



ENTWURF EINES GESETZES ZUR STÄRKUNG DER GESUNDHEITSVERSORGUNG IN DER KOMMUNE – GESUNDHEITSVERSORGUNGSSTÄRKUNGS- GESETZ (GVSG)

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM REFERENTENENTWURF DES
BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT VOM 8. APRIL 2024

30. APRIL 2024

INHALT

ZUR KOMMENTIERUNG	3
ZUSAMMENFASSUNG	3
KOMMENTIERUNG ARTIKEL 1	3
NR. 2, § 33 ABS. 5C SGB V (NEU) – VERORDNUNG VON HILFSMITTELN DURCH ZENTREN	3
NR. 8, § 87 ABS. 2B SGB V – VERSORGUNGSPAUSCHALE	4
NR. 8, § 87 ABS. 2N SGB V (NEU) – VORHALTEPAUSCHALE	6
NR. 9 B) CC), § 87A ABS. 3B SATZ 3 SGB V – ZUSCHLÄGE KINDER- UND JUGENDMEDIZIN	9
NR. 9, § 87A ABS. 3C (NEU) UND NR. 10, § 87B ABS. 1 SATZ 3 SGB V – ENTBUDGETIERUNG HAUSÄRZTE	9
NR. 11, 12, 18, 19, 21, 22 (§ 91/§ 92/§ 116B/§ 136/§ 137F/ § 140F SGB V) – G-BA	11
NR. 12, § 92 ABS. 1B SGB V – G-BA MITBERATUNGSRECHT HEBAMMEN	12
NR. 13, § 95 ABS. 2 SATZ 7 UND 8 SGB V (NEU) – BEGRENZUNG SICHERHEITSLEISTUNGEN MVZ	12
NR. 14, § 96 ABS. 2A SGB V (NEU) - ZUSTIMMUNG BEI ENTSCHEIDUNGEN DES ZULASSUNGS AUSSCHUSSES DURCH DIE LANDESAUFSICHT	13
NR. 15, § 101 SGB V – BEDARFSPLANUNG KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN	14
NR. 17, § 106B SGB V – BAGATELLGRENZE WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG	15
WEITERGEHENDER VORSCHLAG ZU NR. 17, § 106D SGB V – ABRECHNUNGSPRÜFUNG	16
NR. 26, § 274 ABS. 4 SATZ 2 (NEU) – PRÜFPFLICHT BUNDESRECHNUNGSHOF	17
RECHTSGRUNDLAGE FÜR GESPRÄCHSAUFZEICHNUNGEN BEI DER 116117	18

ZUR KOMMENTIERUNG

Zu den einzelnen Regelungsinhalten wird im Folgenden kommentiert. Sofern keine Anmerkungen getätigt werden, wird die Regelung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) begrüßt oder sie sieht die Interessen der Vertragsärzte und -psychotherapeuten durch die Regelung nicht betroffen beziehungsweise steht dem Regelungsvorschlag neutral gegenüber.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist nur eine Form der Personenbezeichnung verwendet. Hiermit sind auch alle anderen Formen gemeint.

ZUSAMMENFASSUNG

Die KBV begrüßt die im Referentenentwurf des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes angelegte Entbudgetierung der hausärztlichen Vergütung grundsätzlich und hält die schnellstmögliche Einführung für unabdingbar. Die weiteren Änderungen erweisen sich jedoch bei genauer Betrachtung als sehr komplex. Nach Einschätzung der KBV bergen diese die Gefahr erheblicher Honorarumverteilungen mit riskanten und kaum kalkulierbaren Auswirkungen auf die Versorgung. Um das zu vermeiden, müssten diese deutlich angepasst und mit aller gebotenen Sorgfalt entwickelt und kalkuliert werden. In keinem Fall gibt es einen Grund, dass diese die Entbudgetierung verzögern oder gar aufhalten sollten.

KOMMENTIERUNG ARTIKEL 1

NR. 2, § 33 ABS. 5C SGB V (NEU) – VERORDNUNG VON HILFSMITTELN DURCH ZENTREN

Beabsichtigte Neuregelung

Für Hilfsmittelversorgungen, die von Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) oder von medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MeBZ) empfohlen wurden, ist von der medizinischen Erforderlichkeit auszugehen. Die Einbeziehung des Medizinischen Dienstes soll nicht mehr erfolgen. Damit sollen Bewilligungsverfahren im Hilfsmittelbereich beschleunigt werden.

Bewertung

Die Absicht einer Beschleunigung von Bewilligungsverfahren im Hilfsmittelbereich wird begrüßt. Allerdings sind die Kapazitäten dieser Einrichtungen sehr begrenzt, so dass viele Patienten mit vergleichbaren komplexen Behinderungen gar nicht oder nur nach langen Wartezeiten Zugang erhalten. Oftmals fehlen entsprechende Angebote in vielen Regionen, insbesondere strukturschwachen und ländlichen Bereichen, gänzlich. Die Hilfsmittelversorgung dieser Versicherten wird daher häufig von den vertragsärztlich tätigen Kinder- und Jugendärzten, beispielsweise Neuropädiatern, Neurologen oder Hausärzten übernommen. Die vertragsärztliche Versorgung dieser Patienten unterliegt allerdings denselben Hürden.

Um die Hilfsmittelversorgung für alle Versicherte mit komplexen Behinderungen zu verbessern, sollte die Regelung nicht auf bestimmte Versorgungssettings eingegrenzt werden und auf Verordnungen von Vertragsärzten erweitert werden. Um gleichzeitig die Risiken für nachgelagerte

Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu reduzieren, sollte klargestellt werden, dass entsprechende Verordnungen keiner Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

- › Ergänzung in § 33 Abs. 5c (neu) SGB V, dass auch bei Hilfsmittelverordnungen durch Kinder- und Jugendärzte, Neurologen und Hausärzte für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen von der medizinischen Erforderlichkeit ausgegangen werden kann.
 - › Ergänzung in § 106b Abs. 4 SGB V, dass Verordnungen nach § 33 Abs. 5c (neu) SGB V durch Kinder- und Jugendärzte, Neurologen und Hausärzte nicht der Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen.
-

NR. 8, § 87 ABS. 2B SGB V – VERSORGUNGSPAUSCHALE

Beabsichtigte Neuregelung

In Abs. 2b wird durch die neuen Sätze 5 und 6 eine jährlich abrechnungsfähige Versorgungspauschale eingeführt. Der Bewertungsausschuss soll für die Behandlung eines Versicherten, bei dem mindestens eine lang andauernde, lebensverändernde Erkrankung vorliegt, die einer kontinuierlichen Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel bedarf, eine durch eine Arztpraxis einmal jährlich abrechenbare Pauschale beschließen. Dabei kann die Höhe der Bewertung der Pauschale in Stufen festgelegt werden. Der Bewertungsausschuss hat hierzu innerhalb von drei Monaten ein Konzept zur Genehmigung durch das BMG festzulegen, wobei die Beschlussfassung dann auf der Basis des Konzeptes erfolgt.

Bewertung

Die Einführung einer Versorgungspauschale für chronisch erkrankte Patienten ist grundsätzlich denkbar, um die derzeitige Systematik im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abzulösen. Jedoch führt eine jährliche Abrechenbarkeit bei der KBV zu Bedenken, die nachfolgend aufgezeigt werden:

Es sei darauf hingewiesen, dass die geplante jährliche Versorgungspauschale dazu führen könnte, dass eine Steuerung von schwereren chronischen Erkrankungen hin zu weniger betreuungsintensiven Patienten mit chronischen Erkrankungen erfolgt, was dem offenbar angestrebten Zweck der Regelung zuwiderlaufen würde.

Einmalige Berechnung durch eine Arztpraxis

Durch den Umstand, dass die Versorgungspauschale nur einmal jährlich durch eine Arztpraxis je Versicherten abgerechnet werden kann, jedoch für die jeweils andere Arztpraxis eine vorherige Abrechnung nicht erkennbar ist, entstehen Risiken für die Arztpraxen, da nicht vorhersehbar ist, ob die Pauschale abgerechnet werden kann.

