

05.07.24

Stellungnahme des Bundesrates

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

Der Bundesrat hat in seiner 1046. Sitzung am 5. Juli 2024 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

1. Zu Artikel 1 Nummer 2a – neu – (§ 31 Absatz 1a Satz 5 SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 2 folgende Nummer 2a einzufügen:

„2a. In § 31 Absatz 1a Satz 5 wird die Angabe „48“ durch die Angabe „72“ ersetzt.“

Begründung:

Die so genannten „sonstigen Produkte zur Wundbehandlung“ (nach § 54 der Arzneimittel-Richtlinie des G-BA) müssen auf Grundlage der Verbandmittelformdefinition des § 31 SGB V innerhalb der gesetzlich definierten Übergangsfrist bis zum 2. Dezember 2024 ihren therapeutischen Nutzen durch ein Antragsverfahren vor dem G-BA positiv beschieden haben, um auch nach Ende der Übergangsfrist zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erstattungsfähig zu bleiben. Dies betrifft unter anderem antimikrobielle Wundauflagen.

Zwar wurde diese Frist bereits mehrfach verlängert und durch die letzte Verlängerung um ein Beratungsrecht ergänzt. Dennoch ist weiterhin unklar, wie der Nachweis des therapeutischen Zusatznutzens zu erfolgen hat. Der G-BA hat hierzu ein Gutachten in Auftrag gegeben, das passende Evidenzkriterien ermitteln soll. Dieses Gutachten soll im Mai 2025, also ein halbes Jahr nach dem Auslaufen der noch geltenden Übergangsregelung vorliegen. Die Beschlussfassung des G-BA kann folglich erst danach erfolgen.

Eine erneute Verlängerung der Übergangsfrist ist aus Sicht des Bundesrates, im Sinne einer guten Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Wunden und der Planungssicherheit für die betreffenden Hersteller mikrobieller Wundauflagen, unumgänglich.

Ohne eine weitere Verlängerung kann es ab dem Winter zu Engpässen in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Wunden kommen. Trotz der bereits zuvor verlängerten Übergangsfrist (geregelt in § 31 Absatz 1a Satz 5 SGB V) wird es nach glaubhafter Darstellung des Bundesverbands Medizintechnologie und verschiedener bundes- und weltweit agierender Unternehmen die entsprechende innovative Wundprodukte entwickeln und vertreiben, nicht möglich sein, die Nutzenbewertungsnachweise zu erbringen, zumal die entsprechenden Evidenzkriterien erst im kommenden Jahr vorliegen werden. Eine Verordnung dieser Produkte für Patientinnen und Patienten zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung wäre dann nicht mehr möglich.

Daher ist eine erneute Verlängerung notwendig. Da die Evidenzkriterien erst im kommenden Mai vorliegen sollen, ist eine Verlängerung um weitere 24 Monate erforderlich, aber auch angemessen, um die Nachweise nach dem Vorliegen der Kriterien erbringen zu können.

2. Zu Artikel 1 Nummer 4a – neu – (§ 43a Absatz 1 und Absatz 2 SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 4 folgende Nummer 4a einzufügen:

,4a. § 43a wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 werden die Wörter „und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen“ gestrichen.
- b) Absatz 2 wird aufgehoben.‘

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Die Finanzierung der Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) lag ursprünglich vollständig bei den gesetzlichen Krankenkassern (GKV). Aktuell sieht § 43a Absatz 1 SGB V für den Anspruch der versicherten Kinder jedoch eine grundsätzliche Begrenzung auf die Diagnostikphase vor. Ein Anspruch zu Lasten der GKV auf nicht-ärztliche Leistungen im Rahmen der sozialpädiatrischen Behandlung besteht derzeit nach § 43a SGB V ausschließlich im Rahmen der ambulanten psychiatrischen Behandlung.

Vor diesem Hintergrund und unter Bezugnahme auf ein Urteil des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg vom 12. Oktober 2018 (Az.: L 24 KA 37/17 KL) ist festzustellen, dass Krankenkassen zunehmend ihre Finanzierungsbeteiligung in der sozialpädiatrischen Versorgung einstellen beziehungsweise reduzieren.

Trotz des Beschlusses der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) vom 30. September 2020 sind bisher keine Aktivitäten seitens des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) erkennbar, diesen Zustand zu ändern. Die GMK hatte das BMG gebeten, die Regelungen zur Leistungserbringung und -vergütung von nicht-ärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen in Sozialpädiatrischen Zentren vor dem Hintergrund der Rechtsprechung des Landessozialgerichtes Berlin-Brandenburg und den zugrundeliegenden Konflikten bei der Finanzierung der Sozialpädiatrischen Zentren zu prüfen und gegebenenfalls anzupassen.

Zur Herstellung von Rechtssicherheit, zum Abbau von Bürokratie und zur Vermeidung langwieriger Antragsverfahren für die Eltern sowie zeit- und kostenintensiver Klageverfahren ist die Änderung des SGB V erforderlich.

Zu Buchstabe b:

§ 43a Absatz 2 SGB V wird obsolet, da die bisher in dieser Norm separat geregelten Leistungen in der ambulanten psychiatrischen Behandlung mit der vorgeschlagenen Änderung nunmehr von § 43a Absatz 1 SGB V umfasst sind.

3. Zu Artikel 1 Nummer 4a – neu – (§ 65g – neu – SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 4 folgende Nummer 4a einzufügen:

„4a. Nach § 65f wird der folgende § 65g eingefügt:

„§ 65g Gesundheitskioske

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen schließen gemeinsam und einheitlich mit einem oder mehreren Kreisen oder einer oder mehreren kreisfreien Städten auf deren schriftlichen Antrag im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. einen Vertrag über die Errichtung eines oder mehrerer niedrigschwelliger Beratungsangebote (Gesundheitskioske) in Regionen und Stadtteilen mit einem hohen Anteil an sozial benachteiligten Personen. Der Gesundheitskiosk ist eine Einrichtung, die insbesondere zu medizinischen Behandlungsmöglichkeiten, Möglichkeiten der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention (Prävention), Angeboten der Gesundheitsförderung sowie sozialen Versorgungsangeboten berät. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen beteiligen sich an den Gesundheitskiosken nach Satz 1. Das Nähere zur Durchführung der Beratungsangebote mit Wirkung für die

privaten Krankenversicherungsunternehmen regelt der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.. Weitere Leistungsträger im Sinne des § 12 Satz 1 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch können sich beteiligen soweit Leistungen der Gesundheitsversorgung betroffen sind. Die Verpflichtung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen sowie der privaten Krankenversicherungsunternehmen nach den Sätzen 1 und 3 besteht nur, wenn sich der jeweilige Kreis oder die jeweilige kreisfreie Stadt an der Beratung und an der Finanzierung beteiligen und der Gesundheitskiosk eine Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst gewährleistet.

(2) Aufgaben der Gesundheitskioske sind:

1. die allgemeine Beratung bei der medizinischen und präventiven Bedarfsermittlung,
2. die Beratung zu sowie die Empfehlung und Vermittlung von Leistungen zur Prävention, zur Gesundheitsförderung sowie die Anleitung zu ihrer Inanspruchnahme; § 20 Absatz 5 Satz 2 gilt entsprechend,
3. die Beratung zu und die Vermittlung von Leistungen zur medizinischen Behandlung einschließlich ambulanter telemedizinischer Leistungen, die Anleitung zu ihrer Inanspruchnahme und die Koordinierung der erforderlichen Gesundheitsleistungen,
4. die Aufklärung über zuständige andere Beratungsstellen und zuständige Versorgungsstellen (Patientensteuerung) sowie insgesamt die Übernahme und Weiterentwicklung von Steuerungsprozessen in der Versorgungspraxis,
5. die Stärkung der individuellen Gesundheitskompetenz,
6. die Bildung eines sektorenübergreifenden Gesundheitsnetzwerks und Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit der lokalen Beratungs- und Versorgungsstrukturen.

Daneben können Gesundheitskioske insbesondere folgende Leistungen anbieten:

1. die Durchführung von Informationsveranstaltungen zu Gesundheitsthemen mit dem Ziel, die Gesundheitskompetenz der aufsuchenden Personen dauerhaft zu verbessern,

2. sonstige Beratungsangebote, soweit diese einvernehmlich vereinbart werden.

(3) Die Gesundheitskioske sollen an bestehende Beratungsstellen oder Einrichtungen, an denen Gesundheitsdienstleistungen erbracht werden, angebunden werden und stellen auch ein digitales und telefonisches Angebot zur Verfügung.

(4) Das Angebot der Gesundheitskioske steht allen Personen unabhängig von ihrem Versichertenstatus zur Verfügung. Die Belange von Menschen mit Behinderung sind zu berücksichtigen.

(5) Die für den Betrieb des Gesundheitskiosks und die Erbringung seiner Leistungen erforderlichen Aufwendungen werden von den Beteiligten grundsätzlich wie folgt anteilig getragen:

1. zu 50 Prozent von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen,
2. zu 44,5 Prozent von den beteiligten Kreisen und kreisfreien Städten und
3. zu 5,5 Prozent von den privaten Krankenversicherungsunternehmen.

Eine abweichende Regelung von Absatz 3 Satz 1 ist durch die Vertragsparteien nach Absatz 1 Satz 1 zu begründen.

Die Aufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und von den Ersatzkassen durch eine Umlage gemäß dem Anteil der jeweiligen Zahl ihrer eigenen Versicherten gemessen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen im jeweiligen Land erhoben. Die von den privaten Krankenversicherungsunternehmen zu tragenden Aufwendungen werden vom Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. durch eine Umlage auf Bundesebene entsprechend dem Anteil der jeweiligen Zahl ihrer eigenen Versicherten erhoben. Bei einer Beteiligung weiterer Leistungsträger erhöht sich das Finanzierungsvolumen um den hinsichtlich ihrer Beteiligung vereinbarten finanziellen Beitrag, um daraus resultierende Mehraufwände und Aufgaben zu finanzieren. Können sich die Beteiligten über den Inhalt eines Vertrages nicht einigen, so wird dieser durch eine von den jeweiligen Beteiligten zu bestimmende unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Beteiligten nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der

zuständigen Behörde nach § 90 Absatz 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch festgelegt.

(6) In den Verträgen nach Absatz 1 Satz 1 ist eine wissenschaftliche Evaluation nach den Vorgaben der Rechtsverordnung nach Absatz 8 zu regeln. Sofern in einem Bundesland mehr als ein Gesundheitskiosk besteht, ist mindestens einer davon zu evaluieren. Über das Ergebnis der Evaluation berichten die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam den gemeinsamen Landesausschüssen nach § 90a sowie dem Bundesministerium für Gesundheit schriftlich im Abstand von jeweils drei Jahren, erstmals zum [einsetzen: Datum des ersten Tages drei Jahre nach Inkrafttreten gemäß Artikel 5]. Die Verträge nach Absatz 1 Satz 1 sind entsprechend der Evaluationsergebnisse fortzuentwickeln.

(7) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 Satz 1 nicht nach in Kraft treten der Rechtsverordnung nach Absatz 8 und innerhalb von drei Monaten nach einem Antrag nach Absatz 1 Satz 1 zustande, kann jede an der Vertragsverhandlung beteiligte Partei die Einleitung eines Schiedsverfahrens beantragen. Die Parteien haben sich auf eine unabhängige Schiedsperson zu verständigen, die den Inhalt des Vertrages nach Absatz 1 Satz 1 festlegt. Einigen sich die Parteien nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese vom Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung. Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts richten sich gegen eine Vertragspartei, nicht gegen die Schiedsperson.

(8) Das Bundesministerium für Gesundheit hat mit Zustimmung des Bundesrates durch Rechtsverordnung bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages sechs Monate nach Inkrafttreten gemäß Artikel 5] festzulegen und dann weiterzuentwickeln:

1. Kriterien zur Bestimmung von Regionen oder Stadtteilen mit einem hohen Anteil an sozial benachteiligten Personen im Sinne des Absatz 1 Satz 1,
2. Die Einzelheiten zur Errichtung, Organisation und Aufgabenerfüllung der Gesundheitskioske, zum Einsatz von Finanzmitteln zu den Verträgen nach Absatz 1 Satz 1,

3. Einen Mustervertrag für Verträge nach Absatz 1 Satz 1 als Mindeststandard,
4. Bundeseinheitliche Vorgaben und Kriterien zur wissenschaftlichen Evaluation der Verträge nach Absatz 1 Satz 1, insbesondere zur Untersuchung der
 - a) Auswirkungen auf die Gesundheitskompetenz der aufsuchenden Personen,
 - b) Auswirkungen auf die Ergebnisqualität der Angebote,
 - c) Auswirkungen auf das Nutzungsverhalten, die Nutzungsintensität und die Zufriedenheit der aufsuchenden Personen,
 - d) Auswirkungen auf die gesundheitliche Versorgungserbringung sowie
 - e) Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung.“ ‘

Begründung:

In Regionen und Stadtteilen mit einem hohen Anteil an sozial benachteiligten Personen und in strukturell benachteiligten Regionen können niedrigschwellige Beratungsangebote für Behandlung und Prävention etabliert werden. Diese sogenannten Gesundheitskioske werden von Kommunen und der GKV unter Beteiligung der privaten Krankenversicherung errichtet. Dabei wird das Initiativrecht bei den Kommunen liegen. Die Gesundheitskioske sollen in der Regel an bereits bestehende „Gesundheitsangebote“ angebunden werden, die die Errichtung erleichtern und zusätzliche Kosten sparen.

Die Krankenkassen fördern zusammen mit den Kommunen mit Hilfe der Gesundheitskioske insbesondere die Gesundheitskompetenz von Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf und bieten diesen im Bedarfsfall individuelle Beratung zur Unterstützung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils.

Es ist eine enge Kooperation mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst zu gewährleisten. Sofern eine Kommune das Initiativrecht ausübt, sind die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen verpflichtet, gemeinsam mit den Kommunen und der privaten Krankenversicherung Kioske zu errichten. Um insbesondere die Besonderheiten vor Ort besser berücksichtigen zu können, wird ein Gestaltungsspielraum eingeräumt. Um die Vertragsverhandlungen zu beschleunigen und zu vereinfachen, wird das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen einer Rechtsverordnung einen Mustervertrag bereitstellen.

Die Finanzierung wird zwischen den Kommunen auf der einen und gesetzlicher und privater Krankenversicherung auf der anderen Seite aufgeteilt. Die Krankenkassen tragen 50 Prozent der Gesamtkosten, die private Krankenversicherung 5,5 Prozent und die Kommunen 44,5 Prozent der Gesamtkosten.

Insgesamt wird es mithilfe der Kioske gelingen, die individuelle Gesundheitskompetenz insbesondere von Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf zu erhöhen.

Die Gesundheitskioske als neues Angebot sind zu evaluieren. Durch bundeseinheitliche Vorgaben zur Evaluation wird einerseits eine Vergleichbarkeit ermöglicht, andererseits können so Kosten eingespart werden. Zudem müssen nicht alle Gesundheitskioske evaluiert werden, da dies zu erheblichen Mehrkosten bei wahrscheinlich nur geringen zusätzlichen Erkenntnissen führen würde. Die Ergebnisse der Evaluationen sind dem Bundesministerium für Gesundheit sowie den Landesgremien nach § 90a SGB V zuzuleiten.

Damit die Errichtung von Gesundheitskiosken nicht aufgrund gescheiterter Vertragsverhandlungen ausbleibt, ist ein Schiedsverfahren vorgesehen.

