich entkernt worden und verdient seinen Titel nicht mehr.

Positiv hervorzuheben sind die vorgesehenen Regelungen zur Transparenz und Servicequalität der Krankenkassen. Hier werden die von den AOKs bereits auf freiwilliger Basis vorgelegten Transparenzberichte weitgehend aufgegriffen. Die AOK begrüßt deshalb das Vorhaben, eine zentrale Vergleichsplattform einzurichten.

### *Reform der hausärztlichen Vergütung – strukturkonservativ, ohne Perspektive für eine bessere Patientenversorgung und teuer*

Die Vorgaben zur Steigerung der hausärztlichen Vergütung können nur als fragwürdig und unausgegoren bezeichnet werden. Sie führen nicht zu einer Verbesserung der Versorgung, sondern verschärfen die ohnehin kritische Finanzsituation der GKV weiter. Fragwürdig sind sie auch deshalb, weil alle Maßnahmen ausschließlich aus der Arztperspektive formuliert wurden, ohne andere Perspektiven zu berücksichtigen. Dies gilt auch für den geplanten Wegfall von Instrumenten zur Wahrung der Wirtschaftlichkeit. Auf diese Weise fließen große finanzielle Mittel einfach weiter in bestehende und reformbedürftige Strukturen, ohne deren Weiterentwicklung zu fördern.

### *Entbudgetierung*

Die vorgesehene Entbudgetierung hat keinen Effekt auf die Verbesserung der Versorgung, sondern honoriert nur bestehende hausärztliche Leistungen besser. Es ist mit GKV-weiten Mehrausgaben von 300 Mio. Euro zu rechnen, die zusätzlich von den Beitragszahlenden finanziert werden müssen.

Darin sind die daraus folgenden Anreize zur Mengenausweitung noch nicht einmal berücksichtigt, so dass mit noch höheren Mehrausgaben zu rechnen ist. Die Erfahrung bei den Kinder- und Jugendmedizinerinnen und -medizinern hat gezeigt, dass erhebliche Ausgabensteigerungen durch eine Mengenausweitung drohen. Darüber hinaus werden keine relevanten Anreize für hausärztliche Tätigkeiten in unterversorgten Gebieten, insbesondere in ländlichen Regionen, gesetzt. Stattdessen profitieren gut versorgte Ballungsräume wie Hamburg und Berlin. Diese werden dadurch noch attraktiver, wodurch es sogar zu einer weiteren Verschlechterung der Versorgung in ländlichen Regionen kommen kann.

Für eine Verbesserung der Versorgung, die bei den Menschen ankommt, sind substanzielle Versorgungsreformen anzugehen. So muss ein verbindlicher hausärztlicher Versorgungsauftrag definiert und eingefordert werden. Dieser ist dann Grundlage für die Entscheidung über ein allgemeines Primärversorgungssystem, für die daraus abzuleitenden Anforderungen an die Versorgungsstrukturen und die passenden Vergütungselemente.

#### *Versorgungs- und Vorhaltepauschalen*

Zur Entlastung der Hausarztpraxen von „nicht notwendigen Arzt-Patienten-Kontakten“ soll eine quartalsübergreifende Versorgungspauschale eingeführt werden. Ein solches Vergütungsinstrument ist eigentlich vor allem für Primärarztssysteme mit Gatekeeping-Elementen und Patienteneinschreibung geeignet. Sollte damit ein Einstieg – quasi „durch die Hintertür“ - in ein Primärversorgungssystem mit Gatekeeping intendiert sein, ist dies aus Sicht der AOK-Gemeinschaft nicht der richtige Weg. Für ein Primärversorgungssystem braucht es verlässliche Strukturen und ein für die Patientinnen und Patienten erkennbares umfassendes Angebot, dem die Vergütung dann folgen muss. Sofern nicht gleichzeitig ein verlässliches Versorgungsangebot der Hausärzte bestimmt wird (Konkretisierung des hausärztlichen Versorgungsauftrags), das auch für die Patientinnen und Patienten wahrnehmbar ist und dazu beiträgt, dass diese angemessen versorgt werden, wird eine Versorgungspauschale in Bezug auf die Zugänglichkeit der Versorgung insbesondere für chronisch Kranke eher zu Verwerfungen und Mehrkosten führen, die bestehende Probleme aber nicht löst.

Ziel der Neuregelungen soll die Entlastung der Hausarztpraxen von „nicht notwendigen Arzt-Patienten-Kontakten“ sein. Unklar bleibt jedoch, welche Kontakte unnötig sind und welche nicht. Bei Versicherten mit chronischen Erkrankungen ist eine regelmäßige Wiedervorstellung in der Hausarztpraxis weiterhin angezeigt, weil sie einer dauerhaften medizinischen Behandlung und Kontrolle bedürfen. Es

ist unklar, wie eine nun vorgesehene Eingrenzung auf Patientinnen und Patienten ohne intensiven Betreuungsaufwand erreicht werden kann.

Mit der vorgesehenen Versorgungspauschale werden aber starke Anreize geschaffen, gerade diese Patientinnen und Patienten weniger zu sehen und zu behandeln. Auch gibt es erhebliche Zweifel an der Praxistauglichkeit einer Versorgungspauschale, da eine große Anzahl der betreffenden Patientinnen und Patienten in der Regel mehr als einen Hausarzt aufsucht. Ohne ein klar an diese Versicherten gerichtetes Versorgungsangebot wird es kaum gelingen, dieses Inanspruchnahmeverhalten zu verändern.

Insbesondere in Kombination mit der vorgesehenen Entbudgetierung können die durch die Pauschalen induzierten Leistungsreduktionen jederzeit durch Leistungsausweitungen im Rahmen einer individuellen praxisbezogenen Optimierung kompensiert werden. Im Klartext: Chronisch Kranke müssen Platz machen für eher beliebige Praxisangebote. Die breit gesteckten Zulassungsregelungen räumen den Praxen hier einen großen Spielraum der Leistungsgestaltung ein, der nicht notwendigerweise mit dem tatsächlichen regionalen Versorgungsbedarf im Einklang steht. Daher ist davon auszugehen, dass diese Regelung die Versorgung noch komplexer macht, ohne dass dies zu einem besseren Versorgungsangebot führt.

Das Fehlen eines definierten hausärztlichen Versorgungsauftrages zeigt sich auch in der zusätzlich vorgesehenen Vorhaltepauschale. Aufgaben, die Kern der hausärztlichen Tätigkeit sind, werden hier als Sonderleistungen betrachtet, die zusätzlich durch den EBM vergütet werden sollen.

Positiv ist zu werten, dass der Normgeber sowohl bei der Versorgungs- als auch bei der Vorhaltepauschale nun vorgegeben hat, die Regelungen so auszugestalten, dass es weder zur Mehr- noch zu Minderausgaben für die GKV kommt.

Zudem droht durch die Einführung der gegenüber dem Referentenentwurf veränderten Versorgungspauschale auch weiterhin eine Verschlechterung der Zielgenauigkeit des Risikostrukturausgleichs (RSA) zu Lasten von Krankenkassen mit einem hohen Anteil chronisch kranker Versicherter. Der Gesetzentwurf ignoriert weiterhin vollständig diese Problematik. Und dies nun vor dem Hintergrund der Entscheidungen des Bewertungsausschusses, der den Auftrag zur Ausgestaltung der Versorgungspauschale erhalten soll. Mit der Regelung wird die RSA-Diskussion in den Bewertungsausschuss verlagert. Der Normgeber nimmt daher in einer höchst angespannten Finanzsituation der GKV in Kauf, dass einzelne Kassen zusätzlichen unkalkulierbaren Risiken ausgesetzt werden.

Die Reduzierung von hausärztlichen Kontakten von chronisch erkrankten Versicherten reduziert zwangsläufig die für den RSA essenziellen Aufgreifkriterien für

morbiditätsbezogene Zuweisungen (HMGs), für die in der Regel das Vorliegen von Diagnosen in mindestens zwei Quartalen die Voraussetzung ist (M2Q-Prüfung). Und dies für eine Versichertengruppe, die für einen zielkonformen RSA von herausragender Bedeutung ist. Die Verwerfungen gehen zulasten von solchen Krankenkassen mit einem überdurchschnittlichen Anteil an chronisch erkrankten Versicherten in der hausärztlichen Versorgung und zugunsten von Krankenkassen mit überdurchschnittlich gesunder Klientel, was der Zielsetzung des RSA grundsätzlich zuwiderläuft.

Sollte daher in Zukunft tatsächlich auf den Quartalsbezug verzichtet werden, bedarf es **zwingend begleitend** einer Regelung zur Ergänzung des RSA-Datensatzes, um das RSA-Klassifikationsmodell an die veränderten Datengrundlagen für die Erfassung der Morbidität anpassen zu können. Nur so können unerwünschte Verwerfungen im Finanzausgleich der Kassen vermieden werden. Im Zuge dieser notwendigen Datenergänzung sollte auch die Übermittlung der zusätzlichen Informationen für die Untersuchung versichertenbezogener Risikomerkmale für vulnerable Gruppen im Risikostrukturausgleich geregelt werden, wie sie entsprechend der Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) vom 12. und 13. Juni 2024 als zusätzlicher Änderungsbedarf in Kapitel III formuliert ist.

#### *Unklarer Stellenwert der HzV*

Unbestimmt bleibt, welchen Stellenwert der Gesetzgeber dem Sonderkonstrukt der verpflichtenden Vertragsgestaltung nach § 73b SGB V noch beimisst. Die Neuregelungen zur Vergütung der hausärztlichen Regelversorgung führen zu Doppelfinanzierungen. Sie stellen die Wirtschaftlichkeit und die Tragfähigkeit der Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) weiter in Frage. Daher ist es vom Grundsatz her erforderlich, die gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Hausarztzentrierten Versorgung anzupassen. Vor diesem Hintergrund fordert die AOK eine umfassende Anpassung des § 73b SGB V und präsentiert einen überarbeiteten Regelungsvorschlag unter Abschnitt III. Dabei ist ein zentrales Element - im Vergleich zum Status quo - die Abkehr vom Kontrahierungszwang. HzV-Verträge sollten als Selektivregelung freiwillig und auf Augenhöhe geschlossen werden.

Kritisch ist auch, dass im Rahmen des Gesetzentwurfs der Abbau von Instrumenten zur Wahrung der Wirtschaftlichkeit unter dem Label der „Entbürokratisierung“ in der Versorgung weiter fortgesetzt wird. Dies erscheint auch insoweit widersprüchlich, weil gleichzeitig der Kampf gegen Fehlverhalten, z. B. in Form von Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen, gefördert werden soll. Gerade durch Wirtschaftlichkeitsprüfungen kann solches Fehlverhalten aufgedeckt werden. Folglich



sollte auf den Abbau dieser Maßnahmen verzichtet werden. Damit würde ein Beitrag zur finanziellen Stabilisierung der GKV-Finzen geleistet werden.

### *Reform der psychotherapeutischen Versorgung*

Mit den neu hinzugekommenen Gesetzesänderungen in Bezug auf die psychotherapeutische Versorgung werden zwar wesentliche Probleme adressiert, jedoch die falschen Lösungsansätze gewählt. So wird beispielsweise nicht der Zugang zur Psychotherapie insgesamt strukturell verbessert, sondern für eine ausgewählte Patientengruppe ein neuer Ermächtigungstatbestand geschaffen, der die Versorgungslandschaft weiter zerfasert.

### *Zukunftsfähige Versorgungsangebote auf den Weg bringen*

Anstatt die bestehenden Probleme nur über zusätzliche finanzielle Mittel anzugehen, sollte entsprechend der Ursachen strukturell nachgebessert werden. Es ist bedauerlich, dass der Weiterentwicklung der hausärztlichen Versorgungsstrukturen keinerlei Bedeutung beigemessen wird. Die zunächst vorgesehenen Primärversorgungszentren wären durchaus geeignet, die Leistungsfähigkeit der hausärztlichen Versorgung zu steigern, sowohl durch die Etablierung von interprofessioneller Zusammenarbeit als auch durch bessere zeitliche Erreichbarkeit in größeren Einheiten. Darüber hinaus können in diesen Zentren auch die Präferenzen jüngerer Medizinerinnen und Mediziner besser abgebildet werden. Die bisher vorgesehene Ausgestaltung der Primärversorgungszentren war allerdings zu restriktiv formuliert. Die AOK hat auf Basis des originären Vorschlages einen eigenen Vorschlag erarbeitet und dieser Stellungnahme in Abschnitt III angefügt.

### *AOK fordert Generalklausel für innovative Versorgungsstrukturen – Vorschlag für eine Rechtsgrundlage für eine „Regionale sektorenunabhängige Versorgung“*

Die Koalition hatte sich für diese Legislaturperiode vorgenommen, die Versorgungsangebote wohnortnah, sektorenübergreifend und multiprofessionell weiterzuentwickeln. Insbesondere nach der „Entkernung“ um die versorgungsinhaltlichen Elemente, wie Gesundheitskioske oder Gesundheitsregionen, kann der Gesetzentwurf sein versorgungspolitisches Ansinnen jedoch nicht erreichen. Es besteht deutlicher Nachbesserungsbedarf.

Dieser besteht aus Sicht der AOK darin, insgesamt eine universellere, flexiblere und stärker an den regionalen Bedarfen und realen Gegebenheiten ausgerichtete Handlungsmöglichkeit für die Akteure vor Ort zu schaffen. Bundesweite, zum Teil überregulierte "Blaupausen", die im SGB V als neue Versorgungsformen verankert

werden, stehen oft unverbunden nebeneinander, helfen regional nicht weiter und lassen sich in der Folge oft nicht umsetzen.

Hier setzt der Vorschlag der AOK-Gemeinschaft für eine Rechtsgrundlage zur Ermöglichung einer versorgungsvertraglich basierten regional ausgerichteten sektorenunabhängigen Versorgungsgestaltung an. Der Regelungsvorschlag ist in Bezug auf den Vertragsgegenstand und die Zielsetzung bewusst offen formuliert und adressiert neben den Krankenkassen sowie Pflegekassen auch die Kommunen. Anstelle von „einheitlich und gemeinsam“ soll ein „Club der Willigen“ mit der Umsetzung von innovativen Ansätzen starten können. Für alle anderen Kassen ist ein offener Zugang in Form eines Beitrittsrechts vorgesehen. Darüber hinaus soll bei Erreichen eines bestimmten Anteils von Versicherten (70 Prozent) das Versorgungsangebot auf alle Kassen erstreckt werden können und so Teil der Regelversorgung werden. Bisherigen Umsetzungshemmnisse, wie z. B. Zulassungs- oder Bedarfsplanungsregelungen, sind mitbedacht.

Zusammen mit dem geplanten Pflegekompetenzgesetz würde eine solche Rechtsgrundlage gewissermaßen eine Generalklausel bilden, um vielfältige strukturelle Versorgungsinnovationen flexibel vor Ort umsetzen zu können. Dies können beispielsweise ambulante Versorgungskonzepte mit interprofessionellen Teams und der Übernahme pflegerischer und heilkundlicher Aufgaben, regionale Versorgungsverbünde, ambulant-stationäre Versorgungsangebote oder auch Beratungsangebote gemeinsam mit Kommunen sein. Es ließen sich somit alle gestrichenen Versorgungsansätze auch über diese Rechtsgrundlage praxisnah realisieren und somit die Idee der Gesundheitsregionen mit Leben füllen.

Der Vorschlag der AOK-Gemeinschaft für eine solche neue Rechtsgrundlage „Regionale sektorenunabhängige Versorgung (RegioSV)“ ist im Abschnitt III „Zusätzlicher Änderungsbedarf“ ausgeführt.

Darüber hinaus adressiert die AOK-Gemeinschaft im Abschnitt III weiteren Änderungsbedarf, und zwar in Bezug auf die Themen:

- Beauftragung eines Gutachtens für die Berücksichtigung soziodemographischer Merkmale im Risikostrukturausgleich

Ursprünglich sollten mit diesem Gesetzgebungsvorhaben - gerade mit Blick auf vulnerable Gruppen - Zugangsbarrieren zu Versorgungsangeboten abgebaut und die Ausgestaltung der Leistungsangebote verbessert werden. Auch wenn dieses Ziel offenbar aus den Augen verloren wurde, sollten zumindest die Rahmenbedingungen der GKV-Finanzierung überprüft werden, um die Anreize für

Versorgungsangebote für diese Versicherten zu stärken. Denn ihr erhöhter Versorgungsbedarf bleibt im derzeit gültigen Zuweisungsverfahren unberücksichtigt. Dies gilt insbesondere für Versicherte, die pflegebedürftig, von Zuzahlungen befreit oder Bezieher von Bürgergeld sind. Daher soll der Wissenschaftliche Beirat des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) im § 266 SGB V mit einer Untersuchung beauftragt werden, inwieweit das Zuweisungsverfahren durch Berücksichtigung versichertenbezogener Risikomerkmale für vulnerable Gruppen verbessert werden kann. Für die Umsetzung dieser Untersuchung ist es notwendig, die Übermittlung der notwendigen versichertenbezogenen Daten an das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) im § 267 SGB V zu regeln

sowie

- Regelungsvorschlag zur Weiterentwicklung der rechtlichen Rahmenbedingungen der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V
- Regelungsvorschlag für „Primärversorgungszentren“
- Scharfschaltung der Bedarfsplanung für die zahnärztliche Versorgung
- § 197b SGB V - Aufgabenerledigung durch Dritte
- Verpflichtung zur Vereinbarung mengensteuernder Elemente in den Vergütungsvereinbarungen von humanmedizinischen Hochschulambulanzen
- Bereitstellung von Stammdaten der ärztlichen Leistungserbringer zur Information der Versicherten
- Rechtsbereinigung in § 7a Absatz 7 SGB XI – Pflegeberatung

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

## II. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen des Gesetzentwurfes

### Artikel 1 Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

#### Nr. 1 § 10 Familienversicherung

##### A Beabsichtigte Neuregelung

Rentnerinnen und Rentner, die nur durch die Wahl einer Teilrente mit ihrem Gesamteinkommen unterhalb der Einkommensgrenze für die Familienversicherung liegen, können nicht familienversichert werden, wenn sie zuvor nicht gesetzlich versichert waren. Die Familienversicherung ist somit für privat versicherte Rentnerinnen und Rentner ausgeschlossen, wenn sie nur durch die Wahl der Teilrente die Voraussetzungen für die Familienversicherung erfüllen würden.

##### B Stellungnahme

Mit dieser Regelung wird eine Gesetzeslücke geschlossen, die es bisher ermöglichte, dass sich privat versicherte Rentnerinnen und Rentner durch ein temporäres Absenken ihrer Rente den Zugang über den/die Ehepartner/in in die GKV verschafften.