Derzeit haben nach den Berechnungen der KBV durchschnittlich ca. 35 Prozent der gesetzlich versicherten chronisch erkrankten Patienten mehr als einen Hausarzt, der die derzeitige Versichertenpauschale berechnet. Es ist somit keine seltene Ausnahme, dass die hausärztliche Versorgung durch mehrere Ärzte erfolgt. Insoweit trifft die Regelung auf die Herausforderung, dass eine jahresbezogene Vergütung der behandelnden Hausärzte entweder bei diesen Patienten doppelt zu vergüten ist oder eine ggf. jahrelange Unsicherheit bei den behandelnden Hausärzten besteht, aufgrund möglicher finanzieller Rückforderungen der Krankenkassen in Prüfverfahren nach § 106d SGB V. Hiervon wären nach unseren Auswertungen praktisch alle hausärztlich tätigen Praxen betroffen. Beide Optionen stellen gleichsam die Quadratur des Kreises dar, die auch der Bewertungsausschuss nicht lösen kann.

Ohne einen Nachweis der durchgeführten und abgerechneten Leistungen führen Leistungen, die nur durch einen Vertragsarzt einmalig im Quartal oder im Leben berechnet werden dürfen, bei unwissentlicher Doppelberechnung zur Nichtvergütung durchgeführter Leistungen.

Diese Problematik existiert bereits bei anderen Leistungen im EBM.

Beispielhaft zu nennen ist die seit Jahren zu Abrechnungskorrekturen führende Doppelabrechnung der Mutterschaftsvorsorge durch zwei Gynäkologen im selben Quartal und die nur einmal im Leben berechnungsfähige Früherkennungsuntersuchung auf Bauchaortenaneurysmen gemäß Teil B. II. der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie bei männlichen Patienten ab dem Alter von 65 Jahren.

Gemäß der vorliegenden Begründung zu Nummer 10 kann das Konzept Ausnahmen von der Abrechenbarkeit und Zahlung der Versorgungspauschale an nur eine Arztpraxis je Versicherten beim Vorliegen wichtiger Gründe vorsehen, was wir begrüßen. Die aufgeführten Ausnahmetatbestände, wie Umzug des Versicherten und Praxisschließung des bisher behandelnden Arztes, sollten aus unserer Sicht nicht abschließend sein und ergänzt werden, z. B. mit Wechsel des behandelnden Hausarztes in eine andere Praxis, Mitbehandlung durch eine Schwerpunktpraxis im hausärztlichen Versorgungsbereich.

Ein wesentlicher Grund für die Mehrfachinanspruchnahme von Hausärzten ist, dass Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich die sie behandelnden Ärzte frei wählen können. Die freie Arztwahl in Deutschland gemäß § 76 SGB V steht im Widerspruch zur einmaligen Berechnungsfähigkeit der Versorgungspauschale.

Versorgungspauschale für Kinder- und Jugendmediziner

Zum hausärztlichen Versorgungsbereich zählen auch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin. Die im Gesetz vorgesehenen Änderungen in § 87 Abs. 2b SGB V gelten somit auch für Kinder- und Jugendmediziner. Bei fachärztlicher (Mit-)Behandlung durch einen weiteren Kinder- und Jugendmediziner, z. B. mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie, wäre aufgrund der vorgesehenen Regelung eine mehrmalige Berechnung der Versorgungspauschale ausgeschlossen. Dies wird ausdrücklich abgelehnt und empfohlen, eine entsprechende Klarstellung für den Bereich der Kinder- und Jugendmedizin vorzusehen.

Auswirkungen der Versorgungspauschale auf andere abrechnungs- bzw. vergütungsrelevante Regelungen

Die quartalsweise Berechnung der Versichertenpauschale bildet die Bemessungsgrundlage für verschiedene EBM-Regelungen des hausärztlichen Versorgungsbereiches, wie beispielsweise die Strukturpauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages und die Strukturpauschale für nichtärztliche Praxisassistenten sowie für den Laborwirtschaftlichkeitsbonus. Darüber hinaus ist die Versichertenpauschale Bemessungsgrundlage für weitere Steuerungsinstrumente, z. B. für das Arzneimittelbudget.

Eine jährlich abrechnungsfähige Versorgungspauschale hat Einfluss auf die genannten abrechnungs- bzw. vergütungsrelevanten Regelungen, deren finanzielle Auswirkungen bisher noch nicht abschließend quantifiziert werden können.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

- › Die Kassenärztliche Bundesvereinigung fordert gesetzliche Leitplanken für die Einführung einer Versorgungspauschale. Diese müssen folgende Sachverhalte sicherstellen:
- › Aufgrund der Einführung einer Versorgungspauschale darf die Vergütung für die Behandlung eines chronisch erkrankten Patienten nicht sinken. Die Versorgungspauschale reduziert nicht den medizinisch erforderlichen Behandlungsbedarf pro Patienten. Daher darf die Bewertung der Versorgungspauschale nicht geringer sein als die Summe der bisherigen Gebührenordnungspositionen, die der Versorgungspauschale zugrunde liegen.
- › Bei der Behandlung von chronisch erkrankten Patienten ist im Laufe eines Jahres nicht in jedem Quartal ein Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich. Daher können behandlungsfallbezogen drei Kontakte innerhalb

eines Jahres an einen Kontakt mit dem Praxisteam (auch telemedizinisch) geknüpft werden. Damit kann sich der Arzt auf die medizinisch erforderlichen Fälle konzentrieren. Durch die Einführung eines Praxis-Patienten-Kontakts darf es keinen Spielraum für eine Absenkung der Vergütung gegenüber der aktuellen Vergütung geben.

- › Mehrfachinanspruchnahmen können durch die Ärzte nicht ausgeschlossen werden. In medizinisch erforderlichen Fällen müssen sowohl bei der Quartals- als auch bei der Jahrespauschale Mehrfachinanspruchnahmen bezahlt werden (z.B. bei paralleler Behandlung durch Hausarzt und Diabetologische Schwerpunktpraxen, HIV-Schwerpunktpraxen, Substitutionsbehandlung, Schmerztherapeuten und Psychotherapie). In anderen Fällen muss zumindest die Versichertenpauschale abrechenbar bleiben.

NR. 8, § 87 ABS. 2N SGB V (NEU) – VORHALTEPAUSCHALE

Beabsichtigte Neuregelung

Durch den Bewertungsausschuss soll eine Vorhaltepauschale festgelegt werden, die an das Vorliegen gewisser Kriterien und ggf. gestuft festgelegt werden kann. Die bisherige Vergütung der Gebührenordnungsposition 03040 soll dafür entfallen. Kriterien für die Vorhaltepauschale sollen u. a. eine bedarfsgerechte Versorgung mit Haus- und Pflegeheimbesuchen, bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten, die vorrangige Versorgung der Versicherten mit Leistungen aus dem hausärztlichen Fachgebiet, eine festzulegende Mindestanzahl an zu versorgenden Versicherten sowie die regelmäßige Nutzung von Anwendungen nach § 334 SGB V (Telematik-Infrastruktur) umfassen.

Bewertung

Die vorgesehene Vorhaltepauschale soll an Kriterien gebunden werden, die nur von einem Teil der an der Versorgung teilnehmenden Hausärzte erfüllt werden können. Damit wird ein relevanter Teil der hausärztlichen Praxen von Umsatzeinbußen betroffen sein, die nicht aufgefangen werden können und folglich das Angebot an hausärztlicher Versorgung bundesweit weiter verknappen wird.

Zur Veranschaulichung der signifikanten Umverteilungseffekte haben wir entsprechende Berechnungen durchgeführt, aus denen sich – je nach konkreter Ausgestaltung – durchschnittliche Verluste im fünfstelligen Eurobereich im Jahr für einen nicht unerheblichen Teil der Praxen ergeben.

Aus Sicht der KBV werden die Patienten, die bisher von den Praxen versorgt werden, die von den Umsatzeinbußen betroffen sein werden, nicht von den Praxen behandelt werden können, die die Kriterien erfüllen, da diese schon jetzt maximal ausgelastet sind. Insoweit konterkariert auch die vorgesehene Einführung einer Vorhaltepauschale in der dargestellten Form die im Gesetzentwurf genannte Zielstellung, die hausärztliche Versorgung zu stärken.

Zugleich droht durch die Regelung ein tiefgreifender Eingriff in die Praxisorganisation und damit eine massive Ausweitung bürokratischer Anforderungen, ohne dass hierfür ein konkreter Anlass bestünde.

