



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur
Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune

(Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

(BT-Drucksache 20/11853 vom 17.06.2024)

Berlin, 05.11.2024

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs	4
2. Stellungnahme im Einzelnen	5
Zu Artikel 1 Nummer 6	5
Versorgungspauschale und Vorhaltepauschale.....	5
§ 87 SGB V	5
Zu Artikel 1 Nummer 7	7
Entbudgetierung der hausärztlichen Vergütung.....	7
§ 87a SGB V	7
Zu Artikel 1 Nummer. 9 Buchstabe b	8
Änderung der Vorgaben zur jährlichen Berichterstattung des G-BA zur Bearbeitung von Themen.	8
§ 91 Abs. 11 SGB V	8
Zu Artikel 1 Nummer 10 Buchstabe a.....	9
Einführung von Beteiligungsrechten in Bezug auf Hebammen und Ergänzung der stellungnahmeberechtigten Kreise.....	9
§ 92 Abs. 1b SGB V	9
Zu Artikel 1 Nr. 10 Buchstabe b	9
Rolle der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft im G-BA.....	9
§ 92 Abs. 3a SGB V.....	9
Zu Artikel 1 Nummer 10 Buchstaben a sowie c bis k	10
Einbeziehung von Fachgesellschaften im G-BA.....	10
§ 92 Abs. 1b; Abs. 1c; Abs. 4; Abs. 5; Abs. 6; Abs. 6a-c, Abs. 7b; Abs. 7c; Abs. 7g SGB V...10	
Zu Artikel 1 Nr. 10 Buchstabe l.....	10
Antrags- und Mitberatungsrecht für die Berufsorganisationen der Pflegeberufe.....	10
§ 92 Abs. 7h SGB V neu.....	10
Zu Artikel 1, Nr. 12:	11
Bildung einer neuen bedarfsplanungsrechtlichen Arztgruppe (Psychotherapie Kinder und Jugendliche).....	11
§ 101, Absatz 4a SGB V	11
Zu Artikel 1 Nummer 14.....	12
Bagatellgrenzen bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlich verordneter Leistungen	12
§ 106b, Absatz 2 SGB V.....	12
Zu Artikel 1 Nummer 16 und 18	13
Weiterbildungsambulanzen Psychotherapie.....	13

§§ 117 und 120 SGB V).....	13
Zu Artikel 1 Nummer 22.....	14
Ausdehnung des bestehenden Antragsrechts der Patientenvertretung im G-BA auf weitere Beschlüsse zu Richtlinien sowie Einführung eines temporären Vetorechts.....	14
§ 140f Abs. 2 SGB V	14
Zu Artikel 1 Nummer 24.....	15
Monitoring der Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) durch die Krankenkassen.....	15
§ 271f Abs. 4 Nr. 7b SGB V	15
4. Ergänzender Änderungsbedarf	16
Regelungen zu investorenbetriebenen medizinischen Versorgungszentren (iMVZ).....	16
§§ 95, 103, 135b SGB V, § 32 Ärzte-ZV Begrenzung der Übernahme von medizinischen Versorgungszentren durch fachfremde Finanzinvestoren	16

1. Grundlegende Bewertung des Gesetzesentwurfs

Der im April dieses Jahres vorgelegte Referentenentwurf hatte im Vergleich zu vorab bekannt gewordenen Entwurfsfassungen deutliche Kürzungen erfahren, sodass die im Titel suggerierte Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune kaum noch nachvollziehbar war. Das Kernstück vormaliger Entwürfe – eine strukturelle Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungslandschaft – ist auch im nun vorgelegten Kabinettsbeschluss nicht mehr enthalten.

Viele der ursprünglichen Vorschläge waren u. a. aufgrund nicht notwendiger Komplexitätssteigerungen durch die Einführung von Parallelstrukturen und unklare Aufgabenabgrenzungen der verschiedenen Versorgungsformen kritisch zu bewerten. Insofern bietet die Herausnahme der bisher vorgesehenen Regelungen die Chance, zu besseren Lösungen für eine **nachhaltige Stärkung der ambulanten Versorgung** zu kommen. Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 hat in diesem Jahr das Schwerpunktthema „Gesundheitsversorgung der Zukunft – mehr Koordination der Versorgung und bessere Orientierung für Patientinnen und Patienten“ beraten und mit großer Mehrheit einen Beschluss „Koordinieren und Kooperieren in der ambulanten Versorgung - für ein bedarfsgerechtes und sektorenverbindendes Gesundheitssystem“ (Drucksache II-01) gefasst, in dem er sich unter anderem für eine primärärztliche Versorgung, eine Zugangssteuerung in die Akut- und Notfallversorgung, teamorientierte und sektorenübergreifende Versorgungsansätze und definierte Behandlungspfade ausspricht. Die Bundesärztekammer wird zum 129. Deutschen Ärztetag 2025 auf dieser Grundlage ein weiterführendes Konzept zur Versorgungssteuerung vorlegen und bietet an, die strukturelle Weiterentwicklung der Versorgung auf dieser Basis mitzugestalten.

Die Bundesärztekammer unterstützt das Anliegen des Gesetzgebers, die hausärztliche Versorgung zu stärken. Die vorgesehene Entbudgetierung, die Einführung einer **Versorgungspauschale** für chronisch kranke Patientinnen und Patienten und die **Vorhaltepauschale** sind grundsätzlich sachgerecht. Angesichts des schon heute deutlich spürbaren Mangels an Hausärztinnen und Hausärzten ist maßgeblich, dass die tatsächlich erbrachten Versorgungsleistungen nicht durch Budgets begrenzt werden, damit gewährleistet ist, dass Patientinnen und Patienten entsprechend ihres tatsächlichen Behandlungsbedarfs versorgt werden können. Maßgeblich ist auch, Hausärztinnen und Hausärzte so lange wie möglich und flächendeckend in der Versorgung zu halten.