Die vorgenommene Systemabgrenzung zwischen GKV und privater Krankenversicherung zum Schutz der Solidargemeinschaft wird ausdrücklich begrüßt.

##### C Änderungsvorschlag

Kein Änderungsbedarf.

## **Nr. 2 § 28 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Durch die Neuregelung soll der bisher verpflichtende Konsiliarbericht bei einer ambulanten Psychotherapie entfallen, wenn die psychotherapeutische Behandlung aufgrund einer Überweisung eines Vertragsarztes erfolgt.

### **B Stellungnahme**

Durch die Vorgabe, dass ein Konsiliarbericht bei Überweisung nicht benötigt wird, wird unnötig in die Arbeit der Selbstverwaltung eingegriffen. Der G-BA regelt in der Psychotherapie-Richtlinie die Bedingungen zum Konsiliarverfahren.

Grundsätzlich wird auch durch die AOK-Gemeinschaft Anpassungsbedarf beim Konsiliarverfahren gesehen, aber nicht in diesem Umfang, denn das Konsiliarverfahren ist bisher der einzig verpflichtende interdisziplinäre Austausch in der ambulanten Psychotherapie.

Der Wegfall des Konsiliarverfahrens ist denkbar beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung. Sollte während des stationären Aufenthaltes eine somatische Untersuchung erfolgt sein und dies im Entlassbrief hinterlegt sein, dann kann dies als Ersatz für das Konsiliarverfahren gesehen werden.

### **C Änderungsvorschlag**

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Ersatzweise könnte der G-BA damit beauftragt werden, die Regelungen zum Konsiliarbericht zu evaluieren und ggf. zu überarbeiten.

## **Nr. 3 § 33 Hilfsmittel**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Zur Beschleunigung von Bewilligungsverfahren im Hilfsmittelbereich bei von in SPZs betreuten Kindern oder in MZEBs betreuten Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung soll das sogenannte „Prüfprogramm der Krankenkassen“ eingeschränkt werden, sofern der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin des SPZ oder des MZEB die beantragte Versorgung empfiehlt. Die Krankenkassen haben in diesen Fällen von der medizinischen Erforderlichkeit der beantragten Versorgung auszugehen.

### **B Stellungnahme**

Dass die Hilfsmittelversorgung von behinderten Kindern oder Personen mit besonders komplexen Hilfsmittelbedarf so schnell wie möglich erfolgen sollte, ist zu begrüßen. Dabei sollten Anwendersicherheit und Qualität der Versorgung aber nicht vernachlässigt werden. Dazu ist im Sinne der Prozessökonomie die Digitalisierung des Verordnungs- bzw. Versorgungsablaufs zu bedenken.

Nicht näher definierte „Empfehlungen“ von SPZs oder MZEBs lassen sich in einem digitalen Versorgungsprozess nicht abbilden. Grundlegend hierfür muss die ärztliche Verordnung bleiben, auf deren Basis Leistungserbringende und Krankenkassen agieren. Es muss klar sein, wer die Verantwortung für die Verordnung übernimmt.

Bei der Prüfung insbesondere von komplexen Hilfsmittelversorgungen auf Erforderlichkeit, Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit durch den Medizinischen Dienst wird auch geprüft, ob das Hilfsmittel vom Hersteller für den Anwendungsbereich zugelassen und im konkreten Fall geeignet ist. Auf diese Prüfroutinen sollte im Sinne der Patientensicherheit nicht verzichtet werden, insbesondere nicht bei der Empfehlung von Produkten, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind.

### **C Änderungsvorschlag**

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Ersatzweise könnten die Bearbeitungsfristen für die Kinderversorgungen noch stringenter gefasst werden.

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

##### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Streichung des Wortes „Heil-“aus der Überschrift.

##### **B Stellungnahme**

Redaktionelle Änderung der Überschrift.

##### **C Änderungsvorschlag**

Kein Änderungsbedarf.

## **Nr. 6 § 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

a) Der Bewertungsausschuss Ärzte wird verpflichtet, sechs Monate nach Verkündung des Gesetzes eine einmal abrechnungsfähige Versorgungspauschale zu beschließen. Diese soll bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und eine chronische Erkrankung verbunden mit einer kontinuierlichen Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel aufweisen, zur Anwendung kommen. Sie soll vier aufeinander folgende Kalendervierteljahre, mindestens aber zwei Kalendervierteljahre, umfassen. Sie ist ausschließlich durch eine Arztpraxis abrechnungsfähig, unabhängig von der weiteren Anzahl der ärztlichen Kontakte der Versicherten. Diese soll die chronische Erkrankung behandeln. Der Bewertungsausschuss wird verpflichtet, die Regelungen so auszugestalten, dass die Einführung weder zu Mehr- noch zu Minderausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung führt.

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

c) Mit einer Frist von drei Monaten nach Verkündung des Gesetzes soll der Bewertungsausschuss Ärzte eine Vergütung zur Vorhaltung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen festlegen. Diese Festlegung ist verbunden mit Voraussetzungen zur Abrechnungsfähigkeit. Es wird die Möglichkeit der Abbildung in Stufen vorgesehen. Als Voraussetzungen sollen insbesondere eine bedarfsgerechte Versorgung mit Haus- und Pflegeheimbesuchen, bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten, die vorrangige Versorgung der Versicherten mit Leistungen aus dem hausärztlichen Fachgebiet, eine Mindestanzahl von Patientinnen und Patienten sowie die Nutzung der Telematikinfrastruktur herangezogen werden. Die hausärztliche Versorgungspauschale soll berücksichtigt werden. Der Bewertungsausschuss wird wie bei der Versorgungspauschale verpflichtet, die Regelungen so auszugestalten, dass weder zu Mehr- noch zu Minderausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung führen.

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



## B Stellungnahme

a) Die Versorgungspauschale wird in dieser Form weiterhin abgelehnt. Das eigentliche Ziel, eine Reduzierung der hausärztlichen Arzt-Patienten-Kontakte und damit eine Verbesserung der hausärztlichen Versorgungssituation wird mit diesem Instrument kaum erreicht und kann im Zusammenspiel mit der hausärztlichen Entbudgetierung mit erheblich steigenden Kosten für die GKV verbunden sein, wenn es in der Folge zu weiteren Leistungsmengenausweitungen kommt. Die Regelung ist weitestgehend inhaltlich entkernt, wenig sachgerecht, zu kleinteilig und nicht zu Ende gedacht. Unberücksichtigt bleiben darüber hinaus die Wechselwirkungen mit der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V und weiteren hausärztlichen Versorgungsangeboten, wie z. B. strukturierten Behandlungsprogrammen – DMP.

Der jetzige Normtext sieht eine jährlich abzurechnende hausärztliche Versorgungspauschale für Versicherte mit einer chronischen Erkrankung und einer kontinuierlichen Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel vor. Mit einer solchen Pauschale werden weiterhin starke Anreize geschaffen, diese Patientinnen und Patienten weniger in den Praxen zu sehen und zu behandeln. Es erscheint fraglich, ob eine Reduzierung der Arzt-Patienten-Kontakte bei diesen Patientinnen und Patienten angezeigt ist, weil gerade diese Patientengruppe einer dauerhaften medizinischen Behandlung und Kontrolle bedarf. Gleichzeitig ist anzuerkennen, dass mit dem Vorschlag anders als bisher der Fokus auf Patientinnen und Patienten ohne intensiven Betreuungsaufwand gelegt wird. Wie diese jedoch von anderen chronisch Kranken [wie z. B. Teilnehmenden am DMP, die i. d. R. einer intensiven Betreuung bedürfen] abzugrenzen sind und die Pauschale damit in der Praxis umgesetzt werden soll, bleibt unklar. Aufgrund der divergierenden Interessen im Bewertungsausschuss scheinen kaum sachgerechte Lösungen erreichbar.

Richtigerweise ist klargestellt worden, dass die Versorgungspauschale für jeden Patienten nur einmal abrechnungsfähig ist. So wird eine Mehrfachabrechnung wirksam verhindert, die eine finanzneutrale Lösung nahezu unmöglich gemacht hätte. In der Praxis wird die Pauschale aber weiterhin zu erheblichen Mehraufwänden in der Abrechnungsprüfung und Verwaltung führen, um die einmalige Abrechnung sicherzustellen.

Positiv zu erwähnen ist, dass eine Verpflichtung des Bewertungsausschusses zur finanzneutralen Umsetzung vorgesehen ist. Das ist aus Sicht des AOK-Bundesverbandes unabdingbar, damit die GKV durch die Einführung nicht zusätzlich belastet wird. Einschränkend ist zu sagen, dass etwaige Leistungsausweitungen mit dieser Rege-

lung nicht verhindert werden. Die Pauschale selbst kann also finanzneutral umgesetzt werden, durch eine Mengenausweitung der hausärztlichen Leistungen insgesamt können aber weiter Mehrausgaben entstehen. Dies gilt insbesondere im Zusammenspiel mit der angedachten Entbudgetierung der hausärztlichen Leistungen.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass mögliche freiwerdende hausärztliche Ressourcen aller Voraussicht nach genutzt werden, um weitere Leistungen zu erbringen und sich auf besonders lukrative Leistungen zu konzentrieren. So steigen die Kosten weiter, ohne dass sich nachhaltig eine Versorgungsverbesserung einstellt. Es ist nicht sichergestellt, dass ggf. freiwerdende Arztzeit wirklich zu einer besseren Abdeckung des hausärztlichen Versorgungsbedarfes führen.

Für den Fall, dass die Einführung einer Versorgungspauschale trotz alledem erfolgen sollte, gingen diese mit deutlichen Verwerfungen der Zuweisungen im Risikostrukturausgleich (RSA) einher, die im vorliegenden Gesetzentwurf gänzlich ignoriert werden. Für das Jahr 2022 hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung festgestellt, dass die bestehende Chronikerpauschale (Gebührenordnungsposition 03220) für 32 Mio. Versicherte mindestens einmal zur Abrechnung kam. Selbst wenn die Neuregelung nur einen Bruchteil dieser Patientinnen und Patienten erfassen würde, ist von einem hohen einstelligen Millionenbereich von Betroffenen auszugehen.

Die Reduzierung von hausärztlichen Kontakten von chronisch erkrankten Versicherten erweist sich zwangsläufig als problematisch im Kontext der für den RSA essenziellen Aufgreifkriterien für morbiditätsbezogene Zuweisungen (HMGs), für die in der Regel das Vorliegen von Diagnosen in mindestens zwei Quartalen die Voraussetzung ist (M2Q-Prüfung).

Die Regelung zielt auf eine Versichertengruppe, die für einen zielkonformen RSA von herausragender Bedeutung ist – Eingriffe mit negativen Effekten auf die Datengrundlagen führen somit unweigerlich zu Fehlzuweisungen für die betroffene Versichertengruppe. Die resultierenden Verwerfungen gehen zulasten von solchen Krankenkassen mit einem überdurchschnittlichen Anteil an chronisch erkrankten Versicherten in der hausärztlichen Versorgung und zugunsten von Krankenkassen mit überdurchschnittlich gesunder Klientel, was der Zielsetzung des RSA grundsätzlich zuwiderläuft und Anreize zur Förderung fachärztlicher Versorgung setzt.

Die Zuweisungseffekte beschränken sich zudem nicht nur auf die „lang andauernden, lebensverändernden Erkrankungen“ mit Dauermedikation. Vielmehr werden bei

Rückgang der hausärztlichen Kontakte für diese Versicherten auch alle (chronischen) Begleiterkrankungen nicht mehr im RSA berücksichtigt, sofern sie nicht ebenfalls über Dauermedikation behandelt werden – was in der Praxis häufig vorkommt. Daher bedarf es zunächst einer Ergänzung im § 267 Abs. 1 SGB V und § 7 Abs. 1 RSAV zur Kennzeichnung von Diagnosen aus hausärztlichen Behandlungsfällen mit abgerechneter Jahrespauschale, um zumindest langfristig die resultierenden Verwerfungen im RSA-Klassifikationsmodell angemessener korrigieren zu können. Das RSA-Klassifikationsmodell kann die zu erwartenden Verwerfungen grundsätzlich aber erst mit mehrjährigem zeitlichem Verzug nachvollziehen, wenn Echtdaten aus dem ersten Jahr der Einführung der Versorgungspauschale in die Konzeption eingehen sollen. Ohne eine antizipative Anpassung des RSA-Klassifikationsmodells, die bereits in der ersten Jahreshälfte 2025 vom BAS zur Anhörung gestellt werden müsste, laufen Krankenkassen mit einem hohen Anteil chronisch kranker Versicherten für mehrere Jahre in erhebliche Zuweisungsrisiken.

b) Die Erweiterung ist grundsätzlich zu begrüßen, sollte an der Regelung zur Jahrespauschale festgehalten werden. Die Einführung der hausärztlichen Jahrespauschale wird aber abgelehnt, so dass diese Regelung hinfällig ist.

c) Die Vorhaltepauschale soll der Bereitstellung notwendiger Strukturen für die Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung dienen. Dieses Ziel oder auch eine etwaige Verbesserung der hausärztlichen Versorgung wird hierdurch nicht erreicht. Vielmehr ist eine Vorhaltepauschale der leistungsorientierten EBM-Systematik grundsätzlich fremd und wird Praxen mit einer breiten und umfassenden Versorgung nicht gerecht.

Aufgrund des Leistungsgeschehens bedürfen große Versorgerpraxen keiner solchen Vorhaltefinanzierung, weil sie durch die große Anzahl der versorgten Patientinnen und Patienten und der damit verbundenen Abrechnung von EBM-Leistungen auskömmlich finanziert sind. Profitieren würden im Zweifel Praxen, die knapp die noch festzulegenden Voraussetzungen erfüllen. Diese Anreizdynamik wird verschärft durch den Umstand, dass etwaige Zuschläge insbesondere für diese Praxen zur Anwendung kommen.

Besonders kritisch zu erwähnen ist, dass Leistungen honoriert werden sollen, die Kern einer jeden Hausarztpraxis sind, wie Hausbesuche oder bedarfsgerechte Öffnungszeiten. Diese stellen Grundfeste der hausärztlichen Versorgung dar. Richtigerweise wären diese durch alle Praxen vorzuhalten und zu erbringen, wie es jeweils

medizinisch notwendig und angezeigt ist. Dass nun elementare Leistungen der hausärztlichen Versorgung zusätzlich vergütet werden sollen, konterkariert den hausärztlichen Versorgungsauftrag, der mit einer Niederlassung wahrzunehmen ist.

Schon die Begrifflichkeit zeigt, dass es eigentlich kein geeignetes Instrument für die hausärztliche Versorgung ist. Die Begrifflichkeit stammt vorrangig aus der stationären Versorgung, die sich kaum auf die ambulante Versorgung übertragen lässt. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die in einer Region mit einer geringen Anzahl von hausärztlichen Praxen niedergelassen sind, haben überproportionale Fallzahlen und ein hohes Leistungsgeschehen, so dass eine Vorhaltefinanzierung überhaupt nicht angezeigt ist. Anders verhält es sich im stationären Bereich, wenn dort im Rahmen der Versorgung vor Ort bestimmte Leistungen vorgehalten werden, die kaum oder wenig in Anspruch genommen werden. Diese Problematik besteht im ambulanten Bereich in der Form schlicht nicht.

Es ist darauf hinzuweisen, dass wie in der Regelung zur Versorgungspauschale Zweifel an der Möglichkeit der Operationalisierung bestehen bzw. es zu erheblichen Aufwänden in der Praxis kommt. So lassen sich tatsächliche Praxisöffnungszeiten kaum durch Krankenkassen prüfen. Auch die Prüfung der Patientenzahlen ist durch die einzelne Krankenkasse in der Form nicht möglich. Das gilt umso mehr für bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten oder eine bedarfsorientierte Erbringung von Haus- und Pflegeheimbesuchen, die in der Gesetzesbegründung genannt sind.

Dass die Wirksamkeit des Instruments zur Erfüllung des politischen Ziels in Frage steht, ist allein dadurch erkennbar, dass die zuvor angedachte Evaluation ersatzlos gestrichen wurde.

Positiv zu erwähnen ist die angedachte Klarstellung, dass es weder zu Mehr- noch zu Minderausgaben der GKV kommen soll. Dadurch, dass es sich um Kernelemente der hausärztlichen Versorgung handelt, erscheinen zusätzliche Vergütung in keiner Form angemessen. So ist die Regelung sachgerecht und folgerichtig.

d) Die Regelung ist sachgerecht.

## **C      Änderungsvorschlag**

Streichung der Regelungen a) bis c).

Im Falle der Einführung einer jährlichen Versorgungspauschale:

§ 267 Absatz 1 Nr. 5 SGB V wird wie folgt geändert:

5. die Diagnosen nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sowie die Angaben nach § 295 Absatz 1 Satz 4, bei der Abrechnung von Leistungen im Rahmen von Verträgen nach den §§ 73b und 140a einschließlich der Vertragsnummer nach § 293a Absatz 1 Satz 4, **bei der Abrechnung von Leistungen nach § 87 Absatz 2b Satz 5 und 6 einschließlich einer entsprechenden Kennzeichnung,**

§ 7 Absatz 1 Nr. 6 RSAV wird wie folgt geändert:

6. die Diagnosen nach § 295 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die Angaben nach § 295 Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, bei der Abrechnung von Leistungen im Rahmen von Verträgen nach den §§ 73b und 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Vertragsnummer nach § 293a Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, **bei der Abrechnung von Leistungen nach § 87 Absatz 2b Satz 5 und 6 einschließlich einer entsprechenden Kennzeichnung.**

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

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

- a) Es sind Rechtsbereinigungen und redaktionelle Folgeänderungen vorgesehen.
- b) Die Regelung sieht vor, dass bei Kinder- und Jugendmedizinerinnen und -medizinern im zweiten Quartal eines Kalenderjahres Zuschläge zur Förderung der Kinder- und Jugendmedizin vereinbart werden müssen, wenn die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung für diese Facharztgruppe in den vier vorherigen Quartalen nicht ausgeschöpft worden ist. Damit soll von der bisherigen quartalsweisen Überprüfung und Vereinbarung abgewichen werden. Diese Zuschläge haben in der Höhe dem Umfang der Unterschreitung zu entsprechen. Ausgleichszahlungen bei Überschreitung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind mit diesen Zuschlägen zu verrechnen. Der Bewertungsausschuss hat innerhalb von drei Monaten nach Verkündung Vorgaben zur Datenübermittlung zu treffen, mit denen die erstmalige Festsetzung und Fortschreibung der auf den Versorgungsbereich der Kinder- und Jugendmedizin entfallenden Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, der Zuschläge und Ausgleichszahlungen von den Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen nachgewiesen wird.
- c) Die nach sachlich-rechnerischer Prüfung anerkannten Leistungen des Kapitels drei des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und der hausärztlichen Hausbesuche sollen drei Quartale nach Verkündung des Gesetzes mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung in voller Höhe vergütet werden. Die damit verbundene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) soll nicht mehr mit befreiender Wirkung gezahlt werden.