In der vorliegenden Begründung werden konkrete, vom Bewertungsausschuss festzulegende Kriterien für die Vorhaltepauschale aufgeführt. Folgende Kriterien werden von der KBV insbesondere kritisch gesehen:

Bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten

Ein Kriterium für die Vorhaltepauschale sollen bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten sein, die regelmäßige monatliche Abendsprechstunden und ein ergänzendes Angebot an Samstagssprechstunden umfasst.

Aus Sicht der KBV sind allgemeingültige Vorgaben, die Hausärzte zur Durchführung von Sprechstunden in den Abendstunden oder an Samstagen indirekt verpflichten, um die Voraussetzungen der Vorhaltepauschale erfüllen zu können, für eine Verbesserung der hausärztlichen Versorgung nicht

zielführend. Nicht in allen Regionen erfordert die Altersstruktur der überwiegenden Patienten eine Ausweitung der Sprechstunden bzw. ein Angebot zu anderen Zeiten und an Samstagen. In sprechstundenfreien Zeiten ermöglichen KV-Notdienstpraxen/Bereitschaftspraxen eine wohnortnahe, ambulante ärztliche Versorgung. Zudem greifen diese Vorgaben in die Freiberuflichkeit ein und schränken im Umkehrschluss das Angebot von Sprechstunden an Wochentagen ein.

Derzeit bieten bereits ca. ein Drittel (31 Prozent) der Hausarztpraxen in jedem Quartal Samstagssprechstunden an. Der Bewertungsausschuss hatte bereits zum 1. April 2020 den Zeitraum für die Berechnung der entsprechenden EBM-Leistung auch auf den Samstagnachmittag ausgeweitet (von 07:00 Uhr bis 19:00 Uhr) und hiermit auch hinsichtlich der Vergütung Voraussetzungen geschaffen, bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten an Samstagen im haus- und fachärztlichen Bereich anzubieten, so sie erforderlich sind. Angesichts des eklatanten Personalmangels ist überdies mehr als fraglich, mit welchem Personal solche zusätzlichen Sprechstunden zu Unzeiten geleistet werden sollten.

Bedarfsgerechte Versorgung mit Haus- und Pflegeheimbesuchen

Ein weiteres Kriterium für die Vorhaltepauschale soll die bedarfsorientierte Durchführung von Haus- und Pflegeheimbesuchen, die bei Versicherten über 75 Jahre regelmäßig aufsuchende Behandlungen umfassen sollen, sein.

Dreiviertel der Hausarztpraxen führen pro Quartal mindestens 10 Besuche von Patienten in der Häuslichkeit oder in Alten-/Pflegeheimen durch. Zusätzlich werden die Patienten durch qualifiziertes Praxispersonal (unter anderem nichtärztliche Praxisassistenten) aufgesucht und der Hausarzt unter Nutzung von telemedizinischen Anwendungen eingebunden. Vorgaben zu einer Mindestanzahl an durchzuführenden Besuchen pro Quartal, die sich auf den Arzt beziehen, schränken insbesondere in ländlichen Regionen mit langen Fahrtstrecken die Praxisorganisation ein und könnten – um die Voraussetzungen der Vorhaltepauschale erfüllen zu können – eine Einschränkung von Sprechzeiten nach sich ziehen.

Vorrangige Versorgung mit Leistungen aus dem hausärztlichen Fachgebiet

Der Bewertungsausschuss soll in seinen Kriterien berücksichtigen, dass die Hausarztpraxen primär Leistungen durchführen, die zum Kern des hausärztlichen Fachgebietes gehören (z. B. Versorgung von geriatrischen Patienten, palliativmedizinische Versorgung).

Ziel der aktuell gültigen Zusatzpauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages gemäß § 73 Abs. 1 SGB V nach der Gebührenordnungsposition 03040 des EBM ist die Stärkung der originär hausärztlichen Betreuung. Daher wird die Gebührenordnungsposition 03040 nicht für alle Patienten einer Hausarztpraxis gezahlt, sondern nur für diejenigen Patienten, bei denen Leistungen durchgeführt werden, die grundsätzlich zum hausärztlichen Versorgungsauftrag zählen. Dementsprechend ist sie neben einer Reihe von Leistungen, die entweder selbst zu einer Deckung der Kosten beitragen oder über den § 73 Abs. 1 SGB V formulierten Auftrag hinausgehen, ausgeschlossen.

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht mit der Definition von Leistungen durch den Bewertungsausschuss, die Hausarztpraxen primär durchführen sollten, eine aus Sicht der KBV zwar in der Zielstellung gleiche aber in der Umsetzung entgegengesetzte Systematik vor. Hausarztpraxen würden die Vorhaltepauschale nicht erhalten, sofern sie die zum Kern des hausärztlichen Fachgebietes gehörigen Leistungen zwar durchführen, aber nicht in ausreichendem Maß erfüllen können. Hierdurch entstehen den betreffenden Praxen, obwohl sie dem hausärztlichen Versorgungsauftrag nachkommen, wirtschaftliche Nachteile. Hingegen erhalten Hausarztpraxen, die die Kriterien bezogen auf alle Patienten erfüllen, aber aus anderen Gründen auch fachärztliche Leistungen durchführen, die Vorhaltepauschale entgegen ihrer Zielstellung.

Pflege/Nutzung der elektronischen Patientenakte

Zu den Kriterien für eine Vorhaltepauschale soll zukünftig auch zählen, dass beim überwiegenden Anteil der zu versorgenden Patienten eine regelhafte Pflege der elektronischen Patientenakte (ePA) stattfindet. Diesbezüglich ist der Anteil an Patienten von Bedeutung, die der ePA-Anlage nicht widersprochen und dem behandelnden Arzt die Zugriffsberechtigung nicht entzogen haben.

Nach § 335 Abs. 3 SGB V dürfen Versicherte weder bevorzugt noch benachteiligt werden, weil sie der Anlage einer ePA widersprochen oder einen Zugriff auf die ePA oder weiteren Anwendungen der Telematikinfrastruktur verweigert haben. Die Krankenkassen haben gemäß § 343 Abs. 1a Satz 3 Nr. 2 SGB V ihre Versicherten sogar ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass gewährleistet ist, dass der Versicherte weder bevorzugt noch benachteiligt wird, wenn er seine Widerspruchs-, Einwilligungs-, Lösch- und Beschränkungsrechte bezüglich der ePA ausübt (ausgenommen des Verzichts auf einen ePA-Nutzen). Die ePA-Nutzung als Kriterium für die Vorhaltepauschale könnte einen Einfluss darauf haben, dass Hausärzte ihre Patienten dazu anhalten, ihnen Zugriffsberechtigungen zu gewähren, und somit in die Patientensouveränität eingreifen.

Zwar besteht grundsätzlich die Möglichkeit, dass Patienten eine ePA-Anlage mit hausärztlichen Zugriffsberechtigungen akzeptieren, ihren Hausärzten jedoch bestimmte Zugriffsberechtigungen auf z. B. sensible Daten entziehen. Gerade Patienten mit sensiblen Daten gemäß § 343 Abs. 1a Satz 3 Nr. 13 SGB V (Daten, deren Bekanntwerden Anlass zu Diskriminierung oder Stigmatisierung des Versicherten geben kann, insbesondere zu sexuell übertragbaren Infektionen, psychischen Erkrankungen und Schwangerschaftsabbrüchen) könnten sich dazu entscheiden, die ePA entweder überhaupt nicht zu nutzen oder die Zugriffsberechtigungen gegenüber ihren Hausärzten grundsätzlich stark einschränken, wenn es ihnen zu aufwändig ist, jeweils nur bestimmte ePA-Widersprüche auszusprechen.