Die vorgeschlagenen Maßnahmen sind daher ein wichtiger Schritt. Die Regelungen müssen jedoch so ausgestaltet werden können, dass sie nicht auf eine bloße Umverteilung finanzieller Mittel hinauslaufen, sondern eine echte finanzielle und strukturelle Stärkung des ambulanten Sektors bedeuten. Der dafür erforderliche gesetzliche Rahmen muss unter enger und umfassender Einbindung ärztlicher Verbände und der Selbstverwaltungseinrichtungen entsprechend angepasst werden.

Von großer Bedeutung ist aus Sicht der Bundesärztekammer zudem, dass in einem nächsten Schritt die **Entbudgetierung** auch auf die fachärztliche Versorgung ausgeweitet wird. Hierfür liegen konkrete Vorschläge ärztlicher Verbände vor.

Die Bundesärztekammer unterstützt auch das Anliegen des Gesetzgebers, Betroffene zu Beteiligten im **Gemeinsamen Bundesausschuss** zu machen. Insofern ist die stärkere Einbeziehung der Pflege in die Beratungen des G-BA ein nachvollziehbarer Schritt. Dies muss jedoch auch für die Bundesärztekammer als einzige sektorenübergreifende Vertreterin aller Ärztinnen und Ärzte gelten. Der **Bundesärztekammer** muss ein **unmittelbares Mitberatungs- und auch Antragsrecht** zu allen Richtlinien des G-BA ermöglicht werden, in denen unabhängiger ärztlicher Sachverstand gefordert ist.

Zusätzlichen dringlichen Regelungsbedarf sieht die Bundesärztekammer weiterhin in Bezug auf **investorenbetriebene medizinische Versorgungszentren (iMVZ)**. Der Bundesgesundheitsminister hat wiederholt eine entsprechende Regelung für die Versorgungsgesetzgebung angekündigt. Leider fehlen weiterhin regelnde Rahmenbedingungen in einem mittlerweile unübersichtlichen Marktgeschehen. Die regionale Monopolbildung nimmt zu. Es besteht dringender Handlungsbedarf. Konkrete Regelungsvorschläge der Bundesärztekammer sind veröffentlicht¹.

Die Bundesärztekammer hält, neben der lange überfälligen Reform des Medizinstudiums, auch eine **Erhöhung der Zahl der Medizinstudienplätze** in Deutschland für geboten. Auch diese Maßnahme hat der Bundesgesundheitsminister mehrfach angekündigt. Diesbezügliche, in vorangehend bekannt gewordenen Arbeitsentwürfen enthaltene Regelungen waren jedoch bereits im Referentenentwurf nicht mehr zu finden. Auch wenn die in den Arbeitsentwürfen enthaltenen Regelungen mit Blick auf die Finanzierung (Gesundheitsfonds) und die geplante über 20-jährige Bindung der künftigen Ärztinnen und Ärzte an eine Tätigkeit im GKV-System kritisch zu hinterfragen waren, bleibt eine angemessene Erhöhung der Zahl der Medizinstudienplätze eine Verantwortung, der sich Bund und Länder nicht entziehen dürfen.

2. Stellungnahme im Einzelnen

Zu Artikel 1 Nummer 6

Versorgungspauschale und Vorhaltepauschale

§ 87 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Versorgungspauschale

Der Bewertungsausschuss soll beauftragt werden, anstelle der quartalsabhängigen Versichertenpauschale Regelungen über eine Versorgungspauschale für die Behandlung chronisch kranker Patientinnen und Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und keinen intensiven Betreuungsaufwand aufweisen, im EBM zu beschließen.

Die Versorgungspauschale ist je betroffenem Versicherten durch ausschließlich eine einzige Arztpraxis, die die jeweilige chronische Erkrankung behandelt, abrechnungsfähig. Die Versorgungspauschale vergütet alle Arzt-/Praxis-Patienten-Kontakte, unabhängig von der Anzahl und weiterer, unabhängig von der chronischen Erkrankung bestehenden Behandlungsbedarfe

Ausweislich der Begründung liegt es – im Hinblick auf eine gute Versorgung chronischer Erkrankungen und dem ressourcensparenden Umgang mit den Hausarztkapazitäten – in der Pflicht der betroffenen Patienten sowie der Hausärzte, dass die Erkrankung durch nur einen Hausarzt betreut wird. Die Regelungen zur Versorgungspauschale sind so auszugestalten, dass es weder zu Mehr- noch zu Minderausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung kommt.

¹ <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/gesundheitsversorgung/mvz>

Vorhaltepauschale

Der Bewertungsausschuss soll beauftragt werden, im EBM Regelungen über eine Vergütung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen, sogenannte Vorhaltepauschale, zu beschließen. Zugleich hat der Bewertungsausschuss auch Voraussetzungen festzulegen, die die Hausärztinnen und -ärzte erfüllen müssen, damit sie diese Vorhaltepauschale abrechnen können. Erfüllen sie die Voraussetzungen nicht, ist eine Abrechenbarkeit dieser Pauschale oder einer vergleichbaren Pauschale im EBM, wie der Leistungsziffer 03040, die der Vorhaltung notwendiger Strukturen dient, ausgeschlossen.