Für die erstmalige quartalsweise Festsetzung für den auf den hausärztlichen Leistungsbereich entfallenden Anteil an der MGV ist der prozentuale Anteil des Honorarvolumens, der im Kalenderjahr 2023 gemäß Verteilungsmaßstab für den Leistungsbedarf der hausärztlich tätigen Medizinerinnen und Mediziner einschließlich sämtlicher auf diesen entfallender leistungsbezogener und nicht leistungsbezogener Zuschläge und einschließlich zusätzlicher Honorarzahlungen ausgeschüttet worden ist, am Honorarvolumen aller Arztgruppen einschließlich aller Zuschläge und weiterer Zahlungen zu ermitteln. Der prozentuale Anteil wird in einem zweiten Schritt für das jeweilige Kalenderquartal auf die vereinbarte und bereinigte MGV mittels Multiplikation angewendet. Zusätzlich ist eine Berücksichtigung

des veränderten bzw. fortgeschriebenen Behandlungsbedarfes, Ein- und Ausdeckungen im jeweiligen Quartal und Differenzbereinigungen von Hausarztverträgen vorgesehen.

Sind im Jahr 2023 bereits leistungsbezogene und nicht leistungsbezogene Zuschläge und zusätzliche Honorarauszahlungen im Honorarvolumen enthalten, so sind diese durch die Gesamtvertragspartner in der Hausarzt-MGV zu berücksichtigen. Der Bewertungsausschuss Ärzte wird verpflichtet, innerhalb von drei Monaten nach Verkündung Vorgaben für das Verfahren zur erstmaligen und fortlaufenden Festsetzung des hausärztlichen Leistungsanteils an der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu treffen. Diese Vorgaben sind prospektiv bis zum 1. Januar eines Kalenderjahres für das jeweilige Kalenderjahr zu bestimmen. Abweichend hiervon werden Verfahrenskonkretisierungen für die Kalenderjahre 2025 und 2026 vorgenommen, sodass eine ganzjährige Festsetzung für das jeweilige Kalenderjahr sichergestellt ist. Die Vorgaben haben insbesondere die vereinbarten Anpassungen des Punktwertes und des Behandlungsbedarfes sowie Bereinigungen zu berücksichtigen.

Es sind Ausgleichszahlungen in der Höhe der Differenz vorgesehen, wenn der hausärztliche Leistungsbedarf die hausärztliche MGV übersteigt. In diesem Fall sind Ausgleichszahlungen durch die Krankenkassen entsprechend ihres leistungsmengenbezogenen Anteils zu leisten, bis die volle Vergütung des hausärztlichen Leistungsbedarfs nach regionaler Euro-Gebührenordnung erreicht ist. Diese Ausgleichszahlungen sind mit Unterschreitungen des tatsächlich erbrachten hausärztlichen Leistungsumfanges gegenüber der vereinbarten MGV in den vorherigen Quartalen zu verrechnen. Für die Ausgleichszahlungen legt der Bewertungsausschuss mit einer Frist von drei Quartalen nach Verkündung ein Verfahren zur Ermittlung des kassenindividuellen Anteils fest.

Im Falle der Nicht-Ausschöpfung der hausärztlichen MGV durch die erbrachten Leistungen im Zeitraum von vier aufeinander folgenden Quartalen haben die regionalen Gesamtvertragspartner im zweiten Quartal eines Jahres Zuschläge zur Förderung der hausärztlichen Versorgung zu vereinbaren. Die Höhe der Zuschläge soll in Summe der nicht ausgeschöpften hausärztlichen MGV entsprechen. Grundlage hierfür sind die vier vorherigen Quartale.

Der Bewertungsausschuss hat innerhalb von drei Monaten nach Verkündung Vorgaben zur Datenübermittlung zu treffen, mit denen die erstmalige Festsetzung und Fortschreibung der auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfallenden

Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die Unterschreitung der hausärztlichen MGV, die Entwicklung des hausärztlichen Leistungsbedarfes, die Zuschläge und Ausgleichszahlungen von den Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen nachgewiesen wird. Der Bewertungsausschuss ist verpflichtet, die Auswirkungen der Gesetzesnovelle im hausärztlichen Versorgungsbereich zu analysieren und dem BMG bis zum letzten Tag des 10. auf die Verkündung folgenden Quartals zu berichten.

## **B Stellungnahme**

a) Die Anpassungen sind sachgerecht.

b) Die vorgeschlagenen Regelungen werden begrüßt und stellen eine größere Sachgerechtigkeit sicher. So ist die Berücksichtigung von vier Quartalen und die Verrechnung von Ausgleichszahlungen mit Zuschlägen folgerichtig, weil das Leistungsgeschehen saisonal über das Jahr stark schwankt. Die bisherige gesetzliche Bestimmung hat dies unzureichend berücksichtigt. Auch die Vorgabe zur Transparenz ist richtig, damit Krankenkassen die Berechnungsweisen ausreichend nachvollziehen und überprüfen können.

Einschränkend ist in dem Zusammenhang zu erwähnen, dass im vorherigen Referentenentwurf die Gesamtvertragspartner zur Verhandlung von Zuschlägen aufgefordert waren, wenn die auf den Bereich der Kinder- und Jugendmedizin entfallende MGV nicht ausgeschöpft wird. Nun sieht die Regelung eine Vereinbarung von Zuschlägen wie bisher vor. Auf diesen Prozess können die Krankenkassen keinen Einfluss nehmen. Damit ein sachgerechter Interessensausgleich stattfinden kann, sind Verhandlungen richtiger, um konkret über Zuschläge Versorgungsverbesserungen zu erreichen, statt nicht genutzte Mittel schlicht auszuschütten.

Insgesamt bleibt aber festzustellen, dass die derzeitige Ausgestaltung der Entbudgetierung einseitig zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (sog. MGV+-Lösung) ausgestaltet ist und zu erheblichen Mehrbelastungen der GKV führt, ohne dass hierdurch eine verbesserte Versorgung erreicht wird. Mit der Regelung werden lediglich bereits bestehende Leistungen besser vergütet.

c) Die vorgeschlagene Regelung wird abgelehnt, weil die mit der Gesetzesänderung anvisierten versorgungspolitischen Ziele nicht erreicht werden und Mehrbelastungen für die GKV in einem mittleren dreistelligen Millionenbetrag drohen. Die



durch die Bundesregierung genannte Zahl von einem niedrigen dreistelligen Millionenbetrag erscheint anhand eigener Berechnungen als zu gering angesetzt. Der AOK-Bundesverband geht anhand eigener Berechnungen von mindestens 300 Mio. EUR jährlich aus. Dabei handelt es sich um reine Mitnahmeeffekte, ohne dass es an der Versorgung etwas ändert. Unberücksichtigt sind Kostenrisiken durch weitere Mengensteigerungen, die erhebliche Finanzwirkung entfalten können.

### *Generelle Einordnung*

Der Gesetzgeber hat mit der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung insgesamt ein wirksames und sachgerechtes Instrument geschaffen, um einer Leistungsmengenausweitung über das durch die Morbidität der Versicherten begründbare Maß hinaus entgegen zu wirken. Bei einem Wegfall der Regelung bleibt unklar, wie der Grundsatz der Beitragssatzstabilität dauerhaft eingehalten werden kann. Zuletzt hatte der Bundesrechnungshof in seinem Bericht vom 13. November 2023 den Nutzen einer generellen Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen deutlich angezweifelt und eine solche Maßnahme vor dem Hintergrund des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der finanziellen Auswirkungen auf die GKV abgelehnt.

Bei der angedachten Regelung sei zunächst erwähnt, dass diese nicht der Logik einer Entbudgetierung im eigentlichen Sinne folgt, sondern Zuschläge bei Nicht-Ausschöpfung von Budgets sowie Ausgleichszahlungen bei Überschreitung der Budgets vorsieht. Diese Vorgehensweise führt dazu, dass gleichzeitig Anreize zu Mehr- und Minderleistungen bestehen. Einerseits werden bei Überschreitung der Budgets die Leistungen weiter in voller Höhe vergütet. Andererseits besteht bei Unterschreitung der Budgets der Anreiz, noch weniger Leistungen zu erbringen, da die Budgets so oder so ausgezahlt werden. Im letzteren Fall werden diese Leistungen mit mehr als 100 % finanziert und somit ohne Sachgrund besser vergütet als im Einheitlichen Bewertungsmaßstab vorgesehen. Diese Ausgestaltung belastet einseitig die Kostenträger und kann sogar zu Lasten der Versorgung gehen. Sachgerechter wäre es, alle Leistungen ausschließlich in voller Höhe zu vergüten, um zumindest den letztgenannten Aspekt zu entschärfen.

Versorgungspolitisch wird durch die Gesetzesanpassung nur eine höhere Vergütung der bereits heute durch niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte erbrachten Leistungen erreicht, ohne an der Versorgungsstruktur etwas zu verändern. Dass niedergelassene Ärztinnen und Ärzte mit begrenzten zeitlichen Ressourcen allein durch den finanziellen Anreiz mehr Leistungen erbringen, erscheint fragwürdig und wenig sachgerecht, da die Versorgungsstrukturen unverändert er-

halten bleiben und keine Verbesserung im Hinblick auf eine medizinisch umfassende, flächendeckende und hochwertige Versorgung erreicht wird. Vielmehr zeigen Umfragen und Studien, dass Ärztinnen und Ärzte heute ein anderes Bild der eigenen Berufstätigkeit haben, wenn es etwa um die Frage der wöchentlichen Arbeitszeit und weiterer Faktoren wie die Vereinbarkeit von Familie und Beruf geht. Wirtschaftlich besteht bei allgemeinmedizinisch tätigen Praxen keine Not: Nach der letzten Kostenstrukturstatistik im medizinischen Bereich des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2021 lag der Reinertrag bei 220.000 EUR je Praxisinhaber. Er ist damit gegenüber der letzten Erhebung für das Jahr 2019 um 17 % angestiegen.

In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass die Auszahlungsquoten zwischen den Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen variieren, jedoch seit Jahren in Richtung 100 % streben, diese schon erreichen oder gar über 100 % liegen. In der Folge wird hierdurch in Teilen wenig erreicht bzw. es profitieren Regionen wie die Stadtstaaten Berlin und Hamburg, die schon heute überproportional gut versorgt werden. Diese Regionen können damit im Vergleich zu anderen Standorten noch attraktiver werden. Bestehende Ungleichgewichte können sogar verstärkt werden. Zielgerechter wäre es, die Versorgungsstrukturen zu verändern und hierfür regionale Lösungsmöglichkeiten zu schaffen.

#### *Inhaltliche Ausgestaltung der Regelung*

Mit dem jetzigen Entwurf sind an vielen Stellen Verbesserungen erreicht worden, die begrüßt werden. Sie stellen eine höhere Sachgerechtigkeit sicher, wenn der Weg der Entbudgetierung gegangen werden soll. So ist etwa das Heranziehen des Jahres 2023 sachgerecht, um nicht intendierte Steuerungseffekte zu verhindern. Auch die Verrechnung von Ausgleichszahlungen und Zuschlägen für einen Zeitraum von einem Jahr ist vor dem Hintergrund des saisonal schwankenden Leistungsgeschehen sachgerecht.

Positiv zu erwähnen sind darüber hinaus konkretisierende Ergänzungen zu leistungs- und nicht leistungsbezogenen Zuschlägen und weiteren Honorarzahlgungen sowie Transparenzvorgaben durch den Bewertungsausschuss Ärzte. So ist einerseits ein Interessensausgleich zwischen Krankenkassen und Ärztinnen und Ärzten und andererseits eine Zielgenauigkeit sichergestellt.

Auch der Evaluationsauftrag an den Bewertungsausschuss Ärzte und die Berichtspflicht an das BMG ist folgerichtig. Die Erfahrung mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hat gezeigt, dass die politischen Ziele oft nicht erreicht

werden, obwohl Eingriffe in die Vergütung mit deutlichen Mehrbelastungen der GKV verbunden sind.

An dieser Stelle ist einzuschränken, dass an einer Stelle der Gesetzesentwurf gegenüber dem bisherigen Vorschlag zurückfällt. So war im bisherigen Entwurf eine Verhandlung von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen vorgesehen, wenn die MGV nicht ausgeschöpft wird. Nun sollen diese vereinbart werden. In der bisherigen Praxis bei Kindern- und Jugendmedizinerinnen und -medizinern war so keinerlei Zielgenauigkeit und/oder konkrete Förderung von Leistungen möglich. Nur bei einer Verhandlung kann ein konkreter Interessenausgleich stattfinden. Der Wortlaut ist daher auf die vorherige Fassung zurückzuführen.

Kritisch zu erwähnen ist darüber hinaus, dass der Entwurf dem Risiko der Leistungsausweitung unzureichend Rechnung trägt. Damit das Finanzrisiko, das allein aufgrund der Größenordnung des hausärztlichen Leistungsgeschehens erheblich ist, beherrschbar bleibt, sind aus Sicht des AOK-Bundesverbandes entsprechende Vorkehrungen unumgänglich. Es wird daher vorgeschlagen, die Leistungsausweitung auf drei Prozent zu begrenzen.

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

## C Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung in c)

Hilfsweise werden folgende Änderungen vorgeschlagen:

Änderungsbedarf in Regelung b)

In Satz 3 wird das Wort „vereinbaren“ durch „verhandeln“ ersetzt.

Es werden folgende Sätze 12 bis 14 (neu) ergänzt:

Übersteigt das Volumen der Ausgleichszahlungen drei Prozent der festgesetzten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die in Satz 1 genannten Leistungen, so sind die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin abweichend von Satz 1 so lange vermindert zu vergüten, bis die Gesamtsumme aus Ausgleichszahlungen und der festgesetzten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die in Satz 1 genannten Leistungen 103 Prozent der festgesetzten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die in Satz 1 genannten Leistungen entspricht. Dies ist bei der Verrechnung nach Satz 3 zu berücksichtigen. Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des 3. auf die Verkündung folgenden Kalenderquartals] Vorgaben zur Umsetzung der nach Satz 12 erforderlichen Berechnungen.

Änderungsbedarf in Regelung c):

In Satz 3 wird das Wort „vereinbaren“ durch „verhandeln“ ersetzt.

Es werden folgende Sätze 11 bis 13 (neu) hinzugefügt:

Übersteigt das Volumen der Ausgleichszahlungen drei Prozent der festgesetzten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die in Satz 1 genannten Leistungen, so sind die hausärztlichen Leistungen abweichend von Satz 1 in diesem Zeitraum so lange vermindert zu vergüten, bis die Gesamtsumme aus Ausgleichszahlungen und der festgesetzten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die in Satz 1 genannten Leistungen 103 Prozent der festgesetzten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die in Satz 1 genannten Leistungen entspricht. Dies ist bei der Verrechnung nach Satz 10 zu berücksichtigen. Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des 3. auf die Verkündung folgenden Kalenderquartals] Vorgaben zur Umsetzung der nach Satz 11 erforderlichen Berechnungen.

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

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Leistungen des Kapitels 3 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und der hausärztlichen Hausbesuche (Leistungen aus Abschnitt 1.4 EBM) dürfen keinerlei Regelung zur Begrenzung oder Minderung des Honorars unterliegen.

### **B Stellungnahme**

Vor dem Hintergrund der Ablehnung der angedachten Regelung in § 87a wird diese gleichfalls als nicht notwendig erachtet.

### **C Änderungsvorschlag**

Streichung.

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

## **Nr. 9 § 91 Gemeinsamer Bundesausschuss**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Abs. 4: Der Gemeinsame Bundesausschuss erweitert seine Geschäftsordnung um Voraussetzungen der Durchführung von hybriden und digitalen Sitzungen.

Abs. 11: In dem Bericht, den der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages über Fristüberschreitungen der Beratungsverfahren zur Methodenbewertung, Qualitätssicherung und zur Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse vorzulegen hat, wird die früher obligate Darlegung über ergriffene Maßnahmen und die Gründe der Fristüberschreitung fakultativ. Für die Beratungsverfahren des G-BA wird Frist für die Berichtspflicht seit förmlicher Einleitung des Beratungsverfahrens von drei auf zwei Jahre verkürzt.

### **B Stellungnahme**

Die Regelung zu Absatz 4 ist sachgerecht.

In Absatz 11 ist die Eröffnung der Möglichkeit, nicht in allen Fällen über Gründe der Fristüberschreitung und ergriffene Maßnahmen berichten zu müssen, sinnvoll. Die Erweiterung der Berichtspflicht auf Beratungsverfahren, die nach mehr als zwei Jahren nicht abgeschlossen sind, ist durch die Ausweitung der Berichtspflicht mit bürokratischem und personellem Mehraufwand verbunden.

### **C Änderungsvorschlag**

Kein Änderungsbedarf.

## **Nr. 10 § 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Abs. 1b: Die Berufsverbände der Hebammen erhalten für Richtlinien zur ärztlichen Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft ein Mitberatungsrecht. Abs. 1b).

Abs. 3a: Bei der Beratung von Richtlinien zur Arzneimittelverordnung sowie zu Therapiehinweisen wird die Möglichkeit des G-BA eingeführt, sich durch die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft beraten zu lassen.

Abs. 4: Bei Richtlinien zur Früherkennung von Krebserkrankungen wird der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V. ein Stellungnahmerecht eingeräumt.

Abs. 6a: Die ambulante Kurzzeittherapie soll wieder in ein einstufiges Verfahren umgewandelt werden.

Abs. 7h: Die Berufsorganisationen der Pflegeberufe erhalten ein Antrags- und Mitberatungsrecht bei Richtlinien zur Qualitätssicherung, zur Qualitätssicherung und Krankenhausplanung, zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und zu Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Aufgaben auf Angehörige der Pflegeberufe, sofern diese die Berufsausübung der Pflegeberufe berühren.

Das Stellungnahmerecht einschlägiger wissenschaftlicher Fachgesellschaften wird neben den Richtlinien zur (§135, §137c, §137e) auf weitere Richtlinien nach §92 Abs. 1 Satz 2 erweitert.

### **B Stellungnahme**

Ein Mitberatungsrecht der Berufsverbände der Hebammen sowie das Antrags- und Mitberatungsrecht der Pflegeberufe bei Richtlinien, die ihre Berufsausübung betreffen, ist sinnvoll.

Die Erweiterung des Stellungnahmerechts einschlägiger wissenschaftlicher Fachgesellschaften, der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft deutscher Tumorzentren hat das Potenzial, die Akzeptanz von Beschlüssen und Richtlinien des G-BA zu unterstützen. Die Möglichkeit des G-BAs, sich durch die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft beraten zu lassen, ist sinnvoll.

