

# Stellungnahme

## des Spitzenverband Fachärztinnen und Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) vom 07. November 2024

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) vom 22. Mai 2024

### Kontakt:

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

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

Vorstand: Dr. med. Dirk Heinrich, Dr. med. Helmut Weinhart, Prof. Dr. med. Hermann Helmberger, Dr. med. Petra Bubel,  
Dr. med. Norbert Smetak, Jan Henniger, Markus Haist (kooptiert)  
Ehrenpräsident: Dr. med. Andreas Köhler  
Hauptgeschäftsführer: Dr. iur. André Byrle

## Ordentliche Mitglieder des SpiFa

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



Bundesverband Ambulantes Operieren  
e.V. (BAO)



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



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



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



Berufsverband Deutsche Neurochirur-  
gie e.V. (BDNC)



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



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



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



Bundesverband der Pneumologie,  
Schlaf- und Beatmungsmedizin e.V.

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



Berufsverband Deutschland für  
Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie

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



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



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



**BNK** Bundesverband  
Niedergelassener  
Kardiologen

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



Berufsverband Niedergelassener  
Gastroenterologen Deutschlands e.V.

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



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



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

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



Berufsverband der Augenärzte  
Deutschlands e.V. (BVA)



Berufsverband der AngiologInnen  
Deutschlands e.V. (BVAD)



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



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



Berufsverband der Deutschen Urologie  
e.V. (BvDU)



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



Berufsverband der Frauenärzte e.V.  
(BVF)



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



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



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



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



Deutscher Facharztverband e.V. (DFV)



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



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



Verband Deutsche Nierenzentren e.V.  
(DN)



## Assoziierte Mitglieder

Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie  
e.V. (DGH)



MEDI GENO Deutschland e.V. (MEDI)



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



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



## INHALT

|   |    |
|---|----|
| I. Vorbemerkungen.....  | 7  |
| III. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen.....                             | 8  |
| Artikel 1 – Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).....   | 8  |
| Nummer 3 (§ 33 Absatz 5c – neu).....                                      | 8  |
| Nummer 6 Buchstabe a (Ergänzung § 87 Absatz 2b) .....                     | 9  |
| Nummer 6 Buchstabe c (Ergänzung § 87 Absatz 2q) .....                     | 11 |
| Nummer 7 Buchstabe c (§ 87a Absatz 3c – neu).....                         | 11 |
| Nummer 10 Buchstabe a (Änderung § 92 Absatz 1b und Absatz 1c – neu) ..... | 13 |
| Nummer 12 (Änderung § 101 Absatz 4 und Absatz 4a – neu) .....             | 15 |
| Nummer 14 (Ergänzung des § 106b Absatz 2 Satz 2) .....                    | 16 |

## I. Vorbemerkungen

---

Mit dem vorliegenden Entwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) wird durch eine Vielzahl unterschiedlichster gesetzlicher Maßnahmen die Stärkung der Gesundheitsversorgung beabsichtigt.

### **SpiFa:**

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

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

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

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



### III. Maßnahmen des Gesetzes im Einzelnen

---

#### Artikel 1 – Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

##### Nummer 3 (§ 33 Absatz 5c – neu)

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

##### SpiFa:

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

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

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

Eine vergleichbare Situation bei der Versorgung mit Hilfsmitteln besteht auch für erwachsene Patientinnen und Patienten in höherem Lebensalter sowie mit chronischen Erkrankungen, die

nicht per Definition einer schweren Mehrfachbehinderung vergleichbar sind. Hier bedarf es in Perspektive auch einer vergleichbaren Regelung.

### **Nummer 6 Buchstabe a (Ergänzung § 87 Absatz 2b) – Versichertenpauschale ersetzende Versorgungspauschale**

Nach der hier beabsichtigten Änderung muss der Bewertungsausschuss ausgabenneutral im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) in Abweichung der bisherigen Regelung zur Abbildung hausärztlicher Leistungen in Versichertenpauschalen, für ärztliche Leistungen Regelungen über eine abzurechnende Versorgungspauschale beschließen in Bezug auf Behandlungen erwachsener Versicherter wegen chronischer Erkrankungen, die einer kontinuierlichen Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel bedürfen und keinen intensiven Betreuungsbedarf begründen. Die vom Bewertungsausschuss zu beschließenden Regelungen über die Versorgungspauschale haben vorzusehen, dass sie je Versicherten unabhängig von der Anzahl und Art der Kontakte des Versicherten mit der jeweiligen Arztpraxis innerhalb eines bestimmten Zeitraums nur einmal durch eine einzige, die jeweilige Erkrankung behandelnde Arztpraxis abzurechnen ist. Der Zeitraum soll vier aufeinanderfolgende Kalenderquartale, mindestens jedoch zwei aufeinanderfolgende Kalenderquartale umfassen.