4. Zu Artikel 1 Nummer 4a – neu – (§ 73 Absatz 1a Satz 5 SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 4 folgende Nummer 4a einzufügen:

,4a. In § 73 Absatz 1a Satz 5 wird das Wort „Schwerpunktbezeichnung“ durch die Wörter „Zusatz- oder Schwerpunktbezeichnung“ ersetzt.‘

Begründung:

Aufgrund eines Urteils des Bundessozialgerichts aus dem Jahr 2023 müssen Kinder- und Jugendärzte mit Zusatzweiterbildung (Stichwort Kinderpneumologen) zur Abrechnung von Leistungen aus dem EBM, Kapitel 4.5, einen Antrag vor dem Zulassungsausschuss stellen. Gesetzlich bereits geregelt ist in § 73 Absatz 1a Satz 5 SGB V, dass Kinder- und Jugendärzte mit Schwerpunktbezeichnung auch an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen können. Einer entsprechenden Regelung bedarf es angesichts der fortschreitenden Spezialisierung im Bereich der Kinder- und Jugendärzte auch für die Gruppe mit Zusatzbezeichnung. Insofern ist § 73 Absatz 1a Satz 5 SGB V entsprechend zu ergänzen. Dies würde sowohl den Ärztinnen und Ärzten als auch den Zulassungsgremien Verfahren vor den Zulassungsausschüssen ersparen.

5. Zu Artikel 1 Nummer 4a – neu – (§ 73 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1a – neu – SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 4 folgende Nummer 4a einzufügen:

„4a. In § 73 Absatz 2 Satz 1 wird nach Nummer 1 folgende Nummer 1a eingefügt:

„1a. Durchführung der nach § 135 Absatz 2 genehmigten ärztlichen Leistungen,“ ‘

Begründung:

Die vertragsärztliche Versorgung nach § 73 Absatz 2 Satz 1 SGB V umfasst im Hinblick auf den an die Inhalte des Leistungsrechts anknüpfenden Katalog dieser Vorschrift alle von den Versicherten als Sachleistung beanspruchbaren vertragsärztlichen Versorgungsleistungen.

Vor diesem Hintergrund müssen hierunter auch ärztliche Leistungen fallen, für die eine besondere Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB V besteht und für die eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Sinne von § 135 Absatz 2 SGB V erteilt wurde. Eine diesbezügliche gesetzliche Klarstellung fehlt bislang jedoch.

Gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten haben einen Anspruch auf diese Leistungen und dürfen bei Vorliegen einer Genehmigung und einer entsprechenden Spezialisierung nur in begründeten Fällen abgewiesen werden, beispielsweise bei Auslastung der Praxis oder bei nachhaltiger Störung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt beziehungsweise Ärztin und Patientin beziehungsweise Patient.

Mit Blick auf den Anfang des Jahres 2023 erfolgten Aufruf des Deutschen Berufsverbandes der Hals-Nasen-Ohrenärzte, aufgrund von Vergütungsfragen vorerst keine Termine mehr für bestimmte Operationen (beispielsweise Adenotomien („Polypenentfernung“) mit Paukenröhrchen sowie die Tonsillotomien („Mandelteilentfernung“)) zu vergeben, bestehen auf Seiten der Kassenärztlichen Vereinigungen – wie eine zu dieser Thematik durchgeführte Länderabfrage zeigt – rechtliche Zweifel dahingehend, ob aus der Erteilung einer Genehmigung zum ambulanten Operieren automatisch abgeleitet werden kann, dass der Genehmigungsempfänger stets verpflichtet ist, (auch) ambulante Operationen anzubieten.

Eine entsprechende gesetzliche Klarstellung dient vor diesem Hintergrund der Gewährleistung des Behandlungsanspruchs gesetzlich versicherter Patientinnen und Patienten. Zugleich wird den Kassenärztlichen Vereinigungen die Durchsetzung des Sicherstellungsauftrags gegenüber den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten in materieller Hinsicht durch die Klarstellung in Bezug auf den Umfang des Sicherstellungsauftrags erleichtert, denn der in § 75 Absatz 1 SGB V normierte Sicherstellungsauftrag bezieht sich explizit auf die vertragsärztliche Versorgung nach § 73 Absatz 2 SGB V.

Eine Änderung des § 73 Absatz 2 Satz 1 SGB V ist darüber hinaus auch geeignet, der derzeit stattfindenden Entwicklung entgegenzuwirken, dass insbesondere investorengetragene Medizinische Versorgungszentren (iMVZ) ihre Versorgungskapazitäten nicht nur tendenziell in lukrative Ballungsgebiete verlegen, sondern auch vermehrt einen stärkeren Fokus auf gut skalierbare und umsatzsteigernde Leistungen legen, wodurch zu befürchten ist, dass nicht mehr das gesamte Behandlungsspektrum abgebildet wird. Sofern eine Genehmigung zur Durchführung ambulanter Operationen erteilt wurde und entsprechende Spezialisierungen stattfanden, können die Kassenärztlichen Vereinigungen (i)MVZ auf rechtlich sicherer Grundlage dazu anhalten, diese Eingriffe auch tatsächlich durchzuführen.

6. Zu Artikel 1 Nummer 4a – neu – (§ 73a – neu – SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 4 folgende Nummer 4a einzufügen:

,4a. Nach § 73 wird folgender § 73a eingefügt:

„§ 73a Primärversorgungszentren

(1) In Primärversorgungszentren wird Versicherten eine medizinische Grundversorgung angeboten, die durch zusätzliche berufsgruppen- und sektorenübergreifende, koordinierte, kooperative und versorgungssteuernde Versorgungselemente gekennzeichnet ist. In Primärversorgungszentren soll je nach regionalem Bedarf neben hausärztlicher auch pädiatrische, gynäkologische, psychotherapeutische und je nach regionalem Bedarf weitere medizinische Grundversorgung angeboten werden.

(2) Ein Primärversorgungszentrum kann von zugelassenen Ärzten, Berufsausübungsgemeinschaften oder medizinischen Versorgungszentren, von anerkannten Praxisnetzen nach § 87b Absatz 2 Satz 3, von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen in offenen hausärztlichen Planungsgebieten gegründet werden.

(3) Da in einem Primärversorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig sind, ist neben einer ärztlichen auch eine kooperative fachliche Leitung möglich.

(4) Ein Primärversorgungszentrum muss folgende Anforderungen erfüllen:

1. Interprofessionelles Team bestehend aus mindestens einem vollen hausärztlichen Versorgungsauftrag und einer entsprechend der Vereinbarung nach Absatz 6 qualifizierten Pflegefachperson oder einem nicht-ärztlichen Leistungserbringer mit dafür qualifizierenden Abschlüssen oder Weiter-, Fortbildungen oder einer vergleichbaren Zusatzqualifikation nach der Vereinbarung nach Absatz 6, hinzu können weitere haus- oder fachärztliche Versorgungsaufträge kommen,
2. Case-Management und entsprechend der jeweiligen Kompetenzen, zum Beispiel durch ärztliche Delegation, Hausbesuche, Untersuchungen und Behandlungen durch im Primärversorgungszentrum angestellte nicht-ärztliche Leistungserbringer mit dafür qualifizierenden Abschlüssen oder Weiter-, Fortbildungen oder einer vergleichbaren Zusatzqualifikation, etwa einer nach der Vereinbarung nach Absatz 6 qualifizierten Pflegefachperson,
3. Kooperationen mit an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten oder Einrichtungen und mit nicht-ärztlichen Leistungserbringern außerhalb des Primärversorgungszentrums, die auch telemedizinisch möglich ist,
4. niedrighschwellige Erreichbarkeit und Zugang und
5. Einhaltung der Vereinbarung nach Absatz 7.

(5) Ein Primärversorgungszentrum soll folgende Anforderung erfüllen:

Abschluss einer Kooperationsvereinbarung mit dem jeweiligen Kreis oder der jeweiligen kreisfreien Stadt und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, abhängig von den regionalen Gegebenheiten können dabei weitere Anbieter von Präventions- und Beratungsangeboten berücksichtigt werden; dabei sind bundeslandspezifische Regelungen zu berücksichtigen.

(6) Die zuständige Kassenärztliche Vereinigung erkennt das Primärversorgungszentrum auf Antrag der nach Absatz 2 Satz 1 genannten an, wenn es die Anforderungen nach Absatz 3 und 4 erfüllt.

(7) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren im Bundesmantelvertrag bis zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] das Nähere zur hausärztlichen Versorgung in Primärversorgungszentren, unter Beachtung berufsrechtlicher Grenzen, insbesondere zu:

1. Inhalten und Zielen der in den Primärversorgungszentren angebotenen hausärztlichen Versorgung,
2. Anforderungen an die personelle und sächliche Ausstattung eines Primärversorgungszentrums,
3. Anforderungen an die Qualifikation der im Primärversorgungszentrum tätigen Personen,
4. Vergütung der von nicht-ärztlichen Berufsgruppen im Primärversorgungszentrum erbrachten Leistungen, insbesondere für das nicht-ärztliche Case-Management sowie die durch das Primärversorgungszentrum übernommenen Aufgaben der Vernetzung und Koordination (auch Konsiliardienste),
5. Anforderungen an die Kooperationen nach Absatz 3 Nummer 2 einschließlich der Kooperation im Rahmen ambulanter telemedizinischer Leistungen und
6. Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität.

(8) Auf der Grundlage der Vereinbarung nach Absatz 7 hat der Bewertungsausschuss den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen insbesondere im Hinblick auf die Vergütung nicht-ärztlicher Leistungen zu überprüfen und innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss der Vereinbarung nach Absatz 7 anzupassen. Insbesondere ist hier die Vergütung für das nicht-ärztliche Case-Management sowie die durch das Primärversorgungszentrum übernommenen Aufgaben der Vernetzung und Koordination (auch Konsiliardienste) zu berücksichtigen. Der Bewertungsausschuss hat dem Bundesministerium für Gesundheit im Abstand von jeweils drei Jahren, erstmals zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des 30. auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] über die Entwicklung der abgerechneten nicht-ärztlichen Leistungen sowie über die Versorgungsqualität im Rahmen der besonderen hausärztlichen Versor-

gung in Primärversorgungszentren zu berichten. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zum Inhalt des Berichts und zu den dafür erforderlichen Auswertungen bestimmen.“ ‘

Begründung:

Die hausärztliche Versorgung steht vor besonderen Herausforderungen. Zum einen wird es insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen zunehmend schwieriger, Hausärztinnen und Hausärzte für eine Niederlassung zu gewinnen. Zum anderen führt die demographische Entwicklung zu einer Zunahme älterer und multimorbider Patientinnen und Patienten, sodass sich auch die inhaltlichen Anforderungen an die medizinische Grundversorgung wandeln. Erforderlich ist daher ein breiter, koordinierter und sektorenübergreifender Ansatz, der auch die Verbindung zu sozialer Beratung und Unterstützung herstellt. Zudem soll durch eine vernetzte und kooperativ aufgestellte Zusammenarbeit sowie die Unterstützung und Entlastung der ärztlichen Arbeit durch nicht-ärztliche Fachkräfte die Attraktivität einer Niederlassung, insbesondere in Regionen mit Versorgungsschwierigkeiten, gesteigert werden.

Vor dem Hintergrund der geschilderten Ausgangslage und positiven Erfahrungen in zahlreichen Modellprojekten werden Primärversorgungszentren als neuer Versorgungsansatz im SGB V eingeführt. Anerkannte Primärversorgungszentren können im Rahmen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM) zusätzliche Vergütungen erhalten, die insbesondere die Anstellung zusätzlicher nicht-ärztlicher Fachkräfte ermöglichen können.

Zu § 73a Absatz 1 SGB V:

In § 73a Absatz 1 SGB V werden Primärversorgungszentren als Einrichtungen gesetzlich verankert und die Besonderheiten, die ein Primärversorgungszentrum auszeichnen, normiert. Danach haben Primärversorgungszentren ein hausärztliches Versorgungsangebot zur Verfügung zu stellen, das durch zusätzliche berufsgruppen- und sektorenübergreifende, koordinierte, kooperative und versorgungssteuernde Versorgungselemente gekennzeichnet ist. Die Arbeit soll im interprofessionellen Team erfolgen. In Primärversorgungszentren wird zunächst zum einen eine „normale“ hausärztliche Versorgung nach den bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen und zum anderen eine zusätzliche hausärztliche Versorgung erbracht. Letztere ist – anders als die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V – der kollektivvertraglich organisierten Regelversorgung zuzuordnen. Inhaltlich können sich die zusätzlichen Versorgungselemente des § 73b SGB V und des neuen § 73a SGB V jedoch auch überschneiden. Ein ergänzendes fachärztliches Versorgungsangebot ist abhängig vom regionalen Bedarf möglich. Perspektivisch soll in Primärversorgungszentren je nach regionalem Bedarf auch pädiatrische, gynäkologische, psychotherapeutische und je nach Bedarf weitere medizinische Grundversorgung angeboten werden.

Zu § 73a Absatz 2 SGB V:

§ 73a Absatz 2 SGB V regelt, wer ein Primärversorgungszentrum errichten kann. Hierzu sollen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Berufsausübungsgemeinschaften, und MVZ, anerkannte Praxisnetze nach § 87b Absatz 2 Satz 3 SGB V, gemeinnützige Träger, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder Kommunen berechtigt sein. Das Primärversorgungszentrum muss über mindestens einen vollen hausärztlichen Versorgungsauftrag verfügen. Angesichts der bereits jetzt bestehenden Schwierigkeiten, insbesondere in strukturschwachen, ländlichen Regionen ausreichend Ärztinnen und Ärzte für die Niederlassung zu gewinnen, und angesichts der auch innerhalb eines Zulassungsgebietes oft ungleich verteilten Niederlassungen soll die Gründung von Primärversorgungszentren nicht durch hohe Hürden wie eine höhere Mindestzahl von hausärztlichen Versorgungsaufträgen zusätzlich erschwert werden, und nicht auf unterversorgte oder von Unterversorgung bedrohte Gebiete beschränkt sein. Im Vergleich zu einer hausärztlichen Praxis wird ein Versorgungsumfang von gewissem Gewicht und eine Versorgungskontinuität im Primärversorgungszentrum zusätzlich durch das nicht-ärztliche, interprofessionelle Team unterstützt. Weitere haus- und fachärztliche Versorgungsaufträge können hinzukommen und das Angebot weiter stärken.

Die Arbeit in einem Primärversorgungszentrum bietet – für junge Ärztinnen und Ärzte ebenso wie für entsprechend qualifizierte nicht-ärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, wie etwa qualifizierte Pflegefachkräfte – auch die Möglichkeit, Bedürfnissen nach flexiblen Arbeitsmodellen und einer Tätigkeit in Teamstrukturen Rechnung zu tragen.

Zu § 73a Absatz 3 SGB V:

§ 73a Absatz 3 SGB V regelt, dass ein Primärversorgungszentrum von einer ärztlichen Leitung geleitet wird. Mit Blick auf die Arbeit im interprofessionellen Team und die Beschäftigung von Angehörigen unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, ist auch eine kooperative Leitung möglich. Hierbei sind berufsrechtliche Vorgaben der Heilberufe-Kammergesetze der jeweiligen Länder zu beachten, die sich hinsichtlich der Zusammensetzung der juristischen Person des Privatrechts, für die ein Kammermitglied tätig wird, zum Teil auf das Partnerschaftsgesellschaftsgesetz beziehen. Da Pflegefachkräfte und Medizinische Fachangestellte in der gesetzlich festgelegten Liste der zulässigen Mitgesellschafter gemäß § 1 Absatz 2 Partnerschaftsgesellschaftsgesetz nicht aufgeführt sind, dürften diese dann in den betreffenden Ländern nicht Mitgesellschafter der juristischen Person werden, wohl aber eine fachliche Leitung kooperativ mit übernehmen. Um diese berufsrechtlichen Vorgaben nicht zu übersehen, soll bereits im SGB V klargestellt werden, dass berufsrechtliche Vorgaben hier hineingreifen und zu beachten sind.

Zu § 73a Absatz 4 SGB V:

§ 73a Absatz 4 SGB V normiert die Anforderungen, die ein Primärversorgungszentrum erfüllen muss.

Nummer 1 sieht die Arbeit im interprofessionellen, berufsgruppenübergreifenden Team vor, neben einem vollen hausärztlichen Versorgungsauftrag ist hier insbesondere die Beschäftigung von nicht-ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wie zum Beispiel Pflegefachkräften oder medizinischen Fachangestellten (zum Beispiel mit Zusatzqualifikation wie beispielsweise die einer Community Health Nurse) Bestandteil.