Zu Voraussetzungen sollen insbesondere gehören: die bedarfsgerechte Erbringung von Haus- und Pflegeheimbesuchen sowie bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten, die je nach dem Bedarf am Praxissitz auch ein Angebot von Sprechstunden nach 19 Uhr (entsprechend der Anmerkung der EBM-Ziffer 01100) umfassen können. Darüber hinaus soll der Bewertungsausschuss in seinen Kriterien berücksichtigen, dass die Hausarztpraxen primär Leistungen erbringen, die zum Kern des hausärztlichen Fachgebietes gehören (z. B. Versorgung von geriatrischen Patienten, palliativmedizinische Versorgung), sowie eine Mindestanzahl von zu versorgenden Patienten je Arzt und je Quartal. In den Voraussetzungen soll auch aufgenommen werden, dass beim überwiegenden Anteil der zu versorgenden Patienten eine regelhafte Pflege der elektronischen Patientenakte stattfindet. Mit Blick auf die Versorgung von chronisch kranken Patienten sollte die regelmäßige Aktualisierung des elektronischen Medikationsplans als Kriterium aufgenommen werden. Als Voraussetzungen können darüber hinaus beispielsweise folgende Anforderungen vereinbart werden: die Vorhaltung von Kooperationen und Netzwerken zur besseren Versorgung insbesondere von multimorbiden oder geriatrischen Patienten und die kontinuierliche Erbringung postoperativer Nachsorgen.

Die Regelungen über die Vorhaltepauschale sind so auszugestalten, dass sie weder zu Mehrausgaben noch zu Minderausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung führen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer begrüßt vor dem Hintergrund des schon heute deutlich spürbaren Mangels an Hausärztinnen und Hausärzten Regelungen, welche die Rahmenbedingungen für Hausärztinnen und Hausärzte verbessern und die hausärztliche Versorgung stärken.

Maßgeblich ist dabei, dass Hausärztinnen und Hausärzte zeitnah eine angemessene Vergütung erhalten, um ihre Patientinnen und Patienten entsprechend ihrem tatsächlichen Behandlungsbedarf versorgen zu können. Maßgeblich ist aber auch, Hausärztinnen und Hausärzte so lange wie möglich und flächendeckend in der Versorgung zu halten. Laut der Ärztestatistik der Bundesärztekammer werden aus der Gruppe der Fachärztinnen und -ärzte für Allgemeinmedizin in der ambulanten Versorgung überproportional viele in den kommenden Jahren in den Ruhestand eintreten. Bereits heute sind rund 70 Prozent aller ambulant tätigen Allgemeinmediziner über 50 Jahre oder älter; Rund 19 Prozent haben das typische Renteneintrittsalter von 65 Jahren bereits überschritten und müssen in den kommenden Jahren ersetzt werden.

Es muss auch vor diesem Hintergrund dringend vermieden werden, dass die hausärztliche Vergütung eine bloße Umverteilung erfährt und dass ein Teil der hausärztlichen Praxen zukünftig Umsatzeinbußen befürchten muss, weil sie bestimmte Voraussetzungen nicht erfüllen oder weil sie unwissentlich Patientinnen und Patienten behandeln, die bereits in einer anderen Praxis vorstellig waren und die Jahrespauschale entsprechend abgerechnet wurde. Auch muss ausgeschlossen sein, dass Ärztinnen und Ärzte, die besonders schwer kranke Patientinnen und Patienten mit hohem Versorgungsbedarf behandeln, finanziell

schlechter gestellt sind als Ärztinnen und Ärzte, deren Patientenklientel jünger und gesünder ist. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) hat entsprechende Szenarien aufgezeichnet. Hier gilt es, in Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten faire und angesichts zukünftiger Herausforderungen angemessene Vergütungsregelungen zu entwickeln und der Selbstverwaltung ausreichend Spielräume für Detailregelungen zu überlassen.

Die Bundesärztekammer bedauert in diesem Zusammenhang, dass die im Referentenentwurf angekündigte Bonusregelung zur hausarztzentrierten Versorgung gestrichen wurde. Der im Begründungstext zur Versorgungspauschale angeführte Hinweis, dass es – im Hinblick auf eine gute Versorgung chronischer Erkrankungen und dem ressourcensparenden Umgang mit den Hausärztkapazitäten – in der Pflicht der betroffenen Patienten sowie der Hausärzte läge, dass die Erkrankung durch nur einen Hausarzt betreut wird, wird sicherlich keinen steuernden Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten der Patientinnen und Patienten ausüben. Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 in Mainz hat zum Schwerpunktthema „Gesundheitsversorgung der Zukunft – mehr Koordination der Versorgung und bessere Orientierung für Patientinnen und Patienten“ mit großer Mehrheit einen Beschluss gefasst, in dem gefordert wird, dass Patientinnen und Patienten in Deutschland für die primäre Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung eine Arztpraxis verbindlich wählen sollten. Dieser "erste Anlaufpunkt" soll für alle gesundheitlichen Anliegen die primärärztliche Versorgung sowie die Koordination einer notwendigen Weiterbehandlung bei Fachärztinnen und Fachärzten in allen Gebieten und in weiteren Versorgungsbereichen übernehmen. Die primärärztliche Versorgung soll dabei durch eine Hausärztin/einen Hausarzt erfolgen. Das SGB V ermöglicht schon heute die hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73b SGB V, die die qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Koordinations- und Integrationsfunktion der Hausärztinnen und Hausärzte in enger Zusammenarbeit mit anderen Fachärztinnen und Fachärzten fördert. Dies hat sich bewährt und ist weiter auszubauen (Drucksache II-01, 128. DÄT 2024).