Es erscheint als nicht nachvollziehbar, dass vor dem Hintergrund der bestehenden Befüllungspflichten des § 347 SGB V erneut Vergütungsfolgen – und damit im Ergebnis eine Sanktionierung – mit der Nutzung der Telematik-Infrastruktur verbunden wäre.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG KBV

- › Die Kassenärztliche Bundesvereinigung fordert gesetzliche Leitplanken für die Einführung einer Versorgungspauschale. Diese müssen folgende Sachverhalte sicherstellen:
 - › Das Finanzvolumen der Vorhaltepauschale muss definiert werden. Die neue Vorhaltepauschale ist daher als Anteil an der derzeitigen Gebührenordnungsposition 03040 des EBM zu bilden.
 - › Die Vorhaltepauschale darf von den Krankenkassen nicht zur Absenkung von leistungsbezogenen Gebührenordnungspositionen im EBM genutzt werden.
 - › Es dürfen nur solche Kriterien für die Vorhaltepauschale formuliert werden, die bereits Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind. Völlig neue Kriterien, wie z.B. die Samstagssprechstunde, müssen auch mit neuem Geld finanziert werden.
 - › Die Voraussetzungen der Abrechenbarkeit der Vorhaltepauschale sind so festzulegen, dass durch die Einführung keine Finanzmittel frei werden. Durch die Einführung der Vorhaltepauschale darf es zu keinem Rückgang des hausärztlichen Leistungsbedarfs und damit möglicher Ausgleichszahlungen der Krankenkassen im Zuge der Entbudgetierung kommen.
 - › Nicht jede Praxis muss alle Kriterien erfüllen. Welche und wie viele Kriterien (auch als Stufenmodell) durch die Praxen erfüllt werden müssen, ist vom Bewertungsausschuss bedarfsgerecht festzulegen. Strukturelle Benachteiligungen von z.B. Einzelpraxen oder städtischen Praxen müssen dabei ausgeschlossen werden.
 - › Für die Erfüllung der Kriterien muss sichergestellt werden, dass die Versorgung von HzV-Versicherten und Leistungen, die für diese erbracht werden, berücksichtigt werden können (Versichertenzahlen, Anzahl Hausbesuche und sonstige technische Leistungen etc.)
-

NR. 9 B) CC), § 87A ABS. 3B SATZ 3 SGB V – ZUSCHLÄGE KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

Beabsichtigte Neuregelung

Sofern die auf die Kinder- und Jugendmedizin entfallende MGV die Vergütung der gemäß § 87b Abs. 1 Satz 3 zweiter Halbsatz SGB V definierten Leistungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung ohne Honorarbegrenzung oder -minderung übersteigt, sollen laut Gesetzesentwurf erst dann Zuschläge durch die Gesamtvertragspartner verhandelt werden, wenn bezogen auf den gesamten Zeitraum von vier aufeinanderfolgenden Kalendervierteljahren der Leistungsbedarf die auf die Kinder- und Jugendmedizin entfallende MGV nicht ausschöpft. Diese Regelung findet sich analog beim vorgesehenen Verfahren der Hausärzte in § 87a Abs. 3c SGB V.

Bewertung

Die Regelung stellt eine Verschlechterung zum Status Quo dar. Dies folgt einerseits daraus, dass künftig Verhandlungen zu führen sind, anstelle des Abschlusses einer Vereinbarung. Andererseits kann der Bezug dieser Verhandlungen bzw. Vereinbarungen auf das Kalenderjahr zu Mittelabflüssen bei den Kinder- und Jugendärzten führen.

Eine Verhandlung statt einer Vereinbarung der Zuschläge zur Förderung der Kinder- und Jugendmedizin, wenn der angeforderte Leistungsbedarf geringer ist als die Kinderarzt-MGV, kann nicht sicherstellen, dass auch künftig Finanzmittel in der bisherigen Höhe für die Vergütung der Leistungen der Kinder- und Jugendärzte zur Verfügung stehen.

Der Bezug der Verhandlung bzw. Vereinbarung auf vier Kalenderquartale führt zu zwei Effekten:

Zum einen erfolgt aller Voraussicht nach eine Honorarminderung für die Kinder- und Jugendmediziner. Zum anderen können die Zuschläge erst am Ende dieses Zeitraums bestimmt werden. Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) muss die Mittel aus der Kinderarzt-MGV, die den angeforderten Leistungsbedarf übersteigen, bis zur abgeschlossenen Verhandlung bzw. Vereinbarung einbehalten und kann diese nicht an die Kinder- und Jugendmediziner auszahlen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

- › Ein Mittelabfluss kann verhindert werden, wenn die seinerzeitige Regelung im Zusammenhang mit der Entbudgetierung der Kinderärzte beibehalten wird. Ersatzweise ist im Gesetzesentwurf das Wort „verhandeln“ durch das Wort „vereinbaren“ zu ändern, während der Kalenderjahresbezug beibehalten werden kann.

NR. 9, § 87A ABS. 3C (NEU) UND NR. 10, § 87B ABS. 1 SATZ 3 SGB V – ENTBUDGETIERUNG HAUSÄRZTE

Beabsichtigte Neuregelung

Die nach sachlich/rechnerischer Prüfung anerkannten, abgerechneten Leistungen der hausärztlichen Versorgung werden ab dem ersten Tag des 3. auf die Verkündung folgenden Kalendervierteljahres von den Krankenkassen nach den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vollständig vergütet. Für die erstmalige Festsetzung der Hausarzt-MGV wird der prozentuale Anteil des Honorarvolumens, das für den hausärztlichen Leistungsbedarf (im jeweiligen Vorjahresquartal des Festsetzungszeitraums) ausgezahlt worden ist, am Honorarvolumen aller Arztgruppen innerhalb der MGV bestimmt und mit dem für das

jeweilige Quartal vereinbaren und bereinigten Behandlungsbedarf multipliziert. Anschließend erfolgt eine Fortentwicklung mit den MGV-Veränderungsraten im vertragsärztlichen Bereich vom Basiszeitraum bis zum aktuellen Quartal. Soweit die insgesamt vereinbarte Veränderung des Behandlungsbedarfs nach Abs. 4 Satz 1 Nummern 1 bis 5 für das jeweilige Quartal gegenüber dem Vorjahresquartal von dem Behandlungsbedarf für die in § 87b Abs. 1 Satz 3 zweiter Halbsatz genannten Leistungen der hausärztlichen Versorgung abweicht, ist der nach Satz 4 zu bestimmende Anteil des Honorarvolumens entsprechend anzupassen. Dies gilt für die gesetzlich vorgesehenen Bereinigungen des Behandlungsbedarfs entsprechend. Der Bewertungsausschuss beschließt innerhalb von drei Monaten die Vorgaben für ein Verfahren zur Festsetzung der Hausarzt-MGV. Diese wird jährlich für das Folgejahr angepasst. Dabei werden insbesondere die Anpassungen des Punktwertes und des Behandlungsbedarfs, der auf die Leistungen der hausärztlichen Versorgung entfällt, sowie darauf entfallende Bereinigungen berücksichtigt.

Sofern das Honorarvolumen für die Leistungen der hausärztlichen Versorgung im jeweiligen Vorjahresquartal der erstmaligen Festsetzung Zuschläge enthält, haben die Gesamtvertragspartner diese Zuschläge in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vereinbaren.

Die Gesamtvertragspartner verhandeln über Zuschläge zur Förderung der hausärztlichen Versorgung, soweit bezogen auf den gesamten Zeitraum von vier aufeinanderfolgenden Kalendervierteljahren der hausärztliche Leistungsbedarf die Hausarzt-MGV nicht ausschöpft.

Wenn die Hausarzt-MGV einschließlich der Zuschläge kleiner als der hausärztliche Leistungsbedarf ist, leisten die Krankenkassen entsprechend ihres leistungsmengenbezogenen Anteils Ausgleichszahlungen, um die vollständige Vergütung des hausärztlichen Leistungsbedarfs zu gewährleisten.

Der Bewertungsausschuss analysiert die Auswirkungen der Regelungen insbesondere auf die hausärztliche Versorgung der Versicherten, die Honorare sowie die Ausgaben der Krankenkassen und berichtet dem BMG bis 2,5 Jahre nach dem Inkrafttreten des Gesetzes über die Ergebnisse.

Bewertung

Grundsätzlich wird die Regelung der Entbudgetierung der Hausärzte begrüßt.

Der Gesetzentwurf enthält eine wesentliche Modifikation gegenüber dem Verfahren der Entbudgetierung der Kinderärzte. Dabei soll – vereinfacht dargestellt – der Anteil des hausärztlichen MGV-Honorars am MGV-Honorar aller Ärzte als Schlüssel für die Aufteilung der MGV verwendet werden. Bei der seinerzeitigen Entbudgetierung der Kinderärzte wurde hingegen direkt auf die Höhe des kinderärztlichen MGV-Honorars bezuggenommen.