Nummer 2 führt das Angebot von nicht-ärztlichem Case-Management im Primärversorgungszentrum ein. Ziel ist es, dass nicht-ärztliche Fachkräfte des Primärversorgungszentrums dort, wo es nötig ist, Versicherte mit besonderen medizinischen Bedarfen, wie geriatrisch, chronisch, chronisch-komplex oder multimorbid Erkrankte, und gegebenenfalls auch sozialen Bedarfen in gesteigertem Maße in Form eines Case-Managements unterstützen. Hierzu gehört es zum Beispiel, sie bei der Therapie oder der Organisation der Versorgung intensiver zu begleiten und in einer Weise beratend und koordinierend zur Seite zu stehen, wie es in einer normalen hausärztlichen Praxis personell und zeitlich nicht leistbar ist, und sie rechtzeitig, effektiv und effizient an die richtige Stelle innerhalb der vorhandenen Versorgungsstrukturen zu leiten. Hierdurch kann eine deutliche Verbesserung der Versorgung erreicht, und auch im Sinne einer Gatekeeping-Funktion das Nebeneinander von Unter-, Fehl- und Überversorgung abgebaut werden. Entsprechend der jeweiligen Kompetenzen sollen im Rahmen ärztlicher Delegation vom Primärversorgungszentrum auch Hausbesuche, Routineuntersuchungen und einfache Behandlungen durch nicht-ärztliche Fachkräfte wie zum Beispiel qualifizierte Pflegefachpersonen, VeraHs/NäPas oder Physician Assistants angeboten und durchgeführt werden. Hausbesuche können zum Beispiel durch telemedizinische Anwendungen unterstützt werden. Mit diesen Angeboten bieten Primärversorgungszentren auch die Möglichkeit, Ärztinnen und Ärzte zu entlasten und ihnen mehr Zeit für die Wahrnehmung ihrer medizinischen Kernaufgaben einzuräumen. Für nicht-ärztliche Leistungserbringer wie entsprechend qualifizierte Pflegefachpersonen (zum Beispiel Community Health Nurses) bietet dies attraktive Tätigkeitsfelder und Weiterentwicklungsmöglichkeiten.

Nummer 3 bringt den bereits angesprochenen berufsübergreifenden Kooperationsgedanken mit weiteren ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungserbringern auch außerhalb des Primärversorgungszentrums zum Ausdruck (siehe Begründung zu Absatz 1). Primärversorgungszentren müssen eine breite Vernetzung und Kooperation mit fachärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungserbringern (zum Beispiel mit Heilmittelerbringern – etwa Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten – und Hebammen) und Kommunen gewährleisten. Dies dient der Umsetzung des intendierten breiten berufsgruppenübergreifenden Versorgungsansatzes und ermöglicht eine effiziente und effektive Versorgungssteuerung und eine bedarfsgerechte Behandlung.

Nummer 4 stellt eine niedrigschwellige Erreichbarkeit und einfachen Zugang der Versicherten zum Primärversorgungszentrum sicher.

Nummer 5 stellt sicher, dass ein Primärversorgungszentrum auch die nach Absatz 6 von den Bundesmantelvertragspartnern zu vereinbarenden Anforderungen erfüllt. Dabei handelt es sich um personelle und sächliche, aber auch um sonstige Anforderungen wie zum Beispiel an die Qualifikation der nicht-ärztlichen Fachkräfte und an die Qualitätssicherung (siehe Begründung zu Absatz 6).

Zu § 73a Absatz 5 SGB V:

§ 73a Absatz 5 SGB V normiert die Anforderungen, die ein Primärversorgungszentrum erfüllen soll. Er sieht eine Kooperationsvereinbarung des Primärversorgungszentrums mit dem jeweiligen Kreis oder der jeweiligen kreisfreien Stadt sowie dem Öffentlichen Gesundheitsdienst vor. In dieser Kooperationsvereinbarung kann geregelt werden, wie kommunale Dienste (zum Beispiel des Gesundheitsamtes, sozialer Dienste oder des Jugendamtes) in das Primärversorgungszentrum integriert werden. Dies kann zum Beispiel durch Bereitstellung von Räumen im Primärversorgungszentrum, in das die Kommune Mitarbeitende entsendet, geschehen. Dadurch erfolgt eine Verknüpfung der im Primärversorgungszentrum geleisteten medizinischen Versorgung mit den Beratungs-, Unterstützungs- und Koordinierungsangeboten der Kommune und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Zusätzlich kann die Kooperationsvereinbarung auf weitere Anbieter von Präventions- und nichtmedizinischen Beratungsangeboten erweitert werden. Länderspezifische Regelungen sind zu berücksichtigen. Hierdurch soll die Möglichkeit geschaffen werden, den Versicherten auch allgemeine Beratungs- und Unterstützungsangebote zur medizinischen, präventiven und sozialen Bedarfsermittlung zur Verfügung zu stellen.

Zu § 73a Absatz 6 SGB V:

§ 73a Absatz 6 SGB V sieht vor, dass die zuständige Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag des Vertragsarztes, der Berufsausübungsgemeinschaft, des MVZ, des anerkannten Praxisnetzes nach § 87b Absatz 2 Satz 3 SGB V, der gemeinnützigen Träger, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder der Kommune überprüft und feststellt, ob er, sie beziehungsweise es die Anforderungen des Absatzes 3 erfüllt und als Primärversorgungszentrum anzuerkennen ist. Wenn die Voraussetzungen gegeben sind, muss die Kassenärztliche Vereinigung dem Antrag in offenen hausärztlichen Planungsbereichen entsprechen. Der Hinweis zu den berufsrechtlichen Vorgaben dient dazu, auch diese gleich mit zu bedenken.

Zu § 73a Absatz 7 SGB V:

In § 73a Absatz 7 SGB V wird den Bundesmantelvertragspartnern (Kassenärztlicher Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband) die Aufgabe übertragen, das gesetzgeberische Konzept von Primärversorgungszentren zu konkretisieren und Einzelheiten zu regeln. Hierbei sollen Erfahrungen, die im Rahmen von Modell- und Pilotprojekten zu Primärversorgungszentren, Portzentren oder ähnlichen Einrichtungen gewonnen wurden, einfließen.

Im Bundesmantelvertrag ist Näheres zu den Inhalten und Zielen der berufsgruppen- und sektorenübergreifenden, koordinierten und kooperativen medizinischen Versorgung in den Primärversorgungszentren zu vereinbaren (Nummer 1). Dieser Regelungsauftrag überträgt den Bundesmantelvertragspartnern

die Konkretisierung der wesentlichen Rahmenbedingungen der neuen Versorgungsform. Im Gesetz festgelegt ist bereits ein Case-Management durch nicht-ärztliche Fachkräfte (zum Beispiel Pflegefachkräfte, qualifizierte medizinische Fachangestellte oder ähnliche Berufe) im Primärversorgungszentrum. Daneben können weitere Arten von Unterstützungsangeboten festgelegt werden, die ein Primärversorgungszentrum anbieten muss, um als solches anerkannt zu werden. Bei der Zielformulierung ist entsprechend dem breiten Versorgungsansatz von Primärversorgungszentren nicht nur eine Verbesserung der kurativen Behandlungsmöglichkeiten, sondern sind auch Verbesserungen im präventiven und sozialen Bereich in den Blick zu nehmen. Durch verstärkte Kooperationen, Koordination und Vermittlungen soll erreicht werden, dass auch diese Bedarfe gedeckt werden.

Das hausärztliche Versorgungsangebot des § 73a SGB V kann nur erbracht werden, wenn hierfür auch die erforderliche personelle und sächliche Ausstattung vorliegt. Um hier einheitliche Voraussetzungen zu schaffen, haben die Bundesmantelvertragspartner hierzu entsprechende Festlegungen zu treffen (Nummer 2). In Bezug auf das ärztliche Personal ist gesetzlich vorgegeben, dass die errichtungsberechtigten vertragsärztlichen Leistungserbringer mindestens über einen vollen hausärztlichen Versorgungsauftrag verfügen müssen. Daneben ist gesetzlich bereits festgelegt, dass die Arbeit im interprofessionellen Team erfolgen muss, und dass der hausärztliche Versorgungsauftrag mit einem nicht-ärztlichen Case-Management unterstützt wird. Im Bundesmantelvertrag sind diese Vorgaben ergänzende und wo notwendig konkretisierende Regelungen zu treffen. Berufsrechtliche Vorgaben sollen gleich mitbedacht werden, um Inkompatibilität zwischen Bundesrecht und landesrechtlichen Vorgaben für einzelne Berufsgruppen (zum Beispiel Heilberufes-Kammergesetze und Berufsordnungen der Landesärztekammern) zu vermeiden.

Für die Frage, ob ein Primärversorgungszentrum die ihm obliegenden Aufgaben auch hinreichend erfüllen kann, ist nicht nur die Anzahl der dort tätigen Personen, sondern auch ihre Qualifikation entscheidend. Deshalb sieht Nummer 3 vor, dass im Bundesmantelvertrag auch die Anforderungen an die Qualifikation konkreter zu regeln sind.

Nummer 4 sieht vor, dass für die gesetzlich festgeschriebenen Leistungen des nicht-ärztlichen Case-Managements sowie die durch das Primärversorgungszentrum übernommenen Aufgaben der Vernetzung und Kooperation Regelungen zur Vergütung zu treffen sind.

In Nummer 5 ist vorgesehen, dass die Bundesmantelvertragspartner auch die Anforderungen konkretisieren, die an die Kooperation mit anderen Leistungserbringern gestellt werden. Eine individuelle Versorgungssteuerung kann nur erfolgreich sein, wenn Kooperationen mit Ärztinnen und Ärzten oder Einrichtungen der fachärztlichen Versorgung, die auch die wichtigsten Fachgebiete abdecken, und mit nicht-ärztlichen Leistungserbringern (zum Beispiel Heilmittelerbringern und Hebammen) erfolgen. Dabei sollen insbesondere auch die bestehenden Möglichkeiten der telemedizinischen Leistungserbringung wie Telekonsile, Videosprechstunden oder telemedizinische Fallkonferenzen berücksichtigt werden. Denkbar ist mittelfristig jedoch auch der Einsatz von vortrai-

nierten KI-Chatbots, die die erste Phase der Patientensteuerung übernehmen.

Nummer 6 sieht vor, dass Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband auch bestimmen, welche Maßnahmen ein Primärversorgungszentrum, gegebenenfalls über die ohnehin für ärztliche Leistungserbringer bereits geltende Verpflichtung zur Qualitätssicherung hinaus, zusätzlich zu ergreifen hat, damit die besonderen Versorgungselemente auch qualitätsgesichert erbracht werden.

§ 73a Absatz 7 SGB V eröffnet als nicht abschließende Aufzählung auch die Möglichkeit, über die in Nummer 1 bis 6 genannten Regelungsgegenstände hinaus weitere Einzelheiten zu regeln, die für das untergesetzliche Detailkonzept von Bedeutung sind.

Sofern die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband sich nicht auf die nach § 73a Absatz 7 SGB V zu treffenden Regelungen einigen können, legt das Bundesschiedsamt nach § 89 Absatz 2 SGB V den Vertragsinhalt fest.

Zu § 73a Absatz 8 SGB V:

Für ärztliche und delegationsfähige Leistungen im Rahmen der besonderen hausärztlichen Versorgung in Primärversorgungszentren gilt der EBM. § 73a Absatz 8 SGB V sieht einen Auftrag an den Bewertungsausschuss vor, auf Grundlage der Vereinbarung der Bundesmantelvertragspartner nach § 73a Absatz 5 SGB V den EBM insbesondere im Hinblick auf die Vergütung nicht-ärztlicher Leistungen zu überprüfen und innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss der Vereinbarung durch die Bundesmantelvertragspartner anzupassen. Hier ist insbesondere die Vergütung des nicht-ärztlichen Case-Managements sowie der durch das Primärversorgungszentrum übernommenen Aufgaben der Vernetzung und Koordination (auch Konsiliardienste) zu regeln. Darüber hinaus erhält der Bewertungsausschuss den Auftrag, dem BMG über die Entwicklung der abgerechneten nicht-ärztlichen Leistungen sowie über die Versorgungsqualität im Rahmen der besonderen hausärztlichen Versorgung in Primärversorgungszentren zu berichten. Das BMG kann das Nähere zum Inhalt des Berichts und zu den dafür erforderlichen Auswertungen bestimmen.

7. Zu Artikel 1 Nummer 4a – neu – (§ 75a Absatz 1 Satz 1 und Satz 2, Absatz 4 Satz 2 Nummer 5, Absatz 5 Satz 1, Absatz 6 Satz 2, Absatz 7 Nummer 2 und Absatz 9 Satz 1 und Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 4 folgende Nummer 4a einzufügen:

,4a. § 75a wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „Sicherung der hausärztlichen“ die Wörter „und kinderärztlichen“ eingefügt und nach dem Wort „allgemeinmedizinische“ werden die Wörter „und kinder- und jugendmedizinische“ eingefügt.
 - bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Allgemeinmedizin“ die Wörter „und Kinder- und Jugendmedizin“ eingefügt.
- b) Absatz 4 Satz 2 Nummer 5 wird wie folgt gefasst:

„5. die zu fördernden Fachärzte aus dem Bereich der allgemein fachärztlichen Versorgung und der spezialisiert fachärztlichen Versorgung.“
- c) In Absatz 5 Satz 1 werden nach den Wörtern „Förderung der allgemeinmedizinischen“ die Wörter „und kinder- und jugendärztlichen“ eingefügt.
- d) In Absatz 6 Satz 2 werden nach den Wörtern „für den Bereich der hausärztlichen“ die Wörter „und kinderärztlichen“ eingefügt.
- e) In Absatz 7 Nummer 2 werden nach dem Wort „Allgemeinmedizin“ die Wörter „und Kinder- und Jugendmedizin“ eingefügt.
- f) Absatz 9 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter „ambulanten grundversorgenden fachärztlichen Versorgung“ durch die Wörter „ambulanten allgemein fachärztlichen und spezialisiert fachärztlichen Versorgung“ ersetzt.

- bb) In Satz 2 werden die Wörter „, , davon mindestens 250 Weiterbildungsstellen in der Kinder- und Jugendmedizin,“ gestrichen.‘

Begründung:

Für die Sicherung der künftigen flächendeckenden Versorgung spielt die ärztliche Weiterbildungsförderung eine wichtige Rolle. Die Zuständigkeit hierfür liegt bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen, die die Kosten der Förderung gemeinsam je zur Hälfte tragen und die förderfähigen Arztgruppen festlegen.

Speziell für die Sicherung der kinder- und jugendmedizinischen Versorgung spielt eine ausreichende Anzahl an Weiterbildungsstellen eine wichtige Rolle. Die Reform der Bedarfsplanung als erster Schritt im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin wurde bereits mit GMK-Beschluss vom 30. Januar 2023 gefordert. Um diese auch effektiv umsetzen zu können und bis dahin eine ausreichende Versorgung sicherstellen zu können, ist eine Ausweitung der Fördermöglichkeiten für Kinder- und Jugendärzte erforderlich.

Aus diesem Grund sollte die Weiterbildungsförderung der Kinder- und Jugendmedizin gemeinsam mit der Weiterbildungsförderung der Allgemeinmedizin ohne Höchstanzahl an Förderstellen ermöglicht werden.

Weiterhin sollte auch die Förderung von spezialisiert fachärztlich tätigen Arztgruppen möglich sein. Die Beschränkung auf sogenannte „grundversorgende“ Fachärzte bedeutet einen Ausschluss von Arztgruppen von der Weiterbildungsförderung, die jedoch für einige Arztgruppen für erforderlich gehalten wird. Dies betrifft beispielsweise die fachärztlich tätigen Internisten im Fachbereich Rheumatologie oder die Kinder- und Jugendpsychiater.