Zu Artikel 1 Nummer 7

Entbudgetierung der hausärztlichen Vergütung

§ 87a SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung, einschließlich der in Zusammenhang mit diesem Versorgungsbereich erbrachten Hausbesuche sollen entbudgetiert und damit von mengenbegrenzenden oder honorarmindernden Maßnahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und der Honorarverteilung ausgenommen werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer setzt sich seit vielen Jahren für eine Entbudgetierung in der ambulanten Versorgung, und zwar für Hausärztinnen und Hausärzte wie auch für die weiteren Fachärztinnen und Fachärzte ein. Entscheidend ist dabei, dass die Entbudgetierung so geregelt wird, dass eine vollständige Bezahlung aller erbrachten Leistungen gewährleistet ist. Auch hier muss die Expertise der Ärztinnen und Ärzte aufgegriffen werden, um sinnvolle gesetzliche Rahmenvorgaben zu schaffen, die der Selbstverwaltung eine adäquate Umsetzung und ausreichende Flexibilität zur Ausgestaltung

einräumen. Angesichts des Mangels an Ärztinnen und Ärzten ist zudem eine entsprechende Regelung für alle Fachgebiete unabdingbar.

Der Mangel an Ärztinnen und Ärzten erfordert aber auch Struktur- und Prozessveränderungen, die über die Regelungsansätze des GVSG weit hinausgehen. So sollte die Entbudgetierung von Maßnahmen flankiert werden, die nachhaltige Entlastungen bei der Patientenversorgung herbeiführen. Dazu gehören verbesserte Rahmenbedingungen für koordinierende Leistungen, eine verbindliche und intelligente Versorgungssteuerung, die Stärkung der Gesundheits- und Gesundheitssystemkompetenz der Bevölkerung und eine Förderung kooperativer, interprofessioneller und sektorenverbindender Versorgungsansätze, insbesondere unter verstärkter Nutzung digitaler Lösungen.

Zu Artikel 1 Nummer. 9 Buchstabe b

Änderung der Vorgaben zur jährlichen Berichterstattung des G-BA zur Bearbeitung von Themen.

§ 91 Abs. 11 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur Beschleunigung der Verfahren im G-BA soll dessen bestehende Verpflichtung zur jährlichen Berichterstattung an den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages modifiziert werden. Einerseits soll die Berichtspflicht für länger dauernde Verfahren von drei auf zwei Jahre herabgesetzt werden. Andererseits soll der Umfang der Berichtspflicht und damit der Darlegungsaufwand für den G-BA etwas reduziert werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer hält die Verschärfung der Berichtspflicht des G-BA gegenüber dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages durch Ausweitung auf Verfahren, die länger als zwei Jahre dauern, für nicht zwingend geboten. Ein zügiges bzw. fristgerechtes Abarbeiten der Aufträge, die der G-BA vom Gesetzgeber erhält, ist ohne Zweifel wünschenswert. Gleichzeitig sind aber die Ansprüche an die Qualität der Methodik und der Evidenz hoch – und dies völlig zu Recht. Insbesondere wenn es im Bereich der Methodenbewertung um die Einbeziehung der Ergebnisse wissenschaftlicher Studien in die Beschlüsse des G-BA geht, die auch eine gewisse Aussagekraft im Hinblick auf die Fragestellung besitzen sollen, sind längere Bearbeitungszeiten teilweise nicht zu vermeiden. So beziehen sich die Endpunkte vieler Studien nicht nur auf kurzfristige Behandlungserfolge, sondern machen oftmals längere Nachbeobachtungszeiten von Patientinnen und Patienten notwendig, um auch zuverlässige Aussagen zu Langzeiteffekten einer Behandlungsmethode treffen zu können.

Zu Artikel 1 Nummer 10 Buchstabe a

Einführung von Beteiligungsrechten in Bezug auf Hebammen und Ergänzung der stellungnahmeberechtigten Kreise

§ 92 Abs. 1b SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neufassung des § 92 Absatz 1b soll den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen und den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene nach § 134a Absatz 1 Satz 1 ein Beteiligungsrecht bei den Mutterschafts-Richtlinien des G-BA eingeräumt werden. Wird auf dieses unmittelbare Mitberatungsrecht verzichtet, ist den betreffenden Verbänden vor der Entscheidung des G-BA wie bereits bisher nach geltendem Recht Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Zusätzlich sollen die einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften ein Stellungnahmerecht zu den Entscheidungen des G-BA zu den Mutterschafts-Richtlinien haben.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Ein über das bisherige Stellungnahmerecht hinausgehendes Beteiligungsrecht für die Berufsgruppe der Hebammen bei Richtlinien des G-BA zu ärztlicher Betreuung zu Schwangerschaft und Mutterschutz ist nachvollziehbar. Es schafft die Möglichkeit, sich bereits während der laufenden Beratungen im G-BA einzubringen und nicht erst gegen Ende einer Richtliniengestaltung. Dabei kann die fachliche Perspektive der Hebammen wertvolle Anregungen geben. Es sollte jedoch dafür Sorge getragen werden, dass die Fachlichkeit im Vordergrund steht und nicht berufspolitische oder wirtschaftliche Interessen. Immerhin handelt es sich ausdrücklich und ausweislich von § 92 Abs. 1 Satz 2 Nummer 4 SGB V um Richtlinien zu ärztlicher Betreuung zu Schwangerschaft und Mutterschutz. Die Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten und Hebammen insbesondere im Rahmen von Geburten ist bereits gesetzlich geregelt. Die Richtlinien des G-BA sollten diese Aufgabenverteilung nicht in Frage stellen.