Der vorliegenden Regelungsentwurf führt bei seiner Umsetzung nach unserer Erwartung zu einigen Verwerfungen. Beispielhaft sei genannt, dass die gesetzlich vorgegebenen Rückstellungen (Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V) mit aufgeteilt werden. Diese Finanzmittel werden der Hausarzt-MGV zugeführt und müssen daher aus anderen Bereichen und ggf. von anderen Arztgruppen bereitgestellt werden, damit die KV ihren gesetzlichen Aufgaben nachkommen kann. Dies entspricht nicht der in der Gesetzesbegründung dargestellten Intention, dass andere Arztgruppen nicht betroffen sein sollen, und kann im Extremfall die Trennung der Vergütung in einen hausärztlichen und fachärztlichen Teil überschreiben, sodass Fachärzte für Hausärzte zahlen müssten.

Die genannten Verwerfungen können verhindert werden, wenn auf das jeweils ausgezahlte Honorar der betroffenen Leistungen im Vorjahresquartal Bezug genommen und dieses mit den MGV-Veränderungsraten im vertragsärztlichen Bereich vom Basiszeitraum bis zum aktuellen Quartal fortentwickelt wird. Diese Fortentwicklung mit den MGV-Veränderungsraten war so im seinerzeitigen Verfahren der Entbudgetierung der Kinderärzte nicht vorgesehen. Sie stellt aus Sicht der KBV eine sachgerechte Weiterentwicklung dieses Verfahrens dar.

Für die Nachschusspflicht zur Hausarzt-MGV durch die Krankenkassen ist nach dem Referentenentwurf eine Bedingung vorgesehen, die auch die Finanzmittel zur Förderung durch Zuschläge (nach § 87a Abs. 3c Satz 7 SGB V) mit einbezieht. Ziel dieser Förderzuschläge ist es, den Hausärzten die bisher zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung ausgeschütteten Fördergelder auch in Zukunft

bereitzustellen. Daher können diese Finanzmittel nicht bei der Bestimmung der Nachzahlungen gegengerechnet werden und sind aus der Bedingung herauszunehmen. Die Einbeziehung der Förderzuschläge entspricht nicht der Vorgehensweise bei der Entbudgetierung der Kinderärzte.

Neben dem drohenden Mittelabfluss aus der Hausarzt-MGV muss auch hier – wie bei der beabsichtigten Neuregelung in § 87a Abs. 3 Satz 3 SGB V – die KV die Mittel aus der Hausarzt-MGV, die den angeforderten Leistungsbedarf übersteigen, über einen Zeitraum von vier Kalendervierteljahren bis zur abgeschlossenen Verhandlung einbehalten und kann diese nicht an die Hausärzte auszahlen. Eine Verhandlung statt einer Vereinbarung der Zuschläge zur Förderung der Hausärzte, wenn der angeforderte Leistungsbedarf geringer ist als die Hausarzt-MGV, kann nicht sicherstellen, dass die Finanzmittel den Hausärzten zur Verfügung gestellt werden. Wir verweisen auf unsere Ausführungen unter Nr. 8.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

- › Für die erstmalige Bestimmung der Hausarzt-MGV wird auf das jeweils ausgezahlte Honorar der betroffenen Leistungen im Vorjahresquartal Bezug genommen und dieses mit den MGV-Veränderungsraten im vertragsärztlichen Bereich vom Basiszeitraum bis zum aktuellen Quartal fortentwickelt.
 - › Der potenzielle Mittelabflusses aus der Hausarzt-MGV kann verhindert werden, wenn die Regelungen zur Ausgestaltung der Ausgleichszahlungen (wenn der hausärztliche Leistungsbedarf die Hausarzt-MGV überschreitet) und der Zuschläge (wenn der hausärztliche Leistungsbedarf die Hausarzt-MGV unterschreitet) analog den Regelungen im Zusammenhang mit der seinerzeitigen Entbudgetierung der Kinderärzte ausgestaltet werden.
-

NR. 11, 12, 18, 19, 21, 22 (§ 91/§ 92/§ 116B/§ 136/§ 137F/ § 140F SGB V) – G-BA

Beabsichtigte Neuregelung

Der G-BA wird mit teilweise schwer erfüllbaren und gegenläufigen Auflagen bedacht, nämlich einerseits die Beratungsdauer auf zwei Jahre zu verkürzen (§ 91 Abs. 11 SGB V, § 137f Abs. 1 SGB V), bei § 116b SGB V ASV die Beratungsdauer von einem Jahr einzuhalten bei einem erweiterten Beratungsumfang von drei Erkrankungen jährlich, und andererseits gleichzeitig substantiell erweiterte Beteiligungsrechte beachten zu müssen.

Bewertung

§ 137f wird dahingehend verschärft, dass die Erarbeitung von Richtlinien für Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten nach Abs. 2 jeweils innerhalb von zwei Jahren abzuschließen ist. Umfassender als bisher sollen unter anderem einschlägige wissenschaftliche Fachgesellschaften in die Stellungnahmeverfahren einbezogen werden (§ 92 Abs. 1c, Abs. 4, 5, 6, 6a, 6b, 6c, 7b, 7c, 7g und § 116b neuer Abs. 5a), was allerdings heute schon im Beratungsablauf erfolgt. Pflegeverbände sollen Mitberatungsrechte erhalten, sofern deren Belange berührt sind (u. a. § 92 Abs. 7h SGB V), Patientenvertreter sollen einen Beschluss einmalig hemmen können (§ 140f Abs. 2 SGB V), wofür allerdings Einstimmigkeit der Patientenbank Voraussetzung ist, Hebammen sind zu beteiligen sofern deren Themen berührt sind (§ 136 Abs. 3 SGB V). In summa verlängern diese Maßnahmen die Verfahrensdauer bei gleichzeitiger Festlegung bzw. Verschärfung der Frist. **Für keinen der beteiligten Akteure besteht eine Umsetzungsverantwortung der Beschlüsse.** So werden beispielsweise „Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten“ gemäß § 137f SGB V regelmäßig aktualisiert, ohne dass überhaupt Verträge zu diesen abgeschlossen worden sind.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

- › Um die Umsetzung aller vom G-BA vorgelegten strukturierten Behandlungsprogramme gem. § 137f SGB V in der Versorgung zu gewährleisten, wird um eine entsprechende gesetzliche Regelung gebeten.
-

NR. 12, § 92 ABS. 1B SGB V – G-BA MITBERATUNGSRECHT HEBAMMEN

Beabsichtigte Neuregelung

Den Hebammenverbänden gem. § 134a SGB V wird ein Recht auf Mitberatung in den Gremien des G-BA zu den Mutterschafts-Richtlinien eingeräumt.

Bewertung

Die Beteiligung der für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen der Hebammen gebildeten Verbände gem. § 134a SGB V wird damit begründet, dass die Mutterschafts-Richtlinien Vorgaben zur Abgrenzung der Aufgaben von Hebammen und Ärzten enthielten. **Die Richtlinien enthalten dazu keine Vorgaben mehr. Vielmehr stellt bereits die Präambel klar: „Die Hebammenhilfe nach § 24d SGB V ist nicht Gegenstand dieser Richtlinie (siehe G-BA Beschluss vom 16.02.2023, in Kraft seit 13.05.2023).** Damit normiert diese Richtlinie ausschließlich ärztliche Leistungen. Eine direkte Betroffenheit insbesondere der **wirtschaftlichen** Interessen von Hebammen ist nicht gegeben. Allenfalls kann eine **indirekte medizinisch-inhaltliche Betroffenheit** in Verbindung mit Verträgen nach § 134a SGB V (die der G-BA nicht regelt) gesehen werden. Damit ließe sich lediglich ein Mitberatungsrecht der **wissenschaftlichen** Gesellschaft der Hebammen begründen. Die Anzahl der mitberatenden Vertreterinnen der Hebammen ist zu begrenzen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

- › Begrenzung des Mitberatungsrechts auf eine Vertreterin der Gesellschaft für Hebammenwissenschaft
-

NR. 13, § 95 ABS. 2 SATZ 7 UND 8 SGB V (NEU) – BEGRENZUNG SICHERHEITSLEISTUNGEN MVZ

Beabsichtigte Neuregelung

Nach dem Gesetzentwurf soll durch die neuen Sätze 7 und 8 die Höhe der Bürgschaft für MVZ, die in Rechtsform der GmbH verfasst sind, künftig nach Maßgabe, der von der KBV und dem GKV-SV zu beschließenden Rahmenvorgaben begrenzt werden.