Daher sollte den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet werden, aus den Arztgruppen der allgemein und spezialisiert tätigen Fachärzten selbst nach Bedarfs- und Sicherstellungsgesichtspunkten festzulegen, welche Arztgruppe einer Weiterbildungsförderung bedarf.

8. Zu Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe c (§ 87a Absatz 3c Satz 3,
Satz 4,
Satz 6 und
Satz 11 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe c ist § 87a Absatz 3c wie folgt zu ändern:

- a) Satz 3 ist wie folgt zu fassen:

„Für die erstmalige quartalsweise Festsetzung der auf die in Satz 1 genannten Leistungen für den in Satz 7 genannten Zeitraum entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereini-

gung haben die Vertragspartner nach Absatz 2 Satz 1 jeweils das Honorarvolumen, das für diesen hausärztlichen Leistungsbedarf einschließlich sämtlicher auf diesen entfallender leistungsbezogener und nicht leistungsbezogener Zuschläge und einschließlich zusätzlicher Honorarauszahlungen in dem dem jeweiligen Kalenderquartal entsprechenden Kalenderquartal des Jahres 2023 gemäß dem in § 87b Absatz 1 Satz 2 genannten Verteilungsmaßstab ausgezahlt wurde, zu bestimmen und um die seit dem Jahr 2023 insgesamt vereinbarte Veränderung nach den Absätzen 2 und 4 anzupassen.

- b) In Satz 4 sind die Wörter „ist der nach Satz 3 zu bestimmende prozentuale Anteil“ durch die Wörter „ist das nach Satz 3 zu bestimmende Honorarvolumen“ zu ersetzen.
- c) In Satz 6 ist das Wort „berücksichtigen“ durch das Wort „vereinbaren“ zu ersetzen.
- d) Satz 11 ist wie folgt zu fassen:

„Wenn der hausärztliche Leistungsbedarf die festgesetzte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung für die in Satz 1 genannten Leistungen über einen Zeitraum vom zweiten Quartal eines Kalenderjahres bis zum ersten Quartal des folgenden Kalenderjahres ausschließlich der in Satz 6 genannten Zuschläge und zusätzlichen Honorarzahleungen insgesamt unterschreitet, vereinbaren die in Absatz 2 Satz 1 genannten Vertragsparteien Zuschläge zur Förderung der hausärztlichen Versorgung, deren Auszahlungshöhe in Summe der genannten Unterschreitung entspricht.“

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Grundsätzlich wird die Entbudgetierung der hausärztlichen Versorgung begrüßt. Die in § 87a Absatz 3c SGB V enthaltene Regelung führt jedoch zu einer Verschlechterung der bisherigen Versorgung, da durch die vorgeschlagene Herleitung der auf die betreffenden hausärztlichen Leistungen entfallenden Gesamtvergütung bereits bestehende gesetzliche Regelungen, unter anderem zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung (zum Beispiel in § 105 Absatz 1a SGB V), nicht beachtet werden und diesen Maßnahmen die Finanzierungsgrundlage entzogen wird.

Die Regelung in § 105 Absatz 1a SGB V zum Strukturfonds sieht vor, dass vor Aufteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auf die Haus- und Fachärzte ein prozentualer Anteil für Sicherstellungsmaßnahmen abgezogen

werden kann. Aus dem Strukturfonds werden wichtige Bereiche wie zum Beispiel die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin, Sicherstellungszuschläge und Investitionskostenzuschüsse für drohend unterversorgte Regionen finanziert. So sind zum Beispiel in Mecklenburg-Vorpommern derzeit 13 von 27 hausärztlichen Planungsbereichen drohend unterversorgt. Die vorgeschlagene Herleitung der entfallenden Gesamtvergütung steht zu § 105 Absatz 1a SGB V in Widerspruch.

Eine Honorarquote, die lediglich die Auszahlung an die Hausärzte für die Aufteilung der zukünftigen Gesamtvergütung beinhaltet, negiert diese hoheitlichen Finanzierungsaufgaben der Haus- und Fachärzte und verschiebt diese in den verbleibenden und weiterhin budgetierten fachärztlichen Vergütungsbereich. In der Folge müssten die Kassenärztlichen Vereinigungen den Umfang der bisherigen oben genannten Förderungen einschränken – dies gilt es zu vermeiden. Darüber hinaus stünde die Querfinanzierung der Maßnahmen ausschließlich zu Lasten der fachärztlichen Versorgung im Widerspruch zur gesetzlichen Regelung in § 87b Absatz 1 Satz 2 SGB V, wonach eine dauerhafte Trennung des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereiches zu erfolgen hat.

Um vorgenannte Widersprüche im SGB V aufzuheben, wird angeregt, dass sich die Festsetzung in Analogie zur Regelung der Kinderärzte in Absatz 3b Satz 3 aus dem ausgezahlten Honorarvolumen für die betreffenden hausärztlichen Leistungen angepasst um die zwischen den regionalen Vertragspartnern vereinbarten Veränderung der Gesamtvergütung nach den Absätzen 2 und 4 ergibt.

Zu Buchstabe b:

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Buchstabe a.

Zu Buchstabe c:

Mit dieser Änderung soll eine weitergehende Verbindlichkeit und eine gleichlautende Formulierung zu § 87a Absatz 3b SGB V geschaffen werden.

Zu Buchstabe d:

Mit dieser Änderung soll sichergestellt werden, dass die im Basiszeitraum im Jahr 2023 bestehenden regionalen Zuschläge und zusätzlichen Honorarzahllungen gemäß § 87a Absatz 3c Satz 6 SGB V zur Förderung der hausärztlichen Versorgung weiter Bestand haben und nicht mit einer etwaigen Nichtausschöpfung des Budgets und daraus resultierenden weiteren Zuschlägen vermengt werden. Die vorgeschlagene Ergänzung, wonach die „in Satz 6 genannten Zuschläge und zusätzlichen Honorarzahllungen“ bei der Feststellung einer etwaigen Nichtausschöpfung unberücksichtigt bleiben, entspricht der Vorgehensweise in § 87a Absatz 3c Satz 9 SGB V zur Bestimmung einer etwaigen Ausgleichszahlung. Eine Ausgleichzahlung erfolgt im umgekehrten Fall, wenn die angerechneten Leistungen die zur Verfügung stehende Vergütung überschreiten.

9. Zu Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe c (§ 87a Absatz 3c Satz 3a – neu –, Satz 3b – neu – und Satz 3c – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 7 Buchstabe c sind in § 87a Absatz 3c nach Satz 3 folgende Sätze einzufügen:

„Bei der erstmaligen Festsetzung des auf die in Satz 1 genannten Leistungen für den in Satz 7 genannten Zeitraum entfallenden Anteils der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung ist sicherzustellen, dass dieser im Einklang mit den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Absatz 4 zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung steht. Insbesondere darf der festgesetzte Anteil die Mittel für Sicherstellungsmaßnahmen und die weiterhin mit befreiender Wirkung zu vergütenden Leistungen der Haus- und Fachärzte nicht reduzieren. Nicht zu berücksichtigen sind Mittel, die nicht dem Jahr 2023 beziehungsweise nicht dem hausärztlichen Grundbetrag zuzuordnen sind.“

Begründung:

Die vorgesehenen Regelungen zur Entbudgetierung der Vergütung für die hausärztlichen Tätigkeiten werden grundsätzlich begrüßt. Dies stellt mit Blick auf die Herausforderungen, vor denen die hausärztliche Versorgung steht, einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung der flächendeckenden hausärztlichen Versorgung auch in Zukunft dar.

In der Begründung zum Gesetzentwurf ist als Grundsatz formuliert, dass „die Entbudgetierung nicht zu Lasten anderer Arztgruppen geht“. Dieser Grundsatz sollte auch für die nicht zur „Entbudgetierung“ vorgesehenen Leistungen der Hausärzte gelten. Hierunter fallen vor allem Leistungen der psychosomatischen Versorgung, der Schmerztherapie, der Allergologie und sonographische Leistungen. Bei unsachgemäßer Festlegung des initialen Vergütungsanteils für den Bereich der „allgemeinen hausärztlichen Versorgung“, besteht die Gefahr, dass für vorgenannte Leistungen Vergütungsquotierungen von 50 Prozent und mehr entstehen könnten und die Sicherstellung der Versorgung hierdurch in hohem Maße gefährdet wird.

Um negative Auswirkungen auf Sicherstellungsaufgaben und nicht zur „Entbudgetierung“ vorgesehene Leistungsbereiche zu vermeiden, bedarf es einer ergänzenden Regelung im Gesetz. Diese steht im Einklang mit den bisherigen Vorgaben zur Trennung der Gesamtvergütung. Zudem dient sie der Vorgabe, dass den anderen Fachgruppen und den in der MGV verbleibenden Leistungen der Hausärztinnen und Hausärzte keine Mittel entzogen werden. Nicht zuletzt wird sichergestellt, dass keine (indirekte) Schmälerung der Mittel der Kassen-

ärztlichen Vereinigungen für Sicherstellungsaufgaben (insbesondere Strukturfonds nach § 105 Absatz 1a SGB V) stattfindet, in dem diese MGV-Anteile dem Ausgangsvolumen für die allgemeine hausärztliche Versorgung zugerechnet werden.

10. Zu Artikel 1 Nummer 8a – neu – (§ 90 Absatz 4 Satz 3a – neu – und Satz 4 SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 8 folgende Nummer 8a einzufügen:

„8a. § 90 Absatz 4 wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Beratungsunterlagen einschließlich der zur Bewertung der Versorgungslage erforderlichen Daten sind den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden spätestens zwei Wochen vor dem Termin vollständig zur Verfügung zu stellen.“

b) In Satz 4 werden nach dem Wort „Antragstellung“ die Wörter „; Stellungnahmen der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde, die in Ausübung des Mitberatungsrechts abgegeben werden, sind vom Landesausschuss bei der Beschlussfassung zu berücksichtigen und die Erwägungen in der Begründung des Beschlusses zu dokumentieren“ eingefügt.“

Begründung:

Zu Buchstabe a:

Die Länder berichten immer wieder von Schwierigkeiten, ihr Beteiligungsrecht im Landesausschuss wirksam wahrnehmen zu können. Beispielsweise werden für die Bewertung der Versorgungslage erforderliche Daten der Kassenärztlichen Vereinigung teilweise nur den Vertreterinnen und Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung im Vorfeld zur Verfügung gestellt. Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden erhalten diese dagegen erst in der Sitzung, so dass eine angemessene Stellungnahme nicht mehr möglich ist.

Zu Buchstabe b:

Zur Sicherung der Beteiligungsrechte der Länder ist es außerdem erforderlich, dass klargestellt wird, dass die Stellungnahmen der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden in die Entscheidungsfindung der Ausschüsse eingehen müssen. Abweichende Auffassungen sind entsprechend zu begründen.

11. Zu Artikel 1 Nummer 9 Buchstabe a₁ – neu – (§ 91 Absatz 5 Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 9 ist nach Buchstabe a folgender Buchstabe a₁ einzufügen:

- ,a₁) In § 91 Absatz 5 Satz 1 wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Zahnärzte“ werden die Wörter „oder Pflege“ eingefügt.“

Begründung:

In § 91 Absatz 5 Satz 1 SGB V werden die berufsständischen Kammern, die landesrechtlich für das Berufsrecht zuständig sind, über ihre jeweilige Bundeskammer mit Verfahrensbeteiligungsrechten ausgestattet. Die Bundespflegekammer besteht seit dem Jahr 2019 und ist daher wie die anderen Heilberufskammern an entsprechender Stelle einzubeziehen. Ihre Expertise ist bei Beschlüssen, deren Gegenstand die Pflege betreffen, von Bedeutung.

12. Zu Artikel 1 Nummer 9 (§ 91 SGB V) und
Nummer 10 (§ 92 SGB V)

- a) Der Bundesrat begrüßt, dass der Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) die Vereinbarung im Koalitionsvertrag zur Stärkung der Stimme der Pflege im Gemeinsamen Bundesausschuss aufgreift.
- b) Der Bundesrat stellt jedoch fest, dass der Gesetzentwurf für die Berufsorganisationen der Pflegeberufe bei der Mitwirkung im Gemeinsamen Bundesausschuss nach wie vor kein Stimmrecht vorsieht. Der Bundesrat bittet im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, ob der Profession Pflege ein solches Stimmrecht eingeräumt werden kann.
- c) Der Bundesrat bittet ferner darum, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, wie sichergestellt werden kann, dass die Bundespflegekammer bei der Ausübung der Mitwirkungsrechte der Berufsorganisationen der Pflegeberufe im Gemeinsamen Bundesausschusses in verbindlicher Form berücksichtigt wird.

Begründung:Zu Buchstabe a und b:

Bei der interprofessionellen Zusammenarbeit zur Versorgung von Patientinnen und Patienten kommt der Pflege eine wichtige, bislang aber noch nicht ausreichend berücksichtigte Rolle zu. Vor diesem Hintergrund hat sich beispielsweise die 99. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2022 dafür ausgesprochen, den Deutschen Pflegerat als Stimme der Pflege im Gemeinsamen Bundesausschuss zu stärken sowie der Pflege und anderen Gesundheitsberufen weitere Mitsprachemöglichkeiten im Gemeinsamen Bundesausschuss einzuräumen. Die Bundesregierung wurde gebeten, zeitnah einen entsprechenden Gesetzentwurf vorzulegen.

Der Gesetzentwurf beinhaltet einen Ausbau der bislang bestehenden Mitwirkungsmöglichkeiten der Berufsorganisationen der Pflegeberufe zu einem Antrags- und Mitberatungsrecht bei den Richtlinien und Beschlüssen über die Qualitätssicherung sowie bei weiteren Aufgabenbereichen des Gemeinsamen Bundesausschusses, die die Berufsausübung der Pflegeberufe betreffen. Ein solcher Ausbau ist ein Schritt in die Richtige Richtung, bleibt aber in seiner Wirkung ohne ein echtes Stimmrecht der Profession Pflege im Gemeinsamen Bundesausschuss deutlich begrenzt.

Zu Buchstabe c:

Der Gesetzentwurf enthält keine Festlegung, von welchen Berufsorganisationen der Pflegeberufe die Vertreter oder Vertreterinnen der Pflege benannt werden. In der Begründung zum Gesetzentwurf wird ausgeführt, dass die Benennung wie bislang vom Deutschen Pflegerat e.V. erfolgen wird, gegebenenfalls im Einvernehmen mit weiteren Berufsorganisationen der Pflegeberufe, die ihm gegenüber ihr Interesse an der Mitwirkung im Gemeinsamen Bundesausschuss bekunden.

Damit bleibt letztlich offen, ob beziehungsweise inwieweit die in den bestehenden Pflegekammern organisierten Pflegekräfte bei der Mitwirkung der Profession Pflege im Gemeinsamen Bundesausschuss einbezogen werden. Dabei sind gerade die Pflegekammern aufgrund der bestehenden Pflichtmitgliedschaft geeignet, den Berufsstand besonders umfassend abzubilden. Der Gesetzentwurf sollte deshalb mit dem Ziel überprüft werden, die Bundespflegekammer, in der die derzeit bestehenden Landespflegekammern repräsentiert sind, bei der Mitwirkung der Berufsorganisationen der Pflegeberufe im Gemeinsamen Bundesausschuss in einer stärker verbindlichen Form zu berücksichtigen.

13. Zu Artikel 1 Nummer 10 Buchstabe j₁ – neu – (§ 92 Absatz 7e
Satz 5a – neu –,
Satz 5b – neu – SGB V) und
Buchstabe j₂ – neu – (§ 92 Absatz 7f Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 10 sind nach Buchstabe j folgende Buchstaben j₁ und j₂ einzufügen:

„j₁) In Absatz 7e werden nach Satz 5 folgende Sätze eingefügt:

„Ein Beschluss des Beschlussgremiums des Gemeinsamen Bundesausschusses wird gehemmt, wenn die beiden Vertreter der Länder ein ablehnendes Votum abgeben. Er gilt erst dann als getroffen, wenn er durch erneuten Beschluss in einer darauffolgenden Sitzung bestätigt wird.“

j₂) Absatz 7f wird wie folgt geändert:

In Satz 1 werden die Wörter „Absatz 7e Satz 2 bis 7 gilt entsprechend“ durch die Wörter „Absatz 7e Satz 2 bis 9 gilt entsprechend“ ersetzt.