Andererseits läuft diese umfangreiche Erweiterung der Beteiligungen den Zielen des Gesetzgebers entgegen, die Beratungen des G-BA zu beschleunigen, da eine

Verbreiterung der Beratungen und Ausweitung der Stellungnahmerechte den Aufwand zur Beschlussfassung erhöht. Der Gesetzgeber muss dann berücksichtigen, dass durch diese Regelungen in einigen Fällen fristgerechte Beschlussfassungen nicht mehr erreicht werden können.

Abs. 6a: Die Zweiteilung der Kurzzeittherapie soll aus bürokratischen Gründen aufgehoben werden. Die Kurzzeittherapie wurde 2017 in zwei Schritte aufgeteilt. Datenauswertungen zeigen, dass durch die Aufteilung viele Therapien zum Ende der KZT 1 beendet und damit Kapazitäten frei wurden. Mit der geplanten Abschaffung der Zweiteilung ist davon auszugehen, dass viele Therapien wieder länger werden.

### **C Änderungsvorschlag**

Kein Änderungsbedarf.

Abs. 6a: Streichung der vorgesehenen Regelung. Um das Ziel der Bürokratieverringerng dennoch zu erreichen, wäre ein rein digitales Antragsverfahren einzuführen.



## **Nr. 11 § 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Zu Absatz 2: Für die Zulassung eines MVZ in der Rechtsform einer GmbH wird die Möglichkeit geschaffen, die gesetzlich vorgesehenen Sicherheitsleistungen der Höhe nach zu begrenzen. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der GKV-Spitzenverband vereinbaren hierzu bundeseinheitliche Rahmenvorgaben.

Zu Absatz 3: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird verpflichtet, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen erhaltenen Informationen zur Überprüfung des gesetzlichen Sicherstellungsauftrags jährlich zu evaluieren und dem BMG zu berichten. Der Inhalt der von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu übermittelnden Informationen wird gesetzlich konkretisiert und erweitert und umfasst neben den Ergebnissen auch das der Überprüfung zugrundeliegende Verfahren zur Ermittlung der Arbeitszeiten und der Referenzwerte sowie die Voraussetzungen zur Einleitung von Einzelfallprüfungen.

### **B Stellungnahme**

Zu Absatz 2: Laut Gesetzesbegründung intendiert diese Regelung primär eine erleichterte MVZ-Gründung durch Kommunen, da diese keine unbeschränkten Bürgerschaftserklärungen abgeben dürfen. Kommunen, die eine aktive Rolle in der Versorgung einnehmen möchten, sollten nicht durch formale Vorgaben davon abgehalten werden, weswegen diese Regelung zu begrüßen ist. Allerdings sollte sie entsprechend auf Kommunen beschränkt werden.

Weiter bedarf es einer korrespondierenden Regelung in den Zulassungsverordnungen und einer Klarstellung, wie diese Regelung die bestehenden Sicherheitsleistungen beeinflusst. Zur Steigerung der rechtlichen Relevanz sollte anstelle einer Rahmenvorgabe eine Verortung im Bundesmantelvertrag vorgesehen werden. Es bedarf einem klaren rechtlichen Rahmen, der auch das dynamische Wachstum von MVZ berücksichtigt (inkl. nichtärztlichem Personal) und den Verwaltungsaufwand geringhält.

Zu Absatz 3: Die Evaluation der Verfahren zur Ermittlung der Arbeitszeit und Referenzwerte sowie Voraussetzung zur Einleitung von Einzelfallprüfungen wird als sinnvoll erachtet. Die in der Gesetzesbegründung beschriebene Kann-Regelung zur Übersendung des Berichtes an den GKV-Spitzenverband sollte als Muss-Regelung

mit aufgenommen werden. Auf Landesebene muss der Empfängerkreis der Ergebnisberichte der Überprüfung der Versorgungsaufträge um die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen erweitert werden.

Des Weiteren soll mit Einvernehmen des GKV-Spitzenverbands die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine Richtlinie zu konkreten Prüfkriterien sowie bundeseinheitliche Regelungen zur inhaltlichen adressatengerechten Ausgestaltung der Ergebnisberichte erarbeiten. Die dadurch gewonnene Transparenz könnte zu einer ersten Verbesserung der Überprüfung führen.

### C Änderungsvorschlag

Der nach § 95 Absatz 2 Satz 6 neu eingefügte Satz wird wie folgt ergänzt:

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

§ 95 Absatz 3 Satz 4 und 5 werden im Zusammenhang mit einer Anpassung des § 75 Absatz 7 wie folgt ergänzt:

§ 95 Absatz 3 Satz 4 und Satz 5 SGB V

In § 95 Absatz 3 Satz 4 werden nach dem Wort „bundeseinheitlich“ die Wörter „nach Maßgabe der Richtlinie nach § 75 Abs. 7 Satz 1 Nr. 7“ und in Satz 5 nach dem Wort „sind“ die Wörter „den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen,“ eingefügt.

„Die Einhaltung der sich aus den Sätzen 1 und 2 ergebenden Versorgungsaufträge sind von der Kassenärztlichen Vereinigung bundeseinheitlich **nach Maßgabe der Richtlinie nach § 75 Abs. 7 Satz 1 Nr. 7**, insbesondere anhand der abgerechneten Fälle und anhand der Gebührenordnungspositionen mit den Angaben für den zur ärztlichen Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand nach § 87 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz, zu prüfen. Die Ergebnisse der Prüfung, das der Prüfung zugrundeliegende Verfahren sowie eine Übersicht über die gegebenenfalls getroffenen Maßnahmen sind **den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen**, den Landes- und Zulassungsausschüssen, der für die jeweilige Kas-

senärztliche Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörde sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung jeweils zum 30. Juni des Jahres zu übermitteln. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat die Ergebnisse der Prüfung, das der Prüfung zugrundeliegende Verfahren und die gegebenenfalls getroffenen Maßnahmen zu evaluieren und hierüber dem Bundesministerium für Gesundheit zum 31. Dezember eines jeden Kalenderjahres, erstmals zum 31. Dezember ... [einsetzen: Kalenderjahr der Verkündung], zu berichten. Gegenstand der Evaluation ist auch, ob die Prüfung bundeseinheitlich durchgeführt wird.“

§ 75 Absatz 7 Satz 1 SGB V

In § 75 Absatz 7 Satz 1 wird in Nummer 6 der Punkt nach dem Wort „erfolgt“ durch das Wort „und“ ersetzt und eine neue Nummer 7 angefügt:

„6. Richtlinien für ein bundesweit einheitliches, standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren aufzustellen, auf dessen Grundlage die Vermittlung in Akutfällen nach Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 erfolgt- **und**

**7. bis zum [einsetzen: sechs Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 16 Absatz 1] im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen Richtlinien für ein bundeseinheitliches Prüfverfahren nach § 95 Abs. 3 Satz 4 und für die Ergebnisse und Übersichten der Maßnahmen nach § 95 Abs. 3 Satz 5 aufzustellen.“**

In § 75 Absatz 7 wird nach dem Satz 5 ein Satz 6 und ein Satz 7 ergänzt:

**„6. Die Richtlinie nach Satz 1 Nummer 7 hat bundeseinheitliche Regelungen zur Ausgestaltung der Ergebnisberichte an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen, die Zulassungs- und Landesausschüsse sowie die zuständige Aufsichtsbehörde zu treffen.**

**7. Die Richtlinie nach Satz 1 Nummer 7 muss sicherstellen, dass die Zulassungsausschüsse basierend auf den Ergebnissen und getroffenen Maßnahmen nach § 95 Abs. 3 Satz 5 von Amts wegen tätig werden können.“**

## **Nr. 12 § 101 Überversorgung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Bislang werden psychotherapeutisch tätige Ärzt/-innen und Psychotherapeut/-innen, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, als Teil der Bedarfsplanungsgruppe der Psychotherapeuten geplant. Ein Mindestversorgungsanteil wurde über eine Quote abgebildet. Diese Quotenregelung entfällt nun. Stattdessen werden diese in einer eigenen Arztgruppe abgebildet. Demzufolge hat der Gemeinsame Bundesausschuss entsprechende Änderungen zu beschließen.

### **B Stellungnahme**

Es ist grundsätzlich zu begrüßen, die Kinder- und Jugendpsychotherapeut/-innen gesondert zu beplanen. Damit erhalten der Gemeinsame Bundesausschuss, aber vor allem auch die regionalen Planer mehr Spielraum und können die besonderen Bedarfe der Kinder- und Jugendlichen besser berücksichtigen. Die Quoten haben sich nur bedingt bewährt.

Bei der konkreten Umsetzung der anstehenden Änderung der Bedarfsplanungsrichtlinie ist darauf zu achten, dass nicht im Umkehrschluss zahlreiche zusätzliche Sitze für Psychologische Psychotherapeut/-innen entstehen. Hier fand bereits in den letzten Jahren ein sukzessiver Aufwuchs statt, der im Ergebnis zu keiner Versorgungsverbesserung geführt hat. Insofern wären in dieser bedarfsplanungsrechtlichen Arztgruppe strukturelle Maßnahmen angezeigt.

### **C Änderungsvorschlag**

Kein Änderungsbedarf.

## Nr. 13 § 105 Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

### A Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzgeber stellt klar, dass die Verwendung von Mitteln des Strukturfonds zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung nicht von der Feststellung einer (drohenden) Unterversorgung oder eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfes abhängt.

### B Stellungnahme

Die Klarstellung kann grundsätzlich nachvollzogen werden. Darüber hinaus besteht weiterhin der Bedarf, die Expertise der Landesverbände der Krankenkassen in die Entscheidungen zur Einsetzung der Strukturfondsmittel einfließen zu lassen. Daneben sind die Berichte über die Verwendung der Mittel des Strukturfonds, die die KVen jährlich zu erstellen haben, stark aggregiert, sodass weder eine ausreichende Transparenz über den Einsatz von 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. 14 § 106b Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Der Gesetzgeber beabsichtigt die Einführung einer pauschalen Bagatellgrenze für ärztlich verordnete Leistungen. Hierzu soll in § 106b Absatz 2 Satz 2 SGB V eine Geringfügigkeitsgrenze in Höhe von 300 Euro aufgenommen werden, bis zu deren Erreichung Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht beantragt werden können. Der Gesetzgeber erhofft sich mit dieser Maßnahme eine Verringerung der durchgeführten Prüfverfahren um 70 % und eine Entbürokratisierung durch die Vereinheitlichung der bestehenden Prüfverfahren.

### **B Stellungnahme**

Die Einführung einer gesetzlich vorgegebenen pauschalen und insbesondere sehr hohen Geringfügigkeitsgrenze von 300 Euro bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen ist nicht sachgerecht und daher entschieden abzulehnen. Die Vereinbarung von Bagatellgrenzen ist heute bereits in den regionalen Verhandlungen zwischen Landesverbänden der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen möglich. Eine generell gesetzlich vorgegebene Schwelle würde, unabhängig von den Kosten eines Verwaltungsverfahrens, auch zu einer Bezahlung unzulässiger ärztlich verordneter Leistungen führen, welche nicht mit den aufsichtsrechtlichen Vorgaben gesetzlicher Krankenkassen vereinbar wäre. Zudem könnten in der Summe sehr viele Prüfanträge mit einem insgesamt hohen Rückforderungsvolumen nicht mehr gestellt werden und einzelne Krankenkassen aufgrund von Grenzen somit komplett vom Prüfgeschehen ausgeschlossen werden. Auch der Verlust der präventiven Wirkung auf das ärztliche 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 Versichertengeldern.

Auch ohne pauschale Bagatellgrenzenregelung ist für das Jahr 2024 zudem eine nicht unerhebliche Absenkung der Prüfverfahren zu erwarten, da durch eine gesetzliche Neuregelung mit dem TSVG eine erhebliche Verkürzung der Frist, mit derer Krankenkassen rückwirkend Prüfanträge stellen können, eingeführt wurde.

### **C Änderungsvorschlag**

Streichung der vorgesehenen Regelung.

## **Nr. 15 § 116b Ambulante spezialfachärztliche Versorgung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

1. Mit dem neuen Absatz 5a sollen die einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften das Stellungnahmerecht zu Entscheidungen erhalten, die die Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V betreffen, um deren Expertise vor dem Beschluss einer Richtlinie oder der Änderung einbeziehen zu können.
2. Mit dem neuen Absatz 5b werden dem G-BA maximale Verhandlungsdauern aufgegeben. Konkret wird zur Erarbeitung von Anforderungen für eine ambulante spezialfachärztliche Versorgung einer Erkrankung jeweils ein Jahr maximal vorgegeben. Innerhalb eines Jahres maximal sollen zudem für mindestens drei weitere Erkrankungen die Anforderungen für eine ambulante spezialfachärztliche Versorgung erarbeitet werden.

### **B Stellungnahme**

zu 1.

Grundsätzlich ist die Stellungnahme von einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften zu Entscheidungen des G-BA zu befürworten.

Diese Regelung ist in ihrer Absicht insofern nachvollziehbar, aber sie ist insbesondere in Zusammenhang mit der neuen Regelung in Abs. 5b nicht zu empfehlen, weil sie den Beratungsprozess noch komplexer und umfangreicher macht und damit die Beratungsdauer verlängert.

zu 2.

Diese Regelung wäre vor dem Hintergrund der sehr langen Beratungsverläufe in ihrer Absicht zwar verständlich, aber die Umsetzbarkeit wäre nur mit einem erheblich höheren Personalaufwand leistbar und würde sich entsprechend auf die Bürokratiekosten auswirken.

### **C Änderungsvorschlag**

zu 1. Kein Änderungsbedarf.

zu 2. Streichung der vorgesehenen Regelung.

## **Nr. 16 § 117 Hochschulambulanzen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Es wird eine Legaldefinition der Weiterbildungsambulanzen angestrebt. Zusätzlich finden Rechtsangleichungen im Zusammenhang mit der Änderung in § 120 statt.

### **B Stellungnahme**

Eine Legaldefinition der Weiterbildungsambulanzen erscheint sachgerecht. Allerdings werden die Änderungen in § 120 abgelehnt, so dass keine weiteren Änderungen notwendig sind.

### **C Änderungsvorschlag**

Streichung der Änderung in b).



## **Nr. 17 § 119c Medizinische Behandlungszentren**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Durch die Regelung soll ermöglicht werden, dass Kooperationsverträge im Rahmen der neu zu regelnden Ermächtigungstatbestände nach §31 Absatz 1 Zulassungsverordnung geschlossen werden.

### **B Stellungnahme**

Einer besseren Vernetzung verschiedener Versorgungsangebote ist grundsätzlich zu begrüßen. In Absatz 2 wird eine solche generelle Zusammenarbeit bereits beschrieben. Die Notwendigkeit einer gesetzlichen Ergänzung eines einzigen Ermächtigungstatbestands wird nicht gesehen.

### **C Änderungsvorschlag**

Streichung der vorgesehenen Regelung.

## **Nr. 18 § 120 Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Es wird eine Gleichstellung der Weiterbildungsambulanzen mit weiteren ambulanten Einrichtungsformen am Krankenhaus, wie Hochschulambulanzen, angestrebt. Die Regelung sieht vor, dass die Vergütung der Weiterbildungsambulanzen unmittelbar durch die Krankenkassen erfolgt und diese die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu gewährleisten hat. Diese Verpflichtung wird beschränkt auf Leistungen, für die eine Ermächtigung vorliegt und die gegenüber Versicherten erbracht werden. Die Höhe der Vergütung soll sich an der Vergütung vergleichbarer Leistungen orientieren.

### **B Stellungnahme**

Die Änderung wird abgelehnt. Die bisherigen Regelungen sehen eine Vergütung der Leistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vor und werden damit in voller Höhe vergütet. Dass nun die Finanzierungspflicht der Krankenkassen auf weitere Kosten der Weiterbildungsambulanzen ausgedehnt werden soll, ist nicht sachgerecht.

Vielmehr findet damit eine Finanzierung der Weiterbildung durch die Krankenkassen statt, die eigentlich eine staatliche Aufgabe darstellt. Es drohen Mehrkosten für die GKV von bis zu 90 Millionen EUR jährlich auf Basis eigener Berechnungen und es unterhöhlt das Prinzip, dass die GKV ausschließlich für Kosten erbrachter Leistungen zur Krankenbehandlung aufkommt.

### **C Änderungsvorschlag**

Streichung der vorgesehenen Regelung.

## **Nr. 19 § 136 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Streichung des allgemeinen Beratungsrechtes für Pflegeberufe als Folgeänderung zur neuen Regelung in § 92 SGB V zur Einführung des Antrags- und Mitberatungsrecht der Pflegeberufe.

Darüber hinaus werden Änderungen in § 92 SGB V folgend die Beteiligungsrechte für Hebammen bei entsprechenden Richtlinien eingeräumt, soweit die Berufsausübung der Hebammen berührt ist.

### **B Stellungnahme**

Die Folgeänderungen sind sachgerecht.

### **C Änderungsvorschlag**

Kein Änderungsbedarf.

**Nr. 20 § 136b Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus**

**A Beabsichtigte Neuregelung**

Streichung des allgemeinen Beratungsrechtes für Pflegeberufe als Folgeänderung zur neuen Regelung in § 92 SGB V zur Einführung des Antrags- und Mitberatungsrecht der Pflegeberufe.

**B Stellungnahme**

Die Folgeänderungen sind sachgerecht.

**C Änderungsvorschlag**

Kein Änderungsbedarf.

## **Nr. 21 § 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Erstfassung einer Richtlinie für ein DMP und deren Aktualisierungen innerhalb von zwei Jahren nach Einleitung des jeweiligen Beratungsverfahrens zu beschließen.

### **B Stellungnahme**

Die Fristvorgabe von zwei Jahren zur Beschleunigung der Beschlussfassung zu einer DMP-Richtlinie durch den G-BA ist kritisch zu bewerten und ein unnötiger Eingriff in die Autonomie der Selbstverwaltung. Die im Vergleich zum früheren Entwurf aufgenommene Konkretisierung, dass die Frist bei Einleitung des jeweiligen Beratungsverfahrens beginnt, gibt zwar Rechtssicherheit zum Fristablauf, berücksichtigt aber nicht ausreichend den Beratungsbedarf und mögliche Verzögerungen durch äußere Umstände.

Die Richtlinienerstellung für DMP ist verbunden mit Unwägbarkeiten sowie Risiken und bedarf einer gründlichen Vorbereitung und Prüfung. Die Beschleunigung des Verfahrens ist u. a. abhängig von der Verfügbarkeit der insbesondere personellen Ressourcen im G-BA, den eingebundenen Protagonisten und beauftragten Instituten und einer ausreichenden Informations- und Entscheidungsgrundlage. Bereits die routinemäßige Aktualisierung der angebotenen DMP bindet alle Kräfte. Eine Umsetzung der Regelung wäre nur mit einem erheblich höheren Personalaufwand leistbar und würde sich entsprechend auf die Bürokratiekosten auswirken.