Zu Artikel 1 Nr. 10 Buchstabe b

Rolle der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft im G-BA.

§ 92 Abs. 3a SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die beratende Funktion der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft für den G-BA soll im Gesetz verankert und mit einem Aufwendungsersatz versehen werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Änderung wird ausdrücklich begrüßt. Sie stärkt die unabhängige fachliche Beratung des G-BA im wichtigen Themenfeld der Arzneimittelversorgung.

Zu Artikel 1 Nummer 10 Buchstaben a sowie c bis k

Einbeziehung von Fachgesellschaften im G-BA

§ 92 Abs. 1b; Abs. 1c; Abs. 4; Abs. 5; Abs. 6; Abs. 6a-c, Abs. 7b; Abs. 7c; Abs. 7g SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Pflicht des G-BA zur Einbeziehung der jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Form von Stellungnahmen, die in die Entscheidungen des G-BA zu Richtlinien nach § 92 SGB V einzubeziehen sind, soll ausgeweitet werden. Im Einzelnen betrifft dies folgende Richtlinien: ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft; medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft sowie Kryokonservierung, Maßnahmen zur Empfängnisverhütung und zum Schwangerschaftsabbruch; Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten einschließlich Durchführung organisierter Krebsfrüherkennungsprogramme; medizinische Rehabilitation; Verordnung von Heilmitteln; psychotherapeutisch behandlungsbedürftige Krankheiten; Versorgung von schwer psychisch erkrankten Versicherten mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Handlungsbedarf; Versorgung von Versicherten mit Verdacht auf Long-Covid; spezialisierte ambulante Palliativversorgung; Soziotherapie; Verordnung außerklinischer Intensivpflege.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Eine stärkere Einbindung wissenschaftlicher Fachgesellschaften in die Richtliniengestaltung des G-BA ist im Sinne eines Beitrags zur weiteren Flankierung von G-BA-Beschlüssen mit wissenschaftlicher Evidenz grundsätzlich begrüßenswert.

Bei der Einbindung weiterer Akteure in die Prozesse des G-BA sollte grundsätzlich dafür Sorge getragen werden, dass das weitere Ziel einer Beschleunigung der Verfahren des G-BA dennoch erreicht werden kann.

Als weitere Anmerkung sei darauf hingewiesen, dass die geplante Einführung einer Pflicht zur Auswertung von Stellungnahmen wissenschaftlicher Fachgesellschaften nicht auf alle in § 92 SGB V genannten Richtlinien angewandt werden soll, etwa nicht auf die Bedarfsplanung, die Verordnung von Hilfsmitteln oder die häusliche Krankenpflege. Es ist nicht erkennbar, auf Basis welcher Kriterien die Vorgabe zur Einbeziehung von Fachgesellschaften getroffen worden ist. Für den Bereich Bedarfsplanung etwa hat sich in Deutschland längst ein eigener Zweig der Versorgungsforschung etabliert. Gerade hier könnte eine Zuarbeit bzw. Positionierung aus fachgesellschaftlichen Kreisen unterstützend wirken.

Zu Artikel 1 Nr. 10 Buchstabe l

Antrags- und Mitberatungsrecht für die Berufsorganisationen der Pflegeberufe

§ 92 Abs. 7h SGB V neu

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das bislang bestehende allgemeine Beteiligungsrecht der Berufsorganisationen der Pflegeberufe bei Richtlinien und Beschlüssen des G-BA zur Qualitätssicherung soll auf ein Antrags- und Mitberatungsrecht erweitert werden. Zusätzlich sollen diese Rechte auf Aufgabenbereiche des G-BA über Qualitätssicherungsthemen hinaus ausgedehnt werden.

Mittels Vergütungs-/Entschädigungsansprüchen nach Bundesreisekostengesetz soll der Vertretung der Pflege die Teilnahme an den Gremiensitzungen des G-BA erleichtert werden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer hält das Prinzip, Betroffene zu Beteiligten zu machen, für grundsätzlich angemessen. Insofern ist die stärkere Einbeziehung der Pflege in die Beratungen des G-BA, wie sie im Koalitionsvertrag angekündigt wurde, ein nachvollziehbarer Schritt. Um das oben genannte Prinzip jedoch konsequent anzuwenden, muss diese Stärkung der Rechte auch für die Vertretung der Ärztekammern bzw. für die Bundesärztekammer gelten. Die Bundesärztekammer vertritt sektorenübergreifend das Erfahrungswissen und den medizinisch-fachlichen Sachverstand der gesamten Ärzteschaft.

Vor diesem Hintergrund ist es konsequent, auch **der Bundesärztekammer ein unmittelbares Mitberatungs- und auch Antragsrecht** zu allen Richtlinien des G-BA zu ermöglichen, in denen unabhängiger ärztlicher Sachverstand gefordert ist. Dies sollte analog auch für die Einbeziehung der spezifischen Expertise der anderen Heilberufekammern Anwendung finden.