Begründung:

In der Änderung des § 140f Absatz 2 SGB V ist vorgesehen, dass ein Beschluss des G-BA gehemmt werden kann, wenn die Patientenvertretung einheitlich ein ablehnendes Votum abgibt. Ist ein entsprechendes Votum erfolgt, gilt der Beschluss erst dann als getroffen, wenn er durch erneuten Beschluss in einer darauffolgenden Sitzung bestätigt wird.

Im Hinblick auf die weitreichenden Konsequenzen der Beschlüsse des G-BA erscheint ein temporäres Vetorecht (der Beschluss kann trotzdem ergehen, er muss in der darauffolgenden Sitzung aber bestätigt werden) für die Patientenvertretung im Gesamtregelgeflecht des G-BA sinnvoll und ist zu befürworten.

Wird der Patientenvertretung allerdings ein erweitertes Recht eingeräumt, sollte dies ebenso in Bezug auf die Ländervertretung erfolgen, die ebenfalls in einigen Gremien vertreten ist. Die Patientenvertretung hat – wie die Ländervertretung in bestimmten Gremien – zwar schon ein Antrags- und Mitberatungsrecht und kann im Rahmen der Beschlussfassung im Beschlussgremium des G-BA ihre Positionierung gegenüber der Beschlussvorlage darstellen. Jedoch, so die Begründung des Gesetzentwurfs, könne bei der Abstimmung über eine Beschlussvorlage im Beschlussgremium des G-BA gegen das ausdrückliche Votum der Patientenvertretung dennoch ein Beschluss gefasst werden. Daher gelte es, die Position der Patientenvertretung zu stärken.

Im Hinblick auf die erheblichen Konsequenzen, die die Entscheidungen des G-BA auf die Versorgungssituation in den Ländern nach sich ziehen können und damit den Sicherstellungsauftrag der Länder in der stationären Gesundheitsversorgung erheblich berührt, ist ein temporäres Vetorecht der Ländervertretung ebenso begründbar, wie es der Patientenvertretung eingeräumt werden soll. Denn auch gegen das ausdrückliche Votum der Länder kann dennoch der umstrittene Beschluss gefasst werden, da die Länder, ebenso wie die Patientenvertretung, nicht stimmberechtigt sind. Daher sind die Beteiligungsrechte der Ländervertretung entsprechend zu erweitern.

14. Zu Artikel 1 Nummer 11 Buchstabe a₀ – neu – (§ 95 Absatz 1a Satz 1, Satz 6 – neu – und Satz 7 – neu – SGB V), Nummer 12a – neu – (§ 103 Absatz 4 Satz 5 Nummer 6 SGB V) und Nummer 13 (§ 105 Absatz 1a Satz 3 Nummer 9 – neu – SGB V)

Artikel 1 ist wie folgt zu ändern:

- a) In Nummer 11 ist Buchstabe a folgender Buchstabe a₀ voranzustellen:

„a₀) Absatz 1a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Kommunen“ die Wörter „sowie von Kassenärztlichen Vereinigungen“ eingefügt.

bb) Folgende Sätze werden angefügt:

„Kassenärztliche Vereinigungen sind nur zur Gründung berechtigt, soweit diese zur Gewährleistung der vertragsärztlichen Versorgung in einem Versorgungsbereich unerlässlich ist, um Unterversorgung oder drohende Unterversorgung zu beseitigen oder einen lokalen oder qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf zu decken. Für ein durch die Kassenärztliche Vereinigung betriebenes medizinisches Versorgungszentrum gilt die Maßgabe, dass die Vertragsarztsitze nachfolgend an die dort tätigen angestellten Ärzte zur ortsnahen selbständigen Niederlassung übertragen werden sollen.“

- b) Nach Nummer 12 ist folgende Nummer 12a einzufügen:
- „12a. In § 103 Absatz 4 Satz 5 Nummer 6 werden nach dem Wort „Vertragsarztes“ die Wörter „, einer Eigeneinrichtung oder des medizinischen Versorgungszentrums oder ein Vertragsarzt ist, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich betrieben wurde,“ eingefügt.“
- c) In Nummer 13 ist Buchstabe a wie folgt zu fassen:
- a) Absatz 1a wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 3 wird nach Nummer 8 folgende Nummer 9 angefügt:
- „9. Förderung der von der Kassenärztlichen Vereinigung betriebenen Eigeneinrichtungen oder medizinischen Versorgungszentren.“
- bb) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:
- „< ... wie Vorlage ... >“

Begründung:

Zu Buchstabe a Buchstabe a₀ Doppelbuchstabe aa:

Zur umfassenden Erfüllung der Verpflichtung der sich aus § 75 SGB V ergebenden Sicherstellung ist es notwendig, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen innerhalb ihres Zuständigkeitsgebietes die Versorgung aktiv gestalten und alle Sicherstellungsinstrumente nutzen können. Dazu gehört auch, selbständig medizinische Versorgungszentren (MVZ) gründen und betreiben zu können. Dies wird bedarfsplanerisch eingegrenzt auf die Zielsetzung, insbesondere bestehende haus- und kinderärztliche Vertragsarztsitze in unterversorgten Planungs- und Teilbereichen oder Bereiche mit besonderem Versorgungsbedarf bei einer Praxisaufgabe zu erhalten und einer späteren Nachbesetzung zuführen zu können. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden damit den Kommunen gleichgestellt und erhalten zudem eine weitere Handlungsoption neben der bereits bestehenden Möglichkeit, Eigeneinrichtungen nach § 105 Absatz 1c SGB V zu gründen.

Zu Buchstabe a Buchstabe a₀ Doppelbuchstabe bb:

Die Regelung verdeutlicht die Zielrichtung der Versorgungssteuerung und der Schaffung von niederschweligen Zugangsmöglichkeiten in die selbständige Niederlassung. Die Regelung einer zeitlich befristeten Haltedauer der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Sitze ist aufgrund der teils schwierigen Nachfolgesituationen nicht angezeigt.

Zu Buchstabe b:

Die Änderung ist für die Schaffung einer privilegierten Zulassung der in Eigeneinrichtungen oder im MVZ tätigen angestellten Ärztinnen und Ärzte sowie angestellten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten notwendig.

Zu Buchstabe c:

Die Kassenärztliche Vereinigung soll die Möglichkeit erhalten, die Gründung und den Betrieb eines von ihr betriebenen Eigeneinrichtung oder MVZ auch aus Mitteln des Strukturfonds zu fördern.

15. Zu Artikel 1 Nummer 11 Buchstabe a (§ 95 Absatz 2 Satz 7 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 11 Buchstabe a sind in § 95 Absatz 2 Satz 7 die Wörter „Die Gesellschafter“ durch die Wörter „Kommunale Gesellschafter“ zu ersetzen.

Begründung:

Der Gesetzentwurf zielt darauf ab, die Gründung medizinischer Versorgungszentren (MVZ) durch Kommunen zu erleichtern und diese damit noch besser in die Lage zu versetzen, eine starke lokale Versorgungsinfrastruktur aufzubauen. Für die Zulassung eines MVZ in der Rechtsform der GmbH sieht der Gesetzentwurf die Möglichkeit vor, die gesetzlich vorgesehenen Sicherheitsleistungen der Höhe nach zu begrenzen. Davon würden auch nichtkommunale Gesellschafter umfasst. Eine Begrenzung ist aber lediglich für kommunale Gesellschafter notwendig. Die Differenzierung zwischen kommunalen und nichtkommunalen Gesellschaftern ergibt sich daraus, dass es den Kommunen wegen der kommunalrechtlichen Regelungen sonst nicht möglich wäre, ihre vom verfassungsrechtlich verbürgten Recht auf Selbstverwaltung umfasste Aufgabe des örtlichen Gesundheitswesens in diesem Bereich wahrzunehmen.

16. Zu Artikel 1 Nummer 11 Buchstabe a (§ 95 Absatz 2 Satz 8a – neu – SGB V)

In Artikel 1 Nummer 11 Buchstabe a ist in § 95 Absatz 2 nach dem neuen Satz 8 folgender Satz einzufügen:

„Für kommunale Gesellschafter eines medizinischen Versorgungszentrums ist die Abgabe einer Ausfallbürgschaft ausreichend im Sinne von Satz 6.“

Begründung:

Die Gründung kommunaler medizinischer Versorgungszentren im ländlichen Raum soll erleichtert werden.

Für die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung ist Voraussetzung, dass die Gesellschafter eine Bürgschaftserklärung oder eine andere Sicherheitsleistung nach § 232 des Bürgerlichen Gesetzbuchs für Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegen das medizinische Versorgungszentrum aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit abgeben. Dies gilt auch für Forderungen, die erst nach Auflösung des medizinischen Versorgungszentrums fällig werden.

Ziel des Bürgschaftserfordernisses war, die in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung betriebenen medizinischen Versorgungszentren den als Personengesellschaft betriebenen medizinischen Versorgungszentren, deren Gesellschafter persönlich haften und den in Einzelpraxen oder Berufsausübungsgemeinschaften tätigen Vertragsärzten, die ebenfalls persönlich haften, gleichzustellen und zu gewährleisten, dass Rückforderungsansprüche der Kassenärztlichen Vereinigungen wegen unrichtiger Abrechnung oder auch Schadenersatzansprüchen von Krankenkassen gegenüber medizinischen Versorgungszentren auch noch nach deren Auflösung realisiert werden (BT-Drucksache 16/2474, Seite 21).

Eines derartigen Erfordernisses bedarf es in Fällen, in denen Kommunen Gesellschafter medizinischer Versorgungszentren sind, nicht. Anders, als bei Privatpersonen oder anderen juristischen Personen ist die Insolvenz von Kommunen als Gebietskörperschaften ausgeschlossen. Die Gefahr, dass Rückforderungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen auch nach Auflösung der medizinischen Versorgungszentren unbefriedigt bleiben, besteht bei Kommunen deshalb gerade nicht. Andererseits können kommunalrechtliche Regelungen die Abgabe selbstschuldnerischer Bürgschaften ausschließen, so dass davon betroffenen Kommunen diese Möglichkeit zur Absicherung eines kommunal betriebenen medizinischen Versorgungszentrums verwehrt bleibt. Dies verhindert die Gründung kommunaler medizinischer Versorgungszentren, die jedoch einen wichtigen Baustein zur vertragsärztlichen Versorgung insbesondere im ländlichen Raum darstellen.

17. Zu Artikel 1 Nummer 11 (§ 95 SGB V)

Der Bundesrat bedauert, dass der Gesetzentwurf nicht die angekündigten Vorschriften zur Regulierung investorengeführter Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) enthält. Im Vorfeld dieses Gesetzgebungsverfahrens war durch die Bundesregierung in Aussicht gestellt worden, auch die Rahmenbedingungen für investorenbetriebene MVZ weiterzuentwickeln. Die Länder hatten zuvor bereits ausführliche Vorschläge erarbeitet und die Bundesregierung zu einer Neujustierung aufgefordert (Entschließung des Bundesrates „Schaffung eines MVZ-

Regulierungsgesetzes“ vom 16. Juni 2023, BR-Drucksache 211/23 (Beschluss)).

Vor diesem Hintergrund bittet der Bundesrat um Prüfung dieser Vorschläge im weiteren Gesetzgebungsverfahren hinsichtlich einer Berücksichtigung im Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz.

Begründung:

Neben unerwünschten Konzentrationsprozessen sehen die Länder durch das Wachstum von investorengetragenen MVZ auch Risiken für eine flächendeckende, umfassende Versorgung. Die von den Ländern vorgeschlagenen Regelungen zielen unter anderem auch darauf ab, Ärztinnen und Ärzte vor sachfremder Einflussnahme zu schützen. Aufgrund der Dringlichkeit sollten entsprechende Regelungen in das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz aufgenommen werden.

18. Zu Artikel 1 Nummer 11a – neu – (§ 96 Absatz 2a Satz 1 Nummer 6, Nummer 7, Nummer 8 – neu – und Nummer 9 – neu – SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 11 folgende Nummer 11a einzufügen:

,11a. § 96 Absatz 2a Satz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 6 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.
- b) In Nummer 7 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt.
- c) Folgende Nummern 8 und 9 werden angefügt:

„8. Zulassungsverfahren nach Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen und

9. Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Absatz 4.“ ‘

Begründung:

Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden haben seit dem Jahr 2019 nach § 96 Absatz 2a SGB V in Verfahren mit besonderer Versorgungsrelevanz ein Mitberatungsrecht in den Zulassungsausschüssen.

Die Erfahrungen in Ausübung dieses Mitberatungsrechts haben gezeigt, dass der Katalog an Mitberatungsgegenständen in § 96a Absatz 2a Satz 1 SGB V zur effektiven Einbringung von Versorgungsgesichtspunkten, die sich aus der Kenntnis der jeweils zuständigen Landesbehörden ergeben, aktuell zu eng gefasst und daher zu erweitern ist.

So ist das Mitberatungsrecht erstens auf Zulassungsverfahren nach Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen zu erstrecken. Diese sogenannten partiellen Öffnungen sind in § 26 der Bedarfsplanungs-Richtlinie geregelt. Gerade wenn in an sich sehr gut versorgten Planungsbereichen einige wenige (Teil-)Zulassungen möglich werden, trägt ein Mitberatungsrecht zur Objektivierung des Verfahrens bei der Auswahl zwischen mehreren Bewerbungen bei. So verfügen die zuständigen Landesbehörden insbesondere hinsichtlich der bestmöglichen Versorgung der Versicherten im Hinblick auf die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes, Versorgungsgesichtspunkte und die Berücksichtigung von Belangen von Menschen mit Behinderung beim Zugang zur Versorgung (siehe die Kriterien in § 26 Absatz 4 Nummer 3 der Bedarfsplanungs-Richtlinie) über Kenntnisse, die Berücksichtigung finden sollten.

Insbesondere bei einer Auswahl zwischen mehreren Bewerbungen ist es von besonderer Versorgungsrelevanz für die zuständigen Landesbehörden, bei der Gewichtung der verschiedenen Auswahlkriterien mitberaten zu können.

Darüber hinaus bietet das Mitberatungsrecht den zuständigen Landesbehörden einen besseren Einblick in die Versorgungslage in den betreffenden Planungsbereichen, da davon auszugehen ist, dass diese eingehend betrachtet wird, wenn zwischen mehreren Anträgen auszuwählen ist.

Zweitens sollte das Mitberatungsrecht auch auf die Durchführung von Nachbesetzungsverfahren nach § 103 Absatz 4 SGB V erstreckt werden. Auch hier wird durch das Mitberatungsrecht eine bisher nicht bestehende Transparenz gegenüber einem objektiven Dritten erreicht. Gerade für die konkrete Nachbesetzungsentscheidung ist es zudem von Bedeutung, Versorgungsgesichtspunkte aus Sicht der zuständigen Landesbehörden einbringen zu können.

Da das Mitberatungsrecht auch in einer Teilnahme- und vor allem auch Informationsbefugnis besteht (BT-Drucksache 19/6337, Seite 119) ist gerade auch Letztgenanntes von großem Wert für die Wahrnehmung der Aufgaben der Länder bei der Versorgung.

19. Zu Artikel 1 Nummer 11a – neu – (§ 97 Absatz 2a – neu – SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 11 folgende Nummer 11a einzufügen:

,11a. In § 97 wird nach Absatz 2 folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden haben in den Verfahren des Berufungsausschusses für Ärzte ein Mitberatungsrecht, soweit es die Verfahren des § 96 Absatz 2a betrifft. § 96 Absatz 2a Satz 2 gilt entsprechend.“

Begründung:

Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden haben seit dem Jahr 2019 nach § 96 Absatz 2a SGB V in Verfahren mit besonderer Versorgungsrelevanz ein Mitberatungsrecht in den Zulassungsausschüssen.