Bewertung

Derzeit ist die von den Gesellschaftern eines in der Rechtsform der GmbH verfassten MVZ nach § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V zur Absicherung der Forderungen der KV und der Krankenkassen abzugebende selbstschuldnerische Bürgschaft der Höhe nach unbegrenzt. Sie ist damit werthaltiger als die alternativ zulässigen anderweitigen Sicherheiten nach § 232 BGB, die in der Praxis jenseits von kommunalen MVZ allerdings kaum vorkommen.

Mit der im Referentenentwurf enthaltenen Norm wird die Vereinbarung aus dem Koalitionsvertrag umgesetzt, Kommunen die MVZ-Gründung zu erleichtern. Aus dem Referentenentwurf ergibt sich deshalb auch deutlich, dass die vorgesehene Begrenzung der abzugebenden Bürgschaft kommunale MVZ-Gründungen fördern soll. Aus Sicht der KBV sollte die Begrenzungsregelung daher nur für die überschaubare Anzahl von MVZ in kommunaler Trägerschaft gelten und nicht für sämtliche MVZ, die in der Rechtsform einer GmbH betrieben werden. Die seit 2004 im Gesetz befindliche Bürgschaftsregelung hat sich in der Praxis bewährt. Die im Referentenentwurf angesprochene Übersicherung der KV und der gesetzlichen Krankenkassen bei selbstschuldnerischen Bürgschaften in unbegrenzter Höhe besteht nicht. Sollte es bei einem MVZ zu einer Rückforderung des gesamten Honorars der letzten vier Jahr – oder etwa bei vorsätzlicher fehlerhafter Abrechnung – eines noch längeren Zeitraums kommen, stehen sehr hohe Summen im Raum, die unabhängig von der in der im Entwurf vorgesehenen Rahmenvereinbarung vereinbarten Beträgen vollständig abgesichert sein müssen. Zudem käme es sonst zu einer umfassenden und nicht zu rechtfertigenden Ungleichbehandlung der Vertragsärzte. Diese haften für Rückforderungsansprüche persönlich in unbegrenzter Höhe.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

- › Beschränkung des Regelungsgehaltes auf kommunal getragene MVZ in der Rechtsform der GmbH
-

NR. 14, § 96 ABS. 2A SGB V (NEU) - ZUSTIMMUNG BEI ENTSCHEIDUNGEN DES ZULASSUNGSAUSSCHUSSES DURCH DIE LANDESAUFSICHT

Beabsichtigte Neuregelung

Die in § 96 Abs. 2a SGB V aufgeführten Entscheidungen des Zulassungsausschusses müssen nach dem Referentenentwurf künftig im Einvernehmen mit der für Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden getroffen werden. Der Entwurf sieht die Fiktion einer Einvernehmenserteilung vor, wenn die Behörde bei der Beschlussfassung des Zulassungsausschusses keine entgegenstehende Erklärung abgibt. Die Regelung setzt eine Vereinbarung im Koalitionsvertrag um, nach der die Beteiligungsrechte der Länder in den Zulassungsausschüssen gestärkt werden sollen.

Bewertung

Die KBV lehnt die beabsichtigte Änderung – die die Autonomie der gemeinsamen Selbstverwaltung aushöhlt, ein Ausdruck von Misstrauen ist und einen weiteren Schritt in die Staatsmedizin bedeutet – entschieden ab.

Mit der Regelung soll den Ländern ermöglicht werden, eine vom Zulassungsausschuss beabsichtigte Entscheidung durch Versagung des Einvernehmens zu verhindern. Der Entwurf enthält keine dahingehende Einschränkung, dass die erforderliche Zustimmung ausschließlich aus Rechtsgründen verweigert werden darf. Daher kann auch eine fachlich vom Zulassungsausschuss abweichende Bewertung des Antrags zur Versagung des Einvernehmens führen. Beim Zulassungsausschuss handelt es sich aber um eine Selbstverwaltungskörperschaft mit einer rechtlich geschützten Kompetenzsphäre, die durch Art. 87 Abs. 2 GG anerkannt ist. Daher ist die Aufsicht im Bereich der funktionalen Selbstverwaltung auf die Rechtsaufsicht beschränkt und eine Fachaufsicht unzulässig (BSG, Urteil vom 18.05.2021 – B 1 A 2/22 R, Rn. 77 – juris). Diese Beschränkung wird im Referentenentwurf nicht beachtet, sodass die beabsichtigte Regelung mit den verfassungsrechtlichen Vorgaben unvereinbar ist und einer rechtlichen Überprüfung nicht Stand halten wird.

Abgesehen davon machen die meisten Länder von ihrem seit mehreren Jahren bestehenden Mitberatungsrechten im Zulassungsausschuss keinen oder nur sehr eingeschränkt Gebrauch. Es erschließt sich nicht, weshalb die Rechte der Länder gestärkt werden sollen, wenn sie die bestehenden Rechte kaum wahrnehmen. Dies gilt umso mehr, als mit dem Erfordernis der Einvernehmensherstellung weitere bürokratische Anforderungen geschaffen werden, die bei den Zulassungsausschüssen erneut zu zusätzlichem Aufwand und im Falle der Verweigerung des Einvernehmens zu einer Verlängerung der Verfahrensdauer führen.

Daneben wirft die vorgesehene Ergänzung neue Rechtsfragen auf und führt zu erheblicher Rechtsunsicherheit. Bei einer von § 96 Abs. 2a Satz 1 Nr. 7 SGB V erfassten Sitzverlegung etwa kann das Land eine vom Zulassungsausschuss gewünschte positive Entscheidung über den Verlegungsantrag blockieren, indem es sein Einvernehmen verweigert. Er kann den Zulassungsausschuss aber nicht dazu zwingen, den Antrag auf Sitzverlegung zurückweisen, wenn dieser ihm tatsächlich stattgeben möchte. Genauso verhält es sich im umgekehrten Fall, wenn der Zulassungsausschuss den Sitzverlegungsantrag ablehnen möchte, das Land aber sein Einvernehmen versagt, weil es die Sitzverlegung befürwortet. In diesem Fall darf der Zulassungsausschuss den Antrag zwar nicht abweisen, er ist aber nicht verpflichtet, dem vom Land gebilligten und gewünschten Verlegungsantrag – den er ablehnen möchte – stattzugeben. Die Folge ist die Lähmung des Zulassungsausschusses, der nicht so entscheiden darf, wie er möchte, gleichermaßen aber vom Land nicht dazu gezwungen werden kann, in dessen Sinn zu entscheiden.

Sollte an der Stärkung der Beteiligungsrechte der Länder trotz der gravierenden rechtlichen Bedenken gegen die im Entwurf enthaltene Regelung festgehalten und auf diesem Wege bewusst weitere Bürokratie auf- statt abgebaut werden, müsste die Norm um die Ausführungen zur Haftung der Länder ergänzt werden. Nach Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs können die Trägerorganisationen des Zulassungsausschusses – die gesetzlichen Krankenkassenverbände und die KVen – für den Schaden haften, der in Folge einer rechtswidrigen Entscheidung des Zulassungsausschusses entsteht. Wenn die vom Zulassungsausschuss beabsichtigte Entscheidung zugunsten des Arztes wegen des vom Land verweigerten Einvernehmens nicht ergehen kann und der Arzt seinen Antrag im Verfahren vor dem Berufungsausschuss durchsetzen muss, ist klarzustellen, dass für den hierdurch eintretenden Verzögerungsschaden gegenüber dem Arzt ausschließlich das hierfür verantwortliche Land haftet. Aus diesem Grund müsste in die Regelung auch eine Begründungspflicht des Landes für das Versagen des Einvernehmens aufgenommen werden. Dann kann der betroffene Arzt prüfen, aus welchen Gründen das Einvernehmen nicht erteilt wurde. Dies ist erforderlich für die Anrufung des Berufungsausschusses und ggf. die Inanspruchnahme des Landes wegen einer rechtswidrigen Versagung des Einvernehmens nach staatshaftungsrechtlichen Grundsätzen. Außerdem dient dies der Transparenz, weil dadurch ersichtlich wird, weshalb sich das Verfahren verlängert hat und wer hierfür verantwortlich ist.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

- › Streichung der Ergänzung des § 96 Abs. 2a SGB V.