Eine Beteiligung per Stellungnahmen oder Anhörungen ermöglicht zudem keine kontinuierlich Mitberatung über alle Phasen der Richtliniengestaltung hinweg. Folgerichtig wäre daher die Einbeziehung der Bundesärztekammer auch in die übrigen Unterausschüsse des G-BA bzw. bei den Richtlinien des G-BA nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nummern 1 und 3 bis 15.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Einfügen eines § 92 Abs. 7i SGB V:

„Bei den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 und Nr. 3 bis 15, den Richtlinien nach § 63 Absatz 3c Satz 3 und den Beschlüssen nach den §§ 136b und 136c erhält die Bundesärztekammer ein Antrags- und Mitberatungsrecht. Es wird von bis zu zwei Vertretern der Bundesärztekammer ausgeübt. Absatz 7e Satz 3 bis 7 gilt entsprechend.“

Zu Artikel 1, Nr. 12:

Bildung einer neuen bedarfsplanungsrechtlichen Arztgruppe (Psychotherapie Kinder und Jugendliche)

§ 101, Absatz 4a SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, zukünftig eine eigene Arztgruppe bilden sollen.

Laut dem Gesetzesentwurf soll der G-BA aus Versorgungsgründen Mindestversorgungsanteile für überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte sowie innerhalb dieser weiteren nach Fachgebieten differenzierte Mindestversorgungsanteile (bspw. Psychosomatische Medizin) vorsehen können. Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad soll für diese Arztgruppe erstmals zum Stand vom 31. Dezember 2023 ermittelt werden und der G-BA soll die neuen Verhältniszahlen zu beschließen haben.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Es ist bedarfsgerecht und sehr zu begrüßen, dass zukünftig in der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, in einer eigenen Arztgruppe bedarfsplanungsrechtlich behandelt werden.

Der Gesetzgeber gibt in der geplanten Neuregelung dem G-BA einen Beurteilungsspielraum zur Regelung der Ärztequote vor („kann“). Aktuell ist die Mindestquote für die psychotherapeutische Versorgung von Erwachsenen gesetzlich im § 101, Absatz 4 festgelegt. Die gesetzlich fixierte Mindestquote für psychotherapeutisch tätige Ärzte besteht in Höhe von 25 Prozent, die der G-BA aus Versorgungsgründen allerdings anpassen kann. Die gesetzliche Regelung hat sich bewährt und ist gegenüber einer Regelung durch den G-BA zu bevorzugen.

Die Gleichstellung in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit denjenigen von Erwachsenen ist geboten, zumal der Gesetzgeber die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen verbessern möchte. Eine Quote von 25 Prozent ist notwendig, da die Bedarfsplanung kleinräumiger geschehen soll und in bevölkerungsarmen Regionen Planungsbezirke vorhanden sein können, in denen nur drei oder vier Niederlassungsmöglichkeiten für Psychotherapie zur Verfügung stehen. So kann gewährleistet sein, dass auch eine ärztliche kinder- und jugendpsychotherapeutische Versorgung erfolgen kann.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Es wird vorgeschlagen, in den Gesetzestext die Sicherstellung eines Versorgungsanteils der regional maßgeblichen Verhältniszahl der überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten von mindestens 25 Prozent aufzunehmen.

Zu Artikel 1 Nummer 14

Bagatellgrenzen bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlich verordneter Leistungen

§ 106b, Absatz 2 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Neben dem Mindestumfang von Wirtschaftlichkeitsprüfungen ärztlich verordneter Leistungen sollen die Rahmenvorgaben zukünftig verpflichtend auch die Vorgabe zur Aufnahme einer Geringfügigkeitsgrenze in Höhe von 300 Euro in den Prüfvereinbarungen enthalten müssen. Bis zu diesem Betrag sollen keine Wirtschaftlichkeitsprüfungen beantragt werden können.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer unterstützt das Anliegen als einen Schritt auf dem Weg zu einer Entbürokratisierung. Es ist nachvollziehbar, die Grenze zunächst in einem niedrigen Bereich anzusetzen, sie sollte jedoch zukünftig schrittweise weiter angehoben werden, um eine wirksame Entbürokratisierung zu bewirken.

Zu Artikel 1 Nummer 16 und 18

Weiterbildungsambulanzen Psychotherapie

§§ 117 und 120 SGB V)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 15.11.2019 wurde in § 117 SGB V ein Absatz 3b eingeführt, der die Ermächtigung von Ambulanzen an Einrichtungen, die nach Landesrecht für die Weiterbildung von Psychotherapeuten oder Ärzten in psychotherapeutischen Fachgebieten zugelassen sind, für ambulante psychotherapeutische Behandlung regelt. Dafür führt nun der Gesetzentwurf den Begriff der Weiterbildungsambulanz ein, die wie bisher vom Zulassungsausschuss auf Antrag und unter bestimmten Voraussetzungen zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung ermächtigt werden.

Die Finanzierung soll jetzt jedoch nach anderen Voraussetzungen als bisher erfolgen. In § 120 Abs. 2 SGB V werden dazu die „Weiterbildungsambulanzen“ ergänzt. Die Finanzierung soll anders als bisher und abweichend von der Finanzierung der ebenfalls von der Vorschrift des § 120 Abs. 2 SGB V erfassten Hochschulambulanzen, psychiatrischen Institutsambulanzen, sozialpädiatrischen Zentren und medizinischen Behandlungszentren erfolgen. Hierbei sollen die ambulant erbrachten psychotherapeutischen Leistungen in Abstimmung mit den Entgelten für vergleichbare Leistungen vergütet werden (§ 120 Abs. 2 S. 8 SGB V-E).