Das Verfahren unterliegt zudem verschiedenen Rahmenbedingungen und Prozessen, die nicht ohne Weiteres geändert werden können. Die Leitlinien-Recherche und -Bewertung des IQWiG kann - z. B. bei parallel eingeleiteten Beratungsverfahren - nur eingeschränkt arbeitsteilig erfolgen und zeitlich verkürzt werden. Auch der Rhythmus der Überarbeitung der für die Versorgungsverbesserung bedeutenden Nationalen Versorgungsleitlinien/S3-Leitlinien ist aus dem wissenschaftlichen Diskurs determiniert und muss bei der Entscheidung des G-BA über eine Erarbeitung der Richtlinien berücksichtigt werden. Die Arbeit in den AGs des G-BA mit Unterstützung von externen Experten sowie die Entscheidungsprozesse in den Gremien unterliegen wichtigen Abstimmungsverfahren. Eine Fristsetzung ab dem Zeitpunkt der Einleitung des jeweiligen Beratungsverfahrens würde den Zeitraum der Leitlinienrecherche miteinschließen und ggf. unangemessen verkürzen, da zur Auftragserteilung an das IQWiG die Beratungen bereits aufgenommen werden. Auch bei Feststellung einer in Kürze anstehenden Aktualisierung der S3-Leitlinien

könnte der G-BA diese aufgrund der hier vorgesehenen Fristsetzung nicht abwarten. Eine starre Fristvorgabe erhöht somit unangemessen den Druck auf die Mitglieder des G-BA sowie deutlich die Kosten und behindert im Konfliktfall konsensuale Lösungen. Da die Erarbeitung der Beschlüsse in der Regel zwei Jahre nicht überschreiten darf, müsste die Frist zumindest auf den Zeitpunkt aufsetzen, ab dem die Recherche und wissenschaftliche Bewertung der relevanten Leitlinien dem G-BA vorliegen.

### **C Änderungsvorschlag**

Streichung der vorgesehenen Regelung.

Wird dem Vorschlag nicht gefolgt, sollte der vorgesehene Satz zur Klarstellung wie folgt geändert werden:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Erstfassung einer Richtlinie nach Absatz 2 für die Behandlung einer Krankheit und deren Aktualisierungen innerhalb von zwei Jahren nach Vorliegen der Ergebnisse der Recherche und der Bewertung der wissenschaftlichen Grundlagen für die Anforderungen nach Absatz 2 Satz 2 zu beschließen.“

## **Nr. 22 § 140f Beteiligung von Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Das Antragsrecht der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss wird auf Richtlinien zu Modellvorhaben zur Delegation ärztlicher Aufgaben an Pflegeberufe und auf Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung erweitert.

Die Patientenvertretung erhält im Plenum des G-BA die Möglichkeit, Beschlüsse aufzuhalten, wenn die Patientenvertretung ein einheitliches Votum hierzu abgibt. Der G-BA kann die Beschlüsse dann erst in einer darauffolgenden Sitzung auch gegen das Votum der Patientenvertretung treffen.

### **B Stellungnahme**

Einer Antragspflicht der Patientenvertretung für die weiteren Regelungskompetenzen des G-BA steht nichts entgegen.

Mit der Möglichkeit eines temporären Einspruchsrechts gegenüber Beschlüssen des G-BA soll wie in der Regierungskoalition vereinbart die Stellung der Patientenvertretung gestärkt werden. Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass diese Maßnahmen dem Ziel, die Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss zu beschleunigen, auch zuwiderlaufen kann.

### **C Änderungsvorschlag**

Kein Änderungsbedarf.

## **Nr. 23 § 197a Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Der Gesetzgeber beabsichtigt die bereits bestehenden Datenübermittlungsbefugnisse auf weitere Organisationen bzw. Körperschaften zu erweitern. Die vorgesehene Ergänzung um eine neue Nummer 6 soll künftig den Kreis der Berechtigten um Gesundheitsämter, Heimaufsicht und nach Landesrecht zuständigen Gesundheitsbehörden erweitern.

### **B Stellungnahme**

Die hier vorgesehene Ergänzung und damit die Ausweitung der Datenübermittlungsbefugnis auf Gesundheitsämter, Heimaufsicht und nach Landesrecht zuständigen Gesundheitsbehörden wird ausdrücklich befürwortet. Dies gilt auch hinsichtlich der im aktuellen Gesetzentwurf vorgesehenen analogen Anwendung in § 47a Abs. 3 S. 1 SGB XI.

Gleichwohl erachten wir es für erforderlich, die Datenübermittlungsbefugnisse noch in Bezug auf weitere Organisationen bzw. Körperschaften zu erweitern. Insbesondere gilt dies für einen zukünftig rechtssicheren Datenaustausch der Fehlverhaltensbekämpfungsstellen mit Stellen, die für die Bekämpfung von 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 Leistungsmisbrauch bei den Trägern der Sozialversicherung nach den SGB II, SGB III, SGB VI sowie SGB VII zuständig sind, übermitteln können, soweit dies für die Verhinderung oder Aufdeckung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Stelle erforderlich ist.

Ferner sehen wir den Bedarf, die Datenübermittlungsbefugnisse auf Landesfinanzbehörden und die Behörden des Zollfahndungsdienstes auszuweiten. Den Landesfinanzbehörden ist es aus datenschutzrechtlichen Gründen leider nicht gestattet, Erkenntnisse von dolosen Handlungen bei Leistungsanbietern im Gesundheitswesen an andere Krankenkassen weiterzuleiten. Die gesetzlichen Krankenkassen haben diese Befugnis nach § 197a Abs. 3 a und b SGB V und sind berechtigt und verpflichtet, diese Daten untereinander und mit Dritten auszutauschen.



Eine explizite Rechtsänderung in den für die jeweiligen Stellen/Organisationen maßgeblichen Gesetzen wäre wohl nicht zwingend notwendig, würde aber sicher zur Klarheit und Rechtssicherheit beitragen.

Weiteren Handlungs- und Ergänzungsbedarf sehen wir in einer Erweiterung der Berichtspflichten der Krankenkassen gem. § 197a Abs. 5 SGB V. Die Verpflichtung im Abstand von zwei Jahren über die Arbeit und Ergebnisse der Stellen zu berichten, hierbei die Anzahl der Leistungserbringenden und Versicherten, bei denen es im Berichtszeitraum Hinweise auf Pflichtverletzungen oder Leistungsmissbrauch gegeben hat, die Anzahl der nachgewiesenen Fälle, die Art und Schwere des Pflichtverstoßes und die dagegen getroffenen Maßnahmen sowie der verhinderte und der entstandene Schaden zu nennen, sollte hinsichtlich der Kennzahlen explizit auf Ebene der Bundesländer erfolgen.

Wir halten dies für erforderlich, um auf diese Weise den Handlungsbedarf hinsichtlich der erforderlichen Zusammenarbeit mit den Strafverfolgungsbehörden, die dem Landesrecht unterliegen, deutlich machen zu können. Die Berichterstattung auf Ebene der Bundesländer könnte dazu beitragen, den nötigen Handlungsbedarf identifizieren und messen zu können, um daraus konkrete Maßnahmen hinsichtlich der erforderlichen Aufstellung von Ressourcen bei der Polizei, den Staatsanwaltschaften und Gerichten abzuleiten.

### **C Änderungsvorschlag**

§ 197a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „, wenn angezeigt ihre Landesverbände,“ durch die Wörter „ihre Landesverbände“ ersetzt.

bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz 3 angefügt:

„Krankenkassen und ihre Landesverbände haben eine Vereinbarung über die Aufgabenverteilung bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen zu treffen.“

b) Absatz 3b wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) In Nummer 4 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.

bbb) In Nummer 5 wird der Punkt am Satzende durch das Wort „und“ ersetzt.

ccc) Nach Nummer 5 wird folgende Nummer 6 angefügt:

„6. die Gesundheitsämter, Heimaufsichten und nach Landesrecht zuständigen Gesundheitsbehörden.“

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

**8. die mit der Steuerfahndung beauftragten Dienststellen der Landesfinanzbehörden und die Behörden des Zollfahndungsdienstes nach § 208 AO.**

bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Die Stellen nach Absatz 3b dürfen personenbezogene Daten, die von ihnen zur Erfüllung ihrer Aufgaben erhoben oder an sie übermittelt wurden, an die Einrichtungen nach Absatz 1 übermitteln, soweit dies für die Feststellung und Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen durch die Einrichtungen nach Absatz 1 erforderlich ist.“

c) Nach Absatz 3b wird folgender Absatz 3c eingefügt:

„(3c) Einrichtungen nach Absatz 1 dürfen Datenbestände mit denen anderer Kassen und der weiteren anderen in Absatz 1 genannten Organisationen zum Zweck der Entwicklung von datenbasierten Verfahren zur Erkennung von Fehlverhalten zusammenführen. Der Versichertenbezug ist zuvor zu entfernen. Einrichtungen nach Absatz 1 dürfen nur ihre eigenen Datenbestände mit den Verfahren nach Satz 1 zur Erkennung von Verdachtsfällen auswerten.“

**d) Absatz 5 wird um folgenden Satz 4 ergänzt:**

**„Die Kennzahlen gem. Satz 3 sind für das jeweilige Organisationsgebiet der Krankenkassen sowie auf Ebene der Bundesländer darzustellen.“**

e) Nach Absatz 6 wird folgender Absatz 7 eingefügt:

„(7) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit auf der Grundlage eines von ihm zu beauftragenden Gutachtens bis zum <Datum> ein Konzept zum Aufbau und Betrieb einer zentralen Datenbank vor, die den Krankenkassen Informationen über Sachverhalte oder Auffälligkeiten zur Verfügung stellt, welche auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen hindeuten (Betrugspräventionsdatenbank). Das Konzept zum Aufbau und Betrieb einer Betrugspräventionsdatenbank hat insbesondere zu beinhalten:

1. eine Empfehlung zur Zuweisung der Trägerschaft der Datenbank an eine bestimmte Stelle,

2. Empfehlungen, welche Informationen zu welchem Zweck in der Datenbank erfasst werden sollen einschließlich der Anforderungen an die Qualität der einzutragenden Hinweise,
3. Vorschläge, wie die Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen einen aktiven Zugriff auf die Datenbank erhalten können, um neben einem lesenden Zugriff auch Daten einpflegen zu können sowie
4. eine Darstellung etwaiger datenschutzrechtlicher Hindernisse bei dem Aufbau und dem Betrieb einer solchen Datenbank sowie möglicher Lösungsoptionen.“

## Nr. 24 § 217f Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sowie Artikel 2 Nr. 3 § 53 SGB XI als Folgeänderung

### A Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-Spitzenverband soll in einer Richtlinie innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes verbindliche Vorgaben für die einheitliche Erhebung und Veröffentlichung von Kennzahlen zur Leistungstransparenz und zur Servicequalität der einzelnen Kranken- und Pflegekassen festlegen. Die Erhebung der Daten soll folgende Faktoren und Themen inkludieren:

Anträge auf Leistungen, Widersprüche und Klagen

1. Die Anzahl von Anträgen, differenziert nach Leistungsbereichen und nach den Merkmalen „Genehmigung“ bzw. „Bewilligung“ oder „Ablehnung“ sowie im Verhältnis zur Anzahl der insgesamt gestellten Anträge,
2. Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer für Anträge, mindestens differenziert nach den nach Nummer 1 festgelegten Leistungsbereichen, wobei für die Pflegekassen bei der Bearbeitungsdauer von Anträgen, die eine Begutachtung zur Einstufung in einen Pflegegrad nach sich ziehen, zwischen Fällen mit einer 25-Arbeitstage-Frist (nach § 18c Absatz 1 Satz 1) und Fällen, in denen eine verkürzte Begutachtungsfrist (nach § 18a Absatz 5 und 6) zu unterscheiden ist,
3. Die Anzahl der Widersprüche sowie der aus Sicht der Leistungsberechtigten erfolgreichen Widersprüche, differenziert nach Leistungsbereichen sowie im Verhältnis zur Anzahl der insgesamt gestellten Anträge und eingelegten Widersprüche,
4. Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer für Widersprüche, mindestens differenziert nach den nach Nummer 3 festgelegten Leistungsbereichen,
5. Die Anzahl der Klagen sowie der aus Sicht der Leistungsberechtigten erfolgreichen Klagen, differenziert nach Leistungsbereichen sowie im Verhältnis zur Anzahl der insgesamt eingelegten Widersprüche und erhobenen Klagen.
6. Qualität von Beratungs- und Unterstützungsangeboten der Kranken- und Pflegekassen

Insbesondere

- a. zum Antragsprozess im Leistungsgeschehen,
- b. zum Beschwerdemanagement sowie
- c. zur Förderung der Patientensicherheit,
- d. bei der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI zur Unterscheidung des Beratungsortes in vier Kategorien: in der häuslichen Umgebung bzw. der Einrichtung,

in der die pflegebedürftige Person wohnt, in Pflegestützpunkten oder Pflegeberatungsstellen oder sonst vor Ort, als Videokonferenz oder aber als telefonische Beratung,

- e. bei den Pflegekursen nach § 45 SGB XI ist zu differenzieren nach Gruppenkursen vor Ort, Schulungen in der häuslichen Umgebung der pflegebedürftigen Person oder digitalen Pflegekursen.

## 7. Stand der Digitalisierung der Krankenkassen

Insbesondere zur

- a. Ausstattung der Versicherten mit der elektronischen Gesundheitskarte mit einer kontaktlosen Schnittstelle und deren persönlicher Identifikationsnummer,
- b. Bereitstellung und Nutzung der elektronischen Patientenakte,
- c. Bereitstellung und Nutzung der sicheren digitalen Identitäten.

Die Kennzahlen sollen erstmals für das Berichtsjahr 2025 auf einer digitalen und interaktiven Plattform veröffentlicht werden.

### **B Stellungnahme**

Die AOK steht für Transparenz. Als erste große Kassenart hat die AOK bereits 2020 mit einer Transparenzoffensive gegenüber Versicherten auf freiwilliger Basis einen Standard für Veröffentlichungen im Leistungsgeschehen gesetzt. Die AOK wird daher das Vorhaben der Politik selbstverständlich konstruktiv begleiten.

Die Regelungen werden im Einzelnen wie folgt bewertet:

#### 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 vermitteln. Hierauf sollte verzichtet werden.

Bei den Kennzahlen zur Förderung der Patientensicherheit ist zumindest zu beachten, dass die Unterstützung der Kranken- und Pflegekassen bei vermuteten Behandlungs- oder Pflegefehlern gem. § 66 SGB V immer fallindividuell und in enger Abstimmung mit dem jeweiligen Versicherten erfolgt, was einen Vergleich erschwert. Daher scheinen nur orientierende Kennzahlen sinnvoll, wie sie bereits in den freiwilligen Transparenzberichten dargestellt sind.

#### Kennzahlen zum Stand der Digitalisierung

Im Gesetzentwurf sind neben der Angabe des Ausstattungsgrades, z. B. im Hinblick auf die ePA, auch Informationen zur tatsächlichen Nutzung, zur Bewertung durch Versicherte oder Nutzungsabbrüche in verschiedenen Nutzungsstadien (Onboard-

ding, 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 erhebbare sowie vergleichbar sind und auch den Versicherten einen Mehrwert bieten.

#### Finanzieller und bürokratischer Aufwand

Die Gesetzesbegründung geht von einem geringfügigen, nicht quantifizierbaren Aufwand für die Datenerhebung bei den Kranken- und Pflegekassen aus. Da der Aufwand von der Ausgestaltung der Erhebung der Daten und der technischen Schnittstellen abhängt, könnte sich der Aufwand doch als wesentlich höher herausstellen. Grundsätzlich ist der zusätzliche bürokratische Aufwand, der durch das gesetzliche Vorhaben entsteht, zu berücksichtigen.

#### Evaluation

Der Gesetzentwurf sieht eine Pflicht vor, die Richtlinie sowie ihre Umsetzung extern evaluieren zu lassen, damit sind zusätzliche Kosten und Aufwände verbunden. Die jährlich vorgesehene Überprüfung der verbindlichen Vorgaben durch den GKV-SV gemeinsam mit seinen Mitgliedern wird ausdrücklich begrüßt und als ausreichend für eine Qualitätssicherung erachtet.

### **C Änderungsvorschlag**

Es sollen insbesondere folgende Regelungen gestrichen werden:

- § 217 f Abs. 4 Satz 4 Nr. 4 SGB V Kennzahl zur Dauer von Widerspruchsverfahren
- § 217f Abs. 4 Satz 4 Nr. 6 Buchstaben a) und b) SGB V Kennzahlen zur Servicequalität (Antragsprozess und Beschwerdemanagement)
- § 217f Abs. 4 Satz 4 Nr. 7 SGB V Kennzahlen zum Stand der Digitalisierung
- § 217f Abs. 4 Satz 12 SGB V Evaluation der Umsetzung der Richtlinie



## **Nr. 25 § 226 Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtig Beschäftigter**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Es werden Waisenrenten und Hinterbliebenenversorgungen in der Krankenversicherung beitragsfrei gestellt, wenn neben diesen Leistungen ein Freiwilligendienst abgeleistet wird. Nach dem bisherigen Recht sind die genannten Versorgungen nach Beginn des Freiwilligendienstes beitragsrechtlich zu berücksichtigen, während sie für sich allein betrachtet bis zum Erreichen der Altersgrenze nach § 10 Absatz 2 SGB V beitragsfrei sind.

### **B Stellungnahme**

Mit Beginn eines Freiwilligendienstes tritt nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V Versicherungspflicht ein, diese verdrängt die bestehende Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b SGB V, die die Voraussetzung für die Beitragsfreiheit der Waisenrente bzw. entsprechender Hinterbliebenenversorgung nach § 237 Satz 2 und 3 SGB V ist. Durch die Ergänzung der gesetzlichen Regelung können sich Waisen zukünftig durch die Aufnahme eines Freiwilligendienstes für die Gesellschaft engagieren und werden dadurch nicht schlechter gestellt. Diese Anpassung der gesetzlichen Regelung führt zwar zu einer geringen Mindereinnahme durch die ausfallenden Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung, sie ist aber nachvollziehbar und dient vorrangig der Förderung der Freiwilligendienste.

### **C Änderungsvorschlag**

Kein Änderungsbedarf.

## **Artikel 2 Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

### **Nr. 1 § 25 Familienversicherung**

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nr. 1 (Nachziehen in der sozialen Pflegeversicherung). Auch hier können künftig Rentnerinnen und Rentner nicht in der Familienversicherung versichert werden, wenn sie zuvor nicht gesetzlich versichert waren und nur aufgrund der Wahl einer Teilrente mit ihrem Gesamteinkommen unterhalb der Einkommensgrenze für die Familienversicherung liegen.