NR. 15, § 101 SGB V – BEDARFSPLANUNG KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN

Beabsichtigte Neuregelung

Analog der Primärversorgung von Kindern und Erwachsenen soll für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eine separate Verhältniszahl im Rahmen der Bedarfsplanung festgelegt und nur Kinder und Jugendliche der Wohnbevölkerung des Zulassungsbezirks herangezogen werden.

Bewertung

In der regionalen Altersverteilung der Bevölkerung sind nicht unerhebliche Disparitäten zwischen einzelnen Zulassungsbezirken zu verzeichnen. Aus diesem Grund werden für die Ermittlung der Verhältniszahl der Kinderärzte oder auch der Kinder- und Jugendlichenpsychiater nur Einwohner der entsprechenden Altersgruppen herangezogen. Für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gilt dies bislang nicht und soll durch den Gesetzesentwurf behoben werden, indem der G-BA entsprechende Richtlinienvorgaben beschließt. Im Interesse einer die Versorgungssituation angemessener abbildenden Planung ist die Gesetzesinitiative zu begrüßen. Der vorgesehene Zeitrahmen von einem Jahr ist allerdings in Anbetracht der Anhörungs-, Genehmigung- und Veröffentlichungsvorgaben unangemessen kurz.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

- › Verlängerung der Frist für die Ermittlung der neuen Verhältniszahlen auf 18 Monate.

NR. 17, § 106B SGB V – BAGATELLGRENZE WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG

Beabsichtigte Neuregelung

In die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106b wird eine Bagatellgrenze aufgenommen. Diese soll je Betriebsstättennummer, Krankenkasse und Quartal bei 300 Euro liegen.

Bewertung

Durch die vorgeschlagene Ergänzung wird erstmalig eine Bagatellgrenze in die Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß § 106b verbindlich implementiert. Dies begrüßen wir ausdrücklich.

Unberücksichtigt blieb jedoch im Referentenentwurf unsere bereits mehrfach vorgetragene Forderung nach einer Streichung des § 106b Abs. 1a SGB V bei der Verordnung von saisonalen Influenzaimpfstoffen. Eine exakte Kalkulation der benötigten Menge an saisonalen Influenzaimpfstoffen ist nach den aktuell gültigen Regelungen (9 Monate im Voraus, zunehmende Impfungen durch Apothekerinnen und Apotheker) nicht möglich. Deshalb hatte der Gesetzgeber auch während der Corona-Pandemie für den Zeitraum der Impfsaisons von 2020/2021 bis 2022/2023 – als Grippeimpfungen u. a. zur Vermeidung einer Überlastung der Gesundheitssysteme stark empfohlen wurden – den Schwellenwert, bis zu dem ein über die tatsächlich verabreichten Impfungen hinausgehendes Verordnungsvolumen wirtschaftlich ist, von zehn auf dreißig Prozent angehoben. Es sollte – da niemand eine exakte Kalkulation abgeben konnte – auf keinen Fall zu der Situation kommen, dass nicht genügend Impfstoff zur Verfügung steht.

Darüber hinaus sollte gesetzlich ein Regressverzicht bei alternativem Bezugsweg von Impfstoffen verankert werden. Insbesondere aufgrund von Lieferengpässen standen in der jüngeren Vergangenheit keine i. d. R. kostengünstigen Bündelpackungen zur Verfügung. Vor diesem Hintergrund mussten Vertragsärztinnen und -ärzte die Einzeldosispritzen verordnen. Da üblicherweise über den Sprechstundenbedarf (SSB) nur Bündelpackungen verordnet werden, haben Vertragsärzte die Einzeldosispritzen patientenbezogen zu Lasten der jeweiligen Krankenkasse und nicht als SSB verordnet. Diese Ärzte sind nunmehr mit Regressforderungen in enormer Höhe konfrontiert.

Auch steht eine Regressandrohung für die Verordnung von Impfstoffen im Widerspruch zum § 132e Abs. 4 SGB V, wonach in den regionalen Impfverträgen eine Erhöhung der Quote der von der STIKO empfohlenen Impfungen angestrebt werden soll. Die KBV fordert daher zukünftig auf Regresse bei mengenbezogenen Überschreitungen von saisonalen Influenzaimpfstoffen sowie bei der Verordnung von Einzeldosen aufgrund von Lieferengpässen zu verzichten.

Eine weitere Forderung der KBV betrifft die Einführung des Prinzips „Beratung vor Regress“ bei erstmaliger Auffälligkeit auch bei Einzelfallprüfungen. Gemäß § 106b Abs. 2 SGB V gilt „Beratung vor Regress“ bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen von Amts wegen bereits seit geraumer Zeit. Die durch das Gesetz explizit ausgeschlossene Anwendbarkeit auf Einzelfallprüfungen ist inhaltlich nicht nachvollziehbar.

Einzelfallprüfungen stellen mittlerweile den Löwenanteil der Wirtschaftlichkeitsprüfungen dar, woran auch die Einführung einer Bagatellgrenze nichts ändern wird. Angesichts der äußerst komplexen Vorgaben wirtschaftlicher Ordnungsweisen halten wir es auch bei Einzelfallprüfungen für angemessen, Vertragsärzte vor einem Regress zu beraten. Die Neuregelung wäre auch vor dem Hintergrund, dass die Sorge vor einem vorzeitigen Regress bei jungen Medizinerinnen nach wie vor ein großes Hemmnis vor einer Niederlassung darstellt, sachgerecht und zielführend.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

- › Streichung des § 106b Abs. 1a SGB V.
 - › In § 132e Abs. 1 SGB V wird folgender Satz 4 eingefügt (die nachfolgenden Sätze verschieben sich entsprechend):
„In den Verträgen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen sind auch Regelungen zur Vorbestellung saisonaler Impfstoffe (Influenza-Impfstoff) aufzunehmen, wonach die Vorbestellung bis Ende März des laufenden Jahres für die kommende Impfsaison erfolgen muss und in der Menge der den in der Vorsaison jeweils von der Ärztin/ dem Arzt verabreichten Impfstoffdosen mit einem von den Vertragspartnern zu bestimmenden prozentualen Aufschlag entspricht.“
 - › An § 132e Abs. 5 SGB V wird der folgende Abs. 6 angefügt:
„Werden Impfstoffe aufgrund von Lieferengpässen anstelle nicht verfügbarer größerer Einheiten als Einzeldosen verordnet, so ist die Verordnung nicht unwirtschaftlich.“
 - › In § 106b Abs. 2 Satz 3 Halbsatz 1 SGB V werden die Wörter „bei statistischen Prüfungen der Ärztinnen und Ärzte“ gestrichen.
 - › § 106b Abs. 2 Satz 3 Halbsatz 2 wird gestrichen.
-

WEITERGEHENDER VORSCHLAG ZU NR. 17, § 106D SGB V – ABRECHNUNGSPRÜFUNG

Beabsichtigte Neuregelung

Der Gesetzentwurf sieht keine Aufnahme einer Bagatellgrenze für die Prüfungen nach § 106d SGB V vor.

Bewertung

Im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung verordneter Leistungen sieht das GVSG mit der Ergänzung in § 106b Abs. 2 Satz 2 SGB V vor, dass die zwischen dem GKV-Spitzenverband und der KBV zu vereinbarenden Rahmenvorgaben zukünftig verpflichtend auch die Vorgabe zur Aufnahme einer Geringfügigkeitsgrenze in Höhe von 300 Euro in den Prüfvereinbarungen enthalten müssen. Durch diese Maßnahme wird aufgrund des Entfallens von rund 70 Prozent der bislang durchgeführten Prüfungen ein wichtiger Beitrag zur Entbürokratisierung geleistet.

Gerade vor diesem Hintergrund ist ein paralleles Vorgehen im Rahmen der Abrechnungsprüfung (§ 106d SGB V) von großer Bedeutung. Die derzeit in den Abrechnungsprüfungs-Richtlinien vorgesehene, ursprünglich vereinbarte Bagatellgrenze von 30 Euro (je Betriebsstättennummer, je Quartal, je Krankenkasse und je Datenlieferung) für Prüfungen der Krankenkassen stellt keine ausreichende Begrenzung mehr dar. Die KBV sieht insoweit hohes Entbürokratisierungspotenzial durch eine Begrenzung

der Flut von Kassenanträgen. Darüber hinaus würde eine vom Gesetzgeber festgelegte Bagatellgrenze Rechtsklarheit in diesem Bereich schaffen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG KBV

- › Aufnahme einer (gegenüber den Abrechnungsprüfungs-Richtlinien) wesentlich erhöhte Bagatellgrenze für Prüfungen nach § 106d Abs. 3 und Abs. 4 SGB V (unter Beachtung der Definition der Abrechnungsprüfungs-Richtlinien) in das SGB V.