Im Rahmen der Zulassungsausschüsse können sich die obersten Landesbehörden mit den ihnen bekannten Versorgungsgesichtspunkten einbringen. Allerdings ist dies nicht ausreichend und muss auf den Berufungsausschuss ausgeweitet werden. Das weitere Verfahren ist der obersten Landesbehörde nicht bekannt. Sie hat insofern weder einen Einblick über die Anzahl der Fälle, noch darüber, ob die ihrerseits vorgetragene Argumente im Zulassungsausschuss auch im Berufungsausschuss berücksichtigt werden.

Daher ist ein Mitberatungsrecht im Berufungsausschuss notwendig, da hier die letzte Entscheidung über die Zulassung getroffen wird, bevor es zu einem Klageverfahren kommt. Es ist folgerichtig, das Mitberatungsrecht auch auf den Berufungsausschuss zu erweitern.

20. Zu Artikel 1 Nummer 12a – neu – (§ 103 Absatz 2 Satz 7 – neu –,
Satz 7a – neu – und
Satz 7b – neu – SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 12 folgende Nummer 12a einzufügen:

,12a. In § 103 Absatz 2 wird Satz 7 durch folgende Sätze ersetzt:

„Der Landesausschuss hat sich dabei an raumplanerischen und infrastrukturellen Faktoren sowie an der Sozial- und Morbiditätsstruktur auf regionaler Ebene zu orientieren. Kommt es zu den allgemeingültigen Kriterien nicht innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieser Regelung zum Einvernehmen, kann die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde die Kriterien aufstellen. Die zusätzlichen Arztsitze sind in den von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemäß § 99 aufzustellenden Bedarfsplänen auszuweisen.“ ‘

Begründung:

Mit der vorgeschlagenen Regelung können die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden innerhalb eines Planungsbereichs ländliche oder strukturschwache Teilgebiete bestimmen, um bei angeordneten Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Absatz 1 Satz 2 SGB V zusätzliche Zulassungen für eine Neuniederlassung zu ermöglichen. Damit kann besonderen regionalen Versorgungsbedürfnissen in Gebieten innerhalb eines Planungsbereichs, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, bei festgestellten

lokalen Versorgungsengpässen oder fehlender Versorgungsangebote noch besser nachgekommen werden. So werden die bisher wenig genutzten Möglichkeiten der Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen zur Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfes in einem nicht unterversorgten Planungsbereich nach § 100 Absatz 3 SGB V und die Regelungen zur Prüfung einer lokalen Versorgungslage in § 35 Bedarfsplanungs-Richtlinie ergänzt.

Grundlage für die Bestimmung von ländlichen oder strukturschwachen Teilgebieten und der Festlegung zusätzlicher Zulassungsmöglichkeiten sind allgemeingültige Kriterien, die vom Landesausschuss im Einvernehmen mit den jeweils zuständigen obersten Landesbehörden festzulegen sind. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Landesbehörden nicht nur über Kenntnisse über die lokale ärztliche Versorgungslage und die Altersstruktur der vorhandenen Ärzte in den jeweiligen Gebieten verfügen, sondern ihnen darüber hinaus auch weitere relevante Faktoren für einen bedarfsgerechten Zugang zur ärztlichen Versorgung bekannt sind, die von ihnen gewichtet werden können. Dies umfasst insbesondere die raumplanerische und infrastrukturelle Gesamtsituation in ländlichen oder strukturschwachen Gebieten eines Planungsbereichs, wie zum Beispiel die Gestaltung der Mobilität (Anschluss an den öffentlichen Nahverkehr, Nahversorgungs-, Bildungs- und andere öffentliche Einrichtungen) sowie die Versorgungssituationen und infrastrukturellen Verflechtungen in und zu benachbarten Gemeinden und Kreisen. Darüber hinaus besteht auch Kenntnis über die Sozial- und Morbiditätsstruktur in den ländlichen oder strukturschwachen Regionen, wie zum Beispiel Haushaltseinkommen, Arbeitslosenquote, Bildungsabschluss, Pflegebedarf. Dass sozioökonomische Faktoren zwar nicht bei der bundesweiten Berechnung, aber sehr wohl auf regionaler Ebene Indikatoren für den Versorgungsbedarf sind, hat auch das aktuelle Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung (Gutachten des Gemeinsamen Bundesausschusses, Juli 2018) gezeigt. Neben den raumplanerischen Faktoren sind daher auch diese Faktoren bei der Bestimmung von Kriterien für die Bestimmung von ländlichen oder strukturschwachen Teilgebieten zu berücksichtigen. Damit wird auch angeknüpft an die Regelung des § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V zur Berücksichtigung der regionalen Demografie und Morbidität bei der Aufstellung des Bedarfsplans. Mit dem Ziel einer gleichmäßigen wohnortnahen Versorgung ist eine kleinräumigere Untergliederung unterhalb des nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie festgelegten Planungsbereichs möglich.

Entscheidend für die Bildung von Kriterien ist, dass sie überwiegend auf Grundlage von vorliegenden Daten vorgenommen werden kann und sich nach den aktuellen Erkenntnissen zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung ausrichtet. Es wäre sehr aufwändig, von der Auswertung ausschließlich anderer Institute oder Behörden, wie zum Beispiel dem Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung, abhängig zu sein, vielmehr müssen die Datensätze aus den dem Landesausschuss, den Ländern und den Kassenärztlichen Vereinigungen verfügbaren Daten wie zum Beispiel den Abrechnungsdaten, Sozialindex et cetera ermittelbar sein.

Dem Landesausschuss wird die Möglichkeit eingeräumt, die Kriterien für die Bestimmung durch die Länder mit deren Einvernehmen vorzugeben. Nimmt er dieses Gestaltungsrecht nicht innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten

dieser Regelung in Anspruch und stellt das Einvernehmen nicht her, obliegt die Definition und Festlegung der ländlichen oder strukturschwachen Teilgebiete den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden.

21. Zu Artikel 1 Nummer 12a – neu – (§ 103 Absatz 3 Satz 2 – neu –, Absatz 4 Satz 1a – neu –, Satz 5 Nummer 9 und Nummer 10 – neu – SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 12 folgende Nummer 12a einzufügen:

,12a. § 103 wird wie folgt geändert:

- a) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Im Falle der ganz oder teilweisen Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen für einen Planungsbereich kann die Kassenärztliche Vereinigung aus Gründen einer ausgewogenen Versorgungsstruktur den Planungsbereich untergliedern und lokale Gebiete benennen, in denen Niederlassungen zu erfolgen haben.“

- b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

- aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Die Ausschreibung des Vertragsarztsitzes kann innerhalb eines bestehenden Planungsbereiches, aus Gründen einer ausgewogenen Versorgungsstruktur, lokal begrenzt erfolgen.“

- bb) In Satz 5 wird in Nummer 9 der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 10 wird angefügt:

„10. die von der Kassenärztlichen Vereinigung innerhalb eines Planungsbereiches evaluierten und benannten lokalen Gebiete zur Herstellung oder Aufrechterhaltung einer ausgewogenen Versorgungsstruktur.“

Begründung:

Die für die Bedarfsplanung maßgeblichen Planungsbereiche können sich bei der Betrachtung der Aufrechterhaltung oder Herstellung einer möglichst wohnortnahen und gleichmäßig verteilten Versorgung als ungeeignetes, für die Bedarfsplanung grundsätzlich aber als sachgerechtes Instrument erweisen. Damit die Kassenärztlichen Vereinigungen besser auf eine zielgerichtete, aus-

gewogene und möglichst wohnortnahe Versorgung hinwirken können, ist es notwendig, innerhalb eines Bedarfsplanungsbereiches lokal begrenzte Ausschreibungen zu ermöglichen. Die gesetzliche Aufgabe der Sicherstellung umfasst auch das Bestreben der Kassenärztlichen Vereinigung eine möglichst flächendeckende und gleichmäßige Versorgung aufrechtzuerhalten oder herzustellen. Hierbei ist es sachgerecht, dass die Kassenärztliche Vereinigung nach ihrer obliegenden Evaluation die Möglichkeit besitzt, lokale Gebiete zu benennen, die bei der unabhängigen Auswahlentscheidung des Zulassungsausschusses als zu berücksichtigendes Kriterium zu gelten haben. Der prioritäre Versorgungsaspekt hinter dem Sicherstellungsauftrag gebietet es, dass den Kassenärztlichen Vereinigungen effektive Möglichkeiten zur Beeinflussung der gebietsbezogenen Leistungserbringung zur Verfügung stehen. Mit der Regelung wird eine aus Bedarfsplanungssicht zu kleinteilige Untergliederung der Planungsbereiche verhindert; zudem führt eine Öffnung von diversen sehr kleinen Planungsbereichen nicht zu einer effektiven Steuerung der Verteilung der Leistungserbringer. In der Situation von derzeit noch sinkenden ärztlichen Kapazitäten ist es notwendig, dass durch gezielte, gegebenenfalls durch die Kassenärztliche Vereinigung geförderte, Ausschreibungen von Vertragsarztsitzen eine evaluierte Steuerung der Verteilung erfolgen kann.

22. Zu Artikel 1 Nummer 12a – neu – (§ 103 Absatz 4d – neu – SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 12 folgende Nummer 12a einzufügen:

„12a. In § 103 wird nach Absatz 4c folgender Absatz 4d eingefügt:

„(4d) Betreibt eine Kassenärztliche Vereinigung in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, eine Eigeneinrichtung nach § 105 Absatz 1c, haben die dort tätigen Ärzte und Ärztinnen, nach einer fortlaufenden Tätigkeit von fünf Jahren, auf Antrag einen Anspruch auf vertragsärztliche Zulassung unabhängig von den angeordneten Zulassungsbeschränkungen.“ ‘

Begründung:

Gemäß § 105 Absatz 1c SGB V haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit, Eigeneinrichtungen in Planungsbereichen, unabhängig von Zulassungsbeschränkungen des Landesausschusses gemäß § 103 SGB V, zu betreiben. Sofern die Kassenärztliche Vereinigung über eine Eigeneinrichtung die notwendige Versorgung aufrechterhält, muss für sie eine Möglichkeit zur Übertragung der Fortführung auf die dort tätigen Leistungserbringer bestehen. Insbesondere in Ballungsgebieten kommt es regelhaft vor, dass in Planungsbereichen, in denen Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, lokale Besonderheiten eine Eigeneinrichtung notwendig machen. Ziel der Kassenärztlichen Vereinigung ist hierbei, über die Anstellung von Leistungserbringern in der Ei-

geneinrichtung die Versorgung gezielt sicherzustellen. Die in der Eigeneinrichtung angestellten Ärzte und Ärztinnen sollen die Möglichkeit haben, die Versorgung in eigener Niederlassung fortzuführen und dadurch nachhaltig zu sichern.

23. Zu Artikel 1 Nummer 13 Buchstabe a₀ – neu – (§ 105 Absatz 1a Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 13 ist dem Buchstaben a folgender Buchstabe a₀ voranzustellen:

- ,a₀) In Absatz 1a Satz 1 wird die Angabe „0,1 Prozent“ durch die Angabe „0,2 Prozent“ und die Angabe „0,2 Prozent“ wird durch die Angabe „0,4 Prozent“ ersetzt.’

Begründung:

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben mit Unterstützung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entsprechend den Bedarfsplänen alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern.

Mit dem Ziel des Ausbaus der Vergütungsanreize wurde den Kassenärztlichen Vereinigungen durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz seit dem 1. Januar 2012 die Möglichkeit gewährt, einen Strukturfonds zu bilden. Mit der Reform durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz im Jahr 2019 wurde die Errichtung eines Strukturfonds für sämtliche Kassenärztlichen Vereinigungen obligatorisch.

Zur Bildung des Strukturfonds müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen nach derzeitiger Gesetzeslage mindestens 0,1 Prozent und höchstens 0,2 Prozent der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen bereitstellen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen entrichten in den Strukturfonds einen zusätzlichen Betrag in gleicher Höhe.

Die Mittel aus dem Fonds sollen gemäß § 105 Absatz 1a Nummern 1 bis 8 SGB V dabei unter anderem nicht nur für Zuschüsse für Investitionskosten bei der Neuniederlassung und bei Praxisübernahmen (Nummer 1), sondern gerade auch für die Förderung von Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 105 Absatz 1c SGB V (Nummer 4) verwendet werden.

Angesichts der zunehmenden (drohenden) ärztlichen Unterversorgung in strukturschwachen, ländlichen Regionen ist es im Sinne einer bedarfsgerechten und wohnortnahen medizinischen Versorgung eine zentrale gesundheitspolitische Herausforderung, dem räumlichen Missverhältnis der Versorgungskapazitäten entgegenzusteuern.

So wurde deutschlandweit im Jahr 2022 in 31 Planungsbereichen eine Unterversorgung (überwiegend in der Arztgruppe der Hausärzte) und in 131 Planungsbereichen eine drohende Unterversorgung (ebenfalls überwiegend mit Hausärzten) festgestellt. Zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf wurde in fünf Kassenärztlichen Vereinigungen konstatiert.

In Bayern sind derzeit (Stand: Mai 2024) zwölf Planungsbereiche unterversorgt (überwiegend in der Arztgruppe der Hausärzte) und 36 Planungsbereiche drohend unterversorgt. Zum Vergleich: Im Jahr 2018 (Stand: November 2018) waren in Bayern nur zwei Planungsbereiche unterversorgt und elf Planungsbereiche drohend unterversorgt. In Sachsen sind derzeit drei Planungsbereiche unterversorgt (Stand: April 2024) und 65 Planungsbereiche drohend unterversorgt (überwiegend in der Arztgruppe der Hausärzte). 2018 gab es einen unterversorgten Planungsbereich und 32 Planungsbereiche waren drohend unterversorgt.

Um dieser sich stetig verschlechternden Versorgungslage entgegenzuwirken, bedarf es einer Ausweitung der bisherigen Sicherstellungsmaßnahmen, insbesondere auch durch Gründung von Eigeneinrichtungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen in (drohend) unterversorgten Planungsbereichen. Grundvoraussetzung, um eine entsprechende Ausweitung ermöglichen zu können, ist wiederum, dass die Mittel des Strukturfonds erhöht werden.

Im Hinblick auf die stark gestiegene Anzahl (drohend) unterversorgter Planungsbereiche erscheint eine Verdoppelung der bisherigen Mittel des Strukturfonds, das heißt zukünftig mindestens 0,2 Prozent und höchstens 0,4 Prozent der nach § 87a Absatz 3 Satz 1 SGB V vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen, erforderlich.

24. Zu Artikel 1 Nummer 13 Buchstabe a₁ – neu – (§ 105 Absatz 3 Satz 1 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 13 ist nach Buchstabe a folgender Buchstabe a₁ einzufügen:

- ,a₁) In Absatz 3 Satz 1 werden nach den Wörtern „nach deren Ende“ die Wörter „oder für Vorbereitungsmaßnahmen außerhalb des Bestehens einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ eingefügt.“

Begründung:

Mit der vorgeschlagenen Änderung des § 105 Absatz 3 Satz 1 SGB V wird eine dauerhafte „Pandemiefestigkeit“ der Kassenärztlichen Vereinigungen gewährleistet, indem Finanzierungsmöglichkeiten durch die Krankenkassen für Vorbereitungsmaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen auch außerhalb des Bestehens einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite geschaffen werden.

Die COVID-19-Pandemie hat gezeigt, dass es unerlässlich ist, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen in der Lage sein müssen, angemessen und effizient auf Gesundheitskrisen zu reagieren. Die bisherige Formulierung im Gesetz bezieht sich ausschließlich auf Maßnahmen während einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite. Allerdings ist die Vorbereitung auf solche Situationen genauso wichtig wie die Reaktion darauf. Durch die vorgeschlagene Änderung können die Kassenärztlichen Vereinigungen Finanzierungsmöglichkeiten für präventive Maßnahmen erhalten, um sicherzustellen, dass sie auch außerhalb von Krisenzeiten gut gerüstet sind.