#### **B Stellungnahme**

Durch die notwendige Folgeänderung zu Artikel 1 Nr. 1 wird sichergestellt, dass die Neuregelung in der Familienversicherung zur Systemabgrenzung zwischen GKV und privater KK auch für die Familienversicherung in der sozialen Pflegeversicherung gilt.

#### **C Änderungsvorschlag**

Kein Änderungsbedarf.

## **Nr. 2 § 47a Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Der Gesetzgeber beabsichtigt die bereits bestehenden Datenübermittlungsbefugnisse auf weitere Organisationen bzw. Körperschaften zu erweitern. Die vorgesehene Ergänzung soll künftig den Kreis der Berechtigten um Gesundheitsämter, Heimaufsicht und nach Landesrecht zuständigen Gesundheitsbehörden erweitern. Es handelt sich um eine Parallelnorm zu § 197a SGB V.

### **B Stellungnahme**

Siehe Ausführungen unter Nr. 23.

### **C Änderungsvorschlag**

Siehe Ausführungen unter Nr. 23.

### **Nr. 3 § 53 Aufgaben auf Bundesebene**

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Die Bewertung zur Transparenz der Leistungen der Pflegeversicherung wurde in die Stellungnahme zur Transparenz im Leistungsgeschehen der gesetzlichen Krankenversicherung integriert. Die Stellungnahme zu dieser Vorschrift befindet sich unter Artikel 1 Nr. 24 § 217f Absatz 4 SGB V Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen.

#### **B Stellungnahme**

Siehe Ausführungen unter Nr. 24.

#### **C Änderungsvorschlag**

Siehe Ausführungen unter Nr. 24.

## **Nr. 4 § 57 Beitragspflichtige Einnahmen**

### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Anpassung werden Waisenrenten und Hinterbliebenenversorgungen auch in der sozialen Pflegeversicherung beitragsfrei gestellt, wenn neben diesen Leistungen ein Freiwilligendienst abgeleistet wird. Nach dem bisherigen Recht sind die genannten Versorgungen nach Beginn des Freiwilligendienstes beitragsrechtlich zu berücksichtigen, während sie für sich allein betrachtet bis zum Erreichen der Altersgrenze nach § 10 Absatz 2 SGB V beitragsfrei sind.

### **B Stellungnahme**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nr. 29 (§ 226 SGB V), somit sind Waisenrenten und Hinterbliebenenversorgungen auch in der sozialen Pflegeversicherung beitragsfrei, wenn neben dem Bezug der Versorgungen ein Freiwilligendienst abgeleistet wird. Diese Anpassung der gesetzlichen Regelung führt zwar zu einer geringen Mindereinnahme durch die ausfallenden Beiträge in der sozialen Pflegeversicherung, sie ist aber nachvollziehbar und dient vorrangig der Förderung der Freiwilligendienste.

### **C Änderungsvorschlag**

Kein Änderungsbedarf.

## **Artikel 5 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

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

#### **A Beabsichtigte Neuregelung**

Mit der Streichung des § 26 Krankenhausfinanzierungsgesetz werden das Zusatzentgelt für die Vergütung der Kosten durchgeführter Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 bei stationärer Krankenhausbehandlung aufgehoben. Für Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2 werden zukünftig entstehende Kosten im Rahmen der regulären Entgelte berücksichtigt.

#### **B Stellungnahme**

Nach dem Ende der SARS-CoV-2-Pandemie ist diese Sonderregelung nicht mehr erforderlich. Zukünftig erfolgt eine Vergütung systemimmanent über das DRG-System. Die Streichung ist sachgerecht und zu begrüßen.

#### **C Änderungsvorschlag**

Kein Änderungsbedarf.

## Artikel 6 Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

### § 31 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

#### A Beabsichtigte Neuregelung

Die Neuregelung schafft für eine definierte Patientengruppe weitere Ermächtigungstatbestände, um dadurch zusätzliche Versorgungsaufträge zur Verbesserung der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung für Patientinnen und Patienten zu ermöglichen, die aufgrund ihrer persönlichen und sozialen Lebensumstände einen besonders erschwerten Zugang zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung haben.

#### B Stellungnahme

Der Gesetzgeber hat richtigerweise erkannt, dass vulnerable Patientinnen und Patienten einen erschwerten Zugang zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung haben. Statt durch strukturelle Maßnahmen den Zugang insgesamt zu verbessern, wird das System durch einen weiteren Ermächtigungstatbestand komplizierter. Zwar kann durch die vorgeschriebene Kooperationsvereinbarung, z. B. mit der Krisenhilfe, tatsächlich der Zugang verbessert werden, jedoch gilt auch hier, dass eine bessere (auch SGB-übergreifende) Vernetzung insgesamt notwendig wäre. Gleichzeitig fördert die Regelung den Aufbau von Doppelstrukturen, gerade für Personen mit erheblichen Einschränkungen des psychosozialen Funktionsniveaus wurde die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur koordinierten Versorgung für schwer psychisch Erkrankte (KSVPsych-Richtlinie) beschlossen, die insbesondere die Netzwerk- und Kooperationsarbeit fördert.

Erschwerend kommt hinzu, dass die vorgesehene Patientengruppe nicht eindeutig definiert und die Einhaltung der Begrenzung der Versorgung auf diese Patientengruppe nicht überprüfbar ist. Insofern besteht ein hohes Risiko für eine Mengenausweitung im Bereich der Psychotherapie. Eine vollständige Berücksichtigung in der Bedarfsplanung ist notwendig.

Des Weiteren ist bzgl. der Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der ambulanten Psychotherapie auf die Regelungen der Psychotherapie-Richtlinie zu verweisen.

#### C Änderungsvorschlag

Streichung der vorgesehenen Regelung.

### III. Zusätzlicher Änderungsbedarf aus Sicht des AOK-Bundesverbandes

#### Regelungsvorschlag zur Weiterentwicklung der rechtlichen Rahmenbedingungen der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V

##### Sachstand

Mit den gesetzlichen Vorgaben zur hausarztzentrierten Versorgung soll für die Krankenkassen die Möglichkeit bestehen, die Versorgung regional, qualitätsorientiert und effizient zu gestalten. Im SGB V ist seit 2007 verankert, dass die Krankenkassen ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) anzubieten haben.

Mittlerweile bestehen in nahezu allen Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), außer in Mecklenburg-Vorpommern, HzV-Verträge. Jedoch unterscheiden sich die Verträge in der Ausgestaltung teilweise sehr deutlich.

Neben sogenannten Vollversorgungsverträgen, bei dem der Leistungsbedarf des HzV-Vertrages im Budget (budgetierte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung) der entsprechenden KV bereinigt wird, bestehen sogenannte Add-on-Verträge, bei denen Leistungen zusätzlich zur bestehenden Regelversorgung vereinbart wurden.

Die letzten Jahre der Umsetzung der Verträge der hausarztzentrierten Versorgung zeigen, dass die HzV dort besonders gut funktioniert, wo die Vertragspartner die Verträge gemeinsam partnerschaftlich weiterentwickeln und umsetzen. Es zeigt sich aber auch, dass die aktuellen gesetzlichen Vorgaben zur hausarztzentrierten Versorgung die ärztliche Vertragsseite bevorzugt und die Einflussnahme der Krankenkassen, die regionalen Versorgungsbedürfnisse der Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen, eingeschränkt haben.

Durch die aktuelle Diskussion zur Weiterentwicklung und Stärkung der primärärztlichen Versorgungsstrukturen mit dem GVSG, der Krankenhausreform mit den sogenannten „sektorenübergreifenden Versorgern“ (vormals Level 1i), vorläufigen Eckpunkten des geplanten Pflegekompetenzgesetzes und der damit angestrebten Stärkung der Pflege sowie den AOK-Forderungen zur Innovationsfunktion regionaler Vertragsgestaltung (vgl. Regelungsvorschlag § 123 (neu) SGB V) ist es aus Sicht der AOKs erforderlich, die gesetzlichen Rahmenbedingungen zur hausarztzentrierten Versorgung den regionalen Versorgungsbedürfnissen anzupassen.



## Änderungsvorschlag

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

### § 73b SGB V

#### Hausarztzentrierte Versorgung

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

- (1) Die Krankenkassen ~~haben~~ Die Krankenkassen **kön-** Aufgrund der Weiterent-  
ihren Versicherten eine **nen** ihren Versicherten wicklungen der primär-  
besondere hausärztliche eine besondere haus- ärztlichen Regelversor-  
Versorgung (hausarzt- ärztliche Versorgung gung ist der Kontrahie-  
zentrierte Versorgung) (hausarztzentrierte rungszwang eines Ver-  
anzubieten. Versorgung) anbieten. trages zur hausarzt-  
zentrierten Versorgung  
abzuschaffen und in eine  
freiwillige Möglichkeit zu  
ändern.
- (2) Dabei ist sicherzustellen, dass die hausarzt-  
zentrierte Versorgung insbesondere folgenden An-  
forderungen genügt, die über die vom Gemeinsa-  
men Bundesausschuss sowie in den Bundesmantel-  
verträgen geregelten Anforderungen an die haus-  
ärztliche 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) <sup>1</sup>Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig. <sup>2</sup>Die Teilnehmer verpflichten sich schriftlich oder elektronisch gegenüber ihrer Krankenkasse, nur einen von ihnen aus dem Kreis der Hausärzte nach Absatz 4 gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen sowie ambulante fachärztliche Behandlung mit Ausnahme der Leistungen der Augenärzte und Frauenärzte nur auf dessen Überweisung; die direkte Inanspruchnahme eines Kinder- und Jugendarztes bleibt unberührt. <sup>3</sup>Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. <sup>4</sup>Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. <sup>5</sup>Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht schriftlich oder elektronisch mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. <sup>6</sup>Wird das Widerrufsrecht nicht ausgeübt, ist der Versicherte an seine Teilnahmeerklärung und an die Wahl seines Hausarztes mindestens ein Jahr gebunden; er darf den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln. <sup>7</sup>Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur Bindung an den gewählten Hausarzt, zu weiteren Ausnahmen von dem Überweisungsgebot und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten, regeln die Krankenkassen in den Teilnahmeerklärungen. <sup>8</sup>Die Satzung der Krankenkasse hat Regelungen zur

Abgabe der Teilnahmeerklärung zu enthalten; die Regelungen sind auf der Grundlage der Richtlinie nach § 217f Absatz 4a zu treffen.

- (4) ~~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 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~~
- ~~1Zur Sicherstellung des Angebots nach Absatz 1 können~~ Krankenkassen allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen Verträge mit mindestens einem der folgenden Vertragspartner schließen:
- Die bisherige Mandatierung hat in der Regel keine flächendeckende Versorgung bei Vollversorgungungsverträgen gesichert. Aufgrund der Freiwilligkeit des Vertrages soll auch ein regionales Angebot möglich sein. Bei freiwilligen Verträgen ist auf die Einleitung von Schiedsverfahren zu verzichten.

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <p>1. vertragsärztlichen Leistungserbringern, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen,</p> <p>2. Gemeinschaften dieser Leistungserbringer,</p> <p>3. Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen, anbieten,</p> | <p>4. Kassenärztlichen Vereinigungen <del>se-<br/>weit Gemeinschaften nach Nummer 2 sie hierzu ermächtigt haben.</del></p> <p>4. Kassenärztlichen Vereinigungen</p> <p>5. <u>Berufs- und Interessenverbänden der Leistungserbringer nach Nummer 1 zur Unterstützung von Mitgliedern, die an der besonderen hausärztlichen Versorgung teilnehmen.</u></p> <p><u>Die Teilnahme von Vertragsärzten in Satz 1 ist freiwillig.</u></p> | <p>Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen als eigenständige Vertragspartner einer HzV möglich sein, ohne dass sie zwingend von den Gemeinschaften dazu ermächtigt werden. Die Erweiterung um Berufs- und Interessensverbänden vergrößert die Möglichkeiten der Vertragspartner und ist analog der Regelungen in § 140a aufgenommen.</p> <p>Satz 2 stellt klar, dass die Vertragsärzte nach § 73 nicht verpflichtend am Vertrag zur HzV teilnehmen müssen.</p> |
|---|---|--|

**Aktueller Gesetzestext****Vorschlag neuer  
Gesetzestext****Erläuterungen**

~~4Finden 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 meh-  
reren der in Satz 3 genannten Vertragspartner zu  
schließen. 5In 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.~~

6Soweit die hausärztliche  
Versorgung der Versi-  
cherten durch Verträge  
nach diesem Absatz  
durchgeführt wird, ist der  
Sicherstellungsauftrag  
nach § 75 Abs. 1 einge-  
schränkt.

3Soweit 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.

4Dies gilt nicht für Ver-  
träge nach Satz 1 Nr. 4.

Aufgrund der Freiwillig-  
keit des Vertragsab-  
schlusses sind Satz 4 und  
5 zu streichen.

Anpassung der Satznum-  
merierung

Klarstellung, dass der Si-  
cherstellungsauftrag  
durch die KV nach § 75  
Abs. 1 nicht einge-  
schränkt ist, wenn die KV  
auch Vertragspartner der  
HzV ist.

7Satz 6 gilt nicht für die  
Organisation der ver-  
tragsärztlichen Versor-  
gung zu den sprechstun-  
denfreien Zeiten.

8Satz 6 gilt nicht für die  
Organisation der ver-  
tragsärztlichen Versor-  
gung zu den sprech-  
stundenfreien Zeiten.

Änderung der Satznum-  
merierung

(4a) ~~1Beantragt eine Gemeinschaft gemäß Absatz 4  
Satz 2 die Einleitung eines Schiedsverfahrens, ha-  
ben sich die Parteien auf eine unabhängige~~

Aufgrund der Freiwillig-  
keit des Vertragsab-

**Aktueller Gesetzestext**

**Vorschlag neuer  
Gesetzestext**

**Erläuterungen**

~~Schiedsperson zu verständigen, die den Inhalt des Vertrages nach Absatz 4 Satz 1 festlegt. <sup>2</sup>Einigen sich die Parteien nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. <sup>3</sup>Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. <sup>4</sup>Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung. <sup>5</sup>Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts richten sich gegen eine der beiden Vertragsparteien, nicht gegen die Schiedsperson.~~

schluss sind die Regelungen zu einem verpflichtenden Schiedsverfahren in Absatz 4a zu streichen.

(5) ~~<sup>1</sup>In 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 zur Qualitätssicherung zu vereinbaren.~~

Nicht zuletzt aufgrund der eingeführten Regelungen zum Wahltarif haben alle AOKs Wirtschaftlichkeitsberechnungen zu möglichen Einsparungen und Effizienzgewinnen vorgenommen. Die Betrachtung erfolgte jeweils nach geltenden wissenschaftlichen Standards. Aufgrund der mehrfachen Nachweise der fehlenden Wirtschaftlichkeit verschiedener HzV-Verträge der AOKs sind die Vorgaben zur Beitragssatzstabilität wieder zu berücksichtigen.

sowie Regelungen zur Qualitätssicherung zu vereinbaren.

Der fehlende Nachweis der Wirtschaftlichkeit gilt vor allem für Vollversorgungsverträge, die

durch Schiedsspruch festgelegt wurden, da die Strategie einer deutschlandweit einheitlichen Vertragsstruktur der HÄVG nicht 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.

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 Untersuchungs- und Behandlungsmethoden betreffen, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. <sup>4</sup>Die Einzelverträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen regeln. <sup>5</sup>§ 106d Absatz 3 gilt hinsichtlich der arzt- und versichertenbezogenen Prüfung der Abrechnungen auf Rechtmäßigkeit entsprechend.

Die 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.

Die Vertragspartner haben für die Erfüllung der Aufgaben nach Satz 6 die notwendigen Daten wie Arzt- und Versicherungsteilnahmedaten sowie EBM-Positionen des Versorgungsauftrages des Vertrages nach Abs. 4 an die Kassenärztlichen Vereini- Vorzusehen ist eine verpflichtende Unterstützung seitens der KVen zur Einführung von Regelwerksprüfungen der KV-Abrechnungen durch HzV-Hausärzte bei Versorgungsverträgen. Dabei sind Abrechnungen von HzV-Hausärzten für EBM-Leistungen für Versicherte, die in der HzV der KV-Quartalsabrechnung zurückzuweisen,

**Aktueller Gesetzestext****Vorschlag neuer  
Gesetzestext****Erläuterungen**

gungen für die Regelwerksprüfung zu liefern. Näheres dazu regeln die Vertragspartner in ihrem Vertrag.

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

wenn diese Leistungen im Ziffernkranz der HzV-Verträge enthalten sind.

<sup>6</sup>Zugelassene strukturierte Behandlungsprogramme nach §§ 137f und 137g sind, soweit sie die hausärztliche Versorgung betreffen, Bestandteil der Verträge nach Absatz 4. <sup>7</sup>Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen können nicht Gegenstand der Verträge sein.

<sup>10</sup>Zugelassene strukturierte Behandlungsprogramme nach §§ 137f und 137g sind, soweit sie die hausärztliche Versorgung betreffen, Bestandteil der Verträge nach Absatz 4. <sup>11</sup>Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen können nicht Gegenstand der Verträge sein.

Anpassung der Satznummerierung

(5a) <sup>1</sup>Kündigt 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. <sup>2</sup>Dies gilt nicht bei einer außerordentlichen Kündigung nach § 71 Absatz 6 Satz 3.

Mit der im TSVG (2019) zu § 73b Abs. 5a SGB V aufgenommenen Regelung gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrages vorläufig bis zum Zustandekommen eines neuen Vertrages weiter. Dies gilt

allerdings nur, wenn eine Krankenkasse einen HzV-Vertrag kündigt. Wenn der hausärztliche Vertragspartner also keinen Bedarf zur Verhandlung neuer bzw. angepasster Vertragsinhalte sieht, da sich aus seiner Sicht der Status quo verschlechtert oder er andere Interessen verfolgt, gelten die bisherigen Vertragsinhalte mit seinen Leistungen und Vorgaben selbst bei Kündigung des Vertrages durch die Krankenkasse auf unbestimmte Zeit weiter.