NR. 26, § 274 ABS. 4 SATZ 2 (NEU) – PRÜFPFLICHT BUNDESRECHNUNGSHOF

Beabsichtigte Neuregelung

Der Bundesrechnungshof erhält eine Prüfpflicht bezüglich der Haushalts- und Wirtschaftsführung der KVen und deren Bundesvereinigungen, der Medizinischen Dienste und des Medizinischen Dienstes Bund sowie des G-BAs.

Bewertung

Für eine Prüfung der Haushalts- und Wirtschaftsführung der KBV und der KVen besteht kein rechtlicher Anlass, da diese Körperschaften gerade keine mittelbaren Empfänger von Mitteln des Bundes sind. Soweit der Bund finanzielle Mittel in den Gesundheitsfonds eingezahlt hat, wurde die Zweckbindung dieser Mittel erfüllt, bevor diese die KVen und die KBV erreicht haben, so dass diese Mittel insoweit entwidmet wurden.

Die Prüfungsbefugnis des Bundesrechnungshofs bezieht sich auf die Wirtschaftlichkeit und Ordnungsmäßigkeit der Haushalts- und Wirtschaftsführung des Bundes. Ein Anlass zur Prüfung durch den Bundesrechnungshof besteht daher dort, wo die Erfüllung von Aufgaben durch Mittel des Bundes erfolgt und somit Haushaltsrisiken für den Bund entstehen können. Dies ist der Fall, wenn und soweit Zuschüsse oder Garantieverprechen durch den Bund gewährt werden. Die KBV und die KVen gehören jedoch nicht zur bundesunmittelbaren Verwaltung; sie nehmen ihnen gesetzlich übertragene Aufgaben in eigener Verantwortung wahr und finanzieren diese aus Mitgliedsbeiträgen, bei denen es sich um keinerlei Mittel des Bundes handelt. Neben ihren Haushaltsmitteln verteilen die KVen die Gesamtvergütung an die Vertragsärzte; auch hierbei handelt es sich um keine Mittel des Bundes.

Der Zweck der finanziellen Mittel, die der Bund in den Gesundheitsfonds zahlt, besteht nach § 221 Abs. 1 in der pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen.

Bei der Gesamtvergütung, welche die KVen an die Vertragsärzte verteilen, handelt es sich um keine Mittel des Bundes. Auch wenn die Krankenkassen, von denen die Gesamtvergütung an die KVen gezahlt werden, Mittel aus dem Gesundheitsfonds erhalten, die teilweise vom Bund in den Gesundheitsfonds gezahlt werden, hat sich die Zweckbindung dieser Zahlungen erfüllt, bevor die KVen diese Mittel erhalten. Die Zweckbindung besteht in der Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen, und nicht in der Honorierung der Vertragsärzte durch die KVen. Dieser Zweck ist erfüllt, indem die Krankenkassen die Gesamtvergütung zur Verteilung an die Ärzte gezahlt haben, und endet zu diesem Zeitpunkt. Die Krankenkassen entrichten die Gesamtvergütung an die KVen nach § 87a Abs. 3 SGB V mit befreiender Wirkung. Vom Zeitpunkt des Eingangs der Gesamtvergütung bei den KVen, haben die vom Bund in den Gesundheitsfonds eingezahlten Mittel ihre ursprüngliche Zweckbindung verloren, da sie von da an ausschließlich den Honorarverteilungsmaßstäben der KVen unterliegen. Somit handelt es sich um keine Mittel des Bundes mehr, der Anlass zu einer Prüfung durch den Bundesrechnungshof geben würde.

Auch bei den Haushaltsmitteln der KVen handelt es sich nicht um finanzielle Mittel des Bundes. Die KVen finanzieren ihren Haushalten aus Beiträgen ihrer Mitglieder, den sog. Verwaltungskosten. Diese beträgt in der Regel einen bestimmten Vomhundertsatz aus dem vom jeweiligen Vertragsarzt in einem Quartal bezogenen Honorar. Die Verwaltungskosten sind jedoch kein Bestandteil des an den Vertragsarzt gezahlten Honorars; die Höhe des Honorars bildet nach den Satzungen der KVen lediglich die Bemessungsgrundlage für die Ermittlung der Höhe der Verwaltungskosten. Somit zahlen die Vertragsärzte die Mitgliedsbeiträge aus ihrem Privatvermögen an die KVen. Dass in der Praxis die Verwaltungskosten teilweise von der KVen direkt von der Auszahlung des Honorars abgezogen wird, hat rein verwaltungsökonomische Gründe, da die KVen auf diese Weise keinen gesonderten Forderungseinzug betreiben müssen. Es handelt sich hierbei jedoch lediglich um eine Aufrechnung zweier gegenseitigen Forderungen; dass es sich bei den Verwaltungskosten um eine eigenständige Forderung, und nicht um einen Teil des Honorars handelt, zeigt sich auch darin, dass verschiedene Satzungen von KVen alternativ vom Einbehalt vom Honorar eine Festsetzung der Verwaltungskosten durch einen gesonderten Bescheid vorsehen. Schließlich ist anzumerken, dass selbst dann, wenn die Verwaltungskosten ein Bestandteil des Honorars wären, es sich auch dann nicht um Mittel des Bundes handeln würde, da diese mit der Entrichtung an die KVen mit befreiender Wirkung entwidmet wurden und ihre Zweckbestimmung verloren haben.

Bei der KBV werden ausschließlich eigene Haushaltsmittel verwendet. Diese werden primär nach § 81 Abs. 1 Satz 5 SGB V i. V. m. § 78 Abs. 5 Satz 1 SGB V von den KVen aus deren Haushaltsmittel aufgebracht, bei denen es sich ihrerseits um keine Mittel des Bundes handelt. Soweit der Haushalt der KBV aus anderen Einnahmen gespeist wird, handelt es sich hierbei um Erträge oder Einnahmen aus Auftragsleistungen, die ebenfalls nicht vom Bund finanziert werden.

Weder bei der KBV noch bei den KVen werden daher Finanzflüsse abgewickelt, die aus Mitteln des Bundes stammen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG DER KBV

- › Die Regelung in § 274 Abs. 4 Satz 2 SGB V ist daher zu streichen.
-

RECHTSGRUNDLAGE FÜR GESPRÄCHSAUFZEICHNUNGEN BEI DER 116117

Unbenommen der sich durch den Gesetzesentwurf ergebenden Kommentierungen möchten wir anregen, die Aufzeichnung von Gesprächen im Rahmen der Nutzung der 116117 gesetzlich zu regeln.

Pro Jahr kontaktierten ca. 12 Millionen Versicherte telefonisch den Patientenservice 116117 der KBV. Zur Qualitätssicherung des Angebots, aber auch aus Gründen der Klärung des Sachverhalts eines Anrufs im Einzelfall, ist eine Gesprächsaufzeichnung, wie bei der 112, essenziell. Der Bundesbeauftragte für Datenschutz hat, obgleich die Notwendigkeit von Gesprächsaufzeichnungen anerkannt wird, festgestellt, dass eine gesetzliche Grundlage für diese nicht besteht und dringend geschaffen werden sollte. Wir regen deshalb an, eine solche Grundlage im SGB V zu verankern.

› § 75 Abs. 1c SGB V:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können, die nach Abs. 1a und 1b eingehenden Anrufe und damit verbundenen personenbezogenen Daten der anrufenden Personen auf Speichermedien aufzeichnen. Die Aufzeichnungen müssen zur Terminabwicklung, zur Gefahrenabwehr, zum Qualitätsmanagement, zum Beschwerdemanagement, zur Verfolgung von Straftaten oder zu Beweis Zwecken in gerichtlichen Verfahren vier Jahre gespeichert werden. Sie sind mit Ablauf des vierten Jahres nach der Aufzeichnung zu löschen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können die Daten zur Gefahrenabwehr an die zuständigen Rettungsleitstellen weiterleiten.“

Ihre Ansprechpartner:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-1036
politik@kbv.de, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 187.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 73 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.