In der Begründung wird ausgeführt, dass Aufgaben, die in keinem unmittelbaren Zusammenhang zu der Leistungserbringung gegenüber den Versicherten stehen, nicht vergütet werden (dürfen). Diese Abgrenzung sei notwendig, so die Begründung, da durch die Weiterbildungsordnungen der Länder weitere Lerninhalte auferlegt würden, die nicht in die Zuständigkeit des Bundes fallen würden.

B) Stellungnahme der BÄK

Die Bundesärztekammer lehnt die Einschränkung der Finanzierungsmöglichkeiten der Weiterbildungsambulanzen ab. Es ist nicht ersichtlich, was damit bezweckt wird. Die Vergütung wird regional mit den Krankenkassen verhandelt. Dabei ist zu erwarten, dass diese nur einer Vergütung zustimmen werden, die in ihrer Höhe angemessen ist, und Leistungen umfasst, die tatsächlich in Zusammenhang mit der Weiterbildung stehen. Die Vertragspartner vor Ort können am besten entscheiden, wie die Vergütung sinnvoll gestaltet wird. Der Gesetzgeber hat zu Recht auf eine vergleichbare Einschränkung bei Ausbildungsinstituten, Hochschulambulanzen, psychiatrischen Institutsambulanzen, sozialpädiatrischen Zentren und medizinischen Behandlungszentren verzichtet.

Unabhängig von der Finanzierung von Weiterbildungsambulanzen ist es im ureigenen Interesse der Versicherten, dass die Finanzierung so gestaltet wird, dass auch zukünftig ausreichend Ärztinnen und Ärzte für die Versorgung zur Verfügung stehen. Der Gesetzgeber sollte daher grundsätzlich eine auskömmliche und in allen Versorgungsbereichen vergleichbare Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung zu regeln. Ansätze hierfür sind dem kürzlich vom Bundestag beschlossenen Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) (Artikel 2 Nummer 7 Buchstabe a Doppelbuchstabe cc (§ 17b Absatz 1 Satz 14 Krankenhausfinanzierungsgesetz neu)) zu entnehmen, der eine sachgerechte Finanzierung der mit der ärztlichen Weiterbildung verbundenen Mehrkosten bei der Leistungserbringung gewährleisten soll. Dieser umfassendere Finanzierungsansatz ist der hier vorgeschlagenen Variante aus Sicht der Bundesärztekammer vorzuziehen. Nur durch eine qualitativ

hochwertige und auskömmlich finanzierte Weiterbildung kann auch in Zukunft ausreichend und gut ausgebildetes ärztliches Personal gewonnen werden.

Die Bundesärztekammer fordert neben der Vergütung der von in Weiterbildung befindlichen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten in Weiterbildungsambulanzen erbrachten Leistungen eine auskömmliche Finanzierung daher auch für die darüberhinausgehenden Kosten für Supervision, Selbsterfahrung und die Vermittlung theoretischen Wissens.

Jedenfalls ist nicht nachvollziehbar, warum hier gesetzlich ausgeschlossen werden soll, dass im Zusammenhang mit der Leistungserbringung, aber gegebenenfalls nicht unmittelbar, entstehenden Kosten auch dann nicht finanziert werden dürften, wenn die Vertragspartner vor Ort diese mit einbeziehen möchten.

C) Änderungsvorschlag der BÄK

Streichung von Artikel 1 Nummer 18 Buchstabe d.

Zu Artikel 1 Nummer 22

Ausdehnung des bestehenden Antragsrechts der Patientenvertretung im G-BA auf weitere Beschlüsse zu Richtlinien sowie Einführung eines temporären Vetorechts.

§ 140f Abs. 2 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Patientenvertretung im G-BA soll auch bei Beschlüssen zu Richtlinien nach § 63 Absatz 3c Satz 3 (Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten, bei denen es sich um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt) und bei Beschlüssen nach § 136c (Beschlüsse des G-BA zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung) ein Antragsrecht erhalten.

Des Weiteren soll die Patientenvertretung ein temporäres Vetorecht im Plenum des G-BA erhalten, indem einmalig eine Beschlussfassung verhindert werden kann und auf diese Weise eine weitere Beratung des Beschlussgegenstands erwirkt werden soll.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Ausweitung des Antragsrechts für die Patientenvertretung im G-BA ist im Sinne einer Stärkung der Patientenperspektive auch in diesen Themenbereich nicht zu beanstanden. Die Bundesärztekammer weist allerdings darauf hin, dass die Regelung zu den Modellvorhaben ausweislich des Eckpunktepapiers zu einem Pflegekompetenzgesetz abgeschafft werden soll.

Die Einräumung eines temporären Vetorechts bei Beschlussfassungen des G-BA würde ein neues Element in den Entscheidungsfindungsprozessen der Selbstverwaltung bedeuten. Die Idee eines Vetorechts für die Patientenvertretung ist insofern nicht neu, als dies bereits im Jahr 2018 im Zuge vorgelegter Rechtsgutachten zur demokratischen Legitimation des G-BA Erwähnung fand.

Zumindest unter pragmatischen Gesichtspunkten würde eine solche Maßnahme zugleich der an anderer Stelle zum Ausdruck gebrachten Intention des Gesetzentwurfs widersprechen, die Entscheidungsfindungen im G-BA zu beschleunigen. Abweichende Voten der Patientenvertretung zu den Beschlüssen der Trägerbanken sind etwa im Themenbereich

des Unterausschuss Qualitätssicherung keine Ausnahmerecheinungen, so dass hier mehr oder weniger regelmäßig ein Zeitverlust von einem Monat resultieren würde.