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) <sup>1</sup>Die Vertragspartner der Gesamtverträge haben den Behandlungsbedarf nach § 87a Absatz 3 Satz 2 zu bereinigen. <sup>2</sup>Die Bereinigung erfolgt rechtzeitig zu dem Kalendervierteljahr, für welches die Gesamtvergütung bereinigt werden soll, entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der für

dieses Kalendervierteljahr eingeschriebenen Versicherten sowie dem vertraglich vereinbarten Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach § 87a Absatz 5 Satz 7. <sup>3</sup>Dabei können die Bereinigungsbeträge unter Beachtung der Maßgaben nach Satz 2 auch pauschaliert ermittelt werden. <sup>4</sup>Kommt eine rechtzeitige Einigung über die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nicht zustande, können auch die Vertragspartner der Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung das Schiedsamt nach § 89 anrufen. <sup>5</sup>Die für die Bereinigungsverfahren erforderlichen arzt- und versichertenbezogenen Daten übermitteln die Krankenkassen den zuständigen Gesamtvertragspartnern bis spätestens drei Wochen vor dem Kalendervierteljahr, für welches die Gesamtvergütung für die in diesem Kalendervierteljahr eingeschriebenen Versicherten bereinigt werden soll. <sup>6</sup>Die Krankenkasse kann, falls eine rechtzeitige Bereinigung nicht festgesetzt worden ist, den Behandlungsbedarf unter Beachtung der Maßgaben nach Satz 2 vorläufig bereinigen. <sup>7</sup>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. <sup>8</sup>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 anzu-

wenden. „Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die zur Bereinigung erforderlichen Vorgaben im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben umzusetzen.

- (8) Die Vertragsparteien nach Absatz 4 können vereinbaren, dass Aufwendungen für Leistungen, die über die hausärztliche Versorgung nach § 73 hinausgehen und insoweit nicht unter die Bereinigungspflicht nach Absatz 7 fallen, aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die aus den Maßnahmen von Verträgen nach Absatz 4 erzielt werden, finanziert werden.
- (9) Die Einhaltung der nach Absatz 5 Satz 1 vereinbarten Wirtschaftlichkeitskriterien muss spätestens vier Jahre nach dem Wirksamwerden der zugrunde liegenden Verträge nachweisbar sein; § 88 Absatz 2 des Vierten Buches gilt entsprechend.

## Regelungsvorschlag für „Primärversorgungszentren“ als wesentlicher Baustein für eine patientenzentrierte Versorgung

### Sachstand

Die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in den Regionen gestaltet sich zunehmend schwierig. Der ärztliche Nachwuchs fehlt oder ist nicht bereit, sich in ländlichen, strukturschwachen Regionen niederzulassen. Zudem stellt die junge Generation der Ärztinnen und Ärzte andere Ansprüche an die Niederlassung. Eine Zulassung in einer Einzelpraxis passt häufig nicht mehr zu den Ansprüchen der jungen Ärztinnen und Ärzte, die Familie und Beruf miteinander verbinden wollen und daher eher eine Anstellung oder eine Arbeit in einem Praxisteam anstreben. Außerdem sollte gerade aufgrund des Mangels an Hausärztinnen und Hausärzten eine Konzentration auf die medizinische Kernkompetenz möglich sein und daher verstärkt interprofessionell versorgt werden. Es bedarf neuer Formen der Zusammenarbeit.

Die Niederlassungsmöglichkeiten müssen für die nachfolgende Generation der Ärztinnen und Ärzte attraktiv gestaltet sein, um den Herausforderungen gewachsen zu sein.

### Änderungsbedarf und Begründung

Die AOK hat daher einen eigenen Regelungsvorschlag für Primärversorgungszentren entwickelt, um die ambulanten Herausforderungen in den Regionen zu lösen und die sektoren- und professionsübergreifende Transformation voranzutreiben. Hierzu ist es notwendig, dass Primärversorgungszentren flächendeckend und damit niedrigschwellig umgesetzt werden können und ausreichend regionaler Spielraum für die bedarfsgenaue Ausgestaltung besteht. Durch die Schaffung einer Grundlage für interprofessionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe werden attraktive Perspektiven für Fachpersonal geschaffen, wodurch auch bereits länger bestehende Sicherstellungsprobleme gelöst werden können. Für die Patient/-innen muss es eine spürbar verbesserte Erreichbarkeit und geringere Fragmentierung der Versorgung geben. Die wesentlichen Inhalte und Charakteristika des AOK-Vorschlags lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- **Versorgungsauftrag:** In einem Primärversorgungszentrum soll eine umfassende hausärztliche Versorgung, unter Einbindung medizinisch pflegerischer Leistungen, als interprofessionelle Teamleistung erbracht werden. Das Zentrum stellt die niedrigschwellige Primärversorgung sicher und koordiniert die für eine patientenorientierte, gesamtheitliche und kontinuierliche Versorgung erforderlichen Maßnahmen. Je nach regionalem Bedarf können auch grundversorgende Fachärztinnen und Fachärzte oder weitere Gesundheitsprofessionen sowie soziale

Beratungsangebote und Nachsorge- und Beobachtungsmöglichkeiten das Versorgungsangebot ergänzen.

- **Bedarfsfeststellung und Planung:** Der Bedarf für ein Primärversorgungszentrum wird vom Landesausschuss festgestellt und im Bedarfsplan festgeschrieben. Laut bestehenden gesetzlichen Regelungen kann der erweiterte Landesausschuss nach § 90a SGB V eine Stellungnahme zum Bedarfsplan abgeben, wodurch weitere Expertise einfließt. Der Bedarf kann dabei auch aus Versorgungsproblemen resultieren, die nicht alleine auf den ärztlichen Versorgungsgrad zurückzuführen sind. In einer korrespondierenden Änderung ist festzulegen, dass die Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) Vorgaben zur Bedarfsfeststellung, Regionsabgrenzung, inhaltlichen Ausrichtung und Anrechnung von Primärversorgungszentren vorstehen muss.
- **Gründung:** Primärversorgungszentren können von Leistungserbringenden oder Gemeinschaften von Leistungserbringenden nach Kapitel 4 SGB V sowie nach §§ 71 f. SGB XI, Kassenärztlichen Vereinigungen sowie Kommunen errichtet werden. Eine Beschränkung auf (drohend) unterversorgte Planungsbereiche erfolgt nicht. Der § 73a neu kann auch die Grundlage zur Gründung von „Sektorenübergreifenden 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 niedrighschwellige Erreichbarkeit, eine sozialraumbezogene Versorgung und die Teilnahme an der ärztlichen Weiterbildung nachzuweisen. Die Erfüllung der Anforderungen wird vom Zulassungsausschuss geprüft.
- **G-BA-Richtlinie:** In einer Richtlinie sind grundsätzliche Vorgaben zur Qualifikation der im Primärversorgungszentrum tätigen Personen, der interprofessionellen Zusammenarbeit, zur sächlichen Mindestausstattung, zu den Öffnungszeiten, der Erreichbarkeit und zum niedrighschwelligem 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><b>§ 73a</b></p> <p><b>Primärversorgungszentrum</b></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</p>

	<p>hausarztzentrierten Versorgung ist möglich.</p> <p>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.</p>
<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.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>
<p>(3) Primärversorgungszentren müssen insbesondere folgende Anforderungen erfüllen</p>	<p>Um einen flächendeckenden Aufbau von Primärversorgungszentren zu erreichen, werden niedrige, patientenzentrierte Anforderungen festgelegt.</p>

Gesetzestext	Erläuterungen
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Interprofessionelles Team bestehend aus mindestens einem vollen hausärztlichen Versorgungsauftrag und einer entsprechend der Richtlinie nach Absatz 5 qualifizierten Pflegefachperson,</li> <li>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,</li> <li>3. niedrigschwellige Erreichbarkeit und Zugang,</li> <li>4. sozialraumbezogene Versorgung,</li> <li>5. Sicherstellung einer Weiterbildungsbefugnis nach den Weiterbildungsordnungen,</li> <li>6. Einhaltung der personellen und sonstigen in der Vereinbarung nach Absatz 5 geregelten Anforderungen.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. In MVZ müssen i. d. R. mindestens zwei Ärztinnen und Ärzte mit je hälftigem Versorgungsauftrag tätig werden. Daran angelehnt sollen in PVZ mindestens 2 Personen tätig werden: eine Hausärztin oder ein Hausarzt sowie eine Pflegefachperson. Der Umfang des hausärztlichen Versorgungsauftrags soll wie im MVZ einem vollen entsprechen.</li> <li>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.</li> <li>3. Ein PVZ muss bereit sein, erweiterte Öffnungszeiten (z. B. regelhaft auch außerhalb klassischer Sprechstundenfreier Zeiten wie Mittwochnachmittag oder am Samstag) anzubieten, eine gute (auch telefonische bzw. telemedizinische) Erreichbarkeit und einen niedrigschwelligen, barrierefreien Zugang zu forcieren. Die konkrete Umsetzung hat sich an der personellen Größe des PVZ zu orientieren. Damit soll u. a. die Fehlinanspruchnahme der Notfallversorgung reduziert werden.</li> <li>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</li> </ol>

<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</p>	<p>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>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</p>
--	--

Gesetzestext	Erläuterungen
<p>Kassenärztlichen Vereinigung oder der Kommune bei Erfüllung der Anforderungen nach Absatz 3 das Primärversorgungszentrum zur vertragsärztlichen Versorgung zuzulassen.</p>	<p>im Zulassungsausschuss Einfluss nehmen können, wird diesem Gremium die Entscheidung über die PVZ übertragen. PVZ erhalten wie MVZ einen eigenen Zulassungsstatus.</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> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Qualifikation der im Primärversorgungszentrum tätigen Personen,</li> <li>2. interprofessionellen Zusammenarbeit, insbesondere zur Einbeziehung der Pflegefachperson und weiterer Gesundheitsprofessionen bei der Ersteinschätzung, Behandlung und Unterstützung von Patienten,</li> <li>3. sächlichen Mindestausstattung,</li> <li>4. Öffnungszeit, der Erreichbarkeit und zum niedrighschwelligem Zugang,</li> <li>5. Digitalisierung der Versorgungsprozesse und zur</li> <li>6. Sicherung der Versorgungsqualität.</li> </ol>	<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 Patientenpfaden festzulegen. Die Festlegungen durch den G-BA sollen sich möglichst auf das Nötigste beschränken, um den Vertragspartnern auf regionaler Ebene einen möglichst großen Gestaltungsspielraum zu erhalten.</p>
<p>(6) Der Bewertungsausschuss legt für die umfassende Primärversorgung nach Absatz 1 innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der</p>	<p>Bei der Ausgestaltung der Vergütung sollen die Vertragspartner auf regionaler Ebene ebenfalls Gestaltungsspielraum erhalten, um die regionalen Besonderheiten des PVZ in dem</p>

Gesetzestext	Erläuterungen
<p>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>Der Bewertungsausschuss hat die Entwicklung des Bereinigungsvolumens und der Vergütungsbestandteile sowie die Anzahl und Größe der Primärversorgungszentren erstmalig zwei Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie nach Absatz 5 zu überprüfen.</p>	<p>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>

### **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 Innovationsfondsprojekte finden häufig keinen Anschluss an die bestehenden Strukturen der Regelversorgung. Zudem steigt der Bedarf nach neuen Formen der Zusammenarbeit. Zunehmend komplexere Versorgungsbedarfe und -bedürfnisse erfordern neue und umfassende Versorgungsangebote, die eine verstärkte Kooperation und Kommunikation aller an der Versorgung Beteiligten notwendig machen. Notwendig sind daher Lösungen, die den regionalen Akteuren Handlungsfreiraum geben, um anhand regionaler Bedarfe und Gegebenheiten die Versorgung der Patientinnen und Patienten weiterentwickeln zu können. Bundesweite „Blaupausen“ für neue Versorgungsformen helfen regional oft nicht weiter und können in der Folge vielfach nicht umgesetzt werden.

### **Änderungsbedarf und Begründung**

Die AOK schlägt vor diesem Hintergrund eine neue Rechtsgrundlage für eine Regionale sektorenunabhängige Versorgung (RegioSV) vor. Um die Limitationen der derzeitigen kollektiv- und selektivvertraglichen Regelungen überwinden zu können, soll ein weiterer Typus von Verträgen zur Etablierung und Ausgestaltung von Gesundheitsregionen eingeführt werden. Die neuen Möglichkeiten sollen vor allem



dort ansetzen, wo bisherige Regelungen de facto keine Lösungen bieten. Ziel ist es, die Zerteilung 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 Primärversorgungscentren, sektorenübergreifende Versorger, Gesundheitskioske oder Lotsenfunktionen usw.,
- offener Zugang für alle Krankenkassen (Beitrittsrecht),
- Möglichkeit zur Überführung in die Regelversorgung durch Option auf „Allgemeinverbindlichkeit“ des Versorgungsvertrags (Erstreckungsbefugnis auf alle Kassen ab einer Versichertenabdeckung von 70 %),
- Beseitigung von Hürden bei der KV-Zulassung und Bedarfsplanung,
- Bereinigungsgebot zur Verhinderung einer Doppelfinanzierung,
- keine Verpflichtung der Versicherten zur Einschreibung.

Der skizzierte neue Rechtsrahmen würde es einzelnen innovativen Akteuren ermöglichen, mit entsprechenden Vertragsabschlüssen voranzugehen. Kollektive Blockademöglichkeiten oder Vetorechte werden so vermieden. Andererseits würde es für die Krankenkassen aber auch bedeuten, dass die Modelle bei Erreichen eines bestimmten Anteils von Versicherten von allen Kassen mitgetragen werden müssen. Für die Leistungserbringenden bedeutet dies, dass diese Versorgungsangebote, insbesondere in der ambulanten Versorgung, nicht mehr an Hürden der vertragsärztlichen Zulassung und der Bedarfsplanung scheitern. Um dies zu errei-

chen, 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
<p><b>§ 123 SGB V</b> Regionale sektorenunabhängige Versorgung</p>	<p>Nicht belegter Paragraph im vierten Abschnitt (Beziehung zu Krankenhäusern und Vertragsärzten) des vierten Kapitels des SGB V (Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringenden).</p>
<p>(1) <sup>1</sup>Die regionale sektorenunabhängige Versorgung umfasst regionale, verschiedene Leistungsbereiche, übergreifende oder interdisziplinär fachübergreifende Versorgungsangebote sowie besondere Versorgungsaufträge.</p> <p><sup>2</sup>Sie ist insbesondere auf die regionale Sicherstellung einer wirtschaftlichen und qualitätsorientierten medizinischen und pflegerischen Versorgung ausgerichtet und kann besondere präventive und koordinative Angebote beinhalten.</p>	<p>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,</p>

<p>(2) <sup>1</sup>Die Krankenkassen, Pflegekassen oder ihre Landesverbände können Verträge über die regionale sektorenunabhängige Versorgung mit Leistungserbringenden oder Gemeinschaften von Leistungserbringenden nach diesem Kapitel sowie nach §§ 71f. Elftes Buch und Kommunen abschließen.</p> <p><sup>2</sup>Die Verträge können auch Regelungen enthalten, die die regionale sektorenunabhängige Versorgung auf bestimmte Regionen beschränken.</p> <p><sup>3</sup>Krankenkassen, Pflegekassen oder ihre Landesverbände können mit Zustimmung der beteiligten Vertragspartner auf Leistungserbringenden-seite einem Vertrag auch nachträglich beitreten.</p>	<p>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.</p> <p>Satz 1: Beschreibung der Vertragspartner für die RegioSV. Neben den 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.</p> <p>Satz 2: Regionale Beschränkungsmöglichkeiten in Analogie zu § 140a SGB V.</p> <p>Satz 3: Die vorgeschlagene Ausgestaltung der RegioSV zielt auf die</p>
--	---

## Vorschlag Gesetzestext

## Erläuterungen

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 Leistungserbringenseite müssen hingegen aus rechtlichen Gründen einer Erweiterung zustimmen, da ansonsten ihr Entscheidungsrecht, mit wem sie kontrahieren möchten, unzulässig eingeschränkt wäre. Die Formulierung wurde so in Analogie zu § 295a Abs. 1 S. 1 gewählt und soll verhindern, dass bspw. einzelne Ärztinnen und Ärzte den Beitritt einer weiteren Kasse per Veto verhindern können.

## Vorschlag Gesetzestext

## Erläuterungen

<sup>4</sup>Sofern sie mindestens 70 vom Hundert der gesetzlich Versicherten eines KV-Bezirks vertreten, können die Vertragspartner auf Kassen- seite 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.

<sup>5</sup>Es besteht kein Anspruch der Leistungserbringenden auf Vertragsabschluss.

Satz 4: Einführung eines neuen Konstrukts („Allgemeinverbindlichkeit“), welches zwischen Wettbewerb und Kollektivversorgung angesiedelt ist. Wenn mindestens 70 % der gesetzlich Versicherten von dem Vertrag erfasst werden, können die beteiligten Krankenkassen vorbehaltlich der Zustimmung der Leistungserbringenden beschließen, dass der Vertrag für alle gesetzlich Versicherten in einem KV-Bezirk gilt. Dies beschleunigt die Etablierung von neuen Versorgungsformen, da die Einstimmigkeit durch einen 70 %igen Mehrheitsbeschluss ersetzt wird und damit das Prinzip „der Langsamste bestimmt das Tempo“ aufgehoben wird. Auf eine ähnliche Regelung für kollektive Entscheidungen auf Landesebene (§ 211a SGB V) wird verwiesen. Der Vorschlag begegnet der Kritik, dass wettbewerbliche Verträge „diskriminierend“ seien, da sie nicht allen Versicherten zugutekämen.

## Vorschlag Gesetzestext

## Erläuterungen

(3) <sup>1</sup>In den Verträgen nach Absatz 2 sind das Nähere über den Inhalt und die Durchführung der Versorgung sowie die Vergütung zu regeln.

<sup>2</sup>Die Verträge können auch Leistungen nach dem vierten Kapitel Elftes Buch umfassen.

<sup>3</sup>Die Verträge können auch Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes, des siebten Kapitels und der §§ 84-90 Elftes Buch sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen und von den im Dritten Kapitel Fünftes Buch und Vierten Kapitel Elftes Buch benannten Leistungen beinhalten sowie ärztliche Leistungen einschließlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden betreffen.

<sup>4</sup>Satz 3 gilt insoweit, als über die Eignung der Vertragsinhalte als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 oder im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c Absatz 1 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.

Absatz 3 regelt die Abweichungsbefugnisse zu den kollektivvertraglichen Regelungen. Dabei wird weitgehend auf die bereits in den §§ 73b Abs. 5 und 140a Abs. 2 SGB V formulierten entsprechenden Regelungen zurückgegriffen. Ziel ist auch hier, den regionalen Akteuren ausreichend Handlungsspielraum für regional angepasste Lösungen zu geben.

## Vorschlag Gesetzestext

## Erläuterungen

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

<sup>6</sup>Für die Qualitätsanforderungen zur Durchführung der Verträge gelten die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie die in den Bundesmantelverträgen für die Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung beschlossenen Anforderungen als Mindestvoraussetzungen entsprechend.

<sup>7</sup>Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen können nicht Gegenstand der Verträge sein.