In der aktuellen Form kann es zudem zu Verzögerungen bei der Finanzierung von Maßnahmen kommen, da die epidemische Lage von nationaler Tragweite erst erklärt werden muss, bevor zusätzliche Mittel bereitgestellt werden können. Das kann kritische Zeitverluste bedeuten, wenn schnelles Handeln erforderlich ist. Mit der vorgeschlagenen Änderung werden die Kassenärztlichen Vereinigungen die finanzielle Unterstützung unmittelbar erhalten, wenn sie Maßnahmen zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung als notwendig erachten.

Darüber hinaus verändert sich die Gesundheitslandschaft ständig und es gibt viele andere potenzielle Gesundheitskrisen neben Pandemien. Die vorgeschlagene Änderung ermöglicht es den Kassenärztlichen Vereinigungen, finanzielle Mittel für Maßnahmen zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung in verschiedenen Krisensituationen zu erhalten, sei es bei Epidemien, Naturkatastrophen oder anderen unerwarteten Ereignissen. Dies fördert die Flexibilität und die Prävention.

Eine dauerhafte Finanzierungsmöglichkeit für Maßnahmen zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung unterstützt die Kassenärztlichen Vereinigungen außerdem bei der Planung und Umsetzung von Gesundheitsvorsorgemaßnahmen. Dadurch können Gesundheitskrisen vermieden oder in ihrem Ausmaß reduziert werden, was letztendlich Kosten senken und Menschenleben retten kann.

Insgesamt dient die vorgeschlagene Änderung dazu, die Handlungsfähigkeit und die Vorsorge der Kassenärztlichen Vereinigungen zu stärken und sicherzustellen, dass sie in der Lage sind, die medizinische Versorgung in allen Situationen effektiv aufrechtzuerhalten. Dies ist im Interesse der öffentlichen Gesundheit und der Sicherheit der Bevölkerung.

25. Zu Artikel 1 Nummer 14a – neu – (§ 106d Absatz 4 Satz 3a – neu – SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 14 folgende Nummer 14a einzufügen:

„14a. In § 106d Absatz 4 wird nach Satz 3 folgender Satz eingefügt:

„Prüfungen nach den Sätzen 1 bis 3 sind bis zu einem Betrag von 100 Euro je Betriebsstättennummer, Krankenkasse und Quartal nicht durchzuführen.“

Begründung:

Abrechnungsprüfungen führen bei Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und den betroffenen Ärzten zu einem nicht unerheblichen bürokratischen Aufwand.

Für den vertragsärztlichen Bereich sehen die Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen gemäß § 106d Absatz 6 SGB V (Abrechnungsprüfungs-Richtlinien) in der Fassung der zum 1. Oktober 2020 in Kraft getretenen Regelungen für Prüfungen gemäß § 106d Absatz 4 Satz 1 SGB V eine Bagatellgrenze in Höhe von 30 Euro je Betriebsstättennummer, Quartal und Krankenkasse vor. Für den vertragszahnärztlichen Bereich existieren bisher keine Regelungen gemäß § 106d Absatz 6 SGB V.

Eine Erhöhung der Bagatellgrenze auf 100 Euro je Betriebsstättennummer, Quartal und Krankenkasse verbunden mit deren Ausweitung auf alle Prüfanträge gemäß § 106d Absatz 4 Sätze 1 bis 3 SGB V reduziert die Anzahl der Anträge deutlich und leistet somit einen wichtigen Beitrag zur Entbürokratisierung.

Zudem ist bei Anträgen auf zu korrigierende Leistungen von unter 100 Euro von keinem erträglichen Kosten-Nutzen Verhältnis auszugehen.

26. Zu Artikel 1 Nummer 16 (§ 117 Absatz 3b und Absatz 3c SGB V) und Nummer 18 (§ 120 Absatz 2 SGB V)

- a) Der Bundesrat begrüßt die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen zur Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung nach neuem Recht für die ambulante Weiterbildung in Weiterbildungsambulanzen.
- b) Die Bundesregierung wird gebeten, im weiteren Gesetzgebungsverfahren die Erforderlichkeit und Möglichkeit von Regelungen zur Sicherstellung einer ausreichenden Finanzierungsstruktur auch für die ambulante Weiterbildung von Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten in niedergelassenen Praxen sowie für den stationären Teil der Weiterbildung zu prüfen.
- c) Die Bundesregierung wird gebeten, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zudem die Möglichkeit von Regelungen zur Sicherstellung einer ausreichenden Finanzierungsstruktur auch für Aufgaben der Weiterbildungsteilnehmenden im Bereich der Theorie und Selbsterfahrung sowie für den anfallenden Kostenaufwand einer gebotenen Supervision zu prüfen. Der Bundesrat bittet die Bundesregierung daher, an geeigneter Stelle eine Klarstellung aufzunehmen, dass mindestens die Supervision der Weiterbildungsteilnehmenden bei der Durchführung von patientenbezogenen Leistungen

durch das Fachpersonal bei der Vergütung durch die Krankenkassen nach § 120 Absatz 2 SGB V als eine Leistung gegenüber den Versicherten zu berücksichtigen ist.

Begründung:

Zu Buchstaben a und b:

Die im Gesetzentwurf in Artikel 1 Nummer 16 und 18 vorgesehenen Regelungen zur Weiterbildungsfinanzierung werden ausdrücklich begrüßt. Sie sind ein erster wichtiger Schritt der Bundesregierung, die noch ausstehende Rechtsgrundlage zur finanziellen Absicherung der psychotherapeutischen Weiterbildung nach neuem Recht wie bereits vom Bundesrat in der Entschließung vom 29. September 2023 gefordert (vgl. BR-Drucksache 403/23 (Beschluss)) zu schaffen und somit einem Weiterbildungsstau durch einen Mangel an Weiterbildungsplätzen entgegenzuwirken.

Mit der expliziten Nennung von Weiterbildungsambulanzen und der Streichung der Weiterbildungsteilnehmenden im § 117 SGB V wird richtigerweise die Unterscheidung von Ausbildungs- und Weiterbildungsteilnehmenden vorgenommen und der notwendigen Anstellung von Weiterbildungsassistenten in Weiterbildungsambulanzen Rechnung getragen. Die Eröffnung der Möglichkeit, für die Weiterbildungsambulanzen direkt mit den Krankenkassen verhandeln zu können, ist eine wichtige Voraussetzung zur Umsetzung der Weiterbildung.

Der Bundesrat sieht jedoch das Risiko, dass diese Regelungen allein nicht ausreichen werden, um die Weiterbildung finanziell abzusichern. Relevante Abschnitte der Weiterbildung, insbesondere die ambulante Weiterbildung in niedergelassenen Praxen sowie die Weiterbildung im stationären Bereich, haben bislang keine Berücksichtigung gefunden.

Der ambulante Abschnitt der Weiterbildung kann in den vom Gesetzentwurf berücksichtigten Weiterbildungsambulanzen, aber auch in niedergelassenen Praxen, absolviert werden. Die drängende Problematik einer nicht ausreichenden finanziellen Absicherung besteht auch in diesem Bereich. Denn ob die Weiterbildung allein durch die Vergütung der durch die Weiterbildungsteilnehmenden erbrachten Behandlungsleistungen abgedeckt werden kann, erscheint mindestens fraglich. Auch diesbezüglich muss aus Sicht des Bundesrates eine Lösung gefunden werden, um zu verhindern, dass nicht ausreichend Weiterbildungsplätze mangels hinreichender finanzieller Absicherung eingerichtet werden.

Für den stationären Teil der Weiterbildung hat die Bundesregierung bereits im Vorlauf des Gesetzgebungsverfahrens darauf hingewiesen, dass die Kosten entsprechend in der Vereinbarung des Gesamtbudgets abgebildet werden können. Im Hinblick darauf, dass aber auch die Vergütung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung in § 3 Absatz 3 Nummer 7 BPflV ausdrücklich geregelt wird, wird darum gebeten die Sinnhaftigkeit einer ausdrücklichen Regelung der Weiterbildungsvergütung erneut zu prüfen.

Zu Buchstabe c:

Der Begründung des Gesetzentwurfs zu Artikel 1 Nummer 18 Buchstabe d ist zu entnehmen, dass nur für solche Aufgaben, die in einem unmittelbaren Zusammenhang zu der Leistungserbringung gegenüber einem Versicherten stehen, eine Leistungspflicht der Krankenkassen bestehe. Darüber hinaus ist der Begründung des Gesetzentwurfs zu entnehmen, dass eine finanzielle Absicherung von Lerninhalten, die den Weiterbildungsteilnehmenden neben der Behandlung von Patientinnen und Patienten durch die jeweiligen Weiterbildungsordnungen der Länder weitere Lerninhalte auferlegt wurden, nicht durch den Bund geschaffen werden wird.

Eine Rechtsgrundlage zur finanziellen Absicherung wird damit insbesondere für die Bereiche der Theorievermittlung und Selbsterfahrung weiterhin fehlen. In der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung sind die Theorie und die Selbsterfahrung allerdings zentrale Bestandteile und daher zwingender Bestandteil auch der Weiterbildung. Die finanzielle Absicherung ist ebenfalls dringend geboten.

Ungeachtet der vorgetragenen Prüfbitte hinsichtlich der Bereiche Theorie und Selbsterfahrung, ist aber zumindest klarzustellen, dass Kosten der Supervision bei einer Vergütung durch die Krankenkassen Berücksichtigung finden sollten.

Da es sich bei den Behandlungsleistungen, die von § 120 Absatz 2 SGB V erfasst werden sollen, um Leistungen von Weiterbildungsteilnehmenden handelt, unterliegen diese zwingend der Anleitung und Kontrolle von Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten. Ohne Supervision können die Leistungen von Weiterbildungsteilnehmenden an Patientinnen und Patienten nicht verantwortet werden. Die Supervision steht also im „unmittelbaren Zusammenhang zu der Leistungserbringung gegenüber einem Versicherten“, wird aber im Gesetzentwurf nicht ausdrücklich erwähnt. Eine entsprechende Klarstellung zur Erleichterung der Verhandlungen der Ambulanzen mit den Krankenkassen an geeigneter Stelle erscheint daher angebracht.

27. Zu Artikel 1 Nummer 16a – neu – (§ 119 Absatz 2 Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 16 folgende Nummer 16a einzufügen:

- ,16a. In § 119 Absatz 2 Satz 2 wird der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt und die Wörter „dies schließt auch den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit geeigneten Ärzten ein, die nach § 31 Absatz 1 Satz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte ermächtigt werden.“ werden angefügt.’

Begründung:

Schwer mehrfach behinderte Kinder und Jugendliche haben im Bereich der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung besondere Versorgungsbedürfnisse sowie einen erschwerten Zugang zu Versorgungsangeboten. Zur Schließung dieser Versorgungslücke wird daher in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte ein neuer Ermächtigungstatbestand geschaffen. Vor diesem Hintergrund werden die gesetzlichen Vorgaben für die sozialpädiatrischen Zentren zur Zusammenarbeit mit Leistungserbringern und weiteren Einrichtungen spezifiziert. Sie sollen künftig auch Kooperationsvereinbarungen mit geeigneten Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die nach § 31 Absatz 1 Satz 3 Ärzte-ZV ermächtigt werden, abschließen. Geeignet sind diejenigen Leistungserbringer, die durch den Zulassungsausschuss zur Versorgung dieser Patientinnen und Patienten ermächtigt werden und für diese jeweils räumlich erreichbar sind.

28. Zu Artikel 1 Nummer 21a – neu – (§ 140b – neu – SGB V)

In Artikel 1 ist nach Nummer 21 folgende Nummer 21a einzufügen:

„21a. § 140b wird wie folgt gefasst:

„§ 140b Gesundheitsregionen

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können gemeinsam und einheitlich mit einem oder mehreren Kreisen oder einer oder mehreren kreisfreien Städten, oder mit diesen, den Kassenärztlichen Vereinigungen und jeweils mit weiteren nicht-ärztlichen Gemeinschaften von Leistungserbringern in einer Region (Gesundheitsregion) auf deren Antrag einen Vertrag mit dem Ziel schließen,

1. eine bedarfsorientierte, wirtschaftliche und qualitätsorientierte, regionale sektorenübergreifende Versorgung sicher zu stellen,
2. regionale Defizite der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der sektorenübergreifenden Versorgung zu beheben,
3. die Zusammenarbeit an Schnittstellen zu verbessern oder
4. den Zugang zur regionalen Versorgung zu verbessern.

Dabei sind die Belange von Menschen mit Behinderung zu berücksichtigen. Länderspezifische Regelungen in Bezug auf regionale Gesundheitsplanung und -steuerung, etwa im Rahmen des Öffentlichen Gesundheitsdiensts, sind zu berücksichtigen.

(2) Aufgaben im Rahmen der Organisation einer Gesundheitsregion können insbesondere sein:

1. die Bildung von Netzwerken und Kooperationen der regionalen Versorger und des öffentlichen Gesundheitsdienstes, inklusive deren Steuerung basierend auf einer vorausschauenden Bestands- und Bedarfsanalyse im Sinne einer regionalen Gesundheitsplanung,
2. die Sicherstellung einer vernetzten und koordinierten Gesundheitsförderung und koordinierter Versorgung über Sektorengrenzen hinweg, entsprechend der regionalen Bedarfe unter Berücksichtigung der gewachsenen Strukturen,
3. der Ausbau von Dienstleistungen zur Erhöhung von Mobilitätsangeboten, um den Zugang zu kurativer und präventiver Versorgung zu erleichtern und
4. die Weiterentwicklung der in Absatz 1 genannten Ziele und der Maßnahmen nach Absatz 2.

(3) Das Nähere ist in dem in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertrag zu regeln. Der Vertrag kann präventive und koordinative Angebote sowie besondere Angebote der Versorgung beinhalten. In dem Vertrag können auch Regelungen zur Vergütung getroffen werden. Soweit Abweichendes vereinbart wird, soll dies entsprechend der Modellvorhaben gemäß § 63 Absatz 3 oder der Verträge über eine besondere Versorgung nach § 140a Absatz 2 geregelt werden. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt entsprechend. Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen können nicht Gegenstand des Vertrages sein. Die Organisation einer Gesundheitsregion kann von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartnern jeweils einzeln oder jeweils gemeinsam durchgeführt werden. Bundeslandspezifische Regelungen sind zu berücksichtigen. Die Vertragspartner können unter Beachtung bundeslandspezifischer Regelungen die Organisation einer Gesundheitsregion auch an die Kassenärztlichen Vereinigungen, beteiligte nicht-ärztliche Leistungserbringer der Gesundheitsregion, deren Gemeinschaften oder Verbände übertragen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen einerseits und die beteiligten Kreise und kreisfreien Städte andererseits tragen die Investitions- und Betriebskosten der Organisation der Gesundheitsregion zu gleichen Teilen. Bei der hälftigen Kostenaufteilung kann unter ande-

rem die Zurverfügungstellung sowohl von Sach- und Personalressourcen als auch einer dieser Ressourcen berücksichtigt werden.

(4) Sofern die Antragssteller nach Absatz 1 Satz 1 gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen unter Nennung der Kassenärztlichen Vereinigungen und teilnehmenden nicht-ärztlichen Leistungserbringern qualifizierte Angaben zu den Zielen und Aufgaben im Rahmen der Organisation der Gesundheitsregion machen und bereit sind, die Aufwendungen nach Absatz 3 Satz 3 zu tragen (qualifizierter Antrag), sind die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zur Aufnahme von Verhandlungen über einen in Satz 1 genannten Vertrag verpflichtet. Zur Erfüllung der Voraussetzungen soll ein enger Austausch mit den Akteuren vor Ort, zum Beispiel Krankenhäusern, der Pflege, den Praxisnetzen, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen anerkannt sind, oder den Krankenkassen erfolgen. Bundeslandspezifische Regelungen sind zu berücksichtigen. Werden keine Verhandlungen aufgenommen oder aufgenommene Verhandlungen nicht innerhalb von zwei Jahren abgeschlossen, obwohl die Anforderungen nach Satz 1 erfüllt und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen den Antrag nicht qualifiziert zurückgewiesen haben, so entscheidet die zuständige Behörde nach § 90 Absatz 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch.“ ‘

Begründung:

Bei den Gesundheitsregionen handelt es sich um einen wirkungsvollen und innovativen Ansatz, die kommunale Gesundheitsversorgung nachhaltig zu stärken. Gesundheitsregionen können zum zentralen Element einer vorausschauenden und aufgrund einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsplanung organisierten sektorenübergreifenden gesundheitlichen Versorgungslandschaft werden. Mithilfe der Bildung einer Gesundheitsregion kann es auch gelingen, regionale Defizite der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Versorgung zu beheben und die Zusammenarbeit an Schnittstellen oder den Zugang zur regionalen Versorgung zu verbessern. Dies gilt insbesondere für strukturschwache Gebiete und dort, wo bisherige Regelungen keine Lösung ermöglichen.