Durch die beabsichtigte Regelung sollen unnötige Arzt-/Praxis-Patienten-Kontakte vermieden und gleichzeitig soll eine angemessene Honorierung der hausärztlichen Leistungen gewährleistet werden.

#### **SpiFa:**

Der SpiFa begrüßt die Intention unnötige Arzt-/Patienten-Kontakte zu vermeiden und eine angemessene Honorierung hausärztlicher Leistungen zu gewährleisten.

Der konkrete Regelungsvorschlag wird vom SpiFa allerdings mit Nachdruck abgelehnt.

Die beabsichtigte Änderung riskiert eine massive Unterversorgung von ca. 4,6 Millionen erwachsenen Diabetikerinnen und Diabetikern in Deutschland.

In der hausärztlichen Versorgung sind derzeit diabetologische Schwerpunktpraxen tätig. Es handelt sich um hausärztliche Leistungserbringer mit der Zusatzweiterbildung Diabetologie, die im Versorgungsschwerpunkt Patientinnen und Patienten mit chronischem Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 versorgen sowie Diabetesschulungen anbieten. In diesen Praxen arbeiten Fachkräfte aus verschiedenen Diabetesedukationsberufen zusammen – Diabetologinnen und Diabetologen gemeinsam mit Diabetes- und Wundassistentinnen und -assistenten sowie Diabetesberaterinnen und -beratern. Diese hausärztlichen Leistungserbringer versorgen regelmäßig Diabetikerinnen und Diabetiker, welche daneben oft mindestens noch eine Hausärztin/Hausarztin zur allgemeinen medizinischen Versorgung haben.

Die hausärztlichen Leistungen der diabetologischen Schwerpunktpraxen werden im Wesentlichen allein über die hausärztlichen Grundpauschalen, die Chroniker-Pauschale sowie die Disease-Management-Programme (DMP) vergütet. In den hausärztlichen Grundpauschalen des EBM gibt es, bis auf wenige Ausnahmen, keine spezifischen Diabetologie-Ziffern. Diese pauschalen Vergütungen bilden demnach allein die Finanzierung für die diabetologischen Schwerpunktpraxen.

Nach der nunmehr beabsichtigten Regelung könnten die hausärztlichen diabetologischen Schwerpunktpraxen für ihre Behandlungen gegenüber Diabetikerinnen und Diabetikern nun keine Vergütung mehr berechnen. Denn vorgesehen ist, dass für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und 2 künftig statt der hausärztlichen Versichertenpauschale, die ihrerseits Grundlage für die Chroniker-Pauschale sowie die Vergütung der Disease-Management-Programme bildet, nur noch mindestens halbjährlich eine sog. hausärztliche Versorgungspauschale durch eine einzige Arztpraxis abgerechnet werden kann. Diese Versorgungspauschale mit Sperrwirkung für andere hausärztliche Leistungserbringer dürfte oft genug die allgemeine hausärztliche Arztpraxis abrechnen, die aber im Bereich der Behandlung chronischer Diabetes regelmäßig weder kompetenziell noch zeitlich oder personell eine hochwertige Versorgung von Diabetikerinnen und Diabetikern darstellen kann. Folglich gefährdet die Einführung einer quartalsübergreifenden Versorgungspauschale zur Behandlung chronisch kranker Patientinnen und Patienten, die keinen intensiven Betreuungsaufwand aufweisen, sowie eine an das Erfüllen bestimmter Kriterien durch die Hausärztin oder den Hausarzt geknüpfte Vorhaltepauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages die zukünftige Versorgung von ca. 4,6 Mio. erwachsenen Diabetikerinnen und Diabetikern.

Die aus der konkreten Regelung für die Versorgung drohenden Gefahren dürften auch für die im hausärztlichen Bereich tätigen infektiologischen sowie allergologischen Schwerpunktpraxen gelten. Auch hier handelt es sich um spezialisierte hausärztliche Leistungserbringer, die neben allgemeinen hausärztlichen Leistungserbringern tätig sind. Danach zeichnet sich beispielsweise auch eine Unterversorgung von Patientinnen und Patienten mit HIV sowie mit Allergien ab.