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

<sup>9</sup>Satz 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

- (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.
- (5) <sup>1</sup>Die beteiligten Ärztinnen, Ärzte und Einrichtungen wirken im Rahmen der Teilnahme an der regionalen sektorenunabhängigen Versorgung an der ambulanten Versorgung mit und gelten für die Dauer der Vertragslaufzeit als ermächtigt zur ambulanten Behandlung, sofern sie noch nicht über eine Zulassung oder Ermächtigung verfügen.
- <sup>2</sup>Vertreten die beteiligten Krankenkassen mehr als 50 vom Hundert der Versicherten des KV-Bezirks, in dem die Versorgung nach Absatz 1 erfolgt, werden die zur Teilnahme an der regionalen sektorenunabhängigen Versorgung als ermächtigt geltenden Leistungserbringenden entsprechend ihrem tatsächlichen Tätigkeitsumfang auf den Versorgungsgrad angerechnet.
- 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.
- Ein Problem der ambulanten Versorgung ist die zunehmende Fragmentierung. Es existiert eine Vielzahl von Parallelstrukturen, die beispielsweise nicht in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden. Im Sinne der konzeptionellen Überlegungen zur sektorenunabhängigen Versorgung sollen daher die zusätzlichen Leistungserbringenden nach § 123 in der ambulanten Bedarfsplanung angerechnet werden, sofern die beteiligten Krankenkassen mindestens 50 % der Versicherten eines Planungsbereichs vertreten. Damit Verträge umgesetzt werden können, auch wenn Planungsbereiche gesperrt sind (Versorgungsgrad > 110 %), werden die Leistungserbringenden per Gesetz ermächtigt. Die Anrech-



## Vorschlag Gesetzestext

## Erläuterungen

<sup>3</sup>Es gelten die Planungsbereiche und Umrechnungsfaktoren der Bedarfsplanungsrichtlinie nach § 101 Abs. 1 SGB V.

<sup>4</sup>Die zur Teilnahme an der regionalen sektorenunabhängigen Versorgung als ermächtigt geltenden Ärztinnen, Ärzte und Einrichtungen sind bei einer Nachbesetzung im jeweiligen Planungsbereich nach § 103 Abs. 4 bevorzugt zu berücksichtigen.-

- (6) <sup>1</sup>Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach § 87a Absatz 5 Satz 7 in den Vereinbarungen nach § 87a Absatz 3 je am Vertrag nach Absatz 2 teilnehmenden Leistungserbringenden arztgruppenbezogen pauschaliert um die Leistungen zu bereinigen, die Bestandteil der regionalen sektorenunabhängigen Versorgung sind, soweit für deren Vergütung von den Vereinbarungen gemäß § 87a Absatz 3 Satz 1 abweichende Regelungen nach Absatz 3 Satz 1 getroffen sind.

<sup>2</sup>In den Vereinbarungen zur Bereinigung ist auch über notwendige Korrekturverfahren zu entscheiden.

<sup>3</sup>Der Bewertungsausschuss hat in seinen Vorgaben gemäß § 87a Absatz 5 Satz 7 zur Bereinigung und

nung erfolgt nach dem Tätigkeitsumfang und der Fachgruppen- und Planungsbereichszuordnung der Bedarfsplanungsrichtlinie. Durch das Nachbesetzungsverfahren sollen die Überkapazitäten sukzessive abgebaut werden, indem die Ärztinnen und Ärzte und Einrichtungen bevorzugt berücksichtigt werden.

Es ist eine pragmatische Bereinigung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vorgesehen, damit es nicht zu einer Doppelfinanzierung kommt. Die Bereinigung erfolgt pauschal pro Leistungserbringenden.

Vorschlag Gesetzestext	Erläuterungen
zur Ermittlung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des Behandlungsbedarfs auch Vorgaben zu der pauschalen Ermittlung des voraussichtlichen Bereinigungsvolumens nach § 123 zu machen.	Satz 3: Das in § 123 SGB V neu vorgesehene einfache pauschale Bereinigungsverfahren ist in den gesetzlichen Regelungen und Bereinigungsbeschlüssen des BA bisher nicht abgebildet und bedarf daher einer gesonderten gesetzlichen Regelung.
(7) <sup>1</sup> Die Abrechnung der Leistungen gegenüber den Kranken- und Pflegekassen ist in den Vereinbarungen nach Abs. 2 zu vereinbaren.  <sup>2</sup> §§ 113 Abs. 4 sowie 294 bis 303 Fünftes Buch und 105 Elftes Buch gelten entsprechend.	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.

### Folgeänderung im SGB XI: § 92b SGB XI

Vorschlag Gesetzestext	Erläuterungen
(1) Die Pflegekassen können mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen und den weiteren Vertragspartnern nach § 140a Absatz 3 Satz 1 des Fünften Buches Verträge zur integrierten Versorgung oder zur regionalen sektorenunabhängigen Versorgung nach § 123 des Fünften Buches schließen oder derartigen Verträgen mit Zustimmung der Vertragspartner bzw. bei Verträgen nach § 123 Abs. 2 mit Zustimmung der beteiligten Vertragspartner auf Leistungserbringendenseite beitreten.	Diese Folgeänderung stellt unter Bezugnahme auf Abs. 2 sicher, dass auch die Pflegekassen mit den zugelassenen Pflegeeinrichtungen und weiteren Vertragspartnern Verträge nach § 123 SGB V neu schließen können.

## Scharfschaltung der Bedarfsplanung für die zahnärztliche Versorgung

### Sachstand

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) wurde für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung auf die Steuerung durch zwingende Zulassungsbeschränkungen verzichtet. Seit einigen Jahren zeichnet sich jedoch ein stärker werdendes Stadt-Land-Gefälle in der zahnärztlichen Versorgung ab. Im Ergebnis weisen eine Vielzahl von ländlichen und strukturschwachen Gebieten Verhältniszahlen unterhalb der Soll-Zahl auf.

### Änderungsbedarf und Begründung

Um dieser Entwicklung entgegenzusteuern, wird der Bedarf einer Regulierung der Zulassungen gesehen. Durch die Sperrung gut versorgter Planungsbereiche besteht das Potenzial zur Umverteilung hin zu Planungsbereichen mit Versorgungsproblemen. Zur Umsetzung ist eine Reihe von Anpassungen im SGB V notwendig. Korrespondierend dazu ist die Zulassungsverordnung Zahnärzte anzupassen.

### Änderungsvorschlag

1. § 98 Absatz 3 wird aufgehoben.
2. § 100 Absatz 4 wird aufgehoben.
3. § 101 Absatz 6 wird aufgehoben.
4. In § 103 Absatz 8 werden die Wörter „Die Absätze 1 bis“ durch die Wörter „Der Absatz“ und das Wort „gelten“ durch das Wort „gilt“ ersetzt.
5. In § 104 wird Absatz 3 aufgehoben.

## **Beauftragung eines Gutachtens für die Berücksichtigung soziodemographischer Merkmale im Risikostrukturausgleich**

Die Sicherstellung einer guten Gesundheitsversorgung für vulnerable Personengruppen ist ein zentrales sozialpolitisches Feld. Ursprünglich sollten mit diesem Gesetzgebungsvorhaben - gerade mit Blick auf vulnerable Gruppen - Zugangsbarrieren zu Versorgungsangeboten abgebaut und die Ausgestaltung der Leistungsangebote verbessert werden. Auch wenn dieses Ziel offenbar aus den Augen verloren wurde, sollten zumindest die Rahmenbedingungen der GKV-Finanzierung überprüft werden, um die Anreize für Versorgungsangebote für diese Versicherten zu stärken. Denn der bestehende RSA für Krankenkassen setzt keine Anreize, Versorgungsangebote für diese Versicherten vorzuhalten und zu verbessern, da deren erhöhter Versorgungsbedarf im Zuweisungsverfahren trotz fortgeschrittenem Morbiditätsbezug unberücksichtigt bleibt.

Ein von der AOK-Gemeinschaft beauftragtes Gutachten des Forschungsinstituts für Medizinmanagement (EsFoMed) und des Lehrstuhls für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen aus dem Jahr 2022 hat gezeigt, dass die RSA-Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds bei weitem nicht die Ausgaben der entsprechenden Krankenkassen für Pflegebedürftige, Arbeitslose, Erwerbsminderungsrentner und zuzahlungsbefreite Versicherte decken. Hieraus resultieren Anreize, diese besonders schutzbedürftigen, leicht identifizierbaren Personen durch Risiko-selektion zu benachteiligen.

Der Wissenschaftliche Beirat des Bundesamtes für Soziale Sicherung hat in seinem Gutachten zu den Wirkungen der regionalen Merkmale im Risikostrukturausgleich aus dem Jahr 2024 ebenfalls eine Empfehlung zur Untersuchung von versichertenbezogenen Informationen ausgesprochen, welche bei Berücksichtigung auf Individualebene sowohl die versichertenindividuelle Vorhersagegüte des Klassifikationsmodells als auch die Zuweisungsgenauigkeit auf regionaler Ebene steigern können.

Daher soll der Wissenschaftliche Beirat des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) im § 266 SGB V mit einer Untersuchung beauftragt werden, inwieweit das Zuweisungsverfahren durch Berücksichtigung versichertenbezogener Risikomerkmale für vulnerable Gruppen verbessert werden kann. Denn die entsprechenden Merkmale können eine höhere Leistungsanspruchnahme erklären, die gerade nicht durch Diagnosen und Arzneimittelverordnungen greifbar wird.

Für die Umsetzung dieser Untersuchung ist es notwendig, die Übermittlung der notwendigen versichertenbezogenen Daten an das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) im § 267 SGB V zu regeln. Um die notwendigen Vorbereitungen für eine Übermittlung zu gewährleisten, ist eine erste Datenlieferung der Krankenkassen an das BAS im geregelten Verfahren zu August 2025 (ein Jahr nach Inkrafttreten) vorgesehen. Damit könnte der Wissenschaftliche Beirat die Untersuchung im Juni 2026 (zwei Jahre nach Inkrafttreten) abschließen.

## **§ 266 SGB V Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Risikostrukturausgleich), Verordnungsermächtigung**

### **Sachstand**

Bei pflegebedürftigen Versicherten nach dem SGB XI, Versicherten, die einkommensbedingt unter die „Härtefallregelung“ des § 62 SGB V fallen sowie bei Versicherten, die Bürgergeld beziehen, zeigt sich systematisch, dass die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds die Ausgaben der Krankenkassen nicht decken. Hieraus resultieren Anreize, diese besonders schutzbedürftigen, leicht identifizierbaren Menschen durch Risikoselektion zu benachteiligen. Im Wettbewerb entsteht zusätzlich ein Problem, weil diese vulnerablen Versichertengruppen ungleich zwischen den Krankenkassen verteilt sind und somit unfaire Ausgangsbedingungen für die Krankenkassen bestehen.

### **Änderungsbedarf und Begründung**

Daher wird der Wissenschaftliche Beirat des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) im Rahmen eines Sondergutachtens beauftragt, auf Basis aller GKV-Daten in einem transparenten und unabhängigen Verfahren bis zum 30. Juni 2026 (zwei Jahre nach Inkrafttreten) zu untersuchen, inwieweit die Zielgenauigkeit des Zuweisungsverfahrens durch Berücksichtigung entsprechender versichertenbezogener Risikomerkmale verbessert werden kann. Denn entsprechende Merkmale können in einem RSA mit direkter Morbiditätsorientierung die Ursachen und Zusammenhänge für eine höhere 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 Sicherheit (BAS) erforderlich.

Die Datenübermittlung für pflegebedürftige Versicherte nach dem SGB XI soll Informationen zum Bezug von Pflegeleistungen in einer stationären Einrichtung nach §§ 41 bis 43 mitumfassen, um die Möglichkeiten einer Berücksichtigung im Klassifikationsmodells zu erweitern.

### **Gesetzesvorschlag:**

§ 267 SGB V wird wie folgt geändert:

1. Es wird ein Absatz 2a ergänzt:  
„(2a) Für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs übermitteln die Krankenkassen erstmals bis zum 15. August [Jahr des Inkrafttretens + 1] für das Berichtsjahr [Jahr des Inkrafttretens] und danach bis zum 15. August des jeweiligen Folgejahres je Versicherten
  1. die Versichertentage mit dem Bezug von Pflegeleistungen nach dem elften Buch Sozialgesetzbuch, die Versichertentage mit Bezug von Pflegeleistungen in einer stationären Einrichtung nach §§ 41 bis 43 des elften Buches Sozialgesetzbuch und den Grad der Pflegebedürftigkeit nach § 15 des elften Buches Sozialgesetzbuch,
  2. die Angabe über die erfolgte Leistung von Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze nach § 62 und
  3. die Versichertentage mit dem Bezug von Bürgergeld nach dem zweiten Buch Sozialgesetzbuchan das Bundesamt für Soziale Sicherheit.“

2. In den Absätzen 3 und 4 wird die Angabe „Absatz 2“ ersetzt durch „den Absätzen 2 und 2a“

## **§ 7 RSAV Verarbeitung von Daten für die Durchführung und Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs**

### **Sachstand**

Siehe § 267 SGB V

### **Änderungsbedarf und Begründung**

Siehe § 267 SGB V

### **Gesetzesvorschlag:**

§ 7 RSAV wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 Satz 3 Nummer 1 werden die Wörter „und Absatz 2“ ersetzt durch „und Absätze 2 und 2a“
2. Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt ergänzt:  
„17. die Anzahl der Versichertentage mit Bezug von Pflegeleistungen nach dem elften Buch Sozialgesetzbuch,  
18. die Anzahl von Versichertentagen mit Bezug von Pflegeleistungen in einer stationären Einrichtung nach §§ 41 bis 43 des elften Buches Sozialgesetzbuch,  
19. der Grad der Pflegebedürftigkeit nach § 15 des elften Buches Sozialgesetzbuch,  
20. die Angabe über die erfolgte Leistung von Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze nach § 62 SGB V,  
21. die Anzahl der Versichertentage mit Bezug von Bürgergeld nach dem zweiten Buch Sozialgesetzbuch.“
3. In Absatz 4 Satz 2 Nummern 1 und 3 werden die Wörter „und 8 bis 11“ ersetzt durch „8 bis 11 und 17 bis 21“



## **Verpflichtung zur Vereinbarung mengensteuernder Elemente in den Vergütungsvereinbarungen von humanmedizinischen Hochschulambulanzen**

### **Sachstand**

Vergütungsvereinbarungen von humanmedizinischen Hochschulambulanzen werden auf Grundlage von § 120 SGB V geschlossen.

### **Änderungsbedarf und Begründung**

In der Normsetzung findet sich nur die Bestimmung, dass die Vergütungsvereinbarungen die Leistungsfähigkeit bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten müssen. Weitergehende Bestimmungen sind nicht enthalten.

Gleichzeitig steigen seit Jahren die Ausgaben aufgrund von Fallzahlsteigerungen stark an. Oft sind Regelungen zur Fallzahlbegrenzung oder einer verminderten Vergütung ab einer bestimmten Fallzahlgrenze jedoch nicht mehr vereinbarungsfähig. Die betriebswirtschaftlichen Kosten je Fall nehmen etwa aufgrund der Fixkostendegression ab.

Es ist daher eine Verpflichtung aufzunehmen, dass das Berücksichtigung findet.

### **Änderungsvorschlag**

In § 120 Abs. 2 SGB V werden folgende Sätze 8 und 9 (neu) hinzugefügt:

In den Vergütungsvereinbarungen der humanmedizinischen Hochschulambulanzen nach Satz 2 sind mengensteuernde Elemente zu vereinbaren. Dies sind insbesondere allgemeine Grenzen der Vergütung oder Vergütungsabschläge.

## **Bereitstellung von Stammdaten der ärztlichen Leistungserbringer zur Information der Versicherten - § 305 Abs. 3 SGB V Auskünfte an Versicherte**

### **Sachstand**

Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten über in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassene Ärztinnen und Ärzte zu informieren. Aus diesem Grund haben die Kassen Online-Arztsuchportale eingerichtet (z. B. <https://www.aok.de/arzt suche> , <https://arztfinder.bkk-dachverband.de/>, <https://www.tk-aerztefuehrer.de/>). Die Daten für diese Arztsuchportale werden von Dienstleistern bezogen, da den Kassen aktuelle Daten im benötigten Umfang (z. B. inkl. aktueller Öffnungszeiten, Qualifikationen, Offene Sprechstunde etc.) nicht zur Verfügung stehen. Auch im Nationalen Gesundheitsportal ist eine Suche nach Ärztinnen und Ärzten möglich. Die Daten für diese Suche bezieht das Nationale Gesundheitsportal von den Kassenärztlichen Vereinigungen.

### **Änderungsbedarf und Begründung**

Der Änderungsvorschlag zielt darauf ab, die Datenbereitstellung der Kassenärztlichen Vereinigungen an das Nationale Gesundheitsportal auf die Krankenkassen auszuweiten. Die Informationsangebote wären damit weiterhin kassenindividuell auf die Versicherten ausgerichtet, würden aber auf einem einheitlichen Datenstand aufsetzen können. Konkret geht es um die Ergänzung des § 305 Absatz 3 um die Sätze „Zur Erfüllung dieser Aufgabe haben die Kassenärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen die Daten nach § 395 Abs. 2 Satz 3 in monatlichen oder kürzeren Abständen unentgeltlich zu übermitteln. Die Krankenkassen dürfen diese Daten ausschließlich zur Erfüllung ihrer Aufgabe nach Satz 1 verarbeiten.“

Mit der geltenden Regelung in § 395 SGB V zur Übermittlung arztbezogener Daten an das Nationale Gesundheitsportal wurde festgelegt, welche Daten für eine adäquate Information der Öffentlichkeit relevant sind. Da Krankenkassen verpflichtet sind, Versicherte gem. § 305 Abs. 3 SGB V umfassend über in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassene Leistungserbringer zu informieren, sollten diese Daten auch den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden. Die gem. § 293 SGB V von den Kassenärztlichen Vereinigungen angelegten Daten werden den Kassen zum Zwecke der Abrechnungsüberprüfung sowie der Fallführung zur Verfügung gestellt. Die Verpflichtung der Kassen zur Information ihrer Versicherten gem. § 305 SGB V geht inhaltlich weit über die Vorgaben des § 293 SGB V hinaus, weshalb die aufgrund dieser Rechtsgrundlage erhobenen und übermittelten Daten nicht geeignet sind, diese Pflicht zu erfüllen.

## Änderungsvorschlag

Nach Satz 1 § 305 Abs. 3 SGB V werden neu Satz 2 und Satz 3 ergänzt: **„Zur Erfüllung dieser Aufgabe haben die Kassenärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen die Daten nach § 395 Abs. 2 Satz 3 in monatlichen oder kürzeren Abständen unentgeltlich zu übermitteln. Die Krankenkassen dürfen diese Daten ausschließlich zur Erfüllung ihrer Aufgabe nach Satz 1 verarbeiten.“**