Zu § 140b Absatz 1 SGB V:

Zur Stärkung einer regional vernetzten, kooperativen Gesundheitsversorgung wird eine Regelung zur Bildung von Gesundheitsregionen getroffen. Dabei werden unter Beachtung der Verantwortlichkeiten zur Daseinsvorsorge, der gewachsenen Strukturen und der regionalen Bedarfe Möglichkeiten zur Weiterentwicklung der Verfahrens- und Organisationsformen für Kreise oder kreis-

freie Städte beziehungsweise Verbände von Kreisen oder kreisfreien Städten und Krankenkassenverbänden (Vertragspartner der Gesundheitsregion) sowie Kassenärztlichen Vereinigungen und teilnehmenden nicht-ärztlichen Leistungserbringer im Rahmen ihrer jeweiligen gesetzlichen Aufgabenstellung erweitert und verbindlicher ausgestaltet. Ziele könnten sein, regionale Defizite der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der auch über die Sozialgesetzbücher hinausgehende sektorenübergreifende Versorgung zu beheben, Schnittstellen zu überwinden oder den Zugang zur regionalen Gesundheitsversorgung zu verbessern. Um diese Ziele zu erreichen, erhalten die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die Möglichkeit, mit einem oder mehreren Kreisen oder einer oder mehreren kreisfreien Städten einen Vertrag über die Bildung einer Gesundheitsregion zu schließen. Länderspezifische Regelungen in Bezug auf regionale Gesundheitsplanung und -steuerung, etwa im Rahmen des Öffentlichen Gesundheitsdiensts, sind zu berücksichtigen. So existieren mit den in einzelnen Ländern bereits gesetzlich verankerten Kommunalen Gesundheitskonferenzen in den Stadt- und Landkreisen in Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst bereits entsprechende Strukturen, die sich als Steuerungsgremien für Gesundheitsregionen eignen.

Dabei sind die Belange von Menschen mit Behinderung zu berücksichtigen.

Die Kommunen sind für die Versorgung der Bevölkerung mit lebenswichtigen Gütern und Dienstleistungen verantwortlich. Dazu zählt auch, den Zugang zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung mit zu gewährleisten und zu verbessern. Vor diesem Hintergrund erhalten die Kreise oder kreisfreien Städte einzeln oder gemeinsam ein Initiativrecht zur Errichtung einer Gesundheitsregion.

Im Gesundheitsregionenvertrag wird eine alternative Organisation der Regelversorgung ohne Einschreibepflicht der Versicherten und mit Beibehaltung der freien Arzt- und Leistungserbringerwahl ermöglicht. Über solche Verträge können aber regionale Aspekte stärker betont und Kommunen auf Grund ihrer Verantwortung für die Daseinsvorsorge besser eingebunden werden.

Zu § 140b Absatz 2 SGB V:

§ 140b Absatz 2 SGB V konkretisiert die Aufgaben im Rahmen der Organisation der Gesundheitsregion. Ein wesentlicher Inhalt eines Vertrages ist die Bildung von Netzwerken der regionalen Versorger und Hilfesysteme (gesetzliche Krankenkassen, Leistungserbringer) und der kommunalen Stellen, insbesondere des öffentlichen Gesundheitsdienstes, oder von Trägern der örtlichen öffentlichen Jugendhilfe. Der Aufbau einer Gesundheitsregion soll die gewachsenen Strukturen berücksichtigen und, wenn möglich, alle in der Region in der Gesundheitsversorgung Tätigen, sowie entsprechende Beratungsangebote mit einbeziehen. Dies soll auch zur Entwicklung integrierter kommunaler Handlungsstrategien für Prävention und Gesundheitsförderung beitragen. Denkbar sind darüber hinaus sowohl Regelungen zur Umsetzung einer sektorenübergreifenden und populationsorientierten Versorgung sowie zur Verbesserung von Mobilität (zum Beispiel Shuttle-Service zu den Versorgern), als auch Regelungen zum Ausbau des Versorgungsangebots vor Ort, zum Beispiel durch eine Erhöhung des telemedizinischen Angebots oder die Ausweitung von zertifizierten Präventionsangeboten etwa durch Kooperationen oder das Bereitstellen von Räumlichkeiten.

Zu § 140b Absatz 3 SGB V:

§ 140b Absatz 3 SGB V konkretisiert die in den Verträgen zu regelnden Inhalte und die Organisation der Gesundheitsregion. Die Verträge können präventive und koordinative Angebote sowie besondere Angebote der Versorgung beinhalten. In den Verträgen können auch Regelungen zur Vergütung getroffen werden. Soweit Abweichendes vereinbart wird, soll dies entsprechend der Modellvorhaben gemäß § 63 Absatz 3 SGB V oder der Verträge über eine besondere Versorgung nach § 140a Absatz 2 SGB V geregelt werden. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt entsprechend. Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen können nicht Gegenstand der Verträge sein. Wenn die Kommunen und Krankenkassen die Bildung einer Gesundheitsregion vereinbart haben, muss deren konkrete Umsetzung, etwa der Abschluss von Verträgen mit teilnehmenden Leistungserbringern oder die Begleitung eventuell vereinbarter besonderer Vergütungsvereinbarungen, organisiert werden. Die Vertragspartner einer Gesundheitsregion sind frei, wie sie die Organisation einer Gesundheitsregion umsetzen. Die Organisation kann je nach Vereinbarung aus dem entsprechenden Gesundheitsregionenvertrag von den beteiligten Krankenkassen, den Kommunen (Öffentliche Gesundheitsdienst) oder von kommunalen Gesundheitskonferenzen übernommen oder an Organisationen des GKV-Systems (zum Beispiel an Praxisnetze, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen anerkannt sind) übertragen werden.

Mit der Gestaltungsverantwortung für eine Gesundheitsregion sollte auch die Finanzierungsverantwortung einhergehen. Daher tragen Kommunen und Krankenkassenverbände die Investitions- und Betriebskosten des Managements einer Gesundheitsregion je zur Hälfte. Bei der hälftigen Kostenaufteilung kann auch die Zurverfügungstellung von zum Beispiel Sach- oder Personalressourcen berücksichtigt werden. Die Bereitschaft der Kommunen zur finanziellen Beteiligung ist eine Voraussetzung zur verpflichtenden Aufnahme von Vertragsverhandlungen über die Bildung einer Gesundheitsregion.

Zu § 140b Absatz 4 SGB V:

Mittel- und langfristig soll es Ziel der Gesundheitsregionen sein, eine vorausschauende und aufgrund einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsplanung organisierte sektorenübergreifende gesundheitliche Versorgungslandschaft zu schaffen. Der Kreis oder die kreisfreie Stadt beziehungsweise die Kreise oder kreisfreien Städte müssen als Initiatoren einer Gesundheitsregion in die Lage versetzt werden, regionale Defizite oder Verbesserungspotenziale zu identifizieren und auf dieser Grundlage unter Nennung der Kassenärztlichen Vereinigungen und teilnehmenden nicht-ärztlichen Leistungserbringern qualifizierte Angaben zu den Zielen und Aufgaben der Gesundheitsregion machen zu können. Dabei muss erkennbar sein, wie die Gesundheitsregion organisiert werden soll.

Zur Erfüllung dieser Voraussetzungen soll ein enger Austausch mit den Akteuren vor Ort, zum Beispiel den Praxisnetzen, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen anerkannt sind, oder den Krankenkassen erfolgen. Auch die Erfahrungen des GKV-Bündnisses für Gesundheit oder der kommunalen Gesundheitskonferenzen könnten hierbei einbezogen werden. Darüber hinaus können die Kommunen auf bestehende Daten aus Veröffentlichungen etwa der Kas-

senärztlichen Vereinigungen oder der Krankenkassen und auf die Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder zurückgreifen. Länderspezifische Regelungen, etwa in Bezug auf den Öffentlichen Gesundheitsdienst, sind zu berücksichtigen.

Wenn die Initiatoren gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen qualifizierte Angaben zu den Zielen und Aufgaben im Rahmen der Organisation der Gesundheitsregion machen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und teilnehmenden nicht-ärztlichen Leistungserbringer benennen und zur Tragung der jeweiligen Aufwendungen nach § 140b Absatz 3 SGB V bereits sind, liegt ein qualifizierter Antrag nach § 140b Absatz 4 SGB V vor. In diesem Falle sind die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zur Aufnahme von Verhandlungen über einen Vertrag im Sinne des § 140b Absatz 1 SGB V verpflichtet.

Werden durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gleichwohl keine Vertragsverhandlungen aufgenommen und weisen diese den Antrag nicht qualifiziert zurück, obliegt die Entscheidung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des jeweiligen Landes (§ 90 Absatz 2 SGB IV).

29. Zu Artikel 1 Nummer 26 Buchstabe c (§ 274 Absatz 4 Satz 2 SGB V)

In Artikel 1 Nummer 26 ist Buchstabe c zu streichen.

Begründung:

Ein erweitertes Prüfrecht des Bundesrechnungshofs insbesondere in Bezug auf die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Medizinischen Dienste führt zu einer Doppelprüfung unter anderem wegen der Prüfungen durch die Landesprüfdienste nach § 274 Absatz 1 SGB V und somit zu unnötiger Bürokratie.

Ein Prüfrecht des Bundesrechnungshofs kann sich zudem nur auf direkte Bundesmittel erstrecken und nicht mittelbar auf die der Landesaufsicht unterstehenden Selbstverwaltungskörperschaften.

Auch die Mittel aus dem Gesundheitsfonds unterliegen bereits der Kontrolle der Prüfdienste des Bundes (Bundesamt für Soziale Sicherung – BAS) und der Länder und müssen nicht bürokratisch doppelt geprüft werden.

Dem Bundesrechnungshof Prüfrechte auch bei landesunmittelbaren Sonderträgern (Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigungen sowie Medizinische Dienste) einzuräumen, steht zudem im Widerspruch zu den föderalkompetenziellen Verfassungsregelungen in Artikel 87 Absatz 2 Satz 2 des Grundgesetzes, wonach Soziale Versicherungsträger, deren Zuständigkeitsbereich sich über das Gebiet eines Landes, nicht aber über mehr als drei Länder hinaus erstreckt, als landesunmittelbare Körperschaften des öffentlichen Rechts geführt werden und der Prüfkompetenz der Länder unterstehen.

Zudem besteht über die Länderaufsichten über die landesunmittelbaren Sonderträger bereits eine engmaschige und effektive Kontrolle, gerade auch bei der Haushaltsaufstellung sowie bei finanzwirksamen Vorhaben.

30. Zu Artikel 6 (§ 31 Absatz 1 Satz 3a – neu – und
Satz 4 Ärzte-ZV)

In Artikel 6 ist § 31 Absatz 1 wie folgt zu ändern:

a) Nach Satz 3 ist folgender Satz einzufügen:

„Dies gilt auch bei einem Antrag auf Versorgung von schwer mehrfachbehinderten Kindern und Jugendlichen oder jungen Menschen mit einem besonderen psychosozialen Hilfebedarf.“

b) In Satz 4 sind nach dem Wort „Sozialgesetzbuch,“ die Wörter „einem sozialpädiatrischen Zentrum nach § 119 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,“ und nach dem Wort „Krisenhilfe“ die Wörter „ , der Jugendhilfe“ einzufügen.

Begründung:

Die vorgesehene Sonder-Ermächtigung für die psychotherapeutische sowie psychiatrische Versorgung von vulnerablen Menschen ist auf die Versorgung von vulnerablen Kindern und Jugendlichen zu erweitern, welche in gleicher Weise wie erwachsene vulnerable Menschen einen besonderen Versorgungsbedarf haben. In sozialpädiatrischen Zentren kann eine dauerhafte psychotherapeutische oder psychiatrische Versorgung nicht geleistet werden. Gerade schwer mehrfachbehinderte Kinder und Jugendliche bedürfen daher oftmals einer externen psychotherapeutischen oder psychiatrischen Versorgung.

Aus der Praxis der Jugendhilfe wird von einer Zunahme schwieriger Fälle junger Menschen mit besonderen psychischen Belastungen und multikausalen Problemlagen, insbesondere mit Eigen- und Fremdgefährdung, berichtet. Dabei wird ein großes Bedürfnis nach zusätzlicher kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung wahrgenommen, um bei psychischen Erkrankungen mit ergänzendem Jugendhilfebedarf eine ausreichende Stabilisierung zu ermöglichen und Drehtüreffekte zu verhindern.

Um den betroffenen jungen Menschen einen zeitnahen Zugang zu psychotherapeutischen und psychiatrischen Angeboten zu ermöglichen und die dringend erforderliche ganzheitliche Versorgungsstruktur sicherzustellen, sind deshalb unabhängig von einer künftigen separaten Bedarfsplanung für Kinder und Jugendliche auch sozialpädiatrische Zentren und die Jugendhilfeeinrichtungen als mögliche Kooperationspartner zu bestimmen.

31. Zum Gesetzentwurf allgemein

- a) Die Altersstruktur der Vertragsärztinnen und -ärzte wie auch die Anzahl und der gewünschte Tätigkeitsumfang der potenziell an einer Tätigkeit in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung Interessierten lassen in naher Zukunft Versorgungsengpässe erwarten.
- b) Vor diesem Hintergrund stellt der Bundesrat fest, dass es dringend geboten ist, den Kassenärztlichen Vereinigungen Rechte zur Versorgungssteuerung an die Hand zu geben. Die knappe Ressource „Ärztin“ beziehungsweise „Arzt“ sollte nach Auffassung des Bundesrates möglichst entsprechend den von Versorgungsgesichtspunkten getragenen Erwägungen der Kassenärztlichen Vereinigungen gesteuert werden.
- c) Der Bundesrat hält es für erforderlich, dass die Kassenärztlichen Vereinigung Initiativrechte erhalten, die es ihnen ermöglichen, Ermächtigungen und Sonderbedarfszulassungen anhand von Versorgungsgesichtspunkten proaktiv auszuschreiben.

Begründung:

Bisher ist den Kassenärztlichen Vereinigungen insofern eine rein passive Rolle zugewiesen, als sie bei Ermächtigungen und Sonderbedarfszulassungen die Initiative von Interessenten, die einen Antrag stellen, und die Entscheidung der Zulassungsausschüsse abwarten müssen. Besteht für den Ort, auf den sich der Antrag bezieht, kein Bedarf, endet das Verfahren mit einer Ablehnung und für die Antragstellenden erfolglos.

Den Kassenärztlichen Vereinigungen ist jedoch bekannt, inwieweit sich Bedarfe ergeben, die über Ermächtigungen oder Sonderbedarfszulassungen zu decken wären.

Um die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Wahrnehmung ihres Sicherstellungsauftrags zu unterstützen, sollten die Kassenärztlichen Vereinigungen Ermächtigungen und Sonderbedarfe proaktiv ausschreiben dürfen.

Diese Initiativrechte stellen eine wirkungsvolle Möglichkeit dar, durch die die Kassenärztlichen Vereinigungen verstärkt zu Versorgungsgestalterinnen werden und ihre Sicherstellungsaufgabe gezielter wahrnehmen können.