Unter inhaltlichen Gesichtspunkten wäre die Maßnahme insofern zu hinterfragen, als dass damit den Trägerbänken des G-BA und den unparteiischen Mitgliedern indirekt unterstellt wird, Beschlüsse vor ihrer Verabschiedung nicht ausreichend durchdacht zu haben, weshalb ihnen ein weiterer Monat Bedenkzeit eingeräumt werden müsste. Aus Sicht der Bundesärztekammer darf regelmäßig davon ausgegangen werden, dass die Beschlussfassungen von den Stimmberechtigten im G-BA verantwortungsbewusst vorbereitet und wahrgenommen werden.

Ein temporäres Vetorecht ist aus Sicht der Bundesärztekammer zumindest unter praktischen Erwägungen von zweifelhaftem Nutzen. Aus Sicht der Bundesärztekammer ist die Regelung entbehrlich.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung von Artikel 1 Nummer 22 Buchstabe b.

Zu Artikel 1 Nummer 24

Monitoring der Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) durch die Krankenkassen

§ 271f Abs. 4 Nr. 7b SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Anhand ausgewählter Indikatoren soll der Erfolg der Krankenkassen bei der Umsetzung der gesetzlichen Verpflichtungen zum Stand der Digitalisierung transparent gemacht werden. Die Krankenkassen sollen im Hinblick auf die elektronische Patientenakte (ePA) u. a. Informationen zur tatsächlichen Nutzung, zur Bewertung durch Versicherte oder Nutzungsabbrüche in verschiedenen Nutzungsstadien sowie zur Nutzungsintensität monitoren.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer sieht diese Vorgabe sehr kritisch.

Die elektronische Patientenakte ist eine für den Versicherten bzw. Patientinnen und Patienten freiwillige Anwendung; es liegt in deren Entscheidung, ob und in welchen Versorgungsszenarien die ePA genutzt wird oder ob vom jederzeitigen Recht auf Widerspruch (opt-out) Gebrauch gemacht wird. Ein Nicht-Nutzen der ePA ist somit das Ergebnis selbstbestimmten Handels des Versicherten und nicht ein Misserfolg einer Krankenkasse. Dass das Nutzungsverhalten der ePA durch den Inhaber derart kleinteilig durch eine Krankenkasse erfasst wird, schafft Misstrauen und sollte überdacht werden.

Weiterhin bedarf es zumindest in der Gesetzesbegründung einer Klarstellung, dass bei der Erfüllung dieser Aufgabe zu jedem Zeitpunkt ein Zugriff auf die Inhalte der ePA durch die Krankenkasse unterbunden ist. Weiterhin müssen Rückschlüsse auf die Arbeitsweise von konkreten Ärztinnen und Ärzten ausgeschlossen sein.

C) Änderungsvorschlag der Bundesärztekammer

Streichung von Artikel 1 Nummer 24.

Zum Stand der Digitalisierung im Gesundheitswesen veröffentlicht die gematik auf der Grundlage von Beschlüssen der gematik-Gesellschafterversammlung regelmäßig einen sogenannten „TI-Atlas“, der von einem, von der gematik beauftragten, wissenschaftlichen Institut mittels evaluierten Längs- und Querschnittsbefragungen aller an der Versorgung beteiligten Gruppen erstellt wird. Dieses Instrument sollte aus Sicht der Bundesärztekammer durch einen gesetzlichen Auftrag gestärkt und an ein unabhängiges Institut übertragen werden. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Übertragung der Aufgabe an den Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen ist insofern entbehrlich und weckt Zweifel an der Neutralität der Erhebungsergebnisse.

4. Ergänzender Änderungsbedarf

Regelungen zu investorenbetriebenen medizinischen Versorgungszentren (iMVZ)

§§ 95, 103, 135b SGB V, § 32 Ärzte-ZV Begrenzung der Übernahme von medizinischen Versorgungszentren durch fachfremde Finanzinvestoren

A) Begründung

Die hohe Dynamik bei der Gründung von iMVZ sowie iMVZ-Ketten erfordert zeitnah wirksame Rahmenvorgaben für den Betrieb von MVZ, um einerseits die Vorteile von MVZ weiter nutzen zu können und andererseits die Einflussnahme auf ärztliche Entscheidungen in iMVZ aus kommerziellen Gründen zu erschweren.

Der Bundesminister für Gesundheit hat mehrfach eine Regulierung von iMVZ in einem Versorgungsgesetz angekündigt. Jedoch wurden in den vorliegenden Gesetzesentwurf keine entsprechenden Regelungen aufgenommen.

B) Ergänzungsvorschlag

Die Bundesärztekammer hat am 09.01.2023 die "Positionen der Bundesärztekammer zum Regelungsbedarf für Medizinische Versorgungszentren zur Begrenzung der Übernahme von MVZ durch fachfremde Finanzinvestoren und zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen und umfassenden ambulanten Versorgung" veröffentlicht. Das Papier wurde dem BMG zur Verfügung gestellt. Darin sind konkrete Formulierungsvorschläge für entsprechende gesetzliche Regelungen enthalten (<https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/gesundheitsversorgung/mvz>), die in den vorliegenden Gesetzesentwurf aufgenommen werden sollten.