Aus Sicht des SpiFa muss zur Vermeidung einer Unterversorgung die beabsichtigte Regelung entweder gänzlich gestrichen oder zumindest eine Ausnahme für neben allgemeinen Hausärztinnen und Hausärzten tätigen spezialisierte Hausärztinnen und Hausärzte geregelt werden, die diesen spezialisierten hausärztlichen Leistungserbringern weiterhin die Abrechnung der Versicherten- und Chronikerpauschalen für die Versorgung chronisch erkrankter Versicherter mit erhöhtem Betreuungsaufwand in dem heute bestehenden Umfang sichert. Der Gesetzgeber sollte in der gesetzlichen Begründung zudem flankierend darstellen, welche chronischen Erkrankungen von vornherein nicht den Anwendungsbereich der Regelung zum Abschluss einer die Versichertenpauschale ersetzenden Versorgungspauschale fallen sollen.

### **Nummer 6 Buchstabe c (Ergänzung § 87 Absatz 2q) – Versichertenpauschale ersetzende Versorgungspauschale**

Die beabsichtigte Regelung sieht die Aufnahme von Strukturkriterien in den EBM vor, deren Einhaltung die Voraussetzung für den Erhalt der Vorhaltepauschale sein soll. Bei Nichterfüllung soll die Abrechenbarkeit nicht möglich sein. In Abhängigkeit vom Umfang der Erfüllung soll der Bewertungsausschuss Stufen festlegen dürfen. Als Kriterien sollen u.a. die Erbringung von Haus- und Pflegeheimbesuchen, die Praxisöffnungszeiten als auch die Art der Versorgung (geriatrisch, palliativmedizinisch) und die Nutzung der elektronischen Patientenakte herangezogen werden können.

### **SpiFa**

Der SpiFa weist mit Nachdruck darauf hin, dass die in § 87 Absatz 2q genannten Kriterien für diabetologische Schwerpunktpraxen nicht vollumfänglich zu erfüllen sind. Für die Anerkennung als Schwerpunktpraxis müssen spezialisierte hausärztliche Praxen bestimmte Strukturvoraussetzungen nachweisen, welche sich vom Angebot einer allgemeinmedizinischen Praxis zum Teil stark unterscheiden und größtenteils über diese hinausgehen. Das Leistungsspektrum weicht teils erheblich vom allgemeinmedizinisch-hausärztlichen Spektrum ab. Manche der im Gesetzestext genannten Kriterien gehören zudem schlicht nicht zum Leistungskern einer Schwerpunktpraxis. Diese Unterschiede sollten berücksichtigt und entsprechende Ausnahmeregelungen getroffen werden.

### **Nummer 7 Buchstabe c (§ 87a Absatz 3c – neu) – Ausgleichzahlungen zur Ausbudgetierung der Leistungen im allgemeinen hausärztlichen Versorgungsbereich**

Mit der beabsichtigten Regelung sollen die Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung, einschließlich der im Zusammenhang mit diesem Versorgungsbereich hausärztlich durchgeführten Hausbesuche von mengenbegrenzenden oder honorarmindernden Maßnahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und der Honorarverteilung ausgenommen werden.

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

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

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

### **SpiFa:**

Vor dem Hintergrund der Vereinbarung im Koalitionsvertrag von SPD, BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN und FDP zur Entbudgetierung ist die beabsichtigte gesetzliche Maßnahme, die Leistungen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung, einschließlich der im Zusammenhang mit diesem Versorgungsbereich hausärztlich durchgeführten Hausbesuche, von der honorarmindernden, budgetierenden Wirkung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auszunehmen, wie dies bereits mit Blick auf die Leistungen der Kinder- und Jugendärzte erfolgt ist, ein Schritt in die richtige Richtung zu einer echten Entbudgetierung der vertragsärztlichen Versorgung.

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

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

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

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

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

1. Die Auszahlung von mindestens 90 v. 100 der Vergütung aller von der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfassten, ordnungsgemäß erbrachten fachärztlichen Leistungen zu gewährleisten.
2. Alle fachärztlichen Leistungen zu entbudgetieren, die durch Hausärztinnen und Hausärzte auf Überweisung oder durch Krankenhäuser auf Veranlassung erfolgen.
3. Alle ärztlichen Leistungen zu entbudgetieren, die in sog. Sozialen Brennpunkten bzw. deren Bewohnerinnen und Bewohner erbracht werden.

### **Nummer 10 Buchstabe a (Änderung § 92 Absatz 1b und Absatz 1c – neu) – Änderung zum Verfahren für Richtlinie ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft**

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

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

#### **SpiFa:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Nummer 12 (Änderung § 101 Absatz 4 und Absatz 4a – neu) –Kinder- und Jugendpsychiater in der Bedarfsplanung**

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

#### **SpiFa:**

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

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



#### **Nummer 14 (Ergänzung des § 106b Absatz 2 Satz 2) – Bagatellgrenze für Wirtschaftlichkeitsprüfung der Verordnung**

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

#### **SpiFa:**

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

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

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

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